

Los determinantes sociales de la salud



Guión

- Definiciones y conceptos básicos sobre la salud pública y las desigualdades de salud
- Determinantes sociales y políticos de la salud
- Ejemplos de determinantes de la salud y de desigualdades en salud
- Políticas para disminuir las desigualdades en salud

1. Definiciones y conceptos básicos sobre la salud pública y las desigualdades de salud



Definición de salud

- “La salud es un estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en ese medio” (René Dubos).
- “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (OMS, 1946).
- “...aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa (“joiosa”). Salud y enfermedad no son términos opuestos: el primero es global y el segundo es sectorial...” (Jordi Gol).



Definición de salud pública

- La SP es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la competencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad mediante:

1. El saneamiento del medio
2. El control de las enfermedades transmisibles
3. La educación de la población en los principios de la higiene personal
4. La organización de los servicios asistenciales para el diagnóstico y tratamiento precoz
5. El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud

organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad

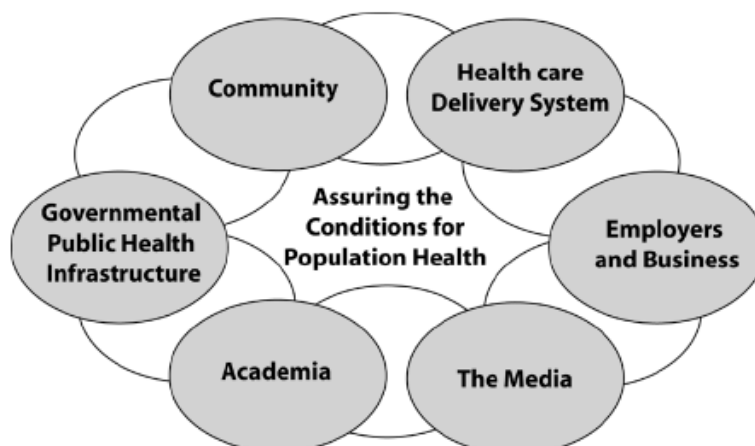
Charles E. A. Winslow, 1920



Prof. C.E. A. Winslow

4+B

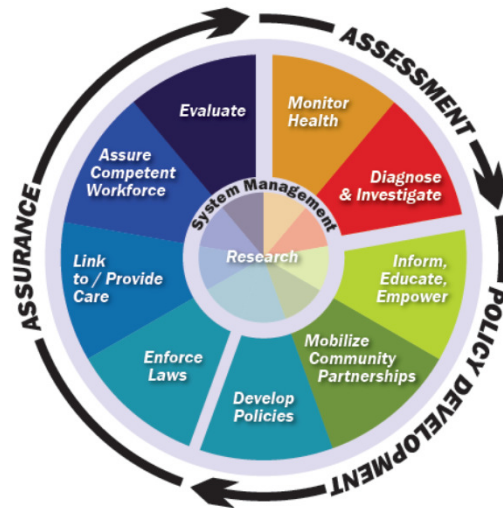
Las y los actores de la salud pública



Institute of Medicine. The future of public health in the 21st century, 2002

4+B

Servicios esenciales de salud pública (CDC, EEUU, 1994)



4+B

Concepto de igualdad en salud

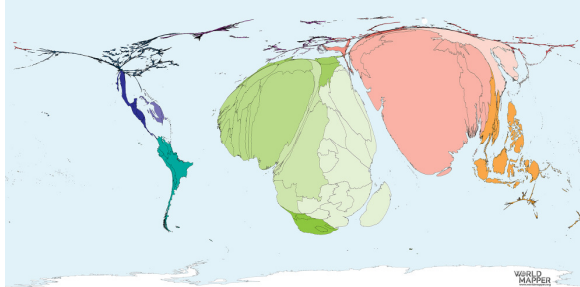
La ausencia de diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente.



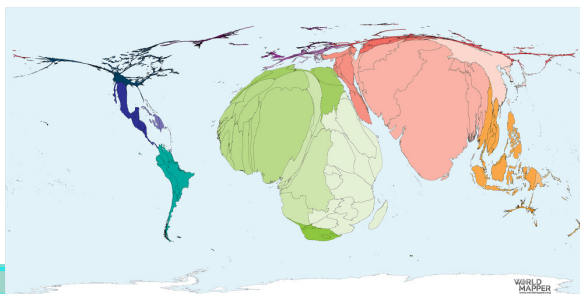
Fuente: WHO. A conceptual framework for Action on the Social Determinants of Health. CSDH, April 2007

4+B

Worldmapper- <http://www.worldmapper.org/>

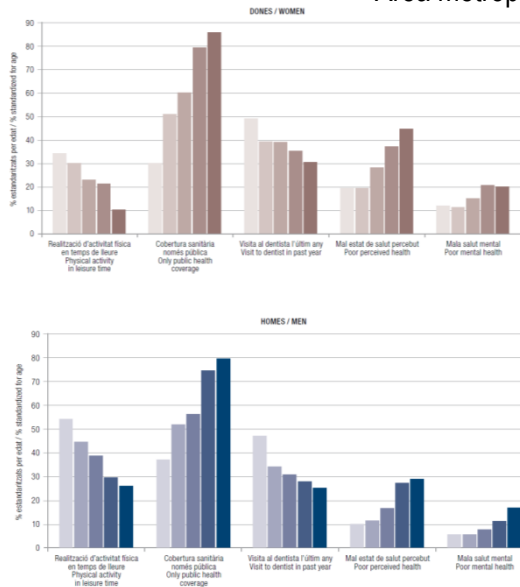


Poverty, 2018



Infant mortality 2015

Indicadores de salud por clase social y sexo
Àrea metropolitana de Barcelona, 2006



Fuente: Borrell et al. Agenda Cerdà.



Relevancia de las desigualdades socioeconómicas en salud

- Las desigualdades sociales en salud existen en todos los países y en forma de gradiente en la escala social.
- El impacto de las desigualdades sociales en salud es muy grande.
- Las desigualdades están aumentando.
- Hay pruebas suficientes que muestran como las desigualdades en salud se pueden reducir poniendo en práctica políticas sociales y sanitarias apropiadas.

Fuente: Benach J. La desigualdad social perjudica seriamente la salud. Gaceta Sanitaria 1997;11:255-258



2. Determinantes sociales y políticos de la salud



Causas de las desigualdades en salud

“Las desigualdades en salud “son el resultado de la situación en la que la población crece, vive, trabaja y envejece y del tipo de sistema que se utiliza para combatir la enfermedad.”

Fuente: Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008

4+B

Modelo de los determinantes de la salud de Dalghren y Whitehead, 1991



4+B

Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España



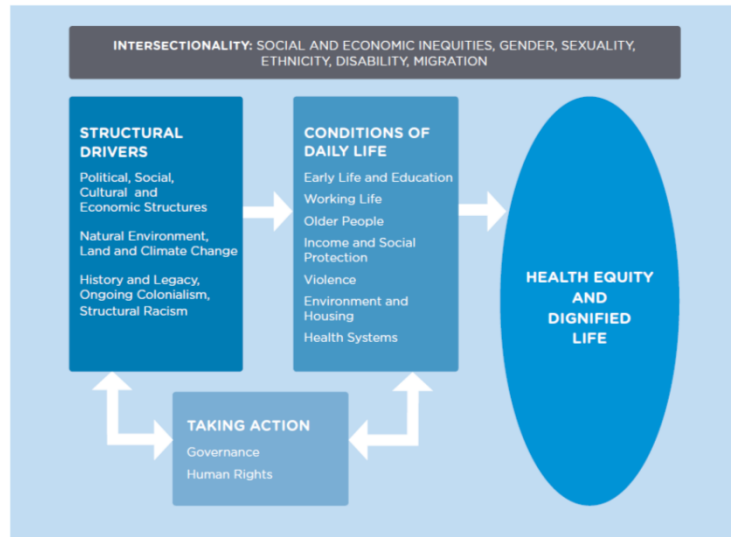
La necesidad de tener en cuenta la intersección entre diferentes ejes de desigualdad

Los ejes de desigualdad:

- Son contextuales y dinámicos ya que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos.
- Son construcciones sociales y no biológicas, son debidos a como la sociedad se estructura.
- Son sistemas que implican relaciones de poder y dominación: un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no solo opuestos sino antagónicos.
- Tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria).

Weber et al, 2003

Social determinants of health. Just Societies, PAHO, 2018



4+B

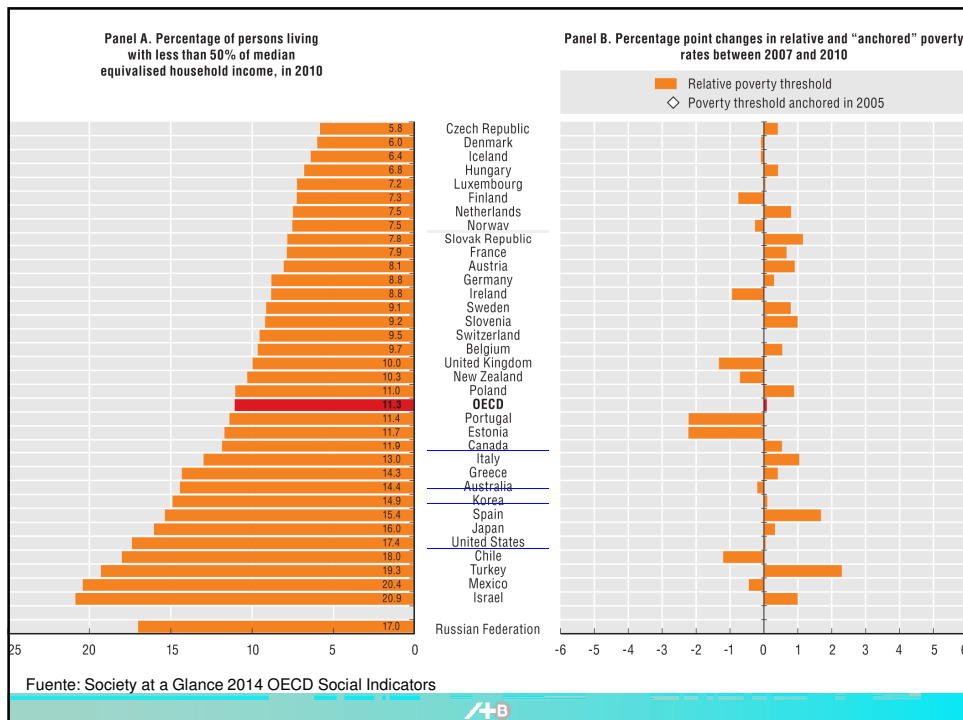
Los determinantes de las desigualdades en salud en las ciudades

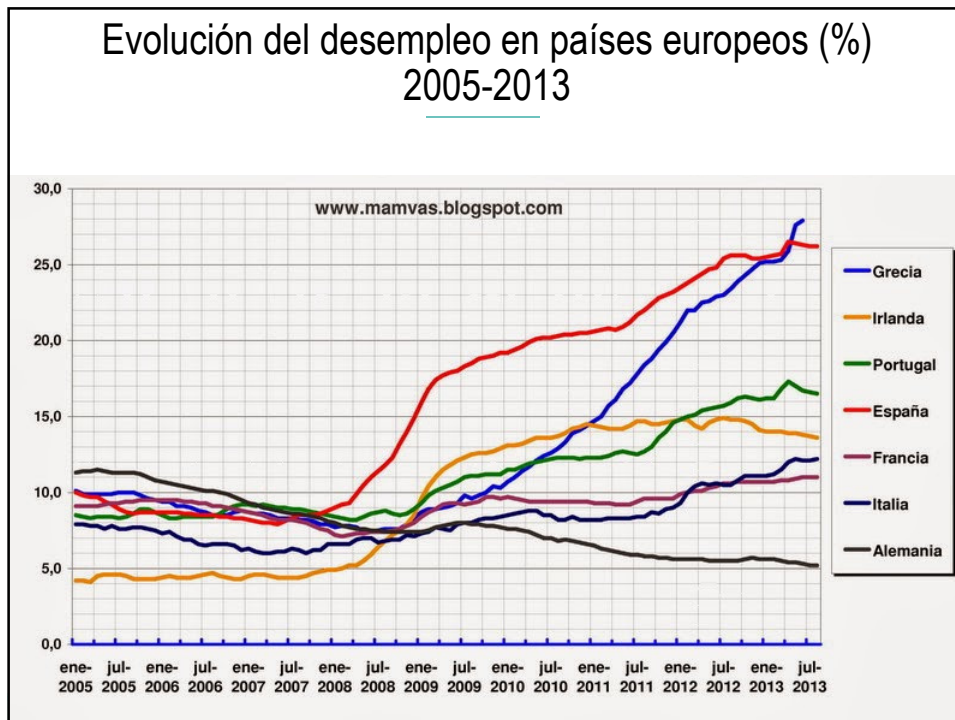
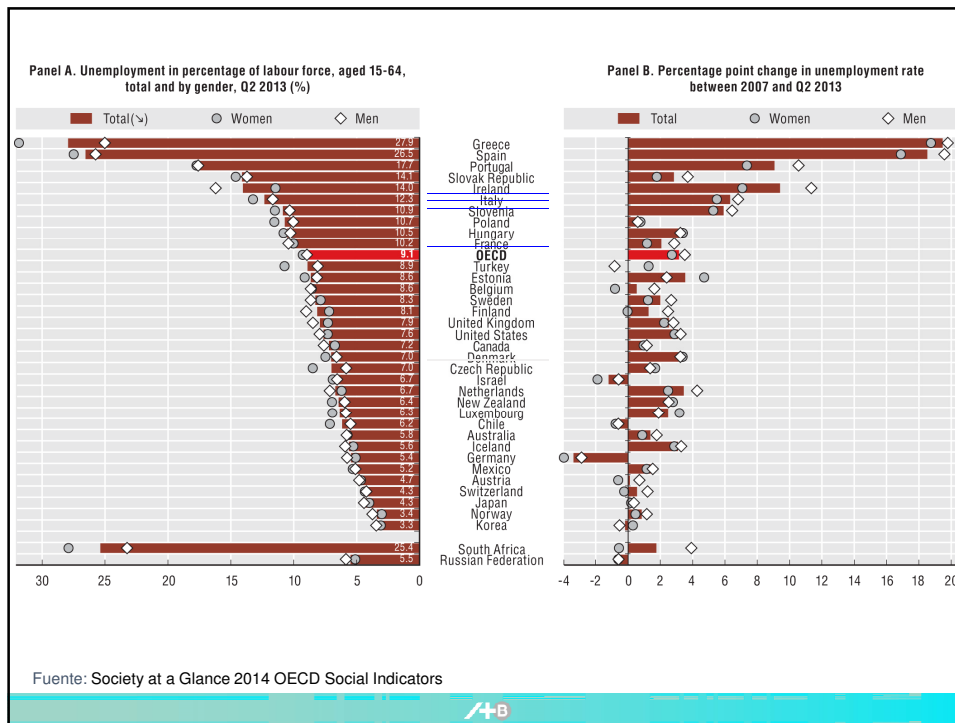


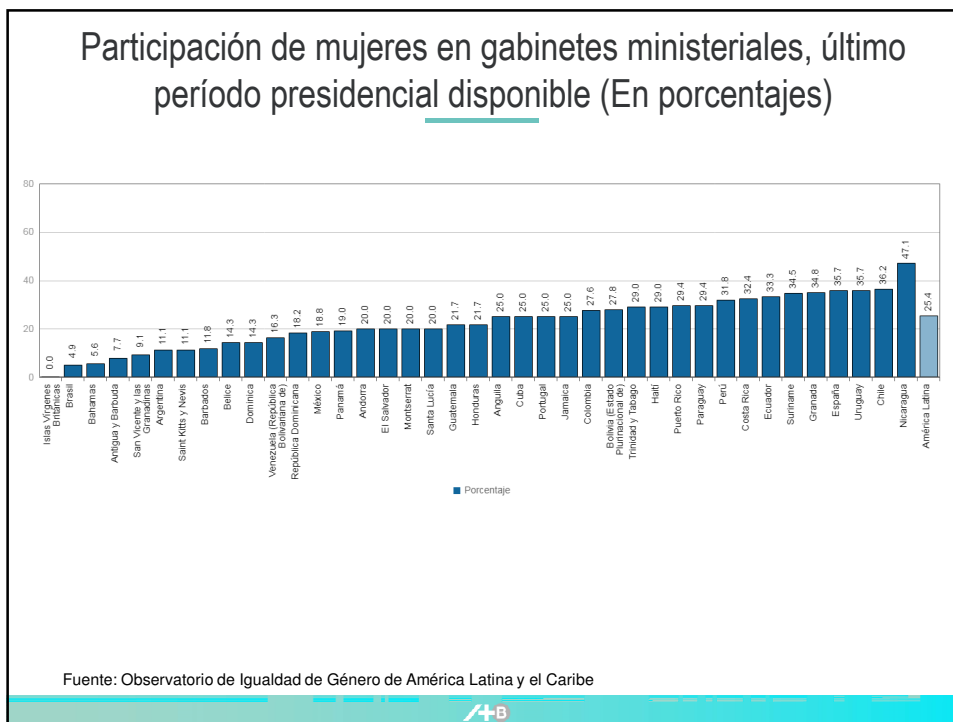
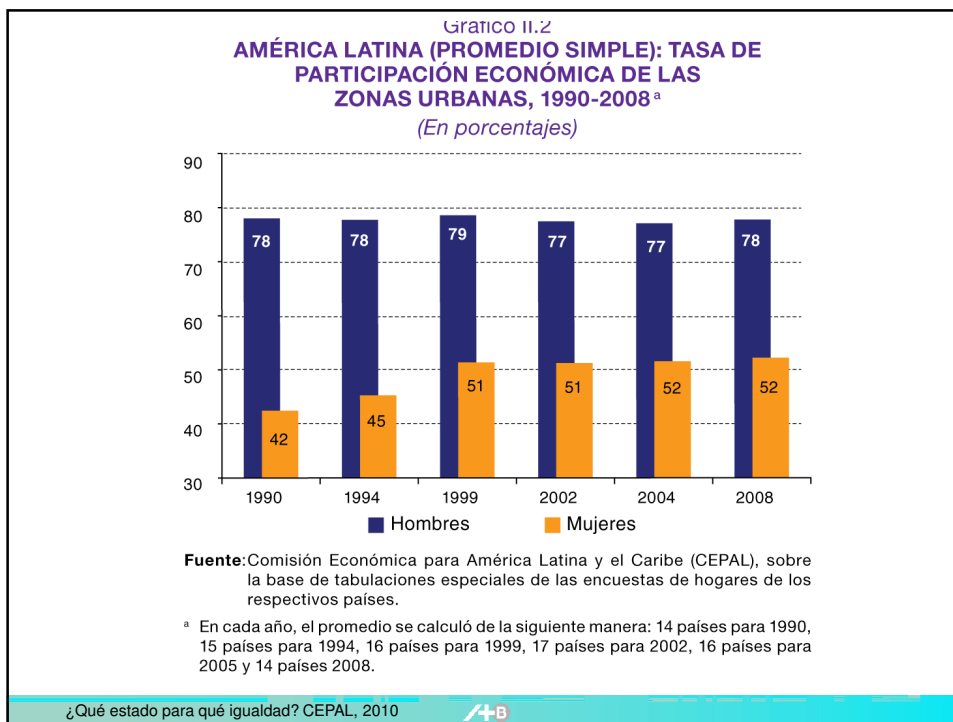
Fuente: Borrell et al. 2013

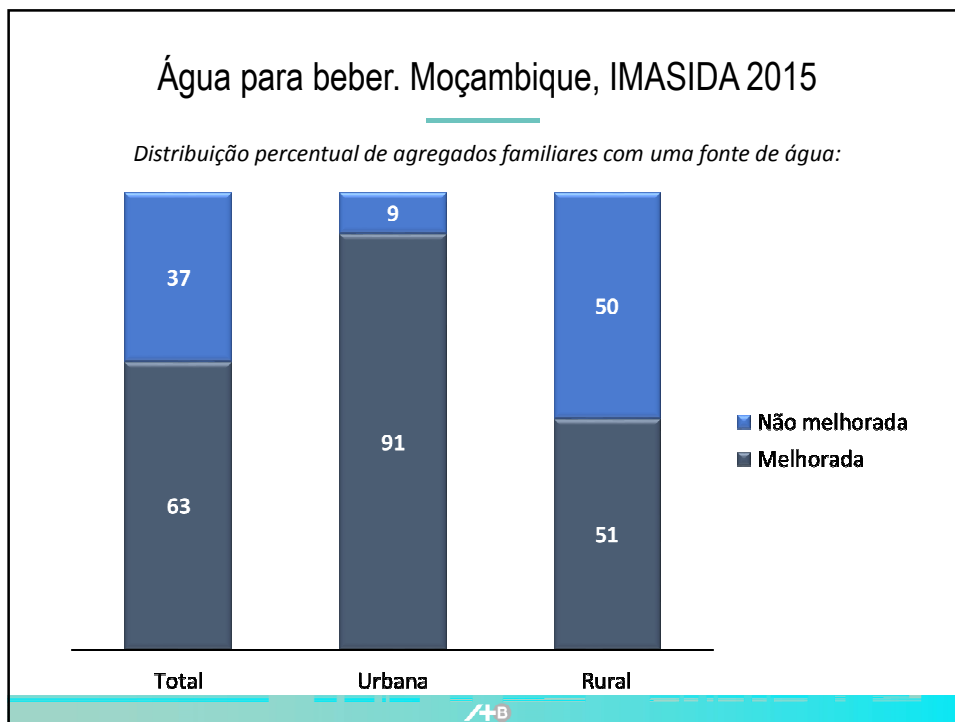
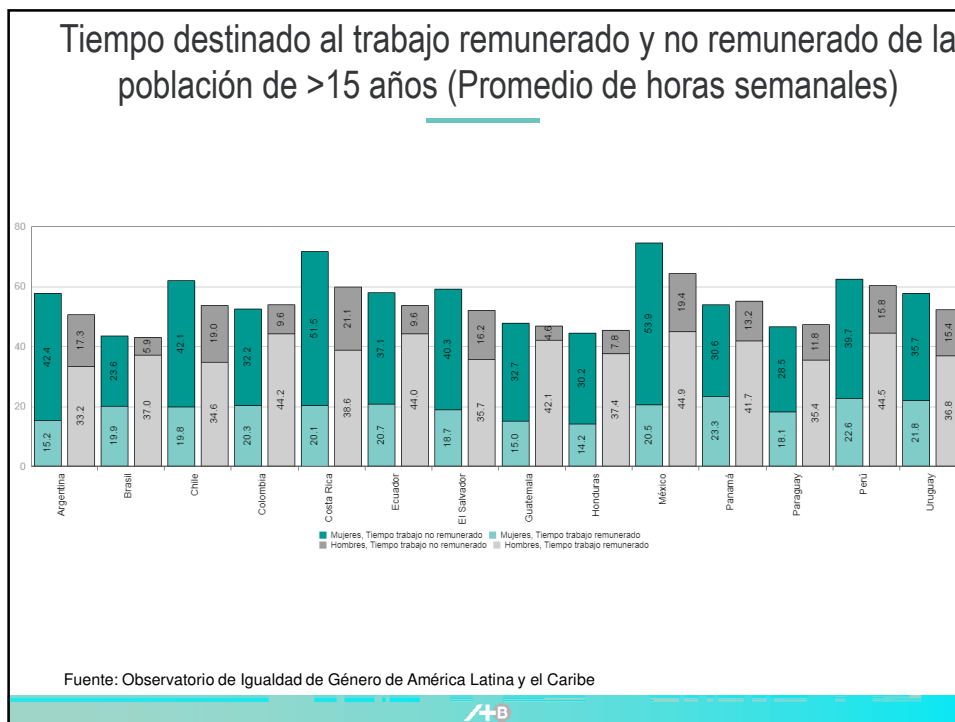
4+B

3. Ejemplos de de determinantes de la salud y desigualdades en salud



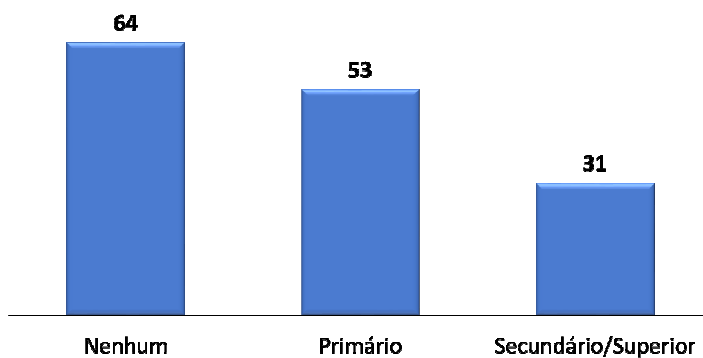






Gravidez e maternidade na adolescência por nível de escolaridade. Moçambique, IMASIDA 2015

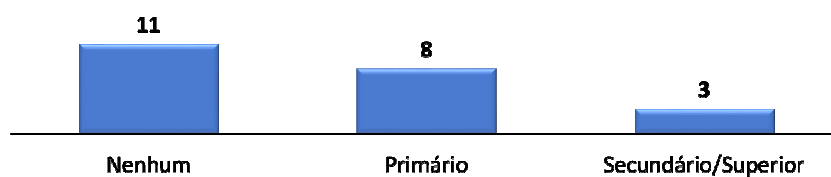
Percentagem de mulheres de 15-19 anos que já iniciaram a vida reprodutiva



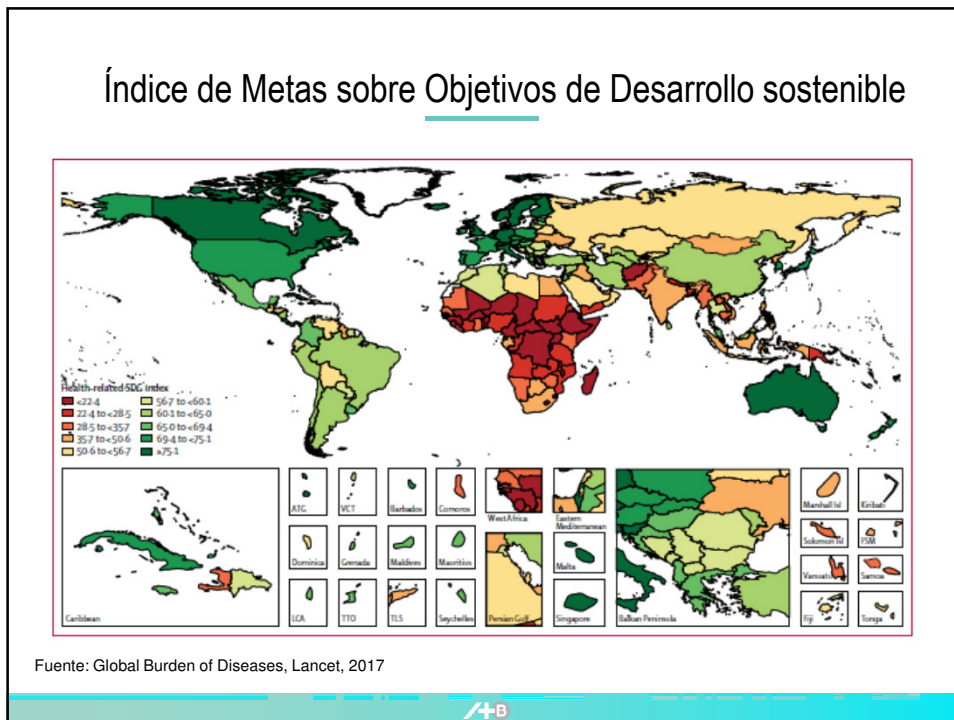
4+B

Prevalência de hemoglobina baixa nas crianças por o nível de escolaridade da mãe. Moçambique, IMASIDA 2015

Percentagem de crianças de 6-59 meses com anemia moderada-severa (hemoglobina abaixo de 8,0 g/dl)



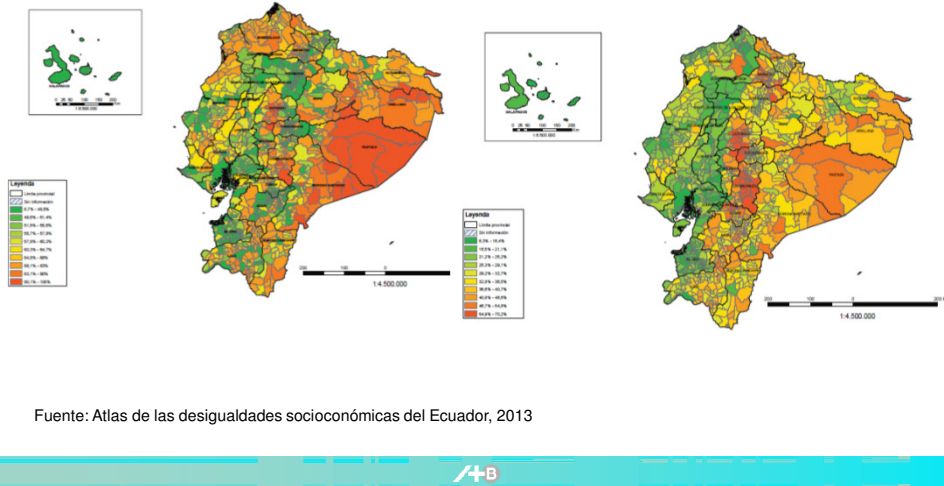
4+B



Pobreza y desnutrición por parroquias.Ecuador

Incidencia de la pobreza, por parroquias 2010

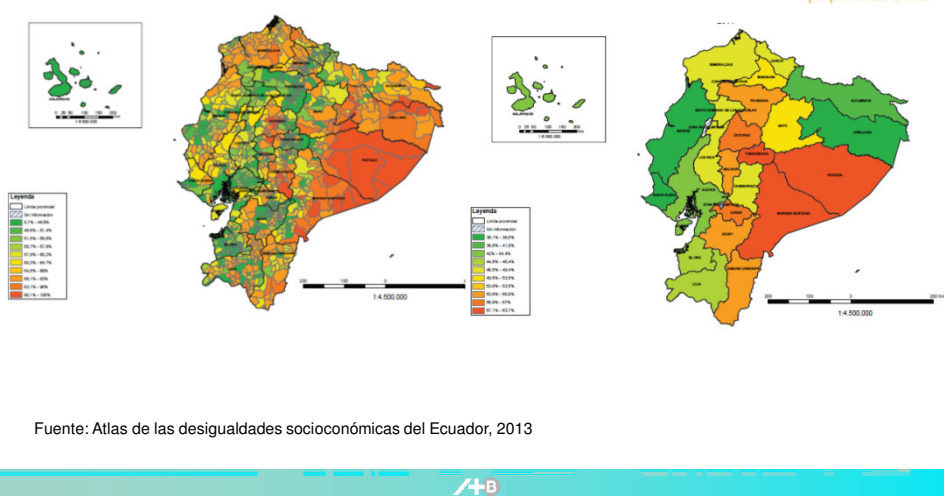
Prevalencia de la desnutrición crónica infantil, por parroquias: 2010



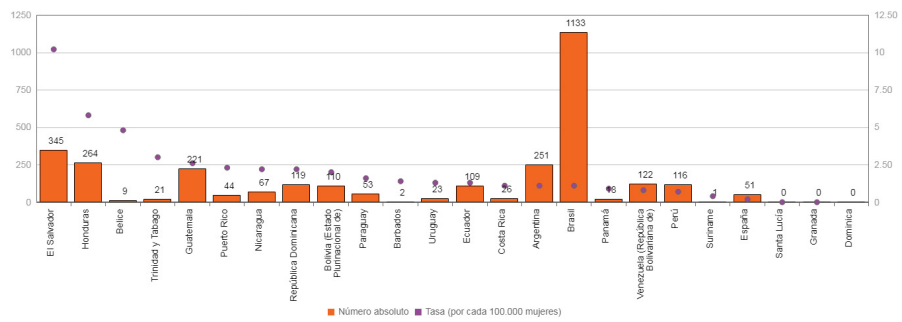
Pobreza y violencia de género.Ecuador

Incidencia de la pobreza, por parroquias 2010

Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia de género de su pareja, por provincias: 2011



Feminicidio o femicidio, último año disponible (En números absolutos y tasas por cada 100.000 mujeres)

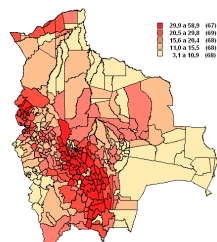


Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe



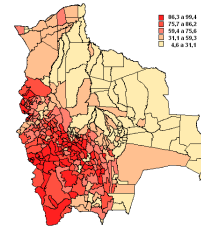
Privación y mortalidad infantil, Bolivia 2001

Distribución territorial de l'analfabetisme de 15 i més anys (%)



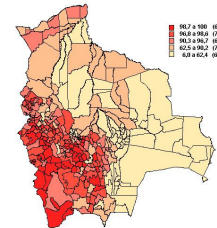
Fuente: Bolivia, Censo Nacional de Población y Vivienda, INE 2001

Distribución territorial d'habitages sense sanitaris (%)



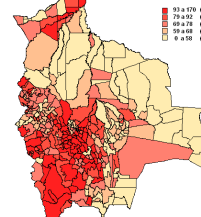
Fuente: Bolivia, Censo Nacional de Población y Vivienda, INE 2001

Distribución territorial d'habitages amb parets d'atovó, pedra o tàpia



Fuente: Bolivia, Censo Nacional de Población y Vivienda, INE 2001

Distribución territorial de la taxa de mortalitat infantil per 1.000 N.Y.

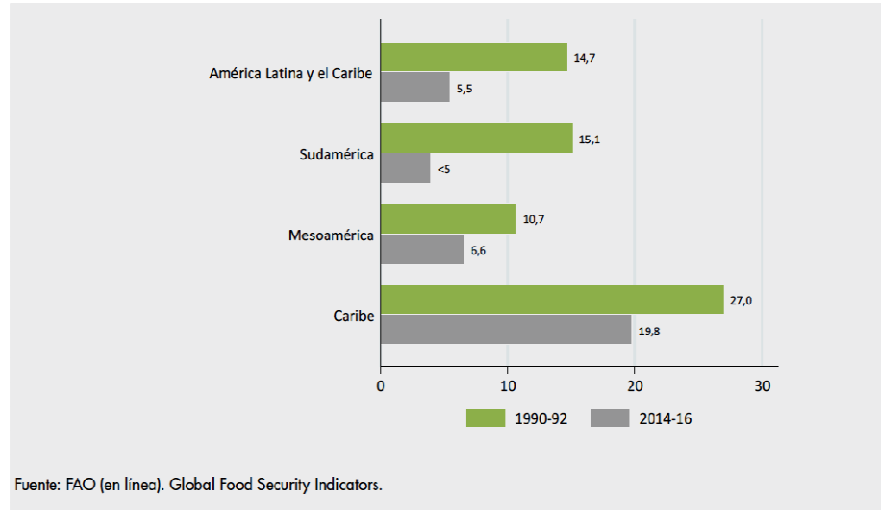


Fuente: Bolivia, Censo Nacional de Población y Vivienda, INE 2001

Fuente: Maydana et al, 2009

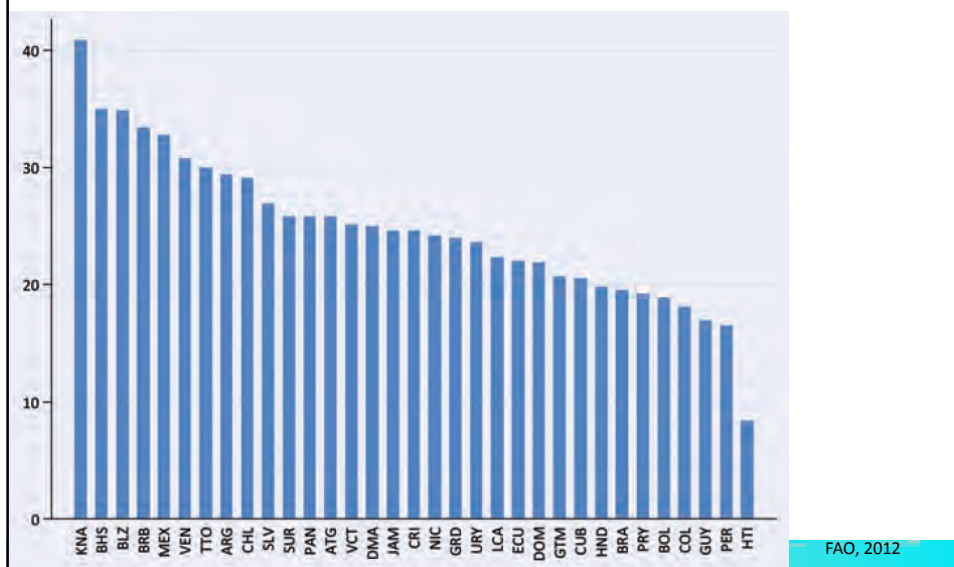


Evolución de la prevalencia de la subalimentación en América Latina y el Caribe (1990-92 y 2014-16). %



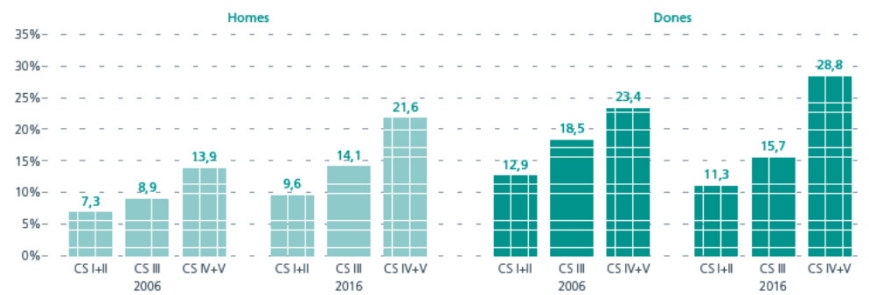
+B

% de obesidad en adultos en América Latina y Caribe, 1990-2012



Salud mental por clase social en hombres y mujeres Barcelona 2006 y 2016

Figura 9. Risc de patiment psicològic per classe social i sexe. Barcelona, 2006 i 2016.



Font: Enquesta de Salut de Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona.

Nota: CS I: Directors/-ores i gerents amb deu o més assalariats/-ades i professionals associats/-ades a llicenciatures universitàries; CS II: Directors/-ores i gerents amb menys de deu assalariats/-ades i professionals associats/-ades a diplomatures universitàries i altres professionals de suport tècnic; CS III: Ocupacions intermèdies i treballadors/-ores per compte propi; CS IV: Supervisors/-ores i ocupacions tècniques qualificades i semiqualificades; CS V: Treballadors/-ores no qualificats/-ades.

Fuente: Informe de salud de Barcelona 2016



SOCIEDADES JUSTAS: EQUIDAD EN LA SALUD Y VIDA DIGNA

Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
INSTITUTE of HEALTH EQUITY

Comment

Just societies, health equity, and dignified lives: the PAHO Equity Commission

The USA is the richest country in the Americas and its residents enjoy good health: female life expectancy is 83 years and male is 76 years. Haiti is the poorest country in the Americas; its residents suffer poor health: female life expectancy is 66 years and male is 61 years. US gross national income (GNI) is about US\$50,000 per person; in Haiti, it is just over \$1800 per person, adjusting for purchasing power.¹

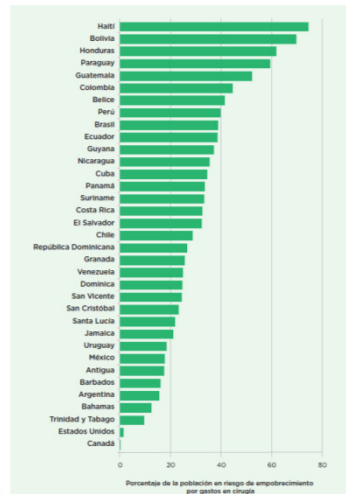
good instrumental reasons for improving health: good health may be a route to individuals enjoying flourishing and productive lives; a healthier population may make economic sense for a country. But that is not our central concern. Health is more than a means to some other end. Human well-being is an end in itself. Better health and greater health equity will come when life chances and human potential are freed to create the conditions for

1. <http://www.paho.org/hq/dmd/curr/topics/equity/inequality/inequality.html>



Empobrecimiento por costes quirúrgicos

FIGURA 4.8. RIESGO DE EMPOBRECIMIENTO DEBIDO A COSTOS QUIRÚRGICOS EN EL CONTINENTE AMERICANO, 2012

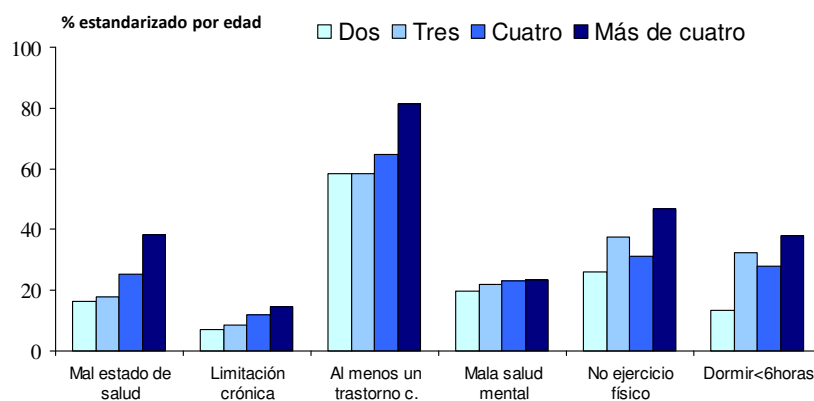


Sociedades justas, equidad en la salud y vida digna, 2018

El género y la clase social son dos ejes de desigualdad a analizar

- Los hombres y las mujeres presentan distintos patrones de salud y de sus determinantes.
- La clase social influye en la salud de hombres y mujeres.
- Es necesario analizar más de un eje de desigualdad (interseccionalidad).

Estado de salud según nº de personas que conviven en mujeres trabajadoras manuales. Cataluña 1994



Fuente: Artazcoz L y cols. En: Borrell C, Benach J. Les desigualtats en salut a Catalunya. Informe CAPS, F.J. Bofill, 2003.



The European Journal of Public Health Advance Access published August 8, 2012

European Journal of Public Health, 1-5

© The Author 2012. Published by Oxford University Press on behalf of the European Public Health Association. All rights reserved.

doi:10.1093/ejpub/ckr095

Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers

M. Marta Arcas¹, Ana M. Novoa^{2,3}, Lucía Artazcoz^{2,3,4,5}

Table 3 Adjusted OR^a for the association between each outcome variable and family demands in manual social class

| | Poor self-perceived health status | | Poor mental health | | Daily hours slept ≤ 6 | | Leisure time sedentarism | |
|---|-----------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|
| | Men | Women | Men | Women | Men | Women | Men | Women |
| Number of household members | | | | | | | | |
| 2 members | 1 ^b | 1 ^c | 1 ^b | 1 ^b | 1 | 1 | 1 | 1 ^c |
| 3 members | 1.24 (0.93-1.67) | 1.29 (0.92-1.79) | 1.61 (0.98-2.63) | 1.28 (0.88-1.87) | 0.84 (0.62-1.13) | 1.20 (0.84-1.70) | 1.33 (1.03-1.71)* | 1.03 (0.75-1.41) |
| 4 members | 1.24 (0.91-1.69) | 1.16 (0.84-1.61) | 2.15 (1.29-3.56)** | 1.28 (0.88-1.86) | 0.98 (0.71-1.34) | 0.93 (0.66-1.32) | 1.23 (0.94-1.61) | 1.05 (0.77-1.44) |
| >4 members | 1.56 (1.07-2.27)* | 1.85 (1.27-2.70)** | 1.91 (1.06-3.46)* | 1.77 (1.16-2.71)** | 0.68 (0.46-1.01) | 1.49 (1.00-2.21)* | 1.46 (1.04-2.03)* | 1.75 (1.21-2.55)** |
| Living with persons < 65 years | | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 0.81 (0.64-1.03) | 0.65 (0.50-0.85)** | 0.95 (0.67-1.36) | 0.77 (0.58-1.04) | 1.35 (1.06-1.72)* | 0.96 (0.73-1.28) | 1.05 (0.85-1.29) | 1.11 (0.86-1.43) |
| Living with persons between 65 and 74 years | | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 1.05 (0.56-1.97) | 0.80 (0.50-1.28) | 0.35 (0.00-1.59) | 1.24 (0.74-2.09) | 0.41 (0.17-0.97)* | 0.55 (0.32-0.94)* | 1.12 (0.64-1.95) | 0.94 (0.58-1.50) |
| Living with persons > 74 years | | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 1.28 (0.80-2.04) | 0.90 (0.55-1.47) | 2.95 (1.66-5.27)** | 0.91 (0.51-1.62) | 1.44 (0.87-2.38) | 0.75 (0.45-1.27) | 1.41 (0.88-2.26) | 0.76 (0.46-1.25) |
| Having a hired person for housework | | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 0.52 (0.31-0.88)* | 0.69 (0.43-1.10) | 1.00 (0.53-1.89) | 0.82 (0.47-1.42) | 0.51 (0.31-0.84)** | 0.89 (0.55-1.44) | 0.83 (0.57-1.21) | 0.95 (0.62-1.46) |

Spanish National Health Survey 2006.

a: OR with 95% CI adjusted for all explanatory variables and age. * $P \leq 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$.

b: Wald test with $P \leq 0.05$.

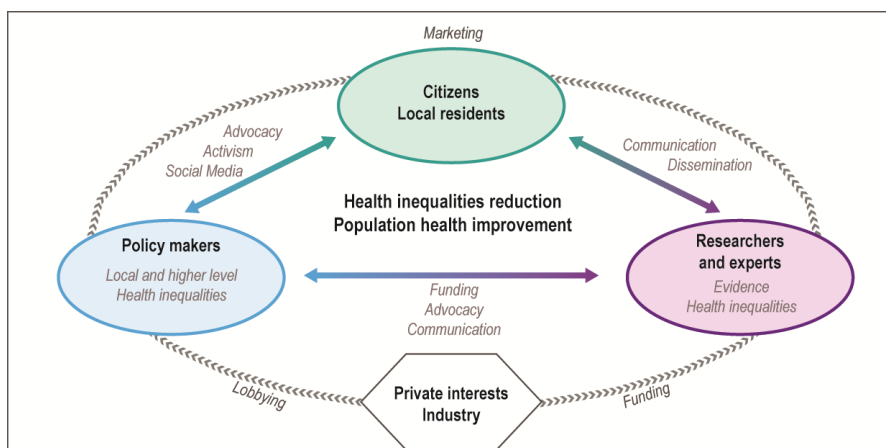
c: Wald test with $P < 0.01$.



4. Políticas para disminuir las desigualdades en salud



Stakeholders related with the political decisions



Source: Franco et al. Informe SESPAS 2018



Justificación de la necesidad de las políticas para reducir las desigualdades

¿Por qué se tienen que reducir las desigualdades socio-económicas en salud?

1. Porque contradicen los valores de justicia.
2. Porque al reducirlas se favorece un mejor nivel de salud de toda la población.

10 principios para la acción

1. Es necesario mejorar la salud de los más desaventajados
2. Se han de usar los 3 métodos descritos:
 - Focalización en la pobreza (estrategia selectiva),
 - Disminución de las desigualdades entre los que tienen más y menos,
 - Reducción de las desigualdades teniendo en cuenta a toda la población (estrategia universal).
3. Las políticas de salud han de mejorar la salud de la población y disminuir las desigualdades.
4. Es necesario actuar sobre los determinantes de las desigualdades.
5. Las políticas nocivas se han de monitorizar.

Fuente: Whitehead and Dalghren. Levelling up (part I). WHO, 2006.

10 principios para la acción (2)

6. Es necesario medir las desigualdades con instrumentos apropiados.
7. Se debe dar voz a los más desaventajados.
8. Es necesario analizar las desigualdades en salud de forma separada para hombres y mujeres.
9. Es necesario tener en cuenta la migración y el área geográfica de residencia.
10. Los sistemas de salud se han de regir per principios de equidad (servicios de salud para todos).

Fuente: Whitehead and Dalghren. Levelling up (part I). WHO, 2006.



Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual

Punto de entrada en los determinantes estructurales como el contexto socioeconómico y político:

- Poder político: Incremento de la participación electoral, en sindicatos, etc.
- Potenciación del estado del bienestar
- Políticas económicas: fiscalidad progresiva, pensiones para reducir la pobreza, etc.
- Políticas de mercado de trabajo: políticas de pleno empleo, reducción de la contratación temporal, control de los salarios, etc.

Fuente: Whitehead and Dalghren. Levelling up (part II). WHO, 2006.

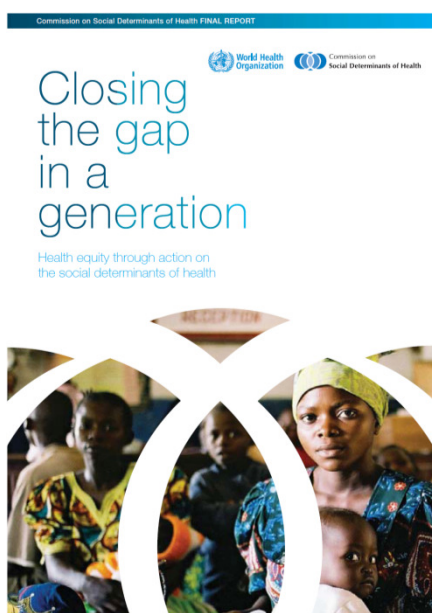


Ejemplos de políticas según el punto de entrada en el modelo conceptual (2)

Punto de entrada en los determinantes intermedios:

- Mejoras materiales o psicosociales: condiciones de la vivienda, del barrio de residencia, riesgos psicosociales del trabajo.
- Factores conductuales: Potenciación de estilos de vida saludables con políticas pro-equidad (aumento de precios del tabaco, accesibilidad a alimentos saludables, etc.)
- Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población, evitar las situaciones de pobreza a causa del pago a los servicios de salud.

Fuente: Whitehead and Dalghren. Levelling up (part II). WHO, 2006.



Comisión sobre determinantes sociales en salud de OMS, 2008

Fuente: WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation, 2008



Recomendaciones generales de la Comisión

1 Mejorar las condiciones de vida

Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres, y las condiciones en que nacen los niños; favorecer el desarrollo de la primera infancia y la educación para los niños y las niñas, mejorar las condiciones de vida y de trabajo y formular políticas de protección social dirigidas a toda la población; y crear las condiciones que permitan envejecer bien. Las políticas encaminadas a alcanzar esos objetivos han de contar con la participación de la sociedad civil, los poderes públicos y las instituciones internacionales.

2 Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad. Ello requiere un sólido sector público comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, para lo que no sólo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva. En un mundo globalizado, se impone aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad desde el nivel comunitario hasta las instituciones internacionales.

3 Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones

Reconocer que existe un problema y conseguir que se evalúe la magnitud de la inequidad sanitaria a nivel nacional y mundial es un punto de partida esencial para la acción. Los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales deben poner en marcha, con el apoyo de la OMS, sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales, que permitan hacer un seguimiento sistemático de las desigualdades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. Para crear el espacio y la capacidad institucionales que permitan combatir con eficacia la inequidad sanitaria, hay que invertir en la formación de los responsables de formular las políticas y de los profesionales de la salud, y explicar a la población qué son los determinantes sociales de la salud. También es necesario dar mayor cabida a los determinantes sociales de la salud en la investigación en materia de salud pública.

Comisión para reducir las desigualdades en salud en España (2009). Propuestas

- La distribución del poder y la riqueza
- Perspectiva internacional
- Condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital
- Entornos favorecedores de la salud
- Servicios sanitarios
- Información, vigilancia, investigación y docencia

The Commission's overarching recommendations

- ## 1 Improve Daily Living Conditions

Improve the well-being of girls and women and the circumstances in which their children are born, put major emphasis on early child development and education for girls and boys, improve living and working conditions and create social protection policy supportive of all, and create conditions for a flourishing older life. Policies to achieve these goals will involve civil society, governments, and global institutions.
- ## 2 Tackle the Inequitable Distribution of Power, Money, and Resources

In order to address health inequities, and inequitable conditions of daily living, it is necessary to address inequities – such as those between men and women – in the way society is organized. This requires a strong public sector that is committed, capable, and adequately financed. To achieve that requires more than strengthened government – it requires strengthened governance: legitimacy, space, and support for civil society, for an accountable private sector, and for people across society to agree public interests and reinvest in the value of collective action. In a globalized world, the need for governance dedicated to equity applies equally from the community level to global institutions.
- ## 3 Measure and Understand the Problem and Assess the Impact of Action

Acknowledging that there is a problem, and ensuring that health inequity is measured – within countries and globally – is a vital platform for action. National governments and international organizations, supported by WHO, should set up national and global health equity surveillance systems for routine monitoring of health inequity and the social determinants of health and should evaluate the health equity impact of policy and action. Creating the organizational space and capacity to act effectively on health inequity requires investment in training of policy-makers and health practitioners and public understanding of social determinants of health. It also requires a stronger focus on social determinants in public health research.

/4+B

Recommendations: “Just societies”, PAHO, 2018

Section 3: Structural drivers: Inequities in power, money, and resources

- Recommendation 1 Achieving equity in political, social, cultural, and economic structures
- Recommendation 2 Protecting the natural environment, mitigating climate change, and respecting relationships to land
- Recommendation 3 Reversing the health equity impacts of ongoing colonialism and structural racism

Section 4: Conditions of daily life

- Recommendation 4 Equity from the start: Early life and education
- Recommendation 5 Decent work
- Recommendation 6 Dignified life at older ages
- Recommendation 7 Income and social protection
- Recommendation 8 Reducing violence for health equity
- Recommendation 9 Improving environment and housing conditions
- Recommendation 10 Equitable health systems

Section 5: Governance for health equity

- Recommendation 11 Governance arrangements for health equity
- Recommendation 12 Fulfilling and protecting human rights

/4+B

Gracias, gràcies

Carme Borrell – cborrell@aspb.cat
@carne1848

Agència de Salut Pública de Barcelona

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**

