



Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud:

Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1

Margaret Whitehead
Göran Dahlgren

Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool

Estudios sobre los determinantes sociales y económicos de la salud de la población, nº 2

Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - *Parte 1*

**Conceptos y principios de la lucha contra las
desigualdades sociales en salud:**

*Desarrollando el máximo potencial de salud
para toda la población- Parte 1*

**Margaret Whitehead
Göran Dahlgren**

*Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.** By Margaret Whitehead and Göran Dahlgren.*

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

*Publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título **Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1.** Margaret Whitehead y Göran Dahlgren.*

El traductor de esta publicación es responsable de la exactitud de la traducción



© Ministerio de Sanidad y Política Social 2010

La Oficina Regional de la OMS para Europa es una de las seis oficinas regionales existentes, cada una con un programa propio orientado a los problemas de salud específicos de los países a los que sirve. La Región Europea cuenta con cerca de 870 millones de habitantes en un territorio que se extiende desde Islandia, por el norte, y el Mediterráneo, por el sur, hasta el litoral pacífico de la Federación Rusa. El programa europeo de la OMS se centra tanto en los problemas relacionados con la sociedad industrial y postindustrial como en los problemas a los que se enfrentan las democracias emergentes de Europa Central y Oriental y la antigua URSS.

Para asegurar la máxima disponibilidad de información y orientación de calidad en materia de salud, la OMS garantiza una amplia distribución internacional de sus publicaciones y promueve su traducción y adaptación. Ayudando a fomentar y proteger la salud y a prevenir y controlar las enfermedades, las publicaciones de la OMS contribuyen al objetivo principal de la Organización: alcanzar para todos los pueblos el grado máximo de salud que sea posible.

La Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo

La Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo, responsable de coordinar las actividades que han dado lugar a esta publicación, fue creada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, con la cooperación y el apoyo del Ministerio de Sanidad y la Región de Véneto en Italia. Uno de sus principales cometidos es recabar la evidencia disponible y actuar sobre los determinantes sociales y económicos de la salud. La Oficina revisa sistemáticamente los recursos necesarios para recopilar conceptos, pruebas científicas, la tecnología y las intervenciones políticas, a fin de conseguir una inversión eficaz que permita la promoción de la salud y la sinergia entre el desarrollo social, económico y sanitario. La Oficina desempeña dos funciones principales, interrelacionadas entre sí:

- vigilar, analizar y sistematizar las implicaciones políticas de los determinantes sociales y económicos de la salud de la población;
- y
- prestar servicios que ayuden a los Estados Miembros en la Región Europea de la OMS a aumentar su capacidad de inversión en salud, teniendo en cuenta esas implicaciones políticas e integrándolas en el programa de desarrollo.



**Conceptos y principios de la lucha contra las
desigualdades sociales en salud:**

*Desarrollando el máximo potencial de salud
para toda la población- Parte 1*

**Margaret Whitehead
Göran Dahlgren**

Los interesados en solicitar publicaciones de la Oficina Regional de la OMS para Europa pueden dirigirse a:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca

Pueden también descargar y rellenar un formulario del sitio web de la Oficina Regional (<http://www.euro.who.int/pubrequest>) para solicitar documentación, información en salud o autorización para reproducir o traducir alguna publicación.

© **Organización Mundial de la Salud 2006, reimpresso en 2007**

Reservados todos los derechos. La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud acoge favorablemente las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, en todo o en parte, sus publicaciones.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni sobre el trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras sobre las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de este material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización. Las opiniones expresadas por autores, editores o grupos de expertos no representan necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave:

ACCESIBILIDAD A SERVICIOS SANITARIOS – FACTORES SOCIOECONÓMICOS – PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA – ECONOMÍA SANITARIA – POLÍTICA SANITARIA – EUROPA

ÍNDICE

Agradecimientos	10
<i>Prólogo</i>	11
Parte A. Conceptos	14
¿Cuál es la diferencia entre variaciones en salud y desigualdades sociales en salud?	14
Justicia y derechos humanos	15
Inequidad y desigualdad son sinónimos	15
¿Qué es la equidad en la salud?	16
Desigualdades generalizadas en toda Europa	16
Una brecha de salud cada vez más amplia	16
El fenómeno del gradiente social	17
Desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios	18
¿En qué consiste una asistencia sanitaria equitativa?	20
Objetivos diferentes de la equidad en la salud y la equidad en la asistencia sanitaria	21
Parte B. Diez principios para la acción política	23
1. Las intervenciones políticas deben aspirar siempre a desarrollar el máximo potencial de salud, no el mínimo.	23
2. Las tres estrategias principales para reducir las desigualdades sociales en salud son interdependientes y deben basarse las unas en las otras	23
3. Las políticas de salud de la población deben tener como doble finalidad promover ganancias en salud para el conjunto de la población y reducir las desigualdades en salud	24
4. Las intervenciones deben centrarse en los determinantes sociales de las desigualdades en salud	24
5. No basta con una declaración de intenciones políticas: hay que vigilar que las intervenciones no causen daños	25
6. Seleccionar herramientas adecuadas para medir el alcance de las desigualdades y el progreso en el cumplimiento de los objetivos establecidos para solucionarlas	25

7. Hacer un esfuerzo coordinado para dar voz a quienes no la tienen	26
8. Siempre que sea posible, se deben describir y analizar las desigualdades sociales por separado en el caso de hombres y mujeres	26
9. Las diferencias de salud según el origen étnico o geográfico se deben relacionar con factores socioeconómicos	27
10. Los sistemas sanitarios deben basarse en principios de equidad	27
Resumen	28
Bibliografía	30
Anexo: Ilustración de la diferencia entre las medidas relativas y las medidas absolutas de las desigualdades sociales en salud	34

AGRADECIMIENTOS

Este informe se ha elaborado con la estrecha colaboración de expertos de la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo en Venecia y con el asesoramiento de su Grupo de Expertos en Pobreza, Desigualdades en Salud y otros Determinantes Sociales y Económicos de la Salud. Las distintas versiones de este documento y del documento sobre estrategias que lo acompaña se han presentado en varias reuniones internas de la OMS y en consultas europeas realizadas en la Oficina de Venecia para obtener asesoramiento. Han sido también objeto de revisiones anónimas por expertos. Los autores han recibido con agradecimiento comentarios que les han llevado a realizar algunos cambios, pero ellos son los únicos responsables del texto final y de cualquier error que pueda contener. Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Jerome M. Rosen por su trabajo de revisión editorial y a Antonella Biasiotto y Cristina Comunian por su apoyo administrativo.

PRÓLOGO

En 1990, la Oficina Regional de la OMS para Europa publicó dos documentos técnicos: Los conceptos y principios de la equidad en la salud (Whitehead, 1990), y un documento complementario sobre políticas y estrategias (Dahlgren y Whitehead, 1992). La finalidad de ambos era aclarar el concepto de equidad en el contexto de la salud y sus implicaciones para la formulación de políticas en este campo. Los documentos iban dirigidos a una audiencia no técnica de responsables políticos y profesionales sanitarios. Así se consiguió una mayor sensibilización y se estimuló el debate en una audiencia general más amplia. Los documentos se distribuyeron en Europa, América del Norte, Australia y Asia, fueron traducidos a 20 idiomas, y se incorporaron a los materiales educativos de un gran número de disciplinas.

*¿Por qué entonces hemos emprendido ahora una iniciativa similar? En primer lugar, el contexto europeo ha cambiado desde principios del decenio de 1990 y las divisiones sociales entre los países europeos y dentro de ellos han crecido en muchos aspectos. Para luchar eficazmente contra las desigualdades sociales en salud, los responsables políticos y los profesionales sanitarios necesitan disponer de toda la información posible sobre los principales determinantes y la forma en que los sistemas sanitarios pueden actuar sobre ellos en el contexto de cada país. Nuestro conocimiento **conceptual** de esa información, sobre todo en lo que respecta a la causa social de muchas de las desigualdades en salud, se ha ampliado también considerablemente en los últimos veinte años. En tercer lugar, hemos desarrollado y empezado a utilizar medidas más sensibles y fiables para evaluar las desigualdades en salud. Por último, nuestro conocimiento sobre la manera de abordar esas diferencias ha mejorado considerablemente, especialmente en lo que respecta a las intervenciones que son necesarias (políticas y programas), a la finalidad de dichas intervenciones (desarrollar el máximo potencial de salud para toda la población y llegar a los grupos más vulnerables) y a los **principios** que deben aplicarse en el diseño, la realización y la evaluación de dichas intervenciones (por ejemplo, participación activa de todos los interesados desde el principio).*

La Oficina Regional de la OMS para Europa ha estado a la cabeza en la defensa y creación de políticas que promuevan la equidad en salud. En 2003, se reafirmó este compromiso con la creación de la Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo (Oficina de la OMS en Venecia), que centra su trabajo específicamente en los determinantes sociales de la salud y en lo que pueden hacer los sistemas de salud para actuar sobre ellos. El Dr. Danzon, Director de la Región Europea de la OMS, ha establecido la reducción de las desigualdades en salud como una de las seis grandes prioridades del trabajo de la OMS en esta región (EUR/RC56/11, Conf.Doc./5).

La OMS ha reafirmado su compromiso mundial de actuar en este ámbito mediante la creación de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Por tanto, la equidad en la salud y la justicia social siguen siendo una prioridad clara del trabajo de la OMS a escala mundial y regional. Constituyen el núcleo de su actuación para reforzar los sistemas sanitarios, reducir las desigualdades en salud y mejorar la salud de la población.

En el marco de esta iniciativa mundial y europea orientada a la creación de herramientas y líneas estratégicas útiles que ayuden a los países a luchar contra las

desigualdades sociales en salud, la Oficina de la OMS en Venecia encomendó a Margaret Whitehead y a Göran Dahlgren la elaboración de este documento sobre los conceptos y los principios necesarios para luchar contra las desigualdades sociales en salud. La versión actual es el resultado de numerosas consultas y debates sobre versiones precedentes, desarrollados en reuniones organizadas por la OMS y en foros internacionales. Recoge además parte de los resultados de dos consultas europeas dedicadas al examen de los determinantes sociales de la salud y a la reducción de las desigualdades en salud, desarrolladas con la participación de Ministerios de Sanidad, responsables políticos a todos los niveles de la Administración, académicos y sociedades civiles de más de 30 Estados miembros (Edimburgo 2006 y Londres 2007). Es asimismo el resultado de las contribuciones de las unidades técnicas de la Oficina Regional de la OMS para Europa y de las Oficinas nacionales de la OMS. Por último, en su elaboración se han tenido también en cuenta los comentarios de una amplia diversidad de expertos y responsables políticos que trabajan en los ámbitos internacional, nacional y subnacional.

Confiamos en que, conjuntamente con el documento Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2 (Dahlgren y Whitehead, 2007), este trabajo ayude a los responsables políticos en sus esfuerzos por reducir las desigualdades sociales en salud en una Europa que está experimentando rápidos cambios.

Erio Ziglio
Director,
Oficina Europea de la OMS para la Inversión en Salud y Desarrollo

PARTE A.
CONCEPTOS

Parte A. Conceptos

¿Cuál es la diferencia entre variaciones en salud y desigualdades sociales en salud?

El presente documento se centra en las desigualdades sociales en salud. Dichas desigualdades son diferencias sistemáticas en el estado de salud entre distintos grupos socioeconómicos. ¿Pero qué significa esto exactamente? En todos los países se pueden observar diferencias de salud en la población. Las variaciones genéticas y constitucionales hacen que la salud de las personas varíe, como ocurre con cualquier otra característica física. La prevalencia de problemas de salud difiere también según el grupo de edad, apreciándose una mayor tendencia a la enfermedad en las personas de más edad que en las más jóvenes, como consecuencia del proceso natural del envejecimiento. Desde el punto de vista biológico, se advierte asimismo en los países industrializados una ventaja de las mujeres sobre los hombres, en lo que respecta a la supervivencia, en todas las etapas de la vida. El azar es otro factor que interviene en la vida de todas las personas, de forma que la suerte decide quiénes evitan una determinada enfermedad infecciosa o peligro y quiénes sucumben a ellos.

Existen tres rasgos distintivos que, al combinarse, convierten las meras variaciones o diferencias de salud en desigualdades sociales en salud. Estas desigualdades son *sistemáticas*, tienen un *origen social* (y por tanto son modificables) y son *injustas*.

El primer rasgo es la existencia de un patrón sistemático en las diferencias de salud. Estas diferencias no se distribuyen de manera aleatoria, sino que presentan un patrón que se repite en toda la población. Son especialmente llamativas las que se observan entre diferentes grupos socioeconómicos. La mortalidad y la morbilidad aumentan a medida que se desciende en la escala de la posición social, como se explica en las siguientes secciones. Este gradiente social de la enfermedad es universal, aunque su magnitud y su extensión varíen de un país a otro.

El segundo rasgo es la existencia de procesos sociales que dan lugar a diferencias en salud no determinadas por factores biológicos. Por ejemplo, ninguna ley de la naturaleza dispone que los niños de familias pobres tengan una probabilidad dos veces mayor de morir que los niños nacidos en familias ricas (Blane y cols., 1993), por lo que esa desigualdad en salud no es fija ni inevitable. Al menos en teoría, si son los procesos sociales los que generan esas diferencias en un país, se debería poder actuar sobre ellas a través de un esfuerzo concertado.

El tercer rasgo es que las desigualdades sociales son diferencias que la mayoría considera injustas, porque son generadas y mantenidas por lo que Evans y Peters (2001) han denominado “condiciones sociales injustas”, atentatorias contra las nociones comunes de justicia. Por supuesto, todo depende del significado que cada uno atribuya a la idea de *injusticia*. Ahora bien, aunque las nociones sobre lo que es injusto varíen algo de un lugar a otro, tienen mucho en común. Por ejemplo, la mayoría (si no la totalidad) de los ciudadanos europeos comparten la opinión de que todos los niños, independientemente del grupo social al que pertenezcan, deben tener la misma probabilidad de supervivencia. Todos considerarían injusto que la probabilidad de supervivencia fuera mucho menor entre los niños de algunos grupos socioeconómicos

que en otros. Éste es un ejemplo más de la preocupación general que existe en toda Europa por vincular la justicia a los derechos humanos

Justicia y derechos humanos

El sesgo y la discriminación que dan lugar a diferencias en el acceso a los recursos y a las oportunidades en salud entre los grupos sociales son injustos. Esto se debe al papel especial que ocupa la salud en los *derechos humanos*: toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad (OMS, 1946). Además, la salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades (Sen, 2000).

Así pues, es importante que la sociedad organice sus recursos sanitarios de una manera equitativa, para que toda la población tenga acceso a ellos. La existencia de claras diferencias sociales en la salud y en sus determinantes (como se explica en las secciones siguientes) contradice los valores aceptados de la equidad y la justicia (Daniels, Kennedy y Kawachi, 2000).

En la Europa actual, resulta innecesario discernir entre las diferencias sociales en salud que son *justas* y las que son *injustas*. Básicamente, todas las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos dentro de un mismo país pueden considerarse injustas y, por tanto, clasificarse como *desigualdades en salud*. Su existencia no se debe a ninguna razón biológica, y está claro que incluso las diferencias sistemáticas en los estilos de vida entre grupos socioeconómicos se deben, en gran medida, a factores estructurales. En síntesis, las desigualdades sociales en salud están directa o indirectamente generadas por factores sociales, económicos y ambientales, así como por estilos de vida sensibles a factores estructurales, y estos determinantes de las desigualdades sociales son modificables.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la salud se sitúa deliberadamente en el contexto en el que viven las personas (Kälin y cols., 2004). De cara a la adopción de medidas, el estado de salud de los grupos más favorecidos de la sociedad puede utilizarse como un indicador práctico del grado de salud *que puede lograrse* en una cierta sociedad y como el objetivo que se deben marcar las políticas dirigidas a combatir las desigualdades en salud.

Inequidad y desigualdad son sinónimos

En anteriores documentos publicados por los autores se utilizó el término *inequidades en salud* (en inglés, *inequities in health*), aunque explicándose que en algunos países, sobre todo en el Reino Unido, se utilizaba también, y con el mismo significado, el término *desigualdades en salud* (en inglés, *inequalities in health*). En los años transcurridos desde entonces, cada vez más países europeos han adoptado esa terminología británica, como ilustra el título de la Cumbre de la Unión Europea de 2005 sobre la lucha contra las desigualdades en salud. En este documento, para mantener la coherencia con otros documentos de la OMS, se mantiene el término *inequities in health*. No obstante, los autores desean insistir en que, en el ámbito de la salud pública, el término *desigualdades sociales en salud* tiene la misma connotación que el de diferencias de salud *injustas*. De hecho, puesto que en algunas lenguas europeas sólo

hay una palabra para los dos términos ingleses, no es necesario hacer distinción entre ellos en la traducción.¹

¿Qué es la equidad en la salud?

Si la desigualdad en la salud es injusta, ¿qué es entonces lo contrario: *la equidad en la salud*? El concepto está íntimamente relacionado con *el hilo conceptual de derechos humanos* que recorre los principales textos de la OMS, desde sus comienzos en el decenio de 1940 hasta las resoluciones del siglo XXI. La Constitución de la OMS (OMS, 1946) decía ya en 1946 que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

Haciéndose eco de estos sentimientos casi sesenta años después, el concepto de la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Esta definición se refiere a *todas* las personas y no sólo a un segmento especialmente desfavorecido de la población. Las medidas para la promoción de la equidad social en la salud se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que *todas* las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas.

Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos. El objetivo último es eliminar esas desigualdades, *desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*.

Desigualdades generalizadas en toda Europa

Una brecha de salud cada vez más amplia

En los países europeos hay muchos ejemplos de diferencias sistemáticas en salud entre los distintos grupos sociales. En todos los países europeos, los grupos más desfavorecidos tienen más problemas de salud y una mayor mortalidad, lo que da lugar a grandes diferencias de esperanza de vida entre los extremos de la escala social. En Escocia, por ejemplo, un niño que nazca en el barrio más desfavorecido de Glasgow tendrá una esperanza de vida 10 años menor que otro que viva en el barrio más privilegiado (Acheson y cols., 1998). En Estonia, las diferencias de mortalidad entre los grupos con los niveles de educación más altos y los más bajos aumentaron enormemente entre 1989 y 2000, el período de transición que siguió al fin de la dominación soviética. En 2000, un universitario varón de 25 años de edad tenía una esperanza de vida 13 años mayor que un hombre de la misma edad con el nivel de educación más bajo (Leinsalu, Vagero y Kunst, 2003).

¹ En el presente documento se ha optado por el término desigualdad en salud como traducción de *inequity*, por no estar recogido en el Diccionario de la Real Academia Española el término inequidad.

En los países septentrionales y meridionales de la Región se encuentran también buenos ejemplos. En los Países Bajos, por ejemplo, se aprecia una diferencia de 5 años en la esperanza de vida, y una diferencia de 13 años en la esperanza de vida libre de discapacidad entre los hombres pertenecientes a los grupos con niveles de educación bajos y altos (van de Water, Boshuizen y Perenboom, 1996). También las mujeres finlandesas pertenecientes al grupo con el nivel de educación más bajo tienen una esperanza de vida libre de discapacidad ocho años menor que las mujeres pertenecientes al grupo con el nivel de educación más alto (Valkonen y cols., 1994). En cuanto a los países meridionales, estudios realizados en Turín (Italia) han demostrado que, si bien la mortalidad se ha reducido en todos los grupos socioeconómicos en los últimos 30 años, esa reducción ha sido menos pronunciada entre los hombres y las mujeres con un nivel de educación más bajo, así como entre los hombres con peores condiciones de vivienda (Marinacci y cols., 2004).

En Francia hay dos ejemplos llamativos. Entre un trabajador manual no cualificado de 35 años de edad y un trabajador no manual (“cadre supérieur”) de la misma edad, la diferencia en la esperanza de vida es de unos nueve años. Si se analizan las cifras de mortalidad prematura (antes de los 54 años de edad), resulta que el número de muertes por diabetes es cuatro veces mayor entre los trabajadores manuales no cualificados que entre los trabajadores no manuales, y diez veces mayor en lo que respecta a la cirrosis y la psicosis alcohólica (Mesrine, 1999; Jouglu y cols., 2000).

La situación sanitaria en los países de Europa Central y Oriental es motivo de gran preocupación. En la Federación Rusa se produjo una drástica disminución sin precedentes de la esperanza de vida después de la crisis económica y política de principios del decenio de 1990. Esa disminución no afectó por igual a todos los segmentos de la población. Se vieron más afectados los grupos con un menor nivel de educación. De hecho, entre 1990 y 1994, la probabilidad de supervivencia de los hombres pertenecientes a los grupos con los niveles más bajos de educación fue menor que en el decenio de 1970 y 1980. En cambio, las tasas de mortalidad entre las personas con estudios universitarios se acercaron más a las de la población general de Occidente (Shkolnikov, Field y Andreev, 2001).

El fenómeno del gradiente social

Generalmente se observa un deterioro progresivo o lineal de la salud - y no sólo un grupo extremo con problemas de salud y el resto de la población con una salud razonablemente buena - a medida que desciende la posición social. Este fenómeno es lo que se denomina *gradiente social* (Marmot, 2004). Por ejemplo, el seguimiento durante varios años de la salud de las poblaciones de Florencia, Leghorn y Turín ha demostrado claramente que la mortalidad aumenta linealmente a medida que aumenta el grado de desventaja social. Esto ocurre tanto si la desventaja social se mide por las características de los individuos, como la educación, el empleo o la clase social, como si se mide por el carácter más o menos deprimido de la zona en la que viven (Costa, Spadea y Dirindin, 2002).

El impacto del gradiente social en la salud se expresa en ocasiones como un *déficit* de salud; es decir, como el número de vidas que se habrían salvado si todos los grupos de la sociedad disfrutaran del mismo grado de salud que el grupo más favorecido. Así, se ha estimado que si todos los trabajadores varones de 20 a 64 años de edad en Inglaterra y Gales tuvieran las mismas tasas de mortalidad que los hombres de la misma edad,

pero que además ocupan puestos profesionales y directivos, se habrían producido más de 17 000 muertes menos cada año a principios del decenio de 1990 (Acheson y cols., 1998). En España se estima que en las zonas más desfavorecidas se producen 35 000 muertes más al año que en las zonas más prósperas (Benach y Yasui, 1999). En un cálculo similar del déficit de salud en los Países Bajos se estimó que la morbilidad y la mortalidad medias en la población holandesa se reducirían un 25-50% si los hombres con los niveles de educación más bajos presentaran las mismas tasas de morbilidad y mortalidad que los que tenían estudios universitarios (Mackenbach, 1994).

La existencia de estas desigualdades sociales en casi todos los países plantea el mayor reto para la mejora de la salud de la población de la Región Europea. Por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida en todo un país se ve frenado por el grado de las desigualdades existentes en él.

No obstante, la desigualdad también indica la escala de oportunidad de mejora posible. Pone de manifiesto, por ejemplo, lo que ya han conseguido los grupos más favorecidos y, por tanto, lo que otros pueden conseguir en un país y un momento determinados. Las desigualdades sociales en salud en la población infantil constituyen los ejemplos más llamativos de injusticia. La preocupación por los datos indicativos de la existencia de grandes diferencias en la mortalidad infantil entre los segmentos ricos y pobres de la población de Estocolmo, ya en el decenio de 1930, llevó a los políticos a poner en marcha un programa de reformas de los servicios de salud materna. Sumado a una reforma más general de la seguridad social y de la vivienda, dirigida a mejorar las condiciones de vida de las familias urbanas, ese programa consiguió reducir la desigualdad social en la mortalidad infantil (Burström, 2004). Actualmente, la desigualdad en la mortalidad infantil se ha eliminado casi por completo en Suecia, lo que no ocurre en otros países de renta alta.

Desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios

El acceso inadecuado y/o insuficiente a los servicios sanitarios básicos es uno de los factores que determinan las desigualdades en salud. Puede que no sea el principal determinante, pero sí es un determinante importante sobre el que el sector sanitario debe actuar directamente para poner orden en su propia casa. Además, la carga que supone el pago de los servicios sanitarios es una *causa* creciente de pobreza, sobre todo para los grupos socialmente vulnerables, y frente a ella el sector sanitario tiene la responsabilidad (y la oportunidad) especial de combatir (Zigilio y cols., 2003).

Desde *el punto de vista de los derechos humanos*, toda persona tiene el derecho muy básico a acceder a una asistencia sanitaria eficaz que alivie su sufrimiento cuando caiga enferma, que le proteja y evite la aparición de enfermedades, y que le ayude a mantener la salud cuando se encuentre bien. Sin las ventajas derivadas de este acceso a los servicios sanitarios para mejorar la salud y aliviar el dolor y el sufrimiento, las demás actividades humanas se ven comprometidas. Sin embargo, para millones de personas de todo el mundo, incluso de una región relativamente rica como Europa, el acceso es inadecuado para satisfacer las necesidades de algunos grupos, o incluso imposible a todos los efectos prácticos. Además, son las personas con más necesidades las que suelen tener más problemas para acceder a la asistencia, lo cual constituye un flagrante ejemplo de injusticia.

La idea de la desigualdad en el acceso a la asistencia quedó reflejada en la famosa Ley Inversa de la Asistencia Sanitaria (Hart, 1971), según la cual “la disponibilidad de una buena asistencia médica suele variar de forma inversa a la necesidad de la población atendida.” Esta ley es fruto del análisis realizado por Tudor Hart sobre la situación en los valles de la minería del carbón de Gales. El emplazamiento y la calidad de los centros sanitarios eran mucho peores en las poblaciones más pobres, donde los mineros vivían y sufrían enfermedades profesionales, que en las poblaciones más prósperas, en las que las tasas de morbilidad eran menores.

El ejemplo de Gales enlaza con el concepto de *acceso geográfico*; es decir, con el emplazamiento y, por tanto, con la disponibilidad física de los servicios sanitarios en distintas zonas de un país. Estudios realizados en toda Europa han demostrado la existencia de grandes diferencias en el acceso geográfico entre distintos grupos de población. En Europa septentrional, por ejemplo, estudios recientes llevados a cabo en Suecia han demostrado una mayor concentración de especialistas privados pagados con fondos públicos en los barrios más prósperos y acomodados de Estocolmo y una escasez de los mismos en los barrios de renta baja de esa misma ciudad (Dhalgren, 1994).

No obstante, hay otros dos tipos de acceso que son también importantes: el *acceso económico* y el *acceso cultural*. ¿De qué sirve que haya servicios sanitarios a la puerta de nuestra propia casa si no podemos pagarlos? En esa situación se encuentra gran parte de la población urbana en algunos países. El ejemplo más llamativo del problema se da cuando personas que necesitan asistencia urgente son rechazadas en centros sanitarios u hospitales y se les deja morir porque no pueden pagar. Esto ocurre muy raramente en Europa, pero cada vez son más los casos de pacientes que demoran la visita a los servicios de urgencias por motivos económicos. En Bélgica, por ejemplo, estudios recientes han demostrado que los pacientes con enfermedades crónicas se gastan, por término medio, un 23% de la renta disponible en el cuidado de la salud. Asimismo, casi un tercio de la población belga reconoció que tenía dificultades para pagar la asistencia médica, y el 8% de las familias aplazaba la decisión de solicitar esta asistencia por motivos de coste (Louckx, 2002).

En Francia, un estudio llevado a cabo en 1997 concluyó que 600 000 ciudadanos no tenían cobertura de la asistencia médica a través de la seguridad social y que el 16% de la población carecía de cobertura complementaria. Muchas personas demoraban la petición de tratamiento debido al coste. Además, la red de seguridad de emergencia operaba de tal forma que, si bien los más pobres podían solicitar asistencia médica gratuita siempre que necesitaran tratamiento, el procedimiento establecido suponía su estigmatización. El sistema francés se reformó en el año 2000 para mejorar el acceso económico a la asistencia sanitaria de segmentos de la población anteriormente excluidos y para establecer un procedimiento menos estigmatizante (Ziglio y cols., 2003).

Otro aspecto y ejemplo del problema del acceso económico se da cuando las personas consiguen reunir el dinero necesario para pagarse la asistencia (incluidos los pagos informales), pero a costa de endeudarse. Es lo que llamamos *trampa médica de la pobreza*, es decir, el empobrecimiento causado por el pago de la asistencia médica (Whitehead, Dahlgren y Evans, 2001). Los ejemplos más destacados se dan en el mundo en desarrollo, pero hay casos también en el mundo desarrollado, sobre todo en los Estados Unidos y, más recientemente, en Europa Oriental. En suma, debe tenerse siempre en cuenta la carga resultante del pago de los servicios sanitarios y los

medicamentos esenciales, ya que puede ser muy pesada, aunque no lleve a la pobreza (véase el documento complementario de éste: Dahlgren y Whitehead, 2007).

El otro tipo de acceso, el *acceso cultural*, está relacionado con la aceptabilidad y el respeto. ¿Hay grupos que se encuentran con barreras culturales para acceder a los servicios sanitarios disponibles que determinen que éstos resulten en definitiva inaceptables? ¿Existen déficits inaceptables en el respeto y la dignidad de trato por parte de los profesionales sanitarios a grupos marginales como el de las personas sin techo o el de los pobres? Las barreras idiomáticas y las prácticas culturales, por ejemplo, pueden determinar que grupos pertenecientes a minorías étnicas o inmigrantes recientes rechacen la medicina preventiva o la atención psiquiátrica, aunque sea gratuita. Aparte de las barreras idiomáticas, son importantes asimismo las que se crean entre los trabajadores sanitarios y los pacientes con un menor nivel de educación cuando los proveedores de servicios sanitarios no son conscientes ni entienden las privaciones que sufren éstos en su vida cotidiana. Pueden producirse también diferencias en la atención prestada a los pacientes de grupos más desfavorecidos, causantes a su vez de diferencias en la calidad de la asistencia que reciben y en el respeto con que son tratados éstos.

A lo anterior deben añadirse las *diferencias en el resultado del tratamiento* observadas entre distintos grupos socioeconómicos; es lo que sucede, por ejemplo, cuando la recuperación después de una intervención quirúrgica es más lenta en los pacientes más pobres o cuando el tratamiento farmacológico para controlar una enfermedad crónica es menos eficaz en las personas con unas malas condiciones de vivienda. Estas diferencias pueden producirse aunque el tratamiento se haya administrado en condiciones equitativas, debido a las condiciones socioeconómicas de los pacientes. Se deben a desigualdades en los determinantes sociales más generales de la salud, sobre los cuales los servicios sanitarios pueden tener poco o ningún control. Por ello, alcanzar la equidad en el resultado del tratamiento no siempre es un objetivo factible para un servicio sanitario.

¿En qué consiste una asistencia sanitaria equitativa?

Habida cuenta de estas posibles desigualdades en el acceso, puede verse la situación contraria – es decir, la equidad en la asistencia sanitaria – como un concepto multifacético que implica *una organización justa que permite la igualdad en el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios disponibles para todas las personas a igual necesidad de asistencia*.

Esta idea de la existencia de diferencias en la *necesidad de servicios sanitarios* entre distintos grupos socioeconómicos es crítica en la definición de la equidad en la asistencia sanitaria. Así se advierte con claridad si se considera el uso que hacen de los servicios sanitarios distintos grupos socioeconómicos y se estima ese uso como indicador indirecto de los problemas más generales en el acceso. El hecho de que las tasas de uso sean similares en todos los grupos no significa necesariamente que la asistencia sea equitativa. Por el contrario, lo más probable es que indique una situación poco equitativa: al existir un gradiente social en el estado de salud, la necesidad subyacente de asistencia suele ser mayor en los grupos de nivel socioeconómico más bajo y, por tanto, es esperable que éstos deban hacer un uso de los servicios razonablemente mayor que los grupos más favorecidos para que sus necesidades se vean cubiertas.

En el caso expuesto, un objetivo pragmático de la equidad en la asistencia sanitaria sería conseguir *el mismo uso para la misma necesidad*. Para evaluar si se alcanza este objetivo habría que tener en cuenta la necesidad de asistencia. Ahora bien, es posible que un segmento de la población plenamente capacitado para usar un servicio ejerza su derecho a no utilizarlo, y en tal supuesto la tasa de uso correspondiente será en él menor de lo que se desprende de su nivel de necesidad (Whitehead, 1990). Es lo que puede ocurrir con las pruebas preventivas de detección y con los chequeos médicos realizados a escala nacional, ya que es posible que haya personas que los rechacen. En tal caso, no sería equitativo presionarles para que lo utilizaran en contra de su voluntad. En cambio, si en futuras investigaciones se demostrara que la razón para no utilizar los servicios es un problema de acceso geográfico o de barreras sociales o económicas que impiden ese uso a quienes desearían acogerse a él, entonces la situación se consideraría inaceptable e injusta.

Objetivos diferentes de la equidad en la salud y la equidad en la asistencia sanitaria

En la práctica, es importante saber que los objetivos de la equidad en la *salud* y la equidad *en la asistencia sanitaria* son muy diferentes. El objetivo último de la equidad en la salud es la eliminación de todas las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre grupos socioeconómicos, como se explica en la sección "¿Qué es la equidad en la salud?". En cambio, el objetivo último de la equidad en la *asistencia sanitaria* es la perfecta adaptación de los servicios sanitarios al nivel de necesidad, favoreciendo que se produzcan grandes diferencias entre el acceso y el uso de éstos entre distintos grupos socioeconómicos, a favor de los grupos más desfavorecidos y con más necesidades.

PARTE B.

DIEZ PRINCIPIOS PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

Parte B. Diez principios para la acción política

El concepto de equidad en la salud implica la aplicación de una serie de principios de acción pragmáticos que deben dirigir cualquier intento de reducir las desigualdades sociales en el estado de salud. A continuación se formulan 10 principios generales, que pueden servir como orientación general. En el documento complementario a éste (Dahlgren y Whitehead, 2007), se ofrece un marco para analizar las causas de las desigualdades sociales en salud y para explicar las intervenciones y estrategias políticas que podrían reducirlas.

1. Las intervenciones políticas deben aspirar siempre a desarrollar el máximo potencial de salud, no el mínimo.

Nadie podría proponer en serio la eliminación de las diferencias en salud rebajando el nivel de los más sanos al de los menos sanos. Por ejemplo, el aumento de la mortalidad infantil de los niños nacidos de padres ricos, manteniéndose sin cambios la tasa de mortalidad de los niños pobres, nunca podría verse como un éxito, sino como una tragedia, aun cuando se redujeran las diferencias entre los dos grupos desde el punto de vista puramente métrico. Los detractores de las políticas de equidad han advertido ya de este peligro. Por lo tanto, hay que dejar absolutamente claro que el principio formulado en este documento propugna que la única forma de eliminar las diferencias en salud de una manera equitativa es mejorar el grado de salud de los grupos más desfavorecidos hasta alcanzar el grado que disfrutaban los más privilegiados. Aspirar al mínimo potencial de salud no es una opción.

2. Las tres estrategias principales para reducir las desigualdades sociales en salud son interdependientes y deben basarse las unas en las otras

Recientemente se han debatido los méritos relativos de las distintas estrategias de lucha contra las desigualdades sociales en salud (Mackenbach y cols., 2002; Graham, 2004a). Básicamente, se destacan tres estrategias: centrarse únicamente en la población que vive en la pobreza; estrechar la brecha de salud y reducir las desigualdades en el conjunto de la población

- i. **Centrarse únicamente en la población que vive en la pobreza.** Es lo que se conoce como estrategia selectiva que mide el progreso en función de la mejora de la salud del grupo elegido únicamente, prescindiendo de las mejoras que hayan tenido lugar en el conjunto de la población o en el grupo más privilegiado. Desde esta perspectiva, se considera un éxito cualquier mejora en el estado de salud de los grupos desfavorecidos, aunque la brecha de salud entre ricos y pobres sea cada vez más amplia.
- ii. **Reducir la brecha de salud.** Esta estrategia toma como punto de partida la salud de los grupos desfavorecidos *en comparación con* el resto de la población. Las intervenciones correspondientes se centran en reducir las diferencias entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad y los más privilegiados, es decir, la disparidad en el estado de salud entre los dos extremos de la escala social.

- iii. **Reducir las desigualdades sociales en toda la población.** Esta estrategia parte del supuesto de que la morbilidad y la mortalidad prematuras tienden a aumentar a medida que se desciende en la escala de la posición socioeconómica y que no hay simplemente una brecha entre ricos y pobres. Por lo tanto, se orienta al conjunto de la población, incluidos los grupos de renta media, y trata de reducir las diferencias de salud entre los grupos de renta alta, media y baja, igualando las oportunidades en todo el espectro socioeconómico.

La definición de equidad en la salud que se ha adoptado en este documento lleva a considerar las tres estrategias citadas no sólo como complementarias entre sí, sino también como interdependientes. Unas tienen que basarse en las otras. La secuencia lógica es, por tanto, conseguir como primer paso esencial la mejora de la salud de los grupos desfavorecidos. Con eso no estamos recomendando, sin embargo, una estrategia selectiva aislada, sino una estrategia general, que puede incluir actuaciones específicas para mejorar la salud de los grupos desfavorecidos de cara a reducir las desigualdades sociales en salud. El segundo paso, estrechar la brecha de salud, tiene el objetivo más ambicioso de mejorar más deprisa la salud de la población que vive en la pobreza que la de los sectores más privilegiados. El tercer paso consiste en reducir las desigualdades en salud entre todos los grupos, y no sólo entre los extremos de la escala social. Esta tercera estrategia, sin embargo, no puede separarse de las dos anteriores, ya que técnicamente sería posible reducir las diferencias estrechando la brecha de salud entre los grupos socioeconómicos de nivel medio y alto, e ignorando al mismo tiempo a las personas que viven en la pobreza y dejando que su salud se deteriore más. El único indicador válido de la reducción de las desigualdades sociales en el conjunto de la población es una mejora más rápida de la salud de los grupos más desfavorecidos que de los grupos de renta media y alta, según se explicaba en el Principio 1 anterior.

3. Las políticas de salud de la población deben tener como doble finalidad promover ganancias en salud para el conjunto de la población y reducir las desigualdades en salud

Hay quien considera que estos dos objetivos son conflictivos, ya que exigen un equilibrio entre la mejora de la salud en el conjunto de la población y una mejora aún más rápida de la misma en los grupos más desfavorecidos de la sociedad; es decir, un equilibrio entre las ganancias generales en salud de la población y la reducción de las desigualdades sociales en este ámbito. En realidad, se trata de un falso equilibrio. El objetivo de reducir las desigualdades en salud forma parte integrante de una estrategia global de desarrollo de la salud, no es una opción alternativa. De hecho, ninguna estrategia nacional en Europa o en el resto del mundo renuncia al intento de mejorar la salud del conjunto de la población para centrarse únicamente en reducir las desigualdades en salud. Además, cada vez se reconoce más ampliamente que los objetivos nacionales en materia de salud de la población tienen escasas posibilidades de verse cumplidos si no se presta atención a los grupos más desfavorecidos. Estos dos objetivos siempre van de la mano.

4. Las intervenciones deben centrarse en los determinantes sociales de las desigualdades en salud

Las intervenciones no deben centrarse sólo en los determinantes sociales de la salud en general (las condiciones sociales que afectan a la salud de las personas), sino que han de

referirse también a los principales determinantes de las diferencias sistemáticas en oportunidades, niveles de vida y estilos de vida que se asocian a las distintas posiciones en la sociedad (Graham, 2004b). Las condiciones de trabajo ilustran bien lo dicho. En la Europa postindustrial, la exposición a unas malas condiciones de trabajo ha dejado de ser un determinante importante de los problemas de salud en el conjunto de la población. Sin embargo, en un estudio realizado en Suecia se concluyó que las diferencias en este punto en el conjunto del espectro social explicaban buena parte de las desigualdades en salud observadas entre los grupos socioeconómicos del país (Lundberg, 1991). Por consiguiente, para actuar sobre estos determinantes sociales es necesario un conocimiento más profundo de los procesos que generan y mantienen las desigualdades sociales, para luego intervenir en ellos en los puntos que sean más efectivos (véase el documento complementario de éste: Dahlgren y Whitehead, 2007).

5. No basta con una declaración de intenciones políticas: hay que vigilar que las intervenciones no causen daños

Este principio exige una evaluación de los diferentes impactos y no sólo de los efectos medios. El ejemplo clásico en el ámbito de la equidad en la salud es el de los efectos negativos que han tenido algunas reformas del sector sanitario en las últimas décadas y que han creado la *trampa médica de la pobreza* (Whitehead, Dahlgren y Evans, 2001), en virtud de la cual la creciente necesidad de costearse la asistencia en caso de enfermedad empuja a cada vez más personas a la pobreza. En este caso, el sistema de bienestar, que en un principio pretendía prestar ayuda frente a la enfermedad, se ha convertido en un sistema generador de pobreza. Esta trampa se desarrolla a tal velocidad, que requiere que estemos atentos para detectarla a tiempo. Análogamente, las intervenciones de ayuda a las personas que viven en la pobreza han de llevarse a cabo sin estigmatizarlas, ya que esto les lleva a rechazar la ayuda ofrecida.

El principio de la realización de una evaluación del impacto en las desigualdades en salud es aplicable a una gran diversidad de políticas, propias del sector sanitario o ajenas a él. De hecho, el mayor peligro está en unas macropolíticas generales que *oculten* los efectos negativos en la salud, por considerarse que no están relacionadas con la salud (véase el documento complementario de éste: Dahlgren y Whitehead, 2007).

6. Seleccionar herramientas adecuadas para medir el alcance de las desigualdades y el progreso en el cumplimiento de los objetivos establecidos para solucionarlas

Este principio puede parecer obvio, pero, como demuestran los principios 1-5 anteriores, las intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades pueden centrarse en varios objetivos o fines, cada uno de los cuales puede requerir un indicador diferente. Por ejemplo, las medidas que sólo tengan en cuenta los cambios en la salud de los más pobres no dirán nada sobre la situación de esos grupos en comparación con los grupos más favorecidos. Para ello hará falta medir el progreso tanto en el extremo superior como en el extremo inferior de la escala social, y luego comparar las dos mediciones. Esta comparación, a su vez, no permitirá evaluar el impacto en el conjunto de la sociedad. Para ello posiblemente se requieran indicadores del llamado *déficit*, es decir, de la diferencia acumulada entre el grupo más privilegiado y cada uno de los otros grupos sociales en relación con cada factor específico.

Es importante medir tanto los cambios *relativos* como los cambios *absolutos* que se producen respecto a las desigualdades sociales en salud, porque en uno y otro caso se obtiene información diferente sobre la magnitud y dirección del cambio en dichas desigualdades. Una medida relativa sería, por ejemplo, el *cociente* entre la tasa de mortalidad del grupo más desfavorecido y la del más privilegiado. En cambio, sería una medida absoluta la *diferencia entre* la tasa de mortalidad del grupo más desfavorecido y la del más privilegiado. En la Tabla 1 del Apéndice se ofrece un ejemplo numérico, en el que se utilizan datos británicos sobre las tendencias de las enfermedades circulatorias en función de las zonas más o menos deprimidas en que vive la población. Si en este ejemplo se utiliza la medida absoluta, las desigualdades en la mortalidad se reducen; en cambio, si se utiliza la medida relativa, aumentan.

7. Hacer un esfuerzo coordinado para dar voz a quienes no la tienen

Este principio implica, por ejemplo, la búsqueda activa de opiniones de grupos marginados y el aumento de su participación real (a diferencia de lo que ocurre en una consulta simbólica). Los miembros mejor organizados de la población y los que tienen la representación más poderosa suelen tener más influencia que los que están en una posición más débil. Para evitar tal situación, los administradores y profesionales deben esforzarse por crear sistemas administrativos y proporcionar información que facilite la participación de las personas legas en las decisiones que afectan a su salud.

8. Siempre que sea posible, se deben describir y analizar las desigualdades sociales por separado en el caso de hombres y mujeres

Esta descripción y análisis deben hacerse por separado porque tanto la magnitud como las causas de las desigualdades sociales en salud son diferentes en el caso de los hombres y en el de las mujeres. Por consiguiente, es muy importante conocer esas diferencias y tenerlas en cuenta al formular estrategias de lucha contra las desigualdades en salud.

La importancia de la combinación del análisis socioeconómico y del análisis de género se ha demostrado claramente en el programa sueco de prevención de accidentes. Los datos sobre accidentes en el conjunto de la población indicaban un progreso relativamente razonable en la prevención. Sin embargo, cuando se desglosaron atendiendo al género y a la posición social, se observaron tasas y tipos de accidentes muy diferentes entre las jóvenes y los jóvenes, los hombres y las mujeres, y los grupos de renta baja y los de renta alta. La combinación del análisis socioeconómico y del análisis de género reveló asimismo que las mujeres de la clase trabajadora tenían niveles muy altos de riesgo en el hogar y en el lugar de trabajo. Una vez identificadas estas diferencias, quedó clara la necesidad de adaptar las estrategias de prevención según el género y la situación socioeconómica (La Flamme, 1998). Lo mismo sucede de forma cada vez más evidente con las políticas de control del tabaco (Kunst, Giskes y Mackenbach, 2004).

Otra razón para analizar desde el punto de vista de los factores socioeconómicos las diferencias sistemáticas en la salud por razón de género es que sus causas pueden variar en función de la posición social. Por ejemplo, las mujeres pobres pueden verse

discriminadas tanto por ser mujeres como por ser pobres. Para luchar contra las diferencias en salud generadas por esta doble carga, puede que hagan falta estrategias distintas de las diseñadas para actuar sobre los efectos del género en la salud entre las mujeres más privilegiadas. La tendencia actual a ignorar el género en los análisis de las desigualdades sociales en salud y la tendencia inversa a ignorar la posición social en los análisis por género, deben ser sustituidas por un enfoque combinado que considere tanto la posición social como el género.

9. Las diferencias de salud según el origen étnico o geográfico se deben relacionar con factores socioeconómicos

Los análisis de las diferencias sistemáticas de salud según el origen étnico deben relacionarse, siempre que sea posible, con factores socioeconómicos, ya que la magnitud y las causas de estas diferencias suelen variar en función de la posición social. Igualmente, en los países con una marcada discriminación étnica, debe tenerse en cuenta el origen étnico en los análisis de las desigualdades sociales.

Deben analizarse asimismo las diferencias en salud entre unas regiones geográficas y otras, pero teniendo también debidamente en cuenta las diferencias en la estructura social. Cuando no se disponga de forma rutinaria de medidas de la situación socioeconómica individual, como la profesión o la renta de cada persona, en zonas con una población relativamente homogénea, podrá utilizarse como indicador de las desigualdades socioeconómicas en salud el estado de salud ajustado a la edad desde una perspectiva socioeconómica.

10. Los sistemas sanitarios deben basarse en principios de equidad

Son principios de equidad los siguientes:

- Los servicios de salud pública no deben tener ánimo de lucro, ni los pacientes deben ser utilizados nunca como medio para obtener un beneficio.
- Los servicios deben prestarse en función de la necesidad, no en función de la capacidad de pago. Para ello hace falta un sistema de financiación de la asistencia sanitaria que agrupe los riesgos de toda la población, de manera que los que estén en situación de mayor riesgo se vean compensados por los que están en situación de menor riesgo.
- Se debe ofrecer el mismo nivel elevado de asistencia a todas las personas, sin discriminación alguna por razones de edad, género, origen étnico o posición social.
- Los valores que sustentan un sistema de salud y sus objetivos de equidad deben formularse de manera explícita y hay que velar por el logro de esos objetivos con la mayor eficiencia posible.

Resumen

Las *desigualdades sociales en salud* son diferencias sistemáticas en el estado de salud entre distintos grupos socioeconómicos. Tienen un origen social (y, por tanto, son modificables) y son *injustas*. En la práctica, todas las diferencias sistemáticas de salud entre distintos grupos socioeconómicos de los países europeos pueden considerarse injustas y evitables y, por tanto, *desigualdades*. Esta valoración de la desigualdad se basa en los principios universales de los derechos humanos.

Los datos actualmente disponibles indican la existencia de grandes (y cada vez mayores) desigualdades sociales en salud en la Europa actual, al menos en términos relativos. La necesidad de actuar para reducir esas desigualdades y sus verdaderas causas plantea un reto cada vez más acuciante para la salud pública. Este reto nos obliga a reconsiderar la orientación de las políticas y exige además una evaluación renovada de los impactos, para tener la seguridad de que ningún segmento de la población se vea excluido o perjudicado.

Cada vez son más los países europeos que tratan de enfrentarse al reto de las desigualdades sociales en salud y que estudian las intervenciones de carácter práctico que pueden llevarse a cabo para mejorar la situación. El presente documento trata de favorecer el desarrollo de un entendimiento común de los conceptos y los principios en que pueden basarse las intervenciones dirigidas a luchar contra las desigualdades en salud.

Las estrategias de reducción de estas desigualdades se presentan en un documento complementario que se titula "Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población - Parte 2", de Dahlgren y Whitehead (2007).

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Benach J, Yasui Y (1999). Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423–431.

Blane D, Davey Smith G, Bartley M (1993). Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15:1–15.

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, acceso 15 Mayo 2006).

Burström B (2004). Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of policies and policy. En: Navarro V, ed. *The political and social contexts of health*. New York, Baywood Publishing Company Inc.

Costa G, Spadea T, Dirindin N (2002). Italy. En: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 229–239.

Dahlgren G (1994). Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare? [Health care markets of the future – winners and losers?]. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur (en sueco).

Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), acceso 15 Mayo 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).

Daniels N, Kennedy B, Kawachi I (2000). Justice is good for our health. En: Cohen J, Rogers J, eds. *Is inequality bad for our health?* Boston, Beacon Press.

Evans T, Peters F (2001). Ethical dimensions of health equity. En: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Graham H (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1):115–131.

- Graham H (2004b). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82:101–124.
- Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696): 405–412.
- Jougla E et al. (2000). Chapitre de :Les inégalités sociales de santé.[Social inequalities in health] En: de Leclerc A et al., eds. *La découverte*. Paris, Inserm (http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/dossiers/sante_environnement/att00000579/12septembre2000.pdf, acceso 15 Mayo 2006) (en francés).
- Källin W, Müller L, Wyttenbach J (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.
- Kunst A, Giskes K, Mackenbach J on behalf of the EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus Medical Centre.
- Laflamme L (1998). *Social inequality in injury risks: knowledge accumulated and plans for the future*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health (Report 1998: 33).
- Lee Jong-wook (2004). *Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, Tuesday, 18 May 2004*. Geneva, World Health Organization (document number: A57/3).
- Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32(6):1081–1087.
- Louckx F (2002). Patient cost sharing and access to care. En: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 188–198.
- Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.
- Mackenbach J (1994). Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ*, 309(6967):1487–1491.
- Mackenbach JP et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. En: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 25–50.
- Marinacci C et al. (2004). The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3):199–207.
- Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Mesrine A (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [Differences in mortality according to social class are still important]. *Données Sociales*, 228–235.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc.

Shkolnikov VM, Field MG, Andreev EM (2001). Russia: dimensions of the gender gap in mortality. En: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 138–155.

Valkonen T, Sihvonen A-P, Lahelma E (1994). Disability-free life expectancy by education in Finland. En: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies. Proceedings of the 7th meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare: 160–168.

Van de Water HPA, Boshuizen HC, Perenboom RJM (1996). Health expectancy in the Netherlands 1983–1990. *European Journal of Public Health*, 6:21–28.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, acceso 16 Mayo 2006).

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284):833–836.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. En: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 308–324.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. London, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, acceso 16 Mayo 2006).

WHO (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization (Health for all series, No. 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, acceso 16 Mayo 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European health for all series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, acceso 16 Mayo 2006).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, acceso 16 Mayo 2006).

ANEXO:

**ILUSTRACIÓN DE LA DIFERENCIA ENTRE LAS MEDIDAS
RELATIVAS Y LAS MEDIDAS ABSOLUTAS DE LAS
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD**

Anexo: Ilustración de la diferencia entre las medidas relativas y las medidas absolutas de las desigualdades sociales en salud

Tabla 1. Variación absoluta y relativa en las tasas ajustadas por edad (por 100 000 habitantes) de la mortalidad causada por enfermedades circulatorias en personas menores de 75 años de edad, en función de las zonas más o menos deprimidas en que viven, en Inglaterra, 1995-1997 y 2001-2003.

Tasas y diferencias	1995-1997	2001-2003	Cambio en la desigualdad
Tasa de mortalidad en el 20% de las entidades locales más deprimidas (en muertes por 100 000 habitantes)	173	129	—
Tasa de mortalidad en el conjunto de Inglaterra (en muertes por 100 000 habitantes)	141	103	—
Diferencia absoluta entre las tasas de las zonas más deprimidas y del conjunto de Inglaterra (en muertes por 100 000 habitantes)	$173-141 = 32$	$129-103 = 26$	Reducción
Diferencia relativa (cociente) entre las tasas de las zonas deprimidas y del conjunto de Inglaterra	$173/141 = 1,22$	$129/103 = 1,25$	Incremento

Fuente: Adaptado del Departamento de Salud británico (2005): 32-33.



Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional de la OMS para Europa
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Dinamarca

Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.

Email: postmaster@euro.who.int
Sitio web: www.euro.who.int