



SALUD Y POSICIÓN SOCIO-ECONÓMICA: EVIDENCIA EMPÍRICA RECIENTE EN EL PANORAMA INTERNACIONAL Y EN ESPAÑA

HEALTH AND SOCIO-ECONOMIC POSITION: EVIDENCE FROM THE INTERNATIONAL CONTEXT AND FROM SPAIN

Jiménez Rubio, Dolores (Universidad de Granada) *

Ortega Ortega, Marta (Universidad de Granada) **

RESUMEN

Uno de los objetivos básicos de la mayor parte de las modernas economías del bienestar es garantizar el derecho a la salud y a la cobertura sanitaria a sus ciudadanos en condiciones de igualdad. No obstante, son numerosos los estudios que encuentran que en la práctica la autovaloración del nivel de salud, la tasa de mortalidad o el nivel de enfermedades crónicas, entre otros indicadores de salud, tienen una relación inversa con la posición socio-económica. El objeto de este trabajo es, por tanto, realizar una revisión de la literatura científica que analiza la compleja relación entre el nivel de renta, el nivel educativo y la ocupación con los niveles en salud, prestando especial interés a la literatura reciente que estudia el efecto de la crisis y de los ciclos económicos, en particular, en la salud y en las desigualdades en salud. Asimismo, dedicamos una sección de este trabajo a comentar algunas de las iniciativas puestas en práctica desde el ámbito público para tratar de aminorar las desigualdades socio-económicas en salud tanto en España como en otros países de nuestro entorno. El trabajo concluye resaltando que pese a la abundante evidencia empírica que documenta la existencia de importantes desigualdades en salud relacionadas con características socio-económicas, tanto las iniciativas públicas destinadas a su reducción como los sistemas de monitoreo de las mismas son limitadas, al menos en el contexto español.

Palabras claves: Renta, desempleo, educación, crisis económica, desigualdades en salud.

JEL: I14, I38.

ABSTRACT

One of the main goals in modern welfare societies is to guarantee equality in health and the access to health care of all citizens. However, there is an extensive literature which documents that in practice self-reported measures of health, mortality rates, chronic illnesses and other health indicators are inversely related to socio-economic position. This article aims at reviewing the scientific literature which examines the complex relationship between income, education and occupation with the level of health, focusing on the increasing recent literature about the impact on health and health inequalities of economic cycles. We also devote a section in this article to discuss some of the recent public initiatives to attenuate socio

* Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Campus de Cartuja s/n, 18071, Granada. dolores@ugr.es

** Departamento de Economía Aplicada, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Campus de Cartuja s/n, 18071, Granada. mortega2@ugr.es

Recibido: Abril de 2014. Aceptado: Abril de 2014.

economic related inequalities in health in Spain as well as in other developed countries. An important conclusion of this paper is that in spite of the well documented literature about the existence inequalities in health related to socio economic characteristics, public initiatives to attenuate and monitor inequalities are limited, at least in the Spanish context. **Key words:** Income, unemployment, education, economic crisis, health inequalities. **JEL:** I14, I38.

1. INTRODUCCIÓN

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término “salud” como “el completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no sólo como la ausencia de enfermedad o lesión. Posteriormente, el término salud fue reformulado en 1977 como “aquel estado que permite a todos los ciudadanos llevar una vida social y económicamente productiva.” Independientemente de las diferentes definiciones que podemos encontrar en la literatura (Pardo, 1997; Velarde y Ávila, 2002; Tuesca, 2005; Padilla, 2005), lo cierto es que la salud está actualmente considerada por muchos economistas como un bien de mérito o preferente para el cual las decisiones que toma el consumidor de forma individual tienden a ser peores que las que puedan realizar los poderes públicos en su lugar (Besley y Gouveia, 1994). Es por ello que a medida que los países progresan económicamente, la salud tiende a ocupar un puesto relevante dentro de las políticas económicas y sociales.

Es tal la importancia de la salud en las sociedades actuales que ésta conforma uno de los pilares del Índice de Desarrollo Humano (IDH), un indicador universal elaborado por la ONU que mide el progreso medio conseguido por un país. Las tres dimensiones básicas que componen el IDH son: esperanza de vida al nacer (*salud*), acceso a la educación (*educación*) y nivel de vida digno (*ingresos*). Este indicador se compone de variables de interés para medir, determinar y comparar el grado de desarrollo de un país con el resto del mundo, permitiéndonos establecer *rankings* entre países. En este índice, como hemos comentado, la *salud* de la población es considerada fundamental en el desarrollo de una economía.

Por otro lado, en el contexto europeo, en 1950 se firmó el primer Convenio de Derechos Humanos donde se reconoce el derecho a la protección de la salud y en el año 2000 se formalizó este derecho a través de la Carta de Derechos Fundamentales en la Unión Europea que otorga competencia a cada país, dentro de un marco general, de diseñar su propio marco normativo en materia de protección de la salud.

España, como el resto de países de la Unión Europea, estableció en el artículo 43 de la Constitución de 1978 el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos, materializándose en la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril la regulación general de las acciones que permiten hacer efectivo este derecho en condiciones de igualdad y equidad para toda la población. Sin embargo, el “mercado” público sanitario cuenta como ocurre con otros mercados, con ciertos “fallos” inherentes a su funcionamiento como son las asimetrías de información entre la planificación burocrática y la acción política, y la existencia de ineficiencias y desigualdades e inequidades (Pascual y Cantarero, 2013).

En este trabajo nos centramos en concreto¹ en las desigualdades e inequidades¹ en los niveles de salud relacionadas con la posición socio-económica que constituyen un objeto de

¹ Las inequidades en salud están relacionadas con desigualdades en salud consideradas evitables o injustas (Cantarero y Pascual, 2013).

interés primordial en los modernos estados del bienestar y que han sido objeto de estudio de diversos trabajos previos (ej. Hernández, Jones, López y Rice, 2006).

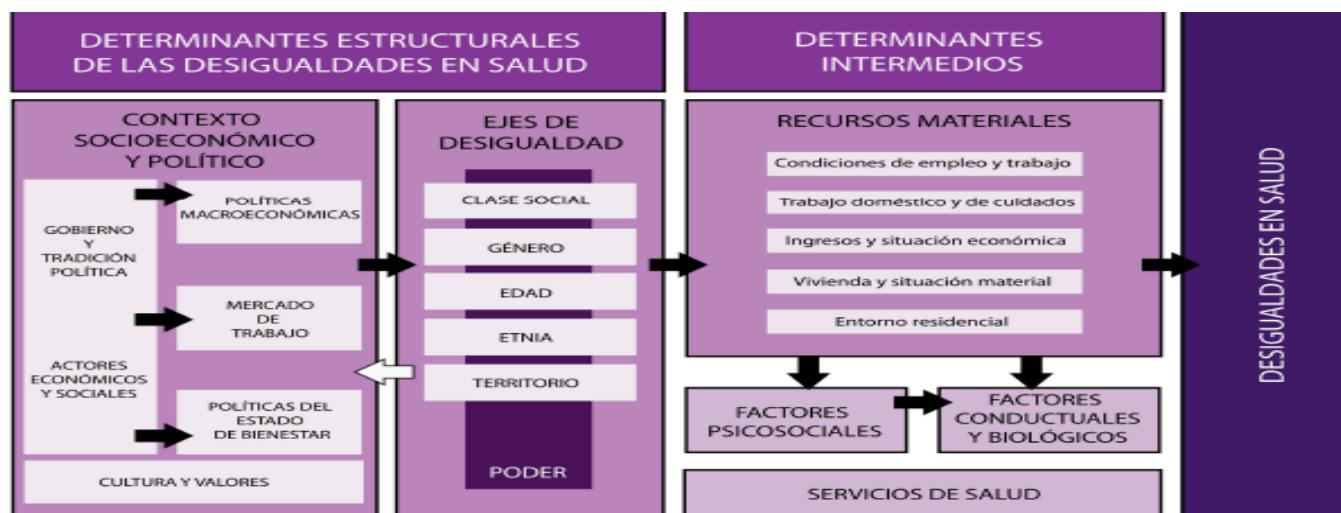
En el contexto actual, la crisis económica y financiera ha suscitado gran interés en el ámbito de la investigación de las desigualdades en salud. Este trabajo tiene por objeto realizar una revisión de la literatura existente sobre desigualdades en salud, con la finalidad de analizar la relación entre renta, educación, ocupación y su efecto en las desigualdades en salud, prestando especial interés al efecto de los ciclos económicos en dichas desigualdades. En la siguiente sección se desarrolla un marco teórico explicativo de los determinantes de las desigualdades en salud, que pone de manifiesto la importancia de la posición socio-económica como determinante estructural de la desigualdad. El epígrafe tres presenta evidencia empírica sobre la importante relación existente entre salud y posición socio-económica y desarrolla algunos de los argumentos dados por los autores para explicar dicha relación. El cuarto apartado hace especial referencia a las consecuencias de la actual crisis económica en la salud. La sección cinco presenta algunos ejemplos de políticas públicas que tienen por objeto la reducción de las desigualdades en salud relacionadas con factores socio-económicos. Por último, la sección sexta concluye.

2. LOS DETERMINANTES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La aprobación de la Cumbre de Lisboa del año 2000 por el Consejo Europeo supuso un importante compromiso por parte de los estados miembros europeos de armonización de la política social con el fin de establecer planes de acción social para combatir las desigualdades en salud y con ello la pobreza y la exclusión social. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Europea (UE) han jugado y juegan un papel importante en la prestación de un marco y principios para fomentar la acción en muchos países.

Así, recientemente se creó la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, un grupo de estudio liderado por la OMS que tiene por objeto el análisis de las causas de la mala salud y las desigualdades en salud, así como la identificación de áreas de acción prioritaria para la promoción de la salud más allá de los servicios sanitarios. La figura 1 resume el modelo utilizado por la Comisión para explicar la generación de las desigualdades en salud.

FIGURA 1: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA



Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 (reproducido con el permiso de los autores)

El modelo contiene dos factores principales: los determinantes estructurales y los determinantes intermedios de las desigualdades en salud. Por un lado, los determinantes estructurales hacen alusión al contexto socioeconómico y político en el que se encuentran los individuos, es decir, los factores que afectan a la estructura de una sociedad, así como la distribución de poder y de recursos. Nos referimos al gobierno y los agentes económicos y sociales (como son las corporaciones), los cuales determinan e influyen en las políticas macroeconómicas, políticas del estado de bienestar (educación, sanidad, pensiones, etc.) y políticas del mercado de trabajo. Además, también se incluyen en este apartado los valores sociales y culturales que sustentan las políticas y las jerarquías.

Por otro lado, existen lo que estos autores han denominado “ejes de desigualdad”, los cuales determinan realmente las oportunidades de tener una buena salud o no, poniendo en evidencia la existencia de desigualdades en salud debido al poder, la jerarquización, el prestigio y el acceso a los recursos. Estos factores son la clase social a la que se pertenezca, el género, la edad, la etnia y el territorio de residencia.

Por último, un tercer elemento a incluir en el modelo de generación de desigualdad son los factores intermedios que se atribuyen a las circunstancias materiales de cada persona, como la vivienda, el trabajo, los ingresos, o los factores de comportamiento biológicos propios de cada persona que establecen su estilo de vida como son, por ejemplo el tabaquismo, alcohol o tipo de dieta, que pueden desencadenar, a su vez, circunstancias psicosociales, como estrés laboral, depresión y ansiedad. Finalmente la calidad y accesibilidad al sistema de salud es otro factor, quizás menos relevante, pero del mismo modo, determinante de la desigualdad (Solar y Irwin, 2007; Borrell y Artazcoz, 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Diversos estudios recientes de la OMS establecen pautas de acción y recomendaciones a seguir para la reducción de las desigualdades (Whitehead y Dahlgren, 2006; Dahlgren y Whitehead, 2006). Así por ejemplo, con objeto de influir sobre los determinantes estructurales de la salud, Dahlgren y Whitehead (2006) proponen un incremento de la participación electoral y el fortalecimiento de los sindicatos, políticas de provisión de servicios públicos universales como la educación, sanidad o dependencia, regulación de los salarios, horarios de trabajo y pleno empleo. Para influir sobre los determinantes intermedios proponen mejoras en los barrios de residencia, intervenciones para mejorar las conductas y estilos de vida como el aumento del precio del tabaco y alcohol, el fomento del ejercicio físico, o la mejora de la calidad y accesibilidad de toda la población al sistema nacional de salud (Borrell y Artazcoz, 2008). Sin embargo, y pese a los esfuerzos que se están realizando por muchos países, aún existen grandes desigualdades, tal y como se pone de manifiesto en la siguiente sección.

3. SALUD Y POSICIÓN SOCIO-ECONÓMICA

Aunque existe un consenso más o menos generalizado en la literatura sobre la asociación existente entre salud y nivel de ingresos, lo cierto es que la naturaleza exacta de esa relación es compleja. Existen varios mecanismos mediante los cuales la salud podría influir sobre los ingresos y el nivel de renta, a su vez, podría determinar un estado de salud concreto. Al mismo tiempo esta relación puede estar originada por otros factores o determinantes sociales de la salud que podrían estar correlacionados con la renta. Algunos de estos mecanismos son:

- La salud influye sobre la productividad. Los adultos sanos tienen más capacidad para trabajar y los niños sanos tienen más probabilidad de convertirse en adultos sanos.

- La salud afecta las decisiones relacionadas con la entrada o la salida del mercado de trabajo.
- Existe una asociación entre salud y educación. Los niños y adultos sanos tienen más capacidad para recibir formación y, al mismo tiempo, una mejor educación puede alcanzar mayores ingresos y promover comportamientos más saludables.
- La renta puede influir sobre la salud en periodos sucesivos
- Otros determinantes sociales, tales como las condiciones en el trabajo, también tienen un efecto sobre la salud.

A continuación revisamos la evidencia empírica relacionada con la asociación entre los tres indicadores principales de la posición socio-económica (educación, ingresos y ocupación) y la salud procedente de datos individuales o del hogar². La literatura al respecto es muy extensa, por lo que presentaremos los resultados de los trabajos más relevantes al respecto.

3.1. Influencia de la educación en la salud

La educación es una de las variables socioeconómicas que más influyen sobre las desigualdades de salud. Se puede decir incluso que es la variable que sustenta al resto, en el sentido de que la educación determinará la ocupación y, en consecuencia, los ingresos de un futuro (Eikemo, 2008). En el año 2005, varios autores evaluaron las desigualdades en salud en 10 países de la UE entre los años 1980 y 1990, con base en la educación y otras variables. Los resultados indican que a medida que disminuye el nivel educacional, la salud tiende a ser valorada peor, siendo las desigualdades persistentes en el tiempo (Kunst, 2005). También el estudio de Mackenbach (2006) encuentra que los europeos con peores niveles de educación tienden a morir antes y a reportar peores niveles de salud autopercebida³ que los que tienen mayor nivel educativo. Los autores atribuyen estos resultados en parte a factores de riesgo como el exceso de alcohol o una dieta inadecuada. Cutler y Lleras Muney (2007) también consideran que el efecto protector de la educación en la salud, una vez que se ha tenido en cuenta el nivel de renta, ocupación o etnicidad, podría estar ocasionado por factores de comportamiento. Así, los individuos más educados tienden a consumir más bienes con un efecto positivo sobre la salud (como atención sanitaria destinada a la prevención de enfermedades, mecanismos de seguridad, como cinturones de seguridad, etc.) y menos bienes que ejercen un efecto nocivo sobre la salud como el alcohol y el tabaco.

Un estudio más reciente trató de determinar si la desigualdad en salud relacionada con la educación varía entre países europeos con diferentes regímenes de bienestar (Eikemo, 2008). El estudio clasifica 23 países en 5 grupos: escandinavos, anglosajones, bismarckianos, países de Europa del sur y de Europa del este. Los datos basados en las Encuesta Social Europea (EES) de los años 2001 y 2004 muestran que los países con menor promedio de años de educación, es decir, los del sur y este de Europa, tienen mayores tasas de prevalencia general de mala salud, mientras que el Reino Unido e Irlanda tienen unas tasas inferiores de prevalencia de mala salud.

² En Ortega y Jiménez (2012) se realiza un análisis bidireccional de la relación entre posición socioeconómica y salud (pp. 89-107).

³ El nivel de salud autopercebido es una de las medidas de salud más extensamente usadas en la literatura en la que el individuo clasifica su estado general de salud en 5 categorías: “muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo”. Pese a ser un indicador subjetivo, algunos estudios han demostrado que se trata de un importante predictor del uso de los servicios sanitarios (Van Doorslaer *et al.* 2000) y de la mortalidad (Idler y Kasl, 1995).

3.2. Influencia de la renta en la salud

Un buen número de estudios ha identificado la importante relación entre los ingresos y la salud. La mayor parte de los investigadores consideran que esta relación es curvilínea, en el sentido de que los efectos beneficiosos para la salud de un aumento de los ingresos parecen ser mayores en los niveles de ingresos más bajos que en niveles mayores de ingresos (Mackenbach *et al.*, 2005). Si esto fuese así, las políticas orientadas a reducir la pobreza y a mejorar las condiciones materiales de la población tendrían un efecto considerable sobre las desigualdades en salud.

Varios trabajos han mostrado que la renta familiar tiene un efecto considerable en la salud de los niños más tarde en la edad adulta, tanto en países desarrollados (Case *et al.*, 2005) como en países en desarrollo (Van de Poel, 2008). La relación entre estas dos variables no elimina del todo la correlación causal entre salud y renta, ya que es posible que la mala salud en la infancia reduzca la renta familiar, debido a los mayores gastos familiares o la disminución en las horas de trabajo de los padres y la mala salud en la infancia puede determinar una mala salud en la edad adulta.

El estudio de Contoyannis *et al.* (2004) basado en diversas oleadas del Panel de Hogares Británico sugiere que la renta permanente (la media de la renta familiar en las ocho oleadas del panel) tiene un efecto superior sobre la salud que la renta actual, aunque la magnitud del efecto es pequeña.

Sin embargo, otros estudios han identificado una relación más débil entre la renta y la salud una vez tenidos en cuenta todos los demás determinantes sociales. Usando un panel de datos para los EEUU, Smith (2007) no encuentra una asociación significativa entre renta o riqueza y la aparición de nuevas condiciones de salud en adultos. La educación parece ser el principal determinante socio-económico de la salud.

Por otro lado, gran parte de la evidencia basada en datos experimentales pone de manifiesto que los sistemas de transferencias condicionadas de México, Brasil y otros muchos países, por el que las familias reciben pequeñas sumas de dinero a cambio de cumplir con una serie de condiciones, como el consumo de suplementos nutricionales, asistencia a la escuela o al médico, han tenido un efecto considerable en una serie de indicadores antropométricos y nutricionales, así como una mejora en la escolarización infantil (Lagarde *et al.*, 2007).

3.3. Influencia de la ocupación en la salud

Case y Deaton (2003) muestran que los trabajadores manuales estadounidenses tienen peor salud que los no manuales, y que su salud se deteriora más rápidamente. Sin embargo, más que el tipo de ocupación, es el hecho en sí mismo de estar empleado o no lo que determina las diferencias en salud y la tasa de deterioro de la salud, especialmente la salud mental entre grupos sociales (García Gómez y López i Casanovas, 2005). Esto se debe, entre otras cosas, a que el desempleo, principalmente a largo plazo, refleja síntomas de estrés y tensión psicosocial, que afectan tanto a la salud física, dando lugar a un aumento de consumo de sustancias nocivas para la salud como alcohol, tabaco o drogas, como a la salud mental, debido al sentimiento causado por la pérdida de ingresos, privaciones materiales, reputación social y autonomía (Moser, 1984; Martikainen, 1996). Para el caso de España, García Gómez y López Nicolás (2007), usando el Panel de Hogares de la Unión Europea, encuentran que los trabajadores que salen del mercado de trabajo como consecuencia de un problema de salud tienen un 2,9 por 100 menos de probabilidad de reportar buena salud que aquellos que mantienen su trabajo. Con resultados similares, McKee Ryan, Song y Wanberg (2005)

realizaron un meta-análisis a partir de 104 estudios empíricos, concluyendo que los individuos desempleados mostraban peores resultados de bienestar físico y fundamentalmente psicológico que aquellos individuos que se encontraban empleados. Sin embargo, no sólo el desempleo está asociado a peores estados de salud, sino que también está asociado a un mayor riesgo de mortalidad (Morris, Cook and Shaper, 1994). Dichos autores realizaron un estudio en la población británica encontrando que no sólo la situación de desempleo aumenta el riesgo de mortalidad, sino también la duración del desempleo.

La revisión sistemática de varias intervenciones sociales de Bambra *et al.* (2009) sugiere que los efectos del cambio de trabajo (como la privatización de una empresa) son diferentes en la salud del individuo según la categoría ocupacional. Sin embargo, no sólo el tipo de ocupación o el estar empleado o no repercuten sobre la salud de los individuos, sino que las condiciones laborales y la precariedad laboral son también áreas de especial atención. Los contratos temporales, la inseguridad laboral futura, así como las malas condiciones de trabajo, repercuten negativamente en la salud (Ferrie, 1998; Amable, 2000).

4. IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD

La reciente crisis económica y financiera por la que atraviesan muchos países en el mundo desde el año 2008 puede tener importantes consecuencias en la salud. En este sentido, son muchos los autores que han explorado con datos recientes que recogen un intervalo temporal que comprende un periodo pre y post crisis económica, hasta qué punto la salud puede verse afectada por este fenómeno. La crisis económica puede verse traducida en un aumento del desempleo, reducción de ingresos, disminución del nivel de educación y reducción del estatus socio-económico simultáneamente. Son muchos los estudios que muestran una asociación positiva a nivel individual entre bajos niveles de ingresos, menor educación, desempleo involuntario y mala salud. Todo esto viene a sustentar las afirmaciones que en 2008 realizó la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (Commission on Social Determinants of Health), donde se manifestaban los posibles daños que la crisis financiera causaría en la salud (Marmot, Friel y Bell, 2008).

Sin embargo, otras investigaciones afirman lo contrario, es decir, que la recesión económica podría mejorar los resultados en salud, al menos a corto plazo, teniendo por tanto un efecto contra cíclico sobre la salud. Estos autores asocian dichos resultados a una reducción de los accidentes de tráfico, muertes relacionadas con el consumo del alcohol y admisiones en el hospital, entre otros (Tapia-Granados, 2005; Gerdtham y Ruhm, 2006). Así, por ejemplo, el estudio de Laufey *et al.* (2012) sobre las consecuencias de la recesión económica reciente en Islandia revela una disminución importante en el consumo de productos poco beneficiosos para la salud como alcohol, comida rápida o tabaco.

Un estudio reciente señaló que el impacto de la crisis en la salud dependía del nivel socioeconómico del país en cuestión (Ferreira y Schady, 2009). Así, mientras que en los países de renta alta como Estados Unidos, la salud infantil y los resultados en educación mejoran durante épocas de recesión, en países de renta baja como la mayoría de los países de África y parte de Asia, la mortalidad infantil aumenta y la malnutrición empeora en las etapas de recesión, produciéndose además una caída del número de matriculaciones en los colegios.

Por consiguiente, podríamos decir que parte de la relación existente entre crisis económica y salud se fundamenta en factores sociales y económicos característicos de cada nación. Tal y como apuntan Suhrcke y Stuckler (2012) ante la complejidad del estado en cuestión, sólo podemos decir que “*depende*”. En países de altos ingresos, es improbable que la recesión cause importantes efectos negativos en los indicadores de salud general de la

población tales como mortalidad o esperanza de vida. La evidencia sugiere que los efectos pueden ser incluso positivos a corto plazo, como resultado de la reducción de accidentes de tráfico y del consumo de sustancias nocivas para la salud como alcohol y tabaco. Sin embargo, la salud de determinados grupos sociales de renta baja, en países de altos ingresos, puede verse afectada, ocasionando un incremento de las desigualdades e inequidades en salud (Ruckert y Labonté, 2012), así como un aumento del ratio de suicidios y problemas psicológicos graves. En países de bajos ingresos, sin embargo, una crisis económica puede suponer una grave amenaza a la salud de la población general. Por último, en países de ingresos medios, puede que la recesión económica no tenga un efecto claro sobre la salud en ninguna dirección (Suhrcke y Stuckler, 2012).

En España, el único trabajo que se conoce hasta la fecha que estudie la relación de la crisis económica en la salud es el de Urbanos y González (2013). En concreto, las autoras se centran en la asociación entre caer en desempleo y el nivel de salud física y mental auto-reportado mediante los datos longitudinales de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2006 a 2011 y los datos transversales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2011-2012. Los resultados de este trabajo no son concluyentes y muestran una asociación negativa entre desempleo y nivel de salud únicamente cuando se usan datos transversales. Según las autoras la relación desempleo-salud debería analizarse mediante datos de cohorte que permitan tener en cuenta una perspectiva de ciclo vital, no disponibles para el caso de España.

5. EL PAPEL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

La disminución de las desigualdades en salud es una prioridad política para muchos países y un importante reto para organismos supranacionales como la Comisión Europea y la OMS. La estrategia de “Salud para el siglo XXI” de la OMS marcaba como objetivo “la reducción para el año 2020 de las diferencias entre grupos socio-económicos de cada país en al menos una cuarta parte en todos los estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los miembros más desfavorecidos” (OMS, 1999). En este sentido, desde el año 2001 se lleva a cabo un proceso de monitorización de las desigualdades en salud en la Unión Europea con el fin de evaluar el progreso en el cumplimiento de los objetivos fijados y comparar la evolución entre regiones y/o países miembros (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Inglaterra es un país donde las desigualdades en salud son una constante en la agenda política desde que salió a la luz el *Black Report* en 1988, un informe en él se ponían de manifiesto importantes diferencias en las tasa de mortalidad de la población en función de la clase social. Desde el año 2005 existe un programa de reducción de las desigualdades focalizado en las 70 autoridades locales con los peores indicadores de salud y de privación social (“*spearhead areas*”). Sin embargo, un estudio reciente sugiere que las diferentes iniciativas políticas llevadas a cabo en los últimos años parecen haber tenido muy poco resultado, ya que los patrones de desigualdad socio-económica tanto en áreas prioritarias como no prioritarias, se han mantenido prácticamente estables en el tiempo (Costa *et al.*, 2010).

En Suecia, por el contrario, existen estudios que indican que las intervenciones políticas para reducir las diferencias socio-económicas en mortalidad infantil durante los años 30 del pasado siglo tuvieron como resultado una considerable reducción de las mismas. Ello fue consecuencia de una serie de mejoras en la atención sanitaria materna, junto con medidas de mayor equidad en la redistribución de la renta y otras políticas sociales de carácter universal

(Whitehead y Dahlgren, 2006). En la actualidad existe una estrategia de reducción de las desigualdades caracterizada fundamentalmente por el trabajo conjunto entre expertos y políticos y por su enfoque multisectorial (Borrell y Artazcoz, 2008).

En España, a pesar de la importante evidencia empírica sobre las diferencias socioeconómicas en salud, han sido pocas las iniciativas políticas dirigidas a su reducción (Borrell y Artazcoz, 2008). El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 (a cuyas líneas de actuación básicas da continuidad el recientemente aprobado IV Plan Andaluz de Salud 2013-2020) era una de las excepciones. La estrategia se centra en la reducción de desigualdades de colectivos con necesidades especiales mediante la creación de las denominadas Zonas con Necesidades de Transformación Social (ZNTS), que constituyen núcleos poblacionales con importantes problemas de pobreza y exclusión social. No obstante, aún no se ha llevado a cabo una evaluación que permita establecer cuáles han sido los efectos de tales intervenciones. Además, a diferencia del caso inglés, en el que la Encuesta de Salud proporciona información sobre la pertenencia del individuo a las áreas de acción prioritaria o “*spearhead áreas*”, ni la Encuesta de Salud Andaluza ni la Encuesta de Salud española permiten identificar si el individuo pertenece o no a una ZNTS (el listado de zonas declaradas como ZNTS de cada provincia andaluza puede consultarse en la página web www.znts.es).

6. CONCLUSIONES

La salud es uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de cualquier sociedad. Es por ello que la relación inversa encontrada en gran parte de la literatura revisada entre el nivel de renta, la educación o la clase social y el nivel de salud de la población es percibida con cierta preocupación en el ámbito político. Los mecanismos que influyen en esta relación son complejos y controvertidos debido fundamentalmente a la causalidad en la relación salud y posición socioeconómica y a la correlación entre los diversos indicadores de la posición social que influyen sobre la salud (por ejemplo, educación e ingresos futuros). En este sentido, los estudios recientes con técnicas de análisis nuevas y datos longitudinales y experimentales están permitiendo muchos avances en la profundización de la naturaleza en esta relación y en la cuantificación de la magnitud de la desigualdad socioeconómica mediante técnicas estadísticas descriptivas.

Desde diversos organismos internacionales existe un interés considerable en la reducción de las diferencias en la salud entre diferentes grupos socioeconómicos que se está materializando en el establecimiento de objetivos cuantitativos concretos y en la creación de comisiones de seguimiento como la Comisión de los Determinantes de la Salud de la OMS y su equivalente española, la Comisión para reducir las desigualdades de salud en España. Pese a ello, y a la existencia de evidencia que subraya importantes diferencias en los niveles de salud física y mental en función de la posición socioeconómica, en el caso de España en particular, las políticas para reducir las desigualdades sociales de salud han recibido escasa atención. En una situación como la existente actualmente en nuestro país, en la que la recesión tiene una duración considerable, las autoridades deberían de prestar más atención a los grupos de población vulnerables como los desempleados de larga duración. Por otro lado, de las pocas experiencias puestas en marcha, como la existente en Andalucía, aún no hay datos concretos que permitan establecer cuál ha sido su efecto. A pesar de ello, es importante seguir investigando en los instrumentos que permitan erradicar una causa importante, evitable e injusta de pérdida de la salud. En este sentido, el reto futuro para los agentes políticos, a la vista del escenario económico actual es priorizar la evaluación coste-efectiva de las políticas

públicas para mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención sanitaria. Esta es una de las tareas pendientes de la agenda de investigación en Economía de la Salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Amable, M. y Benach, J. (2000): “La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública?”, *Gaceta Sanitaria*, nº 14(6), pp. 418-421.
- Bambra, C., Gibson, M., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. y Wright, K. (2009): *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews*, York: Public Health Research Consortium, University of York.
- Besley, T. y Gouveia, M. (1994): “Alternative systems of health care provision”, *Economic Policy*, nº 19, pp. 200-258.
- Borrell, C. y Artazcoz, L. (2008): “Las políticas para reducir las desigualdades en salud”, *Gaceta Sanitaria*, nº 22, pp. 465-73.
- Case, A., Fertig, A. y Paxton, C. (2005): “The lasting impact of childhood health and circumstance”, *Journal of Health Economics*, nº 24, pp. 365-89.
- Case, A. y Deaton, A. (2003): *Broken down by work and sex: How our health declines*. NBER Working Paper no. W9821, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Contoyannis, P., Jones, A. y Rice, N. (2004): “The dynamics of health in the British Household Panel Survey”, *Journal of Applied Econometrics*, nº 19, pp. 453-503.
- Costa-i-Font, J., Hernández-Quevedo, C. y McGuire, A. (2010): “Persistence despite action? Measuring the patterns of health inequality in England (1997–2007)”, *Health Policy*, nº 103 (2-3), pp. 149-159.
- Cutler, D. y Lleras-Muney, A. (2007): “*Education and health: Evaluating theories and evidence*”, in House J., Schoeni G., Kaplan G., and Pollack, H, (ed.), *The health effects of social and economic policy*, New York: Russell Sage Foundation.
- Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2006): *European strategies for tackling social inequities in health. Concepts and principles for tackling social inequities in health, Levelling up (II)*, Copenhagen: World Health Organization.
- Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C. y Kunst, A.E. (2008): “Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries”, *Sociology of Health y Illness*, nº 30(4), pp. 565–582.
- Ferreira, F.H.G. y Schady, N. (2009): “Aggregate economic shocks, child schooling and child health”, *World Bank Research Observer*, nº 24(2), pp.147-181.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S.A. y Smith, G.D. (1998): “An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women”, *American Journal of Public Health*, nº 88, pp. 1030-1036.
- García Gómez, P. y López i Casasnovas, G. (2005): “Socio-economic inequalities in health in Catalonia”, *Hacienda Pública Española*, nº 175, pp.103-21.
- García Gómez, P. y López Nicolás, A. (2004): *The evolution of socio-economic health inequalities in Spain: 1987-2001*, Working Paper nº 756, Universitat Pompeu Fabra.
- Gerdtham, U. y Ruhm, C.J. (2006): “Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD”, *Economics and Human Biology*, nº 3, pp. 298-316.

- Hernández Quevedo, C., Jones, A.M., López Nicolás, A., y Rice N. (2006): “Socioeconomic inequalities in health: a longitudinal analysis of the European Community Household Panel”, *Social Science and Medicine*, nº 63, pp. 1246-1261.
- Idler, E.L. y Kasl, S.V. (1995): “Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability?”, *Journal of Gerontology*, nº 50B, pp. S344-S353.
- Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Bissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J., Geurts, J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. y Mackenbach, J. (2005): “Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries”, *International Journal of Epidemiology*, nº 34, pp. 295–305.
- Lagarde, M., Haines, A. y Palmer, N. (2007): “Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low and middle income countries”, *Lancet*, nº 298, pp.1900-1910.
- Laufey, T., Corman, H., Noonan, K., *et al.*, (2012): “Are Recessions Good For Your Health Behaviors? Impacts of the Economic Crisis in Iceland”, *NBER Working Paper* 18233.
- Mackenbach, J. (2006): *Health inequalities: Europe in profile*, London: Department of Health.
- Mackenbach, J.P., Martikainen, P., Looman, C.W.N., Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Lahelma, E. y members of the SedHA working group (2005): “The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study”, *International Journal of Epidemiology*, nº 34, pp. 286-293.
- Marmot, M.G. y Bell, R. (2009): “How will the financial crisis affect health?”, *British Medical Journal*, nº 338, pp. b1314.
- Martikainen, P.T. y Valkonen, T. (1996): “Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment”, *The Lancet*, nº 34(9032), 909-912.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005): “Psychological and Physical Well-Being during Unemployment: A Meta-Analytic Study”, *Journal of Applied Psychology*, nº 90(1), pp. 53-76.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010): *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España.
- Morris, J.K., Cook, D.G. y Shaper, A.G. (1994): “Loss of employment and mortality”, *British Medical Journal*, nº 308(6937): 1135-1139.
- Moser, K.A., Fox A.J. y Jones, D.R. (1984): “Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study”, *The Lancet*, II, pp.1324-1328.
- OMS (1999): *Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. European Health for All Series nº 6, Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.
- Ortega-Ortega, M. y Jiménez-Rubio, D. (2011): *Desigualdades socioeconómicas en salud y desarrollo humano*, en *Desarrollo humano: teoría y aplicaciones*, Ed. Comares S.L. Granada.
- Padilla, G. (2005): “Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas”, *Revista Colombiana de Psicología*, nº 13, pp. 80-88.
- Pardo, A. (1997): “¿Qué es la salud?”, *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, nº 41(2), pp. 4-9.

- Pascual Sáez M. y Canterero Prieto D. (2013): “Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades”, *Estudios de Economía Aplicada*, nº 31(2), pp. 281-302.
- Ruckert, A. y Labonté, R. (2012): “The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework”, *Critical Public Health*, nº 22 (3), pp. 267–279.
- Smith, P.C. (2007): *Performance budgeting in England: Public service agreements*, Washington DC: International Monetary Fund.
- Solar, O. y Irwin, A. (2007): *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, Commission on Social Determinants of Health, Geneva: WHO.
- Suhrcke, M. y Stuckler, D (2012): “Will the recession be bad for our health? It depends”, *Social Science & Medicine*, nº 74, pp. 647-653.
- Tapia-Granados, J.A. (2005): “Recessions and mortality in Spain, 1980-1997”, *European Journal of Population*, nº 21, pp. 393-422.
- Tuesca, R. (2005): “La calidad de vida, su importancia y cómo medirla”, *Salud Uninorte*, nº 21, pp. 76-86.
- Urbanos, R., y González B. (2013): “Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles”, *Estudios de Economía Aplicada*, nº 31(2), pp. 303-326.
- Van de Poel, E. y Hosseinpoor, A.N.S. (2008): “Socioeconomic inequality in malnutrition in developing countries”, *Bulletin of the World Health Organization*, nº 86(4), pp. 241-30.
- Van Doorslaer, E, Wagstaff, A., van der Burg, H., *et al.* (2000): “Equity in the delivery of health care in Europe and the US”, *Journal of Health Economics*, nº19(5), pp. 553-583.
- Velarde, E. y Ávila, C. (2002): “Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida”, *Salud Pública México*, nº 44(5), pp. 448-463.
- Whitehead, M. y Dahlgren, G. (2006): “Concepts and principles for tackling social inequities in health”, *Levelling up (I)*, *Studies on social and economic determinants of population health* nº 2, Copenhagen: World Health Organization.