



Ventura
(Adaptado de un chiste clásico)

Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud

Carne Borrell

Introducción

En este capítulo se ofrece la definición de epidemiología social y de algunos términos importantes en esta disciplina, seguida de una explicación sobre los determinantes de las desigualdades en salud, y finalmente se exponen algunos ejemplos para ilustrar estudios de epidemiología social que se han llevado a cabo.

Definición de epidemiología social

La epidemiología social investiga de manera explícita los determinantes sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones, en vez de tratar dichos determinantes como un simple trasfondo de los fenómenos biomédicos (1). Por lo tanto, la epidemiología social pretende conocer cómo los factores sociales afectan a la salud de la población (2).

Algunos de los conceptos más importantes en epidemiología social son los siguientes:

- Producción social del conocimiento: se refiere a cómo la sociedad “produce” el conocimiento. Así, por ejemplo, la homosexualidad fue considerada una enfermedad hasta finales del siglo xx, cuando se retiró del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).
- Desigualdades socioeconómicas en salud: «las desigualdades en salud son las diferencias en salud entre grupos socioeconómicos, que son sistemáticas, producidas socialmente e injustas» (3). Las diferencias son sistemáticas porque no se producen de forma aleatoria, sino que tienen un patrón persistente en la población, y afectan a los grupos sociales más vulnerables. Se producen socialmente porque son consecuencia de procesos sociales y no

de procesos biológicos, o sea, las desigualdades en salud no están relacionadas, por ejemplo, con factores hereditarios, sino que lo están con el funcionamiento de la sociedad. Y son injustas porque vulneran derechos fundamentales de las personas. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (4) sostiene que «la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas», y también afirma que las desigualdades en salud «son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas».

- Género y sexo: el género es un constructo social basado en las convenciones culturales, las actitudes y las relaciones entre hombres y mujeres, y por lo tanto no es una categoría estática sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas, por lo que puede cambiar de una sociedad a otra y también a lo largo de la historia. En cambio, el sexo se refiere a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas de hombres y mujeres. Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de manera simultánea, ya que las personas no viven siendo de un género o de un sexo, sino de ambos a la vez (5).
- Clase social: existen dos teorías principales sobre las clases sociales, que parten de Karl Marx y Max Weber. Según el marxismo, las clases sociales vienen definidas por la relación de los individuos con los medios de producción, distinguiendo entre clase obrera, capitalista y burguesa, que dan lugar a relaciones de explotación que generan intereses antagónicos entre ellas. El enfoque weberiano, por su parte, define las clases según la posición de las personas en el mercado laboral y los atributos asociados, como la renta, la posesión de bienes y otros recursos (6).
- Discriminación: se refiere al «proceso mediante el cual uno o varios miembros de un grupo

socialmente definido son tratados de forma diferente, y especialmente de forma injusta, debido a su pertenencia a ese grupo». Este tratamiento injusto nace de «creencias de origen social que cada [grupo] tiene acerca del otro» y de «estructuras de dominación y opresión, vistas como expresiones de una lucha por el poder y los privilegios» (1). La discriminación puede ser de distintos tipos, como por ejemplo de sexo (sexismo), de raza (racismo), de clase social (clasismo) o de orientación sexual, según las cuales los hombres, las personas de raza blanca, de clase social privilegiada y heterosexuales serían los grupos dominantes.

Los determinantes sociales de la salud

La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España adaptó un modelo teórico para explicitar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud (Fig. 1), que sirvió de base para la elaboración de sus Recomendaciones de Estrategias para Reducir las Desigualdades en Salud. El modelo distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud.

Entre los determinantes estructurales se encuentra el contexto socioeconómico y político, que se refiere a los factores que afectan de forma importante a la estratificación social y la distribución de poder y de recursos dentro de ella. Los estudios que tienen por objetivo analizar la relación entre el contexto político y la salud y las desigualdades en salud han demostrado que los países con tradición socialdemócrata potencian un estado del bienestar más extenso, con menos desigualdades de renta y políticas de pleno empleo. Sin embargo, la influencia de la política y del estado del bienestar en la salud de la población y en las desigualdades en salud no es tan evidente, aunque algunos estudios han descrito mejores resultados en algunos indicadores de salud, como la mortalidad infantil, y menores desigualdades de salud percibida según la clase social en los países con un estado del bienestar más desarrollado (7).

Los distintos ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza,

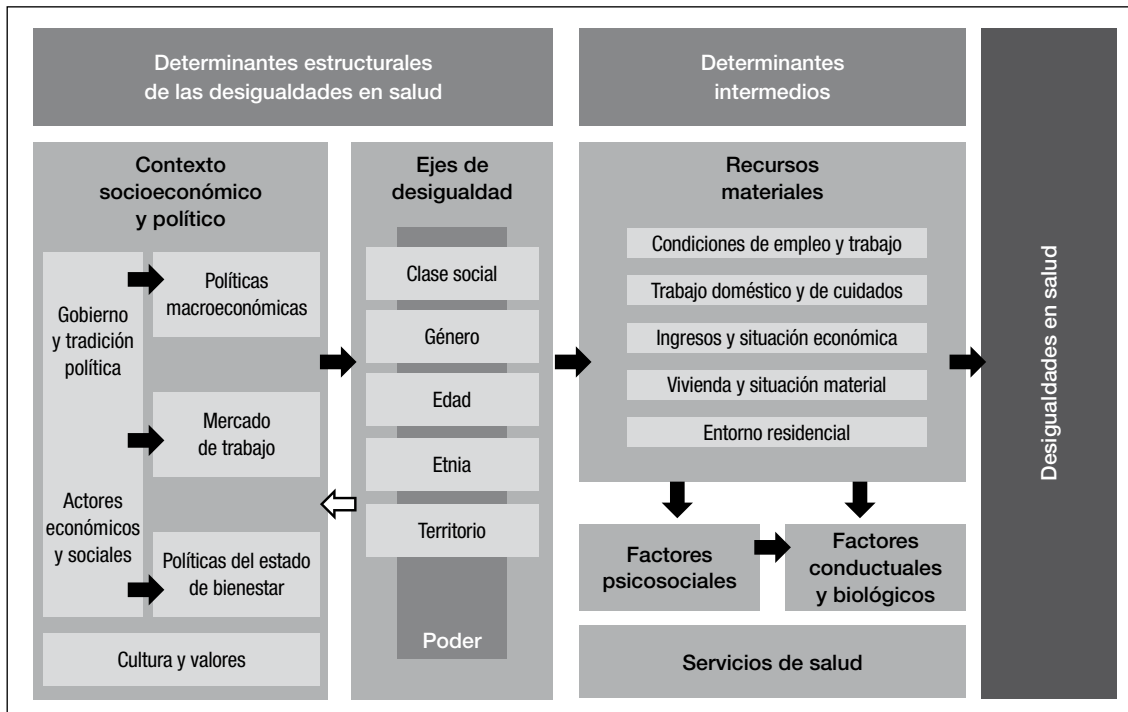


Figura 1. Determinantes de las desigualdades sociales en salud. Modelo propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España.

y el territorio de procedencia o de residencia, determinan jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud mediante la exposición a los llamados determinantes intermedios. Estos factores incluyen, en primer lugar, los recursos materiales, como son las condiciones de empleo (situación laboral, precariedad) y trabajo (riesgos físicos y ergonómicos, organización y entorno psicossocial); la carga de trabajos no remunerados del hogar y del cuidado de las personas; el nivel de ingresos y la situación económica y patrimonial; la calidad de la vivienda y sus equipamientos, y el barrio o área de residencia y sus características. Estos recursos, junto con la posición de poder, tienen un impacto en la salud e influyen en procesos psicossociales como son la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, así como en las conductas con influencia en la salud. Finalmente, aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, no son el factor principal de generación de las desigualdades en salud, pueden tener un efecto en estas, sobre todo si el acceso y la calidad a ellos no es equitativo para toda la población.

El ejemplo de la crisis

La actual crisis del estado español ha afectado profundamente a los determinantes sociales de la salud. Así, por ejemplo, ha aumentado la población desempleada, que era de 5.896.000 personas en el cuarto trimestre de 2013, con un incremento de la tasa de desempleo desde el 8,3% en 2007 al 26,4% en 2013, la más alta de la Unión Europea. Otro ejemplo es la población en riesgo de pobreza, que ha pasado de ser el 24,5% en 2008 al 28,2% en 2012 (8). Esta situación que vive el país desde el inicio de la crisis ha llevado al sufrimiento a un gran número de personas, y por lo tanto puede esperarse que los indicadores de salud empeoren de manera diferencial en los grupos de población que han estado más o menos afectados por la crisis.

Aunque la mortalidad general no ha aumentado durante la crisis, hay trabajos que denotan la repercusión de la recesión en otros indicadores de salud. Un ejemplo de ello es un estudio que ha mostrado cómo el incremento del desempleo se ha traducido en un aumento de la mala salud

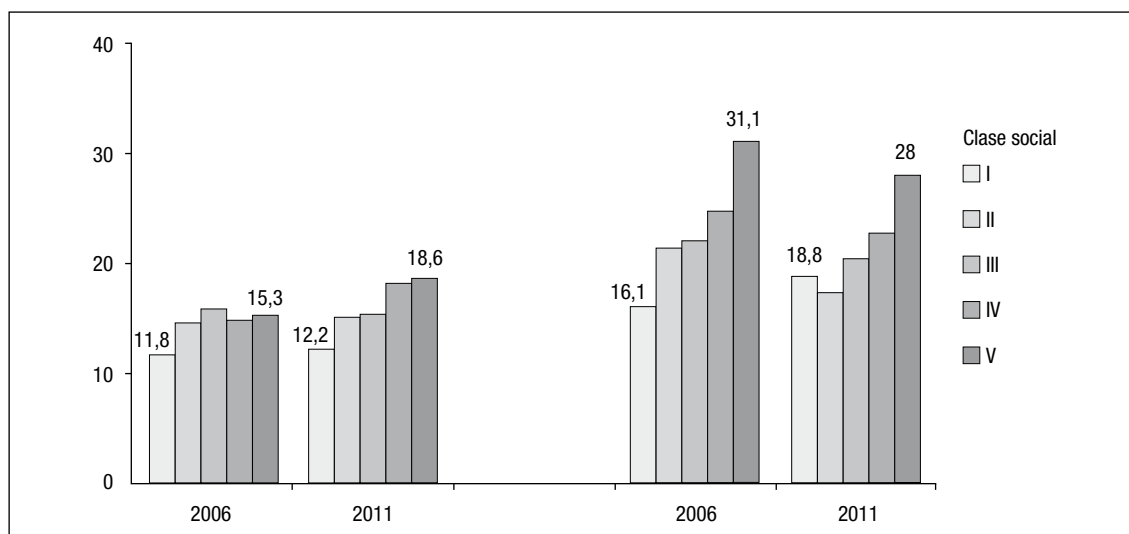


Figura 2. Mala salud mental en hombres y mujeres según clase social (9). España, 2006 y 2011. Prevalencias por 100.

mental en los hombres adultos en 2011 respecto a 2006, y también un aumento de las desigualdades socioeconómicas en la mala salud mental, ya que el aumento ha sido más importante para los de clases sociales más desfavorecidas (clases IV y V). En cambio, en las mujeres, las prevalencias de mala salud mental disminuyen ligeramente, aunque son unas prevalencias más altas que las de los hombres (Fig. 2) (9), tal como se ha descrito también en otros estudios.

Otro ejemplo es un trabajo que ha analizado las condiciones de vida, vivienda y salud de personas de 320 hogares atendidos por Cáritas Diocesana de Barcelona por tener una necesidad urgente de ser realojadas a una vivienda adecuada o por problemas para hacer frente a los gastos relacionados con la vivienda. Estas personas presentan un mal estado de salud y mucho peor que el del conjunto de la población de Barcelona. Así, por ejemplo, dos de cada tres personas adultas (70%) tienen mala salud mental (sólo el 15% de las personas de Barcelona), y más de la mitad de las mujeres y uno de cada tres hombres refieren tener un estado de salud regular o malo (frente al 20% de las mujeres y el 13% de los hombres de las clases sociales más desfavorecidas de la ciudad de Barcelona) (10).

Entre las recomendaciones para analizar las repercusiones de la crisis actual en la salud cabe destacar (8): a) analizar los determinantes de

la salud, además de los indicadores de salud; b) tener en cuenta diversos indicadores de salud, además de la mortalidad, y sobre todo la salud mental; c) tener en cuenta los diferentes ejes de desigualdad, y sobre todo la repercusión en los grupos más desfavorecidos; d) seguir monitorizando y estudiando los efectos a más a largo plazo, ya que los efectos de la crisis seguirán existiendo en el futuro; y e) monitorizar las políticas que se están implementando, como por ejemplo los recortes en los servicios públicos o la reforma laboral.

El ejemplo del proyecto SOPHIE

El proyecto SOPHIE (*Evaluating the impact of structural policies on health inequalities and their social determinants and fostering change*; <http://www.sophie-project.eu>) se centra en políticas estructurales que se han comentado anteriormente y su repercusión en las desigualdades en salud. Es un proyecto financiado por la Unión Europea en el cual colaboran 11 grupos de personas investigadoras. El proyecto empezó en 2011 y acabará a finales de 2015.

Los objetivos del proyecto SOPHIE son:

- Generar nueva evidencia sobre cómo las políticas estructurales (macroeconomía, estado de bienestar, relaciones de empleo, desempleo,



entorno construido y vivienda) tienen impacto en los determinantes de las desigualdades en salud por género, estatus migratorio y posición socioeconómica.

- Generar evidencia sobre cómo las políticas proequidad de género y las políticas de inmigración impactan en las desigualdades en salud según género y según estado migratorio, y también los determinantes de estas desigualdades.
- Desarrollar, refinar y aplicar métodos innovadores para la identificación y la evaluación del impacto de las políticas estructurales en las desigualdades en salud en los ámbitos europeo, nacional y local.
- Desarrollar, refinar y aplicar metodologías innovadoras para aumentar la participación de los actores (sociedad civil, clases sociales desfavorecidas y minorías étnicas, mujeres, inmigrantes) en la identificación, el diseño y la evaluación de políticas para reducir las desigualdades en salud.
- Difundir las conclusiones y recomendaciones sobre cómo las políticas estructurales reducen las desigualdades en salud mediante la traslación del conocimiento a las comunidades afectadas, las partes interesadas y las/los responsables políticos.

Las personas investigadoras del proyecto SOPHIE están haciendo un esfuerzo para comunicar los resultados de las investigaciones realizadas en artículos científicos, notas de prensa, boletines y videos. Así, por ejemplo, el video *Regeneración urbana y salud*, que puede visualizarse desde el sitio web del proyecto, muestra el resultado de dos estudios que analizan el impac-

to de un programa de regeneración urbana (*Llei de Barris*) en la salud y en las desigualdades en salud en Barcelona.

Bibliografía

1. Krieger N. Glosario de epidemiología social. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002;11:480-90.
2. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
3. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). Denmark: World Health Organization: studies on social and economic determinants of population health nº 2; 2006.
4. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Publica. 2008;82:245-9.
6. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C; del Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología. Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. Gac Sanit. 2013;27:263-72.
7. Muntaner C, Borrell C, Ng E, Chung H, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. Sociol Health Illn. 2011;33:946-64.
8. Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa AM. El sufrimiento de la población en la crisis económica del estado Español. Salud Colect. 2014;10:95-8
9. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health. 2014;24:415-8.
10. Novoa AM, Ward J, i equip de recerca Sophie. Habitatge i salut en població vulnerable. En: Llar, habitatge i salut. Acció i prevenció residencial. Barcelona: Caritas Diocesana de Barcelona. Col·lecció Informes Núm. 2; 2013.