

Las desigualdades en salud en las ciudades europeas

Carme Borrell, Èlia Díez, Joana Morrisson y Lluís Camprubí

En esta nueva entrega del “Observatorio de Salud” que coordina el Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud de la Universidad Pompeu Fabra (www.upf.edu/greds-emconet/), mientras tanto.e presenta un trabajo de Carme Borrell, Èlia Díez, Joana Morrisson y Lluís Camprubí, investigadoras del proyecto INEQ-CITIES. El artículo trata de las desigualdades en salud en las ciudades europeas y de las posibles iniciativas que pueden llevar a cabo las administraciones públicas para poder reducirlas.

1. Introducción

Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente que se consideran injustas y evitables. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos a los que las personas pueden acceder en función de su clase social, género, país de nacimiento o etnia **[1]**. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud ha declarado que la injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas **[2]**. El informe final de la Comisión señalaba 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, indicaba que las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Por lo tanto, el gobierno de un país y los actores económicos existentes, que son los responsables de la puesta en marcha de políticas económicas, de estado de bienestar y de mercado de trabajo, tienen un gran impacto en la estructura social y las condiciones de vida de las personas, y todo ello acaba repercutiendo en la existencia de desigualdades en salud. Existe un consenso acerca de que las desigualdades en salud han aumentado desde el inicio de la hegemonía neoliberal **[3]**, a pesar de los intentos de legitimar las mismas por parte de los poderes dominantes.

La mayor parte de la población mundial vive en ciudades, proporción que en Europa alcanza un 75% de los habitantes **[4]**. Aunque el ámbito urbano ofrece más servicios que el rural, en las ciudades hay más desigualdad en salud, debido a que en ellas existen zonas en las que se concentran poblaciones

desfavorecidas. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud causan un exceso de muerte y enfermedad afectando a toda la población en forma de gradiente, lo que significa que la salud de la población empeora a medida que disminuye su clase social. En las ciudades, las desigualdades en salud también son evidentes y también afectan a toda la población, aunque se ponen de manifiesto de una forma más acusada en los barrios con mayor privación socioeconómica [5]. Veamos dos ejemplos. Primero, a principios del siglo XXI las diferencias entre los barrios de Londres que tenían mayor y menor esperanza de vida al nacer eran de 17,7 años en los hombres y de 14,1 años en las mujeres [6]. Segundo, la salud percibida por parte de la población cambia por clase social y género: en Madrid en 2005, un 41% de los hombres y un 40% de las mujeres de la clase más favorecida percibían su salud como excelente o muy buena, porcentajes que eran del 23% y el 17% en las personas de la clase más desfavorecida [7].

Los gobiernos municipales pueden influir considerablemente en las desigualdades en salud, en la medida en que deciden políticas de planificación urbana, transporte, vivienda, servicios dirigidos a la infancia y a las personas mayores, servicios sociales, servicios medioambientales, servicios relacionados con la cultura, el deporte, el trabajo, el desempleo y la economía local. Los ayuntamientos, además de gestionar servicios y desarrollar normativas, actúan como empleadores y pueden promover el empoderamiento y la participación de la ciudadanía.

En los siguientes apartados vamos a describir los factores relacionados con las desigualdades en salud en las ciudades y un ejemplo de buena práctica, esto es, la estrategia de Londres para reducir las desigualdades en salud.

2. Factores relacionados con las desigualdades en salud en las ciudades

En el ámbito de las competencias municipales los principales factores relacionados con las desigualdades en la salud son los que se mencionan en este apartado [8]. Es importante señalar que estos factores también van ligados a las conductas relacionadas con la salud (consumo de tabaco, ejercicio físico, etc.), lo que hace que éstas no sean actos individuales, sino determinados por los factores sociales.

Gobernanza

La gobernanza urbana incluye la acción política del gobierno local y también de actores como el sector privado y la sociedad civil a través de las organizaciones y agentes sociales. El concepto de gobernanza destaca que el poder existe dentro y fuera de las instituciones gubernamentales. Para incidir

sobre las desigualdades, el gobierno de la ciudad debe promover la acción intersectorial y facilitar la participación social.

Contexto físico

El contexto físico incluye el entorno natural, como por ejemplo el clima y la geografía, y el entorno construido, que comprende el urbanismo y la vivienda. Estos dos últimos aspectos dependen en gran medida de la administración local. La planificación urbana establece la reglamentación general de uso del espacio público, las infraestructuras públicas (comunicaciones, sistema de alcantarillado) y los equipamientos locales (instalaciones deportivas, de salud y educación, mercados, bibliotecas, etc.). Asimismo, las políticas de vivienda (impuestos, vivienda social en alquiler o en venta, etc.) también juegan un papel central. Por ejemplo, la política de vivienda puede hacer que la vivienda sea asequible para las personas de distintos niveles de ingresos, o bien convertirla en un bien de especulación regido por las leyes del libre mercado y de difícil acceso para las familias con pocos recursos. Así por ejemplo, en la actual crisis económica estamos viendo como el *boom* inmobiliario ha convertido el coste de la vivienda en una carga importante para buena parte de la población (hasta el punto de que muchos ciudadanos han perdido su hogar). Debemos señalar que los ayuntamientos también pueden regular la calidad de la vivienda, el hacinamiento o los asentamientos informales que ocasionan graves problemas de salud.

Otro elemento clave del contexto físico es la movilidad, que se refiere a la posibilidad de desplazarse por una ciudad, ya sea como peatón o en un medio de transporte público o privado. Una red eficaz de transporte y un entorno seguro en los desplazamientos facilita el acceso al trabajo, al hogar, a los servicios y a los equipamientos. Por otro lado, aspectos ambientales como la calidad del agua y del aire o la contaminación acústica determinan considerablemente la salud de la ciudadanía. La accesibilidad a alimentos saludables en cuanto a disponibilidad, proximidad y precio es también un factor a considerar en las políticas locales.

Contexto socioeconómico

El contexto socioeconómico incluye factores como el empleo y las condiciones de trabajo, el entorno doméstico y familiar, los servicios públicos de educación y de salud o las ayudas a las familias. También comprende las transferencias sociales de fondos públicos como, por ejemplo, las pensiones o las prestaciones por desempleo. Aunque la mayoría de estos factores son responsabilidad estatal, los gobiernos municipales tienen posibilidades de modificarlos; por ejemplo, pueden mejorar las condiciones de vida de la población con menos recursos mediante la redistribución de los ingresos

recaudados por medio de impuestos municipales o a través de ayudas a las personas en condiciones de pobreza. Un ejemplo son los programas interdepartamentales de rentas mínimas de inserción (denominados PIRMI en Cataluña). Otros aspectos que forman parte del contexto socioeconómico son la seguridad ciudadana, las redes sociales y la participación de la comunidad.

Entornos

Los entornos son lugares en los que las personas interactúan y modifican el medio. Algunos ejemplos de entornos son los barrios, las escuelas o los lugares de trabajo. Los contextos físico y socioeconómico se materializan en los entornos, y determinadas acciones pueden hacer de los entornos lugares más o menos saludables. Por ejemplo, la mejora de la accesibilidad a espacios públicos como áreas verdes, zonas habilitadas o instalaciones deportivas promueve la actividad física. Por otra parte, la seguridad ciudadana puede fomentar la interacción social.

El entorno construido y el contexto socioeconómico pueden dar lugar a la segregación residencial, de manera que las personas de clases sociales desfavorecidas y las procedentes de países de renta baja suelen concentrarse en los barrios con viviendas de peor calidad y menor valor. Muchas ciudades presentan barreras históricas, socioculturales, logísticas y de transporte entre barrios que impiden de hecho la relación entre los diversos grupos sociales. La segregación residencial facilita las desigualdades sociales en salud.

Ejes de desigualdad

Los factores comentados varían en función de la clase social, el género, la edad, el origen étnico o la migración, variables que se han denominado ejes de la estructura social. Existen otros ejes de poder que cada sociedad determina, como, por ejemplo, la discapacidad, el aspecto físico o la orientación sexual. Estos ejes de desigualdad tienen en común: a) son contextuales y dinámicos, ya que cambian a lo largo de la historia y en distintos contextos; b) son construcciones sociales y no biológicas, lo que implica que no tienen nada que ver con nuestra biología (sexo, condiciones hereditarias, etc.), sino que son debidos a como la sociedad se estructura; c) son sistemas que implican relaciones de poder y dominación: un grupo ejerce el poder sobre otro, lo que hace que los distintos grupos tengan intereses no solo opuestos sino antagónicos, ya que los privilegios de las personas que tienen el poder están directamente relacionados con la falta de privilegios por parte de los grupos que no lo ostentan; d) tienen sentido tanto a nivel estructural o macro (de la sociedad) como a nivel psicosocial o micro (referido a las personas en su vida diaria) [9].

Es importante tener claro que si los factores mencionados anteriormente son los relacionados con las desigualdades en salud, habrá que tenerlos en cuenta a la hora de poner en marcha intervenciones o políticas para disminuir estas desigualdades, tal como se muestra en el apartado siguiente.

3. Un ejemplo de buena práctica: la estrategia para disminuir las desigualdades en salud de Londres

En 2007 la Greater London Authority (GLA) puso en marcha el desarrollo de una estrategia para disminuir las desigualdades en salud en Londres. Sus objetivos eran identificar las desigualdades en salud en la ciudad, establecer prioridades para reducirlas y definir el papel de un conjunto de actores clave para su aplicación. Los profesionales de la GLA, junto con un amplio grupo de actores, elaboraron un borrador que incluyó **[10]**: a) la compilación de datos publicados sobre salud y desigualdades sociales en salud; b) una convocatoria dirigida a 600 organizaciones comunitarias y del sector del voluntariado para conocer los factores relacionados con la salud y el bienestar de las comunidades más excluidas de Londres; y c) el análisis de las políticas nacionales, regionales y locales relacionadas con las desigualdades en salud.

El proceso se gestó durante el gobierno de Ken Livingstone, exalcalde de Londres del partido Laborista. En 2007 se publicó el documento de discusión inicial "Reducing health inequalities - issues for London and priorities for action" (Reduciendo las desigualdades en salud, aspectos de Londres y prioridades de acción), al que siguió en 2008 un borrador de la estrategia titulado "Living Well in London" ("Vivir bien en Londres") **[11]**. El documento final, llevado a consulta pública en 2009, fue responsabilidad del nuevo alcalde del partido Conservador, elegido en 2008. En 2010 se publicó la "London Health Inequalities Strategy" ("Estrategia de desigualdades en salud de Londres") **[12]**. La estrategia establece que las desigualdades en salud son debidas a: a) la vivienda, el transporte y la seguridad pública; b) las perspectivas de empleo, la capacidad de ingresos y los asuntos que afecten a los niveles de prosperidad; c) el grado de facilidad con que las personas tienen acceso a los servicios públicos; d) el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias, y cualquier otro asunto de comportamiento personal que pueda ser nocivo para la salud; y e) otros factores determinantes de la esperanza de vida o del estado de salud de las personas distintos a los factores genéticos o biológicos.

Los objetivos desarrollados en la estrategia se centran en: 1) el empoderamiento de las personas y de las comunidades; 2) el acceso equitativo a la atención sanitaria de alta calidad y a la atención social; 3) la desigualdad de ingresos; 4) la salud, el trabajo y el bienestar ; y 5) los entornos saludables. Cada objetivo se asocia a un conjunto de compromisos,

que alcanzan un total de 25. Además, la estrategia contempla los siguientes compromisos transversales: a) proporcionar una visión regional, liderazgo y apoyo a alianzas estratégicas para reducir las desigualdades en salud; b) apoyar el desarrollo de competencias de liderazgo local, de capacidad de influir y de intervención eficaz; c) asegurar que las desigualdades en salud estén sistemáticamente integradas en las estrategias, los programas y las decisiones de inversión; d) especificar los resultados previstos sobre las desigualdades en salud y desarrollar objetivos en las estrategias y programas que impacten sobre los determinantes sociales y económicos de la salud; y e) obtener evidencias sólidas sobre las intervenciones efectivas para reducir las desigualdades en salud.

4. A modo de reflexión

Los niveles de desigualdad económica están aumentando y empiezan a ser muy difíciles de invisibilizar, y sigue existiendo la batalla política e ideológica para hegemonizar la narrativa y el relato de las desigualdades, es decir, por situar el marco referencial y conceptual explicativo de sus causas, sus impactos y por lo tanto sus abordajes. Es tarea de la izquierda social y política disputar el marco conceptual de las desigualdades socioeconómicas. Es importante situar entre las causas de éstas al poder de la oligarquía y a las actuales políticas macroeconómicas y de redistribución inequitativa de los recursos y la riqueza. Y apuntar entre los impactos a la polarización del conjunto de la sociedad, a la alteración de la democracia por la asimetría en el acceso al poder, a la inestabilidad e ineficiencia económica y al impacto sobre la salud.

Dentro de esta narrativa la magnitud de las desigualdades en salud debe convertirse en visible. La enfermedad y la muerte causadas por las desigualdades sociales son posiblemente las mayores de las injusticias. Y sabemos que no tienen que ver con la genética o la adopción libre de estilos de vida. En todo caso, la mayoría de hábitos y conductas están socialmente mediadas, tal como se ha comentado anteriormente.

La manera de abordar las desigualdades en salud también es motivo de conflicto político e ideológico. En las ciudades, tal como se ha mencionado anteriormente, la forma más efectiva de intervenir para reducirlas (aunque evidentemente genere más reticencias y resistencias) es sobre los contextos físico y socioeconómico, sobre los entornos y sobre la gobernanza urbana. Y la estrategia debe ser universal y a la vez proporcional según las necesidades. Este abordaje se ha denominado “universalismo proporcional” **[13]**.

El plan de desigualdades en salud de Londres, iniciado por un partido de izquierdas, es un plan dirigido a los determinantes sociales, a los contextos

social y físico, que no culpabiliza a las personas, que va más allá de las conductas y los estilos de vida, que movilizó a la sociedad civil y que fue iniciado por un alcalde y concluido por su oponente político. En su desarrollo se contempló la acción intersectorial, la participación ciudadana y se visibilizaron las desigualdades como un problema de origen social que puede paliarse. Este plan es un ejemplo de buena práctica que se aleja de los planes de salud de nuestro país que suelen centrarse en los problemas de salud o en los servicios sanitarios y, como mucho, abordan las desigualdades a través de políticas selectivas dirigidas a poblaciones o barrios vulnerables.

5. Agradecimientos

Este trabajo forma parte del proyecto INEQ-CITIES, “Socioeconomic inequalities in mortality: evidence and policies of cities of Europe”, financiado por la Executive Agency for Health and Consumers, Comisión de la Unión Europea (proyecto número 2008 12 13). Página web del proyecto INEQ-CITIES: <http://www.ucl.ac.uk/ineqcities>.

Notas bibliográficas

[1] Solar O., Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.

[2] 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.

[3] Mooney G. Neoliberalism is bad for our health. *Int J Health Serv* 2012;42(3):383-401.

[4] State of the world’s cities 2010/2011-cities for all: bridging the urban divide. United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010.

[5] WHO/UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva, World Health Organization, 2010; Diez Roux A. V., Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci* 2010 Feb; 1186:125-45.

[6] Greater London Authority. Review of evidence for the Mayor’s Health Inequalities Strategy, August 2009.

[7] Instituto de Salud Pública de Madrid. Encuesta de salud de la ciudad de Madrid 2004-2005 (escm'05).

<http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/encuesta-salud2005.pdf>

[consultado el 24 de noviembre de 2012].

[8] Borrell C., Díez E., Morrisson J., Camprubí LL. Las desigualdades en salud a nivel urbano y las medidas efectivas para reducirlas. Barcelona: Proyecto INEQ-CITIES, 2012; Borrell C., Pons-Vigues M., Morrisson J., Díez E. Factors and processes influencing health inequalities in urban areas.

[9] Weber L., "Reconstructing landscape of health disparities research. Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms", en Schulz A. J., Mullings L. (eds.), *Gender, Race, Class, and Health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006, pp. 21-59.

[10] London. Health Inequalities Strategy.

<http://legacy.london.gov.uk/mayor/priorities/health/health-strategy.jsp> [consultado el 24 de noviembre de 2012].

[11] Greater London Authority. Living Well in London. The Mayor's Draft Health Inequalities Strategy for London. Draft for consultation with the London Assembly and functional bodies January 2008

<http://legacy.london.gov.uk/mayor/health/strategy/docs/health-inequalities-text.pdf>

[consultado el 24 de noviembre de 2012].

[12] Greater London Health Authority. The London Health Inequalities Strategy

<http://www.london.gov.uk/sites/default/files/LondonHealthInequalitiesStrategy.pdf> [consultado el 24 de noviembre de 2012]; Greater London Health Authority. The London Health Inequalities Strategy. First Steps to Delivery to 2012, 2010.

<http://www.london.gov.uk/sites/default/files/HISdeliveryplan.pdf>) [consultado el 24 de noviembre de 2012].

[13] Fair Society, Healthy Lives – The Marmot Review. London: The Marmot Review; 2010; National strategy to reduce social inequalities in health. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services; 2007.

[Carme Borrell, Èlia Díez, Joana Morrisson y Lluís Camprubí son

investigadores del proyecto INEQ-CITIES]

30/11/2012