

## REVISIÓN DE LIBROS

### TACKLING INEQUALITIES IN HEALTH: An agenda for action

*Michaela Benzeval, Ken Judge, Margaret Whitehead, eds.*

*Prólogo realizado por Sir Donald Acheson. Publicado por King's Fund Publishing, Londres, 1996.*

#### EVIDENCIA INTERNACIONAL

El mundo desarrollado ha reportado las desigualdades en salud. Las tasas de mortalidad prematura, enfermedad y discapacidad son más altas entre las secciones más desaventajadas de la población de muchos países. Una selección de datos que demuestran las variaciones sustanciales en salud que existen entre diferentes grupos sociales en una amplia gama de países se muestran a continuación:

##### 1. *Australia.*

Un análisis simple de las diferencias socio-económicas en salud (*National Health Strategy 1992*) reporta altas tasas de mortalidad, morbilidad y factores de riesgo entre las secciones más desprotegidas de la población. Algunos ejemplos incluyen:

- Los niños con familiares sin empleo retribuido son 25 % más propensos a padecer una enfermedad crónica seria que aquéllos con al menos un familiar con trabajo pagado.

- Las mujeres de bajos ingresos tienen 83 % más de posibilidades de padecer incapacidad que las de altos ingresos.
- Los hombres con un nivel educacional bajo, informan 150 % más de salud pobre que los de mayor educación.

##### 2. *Bélgica.*

En una encuesta de salud materno-infantil en el sur de Bélgica, se encontraron fuertes variaciones en la escala de indicadores de salud basados en indicadores de educación, ingreso y ocupación. Por ejemplo: el doble de los niños nacidos en familias de bajo nivel social (11,5 %) tenía bajo peso al nacer que aquéllos de los grupos más aventajados (5,5 %). (*Logarse y otros, 1990*).

##### 3. *Finlandia.*

Un estudio que vincula datos de mortalidad y la información del censo encontró que un hombre de 35 años con educación básica tiene 50 % más de probabilidades de morir antes de la edad del retiro que uno de mayor educación (al menos 13 años). La probabilidad de

morir de una persona de ocupación manual era casi 2 veces la de cualquiera de posición superior (*white-collar position*) (Valkonen, 1993).

4. *Francia.*

Un estudio longitudinal de mortalidad encontró que los hombres con trabajos manuales entre 45-49 años tenían tasas de mortalidad 4 veces superiores a los que se empleaban en ocupaciones de alto nivel (Desplanques, 1984).

5. *Irlanda.*

Existen diferencias significativas en las tasas estandarizadas de mortalidad entre grupos ocupacionales. Por ejemplo: en 1981, los hombres con altas posiciones profesionales entre 15 y 64 años tenían un SMR de 55, un tercio de la razón de aquéllos en ocupaciones manuales (163) (Nolan, 1990).

6. *Italia.*

Una encuesta nacional de mortalidad realizada en 1983, mostró gradientes ocupacionales en salud – medidas por educación y ocupación. Por ejemplo: el doble de la proporción de personas con educación elemental sólo (25,7 %) reportó su salud como mala comparada con aquéllas que tenían nivel universitario (12,3 %) (Piperno y Di Orio, 1990).

7. *Holanda.*

Una revisión de datos de un número de diferentes estadísticas holandesas encontró tasas de mortalidad sustancialmente más bajas y tasas ajustadas por edad de reportes de mala salud entre aquéllos con los niveles más altos de educación. Por ejemplo: en una encuesta nacional representativa de 10 000 personas, la tasa ajustada por edad con reporte de salud como mala, en graduados universitarios era sólo 6,4 % del promedio nacional (Mackenbach, 1993).

8. *Noruega.*

Una encuesta de adultos entre 25 y 66 años realizada en 1983, encontró que la proporción de hombres en ocupaciones manuales con enfermedad crónica era 1,4 veces más alta que en aquéllos con trabajos de mayor nivel. El doble de las mujeres con trabajos manuales que las profesionales, tenía enfermedad cardiovascular. En la vinculación de los datos de mortalidad con la información del censo se encuentran resultados similares. En ocupaciones manuales los hombres tenían una SMR de 118 y las mujeres de 110, contra 68 en los hombres y 91 en las mujeres con trabajos calificados (Dahl, 1993).

9. *España.*

Una encuesta nacional entrevistó 90 000 adultos acerca de la experiencia de enfermedad crónica. El análisis se limitó a 9 condiciones principales. Para las mujeres entre 20 y 44 años el número ajustado por edad, de condiciones reportadas era de 30,7 por 100 personas en el mayor decil de ingreso equivalente y 45,5 para el decil más bajo (Kurst y Mackenbech, 1994).

10. *Suecia.*

Un censo vinculado con los registros de mortalidad para este país para 1961-1979, permitió a los investigadores construir un indicador de clase social muy similar a los usados en Inglaterra. La tasa de mortalidad estandarizada por edad para hombres entre 20-64 años era 27 % mayor entre trabajadores semi-manuales y manuales que entre los profesionales y grupos dirigentes (Vagero y Londbarg, 1989).

11. *Suiza.*

Una encuesta de una muestra representativa de adultos en Suiza encontró que "grupos no privilegiados" de trabajado-

res manuales y aquéllos sin adiestramiento tenían un nivel de salud más pobre –en términos de problemas de salud limitantes, enfermedad seria y discapacidad–, que aquéllos de clases superiores o las que tenían buena educación. Por ejemplo: las personas de ocupaciones manuales entre 20-49 años tenían más de 3 veces el número promedio de discapacidades que aquéllos de clases altas. Los hombres de ocupaciones manuales entre 15-74 años tenían una SMR cerca del 60 % mayor que los profesionales. Los hijos de madres solteras tenían tasas más altas de mortalidad infantil y perinatal y bajo peso a través de todas las clases sociales (*Lehman* y otros, 1990).

#### 12. *EE.UU.*

Un amplio análisis de una muestra nacional de disfunciones en 1986 unido a cuestionarios de familia, encontró que

las personas de bajos ingresos y pobre educación tendían a tener tasas más altas de mortalidad que aquéllos que eran ricos o más bien educados. Por ejemplo: la tasa ajustada por edad de mortalidad para hombres blancos con el más bajo nivel educacional era más de 2,5 veces que la tasa comparable con aquéllos de mayor nivel de educación (*Pappas* y otros, 1993).

#### 13. *Alemania Oriental.*

Una encuesta de 40 000 personas realizada entre 1984 y 1991, encontró que para ambos, hombres y mujeres, el nivel socioeconómico desventajoso –medido por un indicador compuesto de ocupación, ingreso y educación–, estaba significativamente asociado con una mayor prevalencia de infarto del miocardio, AVE, diabetes mellitus y bronquitis crónica (*Helment* y *Shea*, 1994).