

GOBIERNO DE ESPAÑA  
**Jornada de Vigilancia en Salud Pública y determinantes sociales de la salud**  
 MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL Y EGUALDAD

Madrid, 2 Noviembre 2010

**Empleo, trabajo y desigualdades en salud: una visión global**

Joan Benach y la red EMCONET

GRUPO DE INVESTIGACIÓN DESIGUALDADES SALUD (GREDS)  
 EMPLOYMENT CONDITIONS NETWORK (EMCONET)  
 UNIVERSITAT POMPEU FABRA (UPF) (Barcelona)

**Guión de la presentación**

- 1. La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) y la Red de Condiciones de Empleo (EMCONET)**
- 2. Empleo, trabajo y desigualdades en salud**
  - La generación de conocimiento
  - Resumen de contenidos
- 3. La vigilancia de las condiciones de empleo y la desigualdad**
  - El desempleo
  - La precariedad laboral

**Areas of work**

In order to achieve its goals, the Commission on Social Determinants of Health focuses on the following:

- Country action**  
The Commission supports countries to develop policies that address the social causes of poor health and inequalities. [More information](#)
- Civil society**  
Civil society organizations are vital to the Commission's work and involve proactive contributions from representatives in different regions. [More information](#)
- Knowledge Networks**  
The networks are collating knowledge and evidence to support policy design and action. [More information](#)
- Global initiatives**  
Global partners support efforts to promote integrated approaches to health. [More information](#)

**Commission on Social Determinants of Health**

The Commission on Social Determinants of Health (CSDH) supports countries and global health partners to address the social factors leading to ill health and focus on health inequalities. It draws the attention of society to the social determinants of health that are known to be among the worst causes of poor health and inequalities between and within countries. The determinants include unemployment, unsafe workplaces, urban slums, globalization and lack of access to health systems.

The CSDH's secretariat is based within WHO's Department of Health, Equity and Social Determinants of Health. The Department supports Member States and development partners to promote health equity through inter-sectoral policies.

Right to left: Dr Margaret Chan, WHO Director-General, with CSDH

**Closing the gap in a generation**

Health equity through action on the social determinants of health

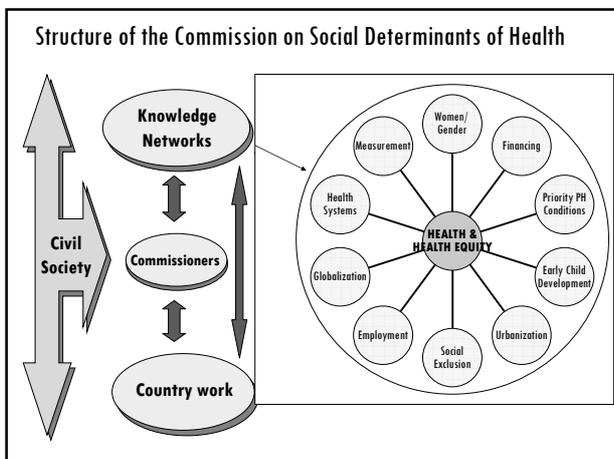
**Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health** Lancet 2008; 372: 1661-69

Michael Marmot, Sharon Fried, Ruth Bell, Tanga A Houweling, Sebastian Taylor, on behalf of the Commission on Social Determinants of Health

The Commission on Social Determinants of Health, created to marshal the evidence on what can be done to promote health equity and to foster a global movement to achieve it, is a global collaboration of policy makers, researchers, and civil society, led by commissioners with a unique blend of political, academic, and advocacy experience. The focus of attention is on countries at all levels of income and development. The commission launched its final report on August 28, 2008. This paper summarises the key findings and recommendations; the full list is in the final report.

**La injusticia social está matando a la población a gran escala, la reducción de las inequidades en salud, entre y dentro de los países, es un imperativo ético.**

**La distribución desigual de experiencias que dañan la salud no es en ningún sentido un fenómeno natural sino el resultado de la combinación de políticas sociales e intervenciones deficientes, situaciones económicas injustas y malas políticas.**



**Social Determinants of Health Across the Life-Span**  
 A Current Accounting & Policy Implications  
 November 29 - December 1, 2002

**SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH**  
 Current Progress

**Data Set Directory of Social Determinants of Health at the Local Level**

**Social Determinants of Health**  
 A Global Report

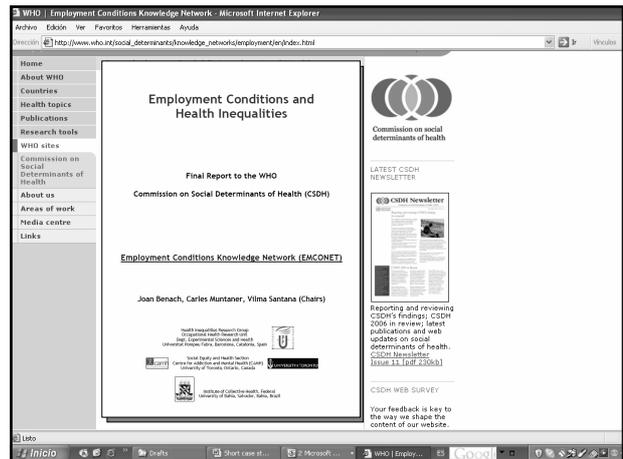
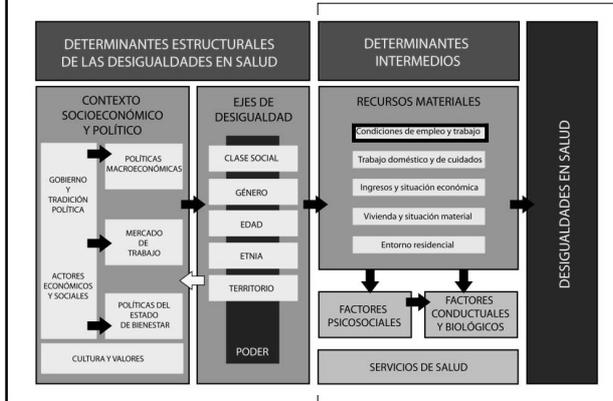
**Political and Economic Determinants of Health and Well-Being**  
 A Report for the Commission on Social Determinants of Health

**Addressing Social Determinants of Inequalities in Health: Learning from Doing**

**Social Determinants of health**

- Political factors
- Social Policies
- Income distribution
- Education and its distribution
- Employment and working conditions
- Food Security
- Housing and neighborhoods
- Public transportation
- Environmental Justice
- Social Safety Net
- Health Care and preventive services

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.



**EMPLEO, TRABAJO Y DESIGUALDADES EN SALUD: UNA VISIÓN GLOBAL**  
 Joan Benach y Carles Muntaner con Orielle Solar, Vilma Santana y Michael Quinlan

**Editores:** GREDS-EMCONET, BLOOMBERG SCHOOL OF NURSING, DALLA LANA SCHOOL OF PUBLIC HEALTH.

**Patrocinadores:** PROTEGE, EQUIDAD.cl, UNSW, UNIVERSITAT POMPEU FABRA, UNIVERSITAT DE VALÈNCIA, UNIVERSITAT NACIONAL AUTÒNOMA DE BARCELONA, Universidad de Alcalá, INSTITUTO DE SAÚDE COLETTIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE BAHIA, Icaria editorial.

**Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.**  
**Benach J, Muntaner C, with Solar O, Santana V, Quinlan M and the Emconet network. Employment, Work, and Health Inequalities: a Global Perspective. (forthcoming)**

**EMPLEO, TRABAJO Y DESIGUALDADES EN SALUD: UNA VISIÓN GLOBAL**

**Joan Benach y Carles Muntaner** con Orielle Solar, Vilma Santana y Michael Quinlan y la Employment Conditions Network

**Group de Recerca de Desigualtats en Salut - Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET),** Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Espanya

**Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing, Dalla Lana School of Public Health and Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Toronto, Canada**

**Ministerio de Salud, Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud / Escuela de Salud pública, Universidad Mayor, Chile**

**Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia, Brasil**

**School of Organisation and Management, University of New South Wales, Australia / Work and Health Research Team, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Australia / Business School, Middlesex University, Reino Unido**

**Editores:** Joan Benach, Director del Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud y de la Red de Condiciones de Empleo (GREDS-EMCONET) y profesor en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

**Carles Muntaner, Catedrático de la Bloomberg Faculty of Nursing y de la Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada.**

**Orielle Solar, Investigadora senior en el Ministerio de Salud de Chile y en la Escuela de Salud Pública, Universidad Mayor, Chile.**

**Vilma Santana, Profesora e investigadora en el Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal de Bahia, Brasil y credenciada como Adjunct Faculty Abroad en la University of North Carolina, Estados Unidos.**

**Michael Quinlan, Profesor en la School of Organisation and Management, University of New South Wales, profesor honorario en el Work and Health Research Team, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Australia y profesor adjunto en la Business School, Middlesex University, Reino Unido.**

**GRUPO CENTRAL\***  
 Carlos H. Alvarado, Francisco Armada, Joan Benach, Antia Castedo, Yucel Demiral, Chamberlain Diala, Magdalena Echeverría, Gerry Eijkemans, Sharon Friel, Anne Hammarström, Mary Haour-Knipe, Marco António Gomes Pérez, Carles Muntaner, Shengli Niu, Michael Quinlan, Javier Ramos, Hernán Sandoval, Vilma Santana, Atanu Sarkar, Amit Sen Gupta, Meera Sethi, Orielle Solar, Walter Varillas, Laurent Vogel, Mariana Wagner

**OTROS PARTICIPANTES**

**Estudios de caso de países 44**  
**Estudios de caso 104**

**Organización general:** Antia Castedo, Grup de Recerca de Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Espanya.

**Montse Vergara Duarte, Grup de Recerca de Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Espanya / CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) / Grups de Recerca d'Amèrica i Àfrica Llatines IGRAALI.**

**Asistencia técnica:** Montserrat Bastons Garcia, Consultora independiente, Espanya. Francesc Xavier Belvis Costas, Grup de Recerca de Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Espanya.

**Lia Olivé Obrador, Grup de Recerca de Desigualtats en Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET), Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Espanya.**

**Maria Parras Aznar, Consultora independiente, Espanya. Bernardo Santos Mendez, Consultor independiente, Espanya. Cecilia Schneider, Academia Nacional de Ciències de Buenos Aires, Argentina.**

\* Participantes en la red EMCONET de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud

**GRUPO REDACCIÓN**

Marcelo Amable, Paula Ballell, Françoise Barten, Joan Benach, Maria Buxó Pujotrás, Antia Castedo, Tarani Chandola, Haejoon Chung, Carlos E. Delclós Gómez-Morán, Yucel Demiral, Gerry Eijkemans, Fernando G. Benavides, Anne Hammarström, Jenny Head, Paul Landsbergis, Katherine Lippel, Davide Malmusi, José Miguel Martínez, Carles Muntaner, Vanessa Puig Barrachina, Michael Quinlan, Javier Ramos, Vilma Santana, Atanu Sarkar, Orielle Solar, Christophe Vanroelen, Rosalba Velázquez, Montse Vergara Duarte

**Las desigualdades en salud no sólo constituyen uno de los problemas de justicia social más importantes a nivel global, sino que son una de las evidencias más claras de que disponemos para describir y explicar de qué forma el bienestar y la justicia social se distribuyen de forma desigual en el mundo.**

**Vandana Shiva**

**Vandana Shiva. En: Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010**

**Un empleo justo implica:**

- Libertad ante la coerción
- Seguridad en el empleo
- Nivel de ingresos justo
- Protección social y beneficios en el empleo
- Respeto y dignidad en el trabajo
- Participación en el lugar de trabajo
- Enriquecimiento y falta de alienación



Foto: Gabriel Brau

Benech J, Mantaner C, con Salar O, Santana V, Quintan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010

Figura 1. Condiciones de empleo y ejes transversales fundamentales utilizados en este libro.



Fuente: Elaboración propia

Benech J, Mantaner C, con Salar O, Santana V, Quintan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010

3.1. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS

El reto de estudiar una realidad global olvidada

El enfoque de la revisión sistemática: características y limitaciones

Desarrollo de un enfoque alternativo

Estrategias fundamentales de un enfoque alternativo, completo y participativo

3.2. FUENTES DE INFORMACIÓN

Literatura científica

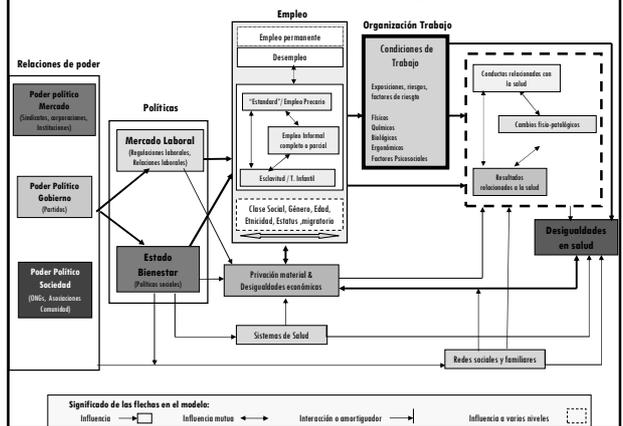
Literatura no científica

Otras fuentes de información complementarias

**Perspectiva realista**  
**Enfoque transdisciplinar**  
**Enfoque participativo**

Benech J, Mantaner C, con Salar O, Santana V, Quintan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010

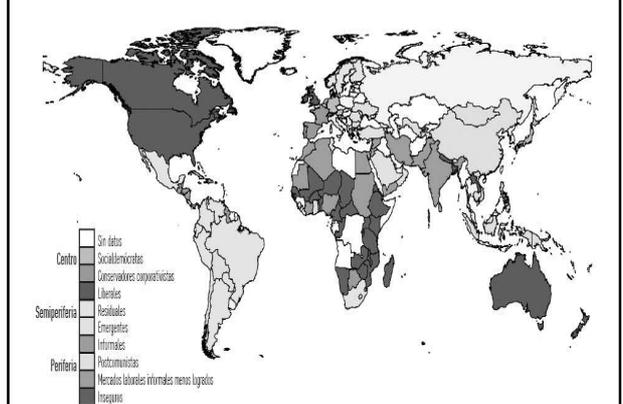
Modelo teórico de las Relaciones de Empleo y las Desigualdades en Salud

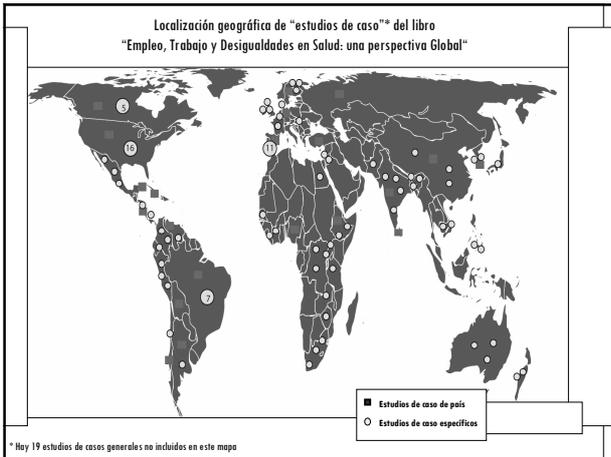


Tipología de países clasificados según su nivel económico y la estructura de su mercado laboral y estado de bienestar

	Más igualitarios	MERCADO LABORAL	Más desiguales
<b>Centrales</b>	Instituciones laborales socialdemócrata Suecia, Dinamarca, Noruega	Instituciones laborales corporativas Alemania, España, Francia, Austria	Instituciones laborales liberales EE.UU., Canadá, Corea del Sur, Reino Unido
<b>Semi-periferia</b>	Instituciones informales Chile, Hungría, Polonia, Malasia	Mayor regulación gubernamental Mercado laboral informal, Más exitoso Turquía, Rusia, Venezuela, Sud África	Mercado laboral informal Menos exitoso El Salvador, Botswana, Gabon
<b>Periferia</b>	Mercado informal, Más exitoso India, Sri Lanka, Indonesia, Armenia, Pakistán, Bulgaria, Tajikistan, Sudan	Inseguridad China, Nigeria, Jordán, Algeria, Marruecos, Egipto, Rep. Árabe, Irán, Rep. Islámica.	Máxima Inseguridad Haití, Gana, Kenia, Bhu, Angola

Agrupaciones de países según los distintos mercados laborales.






**Desempleo. 212 millones (OIT, 2009)**  
Alrededor del 30% en países pobres, y 10% en países ricos.

La crisis económica mundial está contribuyendo a un crecimiento del desempleo y situaciones laborales perjudiciales para la salud. El desempleo mundial en 2009 podría estar alrededor de 212 millones, y haber aumentado entre 18 y 50 millones de trabajadores.

En marzo de 2009, la OCDE estimó que el desempleo se acercaría a cifras de dos dígitos entre sus 30 miembros de los países ricos en 2010.

Benach J, Muntaner C, con Salar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010



**Trabajadores pobres ("precariedad laboral").**  
**1.400 millones (2009, ILO).** — Muy elevado en países subsaharianos (Sierra Leona, 81.5%; Liberia, 83.7%; Uganda, 87.8%). En 2009 el número de trabajadores pobres puede alcanzar los 1.400 millones (45% de los empleados en el mundo), 53% de empleados vulnerables.

Percentage of working poor in 2003 (International Labour Organization).



"Sólo tienes el derecho a trabajar, nada más".  
(Un recogedor de tomates, Florida.)



"Duele mucho no poder cumplir las promesas a tus hijos (...) nos quedamos calladas porque tenemos miedo. Psicológicamente, me mata, esta impotencia enorme. Es humillante, te tratan como si fueras basura."  
(Mujeres de la limpieza, Barcelona)

Benach J, Muntaner C, con Salar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010



**Empleo informal**  
Cifras muy elevadas pero poco conocidas. Alrededor del 50-75% de la fuerza laboral en países pobres. En regiones ricas (EU) puede alcanzar un 25-30%



"Este cuerpo es mi único activo. En los días que trabajo, gano. Cuando estoy enferma, no gano nada. Mi casa está fría estos días. No tengo otro cuerpo, ni ningún otro activo del que echar mano..."  
(India trabajadora agrícola)

Benach J, Muntaner C, con Salar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010



**Trabajo infantil**  
**317 millones (2006, OIT)**  
126 millones trabajan en trabajos peligrosos para la salud. Alrededor de 2,5 millones en países ricos, mientras que en los países pobres las cifras pueden ir desde el 4% en Timor-Leste hasta el 67% en Niger



"Con frecuencia por un par de días a la semana, tenemos que trabajar durante todo el día y noche. Cuando estamos exhaustos y sin fuerzas tras la larga jornada, intentamos escapar. Entonces el jefe de los tejedores se pone duro y no nos deja ni mover durante tres o cuatro días."  
(Pakistán, niña tejedora)

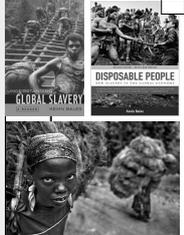
Benach J, Muntaner C, con Salar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010



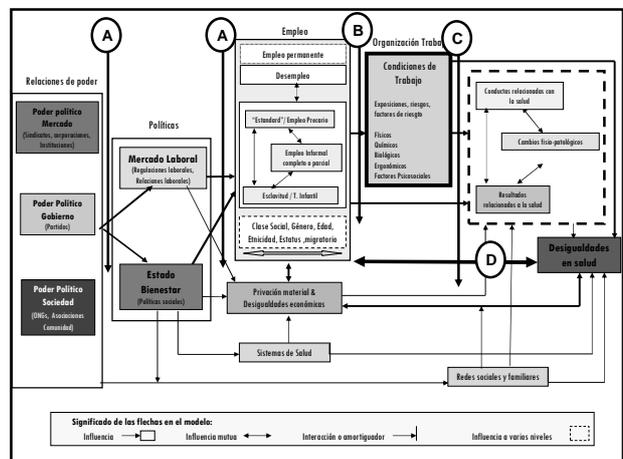
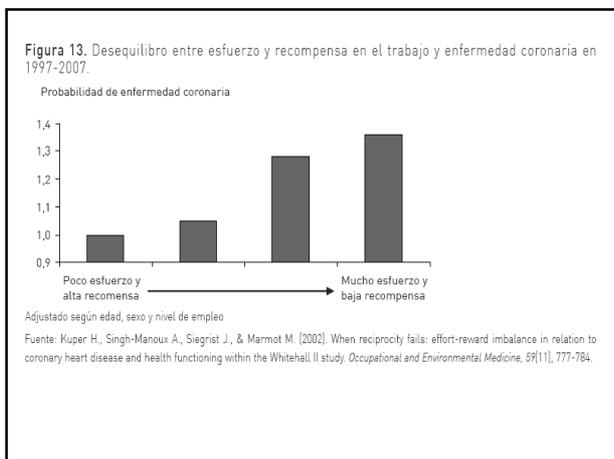
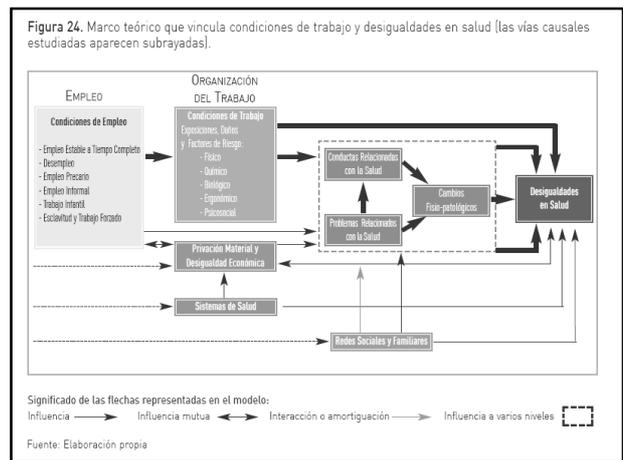
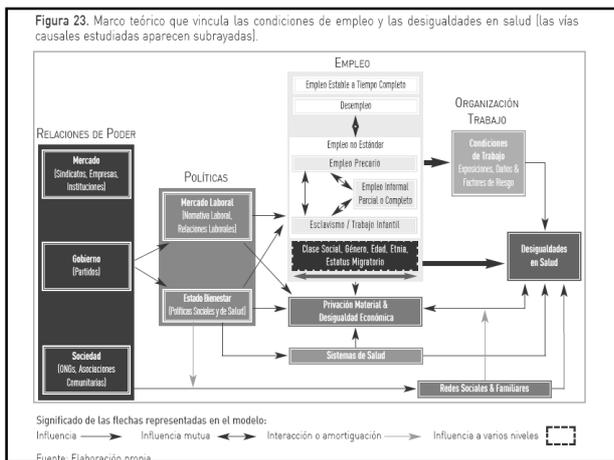
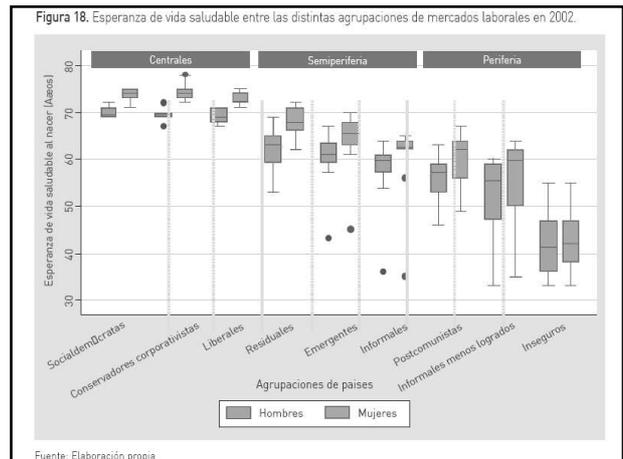
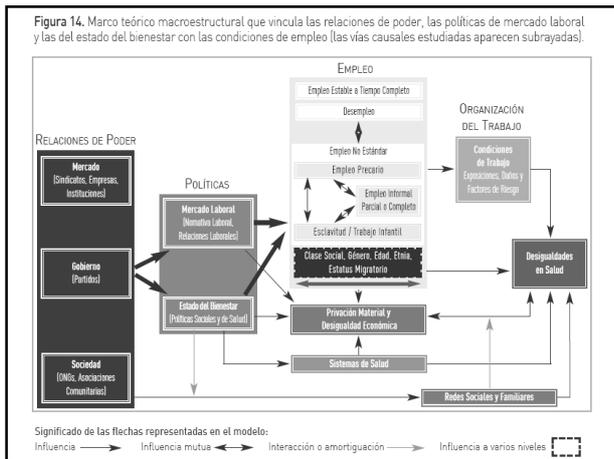
**Esclavismo / trabajo forzado**  
**12 (2005 OIT) - 28 millones (2000 K Bales)**  
La mayoría viven en Asia. Alrededor de 20% tienen que ver con tráfico. Las niñas son mucho más a menudo las víctimas de una economía forzada (56%) y explotación sexual (98%).

"Como sea que los trabajos para toda la vida desaparecen de la economía mundial, también lo hace el esclavismo de por vida (...) Un rasgo de la nueva esclavitud es que los esclavos son prescindibles una vez el propietario ya los ha usado."

"Hay hoy más esclavos vivos que toda la población que fue raptada desde África en la época del comercio de esclavos (...) El esclavismo es unafundamentalmente una cuestión de poder y específicamente del poder de usar la violencia."  
Kevin Bales

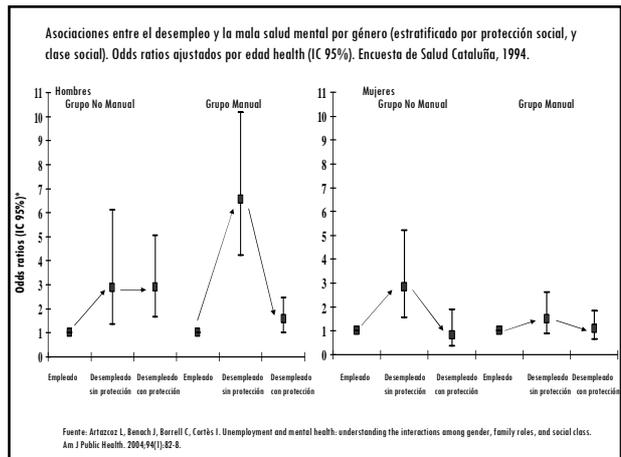


Benach J, Muntaner C, con Salar O, Santana V, Quinlan M y la red Emconet. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: una visión global. Barcelona: Icaria, 2010



**Tipología de políticas e intervenciones a nivel nacional sobre las condiciones de empleo para reducir las desigualdades en salud, estratificadas según los principales puntos de aplicación**

PUNTO DE APLICACIÓN	EMPLEO ESTABLE A TIEMPO COMPLETO	DESEMPLEO	EMPLEO PRECARIO	EMPLEO INFORMAL	TRABAJO INFANTIL	ESCLAVITUD Y SERVIDUMBRE
B	<p>Crear incentivos y sanciones para la reducción de las violaciones de la ley laboral</p> <p>Incentivos para promover la flexibilidad de la jornada laboral (por ejemplo, la conciliación de la vida laboral y la familiar)</p> <p>Regular las reducciones de plantilla/la inseguridad laboral y las externalizaciones</p> <p>Leyes que limiten el recurso al empleo atípico</p>	<p>Promover los seguros de desempleo</p> <p>Desarrollar políticas activas de mercado laboral (como intervenciones para facilitar el acceso al empleo de las mujeres, los trabajadores jóvenes y los mayores)</p> <p>Reevaluar la permanencia de los servicios /actividades agrícolas en las áreas rurales sobre la base del empleo y la sostenibilidad (efectos sobre la salud y el medioambiente)</p>	<p>Controles normativos sobre las reducciones de plantilla, la subcontratación y las externalizaciones (incluyendo la regulación de la cadena de proveedores)</p> <p>Estándares laborales mínimos integrales (relaciones laborales, salud y seguridad laboral, compensación a los trabajadores)</p> <p>Promover la regulación para evitar la discriminación en el empleo de los nacidos en el extranjero, los</p>	<p>Desarrollar legislación y regulación del empleo informal</p> <p>Crear incentivos y sanciones para reducir las infracciones en la economía informal</p> <p>Establecer redes de salud comunitaria o integrar las actividades relacionadas con los trabajadores en el sistema primario de salud o en el sistema público general</p>	<p>Programas de transición condicionada de efectivo (por ejemplo, para la comida, la educación y las vacaciones)</p> <p>Movilización de la sociedad civil contra las peores formas de trabajo infantil (como los boicots de consumiciones)</p>	<p>Leyes contra la esclavitud y el trabajo forzado/ aplicación obligatoria a nivel internacional</p> <p>Sanciones al no cumplimiento</p> <p>Reforzar a los agentes encargados de hacer aplicar la ley (agentes especiales para prohibir y perseguir las prácticas (por ej., el NAPTIP de Nigeria)</p> <p>Movilización de la sociedad civil contra la esclavitud (a través, por ejemplo, de boicots al consumo)</p>

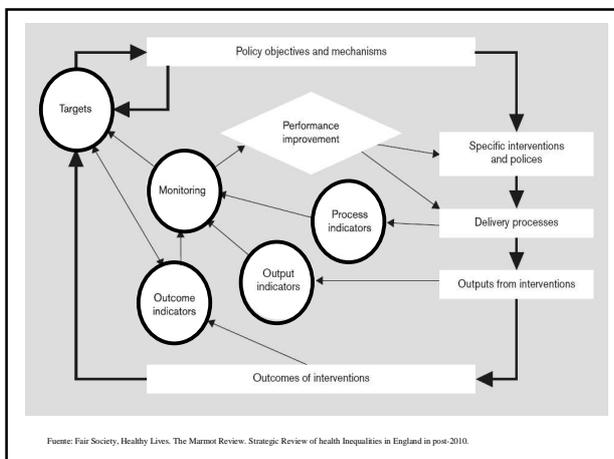


**La vigilancia en salud pública:**

- **Origen:**
  - Control de enfermedades infecciosas
- **Evolución:**
  - Enfermedades crónicas
  - “Estilos de vida”
  - Los determinantes sociales de la equidad en salud

**Utilidad de la vigilancia de los determinantes sociales de las desigualdades en salud:**

- Conocer la **magnitud** del problema, la **evolución** temporal y los **grupos** más afectados.
- Valorar los “**puntos de entrada**” para las intervenciones y **evaluar los impactos** de las políticas
- **Priorizar recursos** públicos



**Objetivo:** Identificar un conjunto de **indicadores útil para monitorizar el desempleo** como determinante social de las desigualdades en salud

**Distribución desigual del desempleo:**

- Los grupos menos privilegiados tienen mayores niveles de desempleo

**Distribución desigual de los efectos del desempleo en la salud según:**

- Ejes de desigualdad
- Otras diferencias sociales (p.e. cobertura de prestaciones sociales)

Fuente: Puig-Barrachina V, Malmusi D, Martínez JM, Muntaner C, Benach J. Monitoring social determinants of health inequalities: An innovative approach with unemployment. In press.

## Resumen de resultados

### Hombres

Clase social manual  
Clase social manual sin prestaciones de paro  
Clase social manual y paro de larga duración

### Mujeres

Principal fuente de ingresos en el hogar  
Hogares monomarentales  
Sin prestaciones de paro  
Principal fuente de ingresos sin prestaciones  
Principal fuente de ingresos con paro de larga duración  
Clase social manual con paro de larga duración

Fuente: Puig-Barrachina V, Malmusi D, Martínez JM, Muntaner C, Benach J. Monitoring social determinants of health inequalities: An innovative approach with unemployment. In press.

## Principales conceptos de salud pública asociados con el análisis del impacto de la precariedad en el empleo

- Inseguridad laboral (atribuida / percibida)
- Reducción de plantillas (**downsizing**)
- **Contratos temporales / atípicos / a tiempo parcial**
- Trabajo informal / economía sumergida
- Subcontratación
- Externalización
- Cambio de empleo frecuente
- Precariedad / empleo eventual

## Some potential limitations of job insecurity

- As social and labour market relations determine the workers' subjective threat of being unemployed, **job insecurity may not provide an insight into working relations** on flexible workers' health.  
E.g., some longstanding **temporary workers may not perceive the threat of becoming unemployed** as they may no longer have expectations of full employment.
- Information on job insecurity alone **may not be able to capture the impact of workplace structural determinants**.  
Some factors are the **lack of unionisation, lack of benefits or domination** in the workplace, into the workers' health.
- Self perceived individual job insecurity **may ignore important health related social relations in the workplace**.  
E.g., **temporary workers may be discriminated** by both supervisors and permanent workers.

Fuente: Benach J, Amable M, Muntaner C, Benavides FG. The consequences of flexible work for health. Are we looking at the right place? *J Epidemiol Community Health* 2002;56:405-406.

## Definición de Precariedad en el empleo

La precariedad del empleo puede considerarse como un constructo multidimensional definido según seis dimensiones:

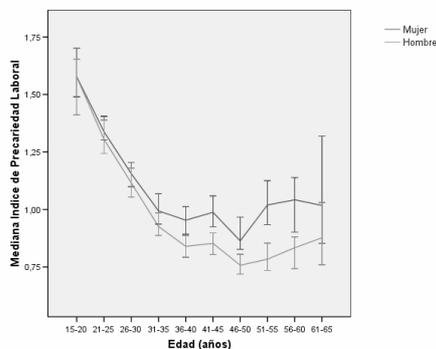
- la **temporalidad** del contrato (inestabilidad / inseguridad)
- el **poder de decidir** sobre las condiciones de trabajo
- la **vulnerabilidad** (indefensión) al abuso o maltrato
- el nivel de los **salarios** (bajos o insuficientes)
- los **derechos legales** (ausencia o insuficiencia)
- la **incapacidad** de los trabajadores para **ejercer derechos legales**

Amable M. Precariedad en el empleo y su impacto en la salud. Un estudio de trabajadores asalariados en España. Tesis doctoral. UPF 2006.

Porthe V. La precariedad laboral en inmigrantes en España y su relación con la salud: una aproximación cualitativa. Tesis doctoral. UPF 2008.

Vives A. La precariedad en el empleo y la salud. Tesis doctoral, UPF, 2010

## Precariedad laboral según grupo de edad y sexo en España (2005)



Vives A. A multidimensional approach to precarious employment: Measurement, association with poor mental health and prevalence in the Spanish workforce. Tesis doctoral, UPF, 2010.

## Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España

### Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia

25. Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil.
26. Dedicar presupuesto por parte de las agencias financiadoras para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlos.
27. Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre- y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.

Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España: Borrell C, Malmusi D, Antazoz L, Díez E, Pasarin, Rodríguez-Sanz M (ASPB), Campos P, Merino B, Ramirez P (MSPS), Benach J (UPF), Escobar A (IA), Escada S (DS, GVI), Gaudinillas A (CS, CAM), Gómez A (CRE), La Parra D (UA), Petri R (CSPA), Segura J (AM), Solamitas JR (CE). Ministerio de Sanidad y Política Social. Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España", 2010.



**Policies associated with positive changes in health determinants – not necessarily have reduced inequalities in their distribution nor been associated with a reduction in inequalities in health.**

- In the UK (and many other countries), prevalence of smoking has declined sharply.
- Policies associated with this overall improvement failed to reduce the socioeconomic differentials in smoking.
- Instead, the gap in prevalence between socioeconomic groups has widened.

Prevalence of smoking in British men and women during 1961-91 by socioeconomic group

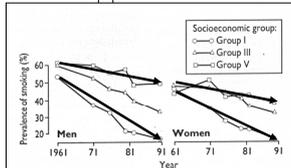
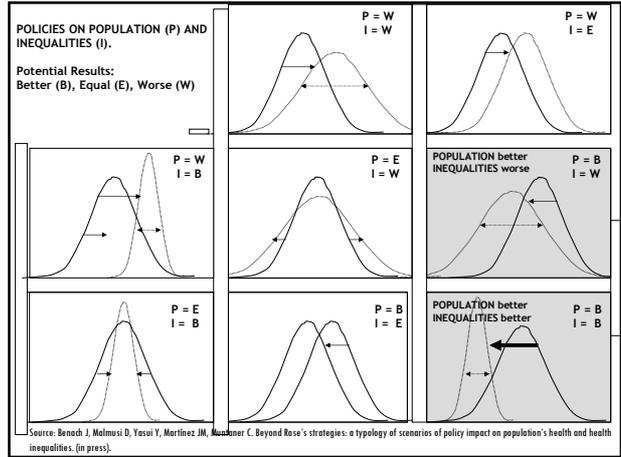


FIG 2—Prevalence of smoking in British men and women during 1961-91 by socioeconomic group. (From Wald and Nicolaides-Brownian)

Source: Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socioeconomic group, sex, and age: effects of price, income, and health publicity. *BMJ* 1994;309:923-927.



Puntos de debate en la vigilancia para reducir desigualdades en salud

- **Problemas derivados de establecer 'grupos diana'**  
p.e. al establecer 'grupos diana' otros grupos necesitados pueden quedar excluidos de las acciones prioritarias
- **Exceso de simplificación**  
p.e. cambios en 'grupos diana' definidos con estudios transversales
- **Desigualdades absolutas y relativas**  
p.e. ...debate sobre las ventajas y desventajas de medidas absolutas y relativas y como resumir la desigualdad
- **Resultados no intencionados e incentivos perversos**  
p.e. la heterogeneidad de los 'grupos diana' queda minimizada al establecer un único objetivo
- **Disponibilidad de información para la vigilancia**  
p.e. los objetivos e indicadores se establecen en base a los sistemas de informaciones e indicadores actuales

