



# Mesa de Debate: Calidad e Igualdad: de las palabras a los hechos

Vigo, 9 de Junio 2016

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel  
SESPAS

Universidad de Las Palmas de GC  
[beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es](mailto:beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es)

# ÍNDICE







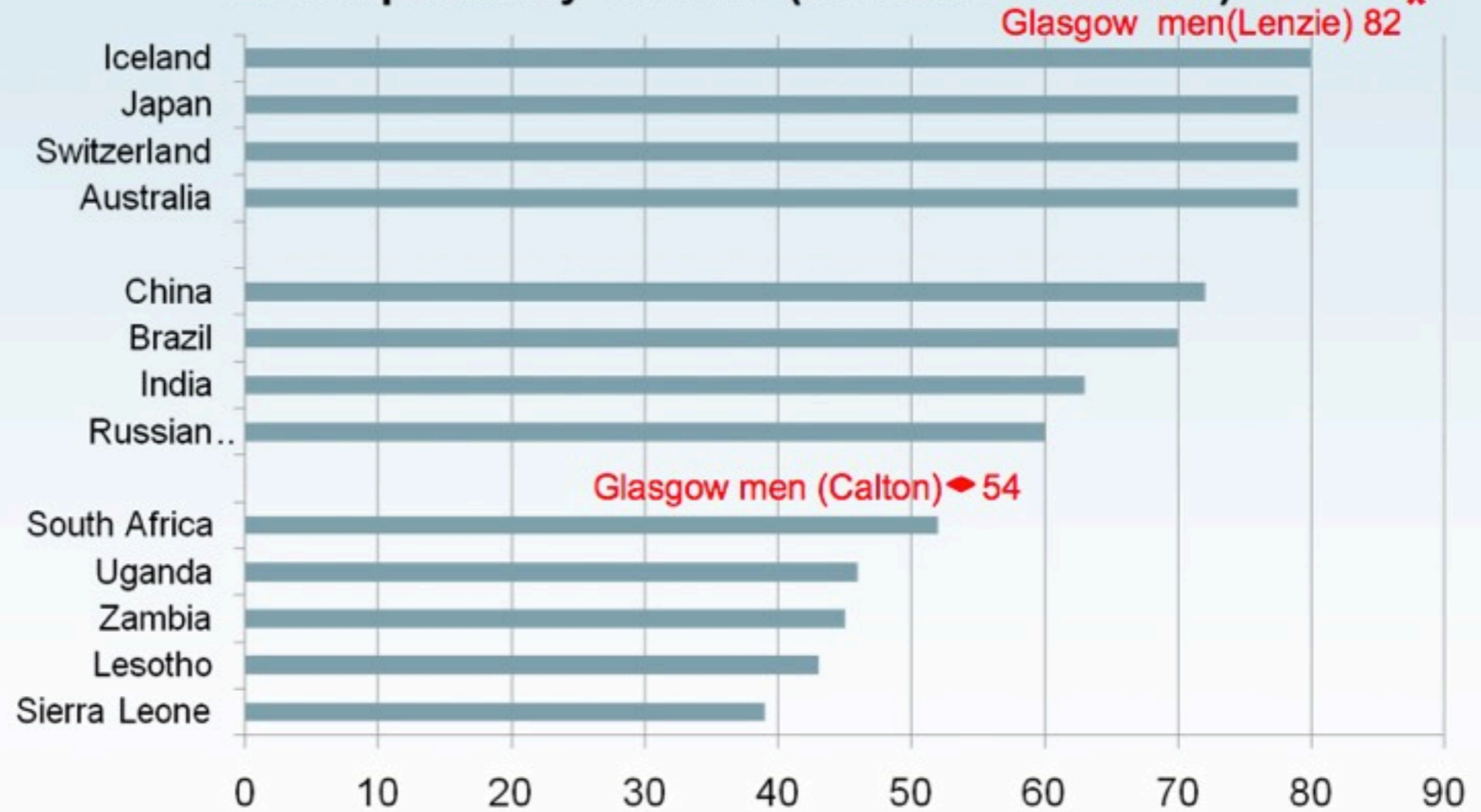
# Desigualdades **entre** e **intra** países



**Tackling Health Inequalities: 10 Years On**  
*A review of developments in tackling health inequalities in England over the last 10 years*

## Inequalities between countries

Life expectancy for men (selected countries)



National data WHO 2009, Glasgow data: Hanlon et al. 2006

**ORIGINAL****PATRONES GEOGRÁFICOS DE LA MORTALIDAD Y DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN MORTALIDAD EN ESPAÑA**

Laura Reques (1), Estrella Miqueleiz (2), Carolina Giráldez-García (3,4) Juana M. Santos (3,4), David Martínez (3,4) y Enrique Regidor (3,4,5).

(1) Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid

(2) Departamento de Sociología. Universidad Pública de Navarra. Pamplona

(3) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

(4) Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)

(5) CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. Spain.

Datos del censo de 2001

Seguimiento 7 años a mayores de 25 años

Calculan las tasas de mortalidad general estandarizadas por edad y el gradiente educativo en la mortalidad (ratio mortalidad estudios primarios/estudios universitarios)

**Mujeres**

Provincia	Tasa de mortalidad	Ratio estudios primarios/ universitarios
Segovia	<7.5	1.07
Soria		<b>1.33</b>
Salamanca		1.17
Sevilla	>10	1.34
Huelva		1.21
Cadiz		1.36
Las Palmas	7.8	<b>1.54</b>

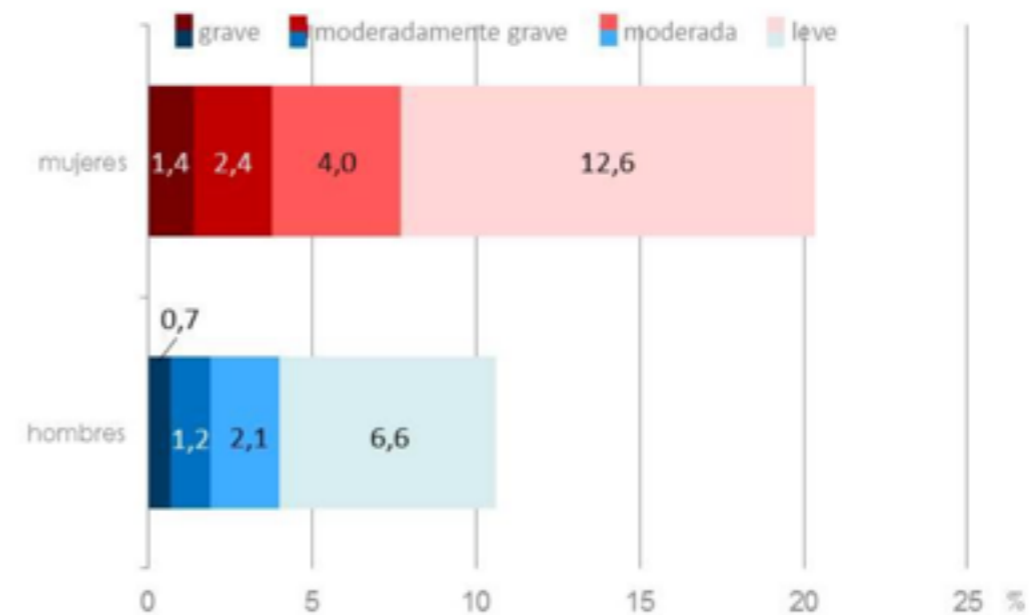
## Prevalencia de la depresión en España (EESE 2014)

En España el **7%** de las personas mayores de 15 años declaran sufrir depresión

PHQ-8: En términos absolutos, casi **5 millones de personas** (15% de la población residente) presentan sintomatología **depresiva** de distinta gravedad

El PHQ-8 valora también la prevalencia de cuadros depresivos activos. El **3,52% de la población de 15 y más años presenta un cuadro depresivo mayor**

Severidad de la sintomatología depresiva\*  
Población de 15+ años. EESE 2014



\*según el Patient Health Questionnaire PHQ-8

Fuente: EESE 2014 (INE)

% de personas con depresión moderadamente grave o grave por niveles de estudios y edad

## Gradiente educativo de la depresión

Estudios	Mujeres				Hombres				Mujer es	Homb res
									Todas las edades	Todas las edades
No sabe leer									14.6%	7.6%
Estudios primarios incompletos									8.5%	3.9%
Estudios universitarios									1.3%	1.0%

Fuente: EESE 2014. Cuestionario PHQ-8

% de personas con depresión moderadamente grave o grave por niveles de estudios y edad

## Gradiente educativo de la depresión

Estudios	Mujeres				Hombres				Mujer es	Homb res
	25-45 años	46-65 años	65-80 años	> 80 años	25-45 años	46-65 años	65-80 años	> 80 años	Todas las edades	Todas las edades
No sabe leer	5.9%	17.6%	15.7%	14.2%	10.0%		5.0%	17.2%	14.6%	7.6%
Estudios primarios incompletos	4.5%	9.2%	6.7%	10.8%	4.4%	3.0%	3.7%	4.8%	8.5%	3.9%
Estudios universitarios	0.8%	2.0%	2.3%	4.5%	0.6%	1.1%	0.8%	7.1%	1.3%	1.0%

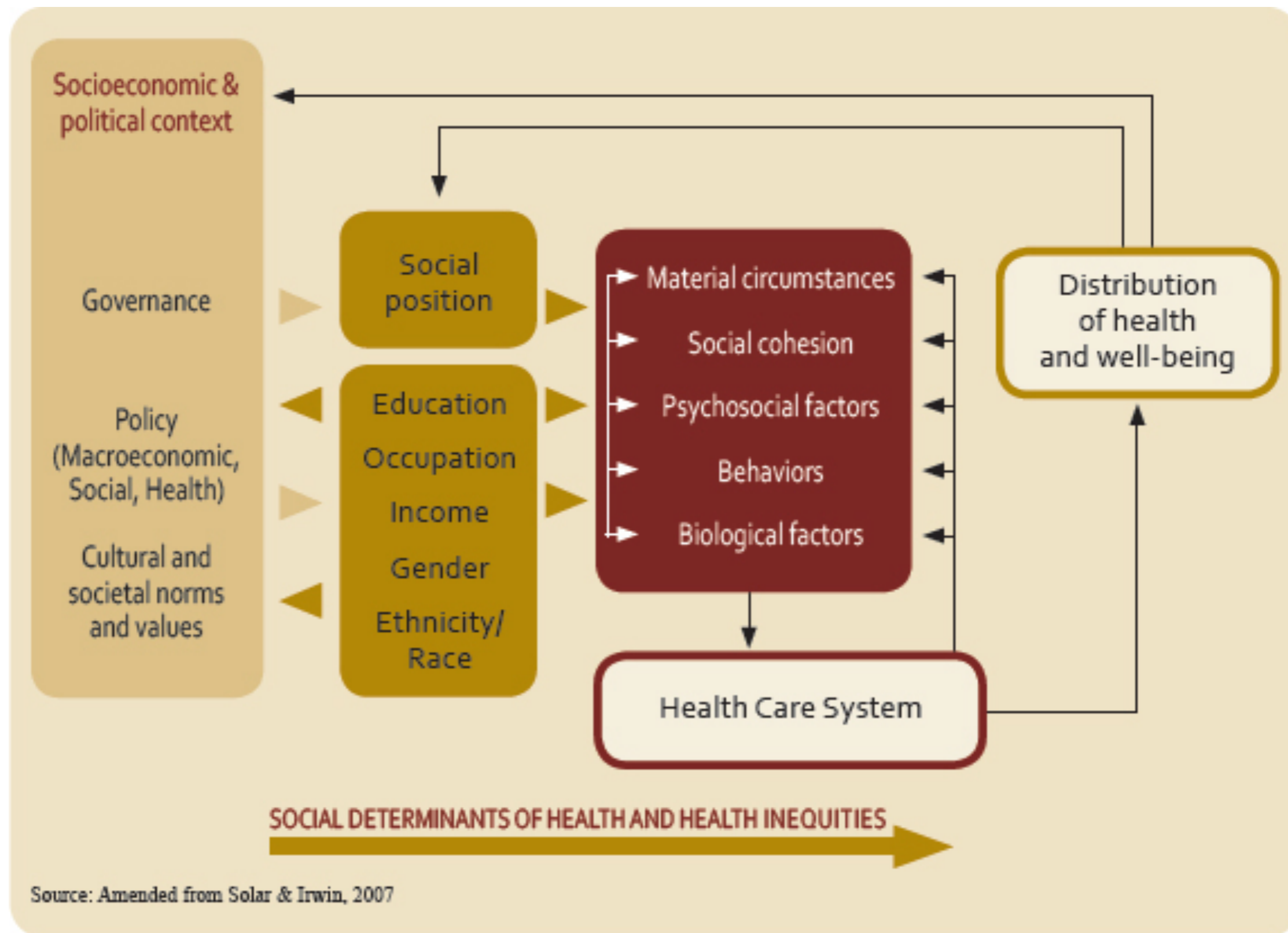
Fuente: EESE 2014. Cuestionario PHQ-8





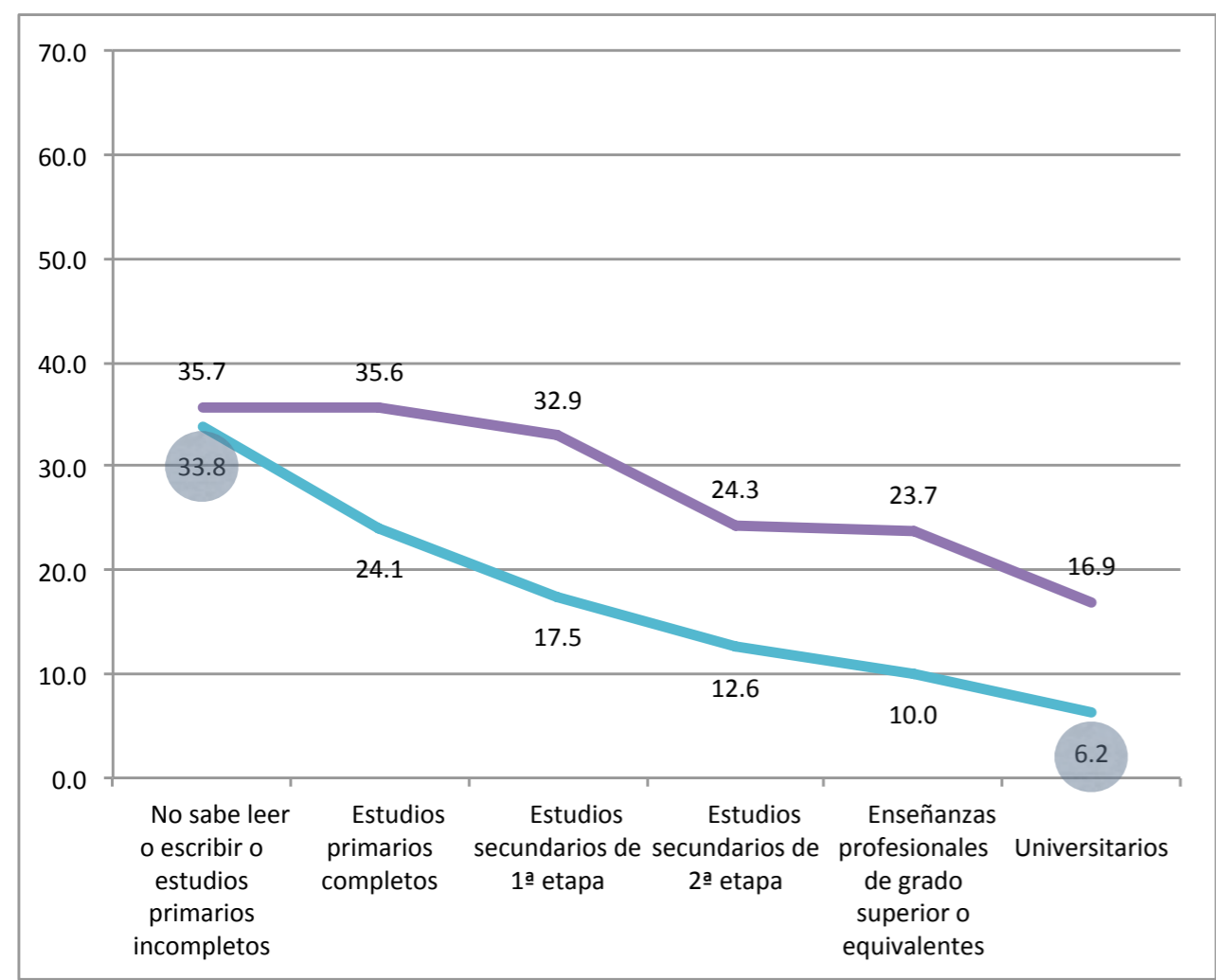
Las desigualdades en salud son las que importan

Pero para actuar hay que ir a las causas:  
los determinantes sociales de la salud



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

% de sobrepeso y obesidad  
 España 2011-12  
**Mujeres 25-64 años**  
 por nivel educativo



Gradiente social de la obesidad

OR obesidad=7.7

## The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain

Rosa M. Urbanos-Garrido ·  
Beatriz G. Lopez-Valcarcel

Received: 22 July 2013 / Accepted: 8 January 2014  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

### Abstract

**Objectives** To estimate the impact of (particularly long-term) unemployment on the overall and mental health of the Spanish working-age population and to check whether the effects of unemployment on health have increased or been tempered as a consequence of the economic crisis.

**Methods** We apply a matching technique to cross-sectional microdata from the Spanish Health Survey for the years 2006 and 2011–2012 to estimate the average treatment effect of unemployment on self-assessed health (SAH) in the last year, mental problems in the last year and on the mental health risk in the short term. We also use a differences-in-differences estimation method between the two periods to check if the impact of unemployment on health depends on the economic context.

**Results** Unemployment has a significant negative impact on both SAH and mental health. This impact is particularly high for the long-term unemployed. With respect to the impact on mental health, negative effects significantly worsen with the economic crisis. For the full model, the changes in effects of long-term unemployment on mental problems and mental health risk are, respectively, 0.35 (CI 0.19–0.50) and 0.20 (CI 0.07–0.34).

**Conclusions** Anxiety and stress about the future associated with unemployment could have a large impact on individuals' health. It may be necessary to prevent health deterioration in vulnerable groups such as the unemployed, and also to monitor specific health risks that arise in recessions, such as psychological problems.

**Keywords** Economic crisis · Unemployment · Self-assessed health · Mental health · Matching techniques · Spain

**JEL Classification** J64 · I12 · I18

### Introduction

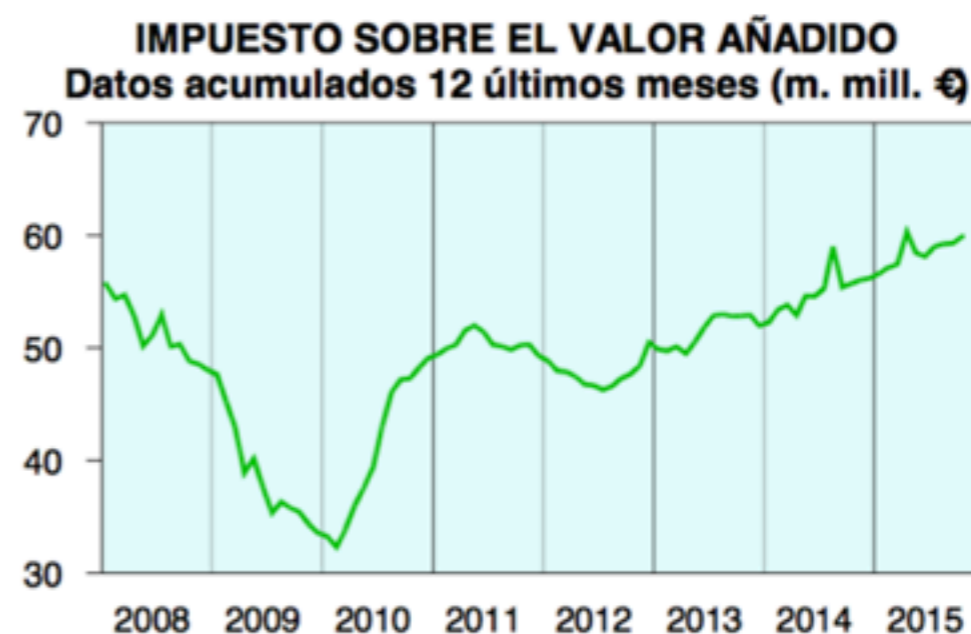
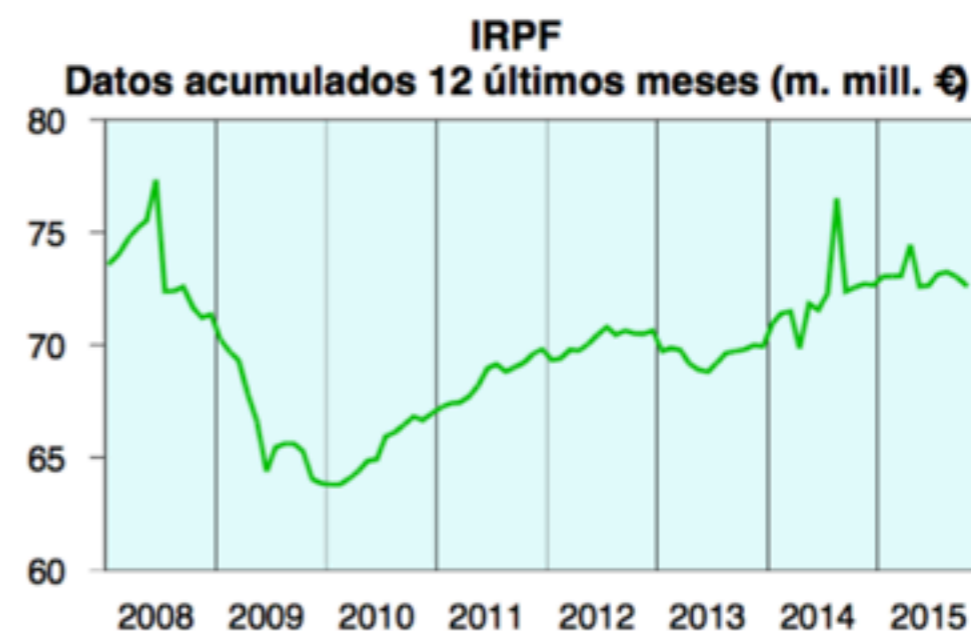
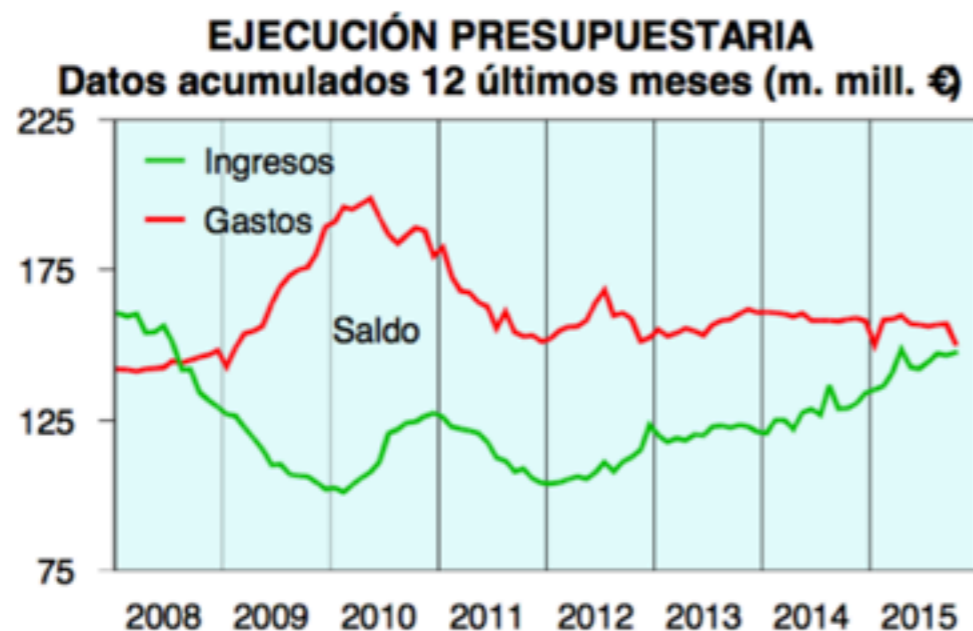
The impact of economic recessions on health has been previously addressed. Researchers mainly focused on the role played by unemployment as a mediator agent [1–3], because unemployment and working conditions constitute major social determinants of health [4]. Beyond the influence of the institutional context of the labour market and social protection, most attention has been paid to the study of the risk factors linking labour status and health. Several

En España, el desempleo de larga duración es un factor de riesgo para la salud general y mental



## 1. Papel redistributivo de la renta por la vía del gasto

Con un sistema fiscal cada vez más regresivo...



## 1. Papel redistributivo de la renta por la vía del gasto

Con un sistema fiscal cada vez más regresivo...

### Un nuevo papel de la sanidad: redistribución de renta

CUADRO N.º 5

**CAMBIO (%) EN LOS INDICADORES DE DESIGUALDAD DESPUÉS DE INCLUIR LAS PRESTACIONES EN ESPECIE DE SANIDAD Y DE LOS OTROS CUATRO SERVICIOS PÚBLICOS<sup>1</sup>**

Indicador de desigualdad	Renta monetaria disponible			Después de ajustar por prestaciones sanitarias en especie			Después de ajustar por todas las prestaciones en especie		
	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27(*)	España	OCDE-27	Puesto de España en OCDE-27(*)	España	OCDE-27	Porcentaje de sanidad sobre total gasto en especie España
Índice de Gini .....	0,31	0,298	12	-11,60%	-11%	9	20,6%	-21,8%	53%
S80/20 .....	5,33	4,95	10	-22,70%	-18,40%	5	-40,7%	-35,3%	64%
P90/10 .....	4,38	3,94	8	-21,30%	-17,00%	4	-34,0%	-31,5%	68%

(\*) Ordenados los 27 países en orden decreciente de redistribución.

<sup>1</sup>Sanidad, educación, vivienda, atención a la infancia y a los mayores.

Fuente: Verbist (2012) tabla A6 (reproducido de Urbanos y G López-Valcárcel (2015))



## 2. Monitorizar y actuar sobre las desigualdades de acceso y utilización de la sanidad (pública)



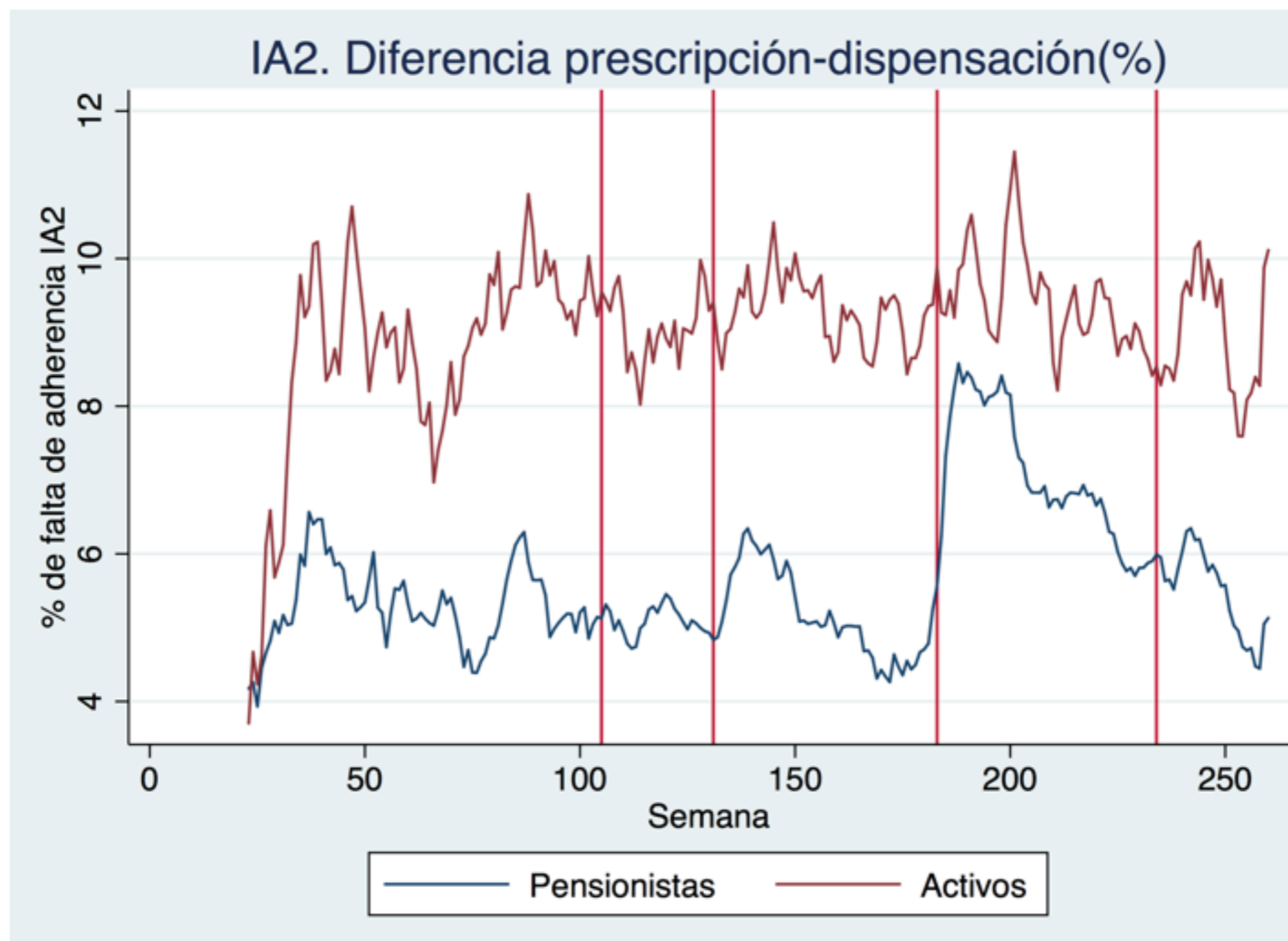
Es bien sabido que aunque haya cobertura universal, en la práctica la atención primaria suele tener sesgo de utilización pro-pobre y la especializada pro-rico

Las personas mas educadas navegan mejor por el sistema y comunican mejor

Los **servicios sanitarios** pueden **contrarrestar** esta fuente de desigualdad mediante **discriminación positiva** (tiempo, recursos,..)

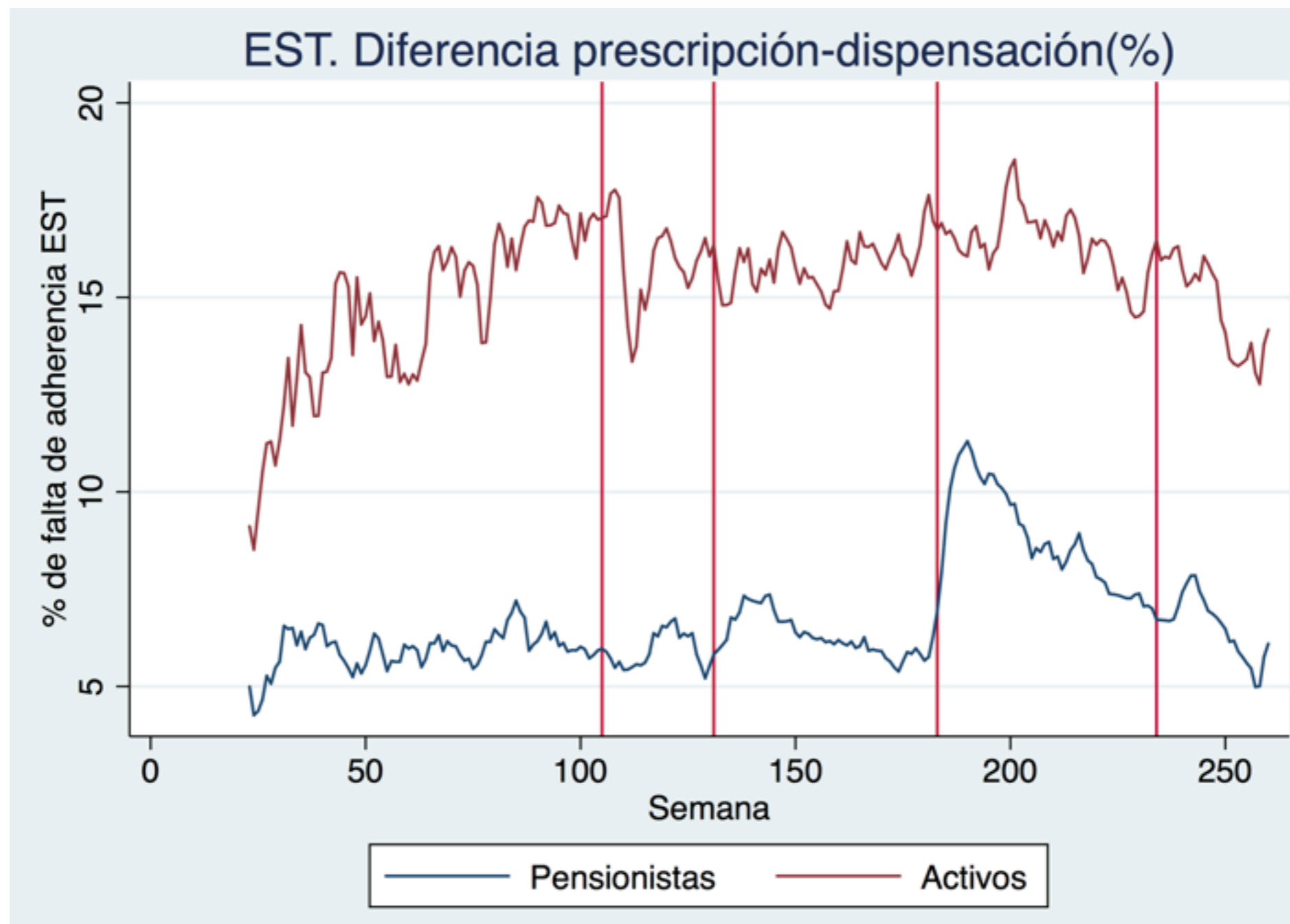
## 2. Monitorizar y actuar sobre las desigualdades de acceso y utilización de la sanidad (pública)

Efectos del copago de medicamentos sobre la adherencia  
Cohorte infartados Valencia 2009-2011



## 2. Monitorizar y actuar sobre las desigualdades de acceso y utilización de la sanidad (pública)

Efectos del copago de medicamentos sobre la adherencia  
Cohorte infartados Valencia 2009-2011



### 3. Definir prioridades, cobertura y condiciones de financiación pública con criterios socialmente aceptados y de forma transparente

Enormes tensiones sobre el gasto sanitario

Grupos de interés

Solución: cambiar la arquitectura institucional. Hispa-Nice. Cuarta barrera

Explicitar valores sociales y prioridades. Cultura de priorización y evaluación

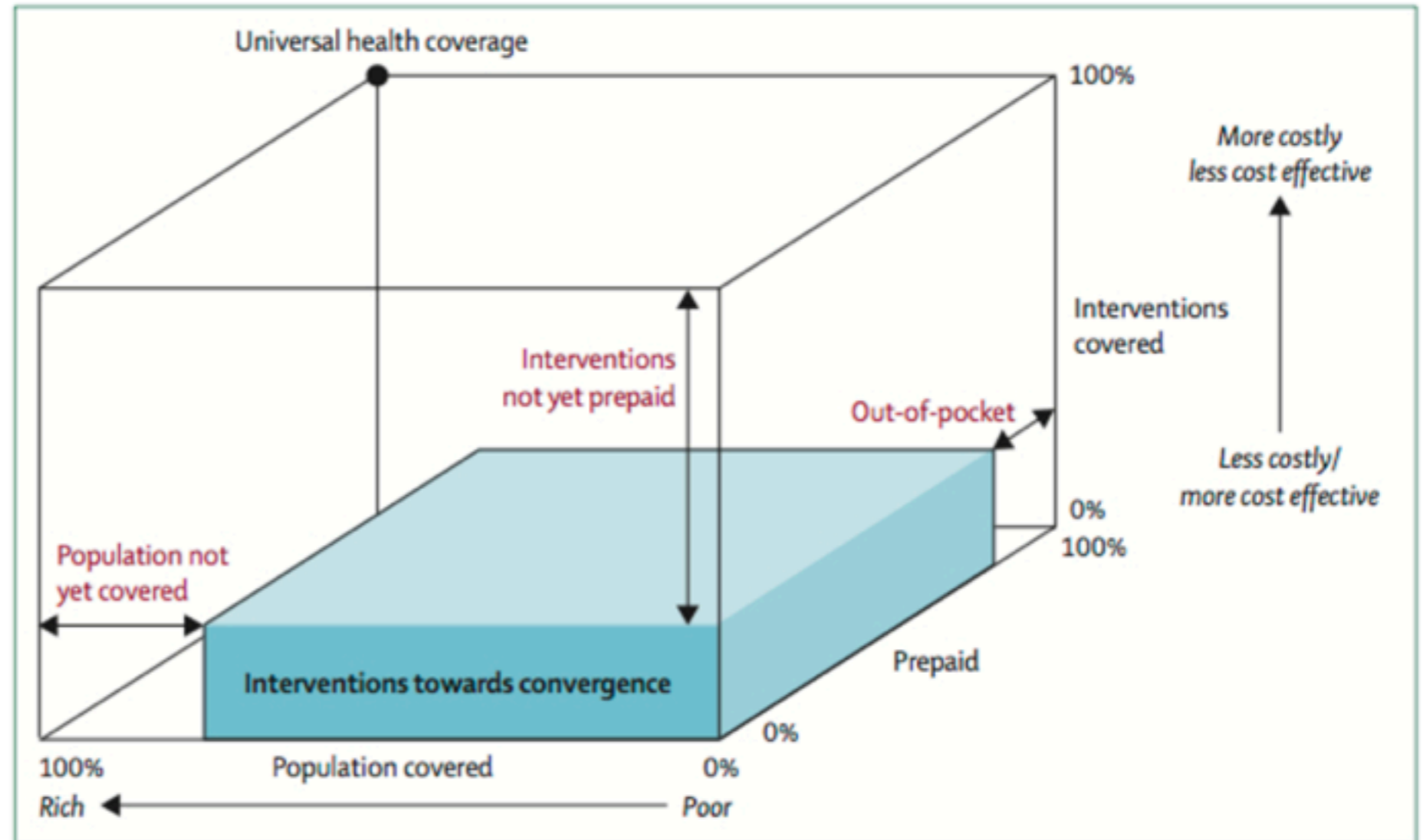


Figure 17: Pathways towards universal health coverage

1. No perder el **Norte**: las desigualdades relevantes son las desigualdades interpersonales injustas y evitables, que a veces tienen manifestaciones territoriales
2. La sanidad **sola no puede** resolver el problema de la desigualdad social en salud. Las políticas públicas que actúan sobre *las causas de las causas* (los determinantes sociales) pueden ser muy efectivas
3. Pero la **sanidad** tiene un **importante papel** para reducir las desigualdades en salud:
  1. Papel **redistribuidor** de renta
  2. Mediante **discriminación positiva** a los pacientes más vulnerables/con menos recursos
  3. Con una política sanitaria valiente que defina **reglas** claras y transparentes de distribución de recursos (cobertura, financiación pública). HispaNice y cuarta barrera