

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

XXXIII

Congreso Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

IV Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

Reconocido de Interés Científico-Sanitario por la Consejería de Salud
de la Junta de Andalucía

8, 9 y 10 de Junio de 2017
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba



**Determinantes socio-demográficos y estado
de salud de las personas**

Alberto Ruiz Cantero

Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga

CERRANDO LA BRECHA: POLÍTICA DE ACCIÓN SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

| DOCUMENTO DE TRABAJO |



Todos por la equidad

Conferencia Mundial sobre los
Determinantes Sociales de la Salud

JANEIRO | BRASIL | 19-21 DE OCTUBRE DE 2011



Organización
Mundial de la Salud

Desigualdad en salud

La diferencia en la salud entre los grupos de personas.

En algunas jurisdicciones, se utiliza desigualdad en salud para referirse al mismo significado que **inequidad en salud**.

Determinantes sociales de la Salud

Condiciones socio-económicas, políticas, culturales y medioambientales en las que las personas viven y se desarrollan.

Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud

Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud

Determinantes sociales de la salud

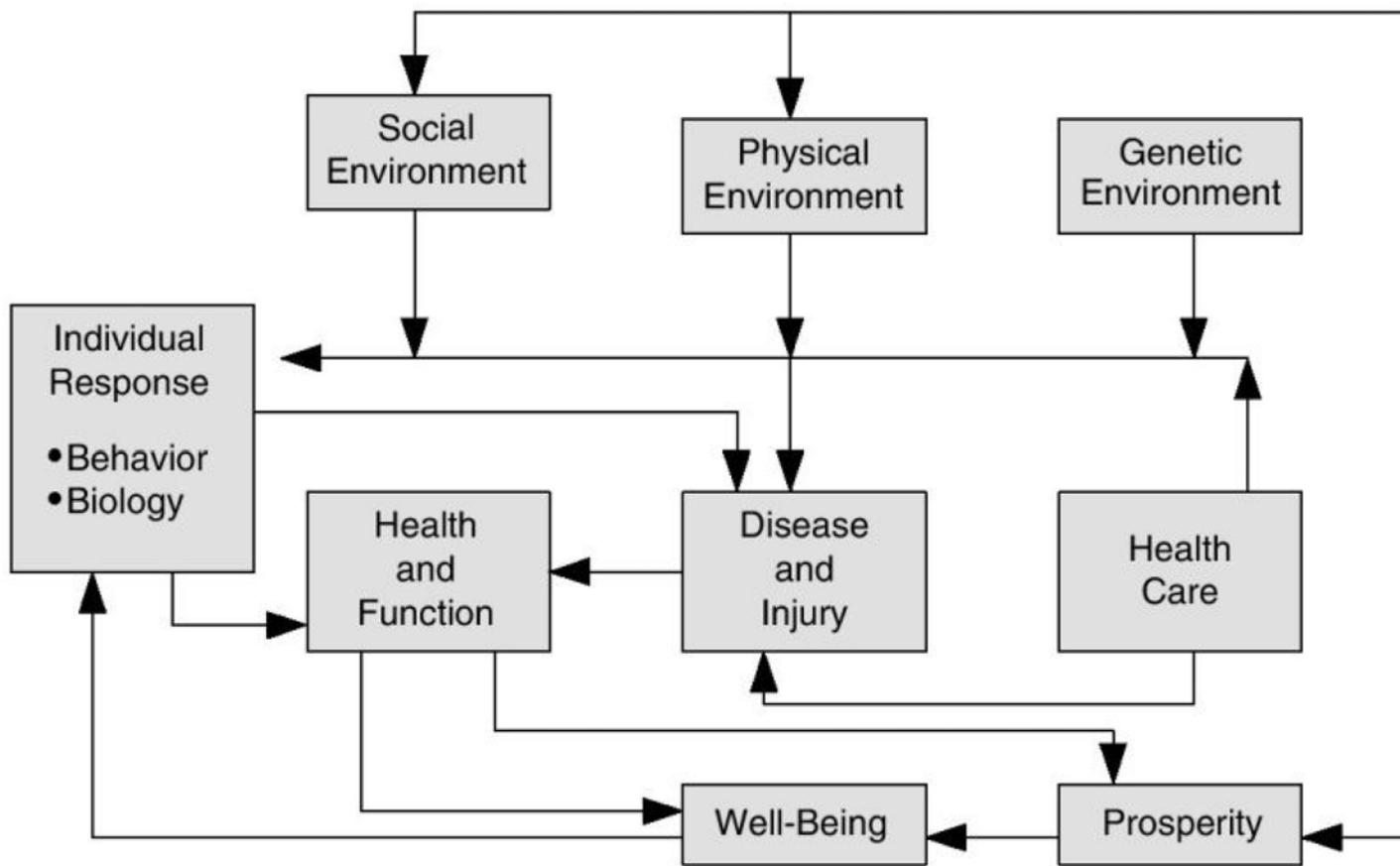
¿Qué hacer?

Mejorar las condiciones de vida cotidianas

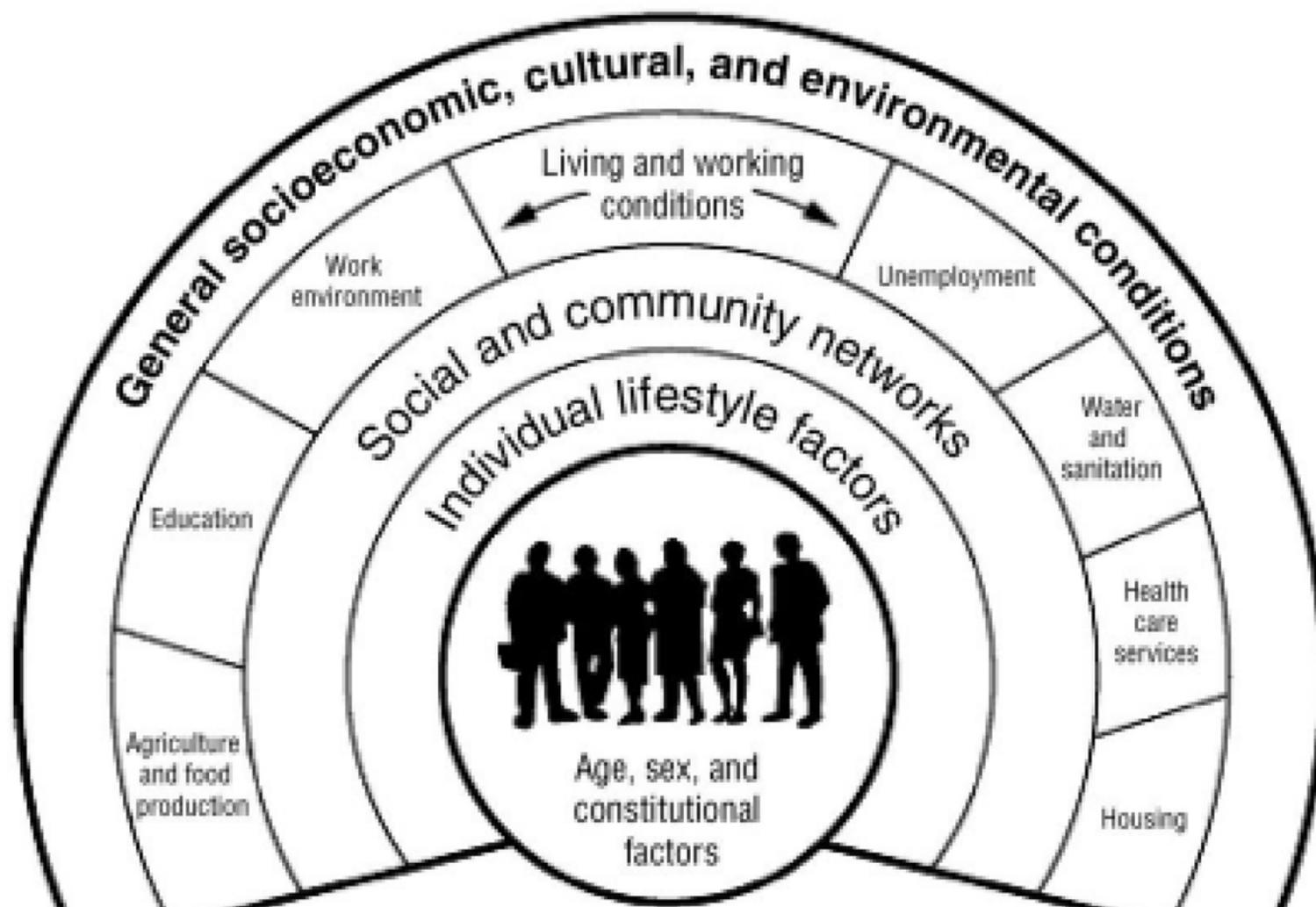
Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos

Medición y análisis del problema

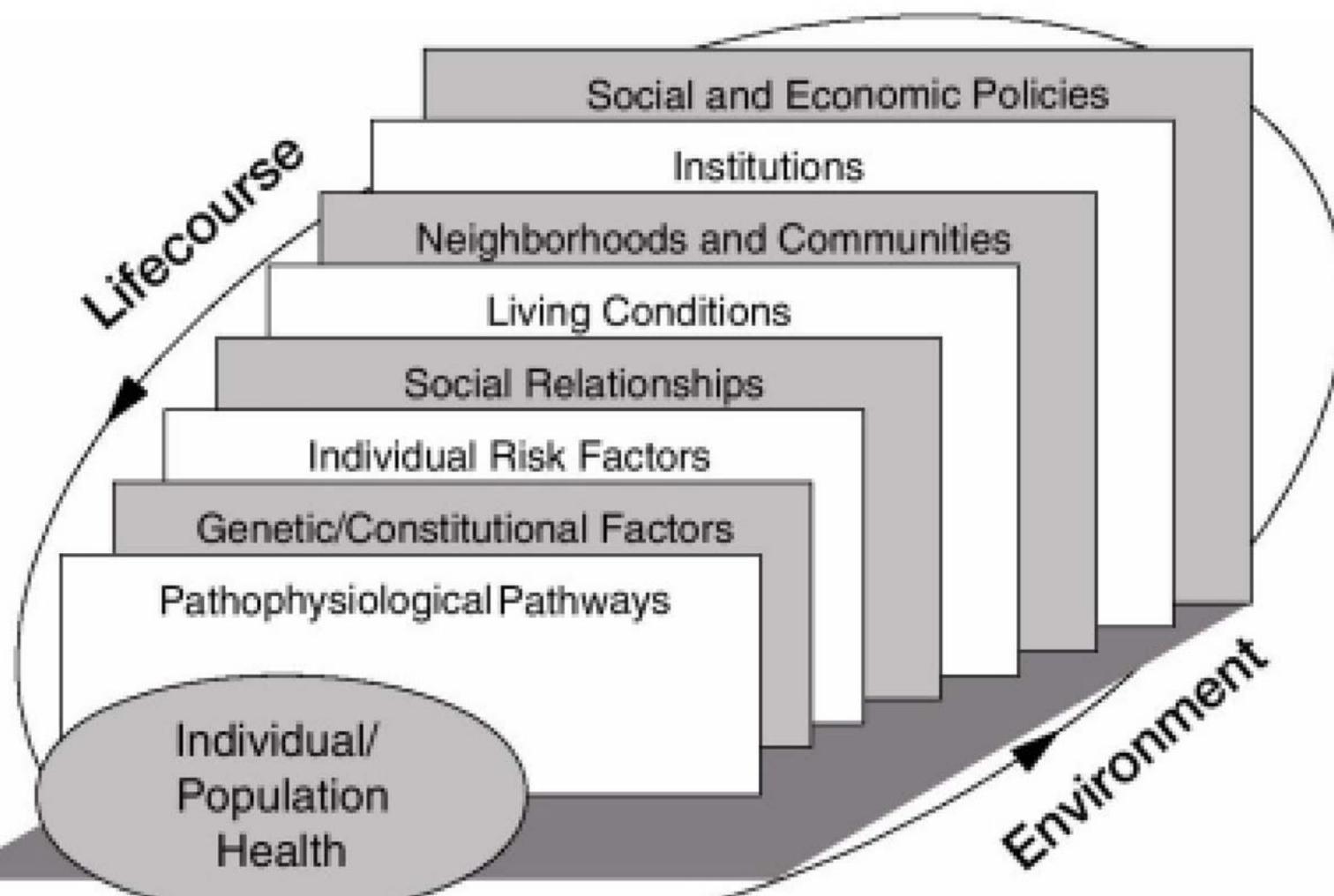
s RG, Stoddart GL. 1990. Producing health, consuming healthcare. Social Science
Medicine 31:1347–1363.



ren G, Whitehead M. 1991. Policies and Strategies to Promote Social Equity in
n. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.



stitute of Medicine). 2000. Promoting Health: Intervention Strategies from Social Behavioral Research, p. 43. Washington, DC: National Academy Press.



Diferencias principales entre países ricos y pobres

En los países de ingresos altos

- 7 de cada 10 muertes ocurren en personas de ≥ 70 años.
- Las personas mueren principalmente de enfermedades crónicas.
- Las infecciones de las vías respiratorias bajas son la única causa infecciosa de defunción.
- Tan solo 1 de cada 100 muertes corresponde a niños menores de 15 años.

En los países de ingresos bajos

- 2 de cada 10 muertes ocurren en personas de ≥ 70 años.
- La causa predominante de defunción son las enfermedades infecciosas, las complicaciones del parto y los traumatismos.
- 4 de cada 10 muertes ocurren en niños menores de 15 años.





Grupo 1: Respuesta relativamente positiva y activa a las desigualdades en salud.

Grupo 2: Respuesta variable a las desigualdades en salud

Grupo 3: Respuesta relativamente poco desarrollada a las desigualdades en salud

Fuente: Health inequalities in the EU — Final report of a consortium. 2013





eurostat

Table

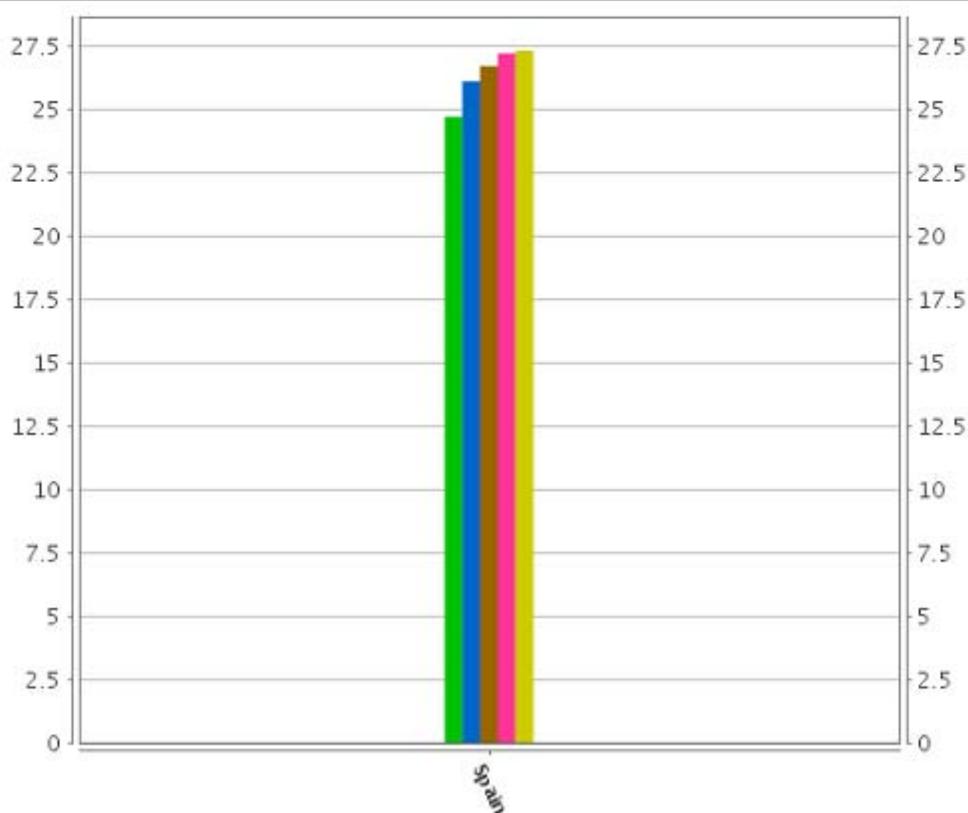
Graph

Map

Persons at risk of poverty or social exclusion

% and 1 000 persons

The Europe 2020 strategy promotes social inclusion, in particular through the reduction ... [more](#)



■ 2009
■ 2010
■ 2011
■ 2012
■ 2013



La **exclusión en salud** es una parte de la **exclusión social** y se define como: “la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven su estado de salud y de las cuales otros individuos o grupos disfrutan”.

OPS/OMS “*Exclusión en salud en países de América Latina*” Washington DC, 2003.



eurostat

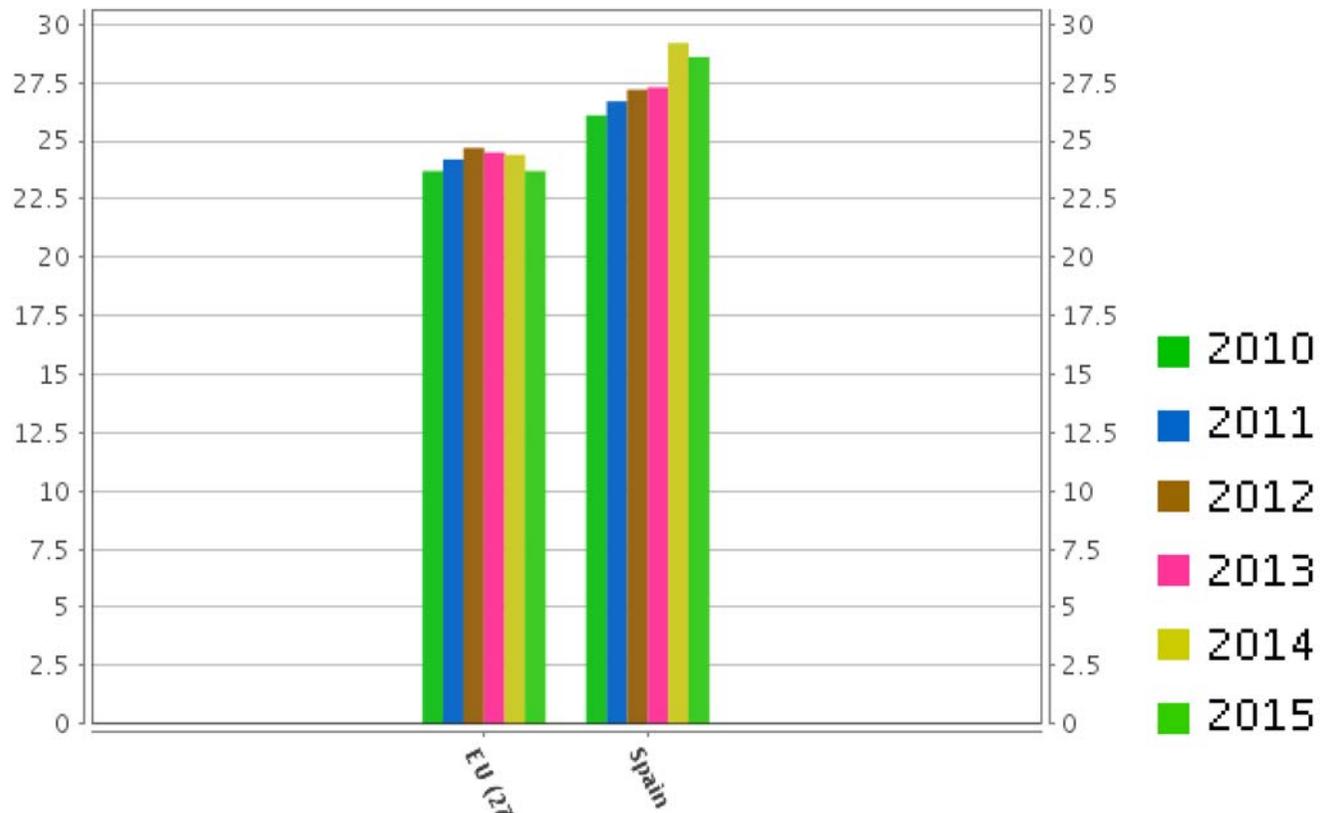
Table

Graph

Map

People at risk of poverty or social exclusion

The Europe 2020 strategy promotes social inclusion, in particular through the reduction ... [more](#)



http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=0&pcod=e=t2020_50&language=en&toolbox=data



eurostat

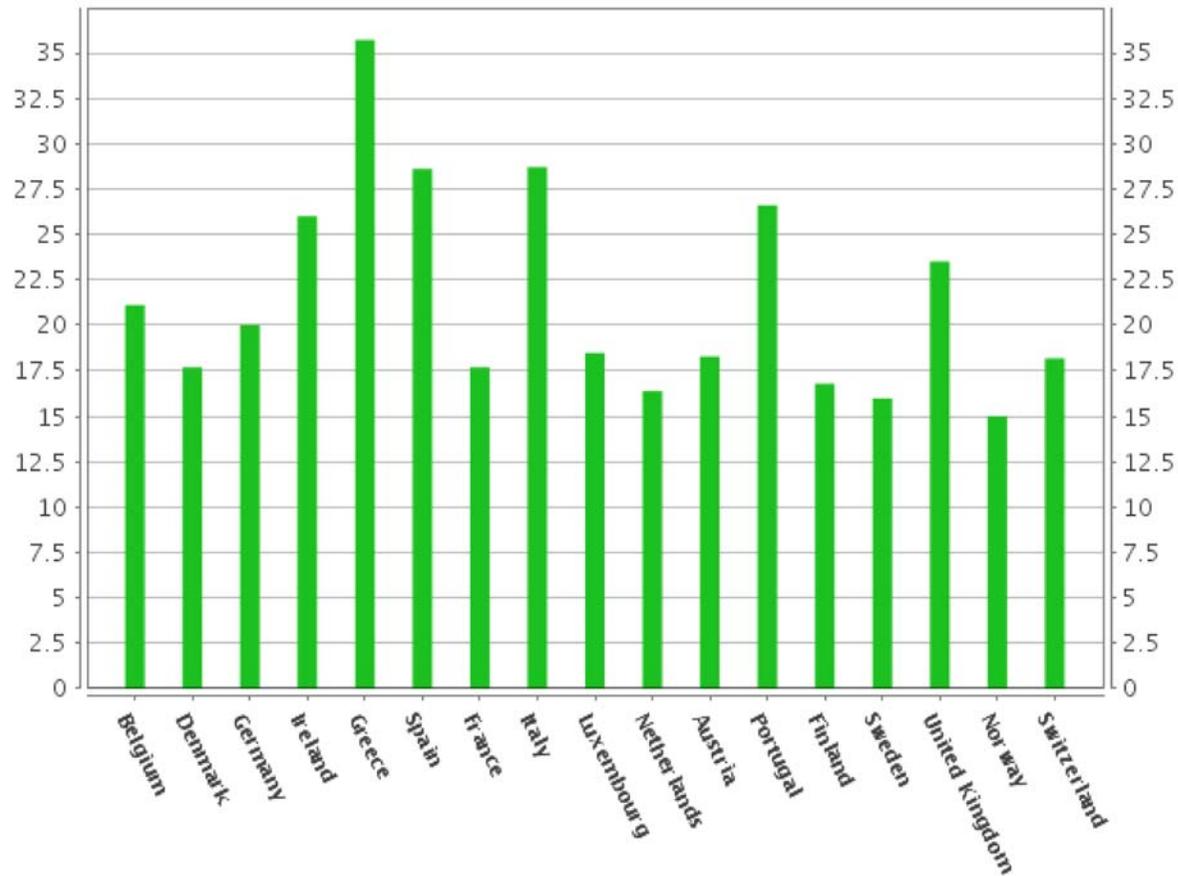
Table ▾

Graph ▾

Map ▾

People at risk of poverty or social exclusion

The Europe 2020 strategy promotes social inclusion, in particular through the reduction ... [more](#)



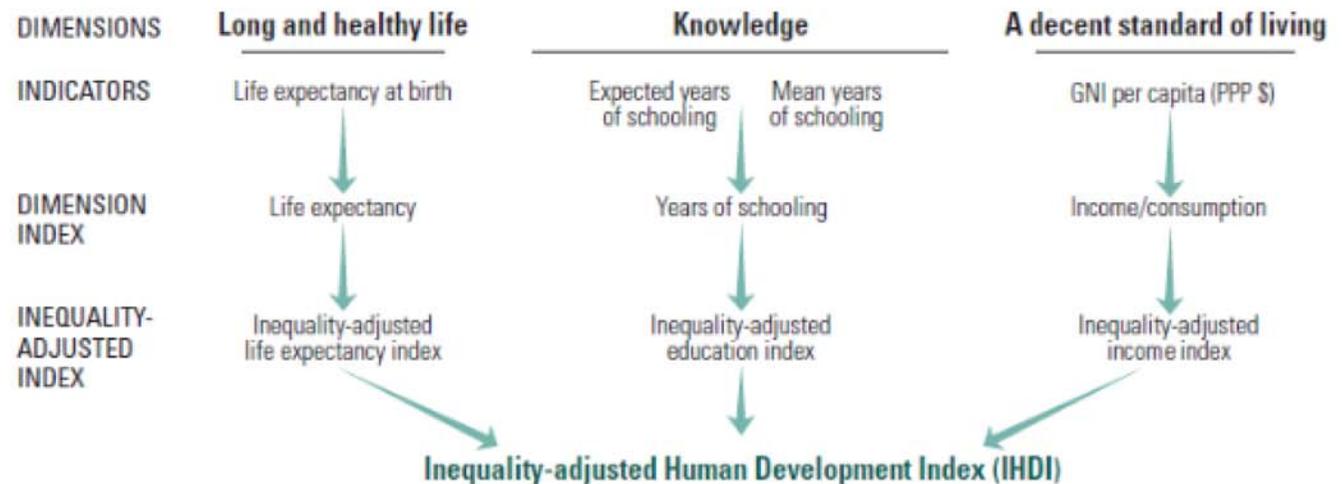
http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=0&pcode=t2020_50&language=en&toolbox=data



El **Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP)**, genera el **Índice de Desarrollo Humano ajustado a la Desigualdad (IHD)** que combina los logros medios de un país en salud, educación e ingresos. En definitiva, es la pérdida de desarrollo humano debido a la desigualdad. **Existiría una igualdad perfecta cuando el IHD es igual al HDI** (Índice de Desarrollo Humano), pero cae por debajo del IDH cuando la desigualdad aumenta.

La diferencia entre el **IHD y el IDH es el costo de desarrollo humano de la desigualdad**, también denominado - **la pérdida para el desarrollo humano debido a la desigualdad**

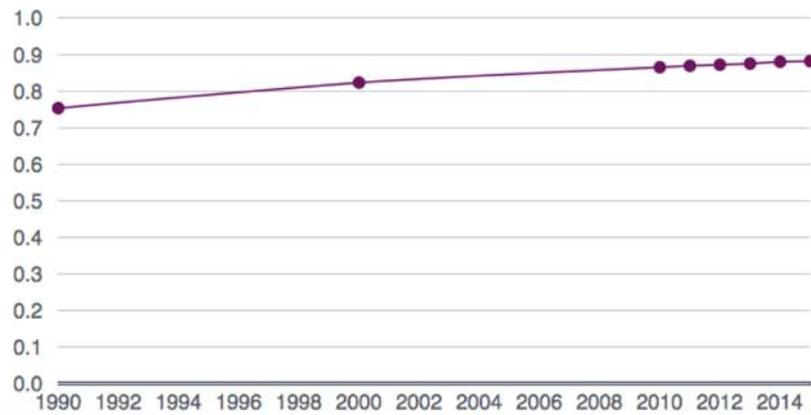
Inequality-adjusted Human Development Index (IHD)



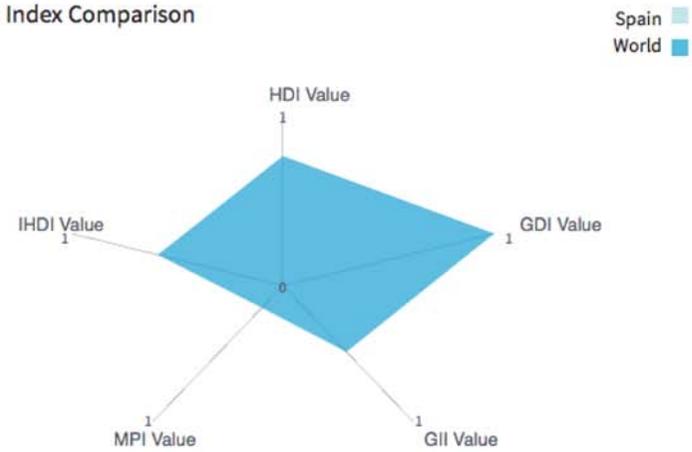
Human Development Indicators

Human Development Index	Index 0.884	Rank 27
-------------------------	-----------------------	-------------------

Trends 1990 - Present



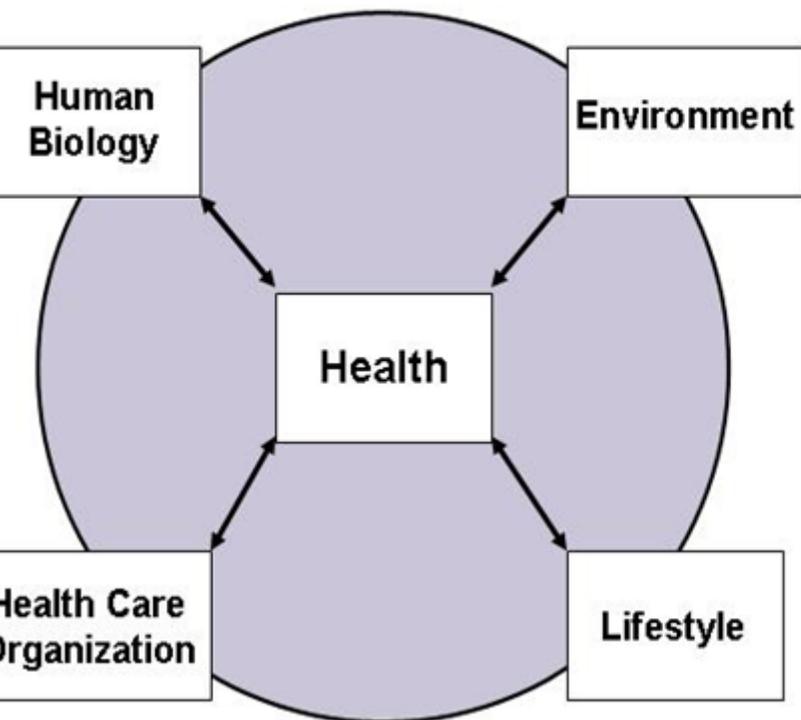
Index Comparison



<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/ESP>



Lalonde's Health Field Concept



Health Equity & Innovation Summit

November 3-5, 2014



A NEW PERSPECTIVE ON THE HEALTH OF CANADIANS

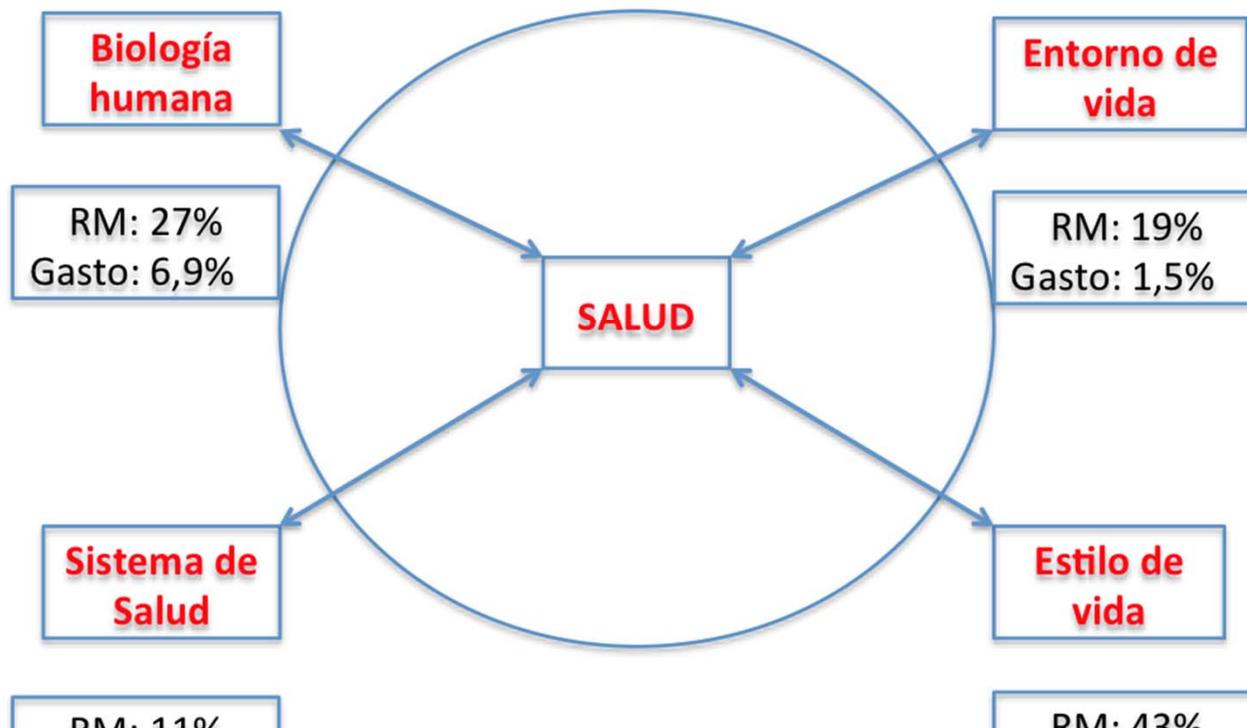
a working document

Marc Lalonde

Minister of National Health and Welfare



Contribución potencial a la Reducción de la Mortalidad (RM)
y
Gasto en Salud (G)



Social inequality in chronic disease outcomes

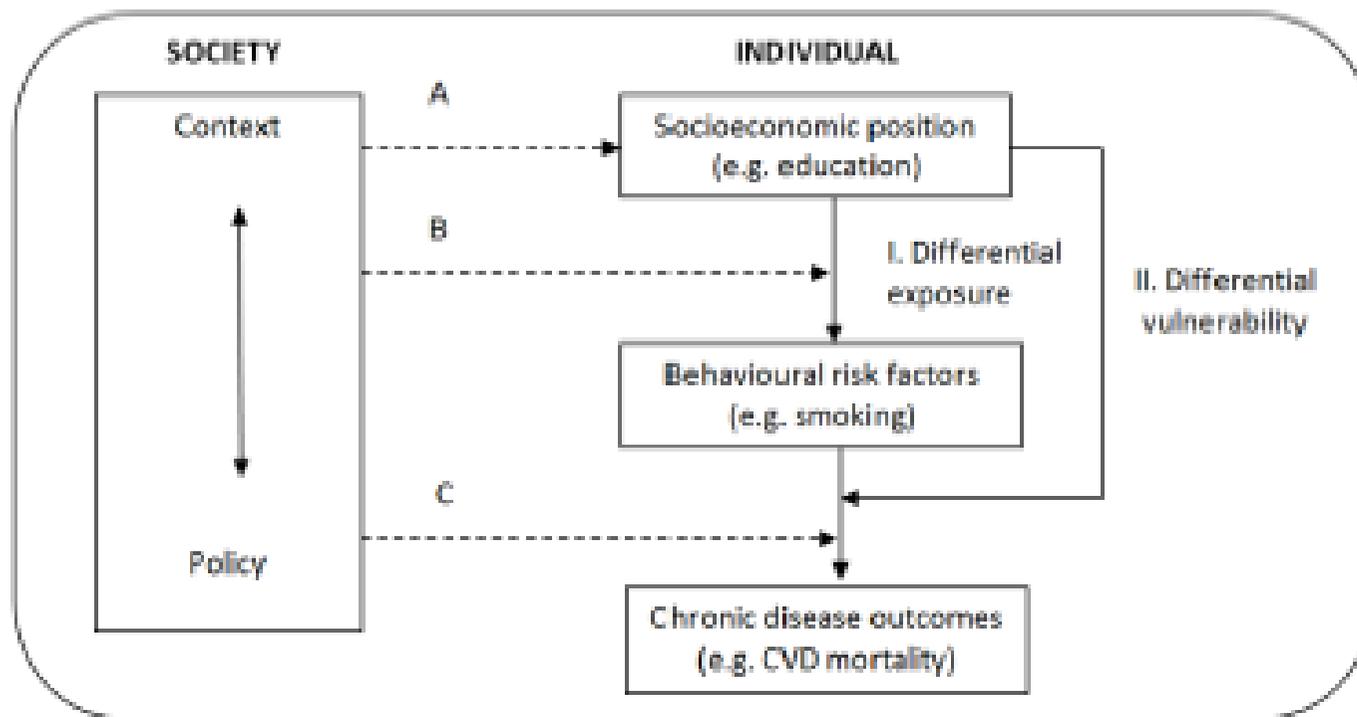
Role of differential exposure and vulnerability to health behaviours

Whitehead

Soc Sci Med 2000;50(2):255-70

Mechanisms underlying social inequality in chronic diseases

60 Whitehead M, Burstrom B, Diderichsen F. Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. Soc Sci Med 2000 Jan;50(2):255-70.



Equality in chronic disease outcomes

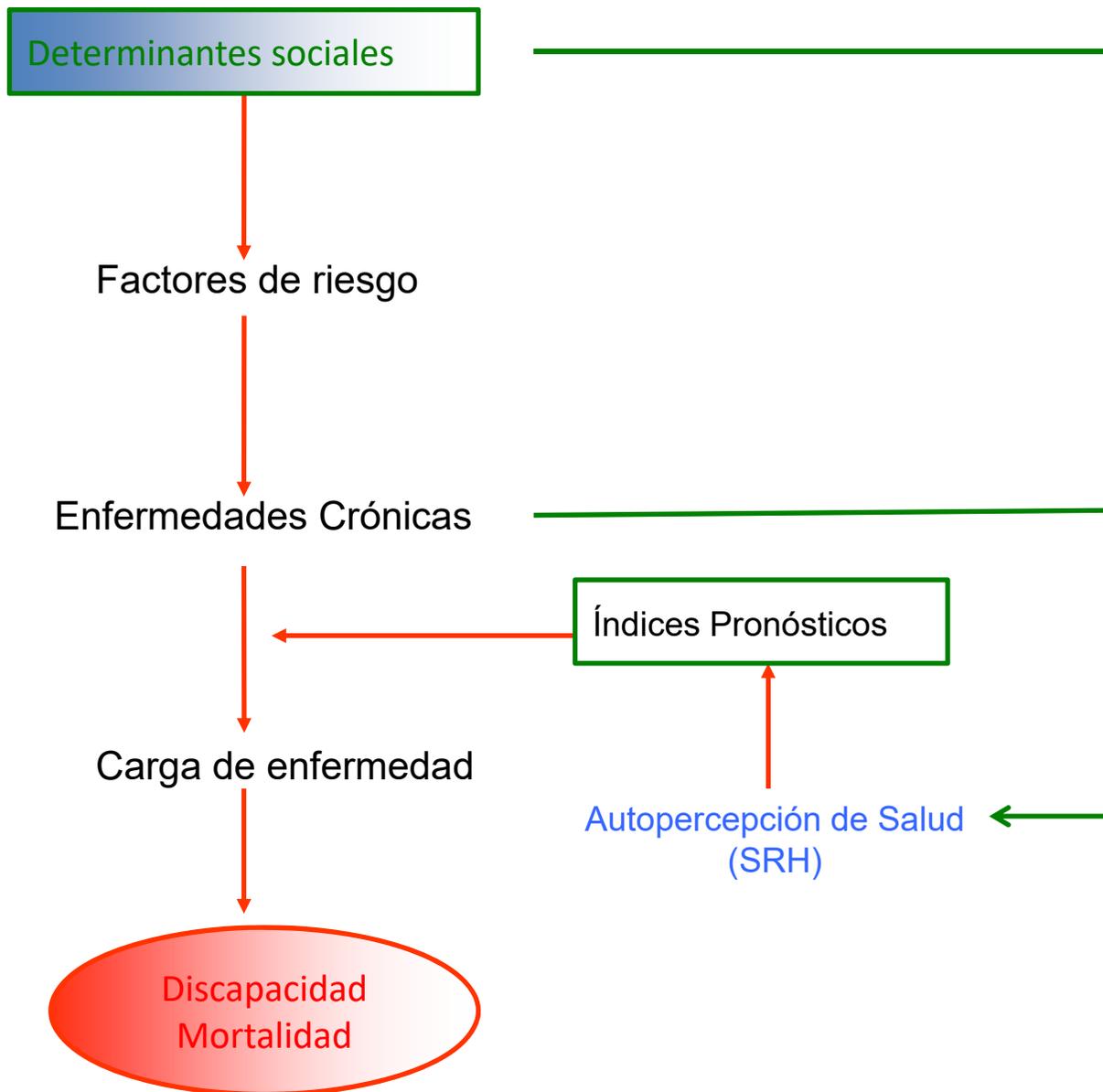
Environmental exposure and vulnerability to health behaviour:

BMJ 2014;61(11):B4943



Determinantes sociales
de la salud

Condiciones socio-
económicas, políticas,
culturales y
ambientales en las
que las personas viven y se
desarrollan.



Assessing Predictive Validity of Self-Rated Health

Valerio Bacak
Department of Sociology, Philadelphia, Pennsylvania, United States of America

PLOS ONE | www.plosone.org

January 2014 | Volume 9 | Issue 1 | e84933

Riesgo de Mortalidad

SRH

Bajo

Alto

Excelente

A (concordante)

Si existe información precisa de ausencia de factores de riesgo indica relación fuerte entre SRH y mortalidad

B (discordante)

Si es escasa la información para evaluar la salud conduce a la presunción errónea de una excelente salud

Pobre

C (discordante)

Tener más información de un conjunto más amplio de enfermedades no mortales conduce a una relación débil entre SRH y mortalidad

D (concordante)

Si existe información diagnóstica más exacta revela mala salud y conduce a una evaluación precisa de alto riesgo de mortalidad

Auto-percepción de Salud (SRH)

Auto-informes son ampliamente utilizados para evaluar el estado de salud de grandes poblaciones por su facilidad de administración, por la simplicidad de su respuesta, por su validez y por su fiabilidad entre las personas sin deterioro cognitivo.

La versión Americana (USA):

“In general, how would you rate your health today: excellent, very good, good, fair or poor?”

La versión de la OMS (WHO):

“In general, how would you rate your health today: very good, good, fair, bad or very bad?”

La versión de la UE:

“In general, how would you rate your health today: very good, good, fair, bad

AL REVIEW

Prediction with a Single General Self-Rated Health Question

Analysis

DeSalvo, MD, MPH, MSc,^{1,2,3} Nicole Bloser, MHA,^{1,2} Kristi Reynolds, PhD,²
 MD, PhD,^{1,2} Paul Muntner, PhD^{1,2}

¹Department of General Internal Medicine, Tulane University School of Medicine, New Orleans, La, USA; ²Department of Epidemiology,
 Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, La, USA; ³Department of Health Systems Management,
 Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans, La, USA.

CONCLUSIONS: Persons with “poor” self-rated health had a 2-fold
 mortality risk compared with persons with “excellent” self-rat-
 ed health. Subjects’ responses to a simple, single-item GSRH question
 predicted a strong association with mortality even after adjustment
 for covariates such as functional status, depression, and co-mor-

DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0291.x
 J GEN INTERN MED 2005; 20:267-275.

Personas con “mala” SRH tienen 2 veces más riesgo
 morir que quienes tienen “excelente” SRH

Self-Rated Health as a Predictor of Survival Among Patients With Advanced Cancer

DeShazo, Shadbolt, Jane Barresi, and Paul Craft

Journal of Clinical Oncology, Vol 20, No 10 (May 15), 2002: pp 2514-2519
 DOI: 10.1200/JCO.2002.08.060

Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study

Nahal Mavaddat^{1*}, Jose M Valderas², Rianne van der Linde³, Kay Tee Khaw⁴ and Ann Louise Kinmonth⁵

BMC Family Practice 2014, **15**:185 doi:10.1186/s12875-014-0185-6

The electronic version of this article is the complete one and can be found online at:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/185>

Conclusions

In conclusion, the reporting of poorer self-rated health rises significantly in those with three or more chronic conditions. Self-rated health provides an integrative patient-centred assessment of multimorbidity burden, over and above psychosocial measures, and should be used in the evaluation and planning of care of patients with multimorbidity in general practice. Further research into the use of self-rated health as a screening tool in general practice is required.



PREVENTING CHRONIC DISEASE
PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY

Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany

Witzel^{1*}, Anne Dahlhaus², Angela Fuchs³, Jochen Gensichen⁴, Hans-Helmut König⁵, Steffi Riedel-Heller⁶,
Christoph Maier⁷, Ingmar Schäfer⁸, Gerhard Schön⁹, Siegfried Weyerer¹⁰, Birgitt Wiese¹¹, Martin Scherer⁸,
Klaus van den Bussche⁸ and Horst Bickel¹

Entre los pacientes con multimorbilidad los síntomas y consecuencias de enfermedades crónicas como el dolor y las limitaciones de la actividad, así como la depresión, parecen estar fuertemente asociadas con SRH más que las propias enfermedades.

Los ingresos y expectativas de autoeficacia se asocian de forma independiente con un mejor SRH y, el alto BMI y la edad con bajo SRH.

The Health of Humanity Project



En el presente estudio tratamos de identificar los **determinantes socioeconómicos de la autopercepción de salud** para la humanidad en su conjunto.

OUR TEAM

Within the Institute for Global Health Equity and Innovation (IGHEI), exploring the health of humanity together.



JENNY GATOV, HBSC

President, Centre for Global eHealth
Innovation, Institute for Global Health
Equity and Innovation; MPH-Epidemiology
and Biostatistics, Dalla Lana School of Public
Health, University of Toronto, Canada.



ANDRÉS CABRERA-LEÓN

Lecturer and Researcher, BSc, MStat
Biomedical Research Networking Centre on
Public Health and Epidemiology
(www.ciberesp.es), Spanish Health System.
Andalusian School of Public Health
(www.easp.es) Andalusian Ministry of
Health, Spain



**ALEJANDRO (ALEX) R. JADAD,
MD DPHIL FRCPC FCAHS FRSA**

Founder, Centre for Global eHealth
Innovation; Canada Research Chair in
eHealth Innovation; and Convener of the
People, Health equity and Innovation (Phi)
Group; University Health Network;
Professor, Faculty of Medicine, and Dalla
Lana School of Public Health; Interim
Director, Institute for Global Health Equity &
Innovation, University of Toronto, Canada.



ALBERTO RUIZ CANTERO

Head of Internal Medicine Service. Hospital
de la Serranía. Málaga (Spain) President of
Andalusian Society of Internal Medicine
Coordinator of the "Pluripathological
Patients and Advanced Age" Work Group of
the Spanish Society of Internal Medicine



Fuentes de datos

Sources of data for national indices:

[Transparency International](#) (19): Corruption perception index (CPI, 2003).

[United Nations department of economic and social affairs \(UNDESA\)](#) (20): International migrant stock as a percentage of the total population (2000).

[United Nations Development Programme \(UNDP\) Human Development Reports](#) (21): Human development index (2005).

[UNESCO Institute of statistics](#) (22): Government expenditure on education as a percent of GDP; Expected Years of Schooling; Mean years of schooling (ISCED 1 or higher), population 25+ years, both sexes; Minimum primary education 25+ years, both sexes (2003).

[UNODC \(United Nations Office on Drugs and Crime\)](#) (23): Homicide rate (2003).

[WHO - Global Health Expenditure database \(NHA indicators\)](#) (24): Out of Pocket Expenditure as a percent of total health expenditure (THE), 2003.

[World Bank - World Development Indicators](#) (25): GNI, PPP (current international \$, 2003); GNI (constant 2005 US\$, 2003); GINI inequality index, 2000-2005 (best available); GDP per capita (constant 2005 US\$), 2003; GDP (constant 2005 US\$), 2003; Total Health Expenditure (THE) % Gross Domestic Product (GDP), 2003; Percent female, 2003; Mortality rate, adult (per 1,000), 2003; Geographic region, 2003; Income Group, 2003; Population size, 2003; Population density, 2003; Life expectancy at birth (years), 2003; Unemployment, (% of total labor force, ILO estimate, 2003); Internet users (per 100 people), 2003.

[World Economic Forum](#) (26): Gender gap score, 2006.

[World Happiness Report 2013 \(WHR\)](#) (27): Corruption perception, 2007; Happiness Ladder, 2007; Social support, 2007.

[World Health Organization- Global Health Observatory Data Repository](#) (28): Life expectancy at birth, total (years, 2003); Healthy life expectancy (HALE) at birth (years, 2003).

Spain - World Health Survey 2003

Reference ID [ESP_2003_WHS_v01_M](#)

Year 2003

Country [Spain](#)

Producer(s) World Health Organization (WHO)

Sponsor(s) World Health Organization - WHO -

Collection(s) [World Health Survey \(WHS\)](#)[🌐 Study website](#)

Created on Mar 30, 2012

Last modified Jun 19, 2013

Page views 24128

Downloads 100

Reports

[World Health Survey Results - Report of Spain](#)

Country [Spain](#)Language [English](#)Download <http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whsesp-spain.pdf>

REPORT OF SPAIN

General, rate your health today - q2000

Very Good	SE	Good	SE	Moderate	SE	Bad	SE	Very Bad	SE	Missing	SE	N
20.9	1.1	53.3	1.3	18.9	1.0	5.5	0.6	0.9	0.2	0.5	0.3	3,044
16.9	0.9	46.9	1.1	26.9	1.0	6.9	0.5	2.0	0.3	0.4	0.1	3,231
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
19.5	0.8	50.8	1.0	21.9	0.8	5.9	0.4	1.4	0.2	0.4	0.2	4,819
16.6	1.2	47.4	1.6	26.7	1.4	7.2	0.8	1.5	0.3	0.6	0.4	1,456
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
8.1	1.3	33.7	1.9	38.3	2.0	15.5	1.3	3.8	0.6	0.6	0.3	726
14.2	1.4	42.7	1.8	32.3	1.8	8.7	1.2	1.9	0.4	0.2	0.2	1,057
18.3	1.6	48.7	1.9	23.4	1.5	6.7	0.8	2.0	0.5	0.8	0.5	1,289
21.6	1.6	54.2	1.8	20.3	1.6	3.1	0.6	0.5	0.2	0.3	0.2	1,465
24.2	1.6	58.7	1.9	13.1	1.2	3.1	0.7	0.5	0.2	0.3	0.3	1,738
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
37.4	2.2	50.7	2.2	9.6	1.3	1.1	0.4	0.4	0.3	0.7	0.4	1,379
20.2	1.2	62.1	1.4	13.8	1.1	3.2	0.5	0.3	0.1	0.4	0.3	1,849
13.6	1.2	52.3	1.8	26.9	1.6	5.6	0.7	1.5	0.4	0.1	0.1	1,384
8.1	1.1	38.6	2.0	37.6	2.0	11.5	1.3	3.2	0.7	0.9	0.4	707
5.0	0.9	32.0	2.1	43.7	2.1	15.8	1.5	3.1	0.7	0.4	0.2	652
4.8	1.2	28.3	3.0	44.3	3.3	17.7	2.4	4.8	1.2	0.2	0.2	303
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
18.8	0.7	50.0	0.9	23.0	0.7	6.2	0.4	1.4	0.2	0.4	0.2	6,275

STATS

How healthy are we humans?

We know
how sick we
are. We have
no idea how
healthy we
feel.

116 out of 193 (60%) United Nations countries provided data on self-rated health (SRH).

N=612,967 individuals (48.94% males, 51.46% females).
Median sample size: 1,456 individuals per country (range 80 - 200,400 people. Median % of sample, relative to country population 0.013%).

67.24% of individuals (both genders) reported good SRH and 32.182% reported bad SRH, on average.

Males report better health than females. Good SRH: 70.31% of males and 63.96% of females. Bad SRH: 28.45% of males and 34.66% of females. Significant statistical differences by gender (two-sample t-test $p < 0.001$).

60

COUNTRIES

116 of 193 member states of United Nations

67.2

GOOD SRH

Reported their health to be good, very good, or excellent

70.3

GOOD SRH FOR MALES

70.31% of Males report good, very good, or excellent health

64.0

GOOD SRH FOR FEMALES

63.96% of Males report good, very good, or excellent health

116 países/193 UN. Subestudio 69 países OMS (WHS 2003)
n= 612.967 personas (51.46% mujeres, 48,94% hombres)

Health of Humanity Project

People, Health Equity and Innovation

n = 613.401 personas

n = 121/193 países UN

1) A nivel mundial el **SRH** es mejor en **varones** que en mujeres (p=0,000).

En todos los países donde el % de bueno (excellent, very good or good) en mujeres es superior al de varones, tan solo es significativo en **Australia**, (p=0,043).

3) En aquellos países en los que el % de bueno es el más bajo en mujeres, es significativo en **Armenia, Belarus, Georgia, Latvia, Lithuania, Portugal** y **Slovakia** (p<0,05).

WORLD MAP

Self-Rated Health - "How would you rate your health?" [Excellent/Very good/Good/Fair/Poor]

Search Star

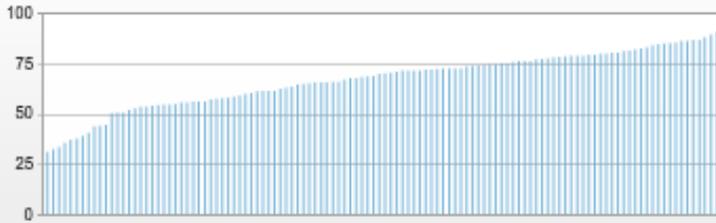
% Good/very good/excellent self-rated health (SRH)

Population size

Population density

Total Health Expenditure (GDP % of Gross Domestic Product)





100
75
50
25
0

All regions

Albania

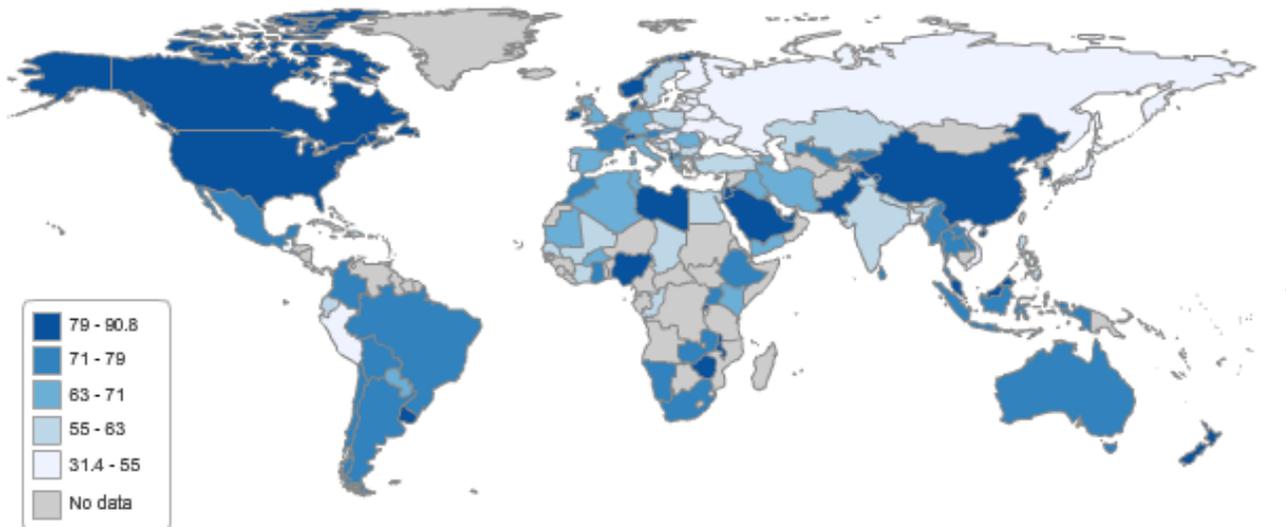
Algeria

Andorra

Argentina

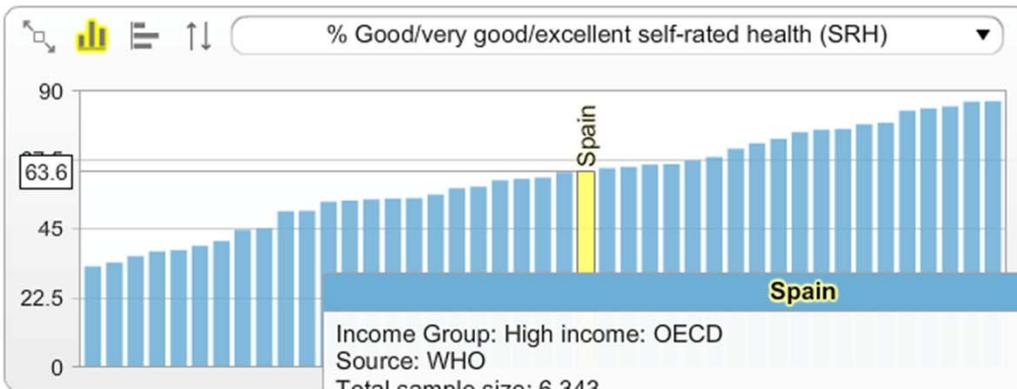
Armenia

Australia



Search and filter sidebar with icons for search and star. Filter categories include:

- Good/very good/excellent self-rated health (SRH)
- Population size
- Population density
- Health Expenditure % Gross Domestic Product



Region and country selection sidebar:

- Region: Europe
- Selected countries: Romania, Russian Federation, Serbia, Slovakia

Spain

- Income Group: High income: OECD
- Source: WHO
- Total sample size: 6,343
- % Good/very good/excellent self-rated health (SRH): 63.6
- Population size : 46.4 million
- Population density : 93
- Total Health Expenditure (THE) % Gross Domestic Product (GDP) : 8.9
- Mean years of schooling (ISCED 1 or higher), population 25+ years, both sexes : 9.6
- Gender Inequality Index (GII) score : 0.1
- Unemployment, total (% of total labor force): 26.6
- Internet users (per 100 people) : 71.6
- International migrant stock as a percentage of the total population : 13.8
- Homicide rate : 0.8
- Life expectancy at birth, total (years): 82.4
- Corruption perception : 0.84
- Human Development Index (HDI) value: 0.87
- Share of people age 60+ : 23.4
- Happiness yesterday : 0.8



75 - 86.4
65 - 75
55 - 65

e Health of Humanity Project

Limitaciones

- Personas entrevistadas: edad, nivel de ingresos, educativo...
- Falta de datos de 72 países de 193
- Diferentes fuentes de datos, tipo de encuesta, año.....

Health of Humanity ject

69 países OMS vs 124 restantes

SRH ↓	SRH ↑
↑ Densidad de Población	↑ Felicidad
↑ Corrupción	↑ Nivel de ingresos
↑ Desempleo	↑ Esperanza de vida
↑ Mortalidad masculina	↑ Esperanza de vida saludable
↑ Homicidios	↑ Apoyo social
↓ Renta per capita	
↓ % PIB destinado a salud	
↓ % PIB en educación	
↓ IDH	
↓ Esperanza de vida	

OPERCEPCIÓN DE SALUD EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Ruiz Zafra, A. Muñoz Claros, A. Albarracín Arraigosa, I. Pernía Rodríguez, M.
González Benítez, A. Ruiz Cantero

Clin Esp. 2015;215:11

N = 243; 54,3% (132) varones y 45,7% (111) mujeres.

Edad media de 70,91 años (DT 16,274).

Seguimiento 1 año.

Revista Clínica
Española 

manifiestan la autopercepción de salud como muy buena o buena el 37,8%, peor que la población general. La percepción de salud disminuye a medida que aumenta la dependencia. Los PPP perciben su estado de salud peor que los que no lo son, manteniendo una relación proporcional inversa entre el índice PROFUND y la autopercepción de salud. La autopercepción de salud debe incluirse en la historia clínica.

PERCEPCIÓN DE SALUD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD

Muñoz Claros, M. Ruz Zafra, M. González Benítez, I. Gallardo Romero, B. Martín
mos, A. Ruiz Cantero

Clin Esp. 2016;216:3

Revista Clínica
Española 

N = 243; 54,3% (132) varones y 45,7% (111) mujeres.

Edad media de 70,91 años (DT 16,274).

Seguimiento 1 año.

PS es un buen factor predictivo de mortalidad como se ha demostrado en
rentes estudios, habiéndose relacionado la baja APS con la edad avanzada, bajos
esos, sexo femenino, alto índice de masa corporal y carga de enfermedad.
rentes estudios ha avalado el valor pronóstico de mortalidad del IP tanto en
lación hospitalaria como en atención primaria. En nuestro estudio identificamos
a mayor valor del IP más baja es la APS.

PS se relaciona de forma inversa con la mortalidad.

os PPP el IP tiene un VPP mayor que la APS (66% frente a 55%), y un VPN menor que

PS (74% frente a 85%), de tal forma que una APS buena o muy buena tiene un

or valor predictivo de supervivencia que un IP menor de 6

Conclusiones

DS influyen en cuánto viven y en la forma en que mueren las personas.

En España existe una respuesta variable a las desigualdades en salud.

El número de personas en riesgo de pobreza y exclusión social en España está por encima de la media europea.

Los gobiernos deben gastar más en el entorno y estilos de vida de las personas.

Los determinantes socioeconómicos como el aumento de la densidad de población, la corrupción, el desempleo, el descenso del IDH, el % del PIB en salud y educación, la felicidad.... fueron identificados como predictores significativos de la percepción de salud (SRH).

La SRH es un buen predictor de mortalidad, se empobrece con el aumento de la obesidad, el IMC, la pluripatología y bajos ingresos.

Es una herramienta valiosa en la evaluación y planificación de la atención a todos los