



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA  
SALUD**

---

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

---

Inequidad en salud en la Ciudad de Buenos  
Aires: análisis de las causas. Año 2017.

---

AUTOR: AGUSTÍN ANDRÉS TOLINI

DIRECTOR: CARLOS DÍAZ

OCTUBRE 2019

---



# Índice

1. Introducción	5
a. Distintos niveles de inequidad en salud	7
b. La situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	8
c. Hipótesis	10
d. Objetivos	10
e. Aporte	11
f. Metodología	11
2. Estado actual del estudio de la inequidad	14
3. Marco teórico	20
a. Contexto histórico	20
b. División administrativa de la Ciudad de Buenos Aires	22
c. Estimación de la inequidad	23
d. Indicadores de salud	24
e. Aspectos económicos, sociales, educativos y estructurales - los determinantes sociales de la salud	27
f. El gradiente social	30
g. Modelos propuestos para explicar la inequidad en salud	31
i. Modelo materialista - inequidad de ingresos	32
ii. Modelo psicosocial - privación relativa	34
iii. Modelo de comportamiento	36
4. Indicadores en salud, económicos, educativos, esrturales y sociales en la Ciudad de Buenos Aires	37
a. Indicadores en salud	40
i. Edad promedio al fallecimiento	41
ii. Tasa de mortalidad infantil	44
b. Indicadores económicos	47
i. Ingreso per cápita	48
ii. Tasa de desocupación	51
c. Indicadores de educación	54

i. Promedio de años de escolarización	54
d. Indicadores estructurales	57
i. Necesidades básicas insatisfechas	58
e. Indicadores sociales	61
f. Conclusiones del capítulo Indicadores en salud, económicos, educativos, estructurales y sociales en la Ciudad de Buenos Aires	63
5. Impacto de los aspectos económicos, educativos, estructurales y sociales en la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires	68
a. Indicadores económicos y salud	69
b. Indicadores de educación y salud	78
c. Indicadores estructurales y salud	89
d. Indicadores sociales y salud	97
e. Conclusiones del capítulo Impacto de los aspectos económicos, educativos, estructurales y sociales en la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires	98
6. Modelos teóricos que explican la inequidad en salud	99
a. Modelo materialista	100
b. Modelo psicosocial	111
c. Modelo de comportamiento	119
d. Conclusiones del capítulo Modelos teóricos que explican la inequidad en salud	122
7. Conclusión general	125
8. Bibliografía	130

## 1. Introducción

Hoy en día existe una creciente preocupación por parte de la comunidad en general por el aumento de la inequidad que se observa a nivel mundial, entendiéndose como inequidad a las diferencias evitables que existen entre dos o más grupos<sup>1</sup>. La inequidad se puede referir a distintos aspectos: ingresos, salud, educación, oportunidades, etc. En este trabajo, cuando se hable de inequidad se hará referencia fundamentalmente a la inequidad en salud. En cualquier otro caso, se aclarará explícitamente.

Es importante diferenciar inequidad de desigualdad, ya que muchas veces estos términos se usan indistintamente de manera errónea. Según la OMS<sup>2</sup>, la desigualdad en salud se refiere a la distribución desigual de los recursos en salud por factores no evitables. En algunos casos, estos factores responden a variaciones biológicas o de libre elección, y en otros, a factores ambientales u otras condiciones fundamentalmente fuera del control de los individuos involucrados. Por otro lado, la inequidad se refiere a diferencias que son evitables e injustas, que surgen como consecuencia de un gobierno deficiente, de la corrupción o de la exclusión cultural, y que tiene como consecuencia enfermedades y muertes que de otra forma serían evitables.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Marmot (2015).

<sup>2</sup><http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>, última consulta septiembre 2019.

<sup>3</sup> Global Health Europe, <http://www.globalhealthEurope.org/index.php/resources/glossary/values/179-inequity-and-inequality-in-health.html>, última consulta septiembre 2019.

El problema de la inequidad en general, no solo en el área de salud, está en la agenda de organismos internacionales como la ONU<sup>4</sup>, FMI o Banco Mundial<sup>5</sup>, ONGs<sup>6</sup> y foros como el G-20, y se lo considera como uno de los más importantes de nuestro tiempo, con costos significativos a nivel social<sup>7</sup>. A modo de ejemplo, si se toma el índice de Gini como medición de la inequidad de ingresos, el mismo ha aumentado en los países más desarrollados<sup>8</sup> en promedio. En nuestro país, si bien ha bajado considerablemente luego de la crisis del 2001, el mismo continúa siendo elevado<sup>9</sup>.

Cuando se analizan los indicadores de salud, en muchos casos existen diferencias importantes que hacen que una persona que vive en un determinado país, región, ciudad o barrio viva más y mejor que otra que vive en un lugar distinto, fenómeno que se da tanto en economías de ingresos bajos, medios y altos. Las razones de la existencia de esta brecha es motivo de estudio actual y diversas explicaciones se han propuesto, como se verá más adelante.

---

<sup>4</sup> En los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la ONU estableció como objetivo número 10 la “reducción de la desigualdad en y entre los países” ([www.sustainabledevelopment.un.org](http://www.sustainabledevelopment.un.org), última consulta noviembre 2018).

<sup>5</sup> Tanto el FMI como el Banco Mundial tienen varias publicaciones sobre el problema de la inequidad (Ver por ejemplo <https://openknowledge.worldbank.org/discover?query=inequality> y <http://www.imf.org/external/ns/search.aspx?NewQuery=inequality&submit=>).

<sup>6</sup> Ejemplos de ONG que investigan el tema de inequidad pueden encontrarse en [www.inequality.org](http://www.inequality.org).

<sup>7</sup> Pickett y Wilkinson (2015).

<sup>8</sup> Según la OECD, el índice de Gini promedio de los países miembro aumentó de 0.317 en 2007 a 0.318 en 2014, con aumentos marcados en países como Alemania, Dinamarca, Canadá, España, Estados Unidos, Grecia, Hungría, Italia y México (OECD, Noviembre 2016).

<sup>9</sup> El índice de Gini para la Argentina es de 0.422 (Banco Mundial, 2013).

## 1.a. Distintos niveles de inequidad en salud

El nivel de crecimiento económico medido en base al PBI mundial ha aumentado de manera significativa en los últimos cientos de años. Según los datos que maneja el Banco Mundial<sup>10</sup>, el PBI mundial era de 1.367 billones de dólares en 1960. En el 2015, esa cifra llegó a 74.292 billones de dólares. Si se compara cómo evolucionó la salud de la población en ese período, claramente también ha habido una mejoría. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer mundial aumentó de 52 años en 1960 a 71 años en 2014. Tomando como indicador la tasa de mortalidad infantil, ésta disminuyó de 122 en 1960 a 31,7 en 2015. Si bien estas cifras permiten deducir que el nivel de salud mejoró globalmente, esta mejoría no fue pareja: mientras que en Japón la esperanza de vida al nacer en el año 2015 fue de 84 años, en Swazilandia fue de 49<sup>11</sup>.

A simple vista, parecen ser fáciles identificar la razones por las cuales esta diferencia entre Japón y Swazilandia es tan marcada: niveles de ingreso, infraestructura, acceso a la salud, prevalencia de HIV, entre otras. Ahora bien, cuando se analiza lo que sucede dentro de un país, las razones por las cuales la esperanza de vida en California es de 80.8 años y en Mississippi es de 75<sup>12</sup>, quizás no sean tan

---

<sup>10</sup> Datos obtenidos de <http://data.worldbank.org> (última consulta septiembre 2019).

<sup>11</sup> La baja esperanza de vida en Swazilandia se debe en gran medida a las muertes asociadas a HIV. Según datos de la CIA World Factbook (2016), Swazilandia es el país con mayor prevalencia de HIV en el mundo.

<sup>12</sup> Datos obtenidos de <http://www.measureofamerica.org/wp-content/uploads/2013/06/MOA-III.pdf> (última consulta septiembre 2019).

evidentes y merezcan un análisis más profundo, ya que ambos Estados forman parte de Estados Unidos de América. Es más, cuando dicho análisis se realiza en ciudades, se encuentra que en Glasgow, por ejemplo, hay una diferencia en la esperanza de vida al nacer de 22 años entre un barrio de altos ingresos en comparación con otro de bajos ingresos<sup>13</sup>. Como se verá, en la Ciudad de Buenos Aires sucede algo similar.

### **1.b. La situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

La ciudad de Buenos Aires es uno de los distritos más ricos del país. Presenta un PBI per cápita de 23.606 dólares<sup>14</sup>, superior al de la Argentina, de 19.934 dólares<sup>15</sup> (valores expresados según paridad de poder adquisitivo). Además, los indicadores en salud, educación, vivienda o desarrollo humano son de los más altos, comparables a niveles observados en países desarrollados<sup>16</sup>. Sin embargo, hay un dato alarmante: el nivel de inequidad es muy elevado<sup>17</sup>. Macchia y colaboradores analizaron la relación entre la tasa de muerte prematura (entre 0 y 74 años) y la condición socioeconómica de la población (en base al nivel de NBI) entre 2000 y 2010 por región de la Argentina (Pampeana, Noreste, Noroeste, Cuyo, Patagonia y Ciudad de Buenos Aires). Llegaron a la conclusión que, en la Ciudad de Buenos Aires, el primer decil de NBI presenta una tasa estandarizada de muerte prematura muy baja (11,61, año 2010),

---

<sup>13</sup> Datos obtenidos del Scottish Public Health Observatory. Comparative Health Profiles 2010, en [https://scotland.shinyapps.io/ScotPHO\\_profiles\\_tool/](https://scotland.shinyapps.io/ScotPHO_profiles_tool/) (última consulta septiembre 2019).

<sup>14</sup> Global Metro Monitor, valores en PPA (2014).

<sup>15</sup> Banco Mundial (2016).

<sup>16</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina, 2017.

<sup>17</sup> Macchia (2016).

mientras el el decil 10 presenta una tasa muy elevada (68,68, año 2010). Esta diferencia entre el decil 1 y el decil 10 es la mayor en comparación con el resto de las regiones de la Argentina, lo que les permitió afirmar que “la Ciudad de Buenos Aires registró los índices más elevados de inequidad del país.”

El hecho de que la Ciudad de Buenos Aires presente un elevado nivel de inequidad obliga a analizar más en detalle algunos de los indicadores arriba mencionados. Dicho análisis lleva a una conclusión evidente: existe una diferencia significativa entre las comunas del sur y las del norte de la ciudad. Esta inequidad no se da sólo en un área, sino que se observa sistemáticamente cuando se analizan indicadores de ingresos, empleo, salud, educación y vivienda, por ejemplo. Es más, entre las comunas de mejor performance y las de peor, existen muchas otras que presentan indicadores intermedios. De esta forma, se establece lo que se denomina un gradiente social<sup>18</sup> entre las comunas menos favorecidas del sur (con un nivel socioeconómico más bajo) y las más pudientes del norte (con un nivel socioeconómico más alto). En salud, estas diferencias se ven reflejadas en, por ejemplo, una mayor tasa de mortalidad infantil y una menor esperanza de vida, con una diferencia de 9 puntos para la primera y 10 puntos para la segunda, entre la comuna menos y más favorecida<sup>19</sup>.

Lo que se describió en el párrafo anterior se observa en numerosos centros urbanos de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo, como se vio

---

<sup>18</sup> Ver Marco Teórico, sección sobre gradiente social.

<sup>19</sup> <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>.

previamente en el ejemplo de Glasgow<sup>20</sup>. En cada uno de estos casos, lo llamativo consiste en que un mismo distrito que, por estar sujeto a las mismas políticas sanitarias, a las mismas leyes, a la misma política económica, acotado geográficamente, debería ser relativamente homogéneo y justo en cuanto a la distribución de sus recursos presenta, por el contrario, niveles muy elevados de inequidad. Las razones por las cuales estas diferencias existen son motivo de estudio actual y las diversas teorías que se han planteado se han centrado en aspectos de comportamiento, psicosociales o materiales (incluyendo el ingreso)<sup>21</sup>.

### **1.c. Hipótesis**

La existencia de diferencias importantes en los niveles de salud entre las comunas del norte y del sur de la ciudad estaría dada por una combinación de factores psicosociales, de comportamiento y materiales.

### **1.d. Objetivos**

Objetivo general: Analizar los modelos teóricos que podrían explicar la inequidad que se observa en la Ciudad de Buenos Aires entre las comunas del norte y del sur de la ciudad.

---

<sup>20</sup> Commission on Social Determinants of Health (CSDH), World Health Organization (2008).

<sup>21</sup> Bartley (2017).

Objetivo específico 1: Analizar los indicadores de salud de cada comuna e identificar las diferencias significativas que existen entre ellas.

Objetivo específico 2: Vincular los indicadores de salud con los aspectos económicos, educativos, sociales y estructurales.

Objetivo específico 3: Contrastar estos resultados a la luz de las teorías actuales que intentan explicar la inequidad en salud.

### **1.e. Aporte**

Identificar los motivos de la existencia de la inequidad en salud en la Ciudad de Buenos Aires permitirá orientar las políticas en salud, educación, vivienda u otras áreas relevantes hacia la raíz del problema. De esta manera, se dará un paso más hacia la meta de frenar y eventualmente revertir su aumento, al menos en el área de la salud. Si no están claras las causas, los esfuerzos que se realicen y los recursos que se destinen serán insuficientes o no llegarán a las personas que realmente lo necesiten.

### **1.f. Metodología**

En este trabajo se investigaron las inequidades en salud que existen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y cómo las mismas se vincularon con aspectos económicos, educativos, sociales y estructurales (los llamados determinantes de salud, es decir las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y

envejecen)<sup>22</sup>. Se tomaron datos disponibles de los años 2010 a 2017. Los resultados de este análisis se contrastaron con las teorías actuales que intentan explicar la inequidad en salud.

Los indicadores vinculados a la salud de la población, así como también a factores económicos, estructurales, educativos y sociales se analizaron por comunas, cuando el dato estuvo disponible, o alternativamente por región sur, centro y norte, o sur y norte. El objetivo del análisis de dichos indicadores fue verificar la existencia de un gradiente social entre las comunas del norte y del sur de la ciudad.

La salud de la población se evaluó en base a los siguientes determinantes: edad promedio al fallecimiento (lo que es un reflejo de la esperanza de vida al nacer) y la tasa de mortalidad infantil.

Los aspectos económicos a estudiar incluyeron el ingreso per cápita por comuna y la tasa de desocupación por comuna. El primero es un reflejo de la riqueza que presenta la población de la comuna, mientras que el segundo se refiere a aspectos vinculados al nivel de actividad económica.

El nivel educativo se evaluó en base al promedio de años de escolarización. Los indicadores estructurales se analizaron mediante el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Finalmente, los aspectos sociales a

---

<sup>22</sup> CSDH - WHO (2008).

considerar fueron los hábitos saludables de la población (alimentación, actividad física, horas trabajadas, horas de descanso).

Los resultados que surgieron del análisis de los indicadores de salud se relacionaron con los indicadores económicos, educativos, estructurales y sociales. Luego el conjunto de datos se analizó en relación a los modelos que explican por qué se dan estas diferencias, y los mecanismos que llevan a las mismas.

**Tabla 1**

*Indicadores utilizados*

Área	Indicador	Año*
Salud	Edad promedio al fallecimiento	2017
	Tasa de mortalidad infantil	2017
Economía	Ingreso per cápita	2017
	Tasa de desocupación	2017
Educación	Años de escolarización	2017
Estructura	Necesidades básicas insatisfechas	2010
Sociedad	Hábitos de la población	2015

\*Se tomó el último dato disponible al momento de realizar el análisis (año 2018).

Fuente: Elaboración propia

## 2. Estado actual del estudio de la inequidad

Es importante tener en cuenta que la inequidad tiene varias aristas. Si bien este trabajo se centrará en la inequidad en salud, la misma no puede ser estudiada sin considerar otros indicadores importantes. Joseph Stiglitz (2015), uno de los economistas que más ha estudiado la inequidad, establece que la misma

...tiene muchas dimensiones. Cada una con su propia historia. Algunos países están peores en una dimensión, pero mejor en otra. Hay inequidad en la cima (la porción del ingreso que es tomada por el 1% o el 0.1%), el número de personas en la pobreza, y la profundidad de su pobreza. Hay inequidades en la salud y en el acceso a la educación, en la participación política, y en la inseguridad. Hay inequidades de género, y privaciones en la niñez. Y quizás lo más importante, es la igualdad de oportunidad (p. 153).

Como refleja esta cita de Stiglitz, la complejidad que implica el estudio de la inequidad es mayor. Abarca tantos aspectos diferentes entre sí, que cualquier enfoque que se realice teniendo en cuenta sólo uno o unos pocos de ellos va a ser siempre incompleto.

Si bien el período que le siguió a la segunda guerra mundial ha sido un período de baja inequidad, mejor distribución del ingreso y mejor igualdad de oportunidades, el mismo es considerado como excepcional en la historia<sup>23</sup>. En su libro

---

<sup>23</sup> Piketty (2013).

El capital en el siglo XXI, Piketty hace un análisis histórico de la inequidad que abarca tres siglos y más de 20 países. Desde momentos de elevada inequidad en el siglo XVIII en la Francia de la Revolución y la Inglaterra de la Primera Revolución Industrial hasta el día de hoy. La primera conclusión de su trabajo es que “la historia de la distribución de la riqueza es siempre profundamente política y no podría resumirse en mecanismos puramente económicos.” Considera que la disminución en la inequidad que se observó en el período luego de la Segunda Guerra Mundial es producto de la misma guerra y de las políticas instrumentadas en ese momento. Y que el aumento de la inequidad que se observa a partir de la década de 1970 - 1980 obedece a los cambios políticos en materia fiscal y financiera. La segunda conclusión que obtiene de su análisis es que

...la dinámica de la distribución de la riqueza pone en juego poderosos mecanismos que empujan alternativamente en el sentido de la convergencia y de la divergencia<sup>24</sup>, y que no existe ningún proceso natural y espontáneo que permita evitar que las tendencias desestabilizadoras y no igualitarias prevalezcan permanentemente. (Piketty, 2013, p. 36)

El libro *El Capital en el Siglo XXI* ha cobrado notoriedad a raíz del profundo y novedoso análisis que realiza. Y si bien se centra en la inequidad de ingresos y en la

---

<sup>24</sup> Según Piketty, como convergencia se entiende a los procesos que llevan a una reducción en la inequidad mientras que divergencia se refiere a los procesos que la aumentan. El proceso de convergencia por excelencia es, según el autor, la difusión de conocimientos y la inversión en la capacitación y en la formación de habilidades.

distribución de la riqueza, el mismo complementa ampliamente el estudio de la inequidad en otras áreas, por ejemplo la salud<sup>25</sup>.

Adentrándonos ya en la inequidad en salud, uno de los hitos en el análisis de la misma fue la publicación de los estudios Whitehall, bajo la dirección de Michael Marmot. El primer estudio se desarrolló a lo largo de 10 años, iniciándose en 1967. El segundo tuvo lugar entre los años 1985 y 1988. El mismo analizó el estado de salud de los empleados estatales del Reino Unido (civil servants) y encontró una asociación directa entre los niveles de empleo en base al tipo de trabajo y el ingreso, y la mortalidad. Cuanto menor era el nivel de empleo, mayor era la mortalidad. Estos hallazgos llevaron a profundizar el estudio de la inequidad en salud y a raíz de los mismos, se desarrollaron diversas teorías que intentan explicarlos<sup>26</sup>.

Otro hito fue la publicación del Black Report en 1980. Este reporte fue publicado por el Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido, bajo la autoría de Sir Douglas Black. El mismo analizó indicadores económicos, sociales y de salud de los habitantes del Reino Unido y llegó a la conclusión de que si bien la salud había mejorado de modo global en el Reino Unido, las inequidades en salud aumentaron. Y la brecha entre los sectores más y menos favorecidos en vez de reducirse, como se esperaba, se había ampliado. La causa de este aumento, según el

---

<sup>25</sup> Como se verá más adelante, la inequidad en salud no puede analizarse de manera aislada de otros factores que hacen a la calidad de vida de las personas, entre ellos, el ingreso.

<sup>26</sup> Marmot (2015).

reporte, estaba dado por las condiciones en otras áreas que influyen en la salud, a saber, ingresos, educación, vivienda, dieta, empleo y condiciones laborales<sup>27</sup>.

Diversos autores han descrito teorías que reflejan los mecanismos a través de los cuales se explica la inequidad en salud. Mel Bartley en su libro *Inequidad en Salud* describe que en la literatura sobre inequidad en salud se pueden identificar tres grandes modelos: el modelo de comportamiento, el modelo psicosocial y el modelo materialista<sup>28</sup>. En la bibliografía se pueden encontrar un gran número de autores que argumentan a favor o en contra de algunos de estos modelos. Cada modelo también ha cambiado a lo largo de los años en base a los resultados de diversos estudios más recientes. Por ejemplo, el modelo materialista derivó en un enfoque neo-materialista<sup>29</sup>. El modelo de comportamiento descrito inicialmente por los autores del *Black Report* fue creciendo hasta tener un enfoque individualista, otro cultural y otro que considera aspectos económicos. Bartley busca desarrollar dichos modelos en otros más abarcativos y dinámicos, dentro de un contexto histórico. Y vincularlos de manera de dar una explicación más holística.

Michael Marmott, a quien ya se ha mencionado como autor de los estudios *Whitehall*, ha escrito varios artículos y libros donde describe numerosos aspectos de la inequidad en salud. Es uno de los autores más prolíficos y con más experiencia en el tema, nombrado además director de la Comisión de los Determinantes Sociales de

---

<sup>27</sup> Gray (1982).

<sup>28</sup> Bartley (2017).

<sup>29</sup> Lynch (2000).

la Salud, de la Organización Mundial de la Salud. Uno de los conceptos que desarrolla en profundidad, y que es crucial en la comprensión de la inequidad en salud, es el del gradiente social. Asimismo, analiza las teorías causales de la inequidad en salud previamente mencionadas, haciendo especial hincapié en el modelo psicosocial (privación relativa)<sup>30</sup>.

Se ha mencionado en párrafos anteriores que la inequidad tiene varias aristas y que se la puede encontrar en varios ámbitos. Los ingresos de los individuos o de la población en general se han vinculado a varios aspectos económicos y sociales, incluyendo la salud. Y la relación entre ingresos y salud ha sido estudiada en profundidad. Uno de los autores que más ha analizado esta relación es Wilkinson, siendo un referente en el estudio de la inequidad en salud y su relación con los ingresos. Más allá de realizar un análisis profundo de los indicadores en salud y relacionarlos con indicadores de ingreso, también se ha centrado en los mecanismos causales que llevan a que los bajos ingresos se vinculen a peor salud. Naoki Kondo también ha estudiado la relación entre ingresos e inequidad en salud, principalmente en Japón, y ha descrito mecanismos causales que explicarían la relación entre bajos ingresos y salud.

Actualmente, es globalmente aceptada la existencia de profundas inequidades en salud en todo el mundo y la existencia de un gradiente social, independientemente del nivel de ingresos de la región en estudio. Los estudios actuales se centran en analizar y dilucidar los mecanismos causales que llevan a que exista inequidad en

---

<sup>30</sup> Marmott (2015).

salud, y tienen como ejes los tres modelos descritos previamente. Al día de hoy, no está claro cuál es mecanismo causal que explica las inequidades en salud<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Bartley (2017).

### **3. Marco teórico**

#### **3.a. Contexto histórico**

La Ciudad de Buenos Aires fue fundada en 1536 por Pedro de Mendoza, aunque el sitio debió ser abandonado en 1541 por hambrunas y conflictos con los querandíes. La segunda fundación de la Ciudad se llevó a cabo en 1580 por Juan de Garay. En 1776 fue proclamada capital del Virreinato del Río de la Plata, comenzando con un proceso de desarrollo a través del comercio. Su población creció, recibiendo una fuerte inmigración, fundamentalmente española. En 1810 tiene lugar la Revolución de Mayo y se crea en la Ciudad el primer gobierno patrio. En 1826 se nombró a Rivadavia como el primer presidente de las Provincias Unidas del Río de la Plata y se aprobó el proyecto de capitalización de la Ciudad. La ciencia y la cultura prosperaron significativamente.

A partir de 1852 la Ciudad se abrió a la inmigración, llegando miles de europeos, fundamentalmente de España e Italia. Se realizaron numerosas construcciones, incluyendo el primer ferrocarril. En 1852, 1858, 1870 y 1871 tuvieron lugar las epidemias de fiebre amarilla, siendo la de 1871 la más catastrófica, llevándose la vida del 8% de los habitantes de la Ciudad. La zona sur de la Ciudad, cercana al Riachuelo, fue la más afectada. Allí también la población vivía en condiciones de pobreza y hacinamiento, con condiciones higiénicas deplorables. La población de más recursos migró hacia la zona norte de la Ciudad. La epidemia de fiebre amarilla hizo entender a las autoridades la importancia de mejorar las

condiciones sanitarias de la Ciudad. A partir de ese hecho, comenzaron en Buenos Aires obras de construcción de cloacas y provisión de agua potable, que mejorarían las condiciones higiénicas de la población.

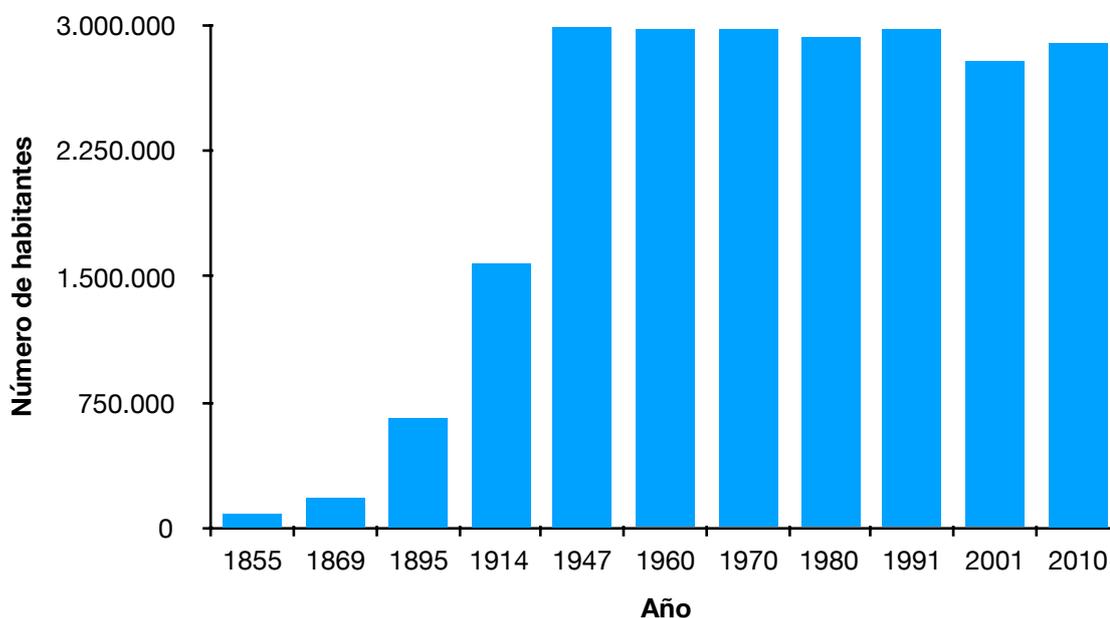
En 1880 se federaliza la Ciudad, a la que se le incorporan los partidos de Belgrano y Flores. Se crea la figura del intendente, nombrado por el presidente de la Nación, y el Consejo Deliberante. La Ciudad crece exponencialmente. De 337.617 habitantes que tenía en 1880, pasa en 1895 a 664.000, de los cuales algo menos de la mitad eran nativos.

A principios del siglo XX la Ciudad se transforma de manera significativa, a raíz de la prosperidad económica que atravesaba el país. Su población continuó creciendo a raíz de las corrientes migratorias, llegando a 1.575.000 habitantes en 1914. El rápido crecimiento de la ciudad llevó a la multiplicación de los conventillos y al desarrollo de las primeras villas de emergencia. Hacia la década de 1940, también comenzó a generarse un proceso de migración interno desde las provincias hacia la Ciudad. A partir de entonces, la población de la Ciudad se estabiliza entorno a los 3.000.000 de habitantes.

Tras la reforma de la Constitución en 1994, la Ciudad se transforma en un gobierno autónomo, con su propia constitución y la posibilidad de elegir a su propio Jefe de Gobierno, hecho que tiene lugar en 1996.

**Figura 1**

*Evolución demográfica de la Ciudad de Buenos Aires entre 1855 y 2010*



Fuente: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=28020>

### **3.b. División administrativa de la Ciudad de Buenos Aires**

La Ciudad de Buenos Aires tiene una población de 3.063.728 habitantes, según datos estadísticos del 2017.<sup>32</sup> Se encuentra dividida desde 2005 en 15 comunas, a raíz de la sanción de la Ley 1.777. Según la descripción del Gobierno de la Ciudad, “se trata de unidades descentralizadas de gestión política y administrativa que, en algunos casos, abarcan a más de un barrio”. Cada comuna tiene un órgano de gobierno. Si bien dicho órgano tiene injerencia en áreas como mantenimiento de espacios verdes, veredas y calles, y fiscalización del uso del espacio público, otros

<sup>32</sup> <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=76599>

aspectos como salud, educación y vivienda dependen del gobierno central de la Ciudad<sup>33</sup>.

A su vez, las comunas se pueden agrupar en aquellas pertenecientes al sur, centro o norte de la Ciudad. Según la dirección de Estadística y Censo<sup>34</sup>, las comunas del sur son la 4, 8, 9 y 10. Las del centro son la 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15. Finalmente, las del norte son la 2, 13 y 14. Las comunas del sur tienen 806.345 habitantes, las del centro 1.644.752 y las del norte 612.631. La densidad poblacional es de 11.026 habitantes por Km<sup>2</sup> en el sur, 17.479 habitantes por Km<sup>2</sup> en el centro y 16.648 habitantes por Km<sup>2</sup> en el norte.

Estas divisiones, ya sea en comunas o por región sur, centro y norte, serán importantes a la hora de analizar los indicadores de salud y los determinantes de salud.

### **3.c. Estimación de la inequidad**

Quizás una de las formas más difundidas que permite estimar la inequidad de un país, región o ciudad es el índice de Gini. El índice o coeficiente de Gini es un indicador estadístico que permite medir inequidades en base a una serie de parámetros dados. Si bien permite medir cualquier tipo de inequidad, se lo utiliza con mayor frecuencia para medir la inequidad de ingresos. El mismo puede tener un valor entre 0

---

<sup>33</sup> <http://www.buenosaires.gob.ar/comunas>.

<sup>34</sup> <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>.

y 1, donde 0 es la perfecta igualdad (todos los individuos tienen el mismo ingreso), y 1 es la máxima desigualdad (un solo individuo dispone de todo el ingreso y el resto nada). En la Ciudad de Buenos Aires, el índice de Gini<sup>35</sup> era de 0.404 en el primer trimestre de 2016<sup>36</sup>, lo que permite tener una idea del grado de inequidad de la misma. En comparación con otros países o regiones, la Ciudad de Buenos Aires tiene un índice elevado. Por ejemplo, el índice de Gini de Suecia es de 0.292, y el de Colombia es 0.508<sup>37</sup>, para considerar dos casos extremos, si bien no estamos hablando ni del país más o el país menos inequitativo.

Como se dijo, el índice de Gini no evalúa la inequidad en salud. Al utilizarse como herramienta de medición de la inequidad de ingresos, habla de la distribución del ingreso en el territorio estudiado. El impacto que pueda tener la distribución desigual del ingreso en la salud será motivo de estudio más adelante. Para evaluar la inequidad en salud se pueden usar diversos indicadores. Los mismos reflejarán las inequidades en salud, pero por sí solos no permitirán establecer las causas de las mismas.

### **3.d. Indicadores de Salud**

---

<sup>35</sup> Índice de Gini y mediana del ingreso total familiar de los hogares (pesos a valores corrientes).

<sup>36</sup> Ingresos en la Ciudad de Buenos Aires. 1er trimestre de 2016. Dirección general de estadísticas y censos, Ministerio de Hacienda, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Julio 2016.

<sup>37</sup> World Bank Group, en <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=SE&view=chart>.

El nivel de salud de un país o una región se puede evaluar a través de diversos indicadores. Entre los más utilizados se encuentra la esperanza de vida al nacer, que refleja cuánto viven los habitantes de un país, región o ciudad. Otro indicador frecuentemente utilizado es la tasa de mortalidad en los niños menores a cierta edad (1 año o 5 años son los más utilizados)<sup>38</sup>.

Según la OMS, la esperanza de vida al nacer “refleja el nivel de mortalidad de la población. Resume la pauta de mortalidad que prevalece en todos los grupos de edad: niños y adolescentes, adultos y adultos mayores.” Su valor indica “el número promedio de años que se espera viviría un recién nacido si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica.”<sup>39</sup>

En este trabajo, se utilizará un indicador similar a la esperanza de vida al nacer, que es la edad al fallecimiento promedio, es decir, qué edad en promedio tenían las personas en el momento en el que se produce la muerte. La elección de este indicador se debe a que el mismo está disponible en las estadísticas oficiales de la Ciudad de Buenos Aires, no contando con la esperanza de vida al nacer. A grandes rasgos, una mayor edad promedio al fallecimiento está asociado a una mejor salud de

---

<sup>38</sup> Sachs (2015).

<sup>39</sup> OMS (2005).

la población y a mejores condiciones socioeconómicas<sup>40</sup>. En relación a esto último, se ha observado que los individuos que viven más años en general presentan un mayor nivel educativo, mayores ingresos, mejores condiciones de infraestructura en cuanto a vivienda y entorno, y hábitos más saludables.<sup>41</sup>

Otro indicador que se utilizará es la tasa de mortalidad infantil, es decir, las muertes ocurridas desde el nacimiento hasta el primer año de vida. Estrictamente hablando, la tasa de mortalidad infantil no es una tasa, sino la probabilidad de que un niño nacido en un año o período de tiempo específico muera antes de llegar al año de vida.<sup>42</sup> La tasa de mortalidad infantil permite evaluar no solamente la salud de los niños sino también el sistema de salud en general, además de factores ambientales, económicos, educativos, históricos, etc. En sus primeros años de vida, el niño es muy sensible a las condiciones adversas dependientes de los factores mencionados. La forma en la cual un sistema de salud y una sociedad están preparados para responder ante estas eventualidades se reflejará en una menor o mayor tasa de mortalidad infantil<sup>43</sup>.

Un aspecto a tener en cuenta es que el tipo de cobertura (sub-sistema privado, público u obra social) no se consideró en este trabajo. Las razones son varias. En primer lugar, la cobertura en salud en la Ciudad de Buenos Aires, ya sea por

---

<sup>40</sup> Son múltiples los estudios y autores que utilizan la esperanza de vida al nacer como indicador para evaluar el nivel de salud de una población. A lo largo de este trabajo se encontrarán numerosos ejemplos de esto.

<sup>41</sup> CSDH - WHO (2008).

<sup>42</sup> WHO (2018).

<sup>43</sup> Sachs (2015).

cualquiera de los tres sub-sistemas, es del 100%<sup>44</sup>, o sea, que toda la población puede potencialmente acceder a cuidados de salud. Por otro lado, el tipo de sub-sistema que tiene una persona está más bien vinculado al nivel de ingresos o condición laboral de la misma, más que a su nivel de salud<sup>45</sup>. Finalmente, y más importante, como establece Marmot, es un error común equiparar salud a cuidados de salud. En realidad las inequidades en salud surgen de las condiciones que llevan a que las personas se enfermen, y no de la calidad del servicio de salud que pueden recibir. Los cuidados en salud es lo que se necesita para tratar a las personas cuando estas ya están enfermas<sup>46</sup>.

### **3.e. Aspectos económicos, sociales, educativos y estructurales - los determinantes sociales de la salud**

Es sabido que la salud no depende únicamente de la cantidad de hospitales y médicos que pueda tener un país. Prácticamente cada aspecto de la vida en sociedad se puede asociar a la salud. Es así que factores económicos como el nivel de ingresos o tipo de actividad laboral realizada, factores ambientales como tipo de vivienda o contaminación ambiental, el nivel educativo e inclusive la capacidad de llevar una vida socialmente activa son factores todos ellos que van a influir en el estado de salud del individuo. Estos factores se denominan en conjunto determinantes de salud. Todo análisis de la salud de una población que tenga un enfoque global obliga a considerarlos y a relacionarlos con el nivel de salud<sup>47</sup>.

---

<sup>44</sup> <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=83862>

<sup>45</sup> Banco Mundial, 2017.

<sup>46</sup> Marmot, 2015.

<sup>47</sup> CSDH - WHO (2008).

Con respecto al aspecto económico, el indicador más utilizado a nivel global para evaluarlo es el producto bruto interno (PBI) per cápita. El mismo mide el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos en un país, en un período determinado de tiempo, dividido por la cantidad de habitantes del país en ese mismo período<sup>48</sup>. En la Ciudad de Buenos Aires dicho indicador no está disponible por comunas. Por lo tanto, se utilizará en su lugar una estimación de ingresos a través del indicador ingreso medio de la población de 10 años y más por habitante. A nivel macroeconómico, se ha observado que a mayor PBI per cápita, mayor esperanza de vida<sup>49</sup>. Por otro lado, menores ingresos limitan el acceso de las personas no solo a la atención sanitaria, sino también a viviendas adecuadas, a alimentos saludables o a educación, entre otros. Otro indicador que se utilizará es la tasa de desocupación. La desocupación se asocia por un lado a menores ingresos, pero también en la Argentina implica no tener una cobertura en salud ya sea por obra social o por prepaga.

El aspecto educativo se evaluará utilizando como indicador el promedio de años de escolarización. Este indicador hace referencia a los años de educación formal que reciben los individuos, contando los años de estudios primarios, secundarios, terciarios y universitarios. La ausencia de educación o menores años de educación, se asocia a peores condiciones socioeconómicas y de salud. Como se verá, la educación

---

<sup>48</sup> FMI (2018).

<sup>49</sup> Sachs (2015).

es fundamental para el desarrollo del niño, con un efecto acumulativo a lo largo de la vida, impactando en la edad adulta<sup>50</sup>.

El aspecto estructural se evaluará a través del porcentaje de hogares que presentan necesidades básicas insatisfechas (NBI). El NBI se define como aquellos hogares que presentan vivienda inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho), carencias sanitarias (hogares sin retrete), condiciones de hacinamiento (más de 3 personas por cuarto), inasistencia escolar (hogares que tienen un niño en edad escolar que no asiste a la escuela) y capacidad de subsistencia (hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria)<sup>51</sup>.

Finalmente, el aspecto social se evaluará mediante el índice de bienestar. El mismo fue elaborado por Poliarquía Consultores y el Consejo Económico Social de la Ciudad de Buenos Aires<sup>52</sup>, tomando en cuenta hábitos considerados como saludables, incluyendo la práctica de deporte, el hábito de caminar rápido para ejercitar, el consumo de frutas y verduras, el consumo de pescado, el descanso durante la semana laboral y el tiempo libre durante la semana laboral.

---

<sup>50</sup> Marmot (2015), Sachs (2015), Bartley (2017).

<sup>51</sup> Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación Argentina (2014)

<sup>52</sup> Poliarquía consultores y Consejo Económico y Social de la Ciudad. (2015).

Uno de los ejes de este trabajo es vincular los indicadores en salud con los determinantes sociales de la salud, de manera de intentar comprender los probables mecanismos que llevan a que exista esta inequidad en la Ciudad de Buenos Aires. Gran parte de la bibliografía utilizada se centra en esta relación, ya que es imprescindible analizar estos datos para poder tener una idea más acabada de lo que sucede con la salud de una población<sup>53</sup>. El análisis de estos datos en un gran número de los trabajos citados permite poner en evidencia que no es preciso dividir a una población en dos grupos en lo que respecta a su salud, uno con buena salud y otro con mala salud, sino que existen, en rigor, niveles intermedios que deben ser considerados. Partiendo desde la porción de la población que presenta los peores indicadores en salud, hay una mejoría gradual de los indicadores. A este hecho se lo denomina el gradiente social.

### **3.f. El gradiente social**

En base a lo descripto previamente, se entiende entonces que la salud se puede evaluar mediante indicadores específicos, y que la misma se vincula estrechamente a otros aspectos que exceden el campo de la salud propiamente dicho y abarcan cuestiones económicas, sociales o estructurales. Cuando se analizan, entre otros, indicadores de salud, económicos, estructurales y educativos, en sociedades inequitativas es habitual encontrar que éstos tienden a ser peores en la porción de la población menos favorecida. Como se mencionó, partiendo de los niveles socioeconómicos más bajos, existe una mejoría gradual en todos los indicadores,

---

<sup>53</sup> Marmot (2015), Sachs (2015), Bartley (2017).

hasta que se llega al nivel socioeconómico más alto. A este fenómeno se lo llama el gradiente social. Peor salud va de la mano, en general, de peor educación, menores ingresos, viviendas insalubres, conductas o hábitos insalubres, y de una mayor tasa de accidentes, muertes violentas o depresión. A medida que se asciende en la escala social y económica, estas variables tienden a mejorar.

Uno de los aspectos más importantes del gradiente social es que enseña que no sólo hay que enfocarse en las personas menos favorecidas para lograr una mejor salud en la población. Hay todo un conjunto de individuos que si bien no están entre los menos favorecidos, tampoco pertenecen al nivel más alto. La salud de estos individuos es mejor que la de los menos favorecidos pero peor que la de los niveles más altos. Los esfuerzos también se tienen que centrar en ellos, ya que el objetivo es lograr que todos disfruten de los niveles de salud que poseen aquellas personas en el nivel socioeconómico más elevado<sup>54</sup>. La mera existencia del gradiente social puede tener implicancias negativas para la salud de la población, incluso más que el consumo de alcohol, la obesidad y la hipertensión<sup>55</sup>.

### **3.g. Modelos propuestos para explicar la inequidad en salud**

Existen, a grandes rasgos, tres modelos descriptos en la literatura que intentan explicar las razones por las cuales se producen las inequidades en salud: el modelo

---

<sup>54</sup> Marmot (2015).

<sup>55</sup> Stringhini (2017).

materialista, el modelo psicosocial y el modelo de comportamiento<sup>56</sup>. Como se sostuvo anteriormente, en la literatura hay autores que argumentan a favor o en contra de algunos de estos modelos, y otros que tratan de combinarlos para lograr evaluar las causas de la inequidad. Estos modelos se utilizaron de marco para, por un lado contextualizar los indicadores en salud de la Ciudad de Buenos Aires y, por el otro, evaluar la razón por la cual se producen estas inequidades en la Ciudad.

### ***3.g.i. Modelo materialista - Inequidad de ingresos***

Este modelo toma en consideración fundamentalmente factores laborales como tipo de trabajo realizado (manual o no manual, exposiciones laborales nocivas, relaciones laborales), exposiciones ambientales, tipo de vivienda, costo de vida, pobreza y educación, asociándolos a los niveles de ingresos<sup>57</sup>.

Por su parte, el modelo que vincula la inequidad de ingresos con la salud ha sido desarrollado fundamentalmente por Wilkinson<sup>58</sup>. La inequidad de ingresos se refiere a las diferencias que existen entre los ingresos de los distintos individuos que integran una población. No hace referencia a la riqueza de un individuo ni a otros aspectos de inequidad. Como se mencionó más arriba, una de las formas de medirla es a través del índice de Gini. Numerosas publicaciones han descripto y demostrado la relación entre inequidad de ingresos y un pobre estado de salud. La llamada teoría de

---

<sup>56</sup> Bartley (2017).

<sup>57</sup> Bartley (2017). Marmot (2015).

<sup>58</sup> Picket y Wilkinson (2015).

inequidad de ingresos establece que la inequidad es dañina no sólo para las personas con menores ingresos, sino también para las personas de mayores ingresos. Se ha incluso descrito un umbral de inequidad a partir del cual efectos nocivos en la salud empiezan a aparecer<sup>59</sup>. Por otro lado, una gran inequidad implica que una gran parte de la población está empobrecida. Y la pobreza es mala para la salud.

En relación a este último punto, se ha observado que a medida que aumentan los ingresos mejora la salud de los individuos. Sin embargo, esta relación entre ingresos y salud se puede dividir en dos. Una primera parte abarca a los grupos de ingresos bajos, en quienes la mejora en el nivel de salud es muy drástica con un ingreso adicional de unos pocos dólares. Una segunda parte abarca a los grupos de ingresos altos, en los cuales aumentos en los ingresos mejoran poco o nada el nivel de salud. A nivel macroeconómico, se ha establecido este punto de inflexión en aproximadamente 5.000 a 10.000 USD de PBI per cápita<sup>60</sup> (graficado muchas veces mediante la curva de Preston). Países con un PBI menor pertenecerían al primer grupo, mientras que países con un PBI mayor, al segundo.

Finalmente, si bien la inequidad de ingresos se asocia a peor salud, los mecanismos por los cuales se da esta relación no están del todo aclarados<sup>61</sup>. Los vínculos entre la pobreza y la enfermedad son evidentes. Viviendas insalubres, trabajos manuales, exposiciones ambientales nocivas, entre otros, impactan

---

<sup>59</sup> Kondo (2012).

<sup>60</sup> Sachs (2015).

<sup>61</sup> Bartley (2017), Marmot (2015).

negativamente en la salud de manera directa. Sin embargo, en sociedades con elevado índice de desarrollo, ya sean países, regiones o ciudades, donde estos aspectos estarían más bien solucionados para la gran mayoría de la población, muchas veces la relación entre la pobreza relativa a ese lugar (o los ingresos bajos sin llegar a ser pobreza) y la salud son menos evidentes. En este punto establecer que las diferencias en salud entre personas de mayores y menores ingresos se deben solamente a una cuestión de salarios, implica dejar de lado muchos mecanismos complejos. “A pesar de que se postula como una hipótesis que la inequidad de ingresos es una amenaza a la salud de la población, pocos estudios se han referido a los mecanismos por los cuales la inequidad de ingresos afecta adversamente a la salud de la población<sup>62</sup>”.

### ***3.g.ii. Modelo psicosocial - privación relativa***

El término privación relativa hace referencia a las comparaciones que se dan entre las circunstancias que viven diferentes grupos. Fue introducido en 1949 por Stouffer, Suchman, De Viney, Star y Williams, quienes compararon individuos con diferentes oportunidades de promoción. Más adelante, en 1966, Runciman amplió el concepto. Según lo describe Aberg Yngwe, “Runciman establecía que la idea de privación relativa provee la clave a la compleja y fluctuante relación entre inequidad y sufrimiento”<sup>63</sup>. Continúa describiendo la importancia de los grupos de referencia para determinar si un individuo está relativamente privado o no, entendiendo por grupo de referencia no solo a un grupo, sino también a una idea o individuo contra el cual la

---

<sup>62</sup> Kondo (2008).

<sup>63</sup> Aberg Yngwe (2003).

persona se compara. En este proceso de comparación son relevantes los sentimientos de la persona hacia la inequidad que perciba. Por ejemplo en el ámbito de una ciudad, un grupo de ciudadanos de bajos recursos puede tener como grupo de referencia contra el cual se compara a otro grupo de mejores condiciones socioeconómicas. El sentimiento de inequidad que genere esa comparación va a determinar el grado de privación relativa. Cuanta mayor privación relativa, más nocivo para el individuo en desventaja.

Al surgir de la comparación con grupos de referencia, la privación relativa puede darse en sociedades de recursos económicos altos, medios o bajos. No depende tanto, por ejemplo, de los ingresos individuales de las personas, ya que individuos de ingresos bajos para estándares mundiales, pero que vivan en sociedades pobres, si dichos ingresos se encuentran en los deciles más elevados, es muy probable que experimenten un bajo grado de privación. A la inversa, un habitante de un país desarrollado, con ingresos muy altos en comparación con habitantes de países en desarrollo, puede sentirse más privado, si los mismos están en los deciles más bajos de su sociedad.

Esta sensación de privación puede tener efectos nocivos para la salud. Kondo describe que un aumento en la percepción individual de privación relativa “resulta en frustración, vergüenza, estrés y respuestas maladaptativas (ejemplo, tabaquismo)”<sup>64</sup>, con los consecuentes efectos negativos en la salud.

---

<sup>64</sup> Kondo (2012).

### ***3.g.iii. Modelo de comportamiento***

Este modelo hace referencia al impacto que tendrían en la inequidad en salud ciertas conductas consideradas poco saludables, como tabaquismo, sedentarismo o ingesta de sal y grasas, por ejemplo. Según este modelo, cuanto menor sea el nivel socio-económico de un individuo, más propenso será a tener conductas poco saludables<sup>65</sup>.

Existen tres enfoques de este modelo, el socioeconómico, el individualizado y el cultural. Según el primero, las conductas nocivas para la salud son consecuencia de un nivel socioeconómico bajo. Según el enfoque individualizado, estas conductas están definidas por un tipo de personalidad determinado, poco inteligente, con poca tolerancia al fracaso o con poca capacidad adaptativa. Y esto se refleja en otros aspectos de la vida de la persona, que hace que consiga peores empleos y que tenga ingresos bajos. Finalmente, el enfoque cultural describe la influencia que tienen ciertos hábitos al otorgar pertenencia a cierto status social. Hábitos saludables como una dieta rica en frutas y verduras, el no consumo de tabaco y alcohol o la realización de actividad física, podrían ser comunes en cierto grupo, mientras que pueden ser poco frecuentes en otro, con la consecuente inequidad en salud.

---

<sup>65</sup> Marmot (2015), Bartley (2017).

#### **4. Indicadores en salud, económicos, educativos, esrtucturales y sociales en la Ciudad de Buenos Aires**

En esta sección se analizarán los indicadores en salud por comuna y aquéllos de otras áreas que impactan en la salud, es decir, indicadores económicos, educativos y sociales. Los datos obtenidos se agruparán luego en tres zonas geográficas, la zona norte, centro y sur. Estas zonas están comprendidas por comunas que son relativamente homogéneas entre sí en cuanto a los indicadores<sup>66</sup>, lo cual facilitará el análisis posterior de los mismos.

A fines de describir de manera más completa las características de cada comuna y de cada zona, en la tabla 2 se presentan los datos poblacionales por comuna, incluyendo número de habitantes, superficie y densidad poblacional.

Como se vio anteriormente, las comunas 2, 13 y 14 componen la zona norte. Las comunas 1, 3, 5, 6, 7, 11, 12 y 15 la zona centro. Y las comunas 4, 8, 9 y 10 la zona sur. En la tabla 3 se describe la población por zona. Finalmente, en la figura 2 se observa la distribución geográfica de cada comuna.

---

<sup>66</sup> La zona centro es la menos homogénea de las tres, ya que comprende un mayor número de comunas y una mayor extensión.

**Tabla 2***Población, superficie y densidad poblacional, por comuna. Año 2017*

Comuna	Población	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Densidad (hab/Km <sup>2</sup> )
Total	3.063.728	204,02	15.017
1	253.271	17,76	14.257
2	149.720	6,30	23.756
3	192.763	6,39	30.190
4	238.809	21,67	11.021
5	186.956	6,66	28.075
6	184.846	6,85	26.981
7	240.607	12,43	19.361
8	226.649	22,29	10.167
9	170.605	16,51	10.336
10	170.282	12,66	13.454
11	189.986	14,12	13.456
12	213.914	15,57	13.741
13	235.967	14,65	16.105
14	226.944	15,85	14.321
15	182.409	14,32	12.736

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=76599> (última consulta noviembre 2018).

**Tabla 3**

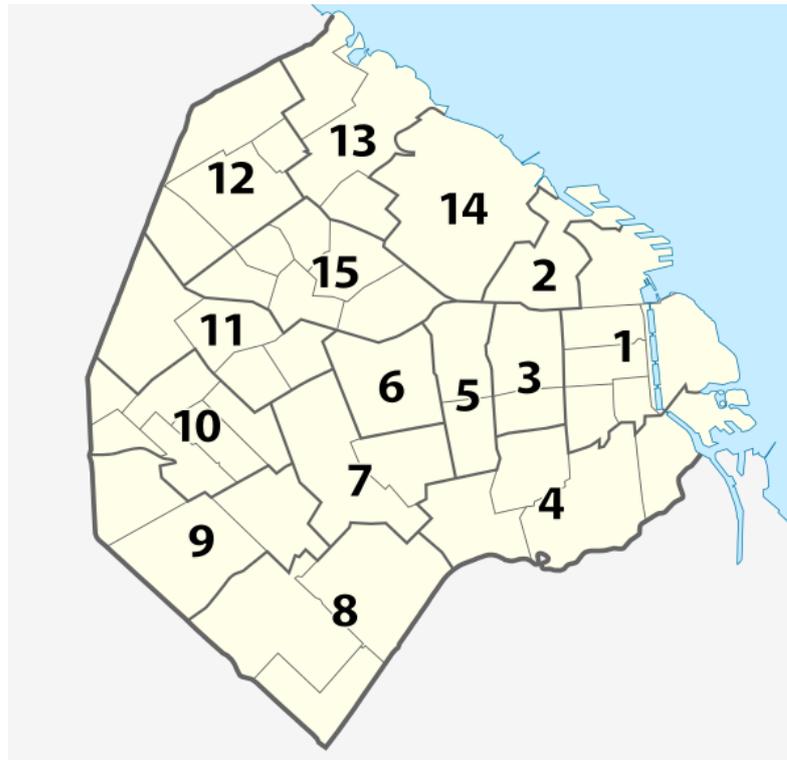
*Población, superficie y densidad poblacional, por zona. Año 2017*

Zona	Población	Superficie (Km <sup>2</sup> )	Densidad (hab/Km <sup>2</sup> )
Total	3.063.728	204,02	15.017
Norte	612.631	36,80	16.648
Centro	1.644.752	94,10	17.479
Sur	806.345	73,12	11.028

Fuente: Elaboración propia utilizando datos obtenidos en <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=76599> (última consulta noviembre 2018)

**Figura 2**

*Ciudad de Buenos Aires - División por comunas*



#### 4.a. Indicadores en salud

El objetivo de analizar los indicadores en salud es poder tener una noción de cuál es el nivel de salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires. Existen muchos indicadores disponibles, cada uno con su utilidad específica. En este caso, se eligieron dos indicadores: la esperanza de vida al nacer (o edad promedio al fallecimiento<sup>67</sup>) y la mortalidad infantil. La elección de estos indicadores se basa en su uso generalizado en la literatura como mediciones útiles del nivel global de la salud de la población<sup>68</sup>.

Una mayor edad promedio al fallecimiento, o mayor esperanza de vida, está asociado a mejores condiciones socioeconómicas. Países desarrollados con elevados niveles de educación, económicos, de instituciones sanitarias, sin déficits estructurales, tienen una elevada esperanza de vida. Japón y la mayoría de los países de Europa Occidental presentan los índices más elevados<sup>69</sup>.

Por otro lado, la tasa de mortalidad infantil, que refleja las muertes ocurridas desde el nacimiento hasta el primer año de vida, permite evaluar no solamente la salud de los niños sino también el sistema de salud en general, además de factores ambientales, económicos, educativos, históricos, etc. Todos estos factores impactan en

---

<sup>67</sup> El dato de esperanza de vida al nacer no está disponible en las estadísticas publicadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En su lugar, se utiliza el de edad promedio al fallecimiento, que si bien no es lo mismo que la esperanza de vida al nacer, es una aproximación confiable.

<sup>68</sup> Sachs (2015).

<sup>69</sup> Sachs (2015).

la salud del niño en esta etapa tan vulnerable. La forma en la cual un sistema de salud y una sociedad están preparados para responder ante estas eventualidades se reflejará en una menor o mayor tasa de mortalidad infantil<sup>70</sup>.

#### ***4.a.i. Edad promedio al fallecimiento***

En la Ciudad de Buenos Aires, la edad promedio al fallecimiento a nivel global es de 77,3 años (73,6 para el varón y 81 para la mujer - ver tabla 3). La comuna con mayor edad al fallecimiento, 81,2 años en promedio, es la comuna 2. Le siguen luego la comuna 13 y 14 (80,3 años en los dos caso). Estas tres comunas forman la zona norte de la ciudad. La comuna con menor edad al fallecimiento es la comuna 8 (70,6 años). Como se puede observar, hay una diferencia de 10,6 años entre la comuna 2 y la 8. Entre los dos extremos se observa un gradiente, es decir, un empeoramiento progresivo de los indicadores hasta los 70,6 años de la comuna 8.

Si se dividen las comunas por zona, se observa que en promedio los habitantes de la zona norte viven 80,6 años, los del centro 77,45 años y los del sur 74,63 años, con una diferencia de 5,97 años entre el norte y el sur.

---

<sup>70</sup> Sachs (2015).

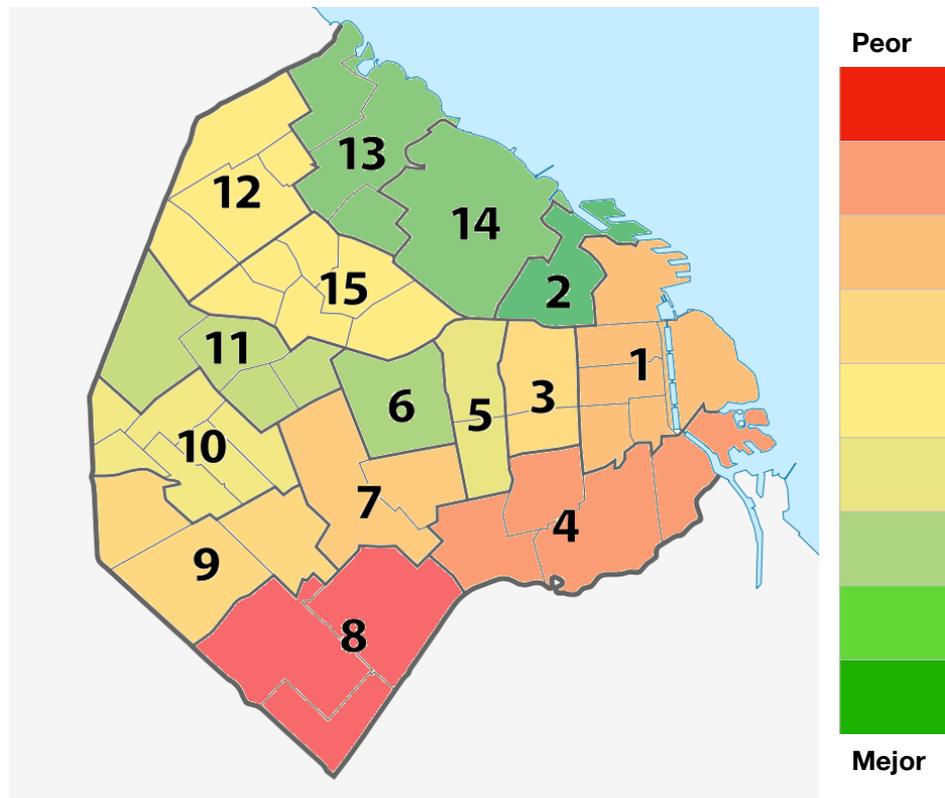
**Tabla 4***Edad promedio al fallecimiento por sexo y por comunas. Año 2017*

Comuna	Varón	Mujer	Promedio	Posición	Zona
Total	73,6	81,0	77,3	-	-
1	70,5	80,0	75,3	13	Centro
2	78,8	83,6	81,2	1	Norte
3	72,5	80,8	76,7	10	Centro
4	69,2	77,5	73,4	14	Sur
5	74,1	82,1	78,1	6	Centro
6	76,6	82,4	79,5	4	Centro
7	71,3	80,4	75,9	12	Centro
8	66,2	75,0	70,6	15	Sur
9	73,7	79,6	76,6	11	Sur
10	74,3	81,6	77,9	7	Sur
11	75,9	82,0	78,9	5	Centro
12	74,0	81,2	77,6	8	Centro
13	77,3	83,2	80,3	2	Norte
14	78,1	82,5	80,3	3	Norte
15	74,1	81,0	77,6	9	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78719> (última consulta noviembre 2018).

**Figura 3**

*Edad promedio al fallecimiento por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 5**

*Edad promedio al fallecimiento por zona. Año 2017*

Zona	Edad promedio al fallecimiento (años)
Norte	80,6
Centro	77,45
Sur	74,63

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78719> (última consulta noviembre 2018).

Para colocar estos datos en perspectiva, la diferencia de 10,6 años en promedio de edad al fallecimiento equivale aproximadamente a la diferencia que existe en la esperanza de vida entre Bélgica (80,99) y la Nepal (70,25)<sup>71</sup>. La diferencia de 5,97 años equivale aproximadamente a la que existe entre los países de la zona Euro (81,56) y los países de América Latina y el Caribe (75,54)<sup>72</sup>.

#### ***4.a.ii. Tasa de mortalidad infantil***

La tasa de mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires es de 7,2 por cada mil nacidos vivos. La comuna con la menor tasa de mortalidad infantil es la comuna 6 (2,4), que corresponde al centro de la ciudad. Le siguen la comuna 14 (3,2) y 2 (3,6), de la zona norte. Las comunas con mayor tasa de mortalidad infantil son la comuna 4 (11,9), 9 (10,1) y 8 (9,7), todas pertenecientes al sur de la Ciudad.

En el caso de la mortalidad infantil tomada por comunas se observa una mayor dispersión al considerar la zona de las mismas que para la edad al fallecimiento. Como se vio, la comuna mejor posicionada pertenece al centro de la Ciudad. La comuna 10, de la zona Sur, se encuentra en el cuarto lugar. La comuna 13, la última de las comunas del norte que faltaba analizar, ocupa el quinto lugar.

---

<sup>71</sup> Otros indicadores que permiten comparar los dos países son el PBI per cápita PPA (46.428,67 USD vs. 2.477,90 USD) y la tasa de mortalidad infantil (3.1 vs. 28.4), por ejemplo. Si bien cada país tiene sus particularidades que explican estas diferencias, la intención es dar una idea de la gran brecha que existe entre los distritos más y menos favorecidos en la Ciudad de Buenos Aires. Todos los datos fueron obtenidos del World Bank Database, 2016.

<sup>72</sup> World Bank Database, 2016.

Sin embargo, cuando se consideran los promedios por zona, se observa que en la zona Norte la tasa de mortalidad infantil es de 3,77, en la zona Centro es de 7,08 y en la zona Sur es de 8,83.

**Tabla 6**

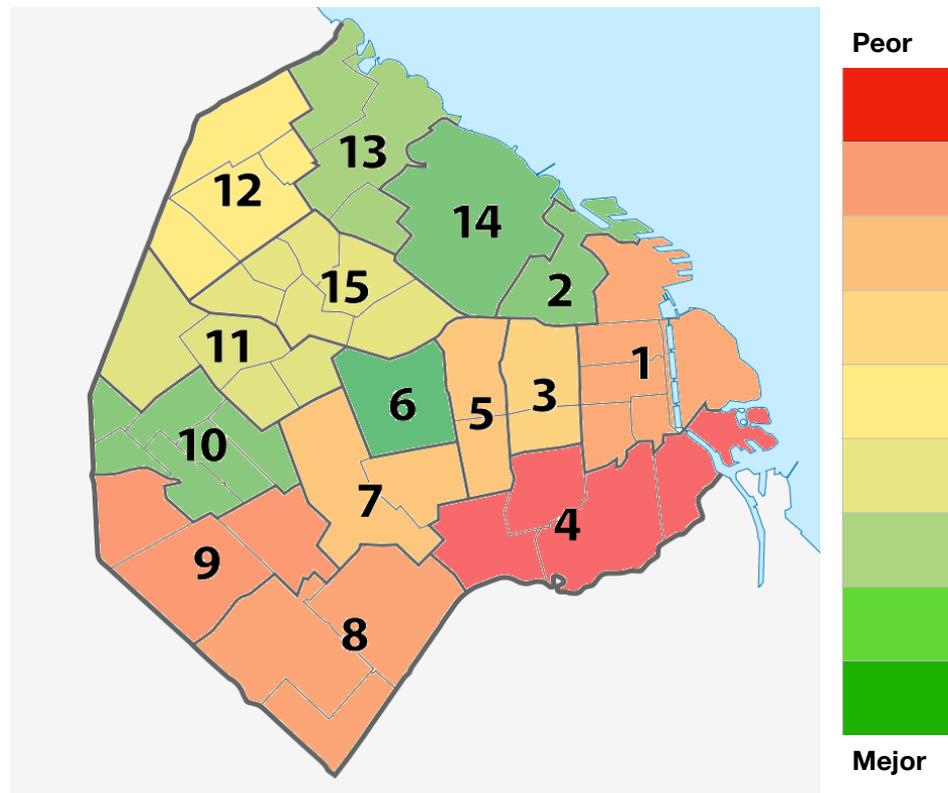
*Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) por comuna de residencia habitual de la madre. Año 2017*

Comuna	TMI	Posición	Zona
Total	7,2	-	-
1	9,5	12	Centro
2	3,6	3	Norte
3	8,0	9	Centro
4	11,9	15	Sur
5	8,5	10	Centro
6	2,4	1	Centro
7	8,5	11	Centro
8	9,7	13	Sur
9	10,1	14	Sur
10	3,6	4	Sur
11	6,2	6	Centro
12	7,1	8	Centro
13	4,5	5	Norte
14	3,2	2	Norte
15	6,4	7	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78747> (última consulta noviembre 2018).

**Figura 4**

*Tasa de mortalidad infantil por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 7**

*Tasa de mortalidad infantil por zona. Año 2017*

Zona	Tasa de mortalidad infantil
Norte	3,77
Centro	7,08
Sur	8,83

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=78747> (última consulta noviembre 2018).

Al igual que en el caso de la edad promedio al fallecimiento, y pese a la dispersión observada anteriormente, se vuelve a instalar un gradiente entre las comunas más y menos favorecidas. Tomando los extremos, la diferencia entre la comuna 6 (2,4) y la comuna 4 (11,9) es de 9,5 muertes por cada mil nacidos vivos. Entre la zona Norte y la Zona Sur es de 5,06 muertes por cada mil nacidos vivos.

#### **4.b. Indicadores económicos**

El nivel de desarrollo económico de una población es importante para entender no sólo el nivel de ingresos sino también otros aspectos generalmente asociados, como por ejemplo, estructurales, educativos, de salud, y demás que hacen al nivel de vida de una sociedad. Es más, el Banco Mundial clasifica a los países según su grado de desarrollo económico y para esto, toma en cuenta un indicador, que es el Producto Bruto Interno per cápita (PBI per cápita). Para entender lo que es el PBI per cápita es necesario primero definir el PBI. Se entiende como tal al total de la producción que tiene lugar dentro de las fronteras de un país (o región, o ciudad, según el área de estudio). Como el PBI puede estar influenciado por el tamaño de un país o el número de sus habitantes, y que un país tenga un PBI muy elevado no quiere decir necesariamente que tenga el mejor nivel de vida (por ejemplo India o China), se utiliza como indicador más preciso el PBI per cápita, es decir, la producción total por el número de habitantes de la región en estudio.

Por lo tanto, el PBI per cápita es un indicador utilizado habitualmente cuando se quiere tener una idea del nivel de vida de una sociedad y su grado de desarrollo

económico. En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, disponemos de un indicador que se denomina “Ingreso medio de la población de 10 años y más”, el cual no es lo mismo que el PBI per cápita, pero puede dar una idea del nivel de ingresos de los habitantes de las comunas y por ende de su nivel de vida.

El otro indicador que se utilizará para tener una idea acerca del nivel de vida de los habitantes de las comunas en nuestro caso es la tasa de desocupación. Las sociedades con mejor nivel de vida tienden a tener una mayor actividad económica y por ende menores tasas de desocupación.

#### ***4.b.i. Ingreso per cápita***

El ingreso per cápita de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2017 fue de \$ 21.208. La comuna con mayores ingresos fue la comuna 14 (\$ 30.792), seguida de la comuna 2 (\$ 27.659) y de la comuna 13 (\$ 27.184). Las tres comunas pertenecen a la zona norte. Las comunas menos favorecidas son la 8 (\$ 12.122), la 4 (\$ 14.560) y la 9 (\$ 15.235), todas de la zona sur. Hay una diferencia de \$ 18.670 entre la comuna 14 y la comuna 8.

**Tabla 8**

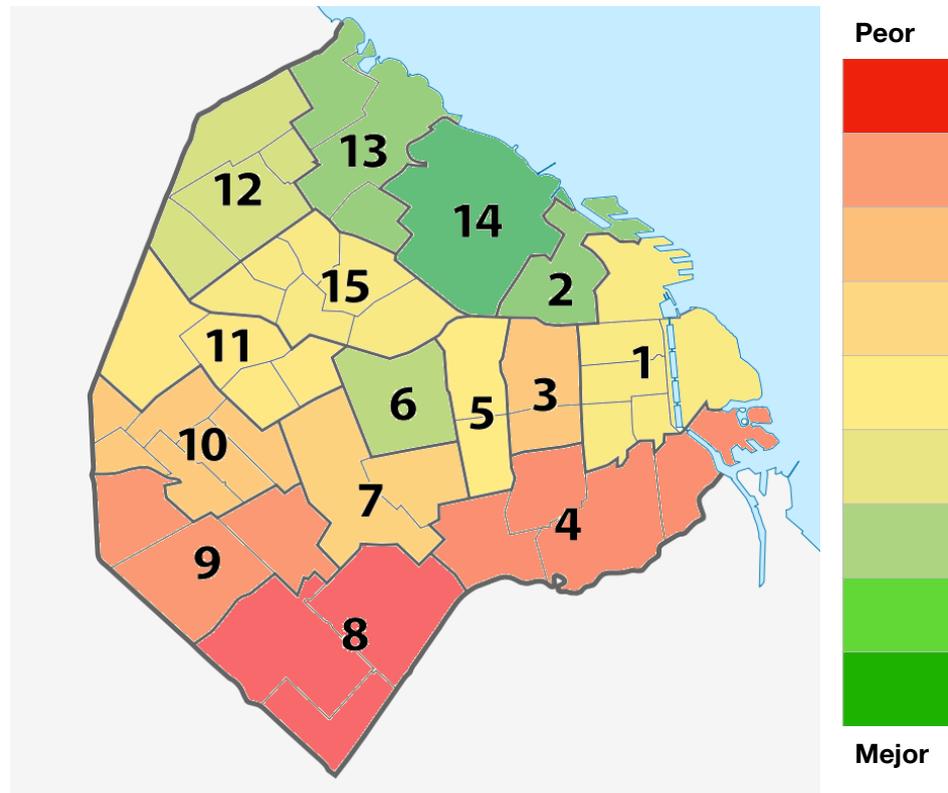
*Ingreso medio de la población de 10 años y más según comuna.  
Año 2017*

Comuna	Promedio de ingresos	Posición	Zona
Total	\$ 21.208,00	-	-
1	\$ 20.852,00	7	Centro
2	\$ 27.659,00	2	Norte
3	\$ 18.156,00	12	Centro
4	\$ 14.560,00	14	Sur
5	\$ 20.441,00	8	Centro
6	\$ 24.919,00	4	Centro
7	\$ 18.851,00	10	Centro
8	\$ 12.122,00	15	Sur
9	\$ 15.235,00	13	Sur
10	\$ 18.382,00	11	Sur
11	\$ 20.304,00	9	Centro
12	\$ 23.129,00	5	Centro
13	\$ 27.184,00	3	Norte
14	\$ 30.792,00	1	Norte
15	\$ 20.940,00	6	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=82447> (última consulta noviembre 2018).

**Figura 5**

*Ingreso medio de la población por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

Si se consideran estos números por zona, se observa que en la zona norte el ingreso promedio fue de \$ 28.545, en la zona centro fue de \$ 20.949 y en la zona sur fue de \$ 15.074.

**Tabla 9**

*Ingreso medio de la población de 10 años y más por zona. Año 2017*

<i>Zona</i>	<i>Ingreso medio</i>
<i>Norte</i>	<i>\$ 28.545</i>
<i>Centro</i>	<i>\$ 20.949</i>
<i>Sur</i>	<i>\$ 15.074</i>

*Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=82447> (última consulta noviembre 2018).*

Como se observó en los casos anteriores, entre los dos extremos encontramos nuevamente un gradiente, con indicadores que empeoran progresivamente desde la zona norte hacia la zona sur.

#### ***4.b.ii. Tasa de desocupación***

La tasa de desocupación de la población de 10 años y más en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2017 fue de 7,2 %. Las comunas con menor tasa de desocupación fueron la 14 (3,8), la 9 (4,6) y la 13 (5,1). La primera y la última pertenecen a la zona norte. La segunda, a la zona sur. Por otro lado, las comunas con mayor desocupación fueron la 8 (13,7), la 4 (10,8) y la 3 (8,5). Las dos primeras pertenecen a la zona sur, mientras que la última a la zona centro.

**Tabla 10**

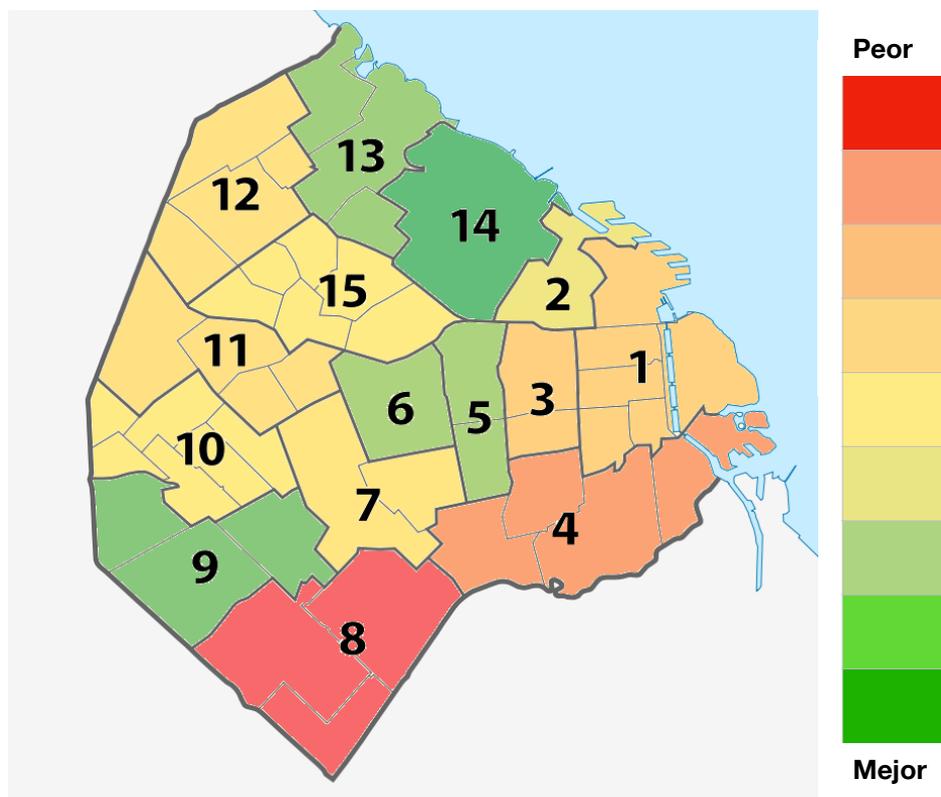
*Tasas de desocupación de la población de 10 años y más por comuna. Año 2017*

Comuna	Desocupación	Posición	Zona
Total	7,2	-	-
1	8,4	12	Centro
2	6,8	6	Norte
3	8,5	13	Centro
4	10,8	14	Sur
5	5,4	4	Centro
6	5,4	5	Centro
7	7,4	9	Centro
8	13,7	15	Sur
9	4,6	2	Sur
10	7,1	7	Sur
11	7,7	11	Centro
12	7,6	10	Centro
13	5,1	3	Norte
14	3,8	1	Norte
15	7,1	8	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=70420>  
(última consulta noviembre 2018).

**Figura 6**

*Tasa de desocupación por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

De modo similar a lo que sucedía con la mortalidad infantil, en este caso se observa mayor dispersión cuando se analizan los datos por la zona a la que pertenecen las comunas. Sin embargo, si se toman los valores promedios de la zona, nuevamente se observa que la tasa de desocupación en la zona norte es menor que la del centro, que es menor que la del sur (5,23 vs. 7,19 vs. 9,05, respectivamente). Nuevamente, se vuelve a observar el gradiente al cual se venía haciendo referencia previamente.

**Tabla 11**

*Tasas de desocupación de la población de 10 años y más por zona. Año 2017*

Zona	Tasa de desocupación
Norte	5,23
Centro	7,19
Sur	9,05

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=70420> (última consulta noviembre 2018).

#### **4.c. Indicadores de educación**

El nivel de educación de una sociedad se relaciona directamente con el grado de desarrollo de la misma. Y un nivel educativo elevado se vincula a un mayor desarrollo en otras áreas, como la economía y la salud. Esta importancia es reflejada por numerosos autores<sup>73</sup> y lograr la alfabetización de las sociedades más pobres es uno de los objetivos principales para comenzar con un desarrollo sustentable de la misma<sup>74</sup>.

##### ***4.c.i. Promedio de años de escolarización***

En el año 2017, el promedio de años de escolarización en la Ciudad de Buenos Aires fue de 13. Las comunas cuya población tiene mayores años de escolarización son las del norte, es decir, la 13, 14 y 2 (14,8, 14,8 y 14,7, respectivamente). Las

---

<sup>73</sup> Sachs (2015), Marmot (2015), Bartley (2017).

<sup>74</sup> Sachs (2015).

comunas con menores años de escolarización pertenecen al sur, y son la comuna 8, 4 y 9, con 10,2, 11 y 11,3, respectivamente.

**Tabla 12**

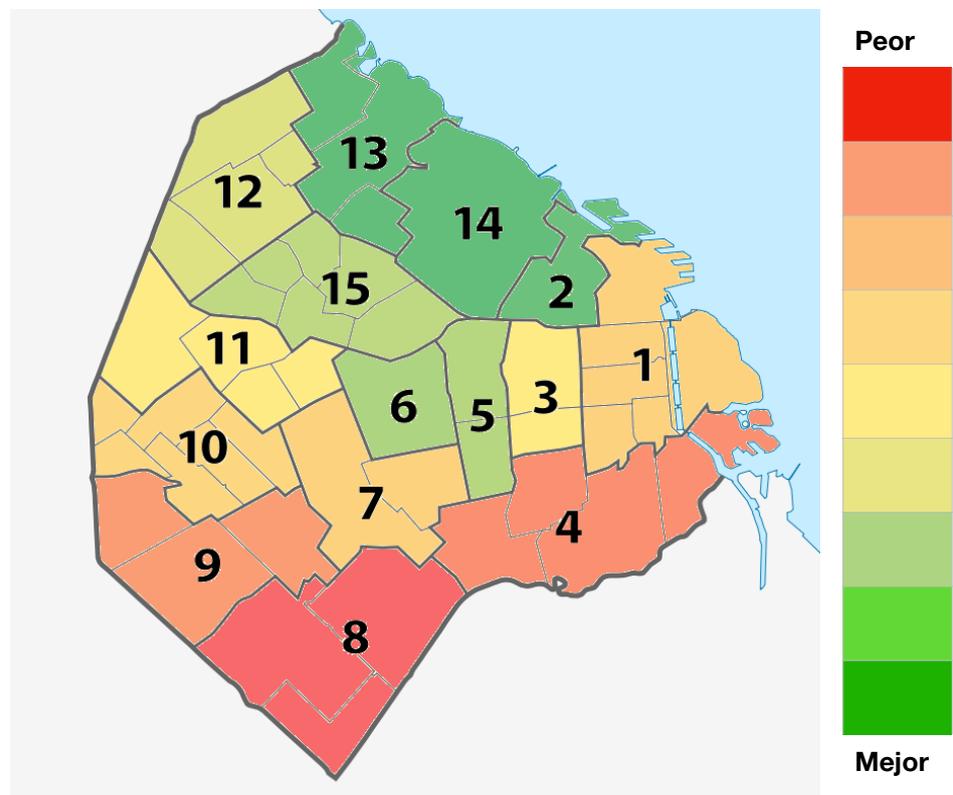
*Promedio de años de escolarización por comuna de la población de 25 años y más. Año 2017*

Comuna	Años de escolarización	Posición	Zona
Total	13,0	-	-
1	12,4	11	Centro
2	14,7	3	Norte
3	12,9	8	Centro
4	11,0	14	Sur
5	13,8	5	Centro
6	13,9	4	Centro
7	12,4	12	Centro
8	10,2	15	Sur
9	11,3	13	Sur
10	12,5	10	Sur
11	12,9	9	Centro
12	13,3	7	Centro
13	14,8	1	Norte
14	14,8	2	Norte
15	13,7	6	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=77133>  
(última consulta noviembre 2018).

**Figura 7**

*Promedio de años de escolarización por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

Si se agrupan las comunas por zonas, como se realizó en los casos anteriores, se evidencia que en la zona norte el promedio de años de escolarización es de 14,7, en el centro es de 13,16 y en la zona sur es de 11,25. Al igual que en los casos anteriores, se observa un gradiente con un extremo en las comunas del norte y un empeoramiento gradual del indicador hasta llegar a las comunas del sur.

**Tabla 13**

*Promedio de años de escolarización por zona de la población de 25 años y más. Año 2017*

Zona	Años de escolarización
Norte	14,7
Centro	13,16
Sur	11,25

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=77133>  
(última consulta noviembre 2018).

#### **4.d. Indicadores estructurales**

El análisis de indicadores estructurales tiene como objetivo determinar las condiciones en las cuales viven las personas en relación a, por ejemplo, tipo de vivienda, acceso a agua potable, disponibilidad de cloacas. El indicador utilizado es el porcentaje de la población que presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI). Según el Indec, “el concepto de NBI permite la delimitación de grupos de pobreza estructural y representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada únicamente como insuficiencia de ingresos. Por medio de este abordaje se identifican dimensiones de privación absoluta y se enfoca la pobreza como el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales”<sup>75</sup>.

Se consideran hogares con NBI aquellos que presentan vivienda inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento

---

<sup>75</sup> Indec, en [https://www.indec.gob.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=4&id\\_tema\\_2=27&id\\_tema\\_3=66](https://www.indec.gob.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=27&id_tema_3=66)

y rancho), carencias sanitarias (hogares sin retrete), condiciones de hacinamiento (más de 3 personas por cuarto), inasistencia escolar (hogares que tienen un niño en edad escolar que no asiste a la escuela) y capacidad de subsistencia (hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y que tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria)<sup>76</sup>.

#### ***4.d.i. Necesidades Básicas Insatisfechas***

En este caso, las comunas que presentan un menor porcentaje de la población con NBI son la 12 (1,9) y la 13 (1,9). Le siguen luego la 2, 6 y la 11, las tres con 2,4%. Estas comunas pertenecen a las zonas norte (13 y 2) y centro (12, 6 y 11). Las comunas con mayor porcentaje de población con NBI son la 1 (18,4), la 4 (14,9), la 8 (13,8) y la 3 (12,6). Estas comunas pertenecen a las zonas sur (4 y 8) y centro (1 y 3).

Si se considera el promedio por zona, veremos que en la zona norte el porcentaje de la población con NBI es de 2,3%, en la zona centro es de 7,3% y en la zona sur es de 9,5%. Se observa nuevamente el gradiente norte - centro - sur.

---

<sup>76</sup> Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal del año 2010. Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias. Subsecretaría de Relaciones con Provincias. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Enero 2014. En <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>

**Tabla 14**

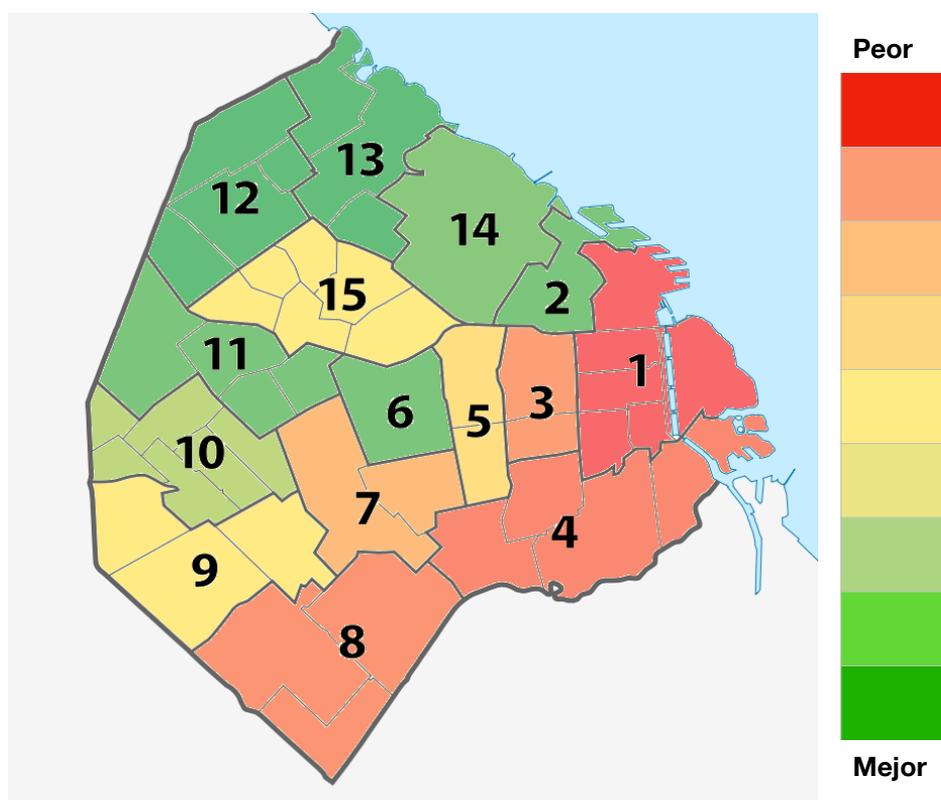
*Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por comuna. Año 2010*

Comuna	Porcentaje	Posición	Zona
Total	7,0	-	-
1	18,1	15	Centro
2	2,4	3	Norte
3	12,6	12	Centro
4	14,9	14	Sur
5	6,3	10	Centro
6	2,4	4	Centro
7	9,8	11	Centro
8	13,8	13	Sur
9	5,3	9	Sur
10	3,8	7	Sur
11	2,4	5	Centro
12	1,9	1	Centro
13	1,9	2	Norte
14	2,7	6	Norte
15	5,1	8	Centro

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24187>  
(última consulta noviembre 2018).

**Figura 8**

*Necesidades básicas insatisfechas por comuna. Año 2010*



Fuente: Elaboración propia

**Tabla 15**

*Porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) por zona. Año 2010*

Zona	Porcentaje de población con NBI
Norte	2,3 %
Centro	7,3 %
Sur	9,5 %

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24187>  
(última consulta noviembre 2018).

#### 4.e. Indicadores sociales

Con indicadores sociales hacemos referencia a todos aquellos hábitos que tiene la población que puedan impactar en su calidad de vida, incluyendo su estado de salud. En base a un estudio realizado por Poliarquía Consultores y el Consejo Económico Social de la Ciudad<sup>77</sup>, se estudiaron varios de estos hábitos, los cuales incluyeron la práctica de deporte, el hábito de caminar rápido para ejercitar, el consumo de frutas y verduras, el consumo de pescado, el descanso durante la semana laboral y el tiempo libre durante la semana laboral. El estudio fue realizado por zona, no por comuna. Los resultados se resumen en la tabla 16.

Se puede observar que los habitantes de la zona norte tienen hábitos más saludables que los de las zonas centro y sur. Salvo por el consumo de frutas y verduras, que es mayor en la zona centro, y por el tiempo libre durante la semana laboral (que es mayor en el sur) el resto de los indicadores muestran valores más favorables en la zona norte y menor favorables en la zona sur.

En base a estos datos, se obtuvo un Índice de bienestar, definido como “un valor que refleja los hábitos saludables en la vida cotidiana de la población mayor de 18 años residente en la Ciudad de Buenos Aires. El índice de bienestar está calculado sobre una escala de 10 puntos máximos”<sup>78</sup>. A mayor valor, mayor bienestar. El índice

---

<sup>77</sup> Poliarquía consultores y Consejo Económico y Social de la Ciudad. Índice de Bienestar: Encuesta sobre hábitos saludables en la ciudad de Buenos Aires. Febrero 2015.

<sup>78</sup> Poliarquía consultores y Consejo Económico y Social de la Ciudad, 2015.

de bienestar es de 4,9 en la zona norte, 4,7 en la zona centro y 4,6 en la zona sur. Se observa, nuevamente, el gradiente norte - centro - sur.

**Tabla 16**

*Hábitos de la población de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2015*

Hábito	Porcentaje de población		
	Zona Norte	Zona Centro	Zona Sur
Práctica de deporte	43	37	37
Caminar rápido para ejercitar	62	56	56
Consumo de frutas y verduras	42	46	35
Consumo de pescado	23	17	17
Descanso (% de población que descansa 6 horas o más)	85	83	78
Tiempo libre (% de población que tiene 1 hora o más de tiempo libre)	87	85	88
Índice de bienestar	4,9	4,7	4,6

Fuente: Poliarquía consultores, 2015

**Tabla 17**

*Índice de bienestar. Año 2015*

Zona	Índice de bienestar
Norte	4,9
Centro	4,7
Sur	4,6

Fuente: Poliarquía consultores, 2015

#### 4.f. Conclusiones del capítulo “Indicadores en salud, económicos, educativos, estructurales y sociales en la Ciudad de Buenos Aires”

El análisis previo permite observar que la zona norte de la ciudad tiene indicadores más favorables que la zona centro, la cual presenta, a su vez, indicadores más favorables que la zona sur. A modo de resumen, se presenta la siguiente tabla.

**Tabla 18**

*Resumen de indicadores por zona de la Ciudad de Buenos Aires*

Área	Indicador	Zona norte	Zona centro	Zona sur
Salud	Edad promedio al fallecimiento	80,6 años	77,45 años	74,63 años
	Tasa de mortalidad infantil	3,77	7,08	8,83
Economía	Ingreso per cápita	\$ 28.545	\$ 20.949	\$ 15.074
	Tasa de desocupación	5,23	7,19	9,05
Educación	Promedio de años de escolarización	14,7 años	13,16 años	11,25 años
Estructura	NBI	2,3 %	7,3 %	9,5 %
Sociedad	Índice de bienestar	4,9	4,7	4,6

Fuente: Elaboración propia.

Una primera observación que se podría realizar a este análisis es que existen diferencias en cuanto al número de habitantes comprendido en la zona norte, centro y sur. Como se describió inicialmente, la zona norte tiene un total de 612.631 habitantes, siendo la de menor cantidad. La zona centro es la más poblada, con 1.644.752 habitantes. La zona sur tiene 806.345 habitantes. Además, la zona centro y

sur abarcan una mayor superficie, mientras que la zona norte presenta una menor superficie. Todos estos datos pueden dar a entender que la población de la zona norte es más homogénea que la del resto de las zonas, y la del centro es bastante heterogénea. La homogeneidad de una población es importante a la hora de analizar los indicadores, ya que al no haber tanta diferencia entre la población, y más aún si la misma presenta niveles de vida elevados, los indicadores van a ser mejores. El caso opuesto también es válido. Por ejemplo, la zona sur presenta menor población y menor superficie que la del centro, en teoría población más homogénea, con peores indicadores.

Es decir, los indicadores de la zona centro pueden verse afectados por la heterogeneidad de su población y la diferencia entre sus comunas puede ser muy grande. Por ejemplo, un análisis de las tablas de este capítulo pone en evidencia que las comunas 13 y 14 son muy similares. No es el caso de las comunas que componen la zona centro.

Por lo tanto, para aclarar este punto, se procedió a un análisis global por comunas. Para cada indicador estudiado, se clasificaron a las comunas del 1 al 15, de acuerdo a su posición, siendo 1 aquella con el indicador más favorable y 15 con el menos favorable. Se le asignó un puntaje de 1 a la comuna en posición 1, de 2 a aquella en la segunda posición, y así sucesivamente. Luego, se sumaron los puntajes y

se elaboró una tabla, donde se describe la posición global de la comuna. A menor puntaje, mejores indicadores.<sup>79</sup>

**Tabla 19**

*Puntuación global por Comuna*

Comuna	Puntaje	Zona
14	13	Norte
13	15	Norte
2	18	Norte
6	20	Centro
12	39	Centro
11	42	Centro
15	42	Centro
5	43	Centro
10	45	Sur
9	62	Sur
7	63	Centro
3	64	Centro
1	70	Centro
4	85	Sur
8	86	Sur

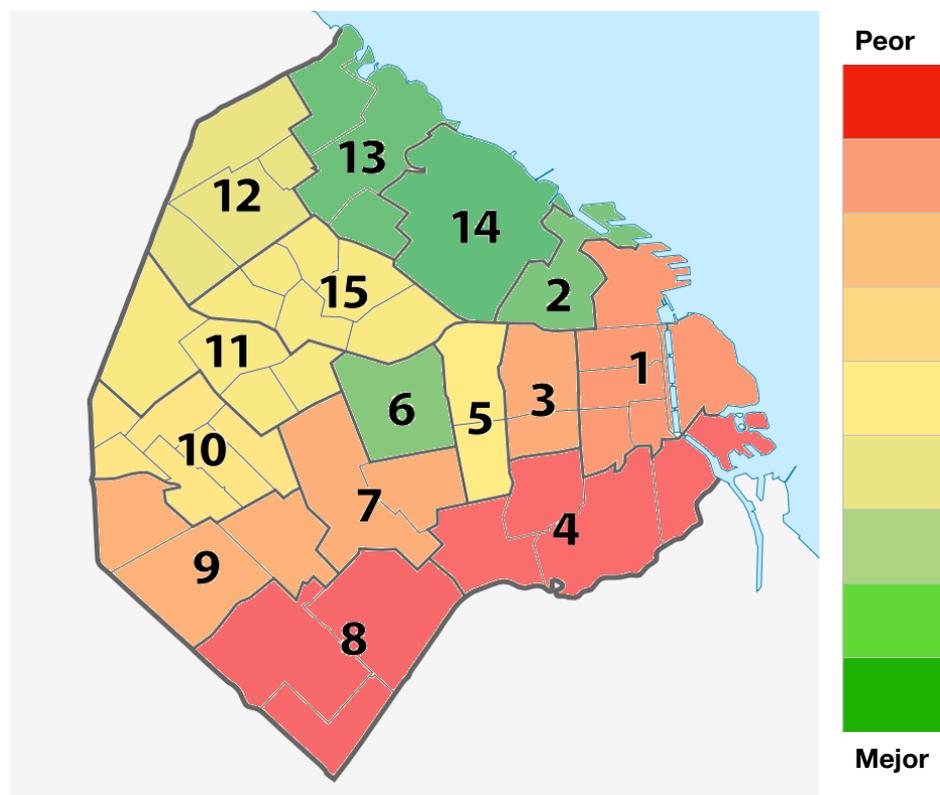
Fuente: Elaboración propia.

Si se grafica dicha tabla en el mapa de la ciudad, se obtiene una idea más clara de lo que está sucediendo (figura 9).

<sup>79</sup> Las comunas que presentan el mismo valor para el indicador reciben el mismo puntaje. La comuna que le sigue recibe no el puntaje siguiente, sino aquél que le corresponde por su posición. Por ejemplo, si la comuna 1 y 2 tienen el mismo puntaje, ambas reciben una puntuación de 1. La comuna siguiente, por ejemplo la 3, recibe una puntuación de 3, no de 2.

## Figura 9

*Puntaje total por comuna. Año 2017*



Fuente: Elaboración propia

La figura 9 permite evidenciar claramente el nivel de salud y de desarrollo socioeconómico de cada comuna. Las comunas del norte y la 6 presentan un mayor desarrollo, con un empeoramiento gradual de los indicadores combinados hacia el sur. A estas diferencias que existen dentro de una misma sociedad, Michael Marmot las ha denominado, como se ha visto, gradiente social<sup>80</sup>. Según el autor,

<sup>80</sup> Marmot (2015).

El gradiente implica que el problema central es la inequidad, no simplemente la pobreza (...) La pobreza aún continúa siendo de gran importancia para la salud, pero el alivio de la pobreza es conceptualmente simple, si bien política y prácticamente difícil. La inequidad, por otro lado, implica que no sólo tener lo suficiente para lograr los objetivos es importante, sino también lo que se tiene en relación a los otros. (Marmot, 2015, p. 28)

Podemos decir entonces que la Ciudad de Buenos Aires es una ciudad inequitativa, con una distribución geográfica clara de las zonas más desarrolladas, y donde se observa la presencia de un gradiente social. Veremos ahora cuál es el impacto que tienen los indicadores económicos, educativos, estructurales y sociales en la salud.

## 5. Impacto de los aspectos económicos, educativos, estructurales y sociales en la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires

En base a los datos analizados en el capítulo previo, se puede concluir que los habitantes del norte de la ciudad (comunas 2, 13 y 14) gozan de un mejor estado de salud que los del centro y sur. Los indicadores seleccionados en este trabajo muestran que en el norte la edad promedio de muerte (y por extensión la esperanza de vida) es mayor (80,6 vs. 77,45 vs 74,63, norte, centro y sur respectivamente) y la tasa de mortalidad infantil es menor (3,77 vs. 7,08 vs. 8,83).

**Tabla 20**

*Edad promedio al fallecimiento y tasa de mortalidad infantil por zona. Año 2017*

Zona	Edad promedio al fallecimiento (años)	Tasa de mortalidad infantil
Norte	80,6	3,77
Centro	77,45	7,08
Sur	74,63	8,83

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, estos resultados en salud se dan en un contexto en el cual otras variables igual de importantes los afectan. Estas variables se denominan determinantes sociales de la salud. “Definitivamente, una mala distribución en los servicios de salud ... es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de enfermedad responsable por las muertes prematuras tiene lugar en gran

medida por las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen”<sup>81</sup>.

Los determinantes sociales de salud son fundamentales a la hora de entender el por qué se dan las inequidades en salud. No hay dudas que un sistema de salud que pueda responder a las necesidades de su población es fundamental para la salud de la misma. Sin embargo, las grandes diferencias en salud que existen, como en este caso, entre barrios de una misma ciudad no se puede explicar por el número de hospitales o de médicos por habitante. Es necesario ir más allá, y adentrarse en el estilo y condiciones de vida de la población para comprenderlas. Las condiciones de vida a su vez son afectadas por estructuras más abarcativas, es decir, la economía, la situación política y las políticas que se toman con respecto a los problemas.

En el capítulo precedente, además de los indicadores en salud, se analizaron otros que si bien no pertenecen al ámbito de la salud, sí se relacionan estrechamente con la misma. Estos dan una idea de las condiciones de vida de la población. A continuación analizaremos cómo estas condiciones de vida pueden afectar a la salud.

### **5.a. Indicadores económicos y salud**

La relación entre el nivel de riqueza de una sociedad y su nivel de salud parece a simple vista bastante directa. Muchos autores han descripto la relación que existe

---

<sup>81</sup> CSDH (2008).

entre ingresos elevados y mayor esperanza de vida<sup>82</sup>, aunque el mecanismo por el cual se da esta asociación es aún debatido<sup>83</sup>.

A nivel macroeconómico, se ha observado que los países que presentan un mayor PBI per cápita tienen mejor nivel de salud. Por ejemplo, si se considera la relación entre el PBI per cápita y la esperanza de vida, se va a observar que, en la gran mayoría de los casos, a mayor PBI per cápita, mayor esperanza de vida. Ahora bien, cabe aclarar que llegado un punto, por más que aumente el PBI per cápita, la esperanza de vida no aumentará mucho más. Esto se refleja en la denominada curva de Preston (ver figura 10). En la misma se relaciona el PBI per cápita de un país con su esperanza de vida. Cuando el PBI per cápita es bajo (países de ingresos bajos), se observa una esperanza de vida muy baja. En estos casos, pequeños aumentos en el PBI generan aumentos significativos en la esperanza de vida, de ahí que la primera parte de la curva sea tan empinada. Ahora bien, hay un punto de inflexión en torno a un PBI per cápita de USD 5.000, donde la curva se aplana, y allí grandes aumentos en el PBI per cápita generan poco cambio en la esperanza de vida. Es más, algunos países presentan un PBI per cápita muy alto, pero menor esperanza de vida que otros países con menor PBI per cápita. Por ejemplo, países de bajos ingresos como Nigeria, Bangladesh o Pakistan se encuentran en la parte empinada de la curva. Estados Unidos se encuentra en la parte aplanada de la curva, siendo el país graficado con mayor PBI per cápita. Sin embargo, Japón, Francia o Italia, para citar algunos

---

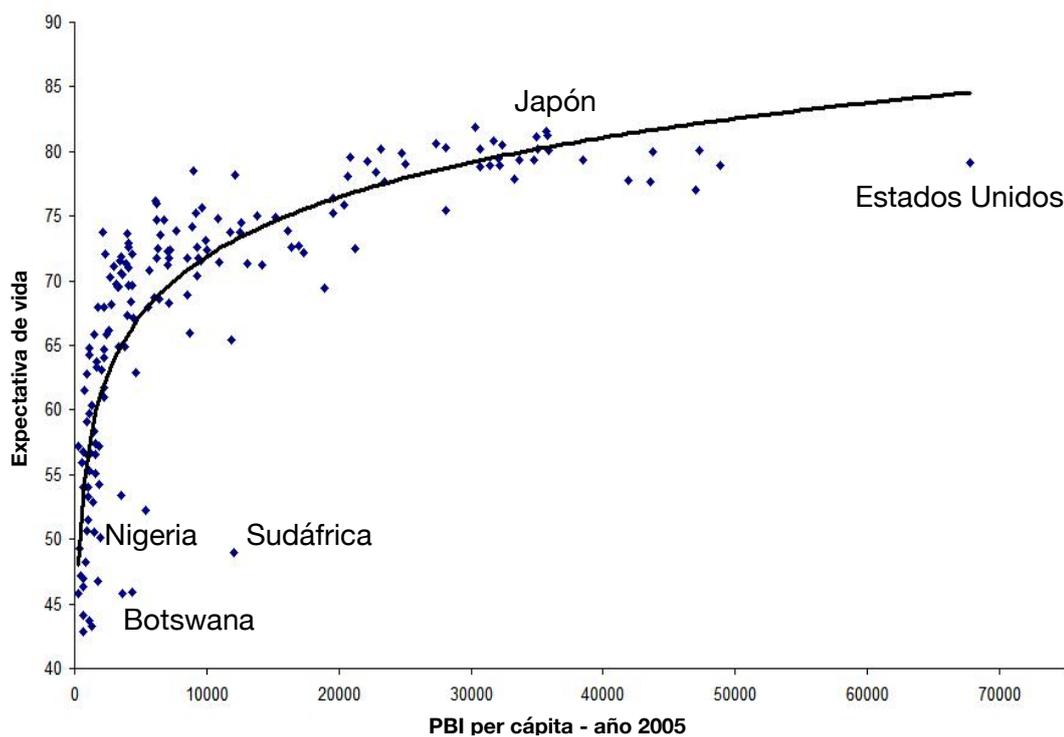
<sup>82</sup> A modo de ejemplo, Chetty (2016), cita 9 autores distintos al afirmar esto, incluyendo a Kitagawa (1973), Marmot (2005), Cutler (2006), Mackenbach (2008), Berkman (2014), Waldron (2013), Duggan (2008), Braverman (2010) y Cristia (2007).

<sup>83</sup> Marmot (2015), Bartley (2017), Chetty (2016).

ejemplos, presentan menor PBI per cápita pero mayor esperanza de vida. Algunos países se salen de la curva, particularmente Botswana, Namibia o Sudáfrica, por ejemplo, con PBI per cápita mayor a cualquier país de la parte empinada de la curva, pero con una esperanza de vida más baja. Estos casos en general están asociados a hechos puntuales que afectan la salud de la población, como por ejemplo una alta tasa de población infectada con HIV.

**Figura 10**

*Curva de Preston, 2005*



Fuente: Wikipedia, Curva de Preston

Chetty y colaboradores<sup>84</sup> también demostraron que a mayor ingreso mayor esperanza de vida. Ellos estudiaron los ingresos y datos de mortalidad de individuos entre 2001 y 2014 en varias partes de los Estados Unidos. Sin embargo, a diferencia de lo analizado en la curva de Preston, ellos observaron que la esperanza de vida aumentaba a medida que aumentaba el ingreso, sin haber un punto en el cual mayores ingresos no se asociaban a una mayor esperanza de vida. Otra conclusión importante es que la desigualdad en la esperanza de vida entre los que más ingresos tenían y los que menos aumentó cada año, desde 2001 a 2014. La tercera conclusión del estudio es que existía una gran variabilidad en la esperanza de vida dependiendo de la zona estudiada, con áreas donde los individuos de menores ingresos se veían más favorecidos que en otras. En muchos casos estas diferencias estaban asociadas a hábitos saludables en relación a la obesidad, el tabaquismo y la actividad física. No encontraron evidencia que asociara una menor esperanza de vida a factores como la calidad de los cuidados médicos, el tipo de trabajo realizado o características ambientales, como la contaminación. Sí observaron que estos individuos de menores ingresos tendían a vivir más en ciudades con población más educada, de altos ingresos y con mayores gastos por parte del gobierno en salud y servicios públicos, como Nueva York o San Francisco. En estas ciudades se habían implementado políticas públicas que promovían la salud, como por ejemplo, la prohibición de fumar.

Los factores que hacen que países de menores ingresos tengan peores condiciones de salud son varias. Una de ellas es la pobreza. La pobreza y la falta de

---

<sup>84</sup> Chetty (2016).

salud van de la mano, según expresa Sachs<sup>85</sup>. Este autor describe que hay una vía doble en la cual la pobreza contribuye a la enfermedad y la enfermedad a la pobreza. Un individuo enfermo no puede trabajar en toda su capacidad, por lo tanto ve sus ingresos disminuidos. Un país con una alta carga de enfermedad pierde ingresos debido a la poca productividad y los costos elevados de los cuidados de salud. Por otro lado, las enfermedades que afectan a los niños pequeños alteran su desarrollo y produciendo secuelas que permanecen a lo largo de la vida<sup>86</sup>. Esto también puede traer costos demográficos importantes. El temor de los padres a perder hijos, o por cuestiones culturales o económicas, puede llevar a que estos decidan tener un gran número de ellos de modo que alguno al menos sobreviva hasta la edad adulta. El crecimiento rápido de la población lleva a niveles muy bajos de inversión en la salud de los niños<sup>87</sup>.

Por otro lado, las personas de bajos ingresos no pueden costear la atención médica o la compra de medicamentos. Los países o regiones pobres tienen poco o nulo acceso a cloacas, agua potable, energía, transporte. La contaminación de las aguas, la falta de capacidad de refrigerar o cocinar los alimentos, la exposición a sustancias nocivas, llevan a un aumento del índice de enfermedades, particularmente infecciosas. Las deficiencias estructurales, por ejemplo casas de adobe, también tienen sus efectos en la salud, al permitir que sus habitantes estén expuestos a ciertas

---

<sup>85</sup> Sachs (2015).

<sup>86</sup> Sachs (2015), Marmot (2015).

<sup>87</sup> Sachs (2015).

enfermedades, como el Chagas. La pobreza también se asocia a analfabetismo, con sus consecuencias en salud, como se verá más adelante.<sup>88</sup>

Volviendo al análisis de la curva de Preston, Marmot<sup>89</sup> también destaca que entre los países pobres, mayores ingresos pueden mejorar significativamente el nivel de salud de la población. Sin embargo, en países ricos, mayores ingresos poco pueden hacer para lograr mayor salud. La conclusión de Marmot es que si uno se encuentra en un país rico, otros aspectos más allá de los ingresos tienen que ser considerados a la hora de analizar las inequidades en salud. Muchos de estos aspectos que menciona Marmot van a ser analizados más en profundidad en el capítulo siguiente, donde se discutirán los mecanismos por los cuales se producen las inequidades en salud. Sin embargo, en relación al ingreso y cómo el mismo afecta la salud, Wilkinson y Pickett describen que inequidades en el ingreso se asocian a peores niveles de salud<sup>90</sup>. Es decir, no sólo un ingreso bajo. Si existe en una sociedad mucha inequidad en cuanto a la distribución del ingreso, la salud se va a ver afectada en comparación con sociedades más equitativas.

---

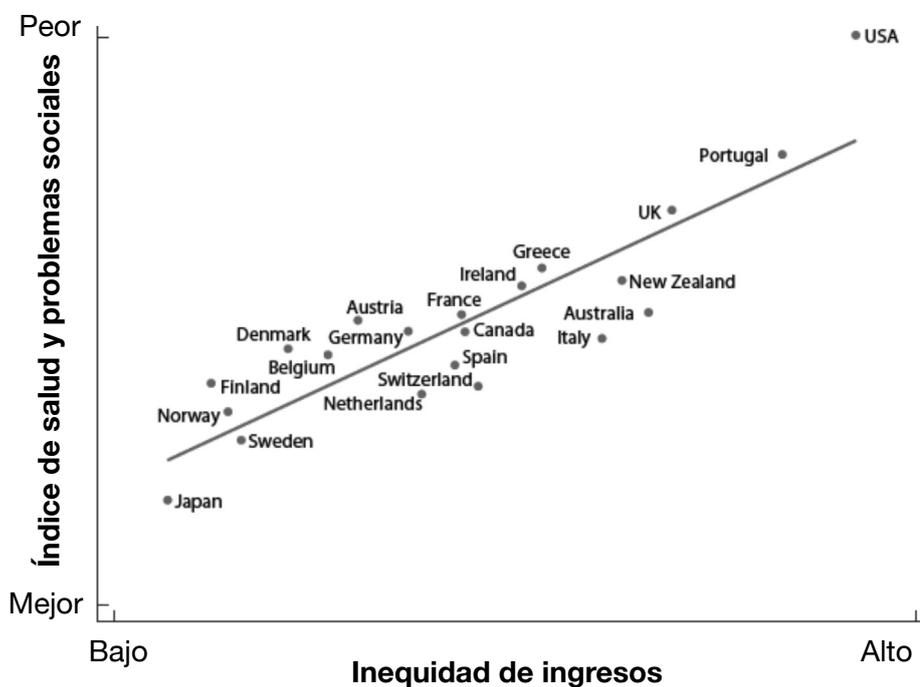
<sup>88</sup> Sachs (2015).

<sup>89</sup> Marmot (2015).

<sup>90</sup> Pickett y Wilkinson (2014).

**Figura 11**

*Inequidad de ingresos en relación al índice de problemas de salud y sociales*



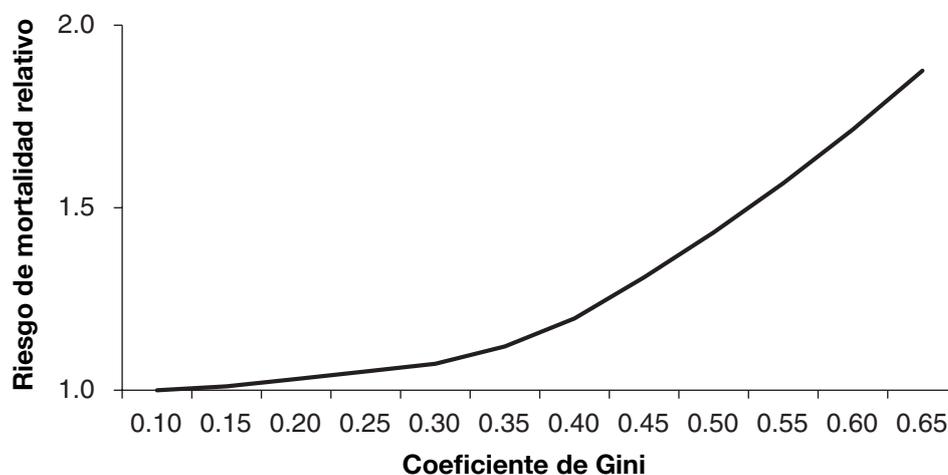
Fuente: Picket y Wilkinson, 2014.

En la figura 11 se muestra la relación que existe entre los problemas en salud y sociales (eje de las Y) y la inequidad de ingresos (eje de las X) en los países ricos. Se observa que a menor inequidad de ingresos, menores problemas sociales y en salud. Este hecho está relacionado con lo postulado por Kondo al describir la teoría de inequidad de ingresos y su impacto en la salud, a saber, que la inequidad es nociva para toda la población, no únicamente para la porción más desfavorecida<sup>91</sup>.

<sup>91</sup> Kondo (2011).

## Figura 12

*Relación entre el índice de Gini y el riesgo de mortalidad relativo*



Fuente: Kondo, 2012.

En nuestro caso, la Ciudad de Buenos Aires al tener un PBI per cápita de USD23.606 puede considerarse una Ciudad de ingresos altos. Definitivamente está por encima de los USD5.000 - 10.000, que es el punto de inflexión que se observa en la curva de Preston. Ahora bien, cuando se analizaron los ingresos por comuna y por zona, se vio que el ingreso per cápita<sup>92</sup> fue mayor en el norte, intermedio en el centro y peor en el sur (\$ 28.545,00 vs. \$ 20.949,00 vs. \$ 15.074,75).

A la hora de analizar estos valores, la primera conclusión que se puede obtener es que los mismos tienen que ser considerados en un contexto. No podemos decir que porque los habitantes del sur tengan un ingreso promedio de \$15.074,75, el cual puede

---

<sup>92</sup> El ingreso per cápita, expresado en pesos, no es un equivalente al PBI per cápita, expresado en dólares. El PBI per cápita se obtiene dividiendo el PBI total por la cantidad de habitantes. El ingreso per cápita resulta de un análisis de los ingresos reales de los individuos.

ser mayor al de muchas provincias, tienen sus necesidades satisfechas o puedan acceder a cualquier bien que deseen adquirir. El poder de compra de una persona depende del precio de los bienes en el lugar de residencia. Y muchas veces, este precio va a estar relacionado con el nivel de ingresos de los que más ganan. Por lo que el costo de vida puede ser mayor en ciudades ricas, con un impacto directo en las personas de menores ingresos, por más que a nivel global los mismos no sean tan bajos como en otras ciudades o regiones. “No importa para la salud sólo cuánto dinero se tiene, pero qué se puede hacer con lo que se tiene, lo que a su vez va a estar influenciado por donde se está ... La pobreza toma diferentes formas dependiendo del contexto”<sup>93</sup>. Marmot también menciona diferentes encuestas realizadas a personas de diversos países, en las cuales se preguntaba lo que significaba ser pobre. Y las respuestas, en general, daban como conclusión que las personas se sentían pobres si no podían realizar lo que era razonable en esa sociedad. En Europa, por ejemplo, lo razonable era irse de vacaciones, comprar regalos, agasajar a los amigos de los hijos. En otros países ser pobre se asociaba a la falta de seguridad, de oportunidades, de empoderamiento o de dignidad.

Entonces, y más aún en sociedades ricas, la pobreza (o la sensación de sentirse pobre) depende mucho del contexto y no sólo de un valor, como el ingreso o el PBI. Más adelante se analizarán las teorías que describen el mecanismo por el cual el nivel de ingresos impacta en la salud. Por lo pronto, en base a los datos analizados, en la Ciudad de Buenos Aires se puede observar que el nivel de ingresos sigue el mismo gradiente que el nivel de salud, es decir, a mayores ingresos mayor nivel de salud. Los

---

<sup>93</sup> Marmot (2015).

valores más favorables se dan en el norte, los menos en el sur. Las tres comunas con mayores ingresos son las tres que presentan mayor edad promedio al fallecimiento<sup>94</sup>.

Con respecto a la desocupación, la misma tiene un impacto directo en los ingresos del individuo o familia. Es menor en el norte, intermedia en el centro y mayor en el sur (5,23 vs. 7,19 vs. 9,05). La misma relación que se describió en el párrafo anterior también se puede aplicar en este caso.

### **5.b. Indicadores de educación y salud**

La educación es considerada un área de importancia crítica para la salud por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud - OMS. “La educación, formal e informal es entendida como un proceso a lo largo de la vida que comienza en el nacimiento”<sup>95</sup>. Es de destacar la importancia que se le da a la educación desde el inicio, constituyendo una herramienta para el niño que lo ayudará en su desarrollo físico, emocional y social a lo largo de su vida. Una persona educada adquirirá conocimiento, habilidades, tendrá más oportunidades y mayor control sobre su vida, favoreciendo la equidad de género y la inclusión social<sup>96</sup>. Según Bartley, lo que sucede en el transcurso de toda la infancia tiene un efecto acumulativo tanto en el desarrollo personal como en el nivel social del individuo. Cuantas más influencias

---

<sup>94</sup> En el caso de la tasa de mortalidad infantil, las comunas del norte son desplazadas del primer lugar por la comuna 6. A su vez, la comuna 13 es desplazada al 5 lugar por la comuna 10. Tanto la comuna 6 como la 10 pertenecen al centro de la Ciudad.

<sup>95</sup> CSDH (2008).

<sup>96</sup> Marmot (2015).

favorables tenga, tanto en su calidad de vida, cultura familiar, o relaciones con su entorno, mejor le irá al niño o adolescente en el ámbito educativo<sup>97</sup>. Más aún, la educación no es buena únicamente para el individuo, sino también para toda la sociedad. Una sociedad educada tiende a ser una sociedad más saludable<sup>98</sup>. Al mismo tiempo, como veremos en este capítulo, la educación se asocia fuertemente al nivel de salud del individuo.

Marmot destaca ampliamente la importancia de la educación para la salud. En base a numerosos estudios citados, concluye que no solo la educación se asocia a mejor salud, sino que a mayores años de educación, mejores son los niveles de salud, conformando un gradiente. Por ejemplo, en el caso de la esperanza de vida, se observó que las personas que tenían mayores años de educación, vivían más. Incluso, aquellas personas que vivían en países con una esperanza de vida promedio menor a otros, pero que tenían un nivel de educación alto, podían vivir tanto como el promedio (o más) de los países con mayor esperanza de vida.

Quisiera hacer una aclaración antes de proseguir con este análisis. De ninguna manera este análisis supone que la relación entre educación y salud es tan lineal, que permita llegar a la conclusión de que la educación es el factor que lleva a una mejor o peor salud. Sí es un indicador, entre muchos, y no se lo puede tomar aislado. La situación es mucho más compleja y al día de hoy no hay explicaciones definitivas. La

---

<sup>97</sup> Bartley (2017).

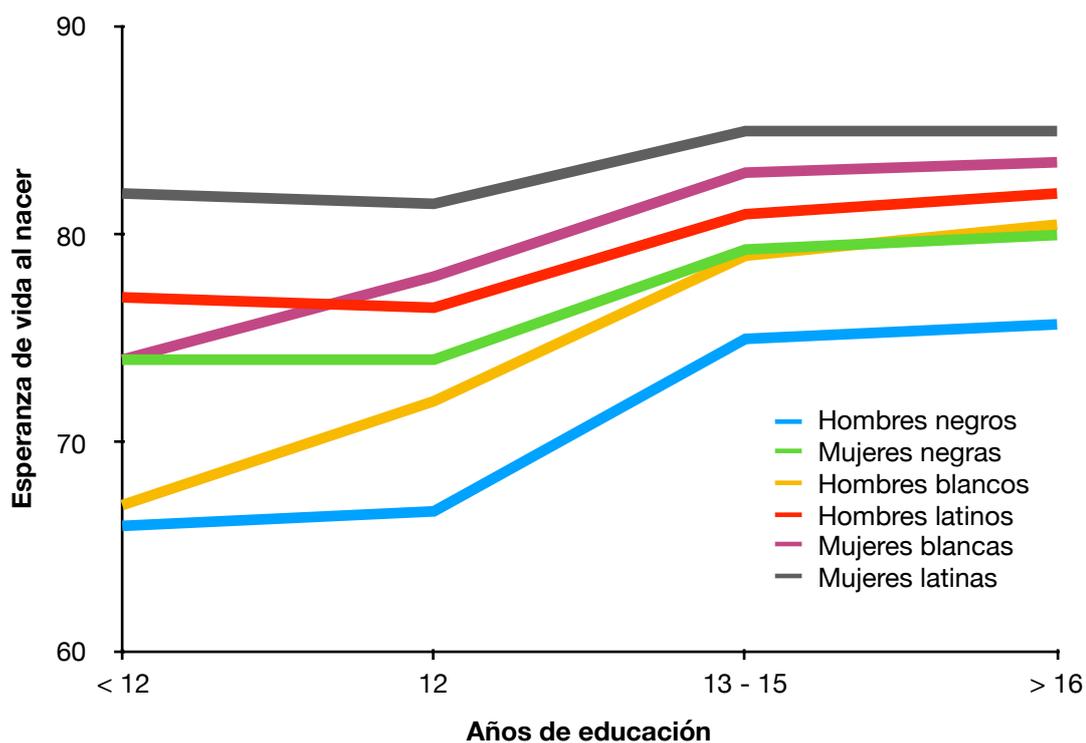
<sup>98</sup> Marmot (2015).

escasa educación se asocia a muchos otros factores, vinculados al dinero, al ambiente, a la violencia, entre otros.

En la figura 13, se observa la relación entre la esperanza de vida en hombres y mujeres en relación a su raza y a los años de educación en los Estados Unidos de América, en el año 2008<sup>99</sup>.

**Figura 13**

*Esperanza de vida al nacer según años de educación recibidos a los 25 años de edad, por sexo y raza*



Fuente: Olshansky (2012).

<sup>99</sup> Olshansky (2012).

Independientemente de la raza, a mayor años de educación, mayor esperanza de vida. Es más, las grandes diferencias que se observan entre razas para los grupos de menor educación se achican significativamente en los grupos más educados. En este análisis, Marmot destaca también la presencia de un gradiente, en el cual la esperanza de vida aumenta progresivamente desde los grupos menos educados a los más educados. No se trata solamente de tener educación o no. Es decir, aquella persona que no realizó estudios vive menos que la que realizó sólo estudios primarios, la cual vive menos que la que realizó estudios secundarios, quien a su vez vive menos que la que realizó estudios universitarios.

Ma<sup>100</sup> obtuvo resultados similares en un estudio que compara la tasa de mortalidad en dos grupos, aquellos con menos de 12 años de estudios y aquellos con más de 16 años de estudios, en 1993, 2001 y 2007. No solo se observa en todos los años que la mortalidad era significativamente mayor en el grupo con menos años de estudios, sino que a lo largo de los años la mortalidad bajó de manera más marcada en el grupo con más años de estudios, ampliando así las diferencias.

---

<sup>100</sup> Ma (2012).

**Tabla 21**

*Mortalidad cada 100.000 habitantes por años de educación en hombres y mujeres de 25 a 64 años en 26 estados de Estados Unidos*

Años de educación	Hombres			Mujeres		
	Menos de 12	Más de 16	Riesgo Relativo	Menos de 12	Más de 16	Riesgo Relativo
1993	695,5	279,9	2,5	346,1	180,8	1,9
2001	680,0	207,9	3,3	379,8	151,7	2,5
2007	657,1	184,4	3,6	385,3	129,0	3,0

Fuente: Ma et al (2012).

Otro estudio, siguiendo la misma línea que el anterior, demostró que los países de Europa cuya población tenía más años de estudios presentaban una mayor esperanza de vida<sup>101</sup>.

**Tabla 22**

*Esperanza de vida en función de los años de educación para ambos sexos*

País	Tipo de educación			
	Menos que primaria, primaria y secundario incompleto	Secundaria y post-secundaria (no terciaria)	Terciaria	Total
Bulgaria	70,9	75,4	77,6	74,9
Rumania	71,5	76,4	78	75,3
Hungría	70,7	77,6	80,2	76,2
Eslovaquia	69,9	77,5	80,8	77,3
Estonia	72,6	77,4	80,9	78
Polonia	72,3	77,6	82,3	78

<sup>101</sup> Marmot (2015), Eurostat (2012).

**Tabla 22***Esperanza de vida en función de los años de educación para ambos sexos*

País	Tipo de educación			Total
	Menos que primaria, primaria y secundario incompleto	Secundaria y post-secundaria (no terciaria)	Terciaria	
Croacia	77	77,5	80,5	78,2
República Checa	74,6	79,3	80,4	79,1
Dinamarca	77,7	81,2	83	80,9
Eslovenia	79	81,1	83,7	81,2
Portugal	80,1	82,9	84,8	81,3
Grecia	79,3	82,4	83,9	81,5
Finlandia	78,1	81,4	83,8	81,5
Suecia	80,1	82,3	84,2	82,4
Noruega	79,5	82,8	84,1	82,5
Italia	81,3	85,3	85,5	83,4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de Eurostat (2016) - (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>)

Esta tabla da lugar a un análisis interesante de la relación entre la esperanza de vida y la educación. En primer lugar, en todos los casos, sin excepción, a mayor años de educación mayor es la esperanza de vida, como se vio anteriormente. Esto se da en los países nórdicos, con su sistema de bienestar, índice de Gini bajo y alto grado de desarrollo. Se da en los países del ex bloque soviético, con más inequidad, y menor poder adquisitivo que sus vecinos europeos occidentales. Se da en los países mediterráneos y del sur de europa, con altos ingresos pero no tan elevados como los de los países nórdicos.

Otra conclusión que se puede obtener es que en los países con mayores ingresos, la brecha en cuanto a la esperanza de vida entre los menos educados y los más educados es menor a la que se observa en los países de menores ingresos. Por ejemplo, en Rumania (PBI per cápita<sup>102</sup> de USD 25.840,80), la diferencia en la esperanza de vida entre los que tienen menos años de estudio y los que más tienen es de 6,5 años. En Hungría (PBI per cápita de USD 28.375,4), la diferencia es aún mayor, de 9,5 años. En Polonia (PBI per cápita de USD 29.291,4), es de 8 años. En Eslovaquia (PBI per cápita de USD 32.110,5), es de 10,9 años. Por otro lado, en Italia (PBI per cápita de USD 39.817,2), la diferencia es de 4,2 años. En Noruega (PBI per cápita de USD 60.978,3), la diferencia es de 4,6 años. En Finlandia (PBI per cápita de USD 45.191,6), es de 5,7.

**Tabla 23**

*Comparación entre PBI per cápita y diferencia de esperanza de vida entre los menos y más educados por país. Año 2016*

País	PBI per cápita (dólares)	Diferencia de esperanza de vida (años)
Rumania	25.840,80	6,5
Hungría	28.375,40	9,5
Polonia	29.291,40	8
Eslovaquia	32.110,50	10,9
Italia	39.817,20	4,2
Finlandia	45.191,60	5,7
Noruega	60.978,30	4,6

Fuente: Elaboración propia.

<sup>102</sup> En todos los casos que se mencionen, el PBI per cápita es según paridad de poder adquisitivo (PPA) a precios internacionales actuales, año 2017. Fuente: World Bank Database (<https://data.worldbank.org/indicador/NY.GDP.PCAP.PP.CD>).

Puede haber casos particulares que se escapan a esta observación, como Portugal y Grecia, con PBI per cápita de USD 32.198,8 y USD 27.809,4 (más bien bajos en comparación a los países de la tabla) y diferencias de 4,7 y 4,6 años, respectivamente. En estos casos seguramente haya otros factores que puedan estar interviniendo, pero todavía los mecanismos no están del todo claros<sup>103</sup>.

Otro dato interesante es que en los países de menores ingresos, como Bulgaria, Rumania, Hungría, Eslovaquia, Polonia, el hecho de tener mayores años de educación hace que la esperanza de vida de este grupo poblacional se asemeje a la esperanza de vida global de los países más ricos. Visto de otro modo, considerando el grupo de menos años de educación, la diferencia entre el país con menor esperanza de vida (Eslovaquia) y el de mayor (Italia) es de 11,4 años. Ahora bien, en el grupo de mayores años de educación, esta diferencia (en este caso entre Bulgaria e Italia) se achica a 7,9 años. En relación a este análisis, Marmot menciona que una persona con menor nivel de educación puede vivir más si habita en un país más rico que en uno más pobre<sup>104</sup>.

En el caso de la mortalidad infantil la relación es aún más impactante<sup>105</sup>. En esta situación, se evalúa el nivel de educación de la madre. Dentro de un mismo país, las madres que tienen más años de educación tienen más probabilidad de tener hijos que sobrevivan más. Y las diferencias pueden llegar a ser tan grandes, que en un

---

<sup>103</sup> Bartley (2017).

<sup>104</sup> Marmot (2015).

<sup>105</sup> Marmot (2015).

mismo país se pueden encontrar tasas de mortalidad infantil similares a países desarrollados en madres educadas, y tasas similares a países muy subdesarrollados en madres poco educadas. En los países más desarrollados también se dan estas diferencias. La causa por la cual una mayor educación lleva a una menor mortalidad infantil estaría dada por los conocimientos de la madre en cuanto a la nutrición, higiene, protección y cuidados generales de los niños, los cuales serían mayores en mujeres más educadas. “La pobreza se asocia a analfabetismo y por lo tanto poco conocimiento de la salud y comportamientos saludables débiles”<sup>106</sup>. Esta relación es tan directa, que la educación de la madre es un predictor mucho más fuerte de mortalidad infantil que lo que puede ser el nivel de ingreso<sup>107</sup>.

La figura 14 muestra la tasa de mortalidad infantil (TMI) cada 1000 habitantes por país (línea continua) y cómo varía la misma en cada país dependiendo del nivel de educación de la madre (barras verticales). Hacia abajo de la línea continua implica mayor educación, hacia arriba, menor. En este caso se analizaron países de ingresos medios y bajos. Por ejemplo, en Zimbabwe, la TMI está algo por encima de 40, pero baja a algo por encima de 20 en los grupos más educados, similar a la de Colombia, el país de mejor desempeño del gráfico. En algunos casos como Mozambique, la diferencia puede llegar a ser tan grande que en el caso de madres educadas la TMI es de poco más de 60, y en el de madres con menor educación es de 140.

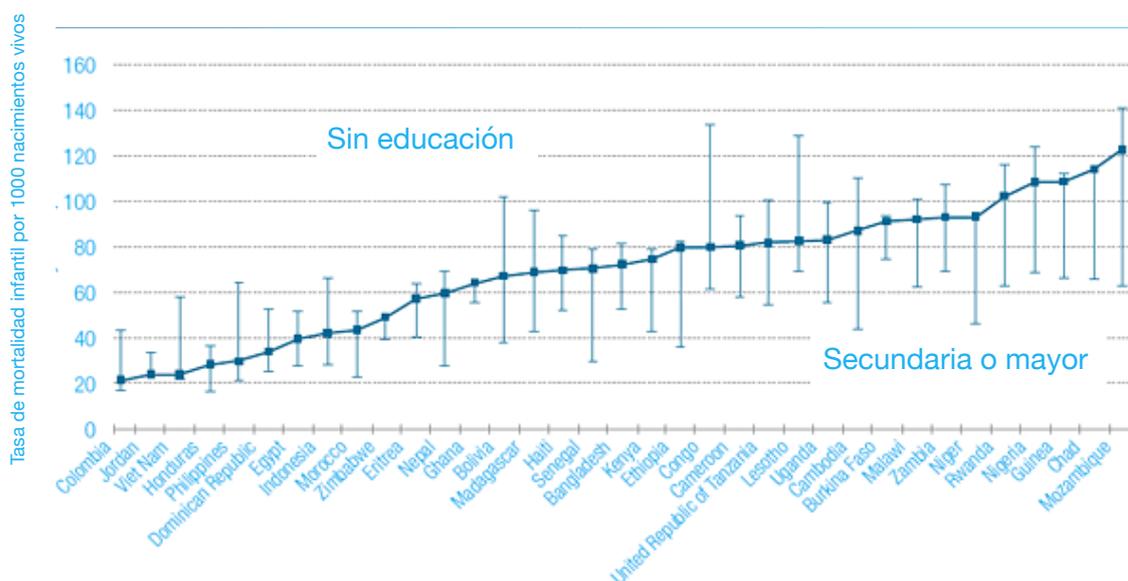
---

<sup>106</sup> Sachs (2015).

<sup>107</sup> Marmot (2015).

**Figura 14**

*Inequidad en tasas de mortalidad infantil entre países y dentro del mismo país en relación a la educación de la madre*



*Nota.* La línea continua horizontal representa la TMI promedio para el país en cuestión. Las líneas verticales representan la TMI según la educación de la madre. Fuente: Commission on the Social Determinants of Health (2008).

Analizando ahora la situación en la Ciudad de Buenos Aires, se observa que los años de escolarización son mayores en los habitantes del norte, intermedios en el centro y menores en el sur (14,77 vs. 13,16 vs.11,25). Como sucede en los estudios realizados en otros países citados en los párrafos anteriores, en la Ciudad de Buenos Aires también mayores años de educación se asocian a mayor edad promedio de muerte y a menor mortalidad infantil. Si se analizan los casos comuna por comuna, en general aquellas comunas cuya población presenta más años de escolarización, la misma vive más y hay menos mortalidad infantil. El único dato llamativo es que la comuna 13, que junto con la 14 presenta más años de escolarización, está en el puesto 5 en mortalidad infantil. El resto de los datos obtenidos de este análisis no guarda sorpresas. El mismo gradiente que se describía para los casos anteriores se puede

encontrar en este análisis, como se ve en la tabla siguiente. El color verde indica los valores más favorables.

**Tabla 24**

*Relación entre años de escolarización, edad promedio al fallecimiento y tasa de mortalidad infantil por Comuna. Año 2017*

Comuna	Años de escolarización	Posición	Edad prom. al fallecimiento	Posición	TMI	Posición	Zona
Total	13,0	-	77,3	-	7,2	-	-
1	12,4	11	75,3	13	9,5	12	Centro
2	14,7	3	81,2	1	3,6	3	Norte
3	12,9	8	76,7	10	8,0	9	Centro
4	11,0	14	73,4	14	11,9	15	Sur
5	13,8	5	78,1	6	8,5	10	Centro
6	13,9	4	79,5	4	2,4	1	Centro
7	12,4	12	75,9	12	8,5	11	Centro
8	10,2	15	70,6	15	9,7	13	Sur
9	11,3	13	76,6	11	10,1	14	Sur
10	12,5	10	77,9	7	3,6	4	Sur
11	12,9	9	78,9	5	6,2	6	Centro
12	13,3	7	77,6	8	7,1	8	Centro
13	14,8	1	80,3	2	4,5	5	Norte
14	14,8	2	80,3	3	3,2	2	Norte
15	13,7	6	77,6	9	6,4	7	Centro

Fuente: Elaboración propia

Se puede decir entonces que hay una relación importante entre el nivel de educación y la salud. Hay que tener en cuenta que esta relación es muy compleja y, como se ha dicho ya en varias oportunidades, muchos son los factores adicionales que

pueden intervenir en ella. Si bien pueden haber algunas excepciones, una mejor educación se asocia habitualmente a mayor nivel económico y mayor status social, los cuales pueden influir en la salud también. Sin embargo, en base a los estudios citados, no hay dudas que lograr un mayor nivel educativo en una población ayudará a mejorar la salud de la misma, independientemente de otros factores<sup>108</sup>.

### **5.c. Indicadores estructurales y salud**

El lugar donde habitan las personas influye significativamente en su estado de salud. “...los barrios que aseguran acceso a bienes básicos, que muestran cohesión social, que están diseñados para promover un bienestar físico y psicológico, que son cuidadosos del entorno natural, son esenciales para la equidad en salud”<sup>109</sup>. Los barrios que no cumplen con estas premisas, llevan a que se desarrollen condiciones menos favorables para la salud de sus habitantes.

El crecimiento caótico, descontrolado y rápido de las grandes ciudades, sin planificación, colaboró ampliamente a que ciertas zonas estén menos favorecidas desde el punto de vista estructural. En este sentido, en las grandes ciudades tanto de países de ingresos bajos y medios (y también de ingresos altos, aunque en menor medida) la migración desde medios rurales al medio urbano ha contribuido al crecimiento desordenado. Además, también ha contribuido a la constitución de asentamientos precarios donde están ausentes prácticamente todos los aspectos

---

<sup>108</sup> Marmot (2015)., Bartley (2017), Sachs (2015).

<sup>109</sup> CSDH (2008).

descriptos en el párrafo previo como necesarios para la equidad en salud, a saber, carencia de cloacas, de agua potable, de seguridad física (con situaciones de violencia diarias), de seguridad laboral, de infraestructura urbana (calles, luces), de cohesión social, con niveles de contaminación elevados y alta densidad poblacional.

Por otro lado, la población de estos establecimientos, al igual que ocurre con la población urbana en general, continuará envejeciendo. Podrá haber diferencias en la esperanza de vida con otras áreas más favorecidas, como se ha visto, pero la tendencia a lo largo de los años es hacia un aumento en la longevidad. Este hecho, en conjunto con una tendencia al aumento de la población urbana que implica mayor migración hacia las grandes ciudades desde las áreas rurales, llevará a que la población que reside en asentamientos precarios continúe aumentando<sup>110</sup>. Es así que si las condiciones básicas mencionadas arriba no mejoran, la superpoblación de estos asentamientos no hará más que empeorar la situación actual.

Las viviendas construidas en estos asentamientos implican también un peligro en sí, debido al uso de materiales inadecuados, de técnicas de construcción poco solventes o de localizaciones peligrosas<sup>111</sup>, por ejemplo, cercanas a ríos contaminados, sobre terrenos no aptos para viviendas o al lado (o abajo) de autopistas.

Los accidentes de tránsito también son una causa importante de muerte y discapacidad. En el mundo, más de 3.400 personas mueren por día en accidentes de

---

<sup>110</sup> Campbell (2007).

<sup>111</sup> National Research Council (2003).

tránsito y millones sufren lesiones a causa de los mismos, generando incapacidades severas que afectan la vida diaria y provocando secuelas con un alto impacto en el largo plazo. Las personas mayormente afectadas son los jóvenes, entre los 15 y 29 años, y el 90% de las muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos, a pesar de que éstos tienen el 54% de los vehículos del mundo. Las muertes y lesiones por accidentes de tránsito son consecuencia de varios factores: una infraestructura de rutas deficiente, uso de vehículos no seguros, la falta de uso de elementos de seguridad (cinturón de seguridad, casco, etc.), manejar bajo la influencia de sustancias como el alcohol o las drogas, cuidados post-accidente inadecuados, y falta de cumplimiento (y falta de controles sobre el cumplimiento) de las leyes de tránsito<sup>112</sup>. Todos estos aspectos están presentes con más frecuencia en las zonas de menores recursos<sup>113</sup>. El crecimiento desorganizado y sin planificación de las ciudades también colabora a que las condiciones del tráfico no sean seguras.

Previamente se mencionó que las zonas de menores recursos tienden a ser más inseguras. Más allá del riesgo para la salud que implican situaciones de violencia directas, el hecho de habitar una zona insegura hace que sus habitantes se adapten a la misma, y tengan hábitos distintos a que si vivieran en zonas más seguras. Por ejemplo, la realización de actividad física está estrictamente relacionada al diseño de las ciudades<sup>114</sup> y a la seguridad en los barrios. La falta de actividad física contribuye al desarrollo de obesidad, la cual es un problema mayor en grupos vulnerables. Más

---

<sup>112</sup> WHO (2018).

<sup>113</sup> Campbell (2007), WHO (2018).

<sup>114</sup> Friel (2007).

allá de la actividad física, estos grupos tienen una mayor ingesta de grasas, azúcares, comidas con elevado contenido calórico y productos altamente procesados<sup>115</sup>.

Finalmente, la urbanización también está llevando a que los problemas de salud de la población viren desde enfermedades infecto-contagiosas a enfermedades no contagiosas, lesiones, alcoholismo o abuso de sustancias y consecuencias de desastres ecológicos<sup>116</sup>.

El impacto en la salud de todas estas carencias estructurales previamente descritas es claro. Para tener una idea de la magnitud de este impacto, vale la pena citar algunos ejemplos. En Nairobi, Kenia, el 60% de la población vive en asentamientos precarios, donde la mortalidad infantil es 2.5 veces mayor que en otras áreas de la ciudad. En Manila, Filipinas, el 39% de los niños que viven en asentamientos precarios de entre 5 y 9 años están infectados con tuberculosis, lo que duplica la tasa nacional<sup>117</sup>.

El indicador que se utiliza en el capítulo previo para estimar las carencias estructurales es el que mide las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El mismo evalúa factores estructurales como condiciones de la vivienda, la presencia de cloacas y el hacinamiento, y también factores asociados a la escolarización de los niños e ingresos familiares. Si bien no contempla todos los aspectos previamente descritos,

---

<sup>115</sup> CSDH (2008).

<sup>116</sup> Campbell (2007).

<sup>117</sup> CSDH (2008).

como por ejemplo muertes por accidentes de tránsito, obesidad o seguridad, sí nos permite tener una idea de las condiciones en las que viven las personas, básicamente, si las mismas son precarias o no. Y las condiciones de vida precarias, como se vio, se asocian a mayor riesgo habitacional por déficit estructurales de las viviendas, mayor exposición a agentes contaminantes por la localización de las viviendas, mayor morbimortalidad por accidentes de tránsito, mayor inseguridad, mayor sedentarismo y mayor obesidad.

En el caso de la Ciudad de Buenos Aires, el porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas es muy bajo en el norte, intermedio en el centro y elevado en el sur (2,33% vs. 7,33% vs. 9,45%). Si se analizan los datos por comuna, aquellas que presentan el mayor porcentaje de población con NBI son las comunas 1, 4 y 8 (18,1%, 14,9% y 13,8%, respectivamente).

Cuando se habla de NBI, es importante considerar a los asentamientos precarios, ya que es de esperar que las zonas de la ciudad que tengan un mayor número de habitantes viviendo en asentamientos precarios, tengan un mayor porcentaje de población con NBI. En nuestro caso, este hecho se cumple, ya que las comunas que presentan mayor porcentaje de la población con NBI son precisamente aquéllas donde están los asentamientos precarios más grandes de la Ciudad. Las villas 31 y 31 bis están en la Comuna 1, la 15 y la 20 en la comuna 8, y la 21-24 en la comuna 4<sup>118</sup>. Como excepción, la Comuna 3, que no tiene ningún asentamiento precario importante, le sigue a las tres previas en población con NBI. La comuna 7,

---

<sup>118</sup> <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24206> (última consulta junio 2018).

donde se encuentra la villa 1-11-14, una de las más grandes de la Ciudad, le sigue a la Comuna 3. En la tabla 25 se muestra a la población de los asentamientos precarios de la ciudad, y en la figura 15 se muestra la localización de las villas de emergencia y asentamientos en la Ciudad de Buenos Aires.

**Tabla 25**

*Población residente en villas de emergencia, asentamientos, y núcleos habitacionales transitorios (NHT). Año 2010*

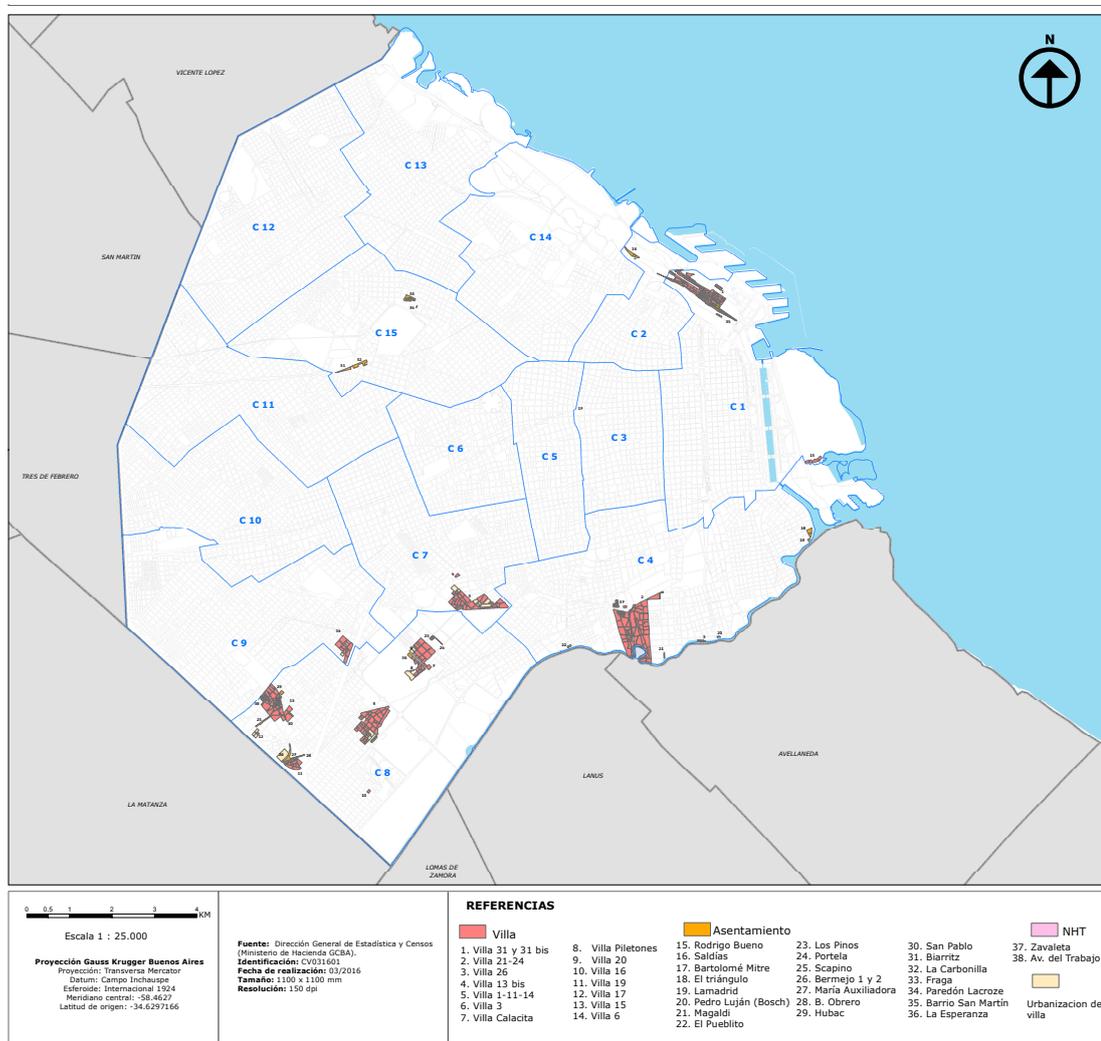
Villa o asentamiento	Población	Comuna	Total por comuna	Población comuna (2010)	% población en villa o asent.	NBI comuna (2010)
31 y 31 bis	26.942	1	42.510	205.886	20,65	18,1 %
15	15.568					
20	19.195	8	38.567	187.237	20,60	13,8 %
3	10.144					
Piletones	5.218					
19	4.010					
21-24	29.782	4	29.782	218.245	13,65	14,9 %
1-11-14	25.973	7	25.973	220.591	11,77	9,8 %
14	9.511	9	9.511	161.797	5,88	5,3 %

*Nota.* En la tabla se reflejan las villas o asentamientos que tienen más de 4.000 habitantes.

Fuente: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=24206> (última consulta noviembre 2018).

**Figura 15**

*Localización de villas, asentamientos y núcleos habitacionales transitorios (NHT) por comuna. Año 2010*



Fuente: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar> (última consulta noviembre 2018).

Ahora bien, considerando la situación en la Ciudad de Buenos Aires, cuando se relaciona el porcentaje de población con NBI con los indicadores de salud previamente utilizados (edad promedio al fallecimiento y TMI), se observa que las tres comunas con peores indicadores de NBI (la 1, la 8 y la 4), son las que tienen los peores indicadores en salud. Las comunas con edad promedio al fallecimiento más

baja son la 8, 4 y 1 (de peor a mejor), y las comunas con la TMI más elevada son la 4, 9, 8 y 1 (de peor a mejor).

**Tabla 26**

*Comparación NBI, edad promedio al fallecimiento y TMI por Comuna de la Ciudad de Buenos Aires*

Comuna	NBI	Posición	Edad prom Fall	Posición	TMI	Posición	Zona
Total	7,0	-	77,3	-	7,2	-	-
1	18,1	15	75,3	13	9,5	12	Centro
2	2,4	3	81,2	1	3,6	3	Norte
3	12,6	12	76,7	10	8,0	9	Centro
4	14,9	14	73,4	14	11,9	15	Sur
5	6,3	10	78,1	6	8,5	10	Centro
6	2,4	4	79,5	4	2,4	1	Centro
7	9,8	11	75,9	12	8,5	11	Centro
8	13,8	13	70,6	15	9,7	13	Sur
9	5,3	9	76,6	11	10,1	14	Sur
10	3,8	7	77,9	7	3,6	4	Sur
11	2,4	5	78,9	5	6,2	6	Centro
12	1,9	1	77,6	8	7,1	8	Centro
13	1,9	2	80,3	2	4,5	5	Norte
14	2,7	6	80,3	3	3,2	2	Norte
15	5,1	8	77,6	9	6,4	7	Centro

Fuente: Elaboración propia

Como se puede ver en la tabla 26, las comunas con peores niveles de NBI están entre las que tienen peores indicadores en salud. El resto de las comunas tienen un nivel de NBI significativamente menor que las comunas 1, 4, 3, 7 y 8, con indicadores de salud más favorables.

#### **5.d. Indicadores sociales y salud**

Como se dijo anteriormente, los indicadores sociales se refieren a todos aquellos hábitos que tiene la población que puedan impactar en la salud y que incluyen la actividad física, el consumo de frutas y verduras, el consumo de pescado y el descanso. Un estudio completo de estos hábitos debería incluir la prevalencia de tabaquismo y de obesidad en la sociedad. Sin embargo, una búsqueda de datos sobre estos hábitos en la Ciudad de Buenos Aires por zona o por comuna no obtuvo resultados.

La literatura médica ha demostrado sobremano los beneficios de la actividad física, del consumo de frutas y verduras y del consumo de pescado en la prevención de enfermedades como el accidente cerebrovascular, el infarto u otras enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer como el cáncer de colon o el cáncer de mama, la reducción del riesgo de diabetes y una mejora global de la calidad de vida<sup>119</sup>. La evidencia científica es abrumadora en este sentido, no siendo el objetivo

---

<sup>119</sup> <http://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>  
<https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/pa-health/index.htm>  
<https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/nutrition-basics/aha-diet-and-lifestyle-recommendations>

de este trabajo hacer una revisión bibliográfica sobre el tema, sino simplemente destacar la importancia del mismo y del impacto positivo de estas conductas en la salud de los individuos.

#### **5.e. Conclusiones del capítulo “Impacto de los aspectos económicos, educativos, estructurales y sociales en la salud de la población de la Ciudad de Buenos Aires”**

Son varios los factores que, desde fuera del ámbito de la salud, influyen significativamente en la misma. Se ha visto cómo factores económicos ligados al ingreso impactan en la salud de las personas, así como la educación, el tipo y lugar de residencia y las conductas saludables. Un menor ingreso, vivir en un país pobre, menos años de educación, una vivienda precaria, un barrio inseguro física y estructuralmente, el sedentarismo y la mala alimentación se asocian todos a peor salud y mayor mortalidad. El análisis del conjunto de dichos factores, denominado determinantes sociales de la salud, es de fundamental importancia para entender los mecanismos a través de los cuales se producen las inequidades en salud.

## **6. Modelos teóricos que explican la inequidad en salud**

La Ciudad de Buenos Aires presenta niveles de inequidad muy elevados a pesar de tener un nivel de vida global alto (definido por variables como, por ejemplo, el PBI per cápita, como se ha analizado). Se ha visto que los habitantes del norte de la ciudad tienen mejores niveles de ingresos, de educación, de condiciones estructurales y de hábitos saludables que el centro y sur, y que todo esto impacta en la salud. Se ha visto también que existe un gradiente. Entre los habitantes más desfavorecidos del sur y los más favorecidos del norte hay un gran número de habitantes que se encuentran entre estos dos extremos, cuyo nivel de vida aumenta gradualmente a medida que nos desplazamos hacia el norte.

Como ya se mencionó previamente, este hecho no es exclusivo de la Ciudad de Buenos Aires, sino que se ha observado en muchas de las grandes ciudades del mundo. Cabe recordar que lo llamativo en este caso es que estas condiciones se dan en jurisdicciones relativamente pequeñas, bajo una misma forma de gobierno y con condiciones geográficas, históricas y culturales muy similares. Esto no sucede cuando se analizan inequidades entre países o regiones, donde otros aspectos pueden ser relevantes, más allá de los políticos. Por ejemplo, el pasado colonial de África y su influencia aún en la actualidad, el gran desarrollo industrial de Europa y América del Norte en comparación con otras regiones, el este de Europa ex comunista y el oeste democrático, son todos factores históricos que determinaron diferencias significativas entre países. Pero cuando se habla de inequidad, se hace referencia estrictamente a las

diferencias que se dan en poblaciones con un pasado en común, pertenecientes a un mismo gobierno, relativamente homogéneas<sup>120</sup>.

A la hora de explicar los mecanismos por los cuales se produce la inequidad en salud, surgen diversas teorías que han sido desarrolladas por numerosos autores. Algunos de ellos, como veremos, son más proclives a inclinarse por una teoría en detrimento de otras. Otros, tienen un enfoque más multicausal y toman aspectos de cada una. A grandes rasgos, podemos dividir los modelos actuales que explican la inequidad en salud en tres: el modelo materialista, el modelo psicosocial y el modelo de comportamiento.

El modelo materialista abarca aspectos como el trabajo o vivienda, pero también los ingresos. Mucho se ha escrito sobre la relación entre ingresos y salud, y sobre la relación entre la inequidad de ingresos y salud. Desarrollaremos estos aspectos oportunamente. El modelo psicosocial incluye conceptos fundamentales, como ser la privación relativa y el desempoderamiento. Finalmente, el modelo de comportamiento hace referencia a cómo las conductas de las personas, ya sea en el ámbito individual o a nivel socio-cultural, pueden influir en su salud. A continuación se analizarán los tres modelos.

### **6.a. Modelo materialista**

---

<sup>120</sup> Bartley (2017).

El modelo materialista intenta explicar las inequidades en salud en base a factores llamados materiales. Estos comprenden el ingreso, el tipo de trabajo realizado y las potenciales exposiciones laborales nocivas que pueda implicar, las exposiciones ambientales, el tipo de vivienda y la seguridad o inseguridad habitacional que conlleva, el costo de vida, la educación, el acceso a la salud, entre otros.

Los autores del Black Report en el Reino Unido destacan la importancia de la “pobreza, condiciones laborales ... y privación en sus muchas formas en el hogar y en el ambiente, en el trabajo, en la educación y en la crianza de niños, y más generalmente en la familia y en la vida social”.<sup>121</sup> Muchos autores enfatizan que la salud es peor y la esperanza de vida es más baja en individuos de menores ingresos<sup>122</sup>. Es más, el gradiente está presente en este hecho, ya que a medida que aumentan los ingresos, los individuos presentan mejor salud y mayor esperanza de vida<sup>123</sup>. Por otro lado, se ha descrito que la inequidad de ingresos es dañina no sólo para las personas con menores ingresos, sino también para las personas de mayores ingresos. Se ha incluso descrito un umbral de inequidad a partir del cual efectos nocivos en la salud empiezan a aparecer<sup>124</sup>.

Las explicaciones materialistas típicamente vinculan los ingresos al tipo de trabajo que una persona puede tener y al tipo de vivienda que puede comprar<sup>125</sup>. Por

---

<sup>121</sup> Gray (1982).

<sup>122</sup> Bartley (2017), Aittomaki (2012)

<sup>123</sup> Marmot (2015), Bartley (2017)

<sup>124</sup> Kondo (2012).

<sup>125</sup> Bartley (2017).

un lado, una persona que tiene ingresos mayores habitualmente tiene menor exposición laboral a agentes nocivos para la salud, ya que los trabajos peores pagos implican condiciones laborales más desfavorables, como estar en contacto con tóxicos, ambientes húmedos y sucios, trabajo manual, mayor exigencia física y mayor riesgo para la integridad física de la persona. Un ejemplo de esto último serían los trabajos en la construcción. Una persona de mayores ingresos tiene mayor seguridad laboral, trabaja en ambientes más saludables y no tiene exposición a sustancias tóxicas.

Ahora bien, a pesar de estas afirmaciones, muchos estudios demuestran que es difícil vincular los riesgos laborales con las enfermedades.

Los químicos causantes de cáncer en los lugares de trabajo (carcinógenos ocupacionales), por ejemplo, están estimados en algunos estudios como agentes causales en el 40% de los casos de cáncer de pulmón, pero en otros estudios causan menos del 1%. ... Humos y polvos pueden ser agentes causales de alrededor del 10% de las muertes por enfermedades pulmonares como bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los accidentes industriales ... ocurren en 0,56 por 100.000 trabajadores. (Bartley, 2017, p. 109)

Por otro lado, la relación ingreso - trabajo no es tan directa como la relación ingreso - vivienda. La vivienda es un bien, tiene un precio, y se puede comprar o vender. El trabajo no se puede ni comprar ni vender. Una persona accede a un trabajo

en base a múltiples factores, no lo compra. Es por eso que cuando se analiza la relación ingreso-trabajo, es necesario, como dice Bartley, tener un enfoque más amplio.

El mismo autor, junto con Blane y Smith<sup>126</sup>, considera que las explicaciones materialistas se vinculan mucho con las experiencias personales que surgen de la estructura y organización social, sobre las cuales el individuo no tiene control. Una persona que tiene un origen humilde, que forma parte de una familia de pocos ingresos, tendría menos probabilidades de conseguir un trabajo mejor pago y menos peligroso para su salud debido a la falta de formación, de contactos o de influencia. En el otro extremo, una persona de un origen socioeconómico más alto, tendría mayores posibilidades de lograr un trabajo mejor pago y más seguro debido a su formación, sus contactos y su influencia en la sociedad. Esto no está vinculado directamente al ingreso de la persona en cuestión, pero sí al contexto histórico y familiar, y a la serie de eventos favorables o desfavorables que se fueron acumulando a lo largo de su vida.

La relación entre los ingresos y el tipo de vivienda es más directa. Como se dijo, la vivienda es un bien y se puede comprar. El precio dependerá de muchos factores, algunos vinculados a la ubicación (si es una zona con mucha contaminación, insegura, con mucho tráfico, o no), otros al estado de la misma. Una vivienda ubicada en una zona expuesta a la polución, en una zona insegura o en una zona con mucho tráfico, o una vivienda húmeda, mal ventilada, mal calefaccionada, o pequeña para el

---

<sup>126</sup> Blane, Bartley y Smith (1997).

grupo familiar (hacinamiento), es nociva para la salud y supone una exposición de riesgo para la persona que la habita. Bartley<sup>127</sup> cita una serie de estudios que vinculan la vivienda con peores resultados en salud. Por ejemplo, la presencia de humedad y moho en la vivienda se asocia a infecciones y asma, las personas que no pueden pagar un nivel de calefacción adecuado sufren mayores problemas de salud y tienen mayor mortalidad en invierno, particularmente las personas mayores.

Sin embargo, el hecho de tener una vivienda y un ámbito laboral seguros, que definitivamente implican una mejor calidad de vida y mejor salud, no explican el grado de inequidad en salud que se observa en estos días. Analizando en conjunto los estudios sobre el enfoque materialista, los factores descriptos previamente (riesgos laborales y habitacionales) serían responsables de menos del 25% de las muertes. Por otro lado, cuando se analiza el conjunto de ingreso, la clase social y el área de residencia, aquellos más desfavorecidos presentan una probabilidad del 40 al 150% mayor de padecer enfermedades o muerte con respecto a los grupos más favorecidos. Estos valores no llegan a explicar diferencias de más de 10 años de esperanza de vida en los grupos analizados<sup>128</sup>. Esto ha llevado a considerar otros enfoques, que analizaremos más adelante.

Siguiendo con un enfoque materialista, otros autores también vinculan la pobreza (definida por el nivel de ingresos) con el analfabetismo y su impacto en la

---

<sup>127</sup> Bartley (2017), cita estudios de Roberts (1997), Martin, Platt y Hunt (1987), Platt (1989), Gunnbjörnsdóttir (2006), Webb, Blane y de Vries (2013), Eng y Mercer (2000), Mercer (2003), Lloyd (1991), Mitchell (2002), y Lloyd (1978).

<sup>128</sup> Bartley (2017).

salud. Según Geoffrey Sachs, “la pobreza y la mala salud van juntas (...) La pobreza se asocia también a analfabetismo y por lo tanto, pocos conocimientos sobre la salud y conductas poco saludables”<sup>129</sup>.

Otro aspecto relacionado con el ingreso es el costo que tiene llevar un estilo de vida saludable. Un estilo de vida saludable implicaría una dieta balanceada, rica en frutas y verduras, con aporte de carnes de diverso origen, incluido el pescado, y pobre en azúcares simples. También incluye realizar actividad física de manera regular. El primer problema que se encuentra es que, en general, los alimentos saludables son más costosos que otros menos saludables. El costo de ingerir 4 o 5 porciones de frutas y/o verduras por día, de pescado una o dos veces por semana, o de carne vacuna una vez por semana, puede ser demasiado para una persona o familia con ingresos limitados. Esto obligaría a la ingesta de alimentos más baratos (generalmente más procesados, con más grasas y azúcares), o a un aporte calórico insuficiente. Por otro lado, en muchos aspectos el costo de los bienes está determinado por el ingreso de la población más pudiente<sup>130</sup>. Vivir en regiones o ciudades con un alto nivel de ingreso puede ser económicamente catastrófico para las personas con ingresos más bajos, lo que limitaría mucho el acceso a una alimentación adecuada. Con respecto a la actividad física, el hecho de vivir en zonas inseguras hace que las personas sean menos propensas a realizar actividades al aire libre. De más está decir que en el caso de una familia pobre, el hecho de pagar un gimnasio es un lujo inaccesible. Se puede

---

<sup>129</sup> Sachs (2015).

<sup>130</sup> Bartley (2017).

decir entonces que, a menores ingresos, la alimentación y el nivel de actividad física suelen ser inadecuados.

Hay un hecho sumamente interesante cuando se analiza históricamente la esperanza de vida por grupo social, que hace que las explicaciones materialistas deban ser tenidas en cuenta seriamente. Un estudio en el Reino Unido<sup>131</sup> analizó la mortalidad según clase social y grupo etéreo en 1931, 1951, 1961, 1971, 1981 y 1991<sup>132</sup>. En todos los grupos, la mortalidad bajó entre 1931 y 1991. Sin embargo, este descenso de la mortalidad fue mucho mayor en las clases sociales altas con respecto a las clases sociales más bajas. Es más, en el grupo de edad de entre 55 y 64 años, en las clases sociales más altas la caída fue tremendamente abrupta, mientras que en la clase social más baja prácticamente no hubo cambios. Según los autores del trabajo, el hecho de que los aspectos psicosociales hayan cambiado poco o incluso empeorado cuando se compara la situación en 1931 con la situación actual en el Reino Unido, hace que las explicaciones materialistas tomen un peso mayor cuando se analizan estos datos.

Lynch<sup>133</sup> es otro de los autores que destacan fuertemente el enfoque materialista, al afirmar que cualquier análisis que se realice entre ingresos y salud debe comenzar con las causas estructurales de la inequidad. En este sentido, afirma,

---

<sup>131</sup> Blane, Bartley y Smith (1997).

<sup>132</sup> Estos años pertenecen a los censos nacionales realizados en el Reino Unido. En el año 1941 no se realizó ningún censo debido al desarrollo de la Segunda Guerra Mundial.

<sup>133</sup> Lynch (2000).

un enfoque que se centre en aspectos psicosociales estaría alejado de la realidad. Introduce el concepto de neo-materialismo, que afirma que las inequidades en salud surgen como consecuencia de la acumulación de exposiciones y experiencias negativas que tienen origen en el mundo material. La “matriz neo-material” contemporánea está formada por la educación, los servicios de salud, el transporte, los controles ambientales, la disponibilidad de comida, la calidad de la vivienda y las regulaciones laborales vinculadas a la salud. Concluye que la combinación del ingreso individual y esta matriz neo-material provee un marco adecuado para explicar la relación entre inequidad de ingresos y salud. Una persona con ingresos bajos estará expuesta a distintos procesos históricos, culturales, políticos y económicos que van a influenciar negativamente su nivel de educación, el acceso a la salud, la elección del ambiente donde viva, el acceso al transporte, la calidad de la comida que ingiere, la calidad de su vivienda y su seguridad laboral. Por lo tanto, “la inequidad de ingresos en sí es solo una manifestación de un grupo de condiciones materiales que afectan la salud de la población.”<sup>134</sup>

Al analizar la relación entre inequidad de ingresos y salud, Wilkinson y Pickett no están de acuerdo con el análisis realizado por Lynch, al tener un enfoque más bien psicosocial de la relación. Estos autores dicen que “diferencias de ingresos grandes aumentan la distancia social, acentuando las diferencias sociales o de status”<sup>135</sup>, lo que tendría un efecto negativo en la salud de los individuos involucrados. Estos dos

---

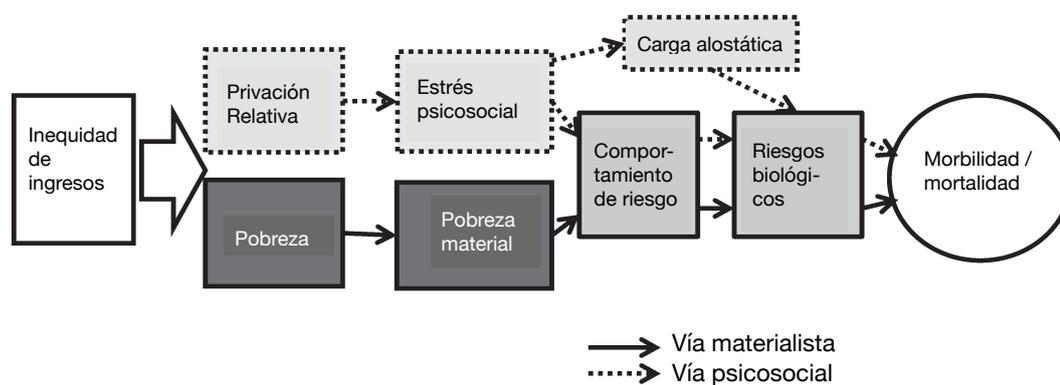
<sup>134</sup> Lynch (2000)

<sup>135</sup> Pickett y Wilkinson (2015).

enfoques están muy claramente definidos por Kondo<sup>136</sup>, quien los toma como base para plantear dos vías no mutuamente excluyentes, una materialista y la otra psicosocial, a través de las cuales la inequidad de ingresos puede afectar la salud.

**Figura 16**

*Vías causales de la inequidad en salud*



Fuente: Kondo (2012).

En el párrafo anterior, a raíz del análisis del trabajo de Lynch, se introdujo el concepto de inequidad de ingresos y su influencia en la salud. Cuando se habla de esta relación, es necesario hacer una aclaración. Muchos estudios comparan los ingresos midiendo, por ejemplo, el PBI per cápita de una nación, con la esperanza de vida de esa nación. Sin embargo, esto no se refiere a inequidad en salud. Sí puede hacer referencia a las inequidades de ingresos entre países. Como se ha dicho previamente, cuando uno habla de inequidad en salud, se refiere en general a las diferencias que observa en la salud de las personas que viven bajo un mismo ámbito, por ejemplo, una ciudad o una pequeña región. Otros estudios, como los mencionados arriba, analizan

<sup>136</sup> Kondo (2011).

la relación entre inequidad de ingresos y salud, comparando por ejemplo el índice de Gini con la esperanza de vida. En estos casos, se observa que sociedades más equitativas (siempre hablando de ingresos), tienen mejor salud. Pero no encarar el problema de la inequidad en salud. Es decir, no explican por qué una persona que vive en un mismo ámbito que otra, puede vivir unos cuantos años menos.

Una crítica que se realiza a quienes establecen que la inequidad de ingresos implica un detrimento en la salud es que en muchos casos la relación entre inequidad de ingresos e inequidad en salud no puede ser explicada tan claramente y los mecanismos mediante los cuales bajos ingresos se asocian a peor salud, no han sido explicados de manera convincente<sup>137</sup>. “A pesar de que se postula como una hipótesis que la inequidad de ingresos es una amenaza a la salud de la población, pocos estudios se han referido a los mecanismos por los cuales la inequidad de ingresos afecta adversamente a la salud de la población<sup>138</sup>”.

Un cuestionamiento que surge al considerar el modelo materialista, es que el mismo no se adapta muy bien al gradiente social que se ha descrito previamente. La existencia de un gradiente en muchas sociedades es un hecho aceptado por la gran mayoría de los autores que investigan las inequidades en salud. La gran mayoría de los autores citados en este trabajo así lo consideran. El dilema es el siguiente: una persona que no se encuentra en los extremos del estrato social seguramente no tenga una exposición laboral riesgosa, o muy probablemente su vivienda sea segura en lo

---

<sup>137</sup> Bartley (2017), Kondo (2008).

<sup>138</sup> Kondo (2008).

que hace a la salud de sus ocupantes. Los riesgos descritos previamente difícilmente se encuentren en una familia con un ingreso que la ubicaría en el segundo nivel de ingresos, si uno considera la clasificación que se usa en el Reino Unido<sup>139</sup>. ¿Cómo explicar entonces, en base al modelo materialista, que un individuo de esta familia viva algunos años menos que otro perteneciente al grupo uno? Difícilmente sea por las condiciones de su vivienda o por su trabajo. Puede ocurrir que una persona con ingresos mayores tenga menor riesgo laboral que una con ingresos inmediatamente por debajo. O que viva en una vivienda un poco más saludable, porque ésta sea más grande, esté ubicada en una zona ambientalmente más favorecida, o tenga un jardín más grande. Pero difícilmente estas diferencias expliquen las diferencias en la esperanza de vida. Por lo tanto, es necesario analizar otros factores que puedan estar provocando estas diferencias.

En síntesis, si bien en algunas situaciones extremas está claro que peores condiciones laborales, de vivienda y de ingresos pueden llevar a marcadas diferencias de salud, cuando se pone en contexto el análisis a la sombra de un gradiente social, la relación no está tan clara. En el análisis realizado, parece fácil explicar por qué en las comunas del sur los indicadores de salud son peores que en las del norte bajo la teoría materialista. Pero no es tan convincente para explicar por qué existe el gradiente que se describió en los capítulos previos, con un empeoramiento progresivo de los indicadores hacia las comunas del sur. Finalmente, considerando la relación entre

---

<sup>139</sup> En el Reino Unido se clasifica a la población en 5 niveles según los ingresos, siendo el nivel 1 la población de mayor ingresos y el nivel 5, la de menor.

inequidad de ingresos y salud, si bien la misma se asocia a peor salud, los mecanismos por los cuales se da esta relación no están del todo aclarados<sup>140</sup>.

### **6.b. Modelo psicosocial**

Más allá de las diferencias en cuanto a ingresos, tipo de vivienda o tipo de trabajo que puedan llevar a niveles inequitativos de salud, este modelo establece que los factores psicosociales juegan un papel importante. Los factores de riesgo psicosociales incluyen el apoyo social, el control y la autonomía en el trabajo, el balance entre trabajo y hogar, y el balance entre esfuerzos y recompensas<sup>141</sup>. Tomando en cuenta esta teoría, las comparaciones entre grupos llevarían a que el grupo menos favorecido se sienta privado con respecto al otro, en lo que se conoce como privación relativa.

Marmot considera que los factores psicosociales juegan el papel principal al explicar las causas de la inequidad en salud. Establece que la razón principal por la cual existe esta inequidad no es la falta de acceso a la salud, la inexistencia de centros sanitarios, los bajos ingresos o un bajo nivel educativo. Lo más importante es la privación relativa y el desempoderamiento. La primera se refiere específicamente a la falta de bienes materiales considerados básicos en una sociedad y es propia de cada sociedad, dependiendo de los valores de la misma e independientemente del nivel de ingresos. La segunda se refiere a la falta de control de un individuo sobre su propia

---

<sup>140</sup> Bartley (2017), Marmot (2015), Kondo (2008).

<sup>141</sup> Bartley (2017), Marmot (2015).

vida, sobre la capacidad de decidir sobre su destino. Tanto la privación como el desempoderamiento son inversamente proporcionales al gradiente social: cuanto más bajo se ubica una persona en el gradiente social, mayor es el nivel de privación y de desempoderamiento.

Al surgir de la comparación con grupos de referencia, la privación relativa puede darse en sociedades de recursos económicos altos, medios o bajos. Una persona que por estándares internacionales tenga ingresos altos puede sentirse privada si vive en una sociedad rica y sus ingresos se encuentran en los deciles más bajos. A la inversa, una persona que viva en un país pobre y tenga ingresos bajos con respecto a estándares internacionales pero en los deciles más elevados de su sociedad, puede sentirse afortunada y tener un grado muy bajo de privación. Es decir, la privación es relativa a la sociedad donde viva el individuo, al momento histórico y a los sentimientos que genere en el individuo la comparación con otro grupo.

Según describe Mel Bartley<sup>142</sup>, el modelo psicosocial se enfoca en la manera en la cual la inequidad social hace que la gente se sienta, y en cómo estos sentimientos pueden por si mismos alterar la química del cuerpo. Al sentirse privado con respecto a otro grupo más favorecido, este modelo establece que el individuo lo percibe como una amenaza, con el consecuente desencadenamiento de las reacciones típicas del estrés. Como aquí se está ante un evento crónico y no un episodio agudo aislado, el estado de estrés es crónico. Asimismo, Kondo describe que un aumento en la percepción individual de privación relativa “resulta en frustración, vergüenza,

---

<sup>142</sup> Bartley (2017).

estrés y respuestas maladaptativas (por ejemplo, tabaquismo)<sup>143</sup>, con los consecuentes efectos negativos en la salud.

El estrés es la respuesta normal del cuerpo ante un estímulo que es percibido como una amenaza. Es esencial para la supervivencia del ser humano, ya que prepara al cuerpo para hacer frente a dicho estímulo (reacción de lucha o huida). En su fase aguda, hay un aumento de los niveles de adrenalina, que genera un cambio en el flujo de sangre corporal, destinándola a los músculos y el cerebro, en detrimento del tubo digestivo y la piel. Hay un aumento de la presión y de la frecuencia cardíaca para asegurar el flujo de sangre. La frecuencia respiratoria aumenta para asegurar una correcta oxigenación y las pupilas se dilatan para favorecer la visión. Estos cambios deberían ser temporales, ya que una vez que el individuo haya superado el estímulo amenazante, ya sea luchando o huyendo, todos estos cambios se revierten. Sin embargo, ante un estímulo amenazante crónico, como por ejemplo la percepción de estar en desventaja en la sociedad o la falta de control sobre el ámbito laboral, el estrés también se cronifica. Además, en estos casos en general no hay una forma obvia de luchar o huir<sup>144</sup>. Esto implica un aumento de los niveles de cortisol en el organismo, que perpetúan los efectos agudos de la adrenalina descritos previamente. Por ejemplo, una persona con estrés crónico va a tener la presión arterial elevada, una frecuencia cardíaca también elevada, y un perfil lipídico anormal, lo que va a producir daño a nivel de los vasos sanguíneos. Esto puede llevar a un aumento de las afecciones cardiovasculares o cerebrovasculares, provocando enfermedades o la

---

<sup>143</sup> Kondo (2012).

<sup>144</sup> Bartley (2017).

muerte. Varios estudios han demostrado la relación entre hipertensión y posición social desfavorable<sup>145</sup>. Otro estudio<sup>146</sup> demostró que las personas que se sentían poco reconocidas en el trabajo presentaban niveles elevados de fibrinógeno, otra molécula asociada con el estrés. Es de destacar que en muchos estudios, las personas que participaban de los mismos no eran pobres. Muchos eran empleados administrativos, que no se encontraban en la base de la pirámide de ingresos, hecho que va a favor de la teoría del gradiente social.

Previamente se mencionaron los factores de riesgo psicosociales, a saber el apoyo social, el control y autonomía en el trabajo, el balance entre trabajo y hogar, y el balance entre esfuerzos y recompensas. El apoyo social es uno de los factores psicosociales que más fuertemente ha sido vinculado a la salud<sup>147</sup>. Numerosos estudios han demostrado que los individuos que se encuentran en posiciones sociales ventajosas tienden a recibir más apoyo social, especialmente fuera de su círculo familiar inmediato<sup>148</sup>. Por otro lado, se lo ha considerado al apoyo social como un factor clave para combatir otros tipos de estrés, por ejemplo, aquellos relacionados al trabajo<sup>149</sup>.

---

<sup>145</sup> Bartley (2017) cita estudios de Brunner (1993) y von Känel (2001).

<sup>146</sup> Siegrist (1995).

<sup>147</sup> Bartley (2017).

<sup>148</sup> Marmot (1991), Power y Matthews (1997), Matthews, Stansfield y Power (1999), Bartley (2017).

<sup>149</sup> Steptoe (2000), Vahtera (2000), Bartley (2017).

Con respecto al control y a la autonomía en el trabajo, el hecho de enfrentar altos niveles de demanda y al mismo tiempo tener poco control sobre el trabajo ha demostrado ser nocivo para la salud en muchos estudios. Por otro lado, un mayor control sobre el trabajo asociado a una mayor autonomía resulta en mejores condiciones de salud. El estrés constituye el mecanismo por el cual esto sucedería. Las personas con menor control y autonomía en el trabajo están sometidas a mayores niveles de estrés, lo que lleva a las condiciones nocivas en el cuerpo previamente descritas<sup>150</sup>. Otro aspecto importante de este modelo, la falta de relación entre esfuerzos y beneficios, tendría efectos similares en la salud a través de los mismos mecanismos.

Un aspecto interesante del modelo psicosocial es que se adapta perfectamente al gradiente social. Ya se dijo previamente que el gradiente social es un hecho aceptado por los autores que estudian la inequidad en salud, y que se observa en todo tipo de sociedades, ricas o pobres. Cuando uno toma el modelo materialista, se hace difícil explicar bajo esos preceptos el hecho de que una persona que esté justo por debajo de otra que está en la punta de la pirámide social o de ingresos, tenga peor salud, ya que en teoría no hay factores “materiales” que puedan afectar su salud. Sin embargo, al compararse esta persona “menos favorecida” con la otra, los mecanismos que describe el modelo psicosocial podrían tener lugar y podrían explicar las pequeñas pero reales diferencias en salud que se encuentran entre estos dos grupos. Las sutilezas son tales, que a veces el hecho de poseer más o menos bienes (lo que refleja el ingreso y posición social) es indicativo del nivel de salud del individuo. En

---

<sup>150</sup> Bartley (2017).

el Reino Unido, aquellas personas pertenecientes al estrato socioeconómico más alto que tenían dos autos vivían más que aquellas del mismo estrato pero que tenían un solo auto<sup>151</sup>.

Otro aspecto igualmente interesante es que entre aquellos autores que estudian la inequidad de ingresos y su relación con la salud, muchos utilizan este modelo para explicar el mecanismo por el cual bajos ingresos se asociarían a peor salud. Wilkinson, uno de los principales autores que tratan el tema de la inequidad de ingresos en salud, junto con Pickett, consideran que “diferencias de ingresos grandes aumentan la distancia social, acentuando las diferencias sociales o de status”<sup>152</sup>, como fue descrito previamente. Estas diferencias producen en el individuo más desfavorecido emociones negativas que llevan al desarrollo de respuestas de estrés crónico. Es más, esta percepción de inequidad llevaría a conductas nocivas hacia la persona misma y hacia terceros (aumento de la violencia), estaría asociada a depresión, embarazo adolescente, obesidad, tabaquismo, entre otros. Finalmente, si el individuo tiene una percepción de inequidad muy grande, es menos probable que participe en organizaciones comunales, desarrollará menor confianza en sí y en su entorno, llevando a conductas antisociales, que afectan no sólo al individuo en cuestión, sino a toda la población<sup>153</sup>.

---

<sup>151</sup> Bartley (2017), citando a Goldblatt (1990).

<sup>152</sup> Pickett y Wilkinson (2015).

<sup>153</sup> Bartley (2017).

En contraposición a las posturas que describen la importancia del modelo psicosocial, Lynch<sup>154</sup> enumera los puntos débiles que presenta dicho enfoque. Por un lado, establece que el modelo psicosocial considera que el impacto que los aspectos psicosociales tienen en la salud puede ser comprendido sin tener en cuenta las condiciones materiales que estructuran la experiencia diaria, las cuales serían en realidad anteriores a la impresión o sentimientos que una persona pueda tener en relación a la inequidad que generan las mismas. Por otro lado, cuestiona los beneficios de la cohesión social y las redes de contención social, ya que establecen que las mismas pueden ser tanto beneficiosas como nocivas, dependiendo del contexto. Asimismo, considera que la definición de cohesión social o capital social es vaga y de poca utilidad en la salud pública, principalmente debido al aspecto horizontal de estas definiciones, sin considerar las estructuras sociales verticales más formales (políticas, económicas y legales). Por último, establece que el enfoque psicosocial no tiene en cuenta el contexto material en el cual se da el análisis de los factores psicosociales.

Es decir, Lynch considera que el enfoque psicosocial no toma al enfoque materialista con la importancia que merecería, el cual constituye la base o da el contexto en el cual se desarrolla la vida de las personas. Para resaltar la importancia del enfoque materialista y, según él, lo inapropiado del enfoque psicosocial, describe el siguiente ejemplo, tomando como contexto un viaje en avión:

---

<sup>154</sup> Lynch (2000).

Las diferencias en las condiciones neo-materiales entre la primera clase y la clase económica pueden producir inequidades en salud luego de un vuelo largo. Los pasajeros de primera clase tienen, entre otras ventajas como mejor comida y servicio, más espacio y asientos más anchos y cómodos que se reclinan hasta convertirse en camas. Los pasajeros de primera clase llegan frescos y descansados, mientras que muchos en la clase económica llegan sintiéndose un poco incómodos. Bajo una interpretación psicosocial, estas inequidades en salud son debidas a las emociones negativas que surgen por la percepción de la desventaja relativa. Bajo una interpretación neo-material, las personas que viajaron en la clase económica tienen peor salud porque se sentaron en un espacio estrecho con un asiento incómodo, y no pudieron dormir. (Lynch, 2000)

Continúa describiendo que bajo un enfoque psicosocial, estas diferencias se resolverían aboliendo la primera clase o con psicoterapia para todos los pasajeros, mientras que desde un enfoque neo-materialista se resolverían mejorando las condiciones en la clase económica.

Sin embargo, y como también lo admite Lynch, este ejemplo simplista dista mucho de las situaciones que se dan en la sociedad actual, pero sirve para tener una idea de la crítica al modelo psicosocial que realizan algunos autores que tienen un enfoque más materialista del problema. Una crítica a dicho ejemplo, siguiendo la misma línea simplista, sería que los pasajeros que viajaron en clase económica luego de una noche de sueño en una cama normal, se sentirán mejor, y 24 horas luego del

viaje las inequidades en salud desaparecerían (desde el punto de vista material) o permanecerían, ya que el individuo continúa sintiéndose privado de poder viajar en primera clase (desde un punto de vista psicosocial). En definitiva, dependiendo de hacia dónde uno quiera llevar el análisis, tanto el enfoque materialista como el psicosocial pueden ser válidos al considerar dicho ejemplo.

En síntesis, el modelo psicosocial provee un marco que se adapta perfectamente al gradiente social. Describe asimismo un mecanismo que llevaría a que estos sentimientos inequitativos afecten al cuerpo y de esta forma a la salud del individuo, a través del desarrollo de respuestas anormales como el estrés crónico y conductas maladaptativas como el tabaquismo. Si bien ha recibido algunas críticas al no considerar aspectos materialistas en su desarrollo, muchos autores que defienden el modelo psicosocial no lo consideran como el único que explica la inequidad en salud, sino como el principal.

#### **6.c. Modelo de comportamiento**

Este modelo hace referencia a la relación existente entre la inequidad en salud y ciertas conductas consideradas poco saludables, como tabaquismo, sedentarismo o ingesta de sal y grasas, por ejemplo. Se basa en la suposición de que las diferencias en salud que se observan entre las personas que pertenecen a un nivel socioeconómico distinto se pueden explicar por los hábitos poco saludables de aquellas menos favorecidas. Según este modelo, cuanto menor sea el nivel socioeconómico de una persona, o cuanto peor sean sus condiciones laborales, más probabilidades tiene esta

persona de tomar conductas riesgosas para su salud, o menos probabilidades tiene de tomar conductas que favorezcan su salud como realizar actividad física o ingerir frutas y verduras<sup>155</sup>.

Se pueden distinguir tres formas o “sub-modelos” distintos de este modelo: el socioeconómico, el individualizado y el cultural<sup>156</sup>. Según el primero, las conductas son consecuencia de bajos ingresos y posición social desfavorable. Los alimentos saludables, por ejemplo frutas, verduras y cereales, suelen ser más costosos en muchos países que otros alimentos con más contenido de grasas y azúcares. Por lo que la elección entre un alimento u otro estaría más bien limitado por los ingresos de la persona, lo que llevaría a que la misma tome la conducta nociva de ingerir mayor cantidad de grasas y azúcares. De igual manera, como se ha planteado anteriormente, una persona que viva en una zona insegura, oscura, o poco desarrollada, quizás no haga actividad física por temor a ser asaltada, o porque no tiene fácil acceso a áreas verdes o áreas donde ejercitarse.

Por otro lado, el modelo individualizado relaciona las conductas poco saludables con un tipo de personalidad determinado<sup>157</sup>. Establece que la persona en cuestión toma estas conductas debido a que es poco inteligente, tiene poca tolerancia al fracaso o poca capacidad adaptativa<sup>158</sup>. Como estos aspectos influyen no solamente en las conductas, también estas características se asociarían a una limitación en los

---

<sup>155</sup> Marmot (2015).

<sup>156</sup> Bartley (2017).

<sup>157</sup> Goldberg (2012).

<sup>158</sup> Mackenbach (2012).

estudios o cualquier otro tipo de formación, con pocas chances de conseguir un buen empleo y un buen ingreso, motivo por el cual se relacionaría a un bajo nivel de salud y a un bajo status socioeconómico. Asimismo, la persona en cuestión no tendría la capacidad de comprender los mensajes que favorecen las conductas saludables, como por ejemplo campañas para la promoción de hábitos saludables o campañas contra el tabaquismo. O incluso, si decide tomar una conducta saludable, no tendría la capacidad o la disciplina de sostenerla en el tiempo. La clave de este sub-modelo, en contraposición con otras posturas planteadas anteriormente, es que la posición social no es la responsable de que la persona tenga conductas poco saludables, sino que tanto la posición social como las conductas poco saludables tienen un origen en ciertos perfiles de personalidad<sup>159</sup> y en una escasa habilidad cognitiva.

Finalmente, el enfoque cultural describe la influencia que tienen ciertos hábitos al otorgar pertenencia a cierto status social. En este punto es importante describir brevemente la diferencia entre clase y status. Las clases sociales están definidas por el ingreso que tiene una persona, clasificando a los habitantes en diferentes grupos según sus ingresos. El status, por otro lado, no depende del ingreso, sino más bien de los hábitos que una persona tiene que hace que tenga características en común con otra que pertenece a su mismo status. De esta forma, hábitos saludables como una dieta rica en frutas y verduras, el no consumo de tabaco y alcohol o la realización de actividad física, podrían ser comunes en cierto grupo, mientras que pueden ser poco frecuentes en otro, con la consecuente inequidad en salud. En otros casos, las costumbres son generalizadas en un país determinado, motivo por el cual se

---

<sup>159</sup> Nabi (2008).

observan diferencias poco importantes en los niveles de salud. Por ejemplo, en el sur de Europa el tipo de dieta llamado “mediterránea” es común en todos los habitantes, y no es marcador de status. En otros países, el bajo consumo de alcohol también es generalizado, por lo que no se observan inequidades en muertes que surgen como complicaciones del alcoholismo.<sup>160</sup>

#### **6.d. Conclusiones del capítulo “Modelos teóricos que explican la inequidad en salud”**

En este capítulo se han analizado tres modelos que se proponen para explicar las razones por las cuales se producen las inequidades en salud en poblaciones relativamente homogéneas, como por ejemplo ciudades o regiones dentro de un mismo país. Estos tres modelos son el materialista, el psicosocial y el de comportamiento. Si bien algunos autores defienden uno en detrimento del resto, muchos otros no los consideran mutuamente excluyentes. Seguramente haya sociedades donde un modelo se adapte mejor para explicar las inequidades, mientras que en otras lo hará otro modelo. A pesar de la prevalencia que alguno de los modelos previos pueda tener en un momento o coyuntura específica, se considera que los tres intervienen en las situaciones que determinan las inequidades en salud en una población específica. En consecuencia, la explicación más precisa de este fenómeno debe necesariamente comprender los tres en conjunto, caso contrario, resultaría insuficiente.

---

<sup>160</sup> Bartley (2017).

**Tabla 27***Modelos que explican la inequidad en salud y mecanismos propuestos*

Modelo	Mecanismo propuesto
Materialista	Factores materiales, como nivel de ingreso, tipo de trabajo realizado, exposiciones ambientales nocivas, tipo de vivienda, costo de vida, acceso a la salud o educación.
Psicosocial	Factores psicosociales, como apoyo social, control y autonomía en el trabajo, balance entre trabajo y vida privada o balance entre esfuerzos y recompensas. Comparación con grupo de referencia.
Comportamiento	Conductas poco saludables en grupos socioeconómicamente menos favorecidos, como tabaquismo, sedentarismo o alimentación insalubre.

Fuente: Elaboración propia.

En la Ciudad de Buenos Aires se pueden encontrar aspectos relacionados a los tres modelos. Se ha visto en los capítulos anteriores que las carencias materiales son más importantes en el sur de la Ciudad con respecto al centro y norte. Se ha visto también que los ingresos son menores allí, o que los habitantes del sur tienen comportamientos menos saludables que los del norte. Medir los aspectos psicosociales de forma cuantitativa es más complejo que determinar el porcentaje de habitantes con NBI o el nivel de ingresos. Pero la existencia de un gradiente en la Ciudad deja entrever que los mismos pueden tener un peso importante para explicar las diferencias graduales que se van sucediendo entre el norte y el sur de la Ciudad. Asimismo, si bien no se han realizados estudios en la Ciudad como los citados en este capítulo que se ocuparon de la situación de otros países, la extrapolación de los

resultados es legítima ya que el resto de las variables analizadas (ingresos, educación, aspectos estructurales, aspectos socioeconómicos) es coincidente.

En definitiva, los tres modelos son útiles a la hora de explicar las inequidades en salud en la Ciudad de Buenos Aires. Los modelos materialista y de comportamiento permiten explicar las diferencias muy grandes que se observan entre el sur y el centro-norte de la Ciudad, mientras que el modelo psicosocial es el más indicado para explicar el gradiente en salud destacado.

## 7. Conclusión

En la Ciudad de Buenos Aires existe una importante inequidad en salud entre las diversas comunas que la integran, de modo que las comunas del norte presentan mejores indicadores que las del centro, las que a su vez presentan mejores indicadores que las del sur. A este fenómeno se lo denomina el gradiente social. Se ha visto que el gradiente social se observa no solamente en los indicadores de salud, sino también en indicadores económicos, educativos, estructurales y sociales. Todos estos aspectos estarían íntimamente asociados al nivel de salud de una población, ya que la salud no dependería únicamente del número de hospitales o de médicos que tenga una ciudad o una región. Los llamados determinantes sociales de la salud tendrían un impacto directo y fundamental en los niveles de salud de las personas.

Se ha analizado cómo los ingresos se asociarían a la salud, de modo que los ingresos serían directamente proporcionales a la esperanza de vida. De igual manera, cuántos más años de educación tenga una persona, mayor sería su nivel de salud. Aspectos estructurales como el tipo de vivienda, la disponibilidad de cloacas o agua potable y la seguridad también se asociarían a mayor salud. Finalmente, una alimentación saludable y un equilibrio entre la vida personal y la vida laboral también llevarían a una vida más saludable.

Se han descripto fundamentalmente tres modelos teóricos que explicarían los mecanismos por los cuales se produce inequidad en el ámbito de la salud. Estos son el modelo materialista, el modelo psicosocial y el modelo de comportamiento. Algunos

autores consideran que un modelo es preponderante sobre el resto, otros tienden a tomar aspectos de los tres.

Se considera que la inequidad en salud no se puede explicar de manera sencilla, ni tampoco se puede explicar por un solo ~~mecanismo~~ modelo teórico causal. En primer lugar, hay que considerar el aspecto histórico, cultural y geográfico del área en estudio. La disposición actual de una ciudad, su organización y su distribución poblacional dependen de los aspectos mencionados previamente. En la Ciudad de Buenos Aires la población aumentó drásticamente en solo 50 años, al pasar de ser una pequeña ciudad a principios del siglo XX a ser una gran metrópoli hacia 1950. Este crecimiento, como sucedió en muchas ciudades del mundo, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, fue desordenado y sin una planificación a largo plazo. Sin dudas esto impacta en la calidad de vida de la población. Por otro lado, el sur de la Ciudad fue una zona más industrializada, con el Riachuelo como eje de varias industrias que arrojaban sus desechos allí. Esto llevó a un menor desarrollo urbano de esa área, con mayores niveles de contaminación. También hubo una migración poblacional durante las epidemias de fiebre amarilla que terminó de ubicar a la población de mayores recursos en las zonas del norte de la ciudad, quedando las personas más pobres en las zonas más afectadas del sur.

No hay dudas que estos aspectos históricos y geográficos definieron la distribución actual de la Ciudad y explican en parte el gradiente social que se observa hoy en día. Ahora bien, de los tres modelos descriptos, se considera que en el caso de la Ciudad de Buenos Aires los tres son completamente válidos y están íntimamente

relacionados. El modelo materialista, como se ha visto, explicaría claramente las grandes diferencias que se observan entre el norte y el sur de la Ciudad, e inclusive entre algunas comunas del centro y del norte. Por otro lado, el modelo psicosocial, como se describió, se adaptaría perfectamente al gradiente social y ayudaría a explicar esas sutiles diferencias que hay entre comunas que por lo demás son muy similares entre sí. El modelo de comportamiento se relacionaría íntimamente, en el caso de la Ciudad de Buenos Aires, con el modelo materialista. Por un lado los hábitos saludables como la actividad física estarían ligados al entorno donde habita la persona. Si el entorno es seguro, hay más espacios verdes, hay veredas y tráfico organizado, es más probable que los habitantes de ese lugar realicen actividad física. Al mismo tiempo, los alimentos saludables tienden a ser más costosos, en contraposición con alimentos procesados y ricos en grasas, que tienden a ser más económicos. De esta forma, los ingresos de los individuos definirían también el tipo de alimentación que tendrán.

Otro aspecto importante a tener en cuenta, y que se observa en todas las grandes ciudades del mundo, es la existencia de una tendencia a que la población se organice geográficamente en base a los ingresos de los individuos. En las ciudades hay barrios con un costo de vivienda por metro cuadrado más elevados que otros. Esto ya implica que personas cuyos ingresos (o riqueza) se encuentren por encima de un determinado nivel van a poder acceder a una vivienda en ese barrio. Habitualmente estas zonas son favorecidas por varios aspectos de la vida urbana, por ejemplo, acceso a espacios verdes, disponibilidad de varias formas de transporte, mayor seguridad, calles en buen estado y, sin lugar a dudas, acceso a agua potable, gas de red,

electricidad y disponibilidad de cloacas. Asimismo, en estos lugares los precios de los alimentos son mayores, al igual que los precios en otros tipos de comercio. También hay mejores colegios y la gente puede pagar un plan privado de salud. Todo esto implicaría una selección en cierto sentido lógica de la población que habita allí, definida en primer lugar por los ingresos de la misma. Lo contrario ocurriría en zonas que carecen de lo descrito previamente y con valores de vivienda más bajos. Esta descripción implica en principio aspectos más bien materialistas y de comportamiento. Sin embargo, al considerar la Ciudad en su conjunto, los aspectos psicosociales aparecen inmediatamente cuando se toma a la población de esta zona privilegiada como grupo de referencia.

En definitiva, la Ciudad de Buenos Aires estaría inmersa en una tendencia que se observa a nivel mundial, a saber, inequidades significativas en una misma área administrativa, en poblaciones relativamente homogéneas y sujetas a una misma política de estado. Este hecho tendría su origen en aspectos geográficos, históricos y culturales, y se debería a factores materialistas, psicosociales y de comportamiento.

Una solución para el problema de la inequidad en salud debería tener en cuenta los ~~mecanismos~~ ~~causales~~ modelos teóricos descritos en este trabajo. Cualquier intento de mejorar la salud de la población enfocándose en uno de ellos dejando de lado los otros, o enfocándose únicamente en aspectos inherentes al área de la salud, estaría condenado al fracaso. Es necesario tener en cuenta los determinantes sociales de la salud, y encarar el problema desde diversos ángulos y de manera holística. Mejorar la educación, los ingresos de la población, lograr una mejor

distribución de los mismos, brindar acceso a agua potable y cloacas, mejorar la seguridad, urbanizar las villas de emergencia, favorecer el desarrollo urbano del sur de la Ciudad, son solo unos aspectos a tener en cuenta de una lista muy numerosa. El problema no es sencillo, y por lo tanto su solución tampoco lo será. Pero el inicio de toda solución está en comprender con claridad por qué ocurre el mismo.

## 8. Bibliografía

Aberg Yngwe et al. (2003). Exploring relative deprivation: is social comparison a mechanism in the relation between income and health? *Social Science & Medicine*, 57, 1463-1473.

Aittomaki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E. and Rahkonen, O. (2012). Household economic resources, labour-market advantage and health problems: A study on causal relationships using prospective register data. *Social Science & Medicine* 75-1303-10.

American Heart Association - [www.heart.org](http://www.heart.org).

Banco Mundial - [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) - [databank.worldbank.org/data/download/GDP\\_PPP.pdf](http://databank.worldbank.org/data/download/GDP_PPP.pdf) - World Bank international comparison program database, en <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD>

Banco Mundial. Argentina: hacia una cobertura universal de salud. Desafíos y oportunidades. Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay. Washington DC, 2017.

Bartley, M. Health Inequality. An introduction to concepts, theories and methods. Polity Press. Cambridge, 2017.

Blane D, Bartley M Y Smith D. (1997). Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health* 7: 385-91.

Campbell, T. and Campbell, A. (2007). Emerging disease burdens and the poor in cities of the developing world. *Journal of Urban Health* 84: 54-64.

Centers for Disease Control and Prevention - [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).

Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action in the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Ginebra, 2008.

Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, Bergeron A, Cutler D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*, doi:10.1001/jama.2016.4226.

Deaton A. Health in the age of globalization. National Bureau of Economic Research. Cambridge, 2004.

Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias, Subsecretaría de Relaciones con Provincias, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal del año 2010. Enero

2014. En [http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/  
NBIAmpliado.pdf](http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf)

Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires -  
[www.estadisticaciudad.gob.ar](http://www.estadisticaciudad.gob.ar).

Eurostat - <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu>

Fábrega, R. Salud y desigualdad territorial Documento de trabajo n°13. Serie estudios territoriales. Programa cohesión territorial para el desarrollo. Rimsip, Santiago de Chile 2013.

Fondo Monetario Internacional - [www.imf.org](http://www.imf.org)

Fondo monetario internacional. Gross Domestic product: An economy's all. [https://  
www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/basics/gdp.htm](https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/basics/gdp.htm).

Global Health Europe. A Platform for European Engagement in global Health -  
[www.globalhealtheurope.org](http://www.globalhealtheurope.org).

Global Metro Monitor - <https://www.brookings.edu/research/global-metro-monitor/>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - [www.buenosaires.gob.ar](http://www.buenosaires.gob.ar).

Goldberg, D. (2012). Social justice, health inequalities and methodological individualism in US health promotion. *Public Health Ethics* 5(2): 104-15.

Gray AM (1982). Inequalities in health. The Black report: a summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12(3):349-80.

Instituto Nacional de Estadística y Censos - [www.indec.gob.ar](http://www.indec.gob.ar).

Inequality.org - [www.inequality.org](http://www.inequality.org)

Kondo N. et al. (2008). Relative deprivation and incident functional disability among older Japanese women and men: prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63:461-467.

Kondo, N., Kawachi, I., Subramanian, S., Takeda, Y., Zentaro, Y. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health? relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science & Medicine* 67(6): 982-987.

Kondo, N., Sembajwe, G., Kawachi, I., van dam, R., Subramanian, S. and Yamagata, Z. (2009). Income inequality, mortality and self rated health:meta-analysis of multilevel studies. *British Medical Journal* 339: b4471.

Kondo N. (2012). Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. *Journal of Epidemiology* 22(1):2-6.

Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. (2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal* 320:1200-4.

Ma J, Xu J, Anderson RN, Jemal A (2012). Widening educational disparities in premature death rates in 26 states in the United States, 1993 - 2007. *PloS One* 7: e41560.

Macchia, A., Mariani, J., Ferrante, D., Nul, D., Grancelli, H., Doval, H. (2015). Muerte cardiovascular prematura y condición socioeconómica en la Argentina. Acerca de las oportunidades y desafíos de representar a poblaciones vulnerables. *Revista Argentina de Cardiología*, 83:516-21.

Macchia, A., Mariani, J., Nul, D., Grancelli, H., Doval, H. (2016). Inequidad social, lugar de residencia y muerte prematura por cualquier causa en la Argentina. *Revista Argentina de Cardiología*, 84:114-119.

Mackenbach, J. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* 75: 761-9.

Marmot, M., Simth, G., Stansfel, S., Patel, C., North, F., Head, J., and White, I. (1991). Health inequalities among British civil servants - the Whitehall II study. *Lancet* 337: 1387-93.

Marmot, M. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. Holt Paperbacks, New York 2004.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099-104.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Goldblatt, P. (2012). Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. *Lancet* 379:181-8.

Marmot, M. The health gap. The challenge of an unequal world. Bloomsbury Press. New York 2015.

Matthews, S., Stansfeld, S., and Power, C. (1999). Social support at age 33: the influence of gender, employment status and social class. *Social Science & Medicine* 49: 133-42.

Measure of America. A Program of the Social Research Council - [www.measureofamerica.org](http://www.measureofamerica.org).

Nabi, H., Kivimäki, M., Marmot, M., Ferrie, J., Zins, M., Ducimètre, P., Consoil, S., Singh-Manoux, A. (2008). Does personality explain social inequalities in mortality? The French GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology* 37(3): 591-602.

National Research Council. *Cities Transformed*. National Academies Press. Washington DC, 2003.

Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. (2012). Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Affairs* 31, No. 8: 1803-1813.

Organización de las Naciones Unidas - Objetivos para el desarrollo Sustentable - [www.sustainabledevelopmentgoals.un.org](http://www.sustainabledevelopmentgoals.un.org).

Organización Mundial de la Salud - [www.who.int](http://www.who.int).

Organización mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2005 - <https://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>.

Organización mundial de la Salud. Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs) - <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/>

WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-

eng.pdf;jsessionid=A53FFF148DE71A07DFFB7C5342011BF3?sequence=1.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) - [www.](http://www.oecd.org)

[oecd.org](http://www.oecd.org)

Pickett, K. E., Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: a causal review. *Social science & medicine*, 128, 316-326.

Piketty, T. *El capital en el siglo XXI*. Fondo de cultura económica. Buenos Aires, 2015.

PNUD. *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el Desarrollo Sostenible: Argentina y la Agenda 2030*. Buenos Aires, 2017.

Poliaquía Consultores - Consejo Económico Social de la Ciudad. *Índice de bienestar: encuesta sobre hábitos saludables en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, 2015.

Power, C. and Matthews, S. (1997). Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 350: 1584-9.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Argentina - [ar.undp.org](http://ar.undp.org).

Sachs, G. The age of sustainable development. Columbia University Press. New York, 2015.

ScotPHO. Public Health Information for Scotland - [www.scotpho.org.uk](http://www.scotpho.org.uk).

Shunquan W et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 2013; 13: 320.

Siegrist, J. (1995). Emotions and health in occupational life: new scientific findings and policy implications. Patient Education and Counseling 25: 227-36 .

Steptoe, A. (2000). Stress, social support and cardiovascular activity over the working day. International Journal of Psychophysiology 37: 299-308

Stiglitz, J. The price of inequality. How today's divided society endangers our future. W. W. Norton & Company Inc. New York, 2013.

Stiglitz, J. The great divide. Unequal societies and what we can do about them. W. W. Norton & Company Inc. New York, 2015.

Stringhini et al. Socioeconomic status and the 25 x 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet 2017;389:1229-37.

Subramanian S., Kawachi, I. (2004). Income inequality and health: what have we learned so far? *Epidemiologic reviews* 26: 78-91.

The World Factbook - Central Intelligence Agency - [www.cia.gov](http://www.cia.gov).

Vahtera, J., Kivimaki, M., Pentti, J. and Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven-year follow-up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology & Community Health* 54: 484-93.