

# El informe Black-The Black report

Publicado por **Javier Segura del Pozo** el **28 octubre, 2007**

Dentro del curso de desigualdades sociales en salud seguimos repasando la historia de los estudios sobre DSS que marcaron época hoy nos trasladamos al Reino Unido de 1980, donde el informe Black-The Black report- marcaría un antes y un después en el mundo de la epidemiología social. Demuestra que el riesgo de morir (antes de los 65 años) es mayor en las clases sociales más desfavorecidas.

El estudio, dirigido por el presidente del colegio de médicos, había sido encargado unos años antes por los laboristas pero fue recepcionado por la nueva primera ministra conservadora Margaret Thatcher. Tambalearía la autocomplacencia de la sociedad británica sobre la equidad de su sistema de salud y políticas públicas. Fue la primera vez que un frío estudio académico se convirtió en un “best-seller” distribuido por una editorial de libros de bolsillo (Penguin).

## El informe Black: el contexto

El informe fue encargado en 1977 por el Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista. El grupo de investigación fue dirigido por la persona que le dio el nombre **Sir Douglas Black**, presidente del Colegio de médicos británicos. Por cierto, podéis imaginaros en España a un presidente de colegio de médicos (instituciones corporativistas y generalmente conservadoras) interesado en temas de desigualdades sociales en salud (¡ojala llegue el día en que lo veamos!) Otros miembros del grupo fueron C. Smith (Consejo Investigación Ciencias Sociales), J. Morris y Peter Townsed (Universidad).



Sir Douglas Black

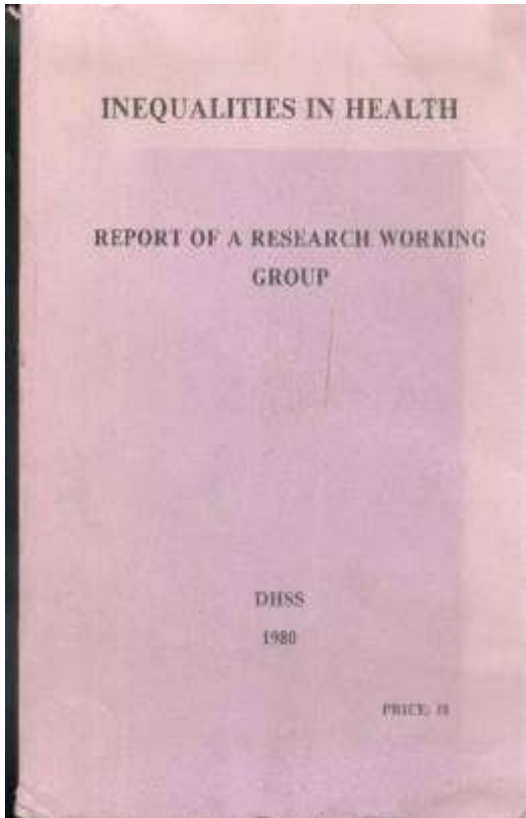
**La tarea** era analizar la evidencia nacional e internacional sobre DSS y recomendar políticas públicas al gobierno. Un informe que trascendería el ámbito académico o “científico”, un informe que no se quedaría en el cajón de algún funcionario o ministro,

sino que tenía asegurada su aplicación en intervenciones políticas. Pero todo no puede ser tan bonito y tan fácil. ¿Dónde estaba el problema?



Foto de grupo en un seminario de DSS en 1999 en la London School of Hygiene & Tropical Medicine  
Fila de atrás; de izquierda a derecha: Dra Elizabeth Shore, Profesora Margaret Whitehead, Dr David Player, Jill Turner (periodista)  
Fila de frente (sentados), de izquierda a derecha: Profesor John Fox, Professor Jerry Morris, Sir Douglas Black, Profesor Peter Townsend y Profesor Arthur Buller.

En abril de 1980 se entrega el informe, que llevaba el título de “**Inequalities in health**” (desigualdades en salud), con 37 recomendaciones al nuevo Secretario de Estado de Servicios Sociales.... del nuevo gobierno conservador: Las recientemente celebradas elecciones habían sido ganadas por el partido conservador liderado por una tal **Margaret Thatcher**, quien a partir de entonces, entre otras medidas, establecería que en vez de utilizar el término “**desigualdades** sociales en salud” en la administración pública, se debería hablar de “**variaciones** sociales en salud”. Cómo se puede observar el componente valorativo de las DSS es importante y la primer ministro ya establecía que una diferencia en salud (o variación) no tenía porque ser injusta.



Portada del informe original del Black report



Margaret Thatcher

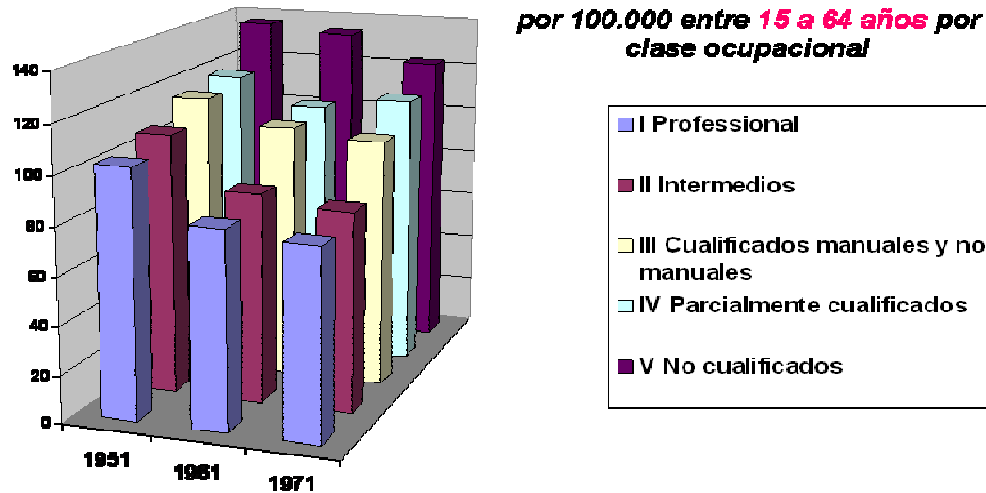
### El informe Black: las conclusiones

¿Qué concluía el informe? Intentaré resumirlo en un párrafo:

Después de revisar las evidencias y estudios disponibles y los análisis realizados *ad hoc* para el informe, se concluía que en el Reino Unido había unas **diferencias marcadas en las tasas de mortalidad de las clases ocupacionales** (un aproximador de clase social, que ya explicaremos), en ambos sexos y en todas las edades.

- Si aplicáramos las tasas de mortalidad (el riesgo de morir) de la clase I (profesionales y sus familiares) a las clases IV- V (trabajadores semicualificados y no cualificados y sus familiares) se hubieran salvado entre 1972 y 1974 la vida de **74.000 personas** menores de 65 años (incluyendo 10.000 niños).
- Lo que más preocupó a los británicos, era que **el gradiente de clase era mayor** que en otros países del entorno (¡incluida la tantas veces rival Francia!) y se había incrementado en las últimas décadas (ver grafico 1951-1971), a pesar de 40 años de vida del modélico Servicio Nacional de Salud (National Health Service-NHS).

**Tasa de mortalidad estandarizada por 100.000 entre 15 a 64 años por clase ocupacional**



Informe Black: tasas de mortalidad en cada una de las 5 clases ocupacionales en tres periodos: 1951, 1961 y 1971. El riesgo de morir (entre los 15 y los 64 años) es mayor en las clases sociales (clases ocupacionales) mas bajas. El riesgo de morir en cada clase va disminuyendo en las ultimas decadas (1951-1971), pero disminuye mas intensamente en las clases I (profesionales) y II (Intermedios) que en las clases IV y V (parcialmente cualificados y no cualificados), por lo que las diferencias entre los extremos (desigualdades relativas) se hacen mas acusadas.

¿Qué es lo que se había hecho mal? Según el grupo de trabajo gran parte del problema estaba **fuera del alcance del NHS**. Factores socioeconómicos como ingresos, paro, medioambiente, educación, vivienda, transporte y estilos de vida, que afectan a la salud, habían quedado fuera del ámbito de las políticas de salud. Además las clases “manuales” (con ocupaciones manuales) estaban haciendo un menor uso del sistema de cuidados de salud.

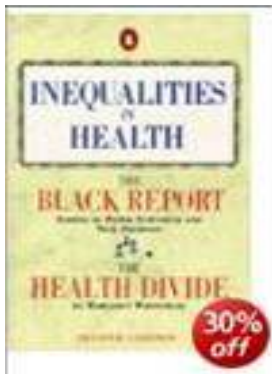
**El informe Black: las recomendaciones**

- I **Reorientar el NHS** (información, investigación, organización, prioridades) hacia la Prevención, la Atención Primaria de Salud (APS) y la Salud Comunitaria.
  - o Se proponen medidas que incluían la **mejora de las estadísticas sanitarias**, incluyendo la introducción de la variable “clase ocupacional” en los registros sanitarios, reforzar la información sobre la salud escolar y los accidentes infantiles y realizar encuestas nacionales de alimentación.
  - o Se abogaba por una **redistribución territorial de recursos sanitarios**, incluyendo médicos generales (general practitioners- GP) y enfermeras comunitarias, atendiendo a las razones estandarizadas de mortalidad, es decir a las áreas con peores indicadores de salud y condiciones sociales Un incremento de los recursos materno-infantiles, de atención domiciliaria, de atención a discapacitados y de salud escolar.
  
- I Como las mejoras de salud no dependían solo de la acción del sistema sanitario, se recomendaba **mejorar las condiciones materiales de vida** (mejora de ingresos, más servicios de guarderías, cuidados materno-infantiles, cuidados domésticos, mejora de las viviendas, de las condiciones de trabajo, etc.) de los grupos más pobres (especialmente se priorizaban tres grupos: niños, discapacitados y ancianos)

- I Además de las medidas de políticas públicas generales, se recomendaba una inversión adicional (estimada en 37 millones de libras esterlinas) en **10 Áreas geográficas especiales** (las que habían tenido los peores indicadores de salud), donde se pondría en marcha un **programa especial de desarrollo socio sanitario**, cuyos resultados en términos de salud deberían ser **monitorizados y evaluados** (para lo que se presupuestaban otros 2 millones de libras).

### El informe Black: las reacciones

La gélida recepción del informe por el gobierno conservador se ilustra por el número de copias encargadas: 260 copias. Además, al contrario de lo habitual, no se divulgó ni con una simple nota de prensa ni mucho menos con una conferencia de prensa. Unas pocas copias fueron enviadas a periodistas seleccionados...¡el viernes anterior a las vacaciones de agosto! Ante este panorama, el grupo investigador decidió dar una **conferencia de prensa** por su cuenta. Pero al no permitírselo en los locales de la administración, fue celebrada en el colegio de médicos. Los periódicos recogieron el informe y revistas especializadas, como el *British Medical Journal BMJ* (revista del colegio de médicos) o *The Lancet*, reprocharon al gobierno su “frosty reception” (fría recepción) del informe. Paradójicamente, éste acabó publicado en una **edición de bolsillo de la Editorial Penguin**, convirtiéndose en un best-seller, algo inaudito no solo en un estudio académico de epidemiología, sino en un informe oficial de la administración.



Portada de la edición de bolsillo (Penguin) del informe Black junto con el informe “Health Divide”

Después de un silencio inicial, **el gobierno** se defendió diciendo que las propuestas no eran “realistas” y suponían sacar 2 billones de libras anuales en un momento de dificultades económicas. La segunda estrategia fue poner en duda las conclusiones del estudio, basándose en trabajos publicados posteriormente que cuestionaban la metodología y apuntaban a sesgos de medidas (en siguientes lecciones repasaremos los argumentos y contraargumentos manejados, en el que se basó un interesante debate metodológico).

La reacción desde **el mundo laborista y sindical** (los sindicatos publicaron resúmenes del informe para sus afiliados) fue de estupor, pues hasta entonces se asociaba las diferencias de salud a la pobreza y miseria, algo que no estaba presente en el RU. El hecho que las diferencias en ocupaciones estuvieran determinando la mortalidad (el riesgo de morir)... ¡era “muy fuerte”!. La novedad implícita en el informe era que el sistema político, basado en el estado de bienestar social (*Welfare State*) construido después de finalizar la Segunda Guerra Mundial, estaba permitiendo dinámicas de desigualdades que se reflejaban en la salud. Habían mejorado las tasas de mortalidad de las clases altas, pero menos las de las clases bajas, con lo que la distancia entre ambas se había incrementado. Como hemos mencionado antes, las comparaciones internacionales escocían. La tasa de mortalidad del RU había pasado de ser la 5ª mejor en 1960 a ser la 15ª en 1978 por detrás de Hong Kong y Singapur.

## El estudio de Whitehall o el mito del infarto del ejecutivo

Publicado por **Javier Segura del Pozo** el **21 noviembre, 2007**

Dentro del curso de desigualdades sociales en salud seguimos repasando la historia de los estudios sobre DSS que marcaron época (Hoy nos ocuparemos del estudio de Whitehall, que exploró las diferencias de salud entre los funcionarios de las distintas escalas jerárquicas de la administración pública británica.

¿Quién tiene más riesgo de morir por infarto de miocardio: el estresado director general, cargado de responsabilidades, o el modesto y ocioso conserje del ministerio? ¿Se reducen las DSS a una cuestión de pobreza? ¿El gradiente social de salud se da también dentro de las clases medias, e incluso dentro de las clases altas?

### El primer estudio de Whitehall

Tanto el informe Black como el de “La salud divide,” que veremos otro día, utilizaron los resultados del estudio de Whitehall. Este gigantesco trabajo de investigación consistió en el seguimiento durante más de 10 años (1967-1982) del estado de salud de 17.500 funcionarios del estado (varones entre 20 y 64 años) del complejo administrativo de Whitehall en Londres.



Whitehall (Londres)

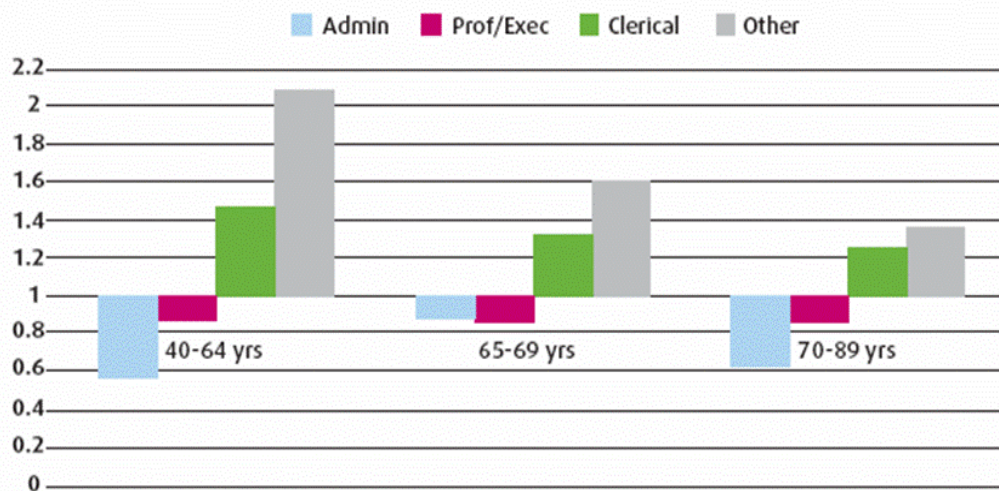
Se comprobó como las tasas de mortalidad (especialmente por enfermedades cardiovasculares coronarias, como el infarto agudo de miocardio) eran mayores en los niveles inferiores de la escala jerárquica en comparación con los niveles ejecutivos cercanos al nivel político.

El estudio Whitehall, como otros **estudios longitudinales** (=medición del estado de salud de un grupo de población a lo largo de un periodo de tiempo) que luego mencionaremos, mostraran, sin los sesgos propios de los **estudios transversales** (=medición del estado de salud en un momento determinado), que tanto para las enfermedades coronarias, como para todas las causas de muerte, excepto las debidas a enfermedades genitourinarias, hay un gradiente entre las diferentes clases ocupacionales.

El riesgo de morir va incrementándose a medida que se desciende en la escala de:

1. gestores o administradores (en azul en la gráfica siguiente)
2. profesionales o ejecutivos (en color púrpura)
3. empleados (en color verde)
4. Otros (=mensajeros, conserjes, celadores). (en color gris)

## Tasa de mortalidad y grado en el empleo a lo largo de 25 años (hombres)



La figura muestra el riesgo de mortalidad en cada grado respecto a la media de toda la población de funcionarios. Los administradores tienen una mortalidad aproximada de la mitad de la media entre los 40-64 años, mientras que el personal de apoyo encuadrado en el grado "otros" ("others"=celadores, mensajeros) tiene una mortalidad doble que la media. **Hay una diferencia de riesgo de morir del cuádruple entre los niveles más bajos y más altos del funcionariado.** Las diferencias parecen mantenerse después de la edad de jubilación (grupos de 65-69 años y 70-89 años), aunque en menor magnitud.

Fuente: Marmot, M.G. and Shipley, M.J. Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study. *BMJ*, 1996; **313**: 1177-80.

El estudio también mostró que los funcionarios de las escalas más inferiores tenían claramente una mayor propensión a tener factores de riesgo para la salud, como la obesidad, el tabaquismo, menor tiempo de ocio, menos actividades físicas, más enfermedades de base, mayor tensión arterial, e, incluso, tener una altura menor (vamos, que eran más bajos).

La diferencia en el riesgo de morir se mantiene con el tiempo y lo que fue más sorprendente ¡persiste aunque se ajuste por los factores de riesgo antes mencionados! como la obesidad, el sedentarismo, el hábito de fumar, niveles altos de tensión arterial, glucemia o colesterol. Una vez ajustado por estos factores (=se excluye su influencia), el riesgo de morir por enfermedades cardiovasculares es 2,1 veces mayor en los estratos bajos frente a los directivos. Es decir, la diferencia no podía justificarse solo por malos hábitos de salud individuales (pues estos factores de riesgo individuales no explicaban más del 40% de la diferencia en la mortalidad).



El estudio también fue un intento de evitar algunos de los problemas del uso de la **clase ocupacional** (ya veremos este concepto en la clase “**La medición de las desigualdades sociales: clase social, ocupación, educación y privación**”).) como aproximador a la clase social. Por ejemplo, el problema de la heterogeneidad de ocupaciones dentro de cada clase podía dar lugar a diferentes interpretaciones de los resultados. El estudio de Whitehall se concentraba en un sector productivo (el de la administración pública), en el que hay una pequeña heterogeneidad dentro de los grados ocupacionales y una clara división social entre grados.

### **Desmontando dos mitos**

En cierta manera, se desmontó el mito de que los **altos ejecutivos de la administración, estresados** y con la carga del peso propio de la responsabilidad inherente al puesto, estaban desgastando su salud, mientras que los “ociosos” conserjes y los simples administrativos con tareas rutinarias, estaban menos sometidos a ese desgaste. Evidentemente, lo que el estudio ponía en evidencia era el riesgo diferencial de morir por pertenecer a clases sociales diferentes. Los altos puestos de la administración eran más fácilmente accesibles a las clases altas o medias altas, al igual que las escalas jerárquicas inferiores solían ser ocupadas por personas con menos niveles de estudios como consecuencia de su origen de clase más humilde.

Otro mito que intento desmontar el estudio es que el gradiente de salud en las sociedades industrializadas era simplemente debido a la pobre salud de los más desfavorecidos frente a la buena salud del resto de la sociedad. Al mostrar que había un gradiente de mortalidad entre los funcionarios británicos, ninguno de los cuales se encontraban entre los pobres en sentido absoluto (ni entre los más ricos de la sociedad), defendió la idea que el gradiente en salud atraviesa toda la sociedad desde lo más bajo a lo más alto (existe un debate entre los que defienden que las DSS es un tema asociado a la pobreza y los que defienden que las DSS están presentes incluso dentro de cada clase social. Es **la teoría del gradiente social**).

De nuevo, las conclusiones del estudio intentaron ser atacadas desde la idea de que no se podía extrapolar conclusiones para toda la población de un estudio que solo abarcaba a varones y de determinado estrato de edad. Además, solo se ocupaba de la mortalidad sin tener en cuenta otros indicadores de salud.



Sir Michael Marmot

Coordinador del estudio

## El estudio Whitehall II

Para dar respuesta a estas críticas, e investigar posibles factores intermedios que explicaran estas diferencias, se desarrolló otro estudio (Whitehall Study II), que consistió en el: seguimiento de 10.300 funcionarios de Londres. En este caso abarcaba a ambos sexos entre 35 y 55 años, midiéndose la incidencia de ciertas enfermedades (morbilidad) y la presencia de ciertos hábitos nocivos para la salud (prevalencia de factores de riesgo). También se exploró la influencia de las condiciones de trabajo y el grado de apoyo social en la salud.

Se hizo mediante un cuestionario auto-administrado, complementado por un examen de salud, ambos realizados entre 1985 y 1988. El estado de salud de los funcionarios reclutados entonces en el estudio ha sido seguido posteriormente durante 20 años, obteniéndose datos (mediante nuevos cuestionarios y exámenes de salud) en 8 ocasiones, que han dado lugar a sendos análisis, informes y múltiples publicaciones. La novena "ola de datos" estaba prevista ser recogida en Octubre de 2007.

Del estudio se ha deducido que no ha disminuido las DSS en las últimas décadas (desde el anterior estudio Whitehall).

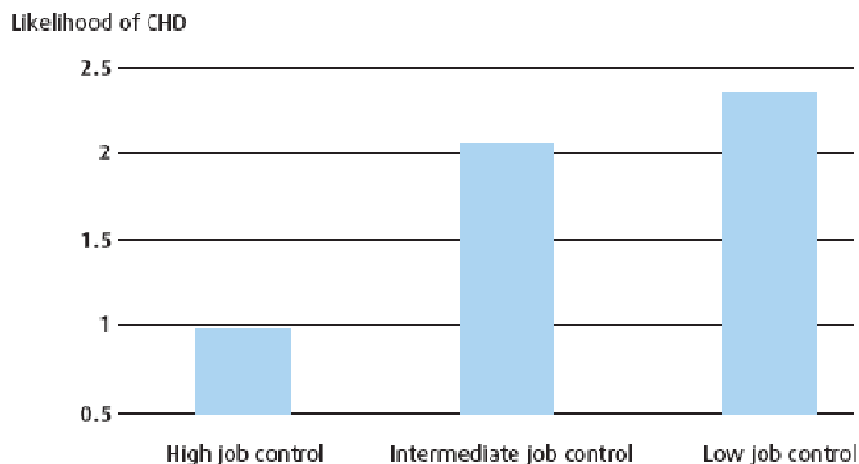
Hay una relación inversa entre el grado ocupacional del funcionario y el riesgo de:

- sufrir una angina de pecho,
- mostrar signos isquémicos (signo de falta de oxígeno en el músculo del corazón) en el electrocardiograma
- tener síntomas de bronquitis crónica.
- percibir un mal estado de salud

Las conductas relacionadas con el tabaco, la dieta y el ejercicio volvían a mostrar un gradiente social. La explicación de este gradiente social en la salud apuntaba a diferencias en circunstancias económicas, posibles efectos de condiciones de vida en edades

tempranas (éstas podían explicar, por ejemplo, las diferencias en la altura), circunstancias laborales (como sufrir un trabajo monótono caracterizado por **bajo control y baja satisfacción**) y el **grado de apoyo social** (de las personas próximas)

### Grado de control del trabajo (autoreferido) e incidencia de enfermedades cardiacas coronarias



*La figura de arriba compara la incidencia de enfermedades cardiacas coronarias (ECC) en tres grupos de funcionarios del estudio Whitehall II: aquellos que refieren tener un alto control de su trabajo (Incidencia de ECC=1), un control intermedio y un bajo control. **Los funcionarios con un control intermedio o bajo de su trabajo tienen más del doble de incidencia de ECC que sus compañeros que refieren tener un alto control.***

*Fuente: Bosma, H., Peter, R. Siegrist, J. and Marmot, M.G. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. Am. J. Publ. Hlth. 1998;88: 68-74.*

Otra forma de comparar “calidad de vida” entre diferentes tipos de funcionarios, según FORGES. En estos casos “el control sobre el trabajo” parece ser muy alto...

**Javier Segura del Pozo**  
**Médico Salubrista**