



“Avanzando con equidad por una Salud Pública para toda la población”

XLIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología y XXI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)

Pamplona, del 23 al 26 de junio

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra

El racismo, el sexismo o el clasismo también enferman: la epidemiología mide su impacto en la salud en el congreso anual de la SEE

- Luisa N. Borrell, profesora distinguida de la City University of New York, Departamento de Epidemiología y Bioestadística, ha explicado en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología cómo la edad, el sexo, la etnia, el estatus migratorio o la clase social de una persona interaccionan entre ellos así como con otros sistemas estructurales y de discriminación social para influir en la salud
- La experta advierte de que las desigualdades no actúan por separado: se combinan entre sí y pueden condicionar desde el acceso al sistema sanitario hasta la esperanza y la calidad de vida
- El caso de Estados Unidos permite observar con especial claridad cómo la discriminación o racismo y la segregación residencial se traducen en desigualdades medibles en salud, aunque Borrell recuerda que cada país debe analizar sus propios determinantes de salud
- La epidemióloga reclama políticas públicas capaces de identificar a los grupos que acumulan mayor desventaja y de actuar de forma específica para reducir las brechas de salud

Pamplona, 25 de junio de 2026.- Para reducir las desigualdades en salud es necesario dirigir la mirada hacia el racismo, la discriminación, la clase social y el lugar en el que se vive. Este es el mensaje que lanza **Luisa N. Borrell**, profesora distinguida de la City University of New York, Departamento de Epidemiología y Bioestadística, y una de las voces internacionales de referencia en epidemiología social y desigualdades en salud.



La investigadora, que ha participado en la **XLIV Reunión Anual de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)** que se celebra estos días en Pamplona, resume con una imagen muy clara el peso de los determinantes sociales: “Tu código postal es como si fuera tu ADN”. El lugar en el que una persona nace y vive puede anticipar qué oportunidades educativas tendrá, a qué servicios podrá acceder, qué trato recibirá en el sistema sanitario e, incluso, cuántos años y en qué condiciones socioeconómicas y de salud podrá vivir.

Bajo el enfoque de la interseccionalidad cuantitativa, Borrell estudia cómo las distintas identidades y posiciones sociales se combinan entre ellas y se relacionan con los sistemas de desigualdad. "No podemos separar quiénes somos, y por tanto no podemos estudiar factores como la etnia, el género, el estatus migratorio o la posición social como si actuaran de forma independiente", explica la experta.

Estados Unidos como caso de estudio

La importancia del contexto es una de las ideas centrales de sus análisis. Mientras que en España el **estatus migratorio** puede tener un peso especialmente relevante para comprender determinadas desigualdades en salud, en Estados Unidos las **categorías raciales y étnicas** tienen un papel central como marcadores sociales de desigualdad.

Precisamente, el caso de **Estados Unidos** ocupa un lugar central en el análisis de Borrell. No solo es el país en el que desarrolla su actividad académica e investigadora, sino que permite observar con especial claridad cómo el racismo estructural, la segregación residencial y la desigualdad socioeconómica, se traducen en resultados concretos de salud. Estos sistemas de desigualdad pueden dejar huella en indicadores como la mortalidad infantil, la esperanza de vida, la hipertensión o la salud mental.

Racismo estructural, segregación e inequidad en salud

En Estados Unidos, el racismo a nivel individual, como la discriminación, y estructural, como la segregación residencial, también se traduce en desigualdades en el acceso a la educación, la vivienda, los servicios sociales y el sistema sanitario. Sus efectos también se observan en **indicadores de salud como la hipertensión, los problemas de salud mental o la esperanza de vida**. “En algunas zonas del país, los niveles de segregación son comparables a los de Sudáfrica. Esto limita el acceso a los servicios sociales, a una educación de calidad y al sistema sanitario”, apunta la experta.

Borrell subraya que estas desigualdades empiezan incluso antes del nacimiento y se manifiestan desde las primeras etapas de la vida. Según los datos oficiales de mortalidad infantil en Estados Unidos de 2023, los bebés nacidos de mujeres negras no hispanas presentaron una tasa de mortalidad infantil de 10,5 por cada 1.000 nacidos vivos, frente a 4,4 en los bebés nacidos de mujeres blancas no hispanas.



La investigadora también recuerda que **tener seguro médico no siempre garantiza una atención equitativa**. El trato recibido, el abordaje del dolor, el seguimiento de determinadas enfermedades o el acceso a ciertos tratamientos pueden variar entre grupos de población, lo que contribuye a aumentar la desconfianza hacia el sistema sanitario y a retrasar la búsqueda de atención. "Un estudio en un Hospital de Veteranos reveló que los **veteranos negros recibían con menor frecuencia los tratamientos cardiológicos** que necesitaban en comparación con veteranos blancos", apunta Borrell.

Salud, política y desigualdad

Borrell advierte de que el actual contexto político en Estados Unidos está **intensificando el racismo y el sentimiento antiinmigrante**, con efectos directos sobre la salud de las comunidades más vulnerables. Según explica, este clima puede hacer que muchas personas eviten acudir al médico o no mantengan el seguimiento de sus problemas de salud, al mismo tiempo que se han reducido servicios en barrios donde vive población inmigrante y minorías.

Para la epidemióloga, este contexto hace todavía más necesario disponer de datos, investigación y políticas públicas capaces de visibilizar las desigualdades. "**El racismo tiene implicaciones para todo**", señala, y advierte de que ignorarlo puede dificultar la identificación de los grupos que acumulan mayores desventajas.

En este sentido, Borrell considera que la pandemia de COVID-19 mostró con claridad cómo las desigualdades sociales, raciales y económicas condicionan la exposición al riesgo, el acceso a la atención y los resultados en salud. Sin embargo, lamenta que no siempre se hayan extraído aprendizajes suficientes para orientar las políticas posteriores.

La 'paradoja hispana'

En este mismo contexto aparece un fenómeno que Borrell considera especialmente relevante: la llamada "paradoja hispana". En Estados Unidos, la población hispana comparte más características socioeconómicas y de acceso al sistema sanitario con la población negra que con la blanca, pero **presenta mejores resultados de salud** que ambas, con una esperanza de vida de en torno a los 81 años, frente a los 78 años de la población blanca y los 74 años de la negra.

Una de las hipótesis que se han planteado para explicar este fenómeno es la del "migrante sano", según la cual quienes migran suelen ser, al menos inicialmente, personas más jóvenes y con mejor salud que la media de la población de sus países de origen. No obstante, Borrell advierte de que **esta ventaja puede perderse con el tiempo**. A medida que aumentan los años de residencia y avanza el proceso de aculturación, algunos de esos mejores resultados tienden a debilitarse.

Además, **el perfil migratorio ha cambiado en los últimos años**. "Ya no solamente vienen personas saludables", señala la epidemióloga, en referencia a la llegada de personas refugiadas o exiliadas políticas, con edades, trayectorias y necesidades de salud muy diversas.



Para Borrell, este fenómeno demuestra precisamente por qué las desigualdades en salud no pueden analizarse desde una única variable. El origen racial y étnico, el estatus migratorio, la posición socioeconómica, el barrio, el acceso al sistema sanitario y el tiempo de residencia se combinan de forma distinta en cada grupo y en cada contexto para afectar a las desigualdades en salud.

Políticas específicas para reducir brechas

Frente a estas desigualdades, Borrell defiende que las políticas universales son necesarias, pero no siempre suficientes. “Si tenemos políticas de salud que son universales y tenemos dentro de la sociedad grupos que están muy abajo de los niveles de salud, esos grupos nunca van a llegar al estándar. Por ello hay que **dirigir hacia ellos intervenciones específicas** que permitan reducir la brecha”, afirma.

La investigadora reclama una salud pública capaz de identificar a los grupos en mayor situación de desventaja y de diseñar respuestas proporcionales a sus necesidades. Desde esta perspectiva, la intervención de Borrell en la Reunión Anual de la SEE refuerza uno de los mensajes centrales del congreso: **avanzar hacia una salud pública para toda la población exige mirar más allá de los factores individuales** y actuar sobre las condiciones sociales, políticas y territoriales que hacen que algunas personas enfermen más y vivan menos que otras.

La XLIV Reunión Anual de la SEE y el XXI Congresso da APE cuentan con la colaboración de la propia Universidad Pública de Navarra (UPNA), de Marca Navarra/Nafarroa, Ayuntamiento de Pamplona, Asociación de Hostelería y Turismo de Navarra, Reyno Gourmet y del, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Programa completo

#SEEPamplona26

Atención a medios de comunicación

La Tro(b)adora – latrobadora.es

Rosa Arróspide – rosa@latrobadora.es - Tel. 690 370 332

Leyre Ruiz – leyre@latrobadora.es - Tel- 663 872 956