

La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña

Carme Borrell^{a,b} / Joan Benach^c / Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill

^aCentre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Barcelona, España; ^bAgència de Salut Pública de Barcelona, España; ^cUnitat de Recerca en Salut Laboral, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

(Evolution of health inequalities in Catalonia [Spain])

Resumen

Objetivo: Analizar la evolución de las desigualdades sociales en salud en Cataluña en las últimas 2 décadas.

Métodos: Se ha analizado la mortalidad en 354 áreas pequeñas de Cataluña (288 municipios o agregados de municipios de Cataluña y 66 Zonas Básicas de Salud de la ciudad de Barcelona) para el período 1984-1998. Se han comparado los indicadores de salud percibida, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios por clase social y género en 1994 y 2002. Asimismo, se han analizado aspectos relacionados con la salud laboral, la salud y la inmigración, el medioambiente y las políticas para reducir las desigualdades en salud.

Resultados: Aunque la mayoría de indicadores de salud ha mejorado a lo largo de los últimos años, este trabajo ha puesto de relieve la presencia de múltiples desigualdades sociales en salud, tanto en 1994 como en 2002, y el hecho de que éstas se mantienen o, en determinados casos, incluso aumentan. Así, las personas que viven en las áreas geográficas con mayor privación material, la población de las clases desfavorecidas, las mujeres y los inmigrantes provenientes de países de renta baja son los colectivos más perjudicados.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la presencia de desigualdades en salud y su estabilidad en el tiempo. Se hacen recomendaciones relacionadas con los sistemas de información y la difusión, la investigación y las políticas para reducir estas desigualdades.

Palabras clave: Evolución. Clase social. Mortalidad. Política. Desigualdades.

Abstract

Objective: To analyze the evolution of social inequalities in health in Catalonia (Spain) in the last 20 years.

Methods: Mortality in 354 small areas of Catalonia (288 cities in Catalonia and 66 health areas in the city of Barcelona) was analyzed for the 1984-98 period. Indicators of self-perceived health status, lifestyles, and health services utilization by social class and gender were compared for 1994 and 2002. Factors related to occupational health, immigration and health, environmental health, and policies to reduce social inequalities in health were also analyzed.

Results: Although most health indicators improved, multiple inequalities in health were found in both 1994 and 2002. These inequalities were the same in 2002 as in 1994 or, in some cases, worse. The collectives with the worst indicators were persons living in the most deprived areas, those from disadvantaged social classes, women, and immigrants from low-income countries.

Conclusion: Social inequalities in health have persisted over the past 20 years in Catalonia. We present some recommendations on health information systems, research, and policies to reduce these inequalities.

Key words: Evolution. Social class. Mortality. Politics. Inequalities.

Introducción

El concepto de «desigualdad social en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud por parte de los colectivos socialmente menos favorecidos¹⁻³. Estudios científicos muy diversos muestran

que las desigualdades en salud son enormes y en muchos casos causan un exceso de mortalidad y una morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan, ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas. También es necesario tener presente que la evidencia científica disponible señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas^{4,5}.

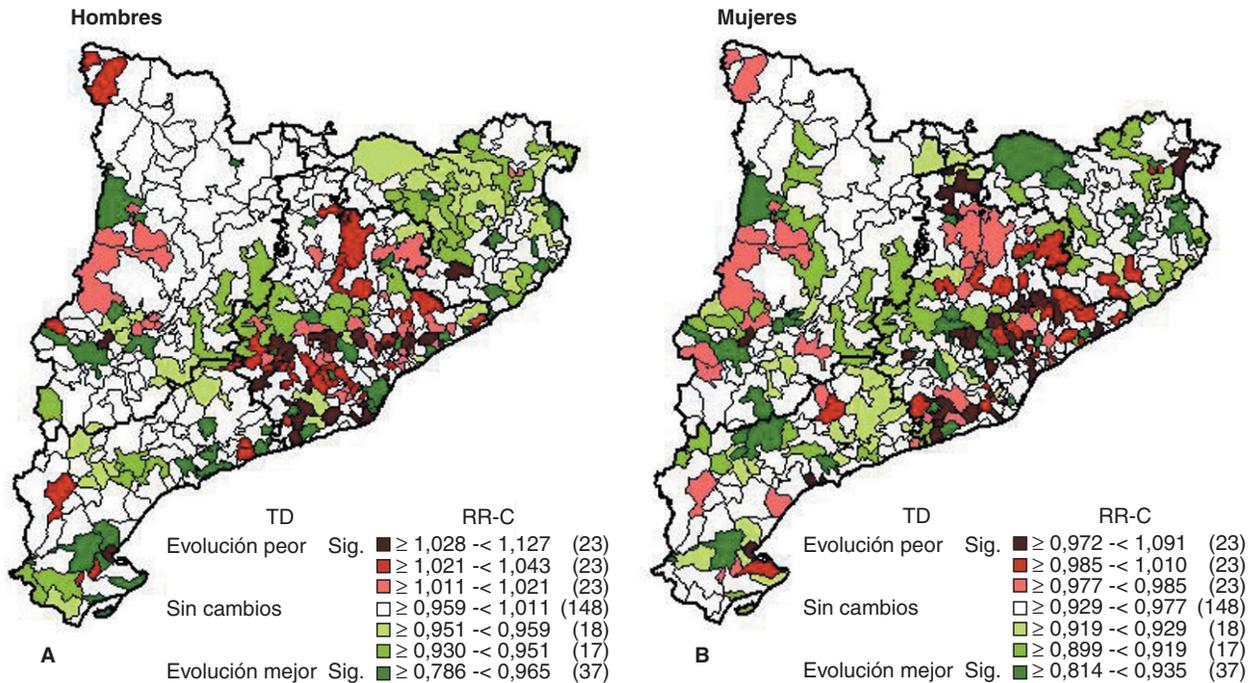
En el Estado español, el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud ha aumentado en las últimas décadas gracias a la investigación desarrollada por algunos grupos, cuyos resultados han sido publicados en revistas especializadas⁶⁻⁸, y también en

Correspondencia: Dra. Carme Borrell.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Plaça Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: cborrell@aspb.es

Recibido: 6 de octubre de 2005.

Aceptado: 17 de noviembre de 2005.

Figura 1. Evolución temporal del Riesgo Relativo (RR) de mortalidad ajustado por edad en áreas pequeñas de Cataluña. Hombres (A) y mujeres (B), 1984-98.



TD: tendencia diferencial; RR-C: cambio temporal en el RR de mortalidad. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística y del Institut d'Estadística de Catalunya.

libros e informes⁹⁻¹². No obstante, el conocimiento de las desigualdades en salud en las diversas comunidades autónomas es aún muy escaso e incompleto, y solamente hay informes monográficos sobre el tema en el caso de Cataluña. Recientemente, se ha publicado un libro en el que muy diversos autores analizan la evolución de las desigualdades en salud en Cataluña en las últimas 2 décadas¹³ y en el que se actualiza un primer estudio publicado en 2003¹⁴. El objetivo de este artículo es describir los principales resultados contenidos en estos libros y destacar algunos ejemplos de especial interés.

Desigualdades en salud

Desigualdades en la mortalidad

Se ha analizado la mortalidad en 354 áreas pequeñas de Cataluña (288 municipios o agregados de municipios de Cataluña y 66 zonas básicas de salud de la ciudad de Barcelona) durante los años 1984-1998. En el caso de los hombres, el riesgo de mortalidad muestra una distribución territorial, donde las zonas con mayor

mortalidad se encuentran en el litoral de Cataluña. En la provincia de Girona destacan especialmente las comarcas del Baix Empordà y la Selva, en la provincia de Barcelona las comarcas litorales, el Vallès Occidental y el Bages, en la provincia de Tarragona las comarcas del Tarragonès y el Baix Ebre, y en la provincia de Lleida la comarca del Segrià. En las mujeres, se evidencian áreas con un alto riesgo de mortalidad en la mitad sur del país, sobre todo al sur de Lleida, al sur y norte de Tarragona y en algunas zonas del sur de Girona (véase el mapa de las comarcas de Cataluña en el Anexo). En la ciudad de Barcelona, las áreas con mayor riesgo de mortalidad se localizan en las zonas litoral y norte.

El mapa de la figura 1 muestra la evolución de la mortalidad durante los años 1984-1998 mediante el análisis en trienios¹⁵. En el caso de los hombres, la evolución general de la mortalidad muestra una tendencia en la que se observa una peor evolución en las zonas situadas alrededor de la ciudad de Barcelona, en el Vallès Oriental y Anoia. En las mujeres, la tendencia de la mortalidad general empeora en las comarcas que están alrededor de la ciudad de Barcelona y muy especialmente en las comarcas del Vallès Occidental, Vallès Oriental, Osona y Garraf.

Tabla 1. Evolución de la salud percibida, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios según clase social (% estandarizados por edad). Hombres, Cataluña 1994 y 2002

	1994			2002		
	CS I-II	CS III	CS IV-V	CS I-II	CS III	CS IV-V
Salud percibida						
Mal estado de salud percibido (≥ 15 años)	14,5	19,0	25,0	10,2	17,0	23,9
Presencia de trastornos crónicos (≥ 15 años)	50,8	54,6	57,2	57,1	60,7	59,4
Mala salud mental (≥ 15 años)	6,6	8,2	10,5	7,4	8,8	9,5
Estilos de vida						
Consumo de tabaco						
15-44 años	34,6	39,5	52,0	32,9	34,1	46,2
45-64 años	35,0	41,7	39,6	28,9	32,2	35,3
Abandono del consumo de tabaco						
15-44 años	35,8	32,5	23,6	25,7	25,7	18,7
45-64 años	45,8	44,4	45,1	49,9	42,8	44,8
≥ 65 años	65,7	66,6	69,9	60,2	70,5	65,2
Consumo de alcohol (≥ 15 años)						
Sin consumo de alcohol	24,4	26,1	25,5	23,2	27,8	29,6
Consumo de riesgo	5,8	6,8	9,6	5,0	4,4	6,6
Sedentarismo en el tiempo libre (≥ 15 años)	30,4	22,1	30,3	28,5	32,5	40,0
Utilización de servicios sanitarios						
Cobertura sanitaria sólo pública	53,6	69,2	84,2	57,1	69,9	79,4
Visita al dentista el último año	29,2	25,9	20,6	38,4	29,1	27,8
Visita al médico general el último año (≥ 15 años)	56,4	64,6	69,3	63,5	67,6	70,9
Visita al especialista el último año	39,4	42,3	38,3	31,9	29,7	27,0
Hospitalización el último año	6,6	7,6	9,2	9,6	7,9	9,8
Toma periódica de la presión arterial (≥ 15 años)	27,2	27,7	24,0	51,0	48,2	51,2

CS I-II: clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario); CS III: clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad); CS IV-V: clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados).

Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCA-94 y ESCA-02.

El exceso de mortalidad en los hombres debido a la privación material se estima en alrededor de 8.029 muertes (2.676 anuales) en el período 1993-1995 y de 5.487 muertes (1.829 anuales) durante 1996-1998. En el caso de las mujeres, el exceso de muertes en 1993-1995 es de aproximadamente 1.874 muertes (625 anuales) en 1993-1994 y de 3.866 (1.289 anuales) en 1996-1998. Por lo tanto, entre los años 1993-1994 y 1996-1998 se ha producido una reducción del exceso de fallecimientos relacionados con la privación material en el caso de los hombres (del 9,6 al 6,4%), a la vez que éste ha aumentado aproximadamente en el doble en las mujeres (del 2,5 al 5,0%).

Desigualdades en la salud percibida

La realización de la segunda Encuesta de Salud de Cataluña durante el año 2002 (ESCA-02) permite comparar la evolución de las desigualdades en salud según la clase social y el género con la anterior encuesta realizada en 1994 (ESCA-94). La ESCA es una encuesta

mediante entrevistas domiciliarias que se realizó a una muestra representativa de la población catalana durante todo el año 1994 y durante los meses de octubre de 2001 a mayo de 2002. La clase social se obtuvo a partir de la ocupación actual o de la última ocupación de la persona entrevistada o, en su defecto, a partir de la ocupación de la persona principal del hogar, y se reagrupó en: clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario), clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad), clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados)¹⁶. Se presentan porcentajes estandarizados por edad por el método directo; la población de referencia es el total de la muestra de la ESCA-94.

Tal y como se observa en las tablas 1 y 2, las personas de las clases sociales menos favorecidas y las mujeres siguen presentando peor salud percibida, más presencia de trastornos crónicos y peor salud mental que las de otras clases sociales y los hombres, respectivamente. Así, por ejemplo, durante el año 2002, un 23,9% de los hombres pertenecientes a las clases

Tabla 2. Evolución de la salud percibida, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios según clase social (% estandarizados por edad). Mujeres, Cataluña 1994 y 2002

	1994			2002		
	CS I-II	CS III	CS IV-V	CS I-II	CS III	CS IV-V
Salud percibida						
Mal estado de salud percibido (≥ 15 años)	21,5	21,2	34,3	16,8	19,6	32,6
Presencia de trastornos crónicos (≥ 15 años)	61,1	60,6	68,7	60,2	64,8	74,0
Mala salud mental (≥ 15 años)	12,3	11,3	17,0	15,8	13,6	19,4
Estilos de vida						
Consumo de tabaco						
15-44 años	30,1	32,3	31,6	27,8	34,8	37,4
45-64 años	9,6	5,9	4,2	17,2	18,3	11,3
Abandono del consumo de tabaco						
15-44 años	34,9	37,0	31,6	27,3	24,0	21,3
45-64 años	43,3	65,6	50,5	41,5	33,7	33,7
≥ 65 años	76,7	66,8	74,0	73,6	31,9	53,3
Consumo de alcohol (≥ 15 años)						
Sin consumo de alcohol	47,0	44,2	55,8	42,6	49,4	57,6
Consumo de riesgo	0,7	0,9	0,9	0,3	1,4	1,1
Sedentarismo en el tiempo libre (≥ 15 años)						
	36,6	29,8	36,0	28,5	32,5	40,0
Utilización de servicios sanitarios						
Cobertura sanitaria sólo pública	57,2	62,7	84,0	60,6	67,9	83,4
Visita al dentista el último año	37,2	34,1	25,6	45,6	41,5	34,3
Visita al médico general el último año (≥ 15 años)	64,2	68,6	75,3	66,0	73,4	78,6
Visita al especialista el último año	58,2	57,5	54,6	57,0	58,3	52,1
Hospitalización el último año	7,0	5,3	6,6	9,6	8,3	9,0
Toma periódica de la presión arterial (≥ 15 años)	30,1	32,3	24,7	51,1	51,7	51,8
Mamografía periódica (15-64 años)	34,6	40,1	27,6	87,0	81,9	71,9

CS I-II: clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario); CS III: clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad); CS IV-V: clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados).

Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCA-94 y ESCA-02.

sociales IV-V y un 32,6% de las mujeres presentaban mala salud percibida, porcentajes que para las clases sociales I-II eran del 10,2 y el 16,8%, respectivamente. Las desigualdades entre clases son bastante similares en el año 2002 respecto a las existentes en 1994¹⁷.

Las desigualdades de género también son patentes en ambas encuestas de salud. Así, por ejemplo, la figura 2 muestra que en el año 2002, 7 de los 12 trastornos crónicos que se estudian tienen una mayor prevalencia en las mujeres, especialmente las varices, el estreñimiento y la depresión, diferencias que ya aparecían en 1994. La ESCA-02 recoge también otros trastornos crónicos, como la anemia, la osteoporosis y los problemas de tiroides, que presentan prevalencias mucho más altas entre las mujeres (un 7,4% anemias, un 5,9% osteoporosis y un 4,5% tiroides) que en los hombres, en las que éstas no sobrepasan nunca el 1%. Además, también en la ESCA-02 se analiza con más detalle los trastornos relacionados con la artrosis y/o

el dolor de espalda, que son también mucho más prevalentes en las mujeres.

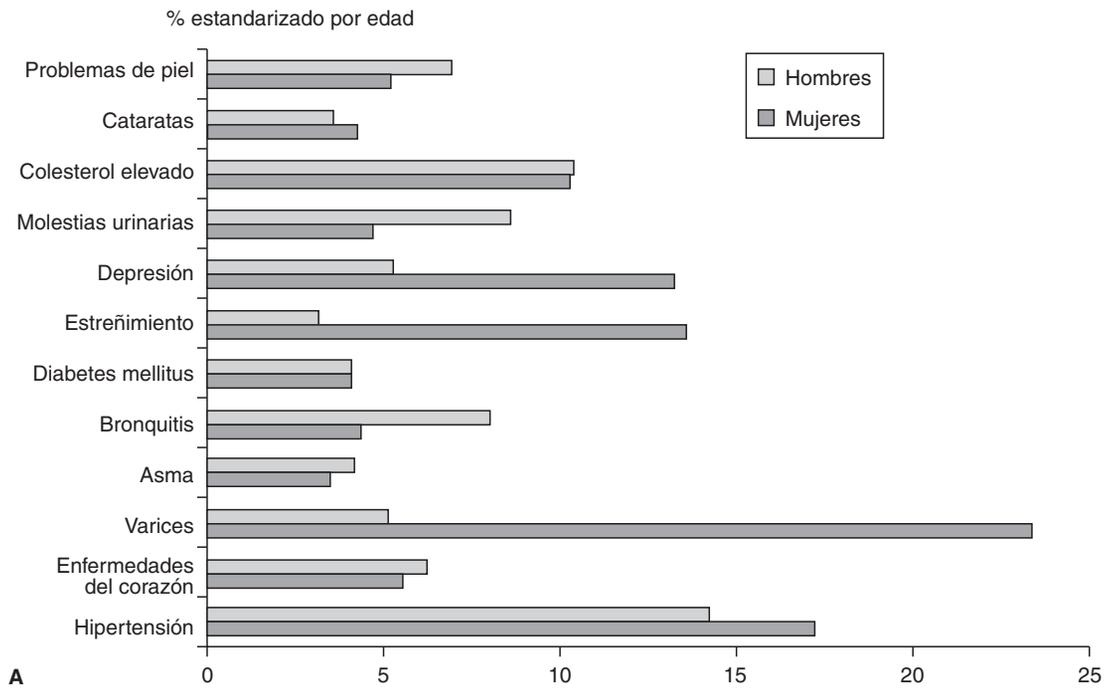
Salud reproductiva y violencia doméstica

Respecto a la salud reproductiva, destaca el aumento en el embarazo en adolescentes (14 a 17 años), el cual ha pasado de una tasa de 3,9 por cada 1.000 mujeres en 1989 a 9,8 por 1.000 en 2003, con un elevado número de abortos. Tanto el bajo peso al nacer como la prematuridad mantienen prevalencias mayores al límite (7%) establecido en el Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Finalmente, cabe citar también el aumento de partos por cesárea, que en el año 2002 alcanzaron un 26,2% de los partos (el 36,6% en los centros privados y el 22% en los públicos).

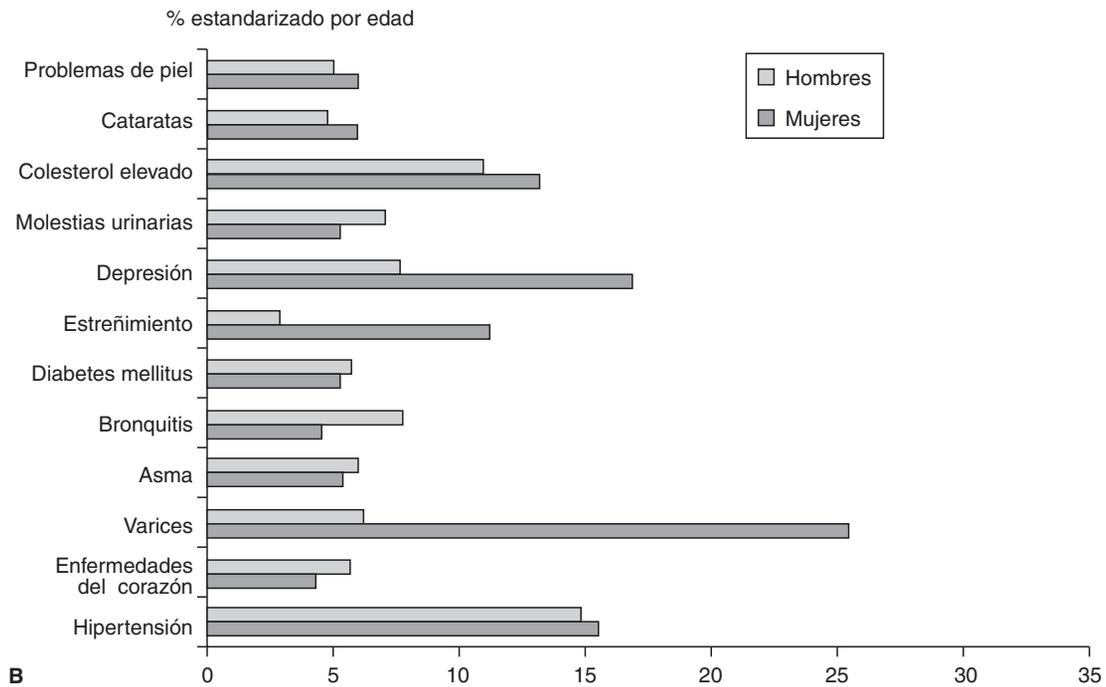
La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública que ha ido adquiriendo cada vez más relevancia, tal y como se refleja en el aumento de las de-

Figura 2. Prevalencia de trastornos crónicos. Hombres y mujeres de 15 años o más. Cataluña, 1994 (A) y 2002 (B).

Año 1994



Año 2002



Fuente: elaboración propia a partir de las ESCA-94 y ESCA-02.

nuncias por malos tratos producidos por la pareja que han crecido notablemente en Cataluña en muy pocos años: de 2.630 en 1998 a 5.187 en 2003 (datos del Ministerio del Interior).

Desigualdades en los estilos de vida y en la utilización de servicios sanitarios

Desigualdades en los estilos de vida

Los estilos de vida son factores personales de la salud que se hallan claramente influidos por determinantes sociales, como la clase social y el género. Los datos muestran que en los últimos años el consumo de tabaco disminuye en los hombres y aumenta en las mujeres, tal como han puesto de manifiesto estudios anteriores en el ámbito catalán¹⁸ y el Estado español^{19,20}. Los hombres de las clases más desfavorecidas (clases IV y V) fuman más que los de las clases I-II. Este patrón es similar en el año 2002 en las mujeres jóvenes y adultas (15 a 44 años), ya que fuma el 37,4% de las mujeres de las clases IV-V y el 27,8% de las de las clases I-II. Sin embargo, las mujeres de 45 a 64 años de las clases I-II aún fuman más (el 17,2 frente al 11,3% de las clases IV-V). El patrón de consumo de alcohol no cambia en 2002 respecto al año 1994. Las mujeres declaran ser abstemias en mucha mayor medida que los hombres y que las personas de las clases desfavorecidas. En relación con el consumo de alcohol de elevado riesgo, éste aumenta en las clases IV-V y sobre todo en los hombres. El sedentarismo en el tiempo libre aumenta en 2002 y, especialmente, en las personas de clases desfavorecidas, lo que hace que las desigualdades según la clase social aumenten tanto en los hombres como en las mujeres (tablas 1 y 2).

Desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios

Aunque los servicios sanitarios no se hallan entre los principales determinantes sociales de la salud, es importante garantizar el acceso y la calidad de éstos a toda la población sin distinciones sociales. Los datos muestran que la población de las clases más aventajadas tiene con menos frecuencia una cobertura sanitaria exclusivamente pública (alrededor del 60% de las personas de las clases I-II frente al 85% de las personas de las clases IV-V). A pesar de ello, el acceso al médico general, al especialista y a la hospitalización no presenta desigualdades entre las clases sociales en los años analizados (1994 y 2002), igual que se había descrito para 1994^{21,22}, aunque las mujeres acuden más al especialista que los hombres (tablas 1 y 2).

A pesar de este progreso, la doble cobertura sanitaria influye en la generación de desigualdades según

la clase social, sobre todo en cuanto las prestaciones no cubiertas por los servicios públicos, como es el caso de la visita al dentista, que sigue siendo más frecuente en las personas que pertenecen a las clases I-II. Además, las mujeres acuden más al dentista que los hombres.

La realización de prácticas preventivas aumenta en 2002 respecto a 1994; así, por ejemplo, 3 de cada 10 mujeres de 50 a 64 años declaraban hacerse una mamografía periódica en el año 1994, mientras que en el año 2002 son 8 de cada 10 mujeres, aunque aún hay desigualdades según clase social. La extensión a toda Cataluña del programa de cribado poblacional de cáncer de mama a todas las mujeres de este grupo de edad de acuerdo con el Pla de Salut y el Pla Director d'Onco-logia debe haber favorecido este aumento²³.

Algunos temas de salud pública de especial relevancia

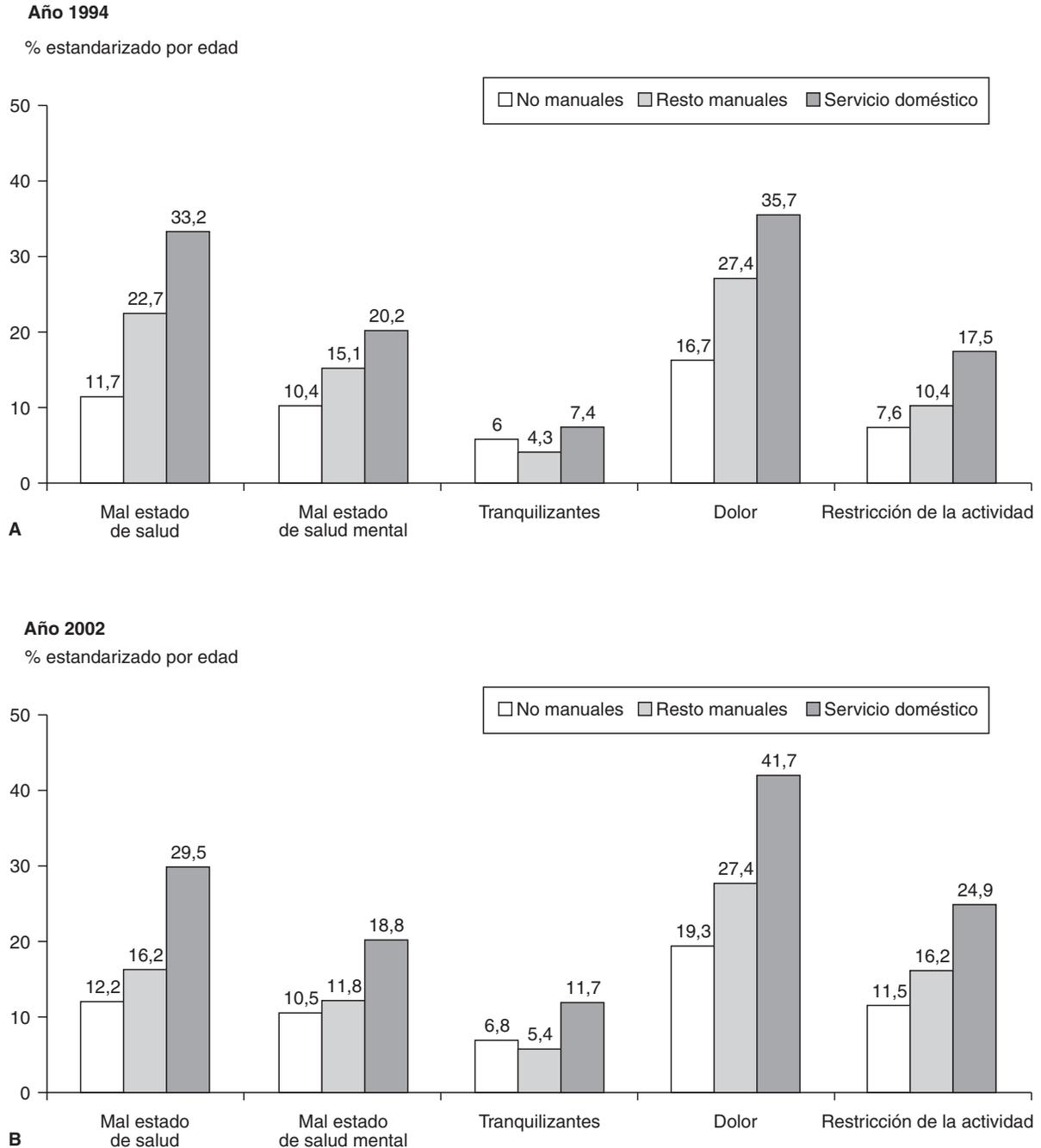
Desigualdades en la salud laboral

Durante el año 2003, la tasa de actividad laboral fue muy superior en los hombres (71%) que en las mujeres (49%). A pesar del aumento que esta tasa ha experimentado en las mujeres, la actividad laboral no siempre se traduce en ocupación, ya que el desempleo afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres (el 12,2 frente al 7,1% en el año 2003). Por otra parte, los porcentajes de contratación temporal son muy elevados, especialmente en las mujeres (el 24,9 frente al 19,8% en los hombres en 2003) y en las personas de clases sociales más desfavorecidas.

Uno de los colectivos donde confluyen en mayor medida las desigualdades de salud laboral según el género y la clase social son las mujeres que trabajan en el servicio doméstico. En el año 2002, éstas representaban el 9% de la población ocupada femenina, entre las cuales un 40,5% tenía un contrato fijo y un 26,1% no tenía contrato. Además, el 20% de las madres que trabajan en el servicio doméstico es también responsable de hogares monoparentales (esta proporción en las mujeres ocupadas que son madres es de sólo el 11,6%).

Durante el año 1994, este colectivo tenía un riesgo 3 veces superior de tener un mal estado de salud percibido, mala salud mental, dolor y restricción de la actividad (fig. 3). En el año 2002, el patrón es similar, si bien las diferencias sólo son estadísticamente significativas para el estado de salud percibido (la prevalencia de mal estado de salud percibido en este colectivo es del 29,5%, mientras que en el resto de trabajadoras de clase V se sitúa en el 10,5%) y el dolor. Una diferencia negativa es que, mientras que en el año 1994

Figura 3. Prevalencias de distintos indicadores de salud percibida en mujeres ocupadas (no manuales, resto de manuales, servicio doméstico). Cataluña, 1994 (A) y 2002 (B).



Fuente: elaboración propia a partir de las ESCA-94 y ESCA-02.

no había diferencias en el consumo de tranquilizantes, en el año 2002 las mujeres del servicio doméstico consumen estos fármacos en mucha mayor medida que el resto de trabajadoras manuales (el 11,7 frente al 5,4%).

Desigualdades en la salud de los inmigrantes

El fenómeno migratorio ha evolucionado muy rápidamente en los últimos años y cada vez hay más población extranjera residente. En Cataluña, este colec-

tivo alcanzó ya en el año 2004 las 700.000 personas. Sin embargo, actualmente hay aún muy poca información sobre la salud de las personas inmigrantes, y aún menos sobre sus posibles desigualdades sociales en salud.

Un estudio cualitativo realizado con 21 participantes de América Latina basado en grupos focales en una primera etapa y, posteriormente, en el comentario de fotografías narrativas realizadas por las mismas personas inmigradas, pone de manifiesto la elevada precariedad en la vivienda, en el trabajo, la falta de apoyo social y la discriminación que presentan²⁴. Cada uno de estos factores sociales se halla estrechamente relacionado con la salud. Las frases extraídas de las entrevistas que constan en la tabla 3 ilustran este tipo de situaciones.

Desigualdades en la salud ambiental

Muchos de los factores de riesgo de la salud ambiental tienen un carácter universal y no tienen fronteras. Por lo tanto, gran parte de la población puede estar igualmente expuesta a ellos. La exposición según factores sociales relacionados con la salud ambiental es hoy día muy poco conocida, sin que en Cataluña se disponga de la información apropiada que permita conocerla con algún detalle. No obstante, dada la importancia del tema, se presentan algunos hechos que ilustran la necesidad de su estudio.

Respecto a la contaminación urbana, no parece probable esperar diferencias notables en la exposición que los ciudadanos de una misma ciudad puedan tener, aunque la cercanía a las grandes vías de tráfico se ha demostrado que es un factor que incrementa el riesgo de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Sin embargo, la distancia de las vías de tráfico en el norte de Europa no se asocia con la clase social. Se han demostrado diferencias geográficas entre ciudades en cuanto a la supervivencia en relación con las concentraciones de partículas respirables, debido a la diferencia del impacto del tránsito rodado y de cierta actividad industrial. Sería oportuno estudiar si estas variaciones geográficas se asocian con diferencias en determinantes socioeconómicos. Dado el conocimiento actual de los efectos de las concentraciones de partículas respirables sobre la salud, parece necesario hacer un esfuerzo considerable para reducir los valores de partículas en el aire urbano, así como estudiar sus posibles diferencias territoriales.

La exposición de residuos químicos de la cloración del agua del grifo puede distribuirse de forma desigual, ya que son las personas de clases sociales más privilegiadas las que consumen con más frecuencia agua embotellada (fig. 4). Es necesario reducir las concentraciones de subproductos de la cloración pre-

Tabla 3. Frases extraídas de las entrevistas a inmigrantes latinoamericanos

«La vivienda es muy pequeña sin vista a la calle, sin buena ventilación, si no entra el sol no entra la vida... Aquí todo son pisos reformados... Aquí hay un nido de cucarachas, no podemos apagar ninguna luz porque empiezan a caer. No hay control de sanidad. El piso es alquilado y por la necesidad, sin cédula de habitabilidad» (A1, hombre).

«Hace 2 años y medio trabajaba en una fábrica de embutidos. Como el piso de la fábrica estaba mal, me cayó un carro con 800 kilos encima; no tenía aún los papeles y como estaba ilegal el señor de la fábrica me dijo: "No vas a decir que fue un accidente laboral"... Me tocó apañarme yo misma, mi esposo tuvo que ir por mí, traerme a Barcelona para que me atendieran. Tuve que callar por cuidar el trabajo de los inmigrantes. Si yo decía algo, echaban a los 15 inmigrantes que trabajaban conmigo. Y yo, por no ver 15 familias en la calle, me quedé callada. Además, quedé con secuelas de cervicales por eso» (A, mujer).

«En el trabajo, no nos dan medidas de protección... si uno mismo no las compra, no le dan nada. A los empleadores les gusta el inmigrante sin papeles, pues es un coste que se ahorran. Uno pide la protección... ah sí sí, pero nunca llega. Entonces me toca aspirar todo el polvo...» (A2, hombre).

«Lo que pasa es que en el caso de uno sin papeles, uno sopesa qué es más importante ¿perder el trabajo o ir al médico? Voy sólo al médico cuando ya no doy más... Conozco mucha gente que no va a donde el médico porque no tiene tarjeta sanitaria... La mayoría de las veces hago 18 horas diarias...» (N, mujer).

«Casi siempre tengo presión psicológica por parte de los jefes... para sacar el trabajo... La carga horaria normal es de 8 horas, pero me toca trabajar entre 10 y 12 horas, las horas extras no me las paga...» (A2, hombre).

Fuente: elaboración propia a partir del estudio de Ordóñez²⁴.

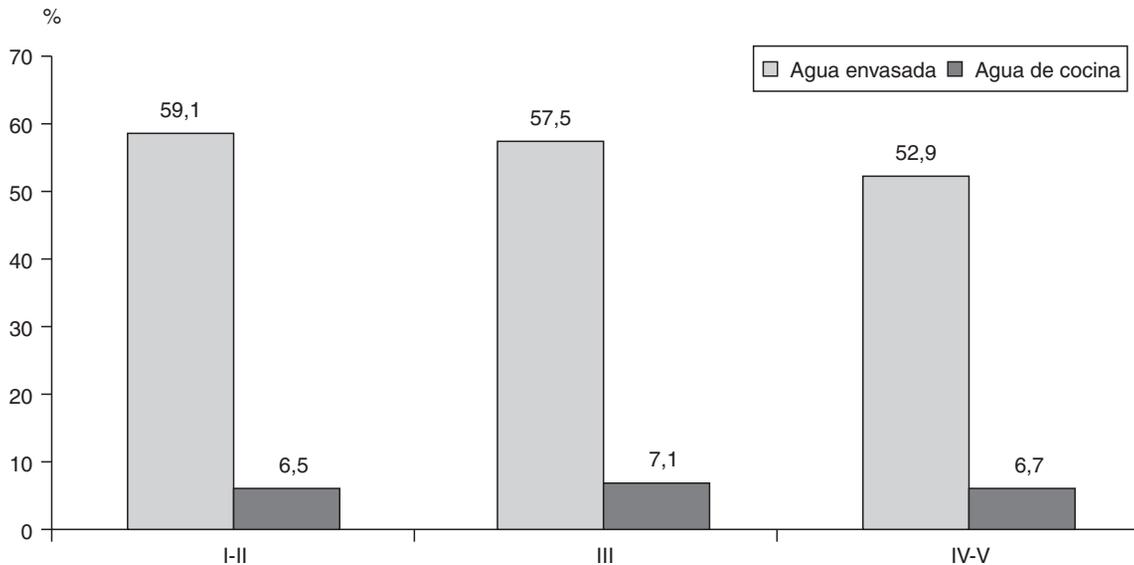
sentes en el agua potable, así como también asegurar la potabilidad del agua en todos los municipios de Cataluña, ya que una parte extensa del territorio tiene amenazada su calidad del agua de bebida debido a la mala gestión de los residuos agrícolas y ganaderos.

Finalmente, cabe señalar que hay muy poca información sobre la contaminación de los alimentos por compuestos orgánicos persistentes y se desconoce si las concentraciones individuales pueden asociarse con factores sociales. Hasta el momento, los estudios realizados en Cataluña muestran que todos los individuos estudiados presentan de igual modo contaminantes, como los PCB o el metabolito del DDT²⁵.

Políticas para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud

En Cataluña y en el Estado español ha aumentado el conocimiento sobre las desigualdades socioeco-

Figura 4. Personas que utilizan agua envasada para beber o cocinar según clase social. Cataluña, 2002.



nómicas en salud en las últimas décadas. Sin embargo, hasta el momento, las políticas realizadas para reducirlas son escasas²⁶, sin que el tema sea objeto de debate en la agenda política. A pesar del progreso en la investigación realizado por algunos grupos concretos, la existencia de las desigualdades en salud apenas sí ha trascendido a la ciudadanía, los grupos sociales y los responsables políticos.

De todos modos, hay algunos pocos ejemplos de políticas o intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades socioeconómicas en salud, sin que muchas de ellas se hayan evaluado adecuadamente mediante el análisis de su posible impacto sobre las desigualdades en salud. A modo de ilustración, podemos citar las siguientes acciones: «El Plan de atención integral de servicios sociales en el Alt Urgell»²⁷ (Lleida) realizado en los años 1998-2002, o algunas intervenciones para reducir las desigualdades que han sido evaluadas, como la «Intervención para reducir las desigualdades en salud materno-infantil en el distrito de Ciutat Vella en la ciudad de Barcelona»²⁸, la «Intervención para reducir la tuberculosis en personas *sin techo* y en usuarios de drogas inyectadas»²⁹, la «Intervención para reducir la drogadicción»^{30,31}, la «Reforma de la atención primaria en la ciudad de Barcelona» o el «Programa de cribado de cáncer de mama en Barcelona»³².

Hasta el momento, el gobierno de Cataluña no ha puesto en práctica la realización de un plan que permita reducir las múltiples desigualdades en salud que existen y que han sido profusamente documentadas en este artículo.

Conclusiones y recomendaciones

Aunque la mayoría de indicadores de salud ha mejorado a lo largo de los últimos años, este trabajo ha puesto de relieve la existencia de múltiples desigualdades sociales en salud, tanto en 1994 como en 2002, y el hecho de que éstas se mantienen o, en determinados casos, incluso aumentan. Así, las personas que viven en las áreas geográficas con mayor privación material, la población de las clases desfavorecidas, las mujeres y los inmigrantes provenientes de países de renta baja son los colectivos más perjudicados.

Por todo ello, se proponen una serie de recomendaciones generales, relacionadas con 3 apartados: la difusión, sistemas de información y formación, la investigación y las políticas.

Respecto a la *difusión, sistemas de información y formación*, debe señalarse que en la actualidad hay un notable desconocimiento por parte de la ciudadanía y un claro olvido por parte de los responsables políticos de la existencia de las desigualdades en salud. Además, la mayoría de sistemas de información no están preparados para analizar este tema, ya que no suelen contener variables sociales muy importantes. Por lo que se refiere a la *investigación* institucional respecto a las desigualdades en salud, su evolución y sus causas, es hoy día muy deficiente. Finalmente, es preciso enfatizar que las *políticas sociales y sanitarias* más efectivas para mejorar los niveles de salud de toda la población son las que reducen las desigualdades en salud. Sin

Tabla 4. Principales recomendaciones generales**Difusión, sistemas de información y formación**

- Que se promueva la difusión entre los partidos políticos, los profesionales, los agentes sociales y la ciudadanía en general de la situación actual sobre las desigualdades en salud
- Que el Gobierno de la Generalitat desarrolle los sistemas de información sociales y sanitarios en forma adecuada para poder así estudiar las diversas dimensiones de las desigualdades en salud
- Que los datos sobre la salud y sus determinantes se desagreguen geográficamente y por variables sociales fundamentales como son la clase social, el sexo, el país de origen, la nacionalidad y la etnia
- Que los programas de formación de los profesionales sociales y sanitarios incluyan detalladamente el estudio de la situación, la evolución y las causas de la producción y reproducción de las desigualdades en salud, ampliando un enfoque como el hoy predominante, de tipo excesivamente biologicista
- Que el gobierno de la Generalitat constituya un «Centro de Análisis y Vigilancia de las Desigualdades en Salud» que periódicamente produzca informes de desigualdades en salud

Investigación

- Que las administraciones públicas ayuden a desarrollar programas de investigación con la financiación institucional necesaria para profundizar en la investigación de las desigualdades en salud
- Que las administraciones públicas fomenten en las instituciones académicas y de investigación el estudio de los determinantes y los mecanismos generadores de las desigualdades en salud, así como de su evolución y reproducción
- Que se fomente la investigación mediante ayudas y becas específicas para este ámbito con la promoción de redes y grupos de colaboración

Políticas

- Que el gobierno de la Generalitat y el resto de instituciones públicas catalanas consideren como una prioridad fundamental de su agenda política el objetivo de reducir las desigualdades en salud existentes
- Que las políticas generales y los programas de intervención afecten a toda la población con especial atención a los grupos sociales más vulnerables y que estas acciones y sus resultados sean evaluados a lo largo del tiempo mediante los indicadores necesarios
- Que los planes de salud de Cataluña tengan como uno de sus objetivos principales la reducción de las desigualdades en salud
- Que las autoridades con competencias sobre desigualdades (sanitarias, económicas y de servicios sociales) coordinen sus intervenciones entre sí promoviendo que los grupos de defensa de la salud pública, los profesionales sociosanitarios, los sindicatos, los movimientos vecinales y otras organizaciones sociales puedan participar activamente en la elaboración y la realización de programas de reducción de las desigualdades en salud
- Que se constituya una «Comisión sobre Desigualdades en Salud» que, según la información generada por el «Centro de Análisis y Vigilancia de las Desigualdades en Salud», proponga la realización de un Libro Blanco donde se puedan establecer las prioridades y actividades correctas para reducir las desigualdades en salud

Fuente: elaboración propia.

embargo, hasta el momento, las desigualdades en salud no son objeto de debate público ni son un tema que reciba la adecuada atención y acción por parte de las administraciones y las instituciones públicas. Por todo ello, se hacen una serie de recomendaciones genera-

les y específicas, presentándose las generales en la tabla 4.

Agradecimientos

Este artículo y los libros en los que se basa han sido coordinados por el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) y financiados por la Fundació Jaume Bofill. Con la colaboración de la «Xarxa Temàtica sobre les Desigualtats Socials en Salut», la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (RCESP C03/09) y la Red de Investigación sobre Salud y Género (RISG G03/042.).

Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill

Lucía Artazcoz, Joan Benach, Carme Borrell, Laura Bouso, Maria Buxó, Immaculada Cortès, Esteve Fernández, Montse García, Fernando G. Benavides, Patricia García de Olla, Josep M. Jansà, José Miguel Martínez, Manel Nebot, Juana Isabela Ordóñez, M. Isabel Pasarín, Glòria Pérez, Luísl Rajmil, Núria Ribas-Fitó, Maica Rodríguez-Sanz, Izabella Rohlf, Anna Schiaffino, Jordi Sunyer, Carme Valls-Llobet y Yutaka Yasui.

Conflicto de intereses

Las opiniones de los autores no representan necesariamente las de las instituciones en las que desarrollan su práctica profesional. El CAPS y la Fundació Jaume Bofill no han influido en los resultados y las opiniones presentados en este trabajo.

Bibliografía

1. Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
3. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
4. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit.* 1997;11:255-7.
5. Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En: Navarro V, editor. *El Estado de Bienestar en España.* Madrid: Tecnos; 2004.
6. Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994). *Gac Sanit.* 1995;49:251-64.
7. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health.* 1999;53:388-9.
8. Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit.* 2004;18:1-4.

9. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
10. Navarro V, Benach J, y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades sociales en salud en España. Las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University; 1996.
11. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1:96-101.
12. Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:1-2.
13. Borrell C, Benach J, coordinadores. L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
14. Borrell C, Benach J, coordinadores. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
15. Benach J, Martínez JM, Yasui Y, Borrell C, Pasarín MI, Español E, et al. Atlas de mortalitat en àrees petites a Catalunya (1984-1998). Barcelona: Mediterrània, Fundació Jaume Bofill, UPF; 2004.
16. Grupo SEE y Grupo SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
17. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya, 1994. Aten Primaria. 2000;25:560-2.
18. Fernández E, García M, Schiaffino A, Borràs JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia (Spain). Prev Med. 2001;32:218-23.
19. Schiaffino A, Fernández E, Borrell C, Saltó E, García M, Borràs JM. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. Eur J Public Health. 2003;13:56-60.
20. Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. J Epidemiol Community Health. 2005;59:395-401.
21. Rajmil L, Borrell C, Starfield B, Fernández E, Serra V, Schiaffino A, et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). Arch Dis Child. 2000;83:211-4.
22. Borrell C, Fernández E, Schiaffino A, Benach J, Rajmil L, Villalbí JR, et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? International Society for Quality in Health Care. 2001;13:117-25.
23. Masuet C, Sèculi E, Brugalat P, Tresserras R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña. Un paso adelante. Gac Sanit. 2004;321-325.
24. Ordóñez JI. Concepciones actitudes y prácticas de salud y enfermedad de la población Inmigrante Latinoamericana [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
25. Porta-Serra M, Kogevinas M, Zumeta E, Sunyer J, Ribas-Fitó N, Grupo de Trabajo sobre Compuestos Tóxicos Persistentes y Salud del IMIM. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española: el rompecabezas

- sin piezas y la protección de la salud pública. Gac Sanit. 2002;16:257-66
26. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. Gac Sanit. 2004;18 Supl 1:158-67.
27. Consell Social de la Seu d'Urgell. La Seu d'Urgell: Pla Integral de Serveis Socials de la Seu d'Urgell 1998-2002; 1999.
28. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. Gac Sanit. 1995;9:224-31.
29. Díez E, Clavería J, Serra T, Caylà JA, Jansà I, Pedro R, et al. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. Tubercle Lung Dis. 1996;77:420-4.
30. Manzanera R, Torralba LI, Brugal MT, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: diez años del Plan de Acción sobre Drogas de Barcelona. Gac Sanit. 2000;14:58-66.
31. Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, García de Olalla P, Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. Addiction. 2005;100:981-9.
32. Borrell C, Villalbí JR, Díez E, Brugal MT, Benach J. Municipal policies: the example of Barcelona. En: Mackenbach J, Bakker M, editors. Reducing Inequalities in Health. A European perspective. London, New York: Routledge; 2002. p. 77-84.

Anexo. Mapa de las comarcas de Cataluña.

