

ORIGINALES BREVES

Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994

E. Fernández^a, A. Schiaffino^a, L. Rajmil^a, C. Borrell^b, M. García^a y A. Segura^a

^aInstitut Universitari de Salut Pública de Catalunya, L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^bInstitut Municipal de Salut Pública de Barcelona. Barcelona.

Objetivo. Estudiar las desigualdades sociales en salud en la población catalana.

Diseño. Estudio transversal por entrevista de una muestra representativa de la población catalana (Encuesta de Salud de Cataluña, 1994).

Participantes. Los individuos ≥ 15 años que contestaron directamente el cuestionario (5.641 varones y 6.604 mujeres).

Mediciones y resultados principales. Se ha analizado la información sobre salud percibida, actividad restringida y trastornos crónicos según clase social mediante modelos de regresión logística. La proporción de personas que declara su salud como regular o mala es mayor en las clases IV-V que en las clases I-II (varones, 25,0 frente a 14,5%; OR, 1,8; IC del 95%, 1,5-2,3; mujeres, 34,4 frente a 21,5%; OR, 1,7, IC del 95%, 1,4-2,1). Existen diferencias sociales en el mismo sentido en la presencia de restricción de la actividad y en la presencia de trastornos crónicos.

Conclusiones. Aunque la universalización del sistema sanitario ha disminuido algunas de las diferencias sociales en la accesibilidad y utilización de servicios sanitarios, persisten diferencias según la clase social en el estado de salud. Estas desigualdades deberían ser abordadas por el propio sistema sanitario en el marco de políticas públicas y sociales generales.

Palabras clave: Desigualdades sociales. Encuestas de salud. Salud percibida. Clase social. Cataluña.

INEQUALITIES IN HEALTH ACCORDING TO SOCIAL CLASS IN CATALONIA (SPAIN), 1994

Objective. To study social inequalities in health in Catalonia.

Design. Cross-sectional survey of a representative sample of the population of Catalonia, Spain (Catalan Health Interview Survey, 1994).

Participants. Responses from 5641 males and 6604 women aged 15 years or over were included for analysis.

Measurements and main results. We analysed the information about self-perceived health, restriction of activity, and presence of chronic conditions according to social class by means of logistic regression models. The proportion of subjects that rated their health as fair or poor was higher in social classes IV-V than in classes I-II (men: 25.0% vs. 14.5%; OR, 1.8, 95% CI, 1.5-2.3; women: 34.4% vs. 21.5%; OR, 1.7, 95% CI, 1.4-2.1). There were differences by social class in respect to restriction of activity and presence of chronic conditions.

Conclusions. Despite the decrease of social inequalities in accessibility and use of health services due to the universalisation of health coverage, differences by social class remain in the perception of health status. These inequalities should be addressed by the health system within the framework of broad public and social policies.

Key words: Social inequalities. Health surveys. Self-perceived health. Social class. Catalonia. Spain.

(Aten Primaria 2000; 25: 560-562)

Correspondencia: Dr. Esteve Fernández.
Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona.
Ctra. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet (Barcelona).
Correo electrónico: efernandez@bell.uib.es.

Manuscrito aceptado para su publicación el 15-XI-1999.

Introducción

Las desigualdades socioeconómicas en salud han sido objeto de estudio en las últimas décadas. En España, la mayor parte de los trabajos corresponden al ámbito local¹ o al estatal², principalmente mediante la utilización de información agregada sobre mortalidad y morbilidad en distintos ámbitos y mediante diferentes indicadores socioeconómicos, como son nivel de ingresos, educación o clase social basada en la ocupación. Estos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en salud, entendidas como diferencias sociales que son innecesarias, evitables e injustas². A estas desigualdades, y a su disminución, se refiere la equidad que el sistema sanitario y las políticas sociales de las administraciones deben garantizar, tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en el resultado de las intervenciones, de forma que disminuya la mortalidad y la morbilidad asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables.

La Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 1994 permite considerar las desigualdades sociales en salud en el ámbito de esta comunidad con información de base poblacional individual. El objetivo de este trabajo fue analizar las desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, tras controlar el efecto de otras variables relacionadas con la salud.

Material y métodos

La ESCA es un estudio transversal por entrevista de una muestra aleatoria de la población no institucionalizada de Cataluña. Se llevó a cabo un muestreo estratificado y polietápico, con un tamaño total de la muestra de 15.000 personas, que tras la ponderación correspondiente es representativa del total de la población catalana. Para el presente análisis se han in-

cluido las 12.245 respuestas de las personas ≥ 15 años entrevistadas directamente (5.641 varones y 6.604 mujeres). Las sustituciones por negativa a contestar o ausencia del domicilio fueron del 5,4%. Las variables dependientes fueron: estado de salud percibido, categorizado como «bueno» cuando se contestó como excelente, muy bueno o bueno y «malo» (regular o malo); la restricción de la actividad en los últimos 15 días (no/sí) y la presencia de algún trastorno crónico (no/sí) de una lista de 16 trastornos habitualmente investigados en este tipo de estudios. La clase social se asignó según la ocupación actual, de acuerdo con la adaptación española de la clasificación británica³. Para jubilados y desocupados se asignó mediante la ocupación más reciente, y en el caso de estudiantes y amas de casa, mediante la del cabeza de familia. La clase I se asigna a altos directivos y técnicos superiores; la clase II corresponde a directivos y propietarios o gerentes de comercio; en la clase III se clasifican los trabajadores cualificados no manuales; la clase IVa corresponde a los trabajadores manuales cualificados, y la clase IVb a los trabajadores manuales semicualificados de la industria, el comercio, los servicios y el sector primario; finalmente, se clasifican en clase V a los trabajadores manuales no cualificados. Se han reagrupado como clases I-II (clases favorecidas), clase III y clases IV-V (clases desfavorecidas). Un 2,3% de las respuestas (n = 280) fueron ocupaciones no declaradas o no clasificables. Para cada variable dependiente se ha calculado la proporción estandarizada por edad (método directo) de sujetos en cada clase. Las asociaciones se han cuantificado mediante la *odds ratio* (OR) de prevalencia obtenida de un modelo de regresión logística, tras ajustar por edad (en quinquenios), área de residencia (regiones sanitarias de Cataluña) y, en los modelos para el estado de salud y la actividad restringida, por el número de trastornos crónicos (0, 1, 2, ≥ 3). Los modelos incluyeron igualmente la ponderación muestral. Dado que existen diferencias en el estado de salud según el género⁴, se han analizado los varones y las mujeres por separado.

Resultados

El porcentaje de varones de las clases IV-V que declararon un estado de salud como regular o malo fue aproximadamente del doble (25,0%) respecto al de varones de las clases más favorecidas (14,5%), asociación que se mantiene tras controlar por edad, área de residencia y número de trastornos crónicos (OR, 1,8; IC del 95%, 1,5-2,3). La proporción de mujeres que declararon su salud como mala fue aún mayor (tabla 1), con un patrón similar al observado en varones (OR, 1,7; IC del 95%, 1,4-2,1). Se ob-

TABLA 1. Distribución de 5.641 varones y 6.604 mujeres según el estado de salud percibido como regular o malo, la presencia de restricción de la actividad en los últimos 15 días, la presencia de trastornos crónicos y la clase social (Cataluña, 1994)

	Varones		Mujeres	
	% ^a	OR (IC del 95%) ^b	% ^a	OR (IC del 95%) ^b
Estado de salud percibido como regular o malo				
Clase social I-II	14,5	1 ^c	21,5	1 ^c
Clase social III	19,0	1,3 (1,0-1,7)	21,2	1,0 (0,8-1,2)
Clase social IV-V	25,0	1,8 (1,5-2,3)	34,3	1,7 (1,4-2,1)
Presencia de actividad restringida (15 días previos a la entrevista)				
Clase social I-II	5,6	1 ^c	10,6	1 ^c
Clase social III	8,3	1,4 (1,0-2,0)	9,6	0,9 (0,7-1,2)
Clase social IV-V	10,2	1,8 (1,3-2,4)	15,0	1,2 (1,0-1,5)
Presencia de algún trastorno crónico				
Clase social I-II	50,8	1 ^c	61,1	1 ^c
Clase social III	54,6	1,2 (1,0-1,4)	60,6	0,9 (0,8-1,5)
Clase social IV-V	57,2	1,3 (1,2-1,6)	68,7	1,4 (1,2-1,6)

^aProporción estandarizada por edad mediante el método directo.

^b*Odds ratio* de prevalencia e intervalo de confianza del 95%. Los modelos para las variables dependientes estado de salud percibido y actividad restringida están ajustados por edad, área de residencia y número de trastorno crónicos. El modelo para la presencia de algún trastorno crónico se halla ajustado por edad y área de residencia.

^cCategoría de referencia.

servan diferencias entre las clases IV-V y las clases I-II en la presencia de algún tipo de restricción de la actividad asociada a problemas de salud en las 2 semanas previas a la entrevista, tanto entre los varones (10,2 frente a 5,6%; OR, 1,8; IC del 95%, 1,3-2,4) como en mujeres (15,0 frente a 10,6%; OR, 1,2; IC del 95%, 1,0-1,5). Finalmente, existen diferencias en la probabilidad de presentar algún trastorno crónico según la clase social tanto entre varones como entre mujeres. Estas diferencias persisten tras controlar por edad y área de residencia (tabla 1). Los resultados fueron prácticamente idénticos en los modelos, que incluyeron además como variables de ajuste consumo de tabaco y alcohol y la práctica de ejercicio físico habitual (datos no mostrados).

Discusión

Las desigualdades sociales en la percepción del estado de salud han sido constatadas mediante encuestas de ámbito local en nuestro medio. En la Encuesta de Salud de Barcelona (ESB) del año 1986 un 81,6% de los individuos en las clases I-II declaró percibir su salud como buena o muy buena, mientras que sólo lo hizo el 67,6% de las personas en las clases IV-V⁵. En la ESB-1992 la proporción

de varones y mujeres con salud regular o mala de las clases IV-V fue también prácticamente el doble que en las clases I-II, asociación que se mantuvo (con OR de la misma magnitud a las del presente estudio) tras ajustar por consumo de tabaco y alcohol, actividad física y sobrepeso⁶. A la luz de estos y otros resultados similares en nuestro entorno y en el resto de países industrializados^{1,2} conviene considerar las posibles causas de las desigualdades en salud. En primer lugar se debe tener en cuenta la posibilidad de errores de tipo metodológico en la elaboración de las estadísticas vitales de morbimortalidad, como por ejemplo los cambios en la definición y clasificación de las clases sociales, la variabilidad en el tipo de medida del estado de salud y del nivel socioeconómico y el llamado sesgo «numerador/denominador»¹. Sin embargo, este tipo de error no puede afectar a los resultados expuestos, por tratarse de información procedente de una encuesta poblacional.

En segundo lugar, de acuerdo con las teorías de selección social, las personas con mala salud tienden a desplazarse hacia las clases menos favorecidas y viceversa. Aunque un estudio transversal no puede elucidar la dirección de la asociación, los estudios longitudinales⁷ demuestran que la

selección social sólo explica una pequeña parte de las desigualdades. Una tercera explicación se basa en las diferencias en comportamientos y/o conductas individuales (estilos de vida). En este estudio el ajuste por este tipo de factores no produjo cambios en el patrón observado.

En cuarto lugar, se aboga también por explicaciones de tipo estructural, es decir, el entorno o ambiente social menos favorable (condiciones de trabajo, presión de consumo, etc.) en el que viven los grupos sociales desfavorecidos. Finalmente, las desigualdades sociales podrían estar relacionadas con factores psicosociales, como el control sobre el trabajo, el estrés asociado a éste o la falta de apoyo social, y se ha postulado que los propios servicios sanitarios pueden contribuir a las desigualdades sociales en salud, como consecuencia de una accesibilidad y un uso diferencial según el nivel socioeconómico⁷. Aunque la universalización de la atención sanitaria ha tenido efectos positivos sobre la equidad en Cataluña⁸, no todas las necesidades asistenciales tienen la misma cobertura, de manera que los servicios de dentista o de atención al parto son más ampliamente utilizados por las personas de las clases sociales más favorecidas. En una cohorte holandesa¹¹ la mortalidad diferencial según el nivel de estudios se relacionó con factores materiales (tipo de empleo, problemas económicos, condiciones de vivienda y del vecindario, etc.) más que con factores conductuales (consumo de tabaco, alcohol, actividad física, sobrepeso, etc.). Ése, como la mayor parte de los trabajos², concuerda en afirmar que los factores de tipo estructural y material son los responsables de las desigualdades en salud, como parece razonable que suceda igualmente en Cataluña.

Por lo que concierne a la validez de los resultados, es poco probable un sesgo de selección, como pone de manifiesto la elevada participación y el carácter representativo de la mues-

tra estudiada. Como en todas las encuestas de salud por entrevista, los participantes respondieron sin una validación complementaria, por lo que es posible cierto grado de mala clasificación diferencial según la clase social en la información obtenida. La medida de clase social basada en la ocupación se utiliza en los estudios sobre desigualdades y se muestra como un indicador válido⁹, su agrupación en 3 categorías es recomendable, aunque puede comportar un cierto grado de clasificación errónea de los sujetos en la clase III⁹. El análisis de la información de la ESCA constata la existencia de desigualdades de salud según la clase social, independientemente de otros determinantes sociodemográficos o condiciones comórbidas. El sistema sanitario, que en Cataluña y España garantiza la cobertura sanitaria universal y la equidad en la accesibilidad y la utilización de los servicios sanitarios, debería considerar intervenciones destinadas a disminuir las desigualdades en salud, junto con otras políticas públicas y sociales promovidas desde la Administración y el tejido social¹⁰. De la misma manera, parece conveniente incluir algún indicador del nivel socioeconómico (clase social o nivel de estudios) en el análisis de la situación de la salud y de sus determinantes, así como implementar instrumentos adecuados (como encuestas de salud periódicas) para monitorizar las desigualdades y para evaluar el efecto de las medidas que se puedan tomar para contrarrestarlas^{1,2}.

Agradecimientos

Este trabajo se enmarca en el Informe sobre «Desigualtats en salut i utilització de serveis sanitaris segons la classe social» (Informe ISP 96/00663), llevado a cabo en el Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya por encargo del Servei Català de la Salut (SCS), y para el que cedió la base de datos de la ESCA. Los autores agradecen la colaboración del personal técnico del SCS y del resto de institucio-

nes que participaron en el diseño y ejecución de la ESCA.

Bibliografía

1. Borrell C. Les desigualtats social en la Salut. Revisió de la bibliografia. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1998.
2. Navarro V, Benach J. Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
3. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de «clase social» basado en la ocupación. Gac Sanit 1989; 3: 320-326.
4. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Badia X, Segura A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). J Epidemiol Community Health 1999; 53: 218-222.
5. Alonso J, Antó JM. Desigualtats de salut a Barcelona. Gac Sanit 1988; 2: 4-12.
6. Borrell C, Rohlfs I, Ferrando J, Pasarín MI, Domínguez-Berjón MF, Plasencia A. Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area. Int J Health Services 1999; 29: 743-764.
7. Evans RG, Stoddart GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editores. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Madrid: Díaz de Santos, 1996; 29-70.
8. Borrell C, Fernández E. Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro. En: López Casasnovas G, Callau J, editores. XIX Jornadas de Economía de la Salud: necesidad sanitaria, demanda y utilización; Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud, 1999; 171-184.
9. Alonso J, Pérez P, Sáez M, Murillo C. Validez de la ocupación como indicador de la clase según la clasificación del British Registrar General. Gac Sanit 1997; 11: 205-213.
10. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. Aten Primaria 1998; 21 (1): 47-54.
11. Schrijvers C, Stronks K, Van de Mheen D, Mackenbach J. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. Am J Public Health 1999; 89: 535-540.