

## Las desigualdades sociales en salud en el Estado español

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud de los colectivos menos favorecidos. El concepto de la Organización Mundial de la Salud del término desigualdad (*inequity*) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas, concepto que incluye, por lo tanto, una dimensión moral o ética<sup>1</sup>. Los trabajos que han estudiado las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas poniendo en evidencia que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación.

Los determinantes sociales y económicos como, por ejemplo, la pobreza, las desigualdades de renta, el desempleo, la precariedad laboral, la deficiente calidad de la vivienda o las malas condiciones del barrio de residencia tienen impacto en las desigualdades en salud. Además, las desigualdades en salud son enormes, y en muchos casos causan un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causa la mayoría de los factores de riesgo de enfermar conocidos. En los ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre tienden a aumentar con el tiempo, ya que la salud mejora más rápidamente en las personas de clases sociales más aventajadas<sup>2</sup>. También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas<sup>3</sup>.

En el mundo anglosajón, el informe Black, publicado en el Reino Unido en 1980<sup>4</sup>, dio un importante impulso al estudio de las desigualdades sociales en salud. Este informe analizó en profundidad la información disponible sobre las desigualdades sociales en la mortalidad, la morbilidad y la utilización de servicios sanitarios en Gran Bretaña y fue actualizado posteriormente con el informe *The Health Divide*<sup>5</sup>. Ambos informes sirvieron de base para muchos países que posteriormente han realizado trabajos similares. Investigaciones realizadas en algunos países europeos (como Reino Unido, Países Bajos y países escandinavos) y Estados Unidos han destacado por su avance en el estudio de las desigualdades socioeconómicas en salud. En este sentido, cabe señalar las publicaciones basadas en las cohortes de Whitehall, que son estudios de seguimiento de los funcionarios del Ayun-

tamiento de Londres durante varias décadas, y que ponen en evidencia el aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud a lo largo de los últimos años del siglo XX y, al mismo tiempo, intentan profundizar en el conocimiento de las causas de las desigualdades en salud<sup>6</sup>.

En el Estado español, no fue hasta el año 1996 que se publicó el primer informe encargado por el partido gobernante en aquel momento (PSOE) «Desigualdades sociales en salud en España»<sup>7</sup>, informe que tuvo muy poca difusión y cuyas recomendaciones no se ejecutaron. Otros informes que se han realizado posteriormente son los llevados a cabo en Cataluña: «Les desigualtats en salut a Catalunya» y «Evolució de les desigualtats en salut a Catalunya»<sup>8</sup> que han sido publicados por una entidad no gubernamental y revisan el estado de la cuestión en esta comunidad autónoma. Aprovechan los datos de las Encuestas de Salud de Cataluña de 1994 y 2002, y señalan que las desigualdades permanecen estables entre ambos períodos. El informe del año 2004 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria versó sobre «La salud pública en España desde la perspectiva de género y clase social» y revisaba de nuevo la situación de las desigualdades en nuestro país<sup>9</sup>. Además, en el Estado español ha aumentado el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud debido a que hay algunos grupos que han investigado y publicado sobre ello en revistas especializadas.

Nos gustaría resaltar los principales hallazgos de tres informes recientes del Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. El primero<sup>10</sup> analiza las desigualdades, según clase social y sexo, en la salud percibida, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas del Estado español entre 1993 y 2003, basado en los datos de 5 encuestas de salud. El informe pone en evidencia que las personas de clases menos privilegiadas presentan un peor estado de salud, mayor limitación en la actividad habitual debido a problemas de salud, y presentan trastornos crónicos con mayor frecuencia que las personas de clases más privilegiadas. Las desigualdades de género, segundo eje de desigualdad, ponen en evidencia que la salud percibida de las mujeres siempre es peor que la de los varones. Además, tanto el género como la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud: el consumo de tabaco y alcohol han experimentado un cambio de patrón en los últimos

años, de manera que estos hábitos se iniciaron en las personas de clases más privilegiadas y cuando éstas empiezan a abandonar los hábitos no saludables, los han adoptado las de clases menos privilegiadas. Respecto al uso de los servicios sanitarios, las personas de clases sociales aventajadas tienen más frecuentemente una cobertura sanitaria privada, además de la pública, lo que influye en una mayor frecuentación al médico especialista, en lugar de a la atención primaria, y una mayor realización de prácticas preventivas o visitas a especialistas sólo parcialmente cubiertos por el sistema público de salud, como el odontólogo. Por el contrario, las personas de clases sociales menos favorecidas acuden en mayor proporción a la atención primaria y registran mayores porcentajes de hospitalización y visitas a urgencias, en cambio, realizan en menor proporción visitas al dentista o mamografías con carácter preventivo.

El segundo informe<sup>11</sup> muestra las desigualdades en mortalidad por comunidades autónomas del Estado español tanto en varones como en mujeres desde 1981 a 2002. En ese período se observa una disminución de la mortalidad general y la mortalidad por causas evitables en la mayoría de las comunidades autónomas. Hay mayor mortalidad en las comunidades autónomas del sur y noroeste del país, además son éstas las que presentan menor nivel socioeconómico. Concretamente destacan las comunidades de Ceuta y Melilla, las Islas Canarias y Andalucía. Las comunidades autónomas que presentan una menor mortalidad en las principales causas de muerte son Castilla-la Mancha, Castilla y León, La Rioja y la Comunidad de Madrid.

Por último, el tercer informe<sup>12</sup> analiza las desigualdades de sexo y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Los resultados del análisis muestran desigualdades entre comunidades autónomas en su composición demográfica, incidencia de enfermedades (tuberculosis y sida), embarazos en menores de 18 años, y en indicadores de utilización y eficiencia de servicios hospitalarios, tales como tasas de hospitalización y hospitalización evitable por condiciones muy prevalentes, estancia media y consumo de fármacos. Además, los resultados apuntan también desigualdades de género y clase social en la mayoría de los indicadores. En general, ninguna comunidad autónoma está claramente mejor que otra, ya que los resultados de los indicadores son muy variados, aunque Ceuta y Melilla y Canarias son las comunidades donde se han detectado peores indicadores de desempeño.

Finalmente, es necesario señalar que el conocimiento adquirido en las últimas décadas sobre las desigualdades sociales en salud en nuestro país no se ha reflejado en cambios en la política sanitaria. La mayoría de los planes de salud de las comunidades autónomas no incluyen objetivos destinados a disminuir las desigualdades socioeconómicas en salud<sup>13</sup> y existen muy pocos ejemplos de intervenciones que las tengan en cuenta. Un reto para el futuro es cambiar esta situación introduciendo este tema en la agenda política. Los profesionales de la salud no debemos olvidar esta rei-

vindicación y manifestarla en todos los ámbitos que están a nuestro alcance.

**Carne Borrell<sup>a,b</sup>, Maica Rodríguez-Sanz<sup>a</sup>,  
Glòria Pérez<sup>a,b</sup> y Anna Garcia-Altés<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

## Bibliografía

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
2. Benach J. La desigualdad social perjudica la salud. *Gac Sanit.* 1997;11:255-8.
3. Mackenbach J, Bakker M, editores. Reducing inequalities in health: a European perspective. Routledge; 2002.
4. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. The Black Report. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editores. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide.* London: Penguin Books; 1988.
5. Whitehead M. The Health Divide. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editores. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide.* London: Penguin Books; 1988.
6. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Davey-Smith G, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. *Soc Sci Med.* 2003;57:637-46.
7. 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.
8. Borrell C, Benach J y grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gac Sanit.* 2006;20:396-406.
9. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004 Supl 1.
10. Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas, 1993-2003. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades\\_sociales\\_salud\\_y\\_SS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf)
11. Pérez G, Cirera E, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades\\_mortalidad\\_CCAA.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_mortalidad_CCAA.pdf)
12. García-Altés A, Ferrando J, Mendivil J, Borrell C. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/DesigualdadesGenero\\_y\\_clase\\_SS.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/DesigualdadesGenero_y_clase_SS.pdf)
13. Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado Español. *Gac Sanit.* 2005;19:277-84.