

# Desigualdades en salud en Cataluña: el papel de la inmigración

Carme Borrell, Rosa Puigpinós i Riera,  
Rodrigo Villegas, Maica Rodríguez-Sanz

Agència de Salut Pública de Barcelona

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona

 Agència  
de Salut Pública



# Guión

- Antecedentes del estudio de las desigualdades en salud en Cataluña
- Desigualdades según clase social e inmigración
- Las características sociodemográficas de la población
- Los estilos de vida
- La salud percibida, los trastornos crónicos y la salud mental
- La utilización de servicios sanitarios
- Políticas. El programa “Salut als Barris”

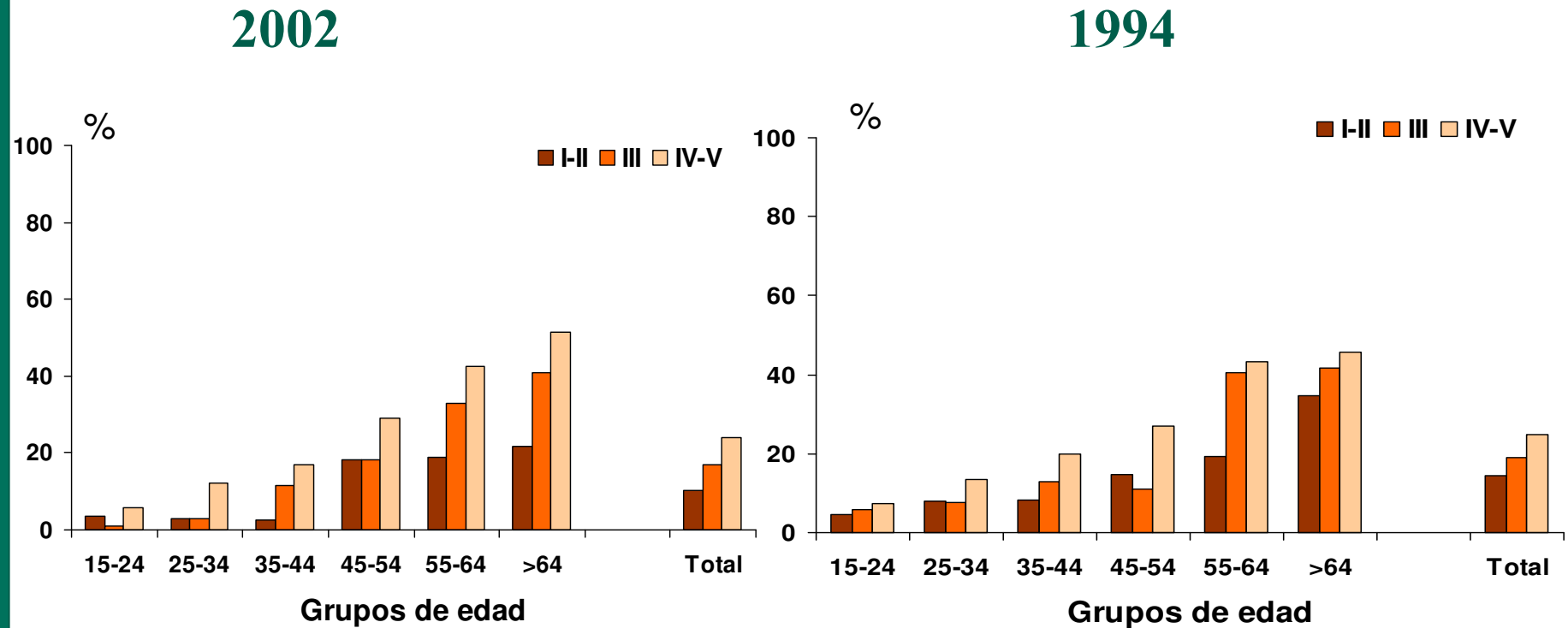


# Antecedentes del estudio de las desigualdades en Cataluña.

- Informes CAPS-FJ Bofill sobre las desigualdades en salud en Catalunya Publicados en 2003 y 2005.
- Objetivo:
  - ✓ Describir las desigualdades en salud en Cataluña sobretodo aprovechando las encuestas de 1994 y 2002.
  - ✓ Hacer recomendaciones de intervenciones.



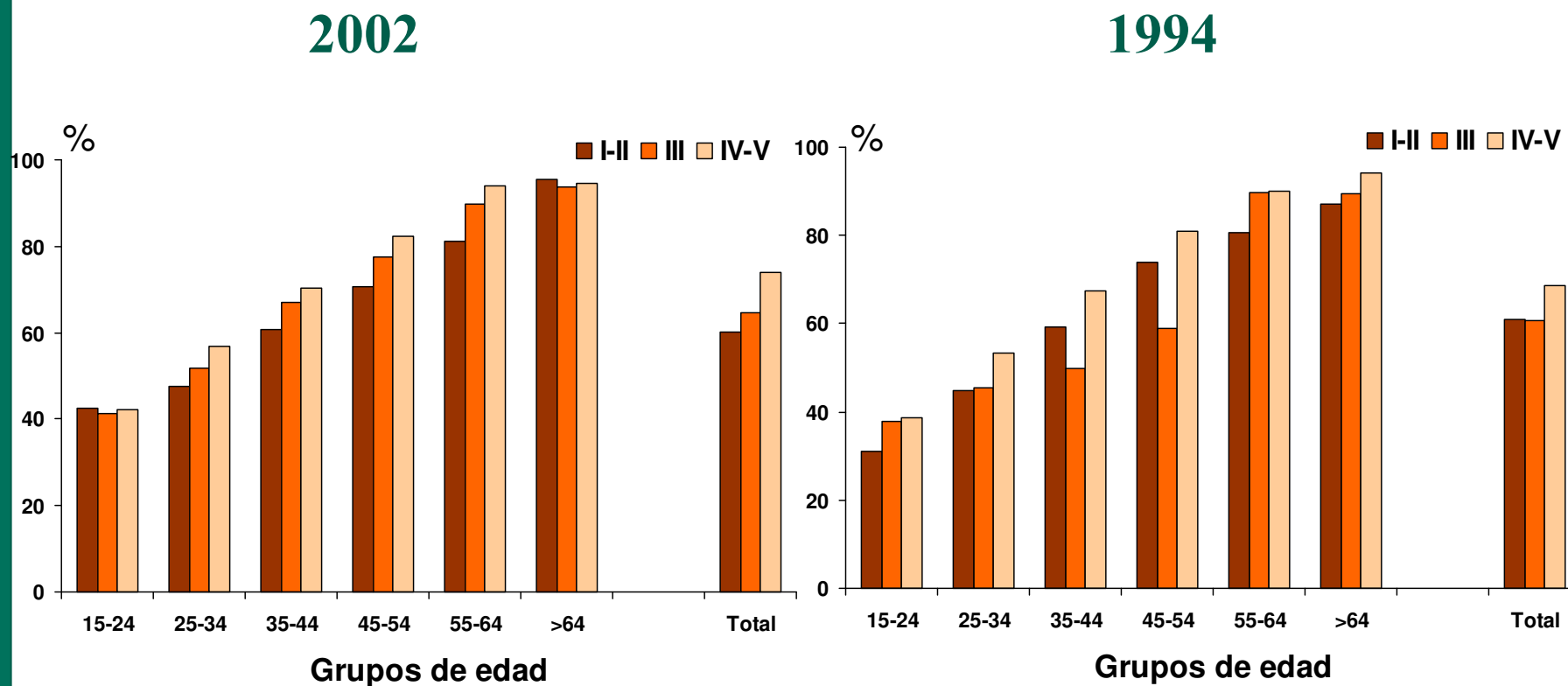
# Estado de salud percibido regular o malo según la clase social y la edad. Hombres $\geq 15$ años. Catalunya, 2002 i 1994.



Fuente: Fernández et al. Informe CAPS-FJ Bofill, 2005



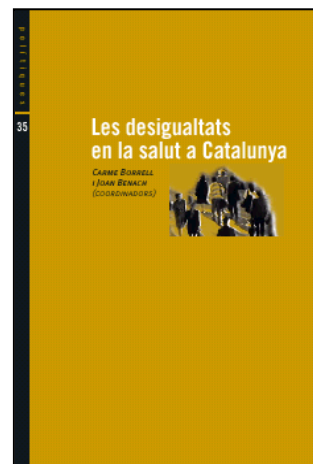
## Presencia de algún trastorno crónico según la clase social y la edad. Mujeres $\geq 15$ años. Catalunya, 2002 i 1994.



Fuente: Fernández et al. Informe CAPS-FJ Bofill, 2005



## Recomendaciones informes CAPS / Fundación J. Bofill. Catalunya, 2003 y 2005



### Líneas generales

<b>DIFUSION DE INFORMACION Y FORMACION</b>	Conocimiento y sensibilidad de profesionales, agentes sociales y sociedad.
<b>SISTEMAS DE INFORMACION</b>	Disponibilidad datos fiables y relevantes.
<b>INVESTIGACION CIENTIFICA</b>	Conocimiento específico y riguroso.
<b>ACCIONES E INTERVENCIONES POLITICAS</b>	Voluntad, participación y consenso político.





# CATALUÑA

EL PAÍS, domingo 11 de septiembre de 2005

## Los planes sanitarios de la Generalitat no logran reducir las desigualdades en salud

Las capas sociales con menos recursos y algunas zonas geográficas tienen más riesgo de muerte

**LOS REALES.** Barcelona. Los planes de salud de la Generalitat y la actividad del sistema sanitario catalán no han logrado reducir las desigualdades en salud en Cataluña. Un estudio realizado por una veintena de investigadores muestra que el Estado de bienestar no afecta con igual intensidad a todos los catalanes. Las clases sociales con menos recursos materiales, incluidos los inmigrantes, y determinadas áreas del territorio presentan altos riesgos de mortalidad. Asimismo, el porcentaje de mujeres que perciben que su estado de salud es regular o malo es muy superior al de hombres, pese a que ellas tienen mayor esperanza de vida.

La investigación sobre la evolución de las desigualdades en salud en Cataluña ha sido coordinada por Joan Benach, experto en salud laboral de la Universidad Pompeu Fabra (UPF), y por Carme Borrell, doctora en salud pública del Centro de Análisis y Programas Sanitarios, institución que junto a la Fundación Jaume Bofill han impulsado el estudio. "A partir de las encuestas de salud de 1994 y 2003 hemos estudiado la evolución entre ambos periodos y hemos observado las tendencias de las desigualdades en salud desde mediados de los noventa hasta los primeros años de este siglo", explica Joan Benach, profesor de la UPE.

La conclusión de Benach es clara: "La esperanza de vida de los catalanes aumenta, pero las distancias en cuestiones de salud se mantienen o aumentan en los últimos años. Ello es preocupante, especialmente si se tienen en cuenta las grandes oleadas de inmigrantes que han llegado a Cataluña en los últimos tres años". A juicio de Jordi Sánchez, director de la Fundación Bofill, "el trabajo demuestra que a pesar de los esfuerzos realizados, la desigualdad es una cuestión muy candente en Cataluña. Entre los agentes políticos y sociales no existe conciencia suficiente, ni se está produciendo un debate público sobre cómo combatir las desigualdades, incluidas las relacionadas con la salud".

El estudio analiza, desde el punto de vista de las desigualdades, distintos aspectos, como la mortalidad en pequeñas áreas del territorio, el estado de salud o la prevalencia de enfermedad, los estilos de vida, la utilización de los servicios sanitarios, la influencia del sexo, la inmigración o la salud laboral. Estas son algunas de sus conclusiones:

► **Mortalidad.** Después de analizar las defunciones en 288 municipios catalanes y 66 áreas básicas de investigación muestra que el Estado de bienestar no afecta con igual intensidad a todos los catalanes. Las clases sociales con menos recursos materiales, incluidos los inmigrantes, y determinadas áreas del territorio presentan altos riesgos de mortalidad. Asimismo, el porcentaje de mujeres que perciben que su estado de salud es regular o malo es muy superior al de hombres, pese a que ellas tienen mayor esperanza de vida.

En el caso de las mujeres, el riesgo de mortalidad se concentra en el sur de Cataluña, en las comarcas del Segrià, Les Garrigues, el Montsià, el Baix Ebre y el norte de Tarragona. En la ciudad de Barcelona, el riesgo es más bajo que en el resto de Cataluña y se concentra en la franja litoral y el norte de la ciudad (Ciutat Vella y barrios con inmigración de los años sesenta). "Los datos muestran la relación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad: los pobres viven menos años", señala Carme Borrell.

► **Salud y enfermedad.** Las mujeres, como ocurre en la mayoría de países desarrollados, tienen un peor estado de salud percibido que los hombres. El 27,6% de las catalanas perciben que su salud es regular o mala frente al 19,7% de los hombres. En el caso de las mujeres de los grupos sociales más desfavorecidos, el porcentaje alcanza el 33%. "Las mujeres viven más años, pero con peor salud, padecen más trastornos crónicos y también más enfermedades", señala Benach. Asimismo, las mujeres y las clases sociales menos favorecidas tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno mental.

► **Uso de servicios sanitarios.** Aunque existen desigualdades, cabe destacar que los servicios sanitarios son accesibles para todos los ciudadanos. Pero las clases sociales más favorecidas —las que tienen más recursos económicos, mejor educación y mejor entornos— realizan más prácticas preventivas, aunque las diferencias en el acceso a algunas prestaciones, como las mamografías, tienden a disminuir. En algunos ámbitos, como la odontología o determinadas prestaciones de salud mental que no están cubiertas por el sistema sanitario público, existe una barrera económica de acceso. El trabajo también observa que la proporción de personas con doble cobertura sanitaria (pública y privada) es mayor en las rentas medias o altas. "Debemos mantener el sistema público y, en la medida de lo posible, aumentar sus prestaciones", afirma Carme Borrell.

► **Sexo.** En Cataluña existen desigualdades de sexo que se traducen en un peor estado de salud de las mujeres. Además, esta perspectiva no está suficientemente incorporada ni en el análisis de salud pública ni en la planificación sanitaria. Así, en las mujeres el porcentaje de anemia es siete veces superior que en los hombres. También se observan diferencias en la existencia de osteoporosis y los problemas de tiroideos.

PASA A LA PÁGINA 4



PERE DURAN

### El 'Born' de Girona

Una excavación, que ha levantado 2.400 metros cuadrados del casco urbano de Girona, ha dejado al descubierto una manzana de casas construidas en el siglo XII y que en el siglo XIV quedaron a resguardo de las murallas construidas por Pere el Cerimoniós. Este *Born* ha emergido en la calle de

Pompeu Fabra y la plaza del Hospital. El arqueólogo director de las excavaciones afirma que las estructuras halladas no tienen el mismo valor que las barcelonesas. Por tanto, es probable que la Generalitat decida autorizar la construcción de un aparcamiento inicialmente previsto.

PÁGINA 6

### La Fira de Teatre recibe 18.000 visitas en un día

La Fira de Teatre al Carrer de Tàrraga cerró su tercera jornada con éxito de visitantes y las entradas agotadas en algunos de sus espectáculos. Unas 18.000 personas visitaron el viernes la ciudad, según la Guardia Urbana. Un total de 6.800 entradas han sido vendidas para los espectáculos de sala.

PÁGINA 7

# El País, 11-9-2005

### DIETARIO VOLUBLE

#### El mundo, que va tan mal

Por Enrique Vila-Matas

PÁGINA 2

### OPINIÓN

#### La ley del silencio

Por Rafael Argullol

#### Macro-micro

Por Margarita Róvère

PÁGINA 3

## SALUT

### L'esperança de vida de les dones varia 8 anys en funció d'on viuen

M.C.  
BARCELONA

L'esperança de vida (EV) de les dones catalanes pot ser fins a 8 anys més curta a les zones del país en coincidència amb les zones més deprimides.

L'esperança de vida en el període 1996-98 se situava entre 77,4 i 81,1 anys, mentre que en altres punts oscil·lava entre 83,3 i 85,1. Aquesta és una de les moltes

conseqüències de les desigualtats en salut, elaborat per experts de la Fundació Jaume Bofill i el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS).

Les zones amb més risc de mort prematura per a les dones són les zones del sud de les

comarques gironines, a més del districte barcelonès de Ciutat Vella.

Aquesta diferència pel que fa a l'EV ha augmentat considerablement en poques dècades. En 1980, a

algunes zones del sud de les comarques gironines, a més del districte barcelonès de Ciutat Vella, es van produir unes 3.100 morts directament atribuïbles a condicions de privació i pobresa.

El treball conclou que les desigualtats en salut tenen a veure amb el territori, el gènere i la classe social i econòmica.

## La Vanguardia, 7-10-2005

## SALUD

### La vida es siete años más corta para los catalanes de las zonas más desfavorecidas

MARTA RICART

BARCELONA. – Las desigualdades en salud en Catalunya hacen que hombres y mujeres tengan una esperanza de vida siete años inferior según la zona donde viven. La mayor mortalidad y peor salud se dan en las personas que viven en

condiciones socioeconómicas más precarias. Y más aún en mujeres que en hombres, según el estudio *Evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*, editado por el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS) y la Fundació Jaume Bofill y presentado ayer en Barcelona.

El informe ha sido elaborado por

los dos coordinadores, Carme Borrrell y Joan Benach, y otros 17 expertos. Sus análisis de datos muestran que a mayor paro o menor instrucción, mayor mortalidad; que las personas de clase social más baja se encuentran peor y sufren más trastornos crónicos que los de clase acomodada: que van menos al dentis-

ta; que pese a reducirse el tabaquismo, los hombres fuman más (en mujeres hay menos diferencia), o que las mujeres de clase baja son quienes trabajan más horas a la semana.

Las zonas de mayor mortalidad y menor esperanza de vida en Catalunya (el litoral, el Segrià en Lleida y el sur de Tarragona) coinciden con áreas donde residen más personas de menor nivel económico y sus habitantes, de ambos sexos, viven unos siete años menos que en las zonas con menos mortalidad y más esperanza de vida, según los expertos. En Barcelona ciudad, la mayor mortalidad y menor esperanza de vida se da en Sants-Montiuïc. Ciutat Ve-



## Desigualdades en salud según país de origen, clase social y género



- Finales años 90 y primera década del 2000, movimiento migratorio grande y rápido que genera, desde todos los ámbitos de la sociedad, la necesidad de adaptar los recursos existentes a la nueva realidad social.
- Cataluña es la Comunidad Autónoma que acoge más población inmigrante (1.103.790 personas en 2008, 21%). Ha pasado del 2% en 1998 al 15% en 2008.
- Diferentes estudios han puesto en evidencia que la salud de los inmigrantes depende de su clase social, género y país de origen. Los inmigrantes son personas jóvenes y sanas, aunque el estado de salud se deteriora con el paso de los años.



# Objetivo

- Describir el estado de salud, sus determinantes y el uso de servicios sanitarios de las personas inmigrantes residentes en Cataluña durante el año 2006 y compararla con las autóctonas, teniendo en cuenta la clase social y el género.

# Metodología

- La fuente de información ha sido la Encuesta de Salud de Cataluña del año 2006 (ESCA2006).
- Fuente: Puigpinós R, Villegas R, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. La salut de la població a Catalunya. El paper de la immigració. Capítol Fundació Jaume Bofill, 2007

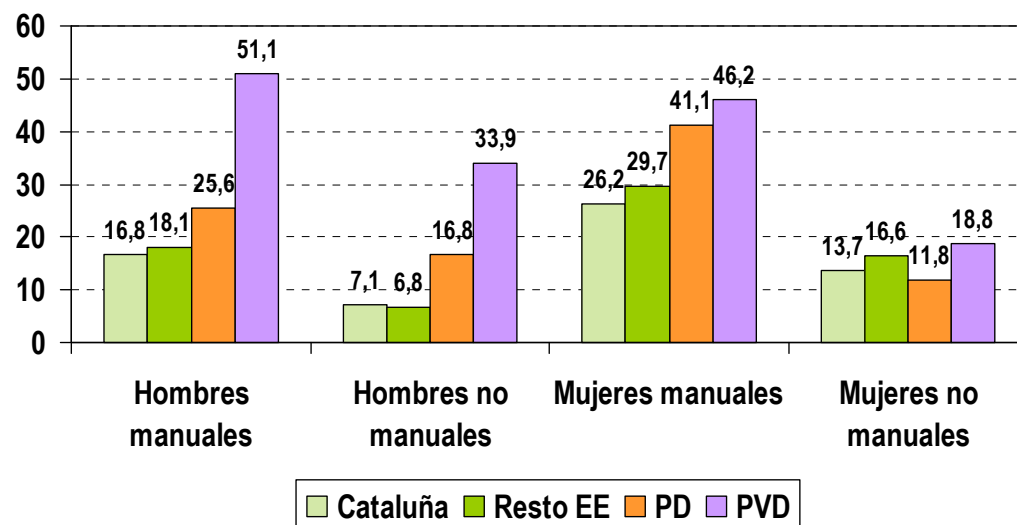


# Las características sociodemográficas de la población

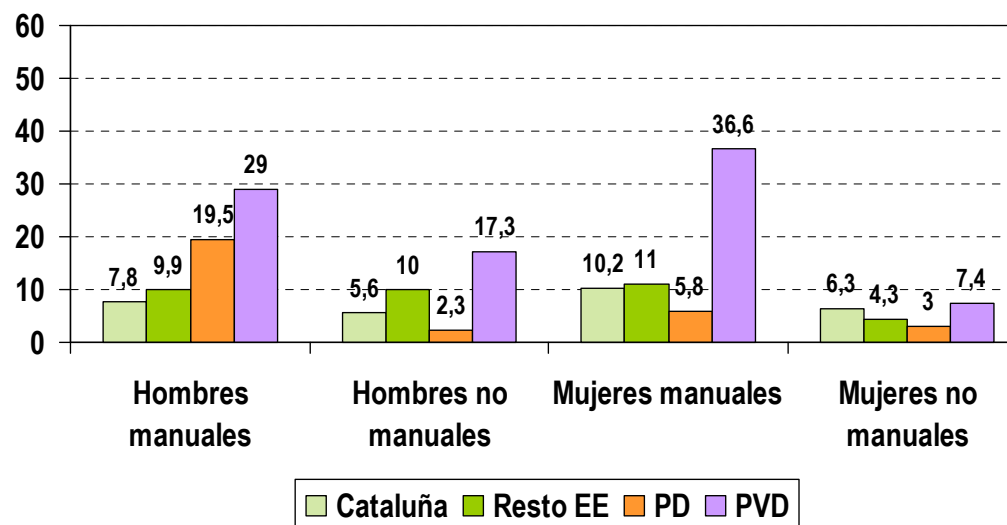
- En las personas autóctonas de fuera de Cataluña y en las de PVD, predominan las clases manuales llegando alrededor del 80% tanto en hombres como en mujeres de PVD.
- Hay una mayor tendencia a encontrar personas que declaran estudios universitarios haciendo trabajos manuales entre las personas de PVD.
- En las personas de PVD es el grupo en que hay más personas que tienen unos ingresos mensuales individuales inferiores o iguales a 900 euros i familias con unos ingresos brutos anuales por persona inferiores a 6.000 euros.



## Contratos temporales o sin contrato



## Hacinamiento en el hogar



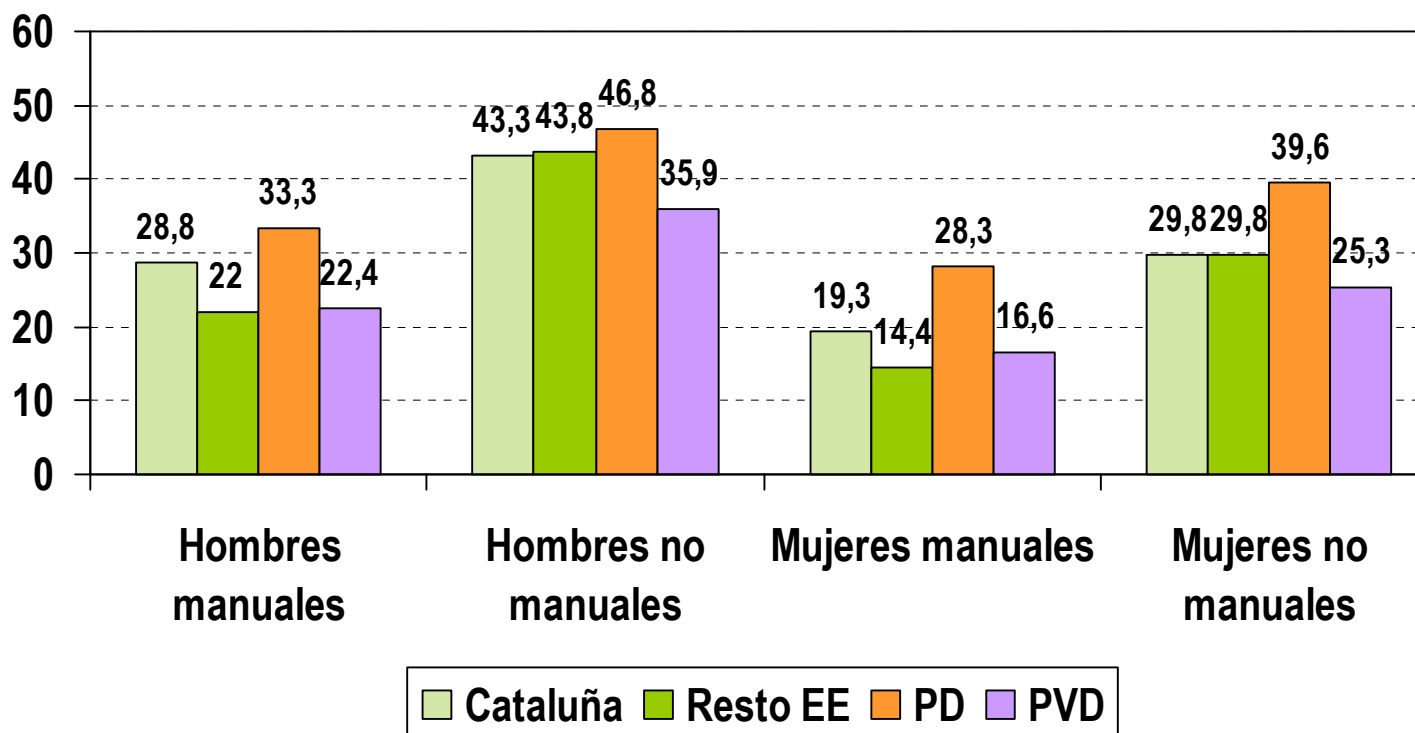


## Los estilos de vida

- Consumo de tabaco: los hombres fuman más que las mujeres y en unos y otros fuman más los de clase manual. En los de PVD, se observa la dirección contraria.
- Consumo de riesgo de alcohol: los hombres consumen más que las mujeres, no hay una tendencia clara por clase social, aunque se observa que los hombres catalanes y de PD de clases favorecidas, son los que más consumo de riesgo declaran.



## ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA EN EL TIEMPO DE OCIO.



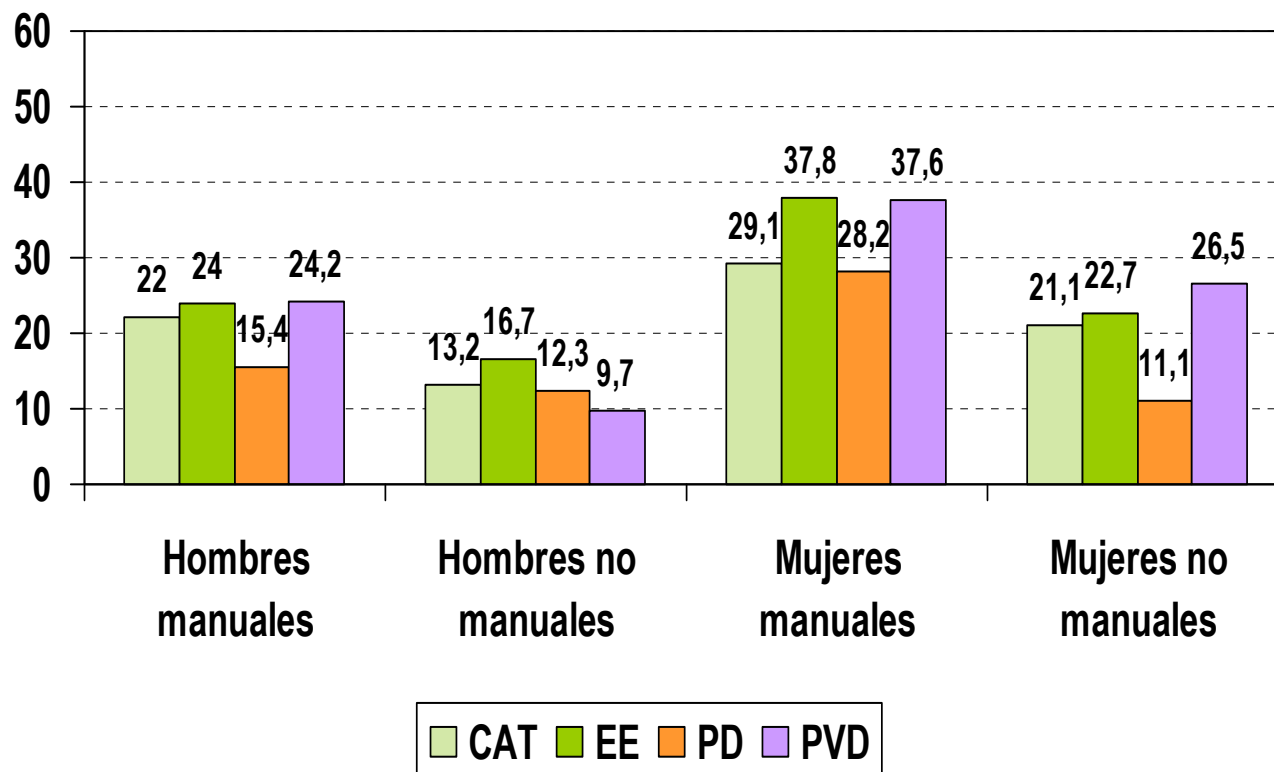
- Hay desigualdades de género y de clase: los hombres hacen más deporte que las mujeres y las clases sociales favorecidas más que las manuales.
- Destaca una menor tendencia de las personas de PVD a hacer deporte en el tiempo de ocio mientras que las de PD son las que más declaren practicar deporte.



La salud percibida, los trastornos crónicos,  
la limitación de la actividad y las lesiones



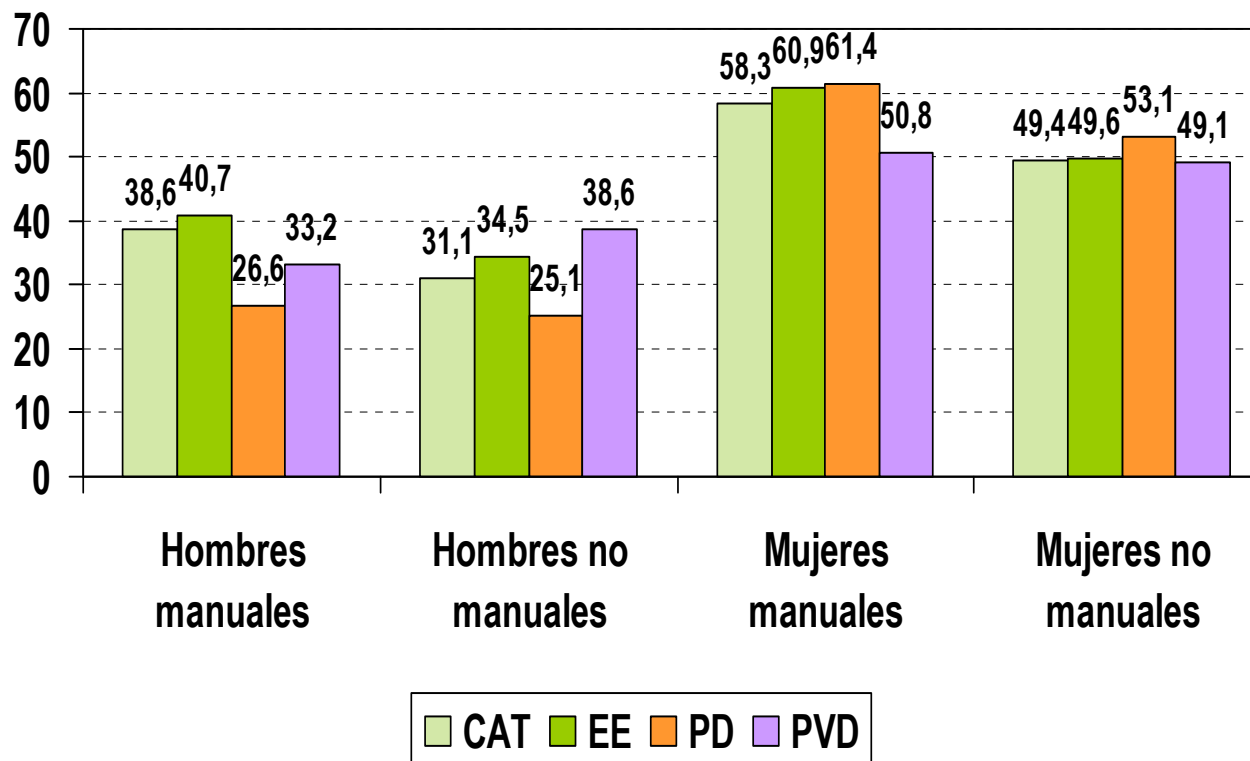
## SALUD PERCIBIDA



- Las mujeres sufren peor salud que los hombres.
- En general, hombres y mujeres de PVD y del resto del Estado Español declaran peor salud. Los nacidos en Cataluña y los inmigrantes de PD presentan los mejores indicadores.
- Las personas de clase manual presentan peor salud en todos los casos.



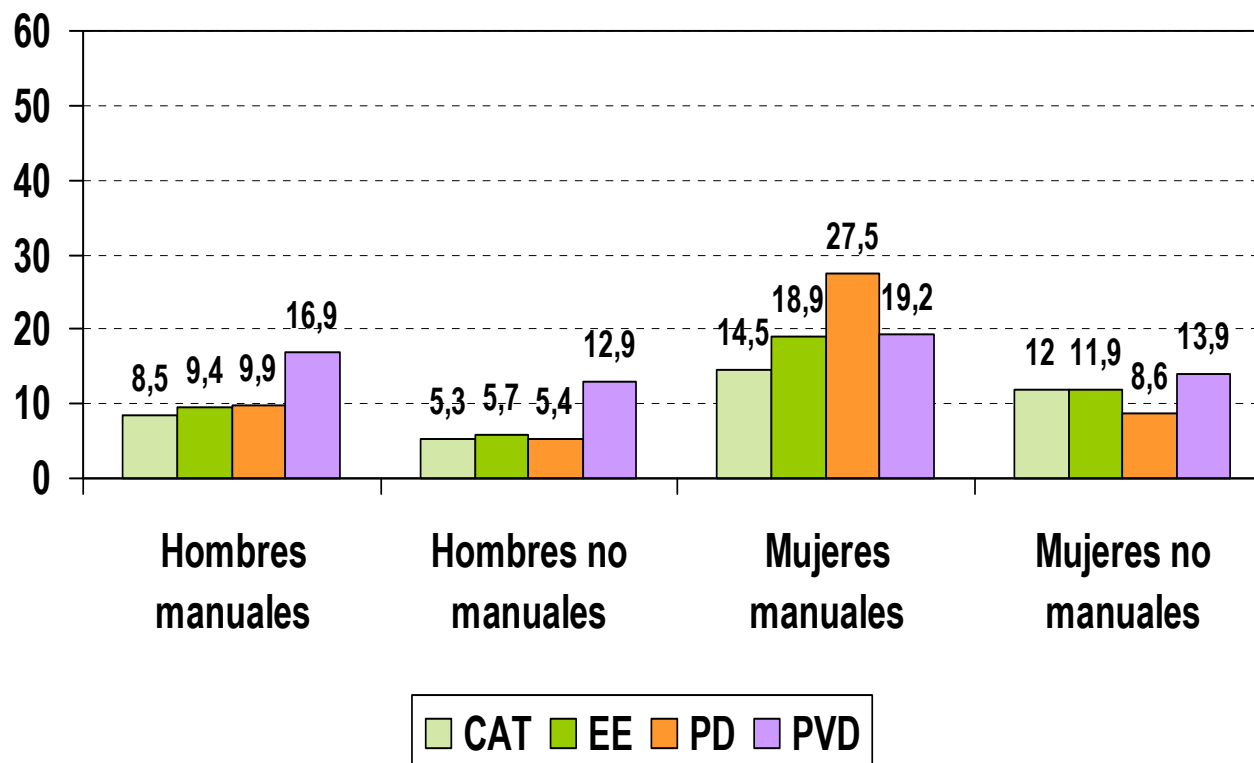
## TRASTORNOS CRÓNICOS: PERSONAS QUE DECLARAN SUFRIR MÁS DE 2 TRASTORNOS.



- Las mujeres más que los hombres y con desigualdades de clase en todos los grupos menos acentuadas en los hombres.



## RIESGO DE SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO O MALA SALUD MENTAL



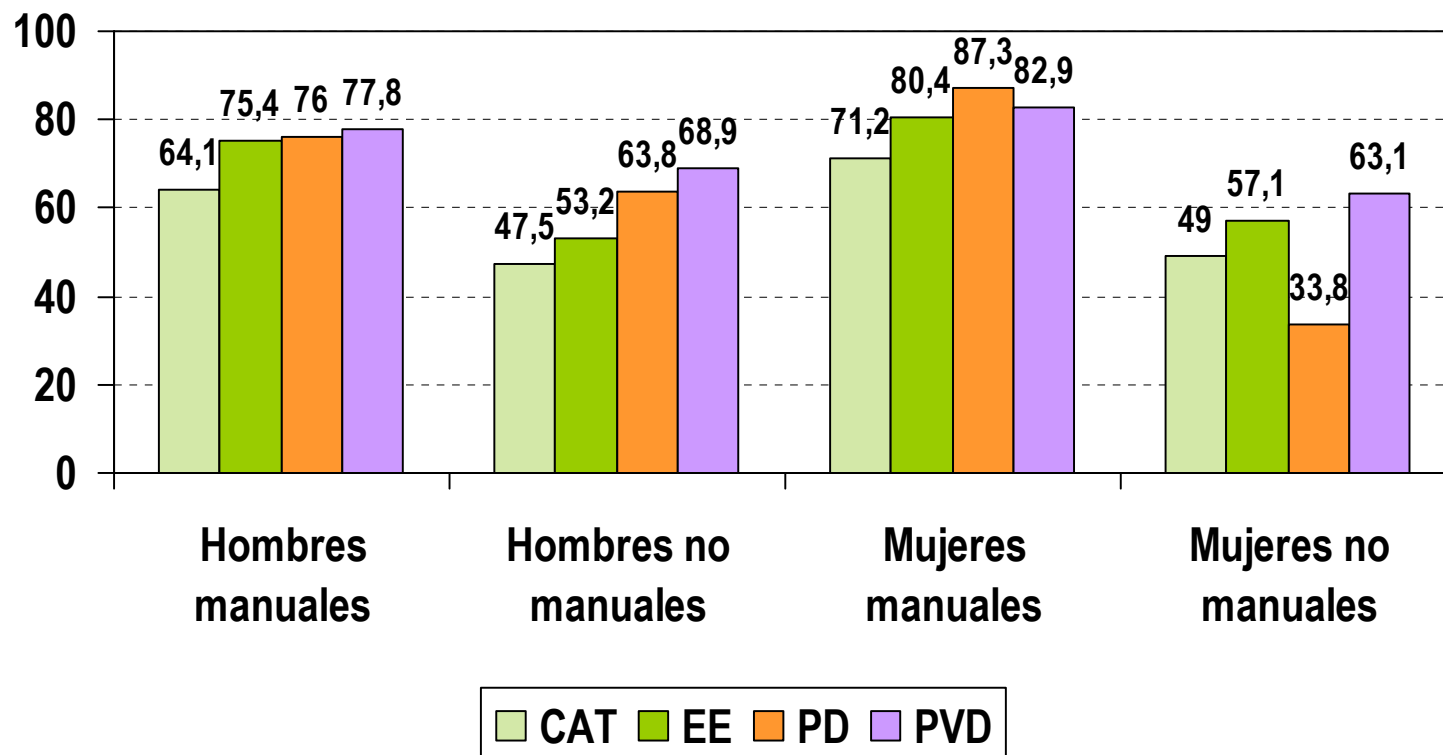
- Las mujeres más afectadas que los hombres.
- Las personas de las clases sociales desfavorecidas porcentajes más altos.
- En los hombres destacan los de PVD y en las mujeres, las de clases manuales de PD.



# La utilización de servicios sanitarios



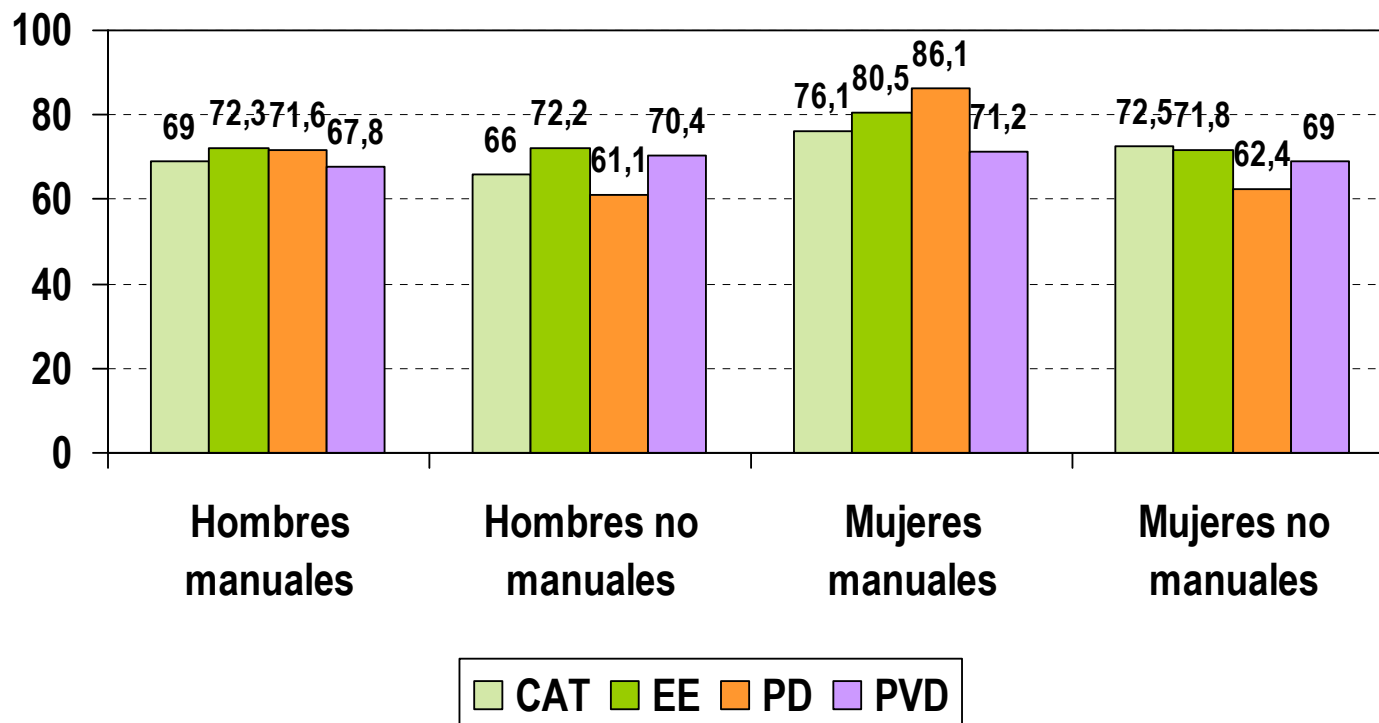
## COBERTURA EXCLUSIVAMENTE PÚBLICA



- Hombres y mujeres de las clases manuales son las que más declaran tener cobertura pública y sobre todo inmigrantes tanto de los PD como de los PVD.



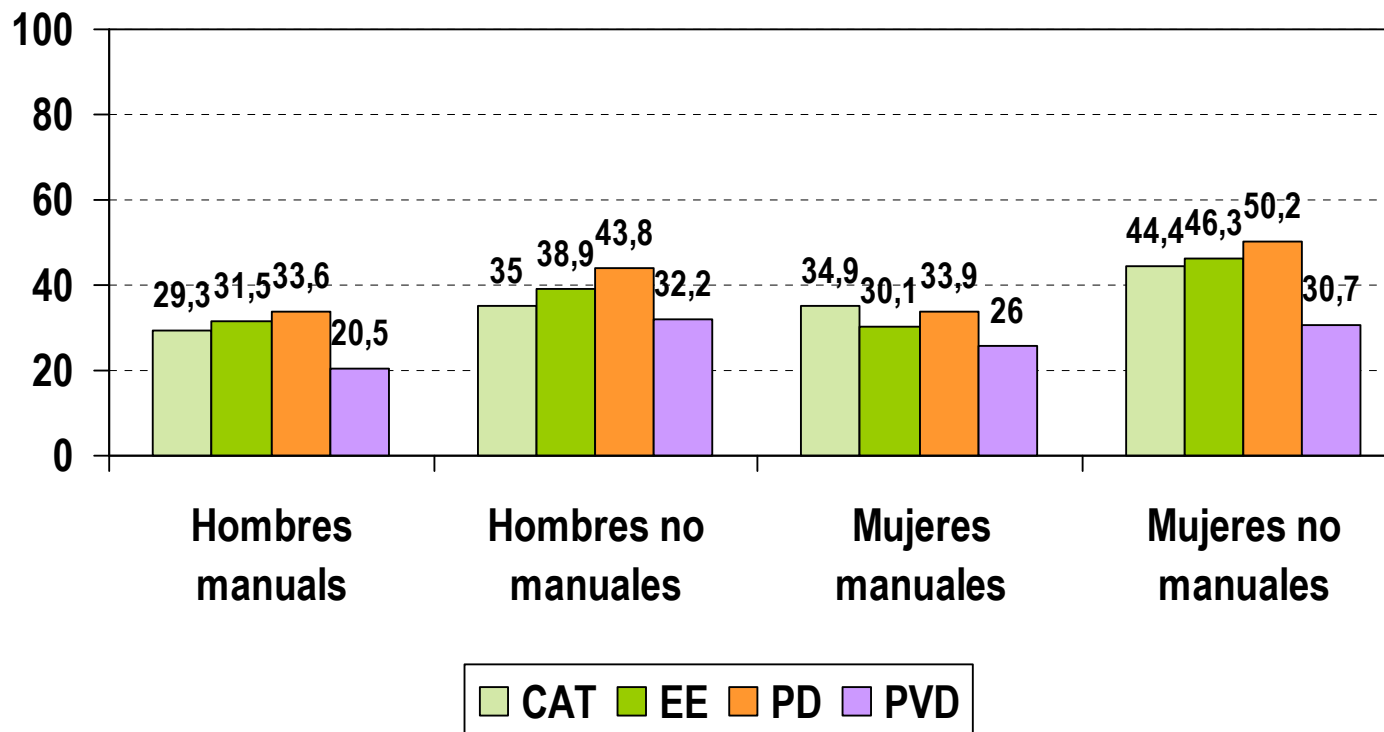
## VISITA AL MÉDICO DE CABECERA



■ Durante los últimos 12 meses las mujeres han visitado más al médico de cabecera; por lo que respecta al país de origen no hay una tendencia clara, aunque parece que las personas de PVD tienen una menor tendencia a visitarse.



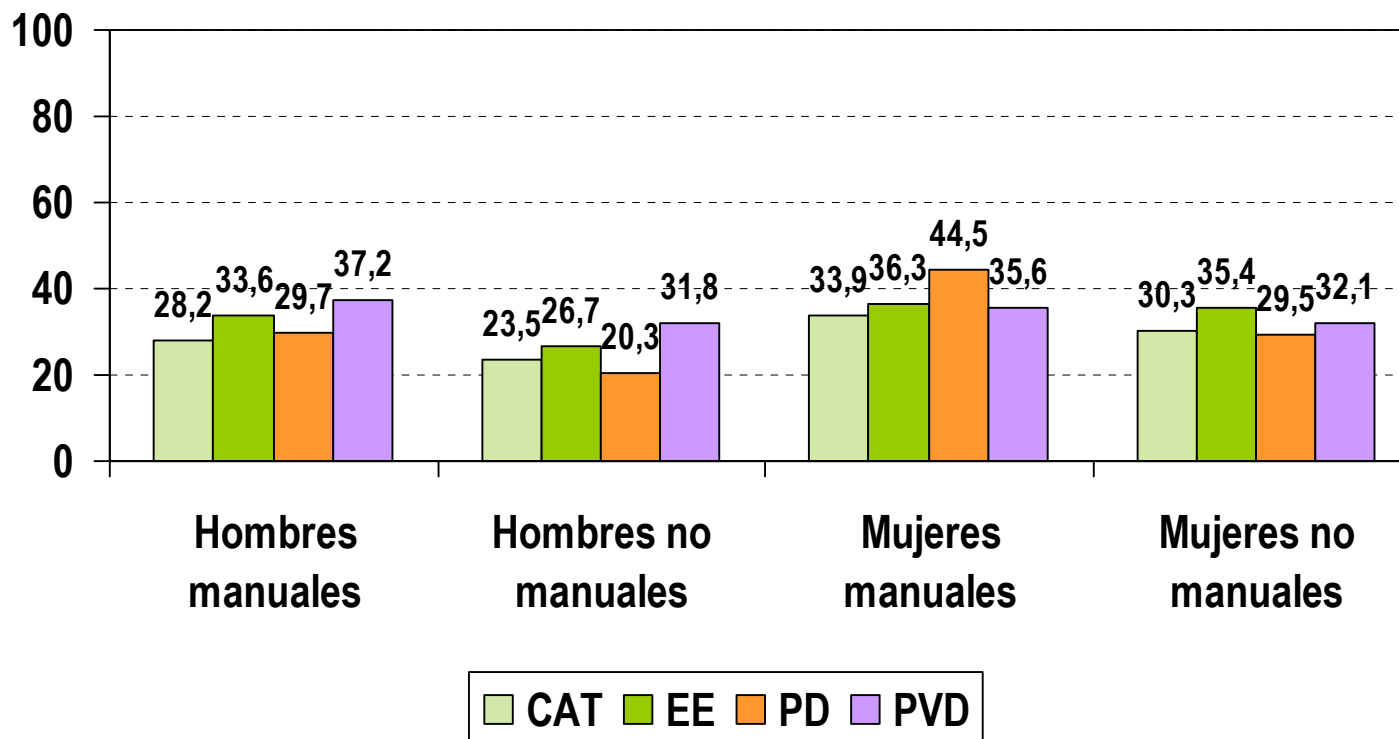
## VISITA AL DENTISTA



- Hombres y mujeres de clases favorecidas han visitado al dentista en mayor medida.
- Según género, las mujeres han visitado más al dentista.
- Las personas de PVD, han visitado en mucha menor medida que los otros grupos al dentista y los de PD los que más.



## VISITA A URGENCIAS



- Las personas de clases manuales, han visitado más los servicios de urgencias.
- En el caso de los hombres, destacan los de PVD de ambas clases.



# Resultados principales

- Existen desigualdades según los tres ejes: inmigración, clase social y género.
- Las personas de origen inmigrante de PD son las que mejor nivel de salud declaran y utilizan los servicios en la misma medida que la población autóctona si bien las visitas al dentista son más frecuentes.
- Las personas de origen inmigrante de PVD, y sobre todo las de clases manuales, tienen unas condiciones laborales y de vivienda más precarias que el resto de la población aunque su salud es similar y sus estilos de vida son más saludables.
- Las personas inmigrantes de PVD no acuden en mayor medida a los servicios asistenciales de atención primaria, pero acuden menos al especialista, tanto dentista como ginecólogo.



## Investigación y políticas en desigualdades socioeconómicas en salud. Estado Español, 1970-2006

<b>1970-1980</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No se hace investigación en desigualdades económicas en salud.</li><li>• Las desigualdades en salud son invisibles.</li></ul>
<b>1981-1987</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Progreso en la investigación sobre desigualdades en salud.</li><li>• Primera intervención para reducir las desigualdades (ciudad de Barcelona, 1987).</li><li>• Casi-universalidad de muchos servicios de salud.</li></ul>
<b>1988-1996</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• El Ministerio de Sanidad del Estado español nombra una comisión para estudiar las desigualdades socioeconómicas en salud siguiendo el modelo del “Informe Black” (informe Navarro, Benach et al).</li></ul>
<b>1997-2006</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguna administración promueve investigación institucional.</li><li>• Algunos grupos de investigación publican trabajos.</li><li>• La divulgación sobre desigualdades en salud no trasciende a los debates políticos.</li><li>• Las desigualdades en salud prácticamente no están en la agenda política.</li></ul>



# Sensibilidad a las desigualdades de género y de nivel SES en los problemas de salud en Cataluña

	2002-2005	2006-2010	2002-2005	2006-2010
	Género		Nivel Socioeconómico	
Tabaco	♀ / ♂♂	♀ ♂♂	/	☹ / ☹
Alcohol y drogas	♀ / ♀	♀ /	/	☹ /
Alimentación	/	♀ / ♀	/	☹ / ☹
Ejercicio físico	♀ / ♀	♀ / ♀	/	☹ / ☹
Diabetes	♀ /	/	/	/
Enf. cardío y cerebrovascular	♀ /	♂♂	/	/ ☹ ☹
Enf. oncológica	♀ / ♀	♀ / ♀♂	☹	/ ☹☹
Enf. Osteoarticular	♀ / ♀	♀ / ♀	/	/ ☹
Enf. Neurodegenerativa	♀ /	♀ /	/	/ ☹
Accidentes de tráfico	♀ / ♀	♂♂	☹	/ ☹
Violencia	♀ / ♂♂	♀ / ♀	/	/
Enf. respiratoria	♀ /	♀ / ♀	/	/ ☹
Enf. infecciosas	♀ / ♂♂	♀ / ♂♂	/ ☹	☹ / ☹☹
Enf. prevenibles por Vacunación	/	♂♂	☹	/ ☹
VIH/SIDA	♀ / ♂♂	♀ /	☹	/
Salud mental	♀ /	♀ /	/	☹ /
Área sociosanitaria envejecimiento	♀ / ♀	♀ / ♂♂	/	☹ / ☹

Fuente: Peiró et al. Capítulo 4. Comisión de desigualdades en salud, 2009



# Programa de barrios y áreas urbanas de atención especial



- Un 7% de la superficie residencial de Catalunya (400.000 habitantes) existen déficits de ordenación, edificación y bienestar.
- El año 2004 se aprueba la Ley de mejora de barrios.
- Objetivo: Rehabilitación integral de los barrios que presentan problemáticas específicas para evitar su degradación y mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.
- Proceso: Los Ayuntamientos se presentan a la convocatoria anual.
- Barrios financiados: 119 barrios de 2004 a 2009.
- Presupuesto: 2-9 millones de euros (año 2009)



# Programa “Salut als barris” en Cataluña y Barcelona

Se enmarca dentro del Programa de barrios. Está poco financiado. En Barcelona se está trabajando en 4 barrios siguiendo las siguientes fases:

- Establecimiento de alianzas
- Valoración de necesidades en salud
- Planificación y implementación de intervenciones
- Plan de evaluación

# GRACIAS

## Desigualdades en salud en Cataluña: el papel de la inmigración

Carme Borrell, Rosa Puigpinós i Riera,  
Rodrigo Villegas, Maica Rodríguez-Sanz

Agència de Salut Pública de Barcelona

**C S B** Consorci Sanitari  
de Barcelona

 Agència  
de Salut Pública