

OBJETIVO 1
LOGRAR EQUIDAD EN SALUD

En el año 2000 debería haber una reducción de al menos un 25% en las actuales diferencias en el estado de salud entre países y entre grupos dentro de cada país mejorando la salud de los grupos y países que se encuentran en peor situación.

Joan Benach

Departamento de Ciencias Experimentales, de la Salud y Tecnología. Unidad de Investigación en Salud Laboral. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Rosa María Urbanos

Departamento de Economía Aplicada VI. Universidad Complutense, Madrid

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de equidad ha jugado fundamentalmente un papel de estímulo en la promoción de iniciativas para reducir las desigualdades en salud. Así, su principal efecto ha sido alentar a la realización de intervenciones más que evaluar la eficiencia de las políticas sociales y sanitarias, algo que sólo se puede lograr mediante objetivos “orientados a la acción” que utilicen indicadores cuantitativos (1). El objetivo de este capítulo es valorar el estado y la evolución de las desigualdades en salud en España a partir de la revisión de varios indicadores sanitarios extraídos de los estudios más relevantes. Siempre que es posible, se muestran los indicadores para distintas variables sociales, para ambos sexos, y desagregados geográficamente.

2. INDICADORES DE SALUD

2.1. MORTALIDAD

En el Informe SESPAS de 1995 se han comparado las desigualdades sociales en mortalidad según la causa de muerte en varones de 30 a 64 años de edad en ocho provincias de España entre los años 1980-82 y 1988-90 (2). La mortalidad es superior entre los trabajadores manuales en comparación con los profesionales y directivos. Solamente se han hallado dos excepciones: las enfermedades del corazón y la cardiopatía isquémica en el primer período, y el cáncer de colon en ambos períodos. La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) entre ambas clases sociales ha aumentado desde 1,27 en 1980-82 a 1,72 en 1988-90 y en casi todas las enfermedades las desigualdades se han incrementado.

Un análisis en áreas pequeñas del informe SESPAS de 1998 ha mostrado un gradiente noreste-suroeste en varios indicadores de privación material (desempleo, analfabetismo, clase social y hacinamiento) y de mortalidad (razón de mortalidad comparativa y esperanza de vida), señalando cómo las CCAA del sur del país (Andalucía, Extremadura, Canarias, Murcia y Castilla la Mancha) resultan más desfavorecidas y agrupan un gran número de “zonas de riesgo” (3). Andalucía, con apenas el 18% de la población, contiene alrededor de un tercio de los desempleados y analfabetos. En el caso de la mortalidad el patrón es similar, si bien en este caso Valencia presenta también indicadores muy desfavorables. Además, existen patrones geográficos diferentes según distintos indicadores de mortalidad e índices de privación (4). Por otro lado, se registra una asociación en forma de gradiente entre la privación material y la mortalidad. El exceso de mortalidad en las áreas pequeñas más desfavorecidas se estima en más de 35.000 muertes por año. Por otro lado, y por lo que se refiere a la salud infantil, las diferencias regionales en las tasas de mortalidad perinatal y mortalidad infantil, no sólo no se han reducido entre 1985 y 1995, sino que muestran una mayor dispersión al final del período en el primer caso y en el componente postneonatal de la mortalidad infantil (5).

2.2. ESTADO DE SALUD, ENFERMEDADES CRÓNICAS, INCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Con relación al estado de salud percibido, las encuestas de salud de 1987, 1993 y 1995 indican cómo el porcentaje de población que declara un nivel de salud deficiente (salud regular, mala o muy mala) aumenta gradualmente a medida que bajamos en la escala social. En 1995 el 27% de la población de la clase social más alta (estandarizada por edad y sexo) manifiesta una salud deficiente, siendo de alrededor del 40% para la clase más desfavorecida (6). Los datos disponibles sobre tendencias temporales muestran en general un aumento de las desigualdades. Aunque entre 1987 y 1993 la desigualdad entre clases sociales en las CCAA con renta familiar igual o mayor a la renta media nacional se ha reducido, ésta ha aumentado en las CCAA más pobres (7). En 1995 las desigualdades entre las clases sociales se han incrementado globalmente. Además, existe una influencia significativa de las variables socio-económicas sobre la salud percibida. A partir de la estimación de una función de producción de salud del período 1987-1995, se calcula que la población inactiva registra una probabilidad entre un 3% y un 7% superior de declarar una salud deficiente en comparación con el resto de población. Por el contrario, los individuos con mayor nivel educativo registran una probabilidad entre un 11% y un 15% inferior de valorar negativamente su salud en comparación con aquellos sin estudios (6).

Por su parte, las enfermedades crónicas, los trastornos respiratorios (asma o bronquitis crónica), la hipertensión arterial y la diabetes son percibidos con mayor frecuencia cuanto más desaventajada es la clase social (2, 6, 7). En las mujeres hay desigualdades en el caso de la hipertensión arterial y la diabetes, y en los hombres en los trastornos respiratorios. Por ejemplo, en 1993 la prevalencia de diabetes ajustada por edad es 2,5 veces superior en las mujeres de la clase social más desfavorecida en comparación con la mejor situada (7). En cambio, las clases más favorecidas tienen una mayor prevalencia de alergias, observándose un gradiente de desigualdad inverso. En conjunto, las dolencias crónicas muestran un gradiente social que ha aumentado ligeramente entre 1987 y 1995 (6). En el caso de las enfermedades crónico-limitantes y de las dolencias que limitan la actividad, la desigualdad entre los extremos de la escala social es mayor en 1995 que en los años precedentes y el gradiente social parece haberse acentuado. Otros datos indican que en 1986 la proporción de personas con deficiencias físicas entre la población analfabeta es siete veces superior a la de la población con estudios universitarios (8). En 1987, la ausencia del trabajo por enfermedad o accidente en la semana anterior a la entrevista es 4,5 veces superior en los individuos sin estudios respecto a quienes tienen estudios universitarios (8). Finalmente, un trabajo reciente ha hallado un gradiente entre el nivel educativo y varias dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud (9).

2.3. CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD

Con relación al tabaquismo, los hombres tienen un mayor riesgo de fumar a medida que descendemos en la escala social (2, 7). Esas desigualdades han aumentado ligeramente entre 1987 y 1993. En cambio, en el caso de las mujeres existe una relación inversa, ya que las pertenecientes a las clases sociales más favorecidas son quienes presentan una mayor prevalencia. La Odds Ratio (OR) de las mujeres de la clase social peor situada ha pasado, entre 1987 y 1993, de 0,53 a 0,81 (7). Las diferencias entre clases se han reducido entre 1987 y 1995, lo cual sugiere que las clases sociales menos aventajadas se benefician menos de las campañas preventivas.

En relación con el consumo excesivo de alcohol, se observa un aumento en su prevalencia conforme descendemos en la escala social (2, 7). Esas desigualdades han aumentado entre 1987 y 1993 pero han tendido a reducirse en 1995. No obstante, entre el inicio y el final del período los datos disponibles indican un ligero incremento de las diferencias sociales (6). El patrón de desigualdad es menos claro en las mujeres (7).

El análisis del sobrepeso en los hombres revela, en cada grupo de edad, la diferencia entre la clase social más favorecida y el resto de clases (2, 7). Las mujeres muestran un gradiente social más claro ya que la proporción con sobrepeso aumenta conforme descendemos de nivel social. En conjunto, se observa que la desigualdad entre clases desde 1987 a 1995 ha aumentado en la última parte del período. Para 1995, el porcentaje de individuos con sobrepeso (estandarizado por sexo y edad) en la clase más alta es del 5%, mientras en la más desfavorecida aumenta hasta el 11% (6).

Finalmente, la práctica de ejercicio físico tiende a aumentar claramente tanto en hombres como en mujeres a medida que ascendemos en la escala social. Entre los hombres, la OR de la clase social más alta es más de dos veces superior respecto a la más desfavorecida. Además, las desigualdades han aumentado entre 1987 y 1995 (6). Estos resultados sugieren que las políticas de promoción del deporte tienden a aumentar las desigualdades en salud entre clases sociales (6, 7).

2.4. ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, la práctica universalización de la cobertura sanitaria pública ha reducido las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios públicos. No obstante, el proceso de descentralización iniciado en 1981 por el que Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias se han hecho cargo de la atención sanitaria del 60% de la población, ha creado importantes diferencias territoriales en la provisión de servicios. Por un lado, persisten las diferencias en la implantación del nuevo modelo de atención primaria. En 1998 el grado de implantación varía desde el 100% en Navarra hasta el 50,8% en Galicia (10). Indicadores como el porcentaje de gasto sobre el gasto sanitario total, el número de habitantes por médico de atención primaria, o el tiempo de espera en la atención primaria muestran claras diferencias regionales. Por otro lado, existen importantes diferencias geográficas en servicios como la vacunación infantil o en la provisión de servicios preventivos como los de odontología (11).

La evolución de la desigualdad social en la utilización de los servicios sanitarios públicos (controlando por morbilidad, sexo y edad) ha sido, en general, favorable entre 1987 y 1995. Mientras en 1987 se registraba un infraconsumo significativo de los servicios de atención especializada para los individuos de peor posición económica, en 1995 no existen evidencias de desigualdades significativas por clase social una vez se ha estandarizado a la población según su nivel de necesidades de salud. La universalización de la atención sanitaria, sin embargo, no garantiza la equidad en la accesibilidad a los servicios sanitarios o en la realización de prácticas preventivas (6, 7, 12). La encuesta de 1993 muestra claras desigualdades en el tiempo de espera en la consulta y, especialmente, en el ingreso hospitalario entre las personas sin educación (83,5 días) en comparación con quienes tienen el nivel educativo mayor (18,8 días) (13). Por otra parte, existe un claro patrón de desigualdad en el acceso a los servicios preventivos. Se ha mostrado cómo las mujeres con mayor nivel de estudios acuden 2,5 veces más frecuentemente al ginecólogo que aquellas sin estudios (13). Por otra parte, en 1995 el porcentaje de población de mayor nivel social que acude al dentista se sitúa alrededor del 20%, siendo del 13% en la clase social más desfavorecida (6).

Según las encuestas de salud de 1987, 1993 y 1995, más de un 80% de las personas que han consultado al médico lo han hecho en un centro sanitario público. Sin embargo, esta cifra fluctúa desde un 90% en las clases más desfavorecidas al 60% en la clase más aventajada (6, 7). Parece pues muy probable que una expansión de la financiación privada de la atención sanitaria comporte un aumento de las desigualdades sociales en el acceso y utilización de los servicios sanitarios (7, 12).

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En nuestro país existen desigualdades sociales en salud en forma de gradiente en ambos sexos, siendo las clases sociales menos favorecidas y las áreas geográficas con menos recursos aquellas que poseen peores indicadores de salud. Por ello, las políticas sociales y sanitarias dirigidas a reducir las desigualdades sociales pueden mejorar el nivel de salud y bienestar de toda la población y no sólo la de los grupos más vulnerables. En cualquier caso, las acciones destinadas a mejorar aspectos como la educación, el empleo, el acceso a una vivienda digna y, en general, las políticas que actúen sobre las condiciones materiales de vida de la población, jugarán un papel decisivo en la consecución de este objetivo.

La información disponible muestra que, en muchos casos, las desigualdades sociales en salud están aumentando. Sin embargo, se desconoce la magnitud de indicadores de desigualdad relevantes (14) y no es posible establecer un análisis riguroso de su evolución y determinantes (7, 15). Por tanto, en gran parte persisten las limitaciones señaladas en el Informe SESPAS de 1993: "A pesar de que la reducción de las desigualdades en salud constituye el primer objetivo de la política de salud para Europa de la OMS, en España existen muy pocos estudios sobre este tema y no se ha establecido ningún sistema de monitorización que permita valorar tendencias" (16). Se recomienda: la urgente mejora de las fuentes de información socio-sanitarias mediante la recogida sistemática de datos comparables, el desarrollo de un sistema de indicadores que permita medir la magnitud y evolución de las desigualdades y la potenciación de las líneas de investigación en desigualdades en salud.

La limitada información disponible no debería impedir la puesta en práctica y evaluación de intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades. Se recomienda valorar su eficiencia mediante objetivos cuantificables que permitan evaluar las acciones socio-sanitarias según su impacto sanitario, su calidad de la vida y su coste económico. Para ello, se aconseja seguir cuatro criterios generales: reducir las desigualdades sin empeorar la salud de quienes tienen mejores indicadores; evitar las acciones que favorezcan más a quienes de por sí ya están mejor; actuar frente a los determinantes de salud más generales; y establecer objetivos diferentes según las distintas necesidades de clases sociales, sexos y áreas geográficas (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G. Setting targets to address inequalities in health. *Lancet* 1998;351:1279-82.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Las desigualdades sociales y la salud en España. En: Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores, 1995:19-43.
3. Benach J, Borrell C, García MD, Chamizo H. Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. En: Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado de bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998:141-75.
4. Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J Epidem Community Health* 1999;53:423-31.
5. Casanova C. Estado de salud y determinantes: Salud infantil y juvenil. (En este mismo Informe).
6. Urbanos RM. Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995. Madrid: Universidad Complutense. Tesis doctoral, 1999.
7. Navarro V, Benach J y la Comisión Científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
8. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
9. Regidor E, Barrio G, de la Fuente L, Domingo A, Rodríguez C, Alonso J. Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *J Epidem Community Health* 1999;53:75-82.
10. Ferrán M, Marzo M. Atención Primaria 99. *Jano* (en prensa).
11. Rico A. El papel de las comunidades autónomas. En: VVAA. Atención primaria en salud. *Quadern CAPS* 1998;27:23-45.
12. Borrell C, Fernández E. Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro. En: López Casanovas G, Callau J (eds.). XIX Jornadas de Economía de la Salud: necesidad sanitaria, demanda y utilización; Zaragoza: Asociación de economía de la salud, 1999: 171-84.
13. Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en el uso y acceso a los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996;107:285-8.
14. Borrell C, Rué M, Pasarín MI, Benach J, Kunst AE. La medición de las desigualdades en salud. *Rev Salud Pública* (en prensa).
15. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidem Community Health* 1999;53:388-9.
16. Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España (conclusión 22). Barcelona: SG Editores, 1993:230.