

Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud*

**Unai Martín
Amaia Bacigalupe**

Euskal Herriko Unibertsitatea / Universidad del País Vasco

El objetivo de este artículo es describir las desigualdades sociales en salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). Para ello, se utilizarán tres ejes de desigualdad: la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento (CAE o resto del estado), para analizar su relación con tres variables de salud: la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud y la existencia de problemas crónicos. El análisis realizado muestra que, a pesar de contar con un sistema de salud público de reconocida calidad y de carácter universal, en Euskadi la salud de las personas se encuentra muy condicionada por sus características socioeconómicas, que las exponen a mayores o menores riesgos para su salud.

1. Introducción

Durante las últimas décadas, el estado de salud de la humanidad ha mejorado con mayor rapidez que en los tres milenios anteriores, y nada hace pensar que este proceso vaya a detenerse a corto plazo. Se trata de una evolución de gran importancia, que ha repercutido en una mayor la calidad de vida de las personas y en la mejora de su relación con el medio, de manera que, en términos generales, somos hoy menos vulnerables a determinados riesgos de lo que éramos en el pasado.

Sin embargo, al comienzo del siglo XXI nos enfrentamos a la existencia de importantes desigualdades sociales en salud, tanto entre países como en el seno de éstos. Estas desigualdades sociales en salud hacen referencia a las diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos (Starfield, 2007).

En este sentido, los datos son irrefutables: en 2005, la diferencia entre la esperanza de vida media de los países de la OCDE y la del África subsahariana era de 32 años, e incluso hay regiones, como los antiguos países pertenecientes a la URSS, que han visto cómo su esperanza de vida se ha reducido en los últimos 30 años (UNDP, 2005). Asimismo, mientras que en muchos países la mortalidad infantil excede los 500 por 100.000 nacimientos vivos, en Suecia esta tasa se sitúa en 2 por 100.000. Las desigualdades son también muy evidentes tanto dentro de los países ricos como de los pobres. En la ciudad escocesa de Glasgow, la esperanza de vida de los hombres que viven en las áreas socioeconómicamente más deprimidas es de 54 años, mientras que la de aquellos que habitan en las zonas más ricas es de 82 (Hanlon y *et al.*, 2006). Ello significa que los hombres más pobres de Glasgow tienen una esperanza de vida menor que la media de la India, al igual que ocurre

* El presente artículo presenta parte de los resultados de la investigación *Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*, financiada y publicada por el Ararteko (Bacigalupe y Martín, 2007).

con los hombres más pobres de EEUU, con una esperanza de vida por debajo de la media de Pakistán (Marmot, 2007).

Las desigualdades en la salud pueden reducirse mediante políticas sociales y sanitarias apropiadas

Sin embargo, fijar la atención en las desigualdades que existen entre los grupos extremos sólo nos muestra una parte del problema, ya que las desigualdades en salud no afectan únicamente a personas ricas y pobres. Por el contrario, es un fenómeno que afecta al conjunto de la sociedad, de manera que, con pocas excepciones, conforme se baja en la escala social, la salud y el bienestar de las personas también empeora. Es lo que se denomina el gradiente social de la salud. Existen numerosos ejemplos que han puesto de evidencia esta realidad, siendo pioneros en este campo los estudios Whitehall, basados originalmente en el seguimiento longitudinal de una cohorte de hombres funcionarios de entre 40 y 64 años en Inglaterra, una población que no se encontraba en riesgo de pobreza, con un salario garantizado y unas condiciones de trabajo adecuadas. Entre sus conclusiones, destacó el hecho de que tanto la mortalidad como la incidencia de enfermedades cardiovasculares eran superiores entre los trabajadores menos cualificados y decrecían, además, a medida que aumentaba la categoría laboral, encontrándose las más bajas entre los altos cargos. Además de corroborar que las desigualdades sociales en la salud se dan entre todos los grupos sociales (incluso entre la clase media y alta), estos estudios también desmontaron el llamado 'mito del infarto del ejecutivo', que afirma que las enfermedades relacionadas con el estrés son más frecuentes entre aquéllos con mayores responsabilidades (Marmot y Shipley, 1996). El gradiente social de la salud es un fenómeno global que se ha puesto de evidencia en todos los países, tanto de renta baja, media o alta, donde se ha analizado (Victora *et al.*, 2003).

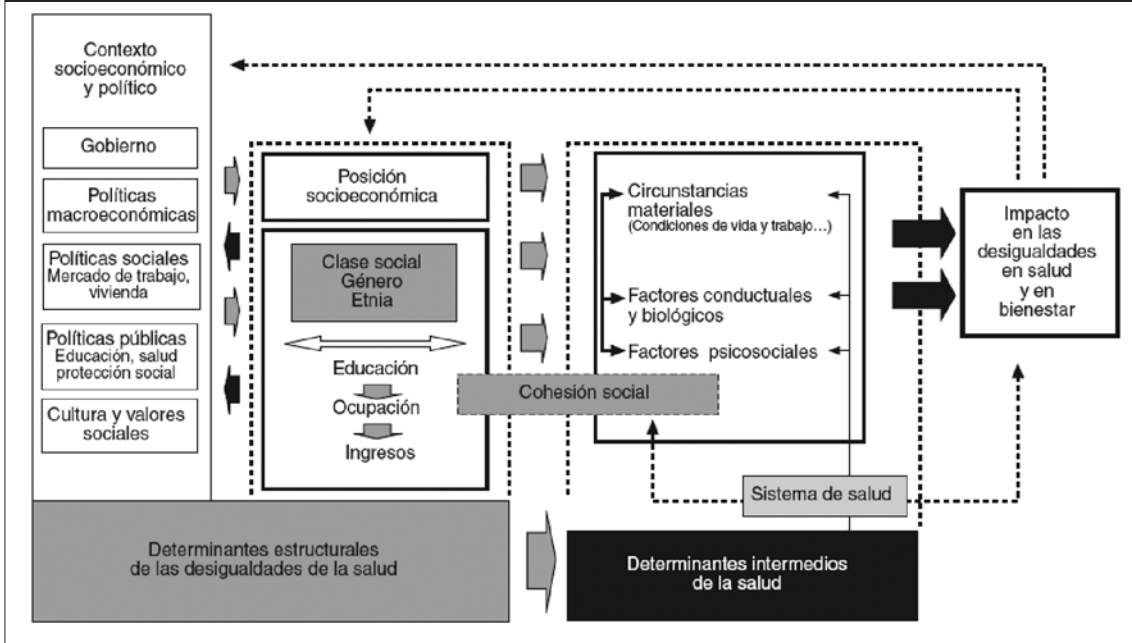
Tratar de comprender el origen de las desigualdades en salud nos obliga a preguntarnos acerca de la magnitud de las desigualdades sociales que existen en una sociedad concreta, ya que las diferencias existentes en el acceso de las personas a los recursos económicos, sociales o de información, en función del género, la clase social, el nivel de estudios, el lugar de origen o el lugar de residencia determinan su riesgo de enfermar y sus posibilidades de disfrutar de un buen estado de salud. Es decir, la distribución desigual de los recursos debida a la jerarquización del poder y el prestigio social impacta en la salud de las poblaciones y crea desigualdades sociales en salud. Es importante tener en cuenta que el concepto de desigualdad o inequidad implica

una dimensión ética, ya que hace referencia a las diferencias en salud que son innecesarias y evitables, y, por lo tanto, injustas. Tal y como Evans y Peters lo han denominado, se trata de diferencias generadas y mantenidas por acuerdos sociales que contradicen el significado que comúnmente se atribuye a la justicia (Evans y Peters, 2001). Por el contrario, aquellas diferencias en la salud de las personas debidas exclusivamente a variaciones genéticas o biológicas (como la edad o el sexo) no serían consideradas injustas (Whitehead y Dahlgren, 2006).

Además del punto de vista ético, las desigualdades sociales en salud son relevantes porque tienen un enorme impacto y su eliminación, en consecuencia, supondría una mejora importante de la salud de la población en su conjunto. En este sentido, diferentes estudios han mostrado que la contribución de las desigualdades sociales a la mortalidad es superior a la de otros factores de riesgo, como el tabaco, el gran enemigo de la salud pública de las sociedades occidentales (Benach, 1997; Departamento de Sanidad, 2005).

En los últimos años se han publicado varios modelos conceptuales sobre los determinantes sociales de la salud y su distribución, con el fin de crear marcos analíticos que faciliten su análisis y el diseño de políticas dirigidas a reducir las desigualdades en salud (Dahlgren y Whitehead, 1991; Diderichsen y *et al.*, 2001). El modelo propuesto recientemente en el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (figura 1), explica que las desigualdades sociales en salud son el resultado de la actuación de los llamados determinantes estructurales de las desigualdades y de los determinantes intermedios. Los primeros incluyen los aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político que modelan la estructura social de una sociedad y su sistema de estratificación, es decir, la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas y sociales (mercado, vivienda, educación, bienestar social). Las características de este contexto socioeconómico y político influyen en la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otros ejes de desigualdad social. A pesar de que todavía son pocos los estudios que relacionan directamente el contexto político con la salud, ya existen datos sobre la influencia que ejerce el tipo de estado de bienestar en la mortalidad (Navarro y *et al.*, 2003 y 2006). Asimismo, Chung y Muntaner (2006) mostraron que el 20% de las diferencias entre los países en las tasas de mortalidad infantil y el 10% de las relativas a los nacimientos de bajo peso podrían ser explicadas por diversas características del estado de bienestar (transferencias sociales, porcentaje de la población con cobertura sanitaria y porcentaje de voto a partidos de izquierdas) en los 18 países ricos de Europa, América del Norte y la región de Asia-Pacífico estudiados.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, según la Organización Mundial de la Salud



Fuente: Solar e Irwin (2007).

Esta posición social desigual genera desigualdades en la distribución de los determinantes intermedios, que son precisamente los factores que median la relación entre los determinantes estructurales y la salud. Éstos incluyen las condiciones de vida y trabajo; los factores psicosociales, como las redes sociales, el estrés y la percepción de control sobre la vida propia; y los estilos o hábitos de vida, como el consumo de alcohol, tabaco, la dieta o la práctica de ejercicio físico. Tal y como se muestra en la figura 1, el sistema sanitario también juega un papel en la generación de las desigualdades sociales en salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que su cobertura es universal y gratuita, las personas de menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras en el acceso, que es especialmente relevante en el caso de los servicios preventivos, la asistencia especializada, los cuidados paliativos y los servicios no cubiertos por el sistema público (Wagstaff, 2002; Borrell y Benach, 2003; Aldasoro *et al.*, 2007).

Si bien las desigualdades en salud se han reducido sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos (debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad en los grupos socioeconómicos más y menos favorecidos), han aumentado en términos relativos. Así lo demuestran diversos estudios realizados recientemente en Europa sobre esperan-

za de vida, percepción subjetiva del estado de salud o acceso a los servicios sanitarios (Murphy *et al.*, 2006; Borrell y Benach, 2005; Shaw *et al.*, 2005; Kunst *et al.*, 2005). Asimismo, las desigualdades entre países también están aumentando, con lo que a menudo se señala al fenómeno de las desigualdades en salud como la problemática más importante de la salud pública del siglo XXI (Benach, 1997).

Sin embargo, avanzar hacia la equidad en salud es posible ya que existen experiencias suficientes que muestran que las desigualdades pueden reducirse poniendo en práctica políticas sociales y sanitarias apropiadas. Se trata de un reto que progresivamente deben asumir todos los gobiernos, con el objetivo de garantizar que cada persona tenga la misma capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que, por tanto, nadie se encuentre en situación de desventaja a la hora de lograrlo.

El objetivo de este artículo es describir las desigualdades sociales en salud en la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE). Para ello, se utilizarán tres ejes de desigualdad: la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento (CAE o resto del estado), para analizar su relación con tres variables de salud: la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud y la existencia de problemas crónicos.

2. Métodos

2.1. Fuente de datos, variables utilizadas y población de estudio

La fuente de datos fue la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2002 (ESCAV-2002). La ESCAV-2002 es la cuarta de las encuestas de salud que, desde 1986 realiza el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Basada en un muestreo aleatorio polietápico de 5.200 hogares, recoge información de 14.787 personas de las que respondieron al cuestionario familiar, de los que, además, 8.398 mayores de 15 años respondieron a un cuestionario individual. Cubre las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno), así como sus consecuencias (uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y gasto sanitario familiar). La tasa de respuesta fue elevada, ya que el 85,5% respondió al cuestionario individual y el 93%, al individual. Una descripción más detallada de la metodología de la ESCAV-2002 ha sido publicada con anterioridad (Departamento de Sanidad, 2004).

Como variables de salud se utilizaron la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud (medida con la escala SF-36) y la existencia de problemas crónicos. Respecto a las variables socioeconómicas, se utilizaron la clase social basada en la ocupación, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento (CAE o resto del estado).

Todos los resultados se analizaron para mayores de 15 años, salvo en el caso de la relación entre las variables de salud y el lugar de nacimiento, que se realizó únicamente para la población mayor de 45 años, grupo de edad en que la población nacida en el resto del estado tiene un peso relevante en el conjunto de la población de la CAE.

2.2. Análisis de datos

En cada una de las variables de salud categóricas, se calculó la prevalencia estandarizada por edad, para cada clase social, nivel de estudios y lugar de nacimiento. Por su parte, para las variables numéricas, se calcularon las puntuaciones medias estandarizadas por edad, para las mismas variables socioeconómicas. Se utilizó la estandarización directa¹, tomando como referencia la población de la ESCAV-2002. Todos los análisis se realizaron de forma independiente para hombres y mujeres y, en el caso del lugar de nacimiento, al comprobarse que existía una

asociación entre el lugar de nacimiento y la clase social, los análisis se segmentaron también por clase social en tres categorías.

Con el fin de determinar la significación estadística de la asociación entre las diferentes variables, en el caso de las variables de salud cualitativas se utilizaron *odds ratios* (OR) calculados a partir de modelos de regresión logística. En el caso de las variables cuantitativas, se utilizaron análisis de covarianza. En ambos modelos, se tuvieron en cuenta variables de ajuste, como la edad, y, en el caso del análisis del lugar de nacimiento, la clase social, siempre que los resultados del análisis estratificado lo aconsejaron.

Tanto en los modelos de regresión logística como en el análisis de covarianza, se tuvo en cuenta el efecto del diseño muestral de la ESCAV-2002. Todo ello, porque calcular la varianza suponiendo un muestreo aleatorio simple puede infraestimar la varianza de los estimadores, debido a que, como es común en muchas encuestas por muestreo, la ESCAV utiliza en su primera etapa la selección por conglomerados.

3. Resultados

3.1. Autovaloración de la salud

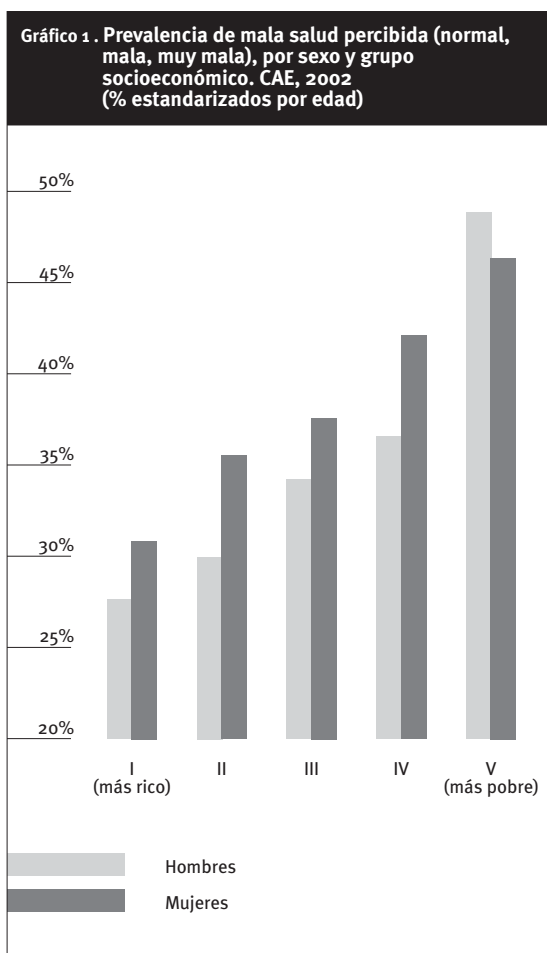
La autovaloración de la salud es uno de los indicadores más utilizados en las encuestas para estudiar el estado de salud de una población. Una de sus mayores ventajas consiste en sintetizar en un solo indicador diferentes aspectos subjetivos y objetivos relacionados con la idea que las personas tienen de su salud. La autovaloración de la salud ha demostrado, además, estar relacionada con otros indicadores, como las enfermedades clínicamente diagnosticadas, el uso de los servicios sanitarios o la mortalidad (Patrick y Bergner, 1990; Ilder y Benyamini, 1997).

En el estudio de las desigualdades sociales en salud diversas investigaciones han demostrado su relación con variables socioeconómicas tanto en el ámbito internacional (Mackenbach, 2006) como estatal (Regidor *et al.* 1994, Fernández y Schiaffino, 2003; Borrell y Benach, 2003). La autovaloración de la salud ha sido utilizada también para el estudio de la evolución de las desigualdades en salud, y ha demostrado que éstas parecen estar aumentando en los últimos años (Gutiérrez-Fisac, 2002; Borrell y Benach, 2005).

En el caso de la ESCAV-2002, esta variable se recoge en cinco categorías: 'muy buena', 'buena', 'normal', 'mala', y 'muy mala', considerando a efectos del análisis como ausencia de buena salud a las personas que manifestaron tener una salud 'normal', 'mala', o 'muy mala'.

¹ Para una explicación detallada del proceso de estandarización y su utilidad, consúltese Bacigalupe y Martín, 2007, pp. 146-148.

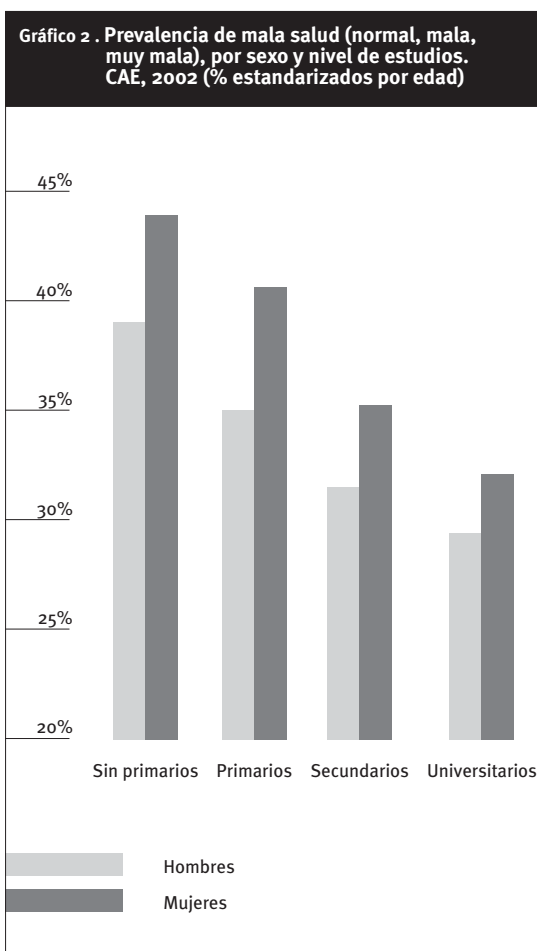
Tal y como se puede comprobar en los siguientes gráficos, la ausencia de buena salud fue consistentemente superior en las mujeres. Por clase social, en el caso de los hombres la prevalencia de mala salud fue un 76% mayor en la clase V (más pobre) respecto a la clase I (más rica). En las mujeres, esta diferencia fue del 49%. Es de destacar, además, que las diferencias en la salud percibida no sólo se dieron entre las clases extremas, sino que siguieron un claro gradiente socioeconómico, de forma que, a medida que se descendía en la escala social, el porcentaje de personas que declaraban tener mala salud aumentaba significativamente, tanto en hombres como en mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

Al igual que con la clase social, la autovaloración de la salud también guardó una estrecha relación con el nivel de estudios, en el sentido de que tanto hombres como mujeres declararon peor salud a medida que su nivel de estudios era más bajo. De esta forma, mientras que en el caso de los hombres universitarios la prevalencia de mala salud fue del 29,4%, en el caso de los de estudios secundarios

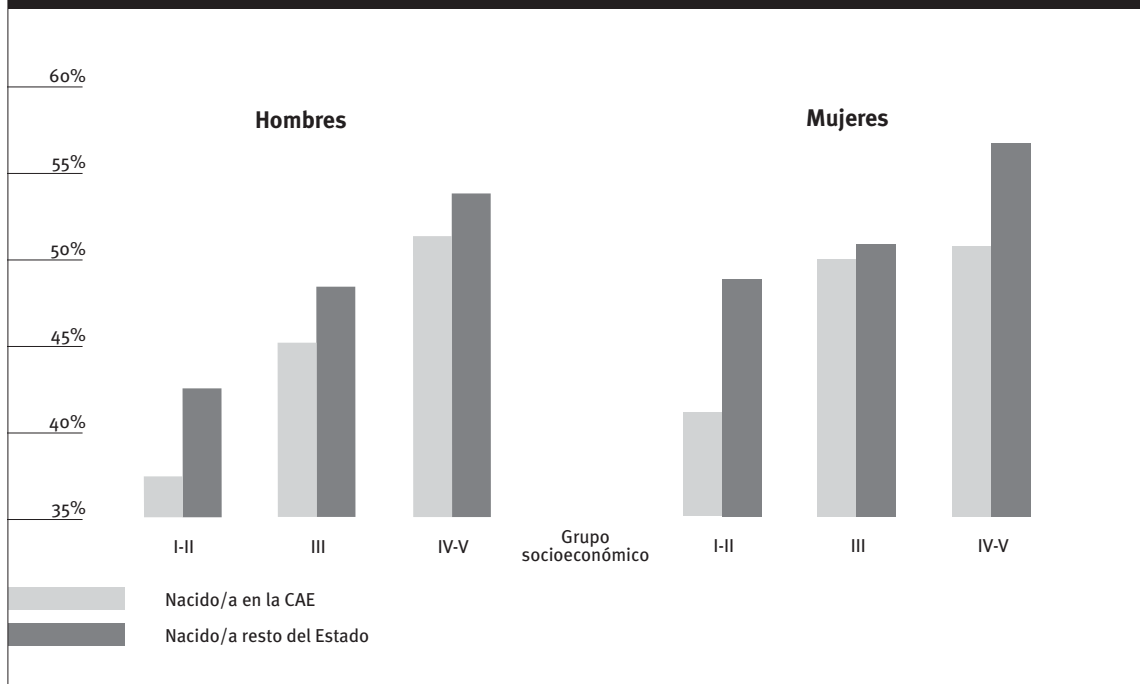
fue del 31,6% y la de aquéllos con estudios primarios y sin estudios, del 35% y el 39,1% respectivamente. En las mujeres, las desigualdades entre las clases extremas fueron ligeramente mayores. Así, mientras que las de estudios universitarios mostraron una prevalencia de mala salud del 32,2%, entre aquéllas sin estudios, esta prevalencia fue del 44,1%. El gradiente social en la autovaloración de la salud también fue claro entre las mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

El lugar de nacimiento también resultó ser un determinante de la autovaloración de la salud. En este sentido, las personas nacidas en el resto del estado manifestaron un peor estado de salud que las nacidas en la CAE, independientemente de la edad, en todas las clases sociales y tanto en hombres como en mujeres. El efecto protector de nacer en la CAE fue estadísticamente significativo en hombres y en mujeres, si bien dejó de serlo en el caso de los hombres al tener en cuenta el efecto de la clase social. En consecuencia, podría afirmarse que, en el caso de los hombres, gran parte de la diferencia observa-

Gráfico 3. Prevalencia de mala salud (normal, mala, muy mala), por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. CAE, 2002 (% estandarizados por edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

da en la autovaloración de la salud de los nacidos en la CAE y en el resto del estado se debe al hecho de que estos últimos pertenecen a clases sociales más desfavorecidas.

3.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Al igual que la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una medida subjetiva del estado de salud que tiene una buena capacidad de predecir la mortalidad y el uso de los servicios sanitarios (Ries *et al.*, 1995; Siu *et al.*, 1993).

En el contexto internacional, se han elaborado varias escalas que tienen como objetivo medir la CVRS, entre las que se encuentra el SF-36, utilizada en el caso de la ESCAV-2002 y ampliamente empleada en el contexto internacional y en el estado español (Vilagut, 2005). El cuestionario se compone de 36 preguntas que cubren ocho dimensiones de la CVRS: la función física (PF), el rol físico (RP), el dolor corporal (BP), la salud general (GH), la vitalidad (VT), la función social (SF), el rol emocional (RE) y la salud mental (MH). Cada dimensión se transforma en una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud).

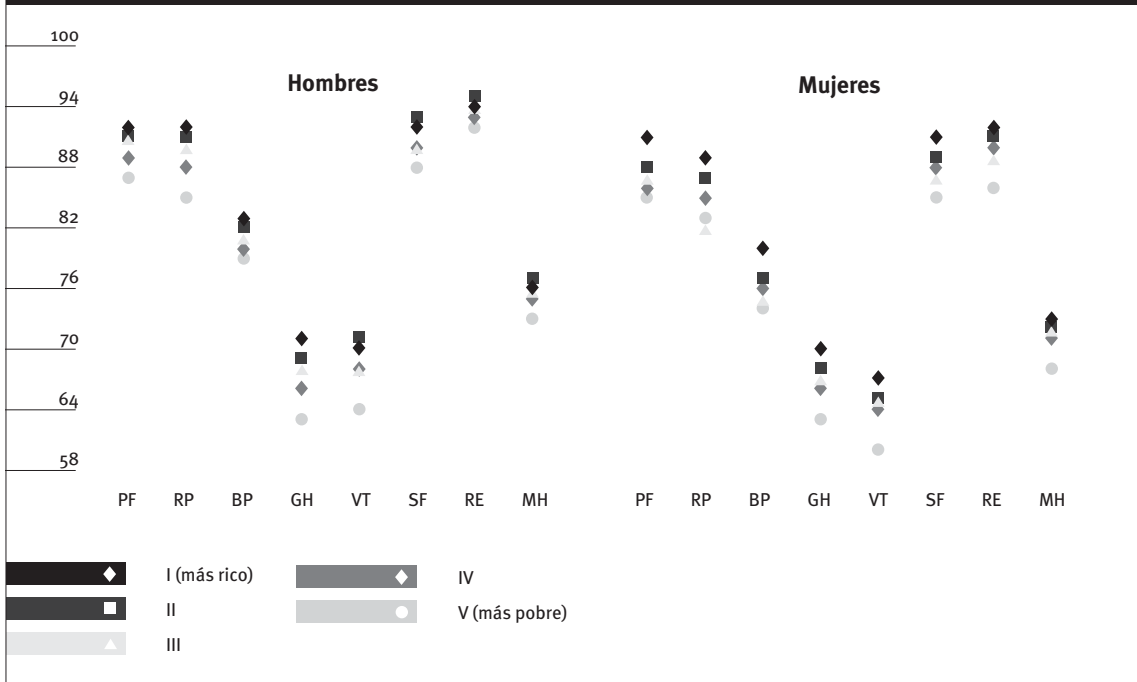
Diversos estudios han descrito la existencia de desigualdades socioeconómicas en la CVRS medida a partir del SF-36 en el contexto internacional (Martí-

kainen *et al.*, 1999; Clarke *et al.*, 2002; Lahelma *et al.*, 2005) y español (Regidor *et al.*, 1999; Pantzer *et al.*, 2006). En el caso de la CAE, las puntuaciones de las mujeres en la CVRS fueron generalmente más bajas y el patrón social fue claro en todas las dimensiones del SF-36, en el sentido de que las puntuaciones de las clases sociales más ricas fueron más elevadas que las de las más pobres, tanto en hombres como en mujeres, aunque especialmente en estas últimas. Esta relación entre la clase social y la CVRS resultó estadísticamente significativa en todos los casos, salvo en el dolor corporal (BP) y el rol emocional (RE) en los hombres.

El nivel de estudios de las personas también se relaciona claramente con la CVRS. Tal y como se muestra en el gráfico 5, los grupos con estudios secundarios y superiores presentaron, en la mayoría de las dimensiones, mejores puntuaciones que los de estudios primarios o inferiores. Tal y como también se describía para la clase social, el nivel de estudios mostró desigualdades mayores entre las mujeres.

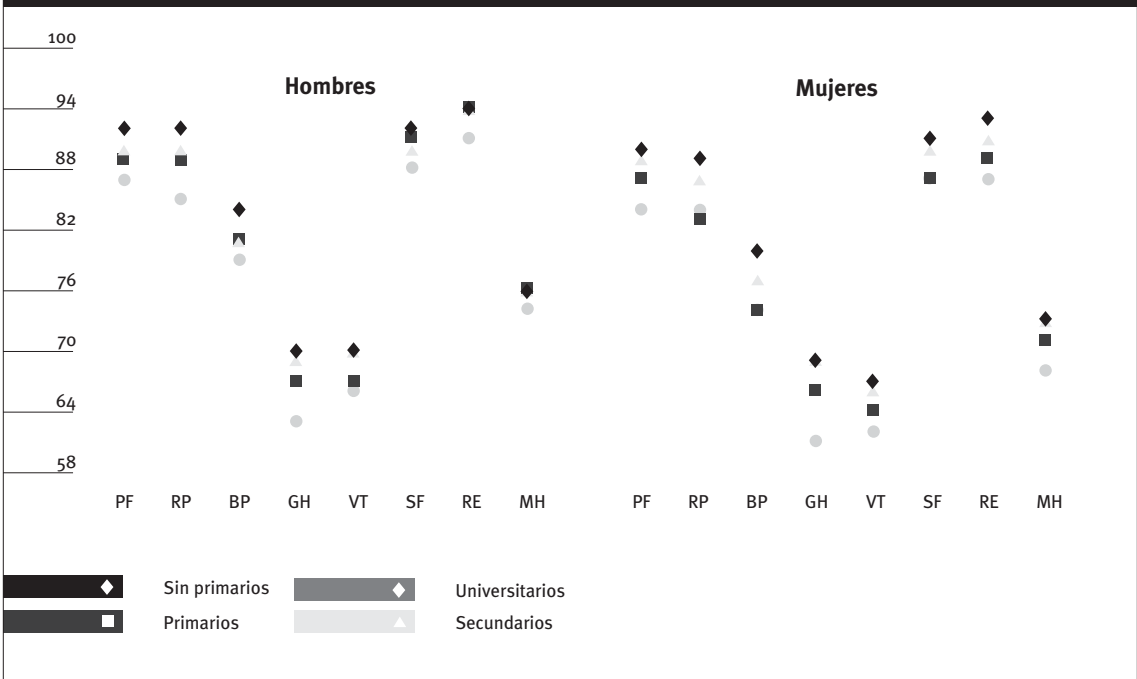
Para terminar con la CVRS, en el gráfico 6 se presentan las puntuaciones en las ocho dimensiones del SF-36, según sexo y lugar de nacimiento. Puede observarse que, en todas las dimensiones, las personas nacidas en la CAE obtuvieron mayores puntuaciones que las nacidas en el resto del estado. Las desigualdades fueron mayores entre las mujeres y en las dimensiones del dolor corporal (BP), el rol

Gráfico 4. Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y grupo socioeconómico. CAE, 2002 (medias estandarizadas por edad)



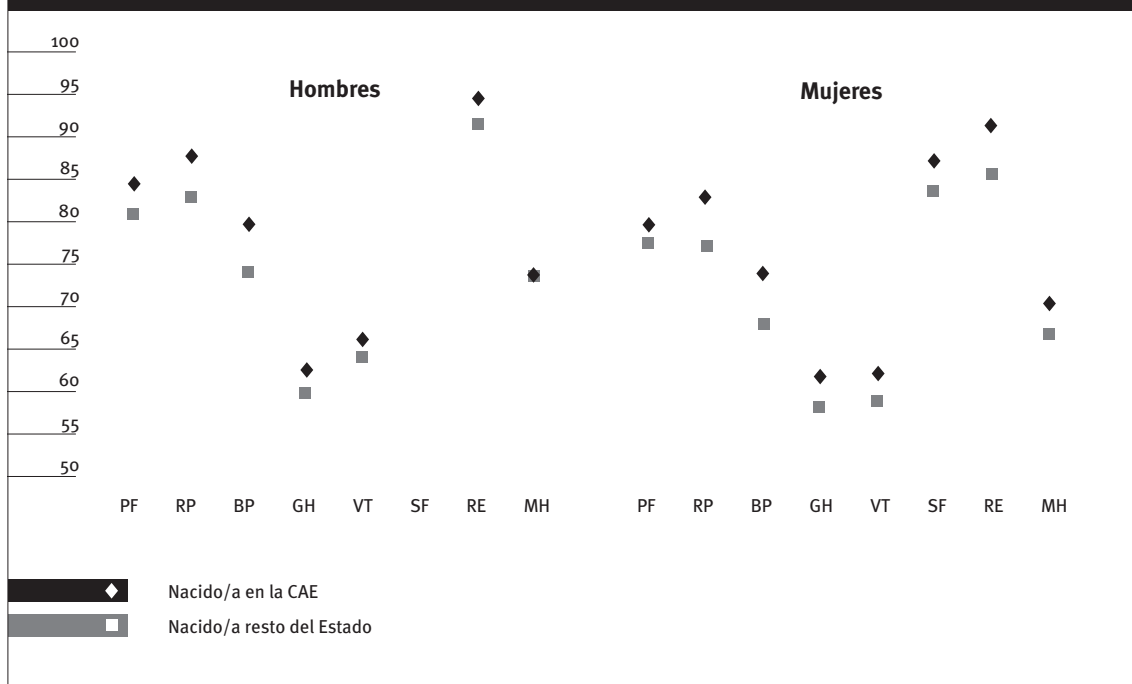
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

Gráfico 5. Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y nivel de estudios. CAE, 2002 (medias estandarizadas por edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

Gráfico 6. Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y lugar de nacimiento. CAE, 2002 (medias estandarizadas por edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

físico (RP), la salud general (GH) y el rol emocional (RE). Salvo en el caso de la salud mental (MH) en el caso de los hombres, todas las diferencias resultaron estadísticamente significativas. Si ajustamos por clase social, sin embargo, la significación estadística se pierde en el caso del rol físico (RP) en las mujeres, y en la vitalidad (VT) y la función social (SF) en los hombres. Esto significa que, al igual que pasaba con la autovaloración de la salud, en estas tres dimensiones de la CVRS, la relación que se observó con el lugar de nacimiento se debió al efecto que ejerce la clase social.

3.3. Problemas crónicos

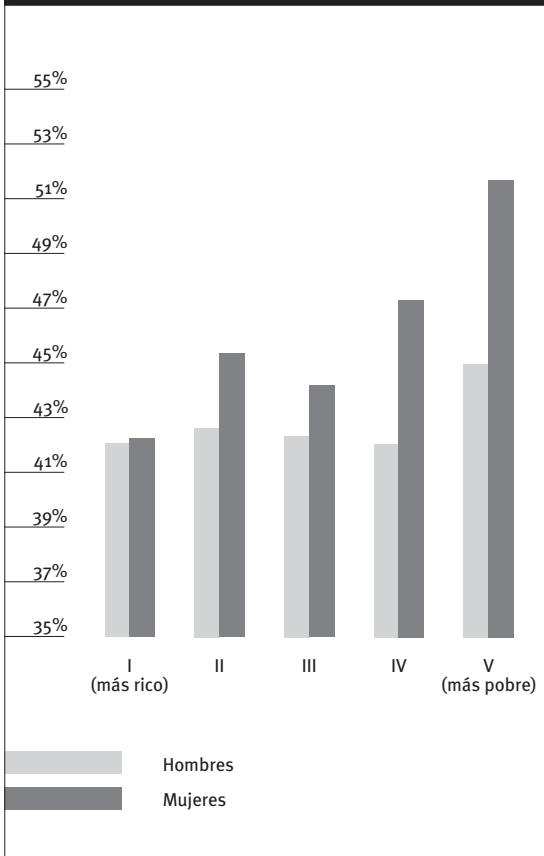
El estudio de la prevalencia de los problemas crónicos nos ofrece información relevante acerca de la carga de enfermedad de una población. Esta perspectiva es de especial interés en el caso de poblaciones, como la CAE, en las que los problemas crónicos son cada vez más prevalentes. El análisis de los problemas crónicos suele realizarse preguntando a la persona encuestada sobre el padecimiento de una serie de problemas, generalmente aquellos que generan más demanda en los servicios sanitarios, recogidos en un listado. Esta lista incluye, entre otras patologías, la hipertensión, el colesterol, las enfermedades cardiovasculares, la artrosis, la ciática o los dolores de espalda.

En el ámbito del estado español, diversos estudios han analizado las desigualdades sociales en el padecimiento de problemas crónicos, describiendo una mayor prevalencia entre las clases más desfavorecidas (Fernández y Schiaffino, 2003). En la CAE, el padecimiento de problemas crónicos también está relacionado con la clase social y es claramente superior en el caso de las mujeres. La prevalencia entre las mujeres de clases más pobres fue un 22,7% superior que entre las más ricas (clase I), mientras que en los hombres, el exceso de problemas crónicos en el grupo más desfavorecido fue menor (6,9%) y no resultó estadísticamente significativo.

Por nivel de estudios, la tendencia descrita fue similar. Aunque el patrón fue más claro en el caso de las mujeres, en ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos fue superior en las personas sin estudios primarios respecto a aquellas con estudios universitarios, concretamente un 28,2% superior en el caso de las mujeres y un 15% en el de los hombres.

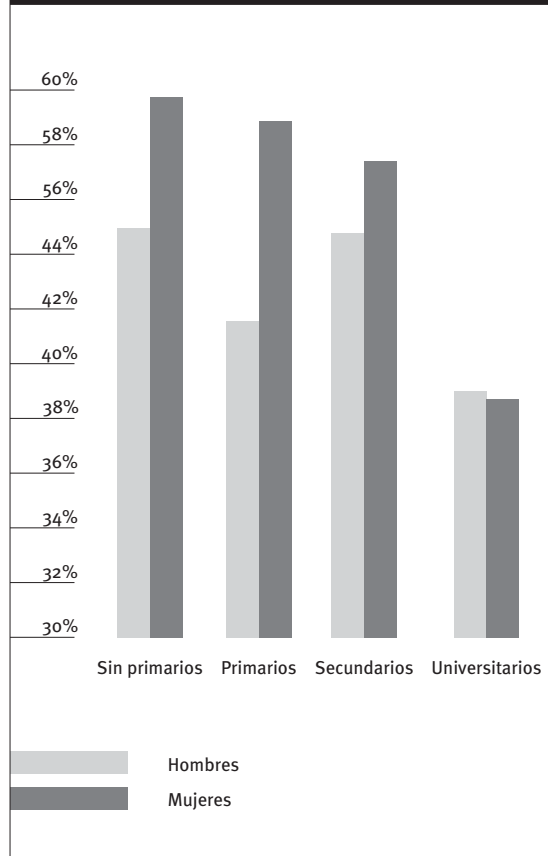
Por último, la relación entre el lugar de origen y la presencia de problemas crónicos también fue clara. En todas las clases sociales, y tanto en hombres como en mujeres, las personas nacidas en el resto del estado español sufrían más problemas crónicos que aquellas nacidas en la CAE. Estas diferencias fueron en todos los casos estadísticamente significativas.

Gráfico 7 . Prevalencia de problemas crónicos, por sexo y grupo socioeconómico. CAE, 2002 (% estandarizados por edad)



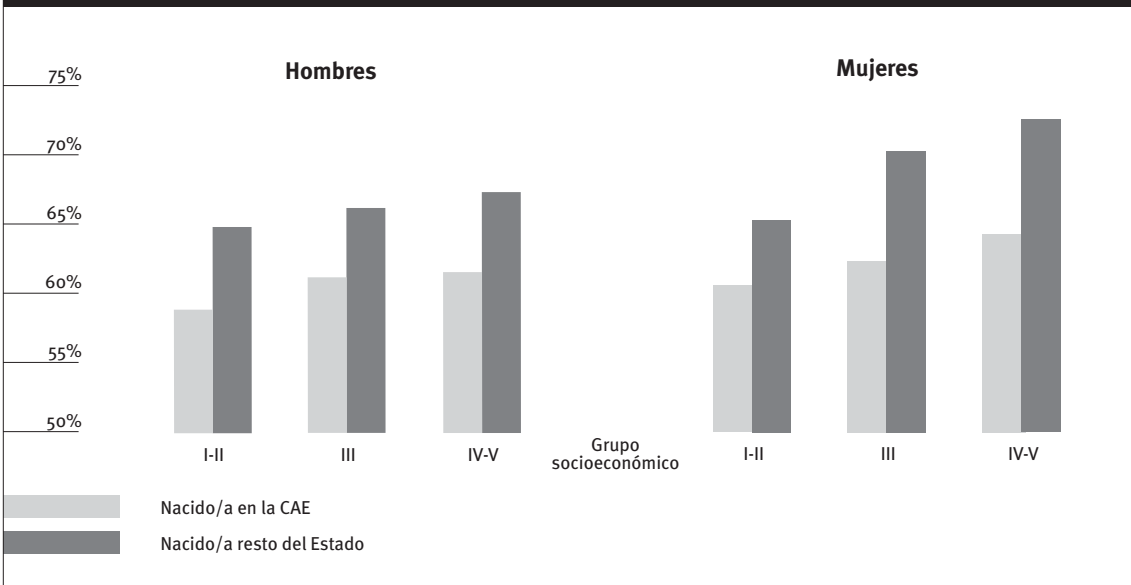
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

Gráfico 8 . Prevalencia de problemas crónicos, por sexo y nivel de estudios. CAE, 2002 (medias estandarizadas por edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

Gráfico 9 . Prevalencia de problemas crónicos, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. CAE, 2002 (medias estandarizadas por edad)



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV-2002.

4. Conclusiones

El análisis realizado muestra que, a pesar de contar con un sistema de salud público de reconocida calidad y de carácter universal, en Euskadi la salud de las personas se encuentra muy condicionada por sus características socioeconómicas, que las exponen a mayores o menores riesgos para su salud. En este sentido, los resultados expuestos revelan que tanto la autovaloración de la salud como la calidad de vida relacionada con la salud y la prevalencia de problemas crónicos están influidas por la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento de las personas. Esta relación entre la estructura social y la salud ha sido también descrita para la población vasca en otros estudios utilizando dimensiones como la diabetes tipo 2 (Larrañaga *et al.*, 2005), la salud maternoinfantil (Latorre *et al.*, 2007) o la obesidad (Rebato *et al.*, 2007) y diversos ejes de desigualdad social, como el género (Larrañaga *et al.*, 2008; Bacigalupe y Martín, 2007; Aldasoro *et al.*, 2007), las características socioeconómicas del área de residencia (Esnaola *et al.*, 2006; 2007), la comodidad de la vivienda o la situación laboral (Departamento de Sanidad, 2005).

La salud está influida por la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento

Aunque los mecanismos intermedios que actúan entre la posición social y la salud no han sido completamente clarificados, parece que una posición aventajada en la jerarquía social facilita el acceso a determinados recursos materiales (condiciones de empleo, de vivienda o de ocio) y de información (campañas sobre hábitos de vida saludables y otras conductas beneficiosas) que protegen la salud de las personas. Además, la posición social también se relaciona con el apoyo y la red social de las personas, así como con aspectos psicosociales, como el estrés, los sentimientos de falta de control y la frustración o angustia respecto a acontecimientos vitales negativos que ejercen una influencia directa sobre la salud física y mental de las personas. En este sentido, en el caso de la relación entre el lugar de nacimiento y la salud, podríamos suponer que las personas que vinieron a la CAE provenientes de otras comunidades autónomas a partir de la década de 1960, además de unas peores condiciones materiales de vida, podrían haber contado con una red social menos consolidada que la de aquellas personas originarias de la CAE y que, además, han podido sufrir situaciones de discriminación en determinados ámbitos (Blanco, 1993) que, en última instancia, han repercutido en una peor salud.

Asimismo, los resultados han mostrado, de forma consistente, que la salud de las mujeres es peor que la de los hombres. Estas desigualdades de género, que otros estudios en el ámbito estatal e internacional también han puesto de relieve, se originan en la desigual asignación de espacios y roles sociales a hombres y mujeres, que influyen en sus oportunidades y experiencias vitales y, por lo tanto, en sus procesos de salud y enfermedad (Rohlf, 2003).

Las desigualdades sociales en salud pueden y deben reducirse a partir de la implementación de políticas sociales y de salud concretas. Siguiendo el modelo conceptual de la OMS sobre el origen de las desigualdades sociales en salud presentado en la introducción, su disminución provendrá, en primer lugar, del fortalecimiento de las políticas del estado de bienestar como la reducción del desempleo o la inversión en servicios públicos, y de la intervención sobre aspectos macroeconómicos, como la reducción de las desigualdades en la renta y la aplicación de sistemas fiscales progresivos. Todo ello amortigua el impacto de las desigualdades sociales, ya que mejora las condiciones materiales de vida de los individuos que están en peor situación. Asimismo, es necesario actuar sobre los valores que legitiman y perpetúan las jerarquías sociales basadas en el género, la etnia y la clase social, de forma que estos ejes de desigualdad tengan una menor capacidad de determinar las oportunidades de disfrutar de una buena salud.

En segundo lugar, habría que articular intervenciones dirigidas a modificar los factores intermedios en la relación entre la posición social y la salud. Se trataría de modificar la distribución de las condiciones de vida, trabajo y vivienda, así como las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social o la falta de control y las demandas en el entorno laboral. Asimismo, es indispensable articular acciones dirigidas a garantizar la universalidad efectiva en el acceso al sistema de salud y la mejora de las infraestructuras sanitarias.

Por último, se situarían las intervenciones orientadas a corregir la distribución desigual de los factores de riesgo o hábitos de vida relacionados con la salud, como el consumo de tabaco, de alcohol, el ejercicio físico o la realización de una dieta adecuada.

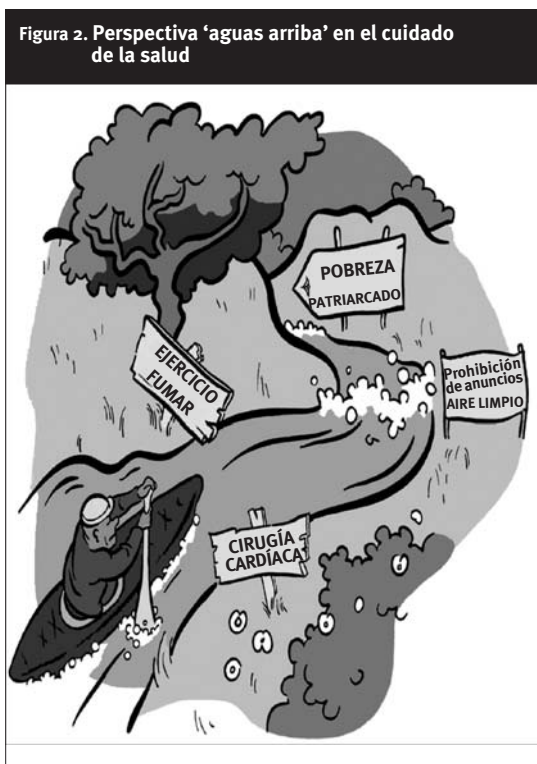
Este tipo de planteamiento supone un gran reto para la salud pública, ya que requiere un cambio de perspectiva desde un modelo biomédico centrado en la enfermedad y que asigna la responsabilidad principal a los servicios sanitarios, a otro basado en un modelo social de la salud que considera que la estructura socioeconómica sitúa a algunas personas en posiciones sociales adversas y, por lo tanto, con mayor riesgo de sufrir problemas de salud.

En el contexto internacional, varios países han elaborado planes integrales para reducir las desigualdades sociales en la salud, especialmente los países nórdicos, Reino Unido e Irlanda (Hogstedt *et al.*, 2008). En el contexto español, hasta muy recientemente, los planes de salud de las diversas comunidades autónomas no han incluido objetivos específicos relacionados con la importancia de reducir las diferencias de salud originadas por las desigualdades sociales, y hoy aún existe una omisión al respecto en muchos de ellos. En el caso de la CAE, se han realizado varias actuaciones en este sentido (Bacigalupe y Martín, 2007, pp. 141), siendo quizás la más relevante la inclusión de la necesidad de reducir las desigualdades sociales en salud como una de las dos grandes metas del Plan de Salud de la CAE.

La relevancia de las desigualdades sociales en salud en la CAE, sin embargo, hace necesario seguir esforzándose por avanzar en esta línea de trabajo. Como se apuntaba en el informe publicado por el Ararteko –en el cual se basa el presente artículo (Bacigalupe y Martín, 2007)–, en primer lugar, impulsando la investigación sobre las desigualdades socioeconómicas y de género en la salud, ya que únicamente sobre la base de un conocimiento exhaustivo de esta realidad podrán articularse las intervenciones adecuadas para afrontarlas. Además de la generación de conocimiento, resulta esencial avanzar hacia la elaboración de políticas y acciones para la reducción de estas desigualdades. En este sentido, además de las acciones realizadas desde el ámbito sanitario, se debe considerar la influencia que las políticas implementadas desde sectores no sanitarios tienen sobre la salud y las desigualdades en salud. En este sentido, herramientas como la Evaluación del Impacto en la Salud (EIS), recientemente impulsada desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (Bacigalupe *et al.*, 2009) y extensamente utilizada en países como Suecia, Reino Unido y Holanda (Blau *et al.*, 2007), permiten estimar los potenciales efectos sobre la salud de políticas, programas y proyectos de sectores como la vivienda, el transporte, la agricultura o los servicios sociales con el objetivo de maximizar sus efectos positivos sobre la salud y minimizar los negativos.

En definitiva, la existencia de desigualdades sociales en la salud demuestra que ésta se encuentra condicionada por aspectos relacionados con la

estructura social y que su mejora, en consecuencia, debe considerar actuaciones que vayan más allá de los sistemas sanitarios. El sociólogo americano John McKinlay (McKinlay, 1979) lo explicó gráficamente utilizando la metáfora de un río de aguas rápidas (figura 2): en la actualidad, la medicina moderna se dedica casi exclusivamente a rescatar (o curar) a las personas (o pacientes) que se están ahogando en la parte baja del río y, por ello, no dispone de tiempo para alzar su mirada “aguas arriba” y entender qué factores están empujando a las personas al río para actuar sobre ellos. Por tanto, aunque la actuación de los sistemas sanitarios es indiscutiblemente necesaria, debemos actuar también sobre los factores estructurales que determinan el estado de salud de las personas y que además provocan desigualdades en salud que son inaceptables desde un punto de vista ético. El desarrollo de este tipo de planteamientos nos permitirá seguir avanzando hacia una sociedad más justa e igualitaria y, en consecuencia, más cohesionada y saludable.



Fuente: Scott-Samuel, 2007 (reproducida con permiso).

- ALDASORO, E. *et al.* (2007): “Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio”, *Medicina Clínica*, vol.128, nº 3, pp. 81-85.
- BACIGALUPE, A.; y MARTÍN, U. (2007): *Desigualdades sociales en la salud de la población de la CAPV. El género y la clase social como determinantes de la salud*, Vitoria-Gasteiz, Ararteko [también disponible en Internet: <<http://www.ararteko.net>>].
- BACIGALUPE, A. *et al.* (2009): “La evaluación del impacto en la salud. Una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 23, nº 1, págs. 62-66.
- BENACH, J. (1997): “La desigualdad social perjudica seriamente la salud”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 11, nº 6, pp. 255-257.
- BLANCO, C. (1993): *La integración de los inmigrantes en las sociedades receptoras. Método de análisis y aplicación al País Vasco*, tesis doctoral, Universidad de Deusto.
- BLAU, J. *et al.* (2007): “The use of HIA across Europe”, en: WISMAR, M. *et al.* (eds.) *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- BORRELL, C.; y BENACH, J. (coords.) (2005): *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, Editorial Mediterrània.
- (coords.) (2003): *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, Barcelona, Editorial Mediterrània.
- CHUNG, H.; y MUNTANER, C. (2006): “Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: An analysis of wealthy countries”, *Social Science & Medicine*, vol. 63, nº 3, pp. 829-842.
- CLARKE, P.; SMITH, L.; y JENKINSON, C. (2002): “Comparing health inequalities among men aged 18-65 years in Australia and England using the SF-36”, *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 26, nº 2, pp. 136-143.
- DAHLGREN, G.; y WHITEHEAD, M. (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Estocolmo, Institute of Future Studies.
- DIDERICHSEN, F.; EVANS, T.; y WHITEHEAD, M. (2001): “The social basis of disparities in health”, en: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; y DIDERICHSEN, F., *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*, Nueva York, Oxford University Press.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2005): *Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- (2004): *Euskal AE-ko osasun inkesta 2002. / Encuesta de salud de la C.A. del País Vasco*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- (2002): *Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 osasun plana / Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010*, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- ESNAOLA, S. *et al.* (2007): *Magnitud y desigualdades en la esperanza de vida ajustada por calidad en la CAPV*. O+Berri-Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. [también disponible en: <http://www.osanet.euskadi.net/r85-13714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf>].

- ESNAOLA, S. *et al.* (2006): "Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco", *Gaceta Sanitaria*, vol. 20, nº 1, pp. 16-24.
- EVANS, T.; y PETERS, F. (2001): "Ethical dimensions of health equity". En: EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; y DIDERICHSEN, F. *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action*, Nueva York, Oxford University Press
- FERNÁNDEZ, E.; y SCHIAFFINO, A. (2003): "Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia". En BORRELL, C.; y BENACH, J. (coords). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona, Editorial Mediterrània.
- GUTIÉRREZ-FISAC, J. L. (2002): "Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España". En: REGIDOR, E. (coord.), *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*, Alicante, Universidad de Alicante.
- HANLON, P.; WALSH, D.; y WHYTE, B. (2006): *Let Glasgow Flourish*. Glasgow, Glasgow Centre for Population Health.
- HOGSTEDT, C. *et al.* (eds.) (2008): *Health for All? A Critical Analysis of Public Health Policies in Eight European Countries*. Estocolmo, Swedish National Institute of Public Health.
- IDLER, E.; y BENYAMINI, Y. (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behaviour*, nº 38, pp. 21-37.
- KUNST, A. E. *et al.* (2005): "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries", *International Journal of Epidemiology*, vol. 34, nº 2, pp. 295-305.
- LAHELMA, E. *et al.* (2005): "Occupational class inequalities across key domains of health: Results from the Helsinki Health Study", *European Journal of Public Health*, vol. 15, nº 5, pp. 504-510.
- LARRAÑAGA, I. *et al.* (2008): "Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género", *Gaceta Sanitaria*, vol. 22, nº 5, pp. 443-450.
- LARRAÑAGA, I. *et al.* (2005): "Socio-economic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain", *Diabetic Medicine*, nº 22, pp. 1.047-1.053.
- LATORRE, P. M. *et al.* (2007): *Desigualdades sociales en la salud perinatal en la CAPV*, Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Investigación comisionada.
- MACKENBACH, J. P. (2006): *Health Inequalities: Europe in Profile*. Informe realizado por la presidencia británica de la UE [disponible en: <<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>>].
- MARMOT, M.; (2007): "Achieving health equity: From root causes to fair outcomes", *Lancet*, nº 370, pp. 1.153-1.163.
- MARMOT, M.; y SHIPLEY, M. J. (1996): "Do socioeconomic differences in health persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study", *British Medical Journal*, nº 313, pp. 1.177-1.180.
- MARTIKAINEN, P. *et al.* (1999): "Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning", *Social Science and Medicine*, vol. 49 nº 4, pp. 499-507.
- McKINLAY, J. (1979): "A case for refocusing upstream: The political economy of illness". En: GARTLEY J. (ed.) *Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health*, Nueva York, Free Press.
- MURPHY, M. *et al.* (2006): "The widening gap in mortality by educational level in the Russian Federation, 1980-2001", *American Journal of Public Health*, nº 96, pp. 1.293-1.299.
- NAVARRO, V. *et al.* (2006): "Politics and health outcomes", *Lancet*, nº 368, pp. 1.033-1.037.
- NAVARRO, V. *et al.* (2003): "The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998", *International Journal of Health Services*, nº 33, pp. 419-494.
- PANTZER, K. *et al.* (2006): "Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, nº 8, pp. 694-698.
- PATRICK, D. L.; y BERGNER M. (1990): "Measurement of health status in the 1990's", *Annual Review of Public Health*, nº 11, pp. 165-183.
- PROGRAMA DE LAS NACIONALES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2005) *Human Development Report 2005. International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade and Security in an Unequal World*. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- REBATO, E. *et al.* (2007): "Nivel socioeconómico y variables de adiposidad en adultos de la CAPV", *Inguaruak*, nº 44, pp. 51-66.
- REGIDOR, E. *et al.* (1999): "Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults", *Journal of Epidemiology and Community Health*, nº 53, pp. 75-82.
- REGIDOR, E.; GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; y RODRÍGUEZ, C. (1994): *Diferencias y desigualdades en salud en España*, Madrid, Díaz de Santos.
- RIES, A. L. *et al.* (1995): "Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Annals of Internal Medicine*, nº 122, pp. 823-832.
- ROHLFS, I. (2003): "Género y salud: diferencias y desigualdades", *Quark*, nº 27, pp. 36-40.
- SCOTT-SAMUEL, A. (2007): "Men, masculinities and healthy public policies", ponencia presentada en *Jornadas de Debate: Las desigualdades sociales en salud: una nueva visión para mejorar la salud de la población* [disponible en <http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/archive/2007/12/18/81085.aspx>].
- SHAW, M.; DAVEY SMITH, G.; y DORLING, D. (2005): "Health inequalities and New Labour: How the promises compare with real progress", *British Medical Journal*, nº 330, pp. 1.016-1.021.

- SIU, A. L. *et al.* (1993): "Using multidimensional health measures in older persons to identify the risk of hospitalization and skilled nursing placement", *Quality of Life Research*, vol. 2, nº 4, pp. 253-261.
- SOLAR, O.; e IRWIN, A. (2007): *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra, WHO. Commission on Social Determinants of Health.
- STARFIELD, B. (2007): "Pathways of influence on equity in health", *Social Science & Medicine*, nº 64, pp. 1.355-1.362.
- VICTORA, C. G. *et al.* (2003): "Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough", *Lancet*, vol. 362, nº 9.379, pp. 233-241.
- VILAGUT, G. *et al.* (2005): "El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos", *Gaceta Sanitaria*, vol. 19, nº 2, pp. 135-150.
- WAGSTAFF A. (2002): "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 80, nº 2, pp. 97-105.
- WHITEHEAD, M.; y DAHLGREN, G. (2006): *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up Part 1*. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa.