

# Las desigualdades en salud, una realidad social

► Roser Pérez  
ACDSP Barcelona

La existencia de desigualdades es una realidad constatada en los estudios que tratan la distribución de los problemas de salud, ya que muestran repetidamente su concentración en los grupos menos favorecidos de la sociedad. Esta relación fue observada y analizada durante la revolución industrial, al generarse una dinámica de pobreza y miseria con serias consecuencias para la salud, de forma que se advertía una relación sistemática entre enfermedad y posición social. La reflexión acerca de las causas impulsó el saneamiento y la higiene mediante la salud pública, pero la medicina con un enfoque social se vio frenada ante el fracaso de las revoluciones sociales (1) y se impuso un modelo social de corte liberal, en el que la medicina social pasó a segundo término y la patología social que se proponía tuvo grandes dificultades de desarrollo, virando las hipótesis hacia la teoría del contagio menos conflictiva socialmente.

Una vez superada la mortalidad catastrófica por epidemias, gracias a las medidas que el higienismo y la salud pública implementaron, se desarrolló la medicina curativa, asistencial en un principio (atención hospitalaria entendida como la segregación de las personas enfermas fuera del domicilio y de su comunidad) y terapéutica más tarde con el descubrimiento de los primeros fármacos antisépticos (sulfamidas) y la insulina (15) (16). El espacio social y de poder que alcanza el paradigma clínico y la sa-

nidad asistencial, culmina con la terapia antibiótica en los años 50 y los transplantes en la década siguiente. Pero la dinámica y crecimiento de los sistemas sanitarios europeos, con un aumento de los presupuestos y de los servicios, no ha dado los resultados esperados ya que los indicadores negativos de salud (mortalidad y morbilidad) no mejoran todo lo esperable en la segunda mitad del siglo XX. Los análisis se enfocarán hacia la existencia y distribución de las desigualdades, encontrando una mayor explicación a partir de los años 70, con las aportaciones de los determinantes y la multicausalidad de la salud. El reconocimiento de los aspectos que no son estrictamente biológicos será de gran importancia, ya que el perfil epidemiológico se modifica hacia la cronicidad, favorecido por el envejecimiento de la población que pone en evidencia las limitaciones de la terapéutica curativa frente al aumento de las enfermedades crónicas, que por otra parte se concentran desigual y significativamente entre las clases sociales con menos recursos. También en España los estudios han mostrado que un bajo nivel socioeconómico está asociado a un amplio rango de problemas de salud (4) (5). En el caso de Cataluña, las encuestas de salud (autónomas y municipales) confirman esta realidad, en la medida que la salud se distribuye de forma desigual entre los grupos sociales relacionados con el estatus socioeconómico y el nivel de estudios (3) (4) (5).

### La complementariedad necesaria

El análisis de las desigualdades se realiza desde espacios académicos y profesionales que aportan distintas perspectivas en el análisis de la distribución de desigualdades en salud, que si bien permitirían una aproximación interdisciplinar, en demasiadas ocasiones se incorporan sólo parcialmente los argumentos que no son del propio campo de estudio.

Las ciencias sociales difícilmente pueden interpretar el alcance de los procesos y de los factores de riesgo degenerativos o protectores de la salud y, por lo tanto, el grado de relación entre las desigualdades sociales y las enfermedades que se padecen, es decir, la relación que existe entre un estilo de vida y los problemas de salud que pueda generar. Del mismo modo, las ciencias médicas necesitan conocer las condiciones de vida de las personas para observar realmente todos los procesos que contribuyen a explicar los problemas que se padecen, así como la amplitud del campo social que hace difícil la identificación de los argumentos sociales. Las dos perspectivas vistas por separado o, mejor dicho, sin incorporarse una a la otra, no favorecen la complementariedad y fragmentan el análisis en el estudio de las desigualdades de salud.

### La mirada epidemiológica

Por una parte, en el campo médico-científico la investigación permite obtener terapias cada vez más específicas con un

enfoque que interviene fundamentalmente en los aspectos sintomáticos de las enfermedades. La teoría bacteriológica de la enfermedad que considera ésta como el resultado de un contagio y/o alteración del organismo subyace en esta perspectiva y, en el caso de observar razones de tipo social, se concentran en el estilo de vida de la persona, que atribuye al individuo la responsabilidad directa de sus condiciones de vida. De este modo se protocolizan las intervenciones dirigiéndose hacia la persona (estandarizada) que debe modificar sus hábitos como superación de costumbres incorrectas, desarrollando las habilidades que se le indican. En cuanto a la prevención también se comprende desde la vertiente asistencial: vacunas, pruebas y controles preventivos, etc.; y se desarrolla la educación para la salud enfocada hacia el individuo con escaso desarrollo del nivel grupal y/o comunitario.

El vacío práctico del trabajo comunitario se apoya en la lectura de la responsabilidad individual sobre la salud que omite las condiciones sociales y realiza lecturas agregadas (respecto la población total) y en un contexto de valores, hábitos, recursos y consumo con características comunes entre los miembros de cada clase social al que no se llega. Incluso desde la epidemiología la distribución desigual de la mortalidad y morbilidad por clase es un dato más que se añade a los resultados de los estudios, pero adolece de un análisis en profundidad del significado y de las razones que favorecen la desigualdad en la vida social y en la salud.

En el caso español se han aplicado diversas agrupaciones de clase a las encuestas de salud como la de Domingo y Marcos (6), que adapta la clasificación británica al contexto nacional, o la propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología en un esfuerzo por dirigir los análisis hacia las desigualdades, si bien se ha podido comprobar en estudios posteriores (5) que no permiten reflexionar sobre la planificación ni la distribución de los recursos, ya que se tratan de forma básicamente descriptiva y si bien muestran la existencia de una desigual distribución de la salud, no contribuyen a su comprensión. Se consi-

tata en un estudio tras otro que las desigualdades existen, se mantienen, e incluso llegan a aumentar en determinados grupos, mediante constructos e índices estadísticos que establecen gradientes en su distribución; sin embargo, la explicación en tanto que determinantes sociales no se llega a establecer. El resultado es una variable que no ayuda a explicar las situaciones de salud desde la distribución por clase social. En cambio, la lectura de las encuestas buscará en el comportamiento individual y el estilo de vida, la información básica que oriente la intervención. De forma que la mirada se dirige a la enfermedad para observar cuántas personas hay afectadas y cómo las debemos tratar (de uno en uno), es decir, se parte de la enfermedad y cómo afecta a la población en general, por lo tanto se favorece que la planificación sanitaria dirija en mayor grado sus objetivos a la reducción de las enfermedades (incidencia y prevalencia), a partir fundamentalmente de la actividad individual (el supuesto libre albedrío sin contexto) y la intervención asistencial terapéutica, que hacia las condiciones y modos de vida construidos socialmente y que relacionan los aspectos culturales y de consumo con los educativos y económicos, en un proceso interactivo que considera las relaciones sociales de dominación y apropiación en las que se realiza el trabajo.

En resumen, se utilizan los indicadores de clase social de forma limitada presentando una elevada variabilidad con dificultad para la comparación y, en definitiva, suponen un instrumento de reducida utilidad para la planificación y el análisis, a lo que se suma la inexistencia de unas estadísticas rutinarias que contemplen estos criterios y con una cumplimentación limitada (2).

#### La mirada sociológica

Por otra parte, las investigaciones en el campo social han permitido que los análisis sociológicos referentes a la salud apunten hacia las condiciones de vida como una de las fuentes importantes de desigualdades que permiten comprender por qué las personas tienden a sufrir, en mayor medida unos grupos más que otros, los problemas más prevalentes, es

decir, los aspectos sociales del por qué se producen las desigualdades en la salud. Las variables sociales que han mostrado mayor explicación en la distribución de los problemas son la clase social, el nivel de estudios y el nivel de ingresos llegando a la conclusión de que afectan de forma directa o indirecta (a través de variables de tipo existencial) a la salud de la población (7). En este caso, se trata de observar qué personas y de qué clase social sufren las distintas enfermedades tal y como apunta Sánchez (8): «Las distintas ocupaciones suponen para la población el acceso a determinados recursos económicos, privilegios diversos, prestigio social y al mismo tiempo informan de la posición de poder, de los individuos en las relaciones sociales de producción. Por lo tanto debe tenerse en cuenta la ocupación pero no en sí misma, sino como la característica que indica el contenido técnico del trabajo, conectándola con la clase social donde se producen las relaciones sociales de dominación y apropiación en las que se realiza el trabajo. De manera que los ejes estructuradores de la desigualdad en la sociedad actual se identifican como la propiedad de los medios de producción, la autoridad o control en los medios y el conocimiento técnico y la fuerza de trabajo».

En estos análisis, las desigualdades se consideran el resultado de los distintos procesos que las personas viven en las relaciones sociales y de producción (9), cuya lectura permite considerar las relaciones sociales de clase. Para ello se tienen en cuenta las tipologías de clase social a partir de la ocupación y las relaciones sociales de producción, es decir, la relación con el mercado laboral, ya sea trabajador por cuenta propia (no asalariado) o por cuenta ajena (asalariado) que se concreta en la categoría ocupacional (relacionada con el nivel de estudios) y aporta información relevante para entender por qué las personas enferman y de qué enfermedades. Sin que ello evidentemente sea ineludible para cada individuo aislado, se trata de considerar los procesos generadores de riesgo que determinan la aparición de enfermedades «occidentales» derivadas de la desigual distribución de la riqueza, la industrialización y la modernidad (10).

### La necesaria interdisciplinariedad

La perspectiva sociológica y las desigualdades sociales chocan con los criterios epidemiológicos que muestran problemas y porcentajes de población afectados o en situación de riesgo, pero para los que la morbilidad se observa en términos agregados mientras que la intervención se dirige hacia el individuo en concreto, en una dinámica asistencial que implica atención individualizada (modelo biomédico), lo cual incide aún más en la descripción fragmentada de los problemas que se agregan en los registros (altas y registros hospitalarios, mortalidad, vigilancia epidemiológica...) que permiten cuantificar y describir comportamientos, la mayoría de las veces sin profundizar en ellos, lo cual queda reflejado en el escaso interés por establecer una recogida sistemática, articulada y armonizada en todo el sistema. De todos es conocida la dificultad para obtener datos de confianza, en un medio donde las evaluaciones se identifican con memorias y los análisis, en un ejercicio de causalidad, exculpan a la propia orga-

nización sanitaria de la salud de los ciudadanos, con lo cual la evolución y comparación de los resultados es prácticamente imposible de realizar. Finalmente, o bien es la teoría bacteriológica de la enfermedad la que explica su existencia, o son las actitudes individuales las que señalan al estilo de vida como la causa fundamental de enfermar, en un enfoque que traslada al individuo el control de todo lo que es o, mejor dicho, se considera perjudicial para la salud.

Al mismo tiempo, mientras la intervención se nutre de los datos individuales que presentan los estilos de vida como responsables directos de la salud, en pocas ocasiones se vinculan los resultados al desarrollo de las políticas, ya que parece darse el supuesto de que cualquier acción tiene un impacto positivo por principio (recuerda el principio incrementalista de épocas anteriores, en una relación directa a más recursos mejores resultados). Incluso en la planificación sanitaria catalana (1993-2003), teóricamente sujeta a los mapas y estudios sobre la salud, se ha considerado irrelevante la relación con la clase social de manera que se re-

san los datos «socio-demográficos», que comprenden las variables poblacionales (edad y sexo) y de convivencia, pero no la clase social de pertenencia, ni las condiciones de vida que disfrutaban.

Las pirámides poblacionales y los indicadores de dependencia y envejecimiento ilustran el perfil de la población al margen de las variables sociales, que confunden, e incluso llegan a sustituir. De ahí que sea imposible la identificación de aspectos comprometidos en la salud de las personas (hábitos, consumo, procesos destructivos y/o favorecedores de la salud) que se den adjuntos a la posición de clase y por lo tanto no se orienta la intervención hacia estos aspectos de carácter grupal y comunitario, sino únicamente hacia los individuales.

Si bien el acto último a favor o no de la salud en el consumo diario y las actividades ocupacionales pertenecen a la persona, no puede olvidarse que su vida se desarrolla en sociedad, en una red de relaciones e influencias mediatizadas por el nivel educativo y laboral, rodeada de otras personas e instituciones, trabajando y recibiendo información, junto con

**Cuadro 1. Categorías ocupacionales por tipología de clase trabajadora**

CLASE TRABAJADORA. CATEGORÍAS OCUPACIONALES	CARACTERÍSTICAS
Trabajadores por cuenta ajena	<p>Se constituye fruto de la inmigración y la industrialización en los años 50 y 60. Importante presencia de personas jubiladas en este momento, sin estudios, enraizados en su barrio intentando emular las formas de vida de tipo rural y sin sustituirlas plenamente por otras de tipo «urbano».</p> <p>Son las menos beneficiadas por los cambios tecnológicos y económicos de la zona metropolitana. Presentan movilidad social ascendente (años 70-80) a partir del sistema educativo. Intento y dificultad de movilidad ascendente en los 90.</p> <p>Bajo nivel de estudios, escasa inversión en ellos, falta de información y educación sanitaria. Fragmentación de la clase trabajadora (no es homogénea), relacionada con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La edad -características generacionales-</li> <li>• La cualificación/no cualificación de los trabajadores (segmentación del mercado laboral).</li> </ul> <p>El consumo se vive como prueba de integración social. Incorpora los diferentes productos en el momento que se masifican. Disponen de coche, pero más viejos que los de la clase media. Capacidad de inversión reducida.</p> <p>Tiende a imitar a la clase media no propietaria generadora de modelos colectivos, pero los marca una cierta marginación comparativa: fracaso escolar, uso de espacios más limitados y cercanos al domicilio, acceso limitado a nuevas tecnologías...</p> <p>Ocio: no hacen deporte, ni asisten a espectáculos. Hábito de lectura reducido.</p> <p>Vacaciones en la localidad de origen (van al pueblo, si conservan vivienda o familia...) o no salen. No disponen en general de segunda residencia.</p> <p>Ámbito familiar: se introducen nuevos patrones de fecundidad, cada vez más reducida.</p> <p>Difícil la coexistencia con la familia extensa. Mantiene la diferencia de roles entre hombres y mujeres. Menos espacio doméstico (70 m<sup>2</sup>). Repliegue al ámbito privado.</p> <p>Se adoptan valores vinculados con el individualismo que implican mayor fragilidad de las formas de familia. La diversidad cultural implicará considerar la salud de los distintos grupos étnicos que se incorporan en este grupo social.</p>
Supervisores	
Trabajadores manuales	
Capataces, Encargados	
Empleados	
de tipo administrativo	
Trabajadores de servicios	
Trabajadores cualificados	
Trabajadores no cualificados	
Trabajador agrario	

Fuente: Elaboración propia a partir de la EMB-90/Bofill-2000.



la influencia de los medios de comunicación en las decisiones sobre su estado de salud, al punto que pueden no determinar pero sí ser determinantes de los procesos generadores (protectores o destructivos) de la salud y por extensión de la enfermedad que pueda desarrollar.

**Una propuesta armonizadora para el análisis de las desigualdades de salud por clase social**

Las posiciones sociales de clase presentan características comunes, por agregados que identifican el consumo y las actividades de las personas en su interrelación grupal, así como los determinantes que influyen en los procesos de salud y generan situaciones destructivas o favorecedoras de ella. De forma que si conseguimos conocer la estructura social de una comunidad o población, e identificar las formas de vida, consumo, nivel de estudios, hábitos, etc., de las clases definidas, se puede plantear qué condiciones de vida favorecen los procesos de salud, ya sea en relación al trabajo y los procesos de «riesgo» laboral, como en el tipo de alimentación, junto con los hábitos y valores que se comparten respecto a la salud (9). Así mismo se transmiten o no prejuicios y costumbres respecto a las normas de cuidado, ya sea por aleja-

miento geográfico y/o cultural entre generaciones, por la fragmentación estructural y el prestigio asociado, además de la medicalización que como proceso ha contribuido a minusvalorar la capacidad de las personas de enfrentarse a los problemas de salud e incluso la muerte (12).

La bondad de aplicar la clasificación de las ocupaciones radica en que incorpora los cambios económicos, técnicos y sociales que han supuesto una diferenciación cada vez mayor de la división del trabajo y de las ocupaciones, sin olvidar la distinción histórica entre las posiciones vinculadas con la propiedad y las que se asumen en el trabajo por cuenta ajena, que continúan marcando un tipo especial de relación laboral que añade incertidumbre y autoexigencia haciendo también más complejos, por vulnerables, los procesos de cuidado de la salud.

La propuesta que se plantea no es nueva en sí misma, pero pretende incidir en la necesaria armonización de los dos conocimientos, epidemiológico y sociológico, en el análisis de la estructura de desigualdades en salud por clase social. En el caso de Cataluña, los estudios de la Encuesta Metropolitana de Barcelona (1990) y la Encuesta Panel de la Fundación Bofill (2000), que han analizado la estructura social, aplican una clasificación tipológica que permite agrupar las

categorías ocupacionales y configuran las tipologías de clase trabajadora y clase media, a su vez dividida en dos bloques al considerarse la propiedad de los medios de producción y por lo tanto las relaciones que se derivan de ella. De este modo se facilita la comprensión de las condiciones de vida y se contemplan también las contradicciones de clase y actitudes de sus miembros –estilos de vida– que deben relacionarse con los indicadores construidos a partir de las fuentes de datos de salud (encuestas de salud, registros de mortalidad, registros de asistencia hospitalaria, discapacidades, etc.).

La posibilidad de relacionar las condiciones de vida, que muestran las tipologías de clase, con los resultados de las encuestas de salud arroja mayor comprensión de por qué padecen determinadas enfermedades, como se ha observado en la distribución desigual y significativa de la morbilidad que muestra la comparación entre las dos encuestas realizadas en Cataluña (1994 y 2002).

Los resultados de este trabajo permiten, por una parte, considerar si la salud de la población catalana ha variado entre las dos encuestas y si la distribución de los problemas es significativa por clase social, es decir, si padecen los problemas por encima de la media que les correspondería en una distribución equitativa.

**Cuadro 2. Categorías ocupacionales por tipología de clase media no propietaria**

CLASE MEDIA NO PROPIETARIA. CATEGORÍAS OCUPACIONALES	CARACTERÍSTICAS
Trabajan por cuenta ajena	Asalariados. Trabajan por cuenta ajena. Remuneración alta. Ocupan lugares de gestión y control. Calificación académica. Uso intensivo del sistema educativo. Disponen de capital cultural.
Profesionales liberales, directores y gerentes, técnicos altos y medios, resto personal administrativo	No tiene capital propio. Necesita de los bienes públicos y de las instituciones, pero con posiciones contradictorias, se orienta cada vez más hacia soluciones individuales (neoliberalismo, individualismo). Formas de ocio relacionadas con el capital cultural, actividad física, viajes. Asisten al teatro de vanguardia y a conciertos de música clásica, danza contemporánea... También se les denomina «los deportivos», ya que les preocupa más el estilo que la comodidad (vida sana y deporte). Las vacaciones: comparten casa, se organizan otros arreglos personales, disfrutan de los clubs de aficiones, pertenecen a asociaciones voluntarias. La prioridad en el ascenso social individualizado domina las formas familiares y de relación. Valoran la experiencia personal. El trabajo para ellos es un valor positivo. Toda acción se dirige o está relacionado con el trabajo y el ocio. La familia se muestra como una forma más inestable debido a la preponderancia de intereses individuales frente a los familiares. En clave de género: mayor autonomía profesional de la mujer. Tasa de fecundidad baja. Se expresan en los medios de comunicación. Representan la cultura de la satisfacción. Rechaza la estética de la producción y acumulación basada en la abstinencia, el ahorro y el cálculo. Nueva moral: hedonista del consumo basada en el crédito, el gasto, el disfrute y la comodidad (11, 12).

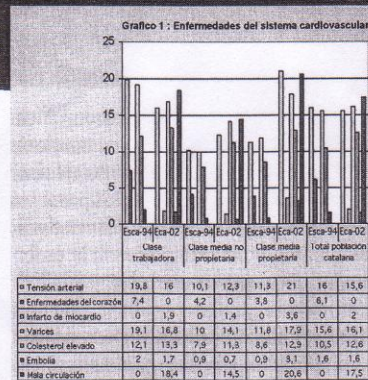
Fuente: Elaboración propia a partir de la EMB-90/Bofill-2000.

En primer lugar, los resultados de la población total muestran que las variables que corresponden con la morbilidad (enfermedades padecidas) comparables entre las dos encuestas son 15 de las 26 recogidas, en 8 de ellas: varices, alergias, asma, diabetes, colesterol, cataratas, problemas de piel y depresión, se observa un mayor porcentaje de personas afectadas, mientras que la HTA, artrosis, bronquitis, úlcera de estómago, molestias urinarias y restricción han reducido el porcentaje. En segundo lugar se mantienen las desigualdades en salud entre las clases sociales, si bien se da un acercamiento entre la clase trabajadora y la clase media propietaria al presentar esta última más problemas significativos en el 2002. Los resultados por clase social indican que la clase trabajadora mejora en los problemas identificados salvo en el colesterol, asma y depresión. Sin embargo, padece significativamente el 76% de los problemas revisados en el 2002, es decir, incluso mejorando los indicadores, éstos muestran una distribución significativa y por lo tanto son indicadores de desigualdad en salud para esta clase. En cuanto a la clase media no propietaria, empeora su estado de salud en

los problemas de HTA, varices, asma, bronquitis, diabetes, molestias urinarias, colesterol, cataratas y depresión, aunque no de forma significativa, es decir mantiene los porcentajes por debajo de los que le corresponderían.

Mientras que las alergias, el restricción y las hemorroides sí los padece significativamente y suponen el 16% de los problemas revisados en el 2002. En cuanto a la clase media propietaria, ésta ha sufrido una pérdida de salud considerable, ya que por una parte aumenta el porcentaje de población afectada por HTA, varices, asma, bronquitis, diabetes, molestias urinarias, colesterol elevado, cataratas y depresión.

El análisis de los resultados al considerar los estilos y modos de vida relacionados con la posición de clase permite comprender en buena medida el por qué presentan, por ejemplo, más problemas cardiovasculares (ver cuadros adjuntos) las personas integrantes de la clase media propietaria si se tiene en cuenta las condiciones de trabajo y el estrés que padecen ante la incertidumbre de un mercado fluctuante que cambia rápidamente y la autoexigencia a la que se someten, relacionada con las di-



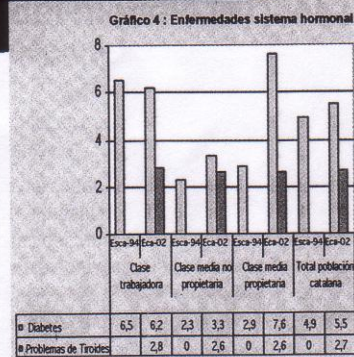
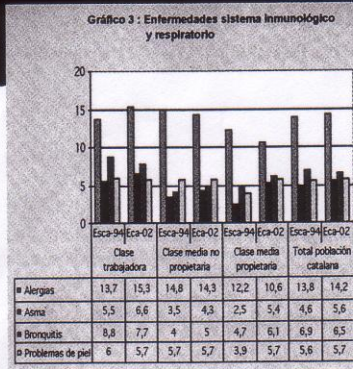
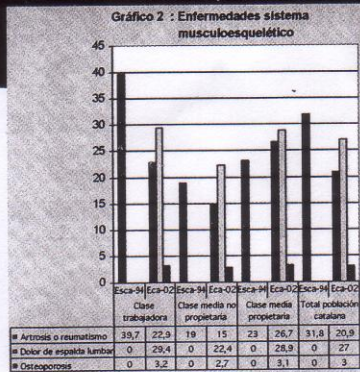
ficultades para mantener la pequeña y mediana empresa en la era de la globalización. O bien aproximarnos a las razones por las cuales la clase social con mejores indicadores es la clase media no propietaria, mejor informada y formada, que no padece en general la incertidumbre a la que se ven sometidas por distintos motivos la clase trabajadora y la media propietaria.

En cuanto a la clase trabajadora, a pesar de la mejora de su situación, mantiene mayor grado de problemas y los que no han mejorado se relacionan con la alimentación y las situaciones que afectan a la salud mental, junto con consumos y condiciones del hábitat que se relacionen con el asma.

**Cuadro 3. Categorías ocupacionales por tipología de clase media propietaria**

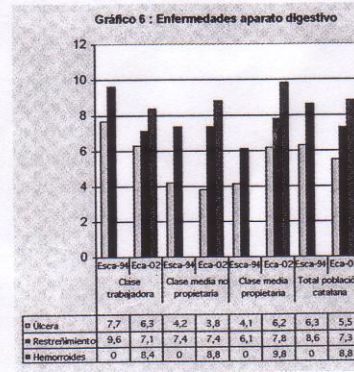
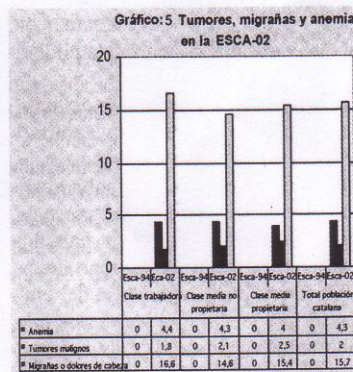
CLASE MEDIA PROPIETARIA CATEGORÍAS OCUPACIONALES	CARACTERÍSTICAS
Trabajan por cuenta propia	En el caso de los empresarios, trabajan por cuenta propia, tienen la propiedad de los medios de producción a la que le suman el trabajo de los empleados.
Empresario o autónomo con asalariados	Se identifica el trabajo familiar en la pequeña empresa, para enfrentar la incertidumbre del mercado pueden utilizar la desregulación laboral y la economía sumergida junto con el papel de la/s mujer/es (de la familia) en el negocio, no reconocido contractualmente y en general no remunerado directamente en términos de salario. Las costumbres y relaciones familiares son tradicionales, se identifica cohesión familiar y transmisión patrimonial de la herencia. Posiciones defensivas en el mercado laboral. Nivel educativo menos intenso como movilidad social. Contrarios al desarrollo del sector público. Políticamente conservadores. Recela del sector público que se alimenta de impuestos. Económicamente inestable (problemas de rentabilidad). Valores de defensa del estatus de grupo, enfatizan la diferencia con la clase trabajadora. No son universalistas.
Empresario o autónomo sin asalariados	Actitudes victimistas y de vulnerabilidad ante el gran capital. Escaso protagonismo público, ingresos por debajo de los profesionales y técnicos. Largas jornadas laborales, empresa propia, comercios... Mantienen el legado precapitalista de producción. Prácticas ocio: consumo regular de alcohol, vacaciones familiares en grupos, gusto por la comedia musical, el gran espectáculo, preferencia por la comodidad y tradición en el mobiliario. Gusto modesto, sabe sacrificar los apetitos y placeres inmediatos a los deseos y satisfacciones futuras. Voluntad de acumulación. La categoría de autónomos, sin trabajadores a su cargo, puede utilizar la economía sumergida como comodín que le permite flexibilizar la producción. Son vulnerables a los cambios en el mercado de trabajo, su calificación se desvaloriza con el tiempo y corren el riesgo de proletarizarse. Largas jornadas laborales, autoexplotación. La incertidumbre, el victimismo y la competitividad ante las reglas del mercado y las posiciones defensivas favorecen el estrés. Potencial pérdida de estatus y movilidad social descendente.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Metropolitana de Barcelona (1990) y la Encuesta Panel (F.Bofill-2000).



A modo de conclusión se puede considerar que ha mejorado la salud de la población en general, si se tiene en cuenta la morbilidad expresada en las encuestas, lo cual en principio es muestra de la equidad del sistema. Ahora bien, si se observan por clase social, estos resultados indican una interesante y desigual distribución que mantiene a la clase trabajadora con menos «salud» que las clases medias, a pesar de las mejoras que probablemente haya aportado la reforma de la Atención Primaria y además informan de los cambios en la distribución de las desigualdades que afectan a la clase media propietaria, que va acercándose e incluso en algunos casos supera los indicadores negativos que muestra la clase trabajadora.

Es importante tener en cuenta que este tipo de información, junto con los demás ejes de desigualdad (género, edad, origen geográfico y territorio) debería ser imprescindible para diseñar la planificación sanitaria y huir de planteamientos que presentan criterios a partir de ratios de población y grupos de edad (infancia/adultos) como máximo criterio social, ya que se ignoran las desigualdades sociales y los objetivos se dirigen a la población general, estandarizada y delimitada exclusivamente por el estilo de vida, su libre albedrío. Esta estrategia reduce la posibilidad de adecuar la planificación a las necesidades, ya que estas últimas se fragmentan y diluyen en el marco de la población general, por lo tanto la consecuencia se observa en las desigualdades de salud que se modifican pero no consiguen reducir igualmente los problemas de salud. ■



#### Bibliografía

- (1) Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C, de Mateo S, Alonso I. «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.
- (2) Alvarez Dardet C, Alonso J, Domingo A, y Regidor E. *La medición de clase social en salud*. Barcelona: SG Editores, 1995.
- (3) Borrell C. *Les desigualtats socials en la Salut*. Documents, Ajuntament de Barcelona: 1996.
- (4) Benach, J. «Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1989-94)». *Gaceta Sanitaria* 1995; 49 (Vol 9):251-264.
- (4) Navarro V. y Benach, J. (1996), «Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España» en *Revista Española de Salud Pública*, vol 70. nº 5-6. Sep./dic pp.503-599.
- (5) Borrell C. y Benach J. (coordinadors). Informe CAPS-Fundació Jaime Bofill: *Les desigualtats de salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània; 2003.
- (6) Domingo A, Marcos J. «Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación». *Gac Sanit* 1989; 3:320-326.
- (7) Rodríguez, J.A. *El Reparto del Bienestar, Salud y Desigualdad Social en España*. Madrid, Teide, 1987.
- (8) Sánchez C. *La definició dels grups socials a la Regió Metropolitana de Barcelona. Un problema teòric i metodològic*. Tesis Doctoral. Publicacions de la UAB, 1995
- (9) Subirats M, Sánchez C, Domínguez M.: Grups y classes socials a la Regió Metropolitana de Barcelona. Enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona 1990. Condicions de vida y habits de la població. Vol. 4, Informe general. Direcció general: Marina Subirats, direcció metodològica: Carlos Lozares. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1992.
- (10) Mckeown T. *Los orígenes de las enfermedades humanas (2ª)* Barcelona: Crítica, 1990.
- (11) Breilh J. *Epidemiología Social*. Buenos Aires, 2000.
- (12) Illich I. *Nemesis Médica*. 3ª ed. México: Joaquín Mortiz/Planeta; 1987.
- (13) Borràs V. *El Consumo, un análisis sociológico*. Rubí: Cedecs Editorial S.L.; 1998.
- (14) Galbraith JK. *La cultura de la satisfacción*. Barcelona: Ariel, 1992.
- (15) Rothman KJ. *Epidemiología Moderna*. Madrid: Díaz de Santos, 1987: 29.
- (16) Cockerham W. *Sociología de la Medicina*. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación, S.A., 2002.