

Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España

Enrique Regidor / David Martínez / Paloma Astasio / Paloma Ortega / María E. Calle / Vicente Domínguez
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

(Trends in socioeconomic inequalities and self-perceived health in Spain)

Resumen

Objetivo: Estudiar la evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades socioeconómicas en la percepción subjetiva de la salud en España entre 1987 y 2001.

Métodos: Se han estimado la distribución del nivel de estudios y de la renta per cápita provincial, así como las diferencias en la percepción de la salud según el nivel de estudios y según la renta per cápita provincial en cada período.

Resultados: El porcentaje de población que había completado estudios de segundo grado o superiores fue mayor, y la desigualdad en la renta per cápita provincial fue menor en el año 2001 que en 1987. En líneas generales, las diferencias en la percepción de la salud como según el nivel de estudios y la renta per cápita provincial fueron mayores en 2001 que en 1987, en términos relativos y absolutos. En cambio, cuando se tuvo en cuenta el efecto de la correlación residual dentro de las provincias en el resultado, las diferencias según la renta per cápita provincial fueron menores en 2001 que en 1987.

Conclusión: La redistribución de los recursos socioeconómicos básicos consigue una mayor justicia social, pero probablemente no siempre consigan reducir las desigualdades en salud.

Palabras clave: Desigualdades en salud. Estudios. Renta per cápita. Autopercepción de la salud.

Abstract

Objective: To study the evolution of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain between from 1987 to 2001.

Methods: We estimated the distributions of educational level and per capita provincial income and the differences of less-than-good self-assessed health according education level and per capita provincial in both periods.

Results: The percentage of the population that had completed secondary education was greater, and inequality in per capita provincial income was lower, in 2001 than in 1987. In general terms, the differences in suboptimal (less-than-good) self-perceived health by education and by provincial income were greater in 2001 than in 1987, in both absolute and relative terms. However, when the potential within-province correlation in outcomes was taken into account, the differences according provincial income were lower in 1987 than in 2001.

Conclusions: The redistribution of socioeconomic resources achieves greater social justice, but probably does not lead to reduced health inequalities in all cases.

Key words: Health inequalities. Education. Per capital income. Self-perceived health.

Introducción

Las recomendaciones más frecuentes en las propuestas realizadas para la disminución de las desigualdades socioeconómicas en salud son las que se dirigen a los determinantes socioeconómicos de la salud¹⁻⁵. Se asume que el aumento de la salud

de las personas o de las áreas que están en una situación de desventaja socioeconómica se conseguirá mediante intervenciones sociales y económicas que logren la mejora de sus condiciones materiales.

No obstante, en pocas ocasiones se han llevado a cabo una evaluación de este tipo de intervenciones. Sirva, como ejemplo, el encargo que el Ministerio de Salud de Inglaterra y Gales hizo a un grupo de expertos en 1997, con el objeto de que formularan recomendaciones sobre el tipo de intervenciones más adecuadas que deberían llevarse a cabo para disminuir las desigualdades respecto a la salud entre los distintos grupos sociales³. Una tarea que podría enmarcarse dentro de una cultura de políticas sociales y de salud pública, basadas en pruebas experimentales, en línea con los principios del movimiento de la medicina basada en la evidencia⁶. Sin embargo, después de varios meses de trabajo, el grupo comprobó la ausencia de eviden-

Correspondencia: Dr. Enrique Regidor.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: enriquegidor@hotmail.com

Recibido: 15 de junio de 2005.

Aceptado: 5 de octubre de 2005.

La versión en inglés de este artículo está disponible en edición impresa y electrónica de GACETA SANITARIA (www.doyma.es/gs).

cia empírica acerca de la efectividad de este tipo de intervenciones⁷.

Algunos autores han advertido la ausencia de fundamento en el planteamiento de estudios aleatorizados, controlados, en determinadas intervenciones, como pueden ser la implantación de una política fiscal para la redistribución de la renta o el establecimiento de una política económica para disminuir el paro^{8,9}. En su opinión, la realización de estudios o «experimentos naturales» que observan lo que sucede en una población antes y después de la introducción de una intervención puede aportar evidencias razonables acerca de su impacto sobre la disminución de las desigualdades socioeconómicas en salud, aunque este no sea su objetivo primario.

Ésta es la estrategia seguida en el estudio, en el que estimamos desigualdades en la percepción subjetiva de la salud en España según el nivel de estudios de los individuos y según la renta per cápita de la provincia de residencia, a mediados de los ochenta y alrededor del año 2000, un período de 3 lustros caracterizado por importantes inversiones sociales y económicas.

Métodos

Fuente de datos

En este estudio de naturaleza transversal en dos períodos se ha utilizado la información proporcionada por las encuestas nacionales de salud de 1987 y 2001, realizadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y cuya tasa de no respuesta fue del 10 y el 15%, respectivamente. El ámbito muestral fue la población residente en el Estado español, excepto Ceuta y Melilla, que no fueron incluidas en la muestra de 1987. El muestreo fue polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de municipios y secciones censales de forma aleatoria proporcional y selección de los individuos por cuotas de edad y sexo. A cada individuo de la muestra se le asignó un coeficiente de ponderación que fue utilizado en las estimaciones. El estudio se ha restringido a la población de 20-74 años de edad. Las personas mayores de esa edad no fueron incluidas porque en las encuestas de salud se excluyó de la muestra a los individuos institucionalizados y la probabilidad de estar institucionalizado es relativamente alta en los mayores de 74 años. Los entrevistados más jóvenes fueron excluidos porque no habían completado su período de estudios.

Medidas de salud e indicadores socioeconómicos

La percepción subjetiva de salud se ha agrupado en buena –si los entrevistados respondían «bueno» o

«muy bueno» a pregunta sobre autovaloración de su estado de salud– y no buena –si los entrevistados respondían «regular», «malo» o «muy malo»–. En las encuestas de salud se preguntó por el máximo nivel de estudios completado por el entrevistado y, a partir de las respuestas, el nivel de estudios se ha agrupado en 5 categorías: sin estudios (no sabe leer ni escribir, algunos años de estudios primarios), primer grado (antigua enseñanza primaria completa, 5 años de la educación general básica [EGB]), segundo grado, primer ciclo (bachiller elemental, EGB, graduado escolar, formación profesional I), segundo grado, segundo ciclo (bachillerato superior, BUP, COU o PREU, formación profesional II) y tercer grado (diplomados universitarios, arquitectos o ingeniero técnicos, licenciados, arquitectos e ingenieros superiores). La información sobre renta per cápita provincial procede de las estimaciones realizadas por Eurostat para los años 1987 y 2000 (último dato disponible a fecha de realización de estudio). Después de asignar a cada provincia su valor de renta per cápita, las provincias se han agrupado en cuartiles. En el cuartil 1 se encuentran las que presentan menor nivel de renta y en el cuartil 4 las que poseen el nivel de renta más alto. Posteriormente, a cada entrevistado se le asignó a un cuartil de renta per cápita según su provincia de residencia.

Análisis estadístico

En cada año se estimó el porcentaje de población, ajustado por edad, que consideraba que su salud no era buena, según el nivel de estudios y según la renta per cápita. Se utilizó como población estándar la distribución por edad de la muestra de 2001. Posteriormente, la magnitud de las desigualdades en salud en cada período se estimó mediante la asociación entre cada variable socioeconómica y la percepción subjetiva del estado de salud. Además, con el objeto de evitar la distorsión en la interpretación de los resultados a la hora de comparar categorías extremas, esa asociación también se calculó con las variables socioeconómicas agrupadas en dos categorías. Se calcularon las medidas de asociación ajustadas por edad basadas en las diferencias absolutas y relativas (razones). En todos los casos la estimación de la asociación se realizó mediante regresión binomial. Se ha tenido en cuenta la posible correlación residual dentro de las provincias en los resultados y, por ello, también se han estimado *odds ratio* (OR) mediante modelos logit multinivel, en los que se ha incluido un efecto aleatorio de la intersección en el origen para cada provincia, y el nivel de estudios de los individuos como factor de confusión. El programa utilizado (procedimiento macro GLIMMIX de SAS) sólo modeliza la función logit en el análisis multinivel de coeficientes aleatorios cuando la variable re-

Tabla 1. Porcentaje de población que considera que su estado de salud no es bueno y diferencias absolutas y relativas de porcentajes según el nivel de estudios

	Hombres			Mujeres		
	1987	2001	Incremento	1987	2001	Incremento
Porcentaje^a (tamaño de la muestra)						
Sin estudios	33,9 (3.249)	37,6 (782)	3,7	41,8 (4.981)	51,1 (1.217)	9,3
Primer grado	26,3 (4.087)	30,4 (2.011)	4,1	32,7 (4.400)	35,9 (2.418)	3,2
Segundo grado, primer ciclo	23,0 (1.802)	23,3 (2.542)	0,3	28,5 (1.383)	28,8 (2.743)	0,3
Segundo grado, segundo ciclo	21,3 (1.000)	17,5 (1.920)	-3,8	22,4 (946)	26,3 (1.604)	3,9
Tercer grado	17,6 (1.698)	12,8 (1.365)	-4,8	21,9 (1.225)	21,0 (1.274)	-0,9
Diferencias absolutas^a						
Diferencia de porcentajes (IC del 95%)						
Sin estudios frente a tercer grado	9,5 (6,3-13,2)	17,2 (12,1-23,2)	-	13,7 (9,8-18,2)	18,8 (13,4-25,1)	-
Estudios bajos frente a estudios altos ^b	4,3 (2,7-6,1)	6,7 (4,8-9,1)	-	9,6 (7,1-12,3)	8,5 (6,2-10,9)	-
Diferencias relativas^a						
Razón de porcentajes (IC del 95%)						
Sin estudios frente a tercer grado	1,87 (1,65-2,11)	2,86 (2,41-3,39)	-	1,92 (1,68-2,18)	2,53 (2,19-2,92)	-
Estudios bajos frente a estudios altos ^b	1,51 (1,31-1,73)	2,60 (2,15-3,16)	-	1,55 (1,41-1,71)	1,43 (1,32-1,56)	-

IC: Intervalo de confianza.

^aAdjustadas por edad. ^bSin estudios, estudios primarios y estudios de segundo grado segundo ciclo (estudios bajos) frente a estudios de segundo grado segundo ciclo y estudios de tercer grado (estudios altos).

sultado es binaria; por ello, los resultados de este análisis se muestran como OR en lugar de cómo razones de prevalencia. Todos los análisis se han realizado por separado en hombres y mujeres.

Resultados

El número de sujetos analizados en 1987 y 2001 fue de 24.771 y 14.271, respectivamente. El porcentaje de población de 20-74 años sin estudios descendió desde el 33,2% en 1987 al 11,1% en 2001, mientras que el porcentaje de población con estudios de segundo grado, segundo ciclo y superiores se incrementó desde el 19,6 al 34,4%. Entre el primer y el segundo período aumentó la renta per cápita en todas las provincias, al mismo tiempo que disminuyó la desigualdad en de distribución: la razón entre las rentas per cápita provinciales máxima y mínima pasó de 2,90 a 2,27, y el coeficiente de variación descendió de 0,24 a 0,21.

El porcentaje de entrevistados que consideraba que su estado de salud no era bueno fue menor en 2001 que en 1987: el 22,6 frente al 26,5% en hombres y el 32,1 frente al 35,1% en mujeres, respectivamente. En ambos períodos, el porcentaje de entrevistados que declaraba que su estado de salud no era bueno fue más alto en los individuos sin estudios que en los individuos con estudios de tercer grado (tabla 1). En los hombres, las diferencias absolutas y relativas fueron más altas

en 2001 que en 1987. En las mujeres, las diferencias absolutas y relativas que comparaban los grupos extremos fueron más altas en 2001 que en 1987; en cambio, cuando el nivel de estudios se agrupó en dos categorías, esas diferencias fueron menores en el segundo período que en el primero.

El cuartil de renta per cápita más baja presentaba el porcentaje más alto de entrevistados que declaraba que su estado de salud no era bueno, excepto en hombres en el primer período (tabla 2). Las diferencias absolutas y relativas basadas en las diferencias y en la razón de porcentajes fueron más altas en 2001 que en 1987. En cambio, cuando se tuvo en cuenta el efecto de la correlación residual dentro de las provincias en el resultado, las diferencias relativas estimadas mediante OR fueron menores en 2001 que en 1987.

Discusión

Las investigaciones que han mostrado simultáneamente la evolución de las desigualdades socioeconómicas y en salud son escasas. Quizá la excepción sea un estudio realizado en Holanda, donde se observó un incremento en las desigualdades en la percepción subjetiva de la salud según el nivel de estudios, tanto absolutas como relativas, en las últimas dos décadas del siglo xx, junto a un aumento en el nivel de estudios de la población¹⁰. También se ha observado un aumento en las desigualdades relativas en la percepción subje-

Tabla 2. Porcentaje de población que considera que su estado de salud no es bueno y diferencias absolutas y relativas de porcentajes según el cuartil de renta per cápita de la provincia de residencia

	Hombres			Mujeres		
	1987	2001	Incremento	1987	2001	Incremento
Porcentaje ^a (tamaño de la muestra)						
Cuartil 1 (menor renta)	28,4 (2.650)	24,2 (2.197)	-4,2	36,5 (2.905)	36,1 (2.408)	-0,4
Cuartil 2	29,9 (2.223)	25,8 (1.707)	-4,1	38,3 (2.469)	31,7 (1.785)	-6,6
Cuartil 3	25,4 (3.709)	22,3 (1.384)	-3,1	32,6 (4.019)	29,2 (1.430)	-3,4
Cuartil 4 (mayor renta)	25,4 (3.253)	20,3 (3.360)	-5,1	34,3 (3.543)	30,7 (3.605)	-3,6
Diferencias absolutas ^a						
Diferencia de porcentajes (IC del 95%)						
Cuartil 1 frente a cuartil 4	3,6 (1,4-6,0)	4,7 (2,5-7,1)	-	3,5 (1,4-5,8)	6,3 (3,9-8,8)	-
Cuartiles 1+2 frente a cuartiles 3+4	4,4 (2,8-6,0)	5,1 (3,3-7,1)	-	4,7 (3,1-6,3)	4,9 (2,5-6,3)	-
Diferencias relativas ^a						
Razón de porcentajes (IC del 95%)						
Cuartil 1 frente a cuartil 4	1,14 (1,06-1,23)	1,22 (1,12-1,34)	-	1,10 (1,04-1,16)	1,19 (1,12-1,27)	-
Cuartiles 1+2 frente a cuartiles 3+4	1,17 (1,11-1,23)	1,24 (1,15-1,32)	-	1,13 (1,09-1,18)	1,13 (1,08-1,19)	-
Odds ratio ajustada por estudios (IC del 95%) ^b						
Cuartil 1 frente a cuartil 4	1,38 (1,14-1,67)	1,11 (0,84-1,47)	-	1,36 (1,09-1,71)	1,37 (1,06-1,76)	-
Cuartiles 1+2 frente a cuartiles 3+4	1,37 (1,19-1,57)	1,25 (1,02-1,54)	-	1,36 (1,15-1,60)	1,29 (1,07-1,56)	-

IC: Intervalo de confianza.

^aAjustadas por edad. ^bLa posible correlación dentro de las provincias en el resultado se tuvo en cuenta mediante la estimación de modelos logit multinivel, en los que se incluyó un efecto aleatorio de la intersección en el origen para cada provincia.

tiva de la salud¹¹ y en la mortalidad¹² según el nivel de estudios en los países desarrollados en las últimas décadas del siglo xx, a pesar del aumento en el nivel de medio de estudios de la población.

En líneas generales, esos hallazgos se deben a una disminución de percepción negativa de la salud o de la mortalidad en el conjunto de la población, pero la magnitud de ese descenso es mayor en los sujetos de con nivel de estudios alto¹¹⁻¹³. Algo similar se ha observado en este trabajo. Las diferencias según el nivel de estudios en el porcentaje de hombres que consideran que su estado de salud no era bueno fueron mayores en 2001 que en 1987. Esto se debió al aumento de ese porcentaje entre los hombres con nivel de estudios bajo y a su descenso entre los hombres con nivel de estudios alto. En las mujeres las categorías extremas del nivel de estudios experimentaron la misma tendencia que los hombres, y las diferencias de porcentajes cuando se comparó esas categorías fueron mayores en 2001 que en 1987.

El aumento en las desigualdades en salud puede deberse a que el nivel de estudios bajo en un individuo al inicio del siglo xxi refleja, muy probablemente, las condiciones ambientales más adversas que en 1987, lo que le han impedido beneficiarse de las oportunidades de formación profesional y educativa que se han ofrecido en las últimas dos décadas de siglo xx. A ello hay que añadir las mayores facilidades de los individuos con nivel de estudios alto para adquirir una serie

de recursos económicos y sociales —poder, prestigio, riqueza y bienestar material, relaciones sociales, etc.—, que les permite protegerse frente a la enfermedad, evitar riesgos y minimizar las consecuencias negativas de éstos para la salud¹⁴. La excepción en nuestros hallazgos han sido las mujeres con estudios de segundo grado y segundo ciclo, ya que el porcentaje que consideraba que su estado de salud no era bueno fue mayor en 2001 que en 1987. La monitorización del estado de salud según el nivel de estudios puede ayudar a determinar en el futuro las razones de este resultado.

En las últimas dos décadas del siglo xx se produjo un acercamiento de la renta per cápita de las regiones españolas a la media de la Unión Europea, junto a una disminución en la desigualdad regional de la renta¹⁵. A pesar de ello, en el año 2001, el porcentaje de personas que consideraban que su estado de salud no era bueno fue más alto en las provincias con menor renta per cápita. Las diferencias en este porcentaje según la renta per cápita aumentaron en 2001 con respecto a 1987, aunque ese incremento en la mayoría de los casos se debió al nivel de estudios de los residentes, ya que las estimaciones que tuvieron en cuenta la correlación residual dentro de las provincias disminuyeron en 2001 con respecto a 1987, excepto en mujeres cuando se compararon los cuartiles extremos. Esto se debe a que, entre el primer y el segundo período, el porcentaje de población con estudios de segundo grado, segundo ciclo

y superiores creció en mayor proporción en las provincias más ricas respecto a las más pobres.

En la interpretación de los resultados no se ha tenido en cuenta si las estimaciones de 1987 y 2001 difieren desde el punto de vista de la significación estadística. Excepto en las estimaciones según el nivel de estudios en hombres y en la razón de porcentajes entre las mujeres sin estudios y las mujeres con estudios de tercer grado, en el resto de los casos los intervalos de confianza de las estimaciones de 1987 y 2001 se superpusieron. No obstante, la consistencia de los hallazgos apoya la relevancia de la tendencia en la magnitud de las estimaciones. Por otro lado, al tratarse de un estudio transversal en dos períodos, el aumento de la relación entre las características socioeconómicas de los individuos y la salud podría deberse a que los individuos con peor salud han descendido en la jerarquía social con el transcurso del tiempo. Sin embargo, éste no es el caso de la presente investigación, ya que la característica socioeconómica utilizada es el nivel de estudios y éste permanece estable durante toda la vida. Igualmente, es improbable que el diseño trasversal sea el responsable de la disminución en las desigualdades en la percepción subjetiva de la salud según la renta per cápita, ya que no hay evidencia que los sujetos con peor salud emigren a las provincias más ricas o que los sujetos con mejor salud emigren a las provincias más pobres.

En resumen, nuestros resultados muestran que durante un período de importante desarrollo social y económico en España, el efecto del nivel de estudios sobre la percepción subjetiva de la salud aumentó, mientras que el efecto de la renta per cápita de la provincia de residencia disminuyó. Esos hallazgos sugieren que la redistribución de los recursos socioeconómicos básicos consigue una mayor justicia social, pero probablemente no siempre consigan reducir las desigualdades en salud a pesar de la mejora de la situación socioeconómica y la salud de los que están en peor situación.

Bibliografía

1. Benzeval M, Judge K, Whitehead M. Tackling inequalities in health. An agenda for action. London: King's Fund; 1995.
2. Ben-Shlomo Y, Marmot M. Policy options for managing health inequalities in industrial and post-industrial countries. En: Strickland SS, Shetty PS, editors. Human biology and social inequality. Cambridge: Cambridge University Press; 1998. p. 308-30.
3. Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M, Whitehead M. Independent inquiry into inequalities in health. London: The Stationery Office; 1998.
4. Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The social basis of disparities in health. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health. From ethics to action. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 13-23.
5. Mackenbach JP, Bakker MJ, Sihto M, Diderichsen F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. En: Mackenbach J, Bakker M. Reducing inequalities in health. A European perspective. London: Routledge; 2002. p. 25.
6. Godlee F. The Cochrane Collaboration. *BMJ*. 1994;309:969-70.
7. Macintyre S, Chalmers I, Horton R, Smith R. Using evidence to inform health policy: case study. *BMJ*. 2001;322:222-5.
8. Mackenbach JP, Gunning-Schepers LJ. How should interventions to reduce inequalities in health be valued? *J Epidemiol Community Health*. 1997;51:359-64.
9. Davey Smith, Ebrahim S, Frankel S. How policy informs the evidence. «Evidence based» thinking can lead to debased policy making. *BMJ*. 2001;322:184-5.
10. Dalstra JAA, Kunst AE, Geurts JJM, Frenken FJM, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:927-34.
11. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socio-economic inequalities in self assessed health in ten European countries. *Int J Epidemiol*. 2005;34:295-305.
12. Mackenbach JP, Bos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six European countries. *Int J Epidemiol*. 2003;32:830-7.
13. Drever F, Whitehead M, editors. Health inequalities. Decennial supplement. London: Stationery Office; 1997.
14. Ross CE, Wu C. Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav*. 1996;37:104-20.
15. Fundación BBVA. Renta Nacional de España y su distribución provincial. Año 1995 y avances 1996-1999. Bilbao: Fundación BBVA; 2000.