

¿Se relaciona el nivel de renta de las comunidades autónomas, la desigualdad en su distribución y el riesgo de pobreza, con el nivel de salud?

Is there a relation between the income level of autonomous communities, the inequality in its distribution and the risk of poverty with the level of health?

Roser Pérez-Giménez¹

Resumen: El principal objetivo de este texto es evidenciar las desigualdades en la salud de las Comunidades Autónomas de España, entendiendo la salud como factor conectado a otras peculiaridades como distribución de la renta y la pobreza, vinculándola a los determinantes sociales. A partir del Informe FOESSA del 2006, el estudio constituyó en aplicar la técnica del Cluster Analysis a tres variables estructurales del tipo socioeconómicas relacionándolas con cinco variables de la salud, permitiendo mostrar las desigualdades sobre diferentes ángulos. Las diferencias se centran en el financiamiento y su distribución en gastos sanitarios, en variables relativas a las dimensiones de la salud, como el nacimiento, la mortalidad y la esperanza de vida, el acceso al sistema, la sensibilidad para políticas de reducción de las desigualdades en la salud y todavía en las relaciones entre la pobreza y la salud. Los resultados se agrupan en una tipología que apunta un declive según el cual las CCAA que presentan una mejor posición en relación al nivel de renta, la desigualdad de ingresos y el riesgo de pobreza, también muestran una mejor posición en nivel de salud según las variables analizadas: estatus de la salud, nacimiento y mortalidad.

Palabras clave: Iniquidades en salud; pobreza; riesgo; España.

Introducción

El objetivo principal de este trabajo es dar respuesta al título que lo encabeza. Para ello 1) se describe la evolución histórica del estudio de las desigualdades sociales y su relación con la salud, 2) se señala el papel de la Organización Mundial de la Salud en la definición de las desigualdades en salud, y 3) se destacan las aportaciones paradigmáticas de los determinantes de la salud y del perfil epidemiológico, para incluir definitivamente la estructura social en el estudio de las desigualdades en salud. A continuación, en el apartado 4) el trabajo rastrea los estudios sobre la salud y las desigualdades de la población española; arranca con los Informes Foessa, sigue con las Encuestas de Salud y se detiene en otros estudios sobre las desigualdades en salud por razón de género, edad

¹ Profesora de la Escuela Universitaria Cruz Roja-Terrassa, Miembro del grupo de investigación SAPS-UAB – Universidad Autónoma de Barcelona. E mail: roser@escola.creuroja.org

y origen geográfico. Los estudios sobre las desigualdades en salud entre territorios (CCAA) se sistematizan en el apartado 5), para delimitar el campo de estudio en el que se ubica la investigación empírica así como su oportunidad. El apartado 6), que ocupa la mitad de la extensión de esta investigación, se dedica a contrastar la hipótesis que considera que para los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006 (ECV-06), las CCAA que presentan mejores indicadores socioeconómicos, también presentan mejores indicadores de salud, y a la inversa; con lo que se quiere responder a la pregunta que da título a este trabajo. La estrategia de contrastación utilizada se basa en la configuración de agrupaciones de CCAA mediante un análisis de conglomerados. Después de presentar la metodología, en el apartado de resultados se realiza una primera clasificación de variables socioeconómicas que, hasta ahora, en la literatura no se habían combinado por CA: renta media, índice de Gini y riesgo de pobreza. A continuación se realiza una segunda clasificación de variables de salud muy prolija, ya que, además de las consideradas por la ECV-06 (estado subjetivo, estado objetivo y accesibilidad), se añaden otras como las tasas de morbilidad y mortalidad, lo que también supone una novedad de esta investigación. Finalmente se presenta una tipología de CCAA a partir de las variables socioeconómicas y de salud analizadas y se discuten los resultados. El trabajo se remata con las correspondientes conclusiones.

1. Desigualdades sociales y de salud

La salud se considera uno de los aspectos más importantes de la vida y su alteración limita el desarrollo de la vida cotidiana. Un aspecto importante, es la desigual distribución de los problemas de salud entre las personas de una misma población que comparten similares condiciones de vida. La investigación en este campo, ha buscado las razones de la desigualdad que se observa sistemáticamente en el estudio de las enfermedades (morbilidad) y sus causas (etiología) por lo que ha supuesto y supone un importante reto para la medicina y la epidemiología. Desde el siglo XVIII, son numerosos los análisis que han mostrado como las enfermedades se concentraban en los grupos más pobres de la sociedad. La pobreza y la miseria estaban presentes junto con las enfermedades, en las zonas con más densidad de población bajo la dinámica de la revolución industrial, como puso de manifiesto en el mismo siglo el estudio de Bernardino Ramazzini, quien estudió las enfermedades relacionadas con el trabajo (Martí, 1995), o el de Rudolf Virchow, médico alemán de la misma época, relevante en patología celular, que consideraba la medicina como una ciencia social y abogaba por la mejora de las condiciones de vida de los pobres (Cokerham, 2002). Las condiciones de vida de la población trabajadora seguirán observándose a lo largo del siglo XIX, y los trabajos de Louis Villermé (sobre Francia, 1840), Edwin Chadwick (Reino Unido, 1845), John Griscom (EEUU, 1845), S. Neumann (Alemania, 1847), relacionaron la

enfermedad con la posición social. A nivel español cabe señalar el desarrollo del movimiento higienista impulsado por el catalán Pedro Felipe Monlau (*Elementos de higiene pública*, 1847; *Higiene industrial*, 1856). Así mismo, hasta la segunda guerra mundial destacan los trabajos de A. Grotjahn, M. Mosse, G. Fugendreich, J.A. Ryle o H.G. Sigerist, que ponen de manifiesto la relación entre enfermedad y posición en la estructura social (nivel de ingresos, ocupación, educación, vivienda, alimentación...) de modo que las enfermedades agudas infecciosas como la tuberculosis las padecían en mayor proporción los trabajadores no cualificados y de menores ingresos (Regidor et al., 1994).

El espacio social y de poder que alcanzó el paradigma clínico y la sanidad asistencial, culminó en los años 1950 con la antibioterapia y con los trasplantes en la década siguiente. Pero la dinámica de los sistemas sanitarios en los Estados de Bienestar europeos había seguido una lógica incrementalista que no daba los resultados esperados y los indicadores de salud negativos no mejoraban a pesar del gasto dedicado (Ashton y Seymour, 1990). A pesar de los esfuerzos del modelo biomédico para no aceptar que las enfermedades son el resultado de la interacción del ser humano con su medio social, sino la consecuencia de un agente infeccioso que actuaba *objetivamente*, se ha identificado uno de los patrones de enfermedad más persistente en la investigación sanitaria: las tasas más altas de morbilidad se concentran en los grupos socioeconómicos más bajos. Esto ha llevado a reconocer desde las posiciones oficiales que la pobreza y la falta de recursos no es causa directa de enfermedades, pero es el principal factor determinante de influencias que las originan. Esta idea se reforzó con las conclusiones del Informe Black (Reino Unido, 1984) donde a pesar de que existía un sistema nacional de salud desde 1948, la mortalidad era 2,5 veces más alta en la clase trabajadora, que en el resto de grupos sociales. De manera que se identificaron los factores que determinan el comportamiento en la propia estructura social. Los distintos tipos de conductas son indicadores de otras diferencias entre las clases sociales (Blau, 1985 en Regidor et al. 1994). Así es como emerge con fuerza el concepto de clase social en su relación con las desigualdades en salud. El informe Whitehall, 1984 (en Benach y Borrell, 2003) también describió la existencia de desigualdades en mortalidad cardiovascular en función del nivel socioeconómico, pero añade al análisis que no podían explicarse por el consumo de tabaco, la hipertensión arterial, el nivel de colesterol, la intolerancia a la glucosa, la talla o las enfermedades más prevalentes, apuntando hacia razones relacionadas con las condiciones de vida. Sin embargo, no se trata de un patrón único ya que en los últimos años del siglo XX se observa, de manera constante, una distribución de la salud que amplía las características de la población en cuanto a la desigualdad, considerándola por razón de edad, sexo y grupo étnico (Macintyre, 1986; Syme, 1988; en Regidor, Gutiérrez y Rodríguez, 1994).

En este mismo sentido, Susser (1989) considera que determinadas variables referidas a los individuos como la edad, el sexo o

la historia familiar son tanto variables biológicas como sociales; de manera que la epidemiología, como ciencia que estudia poblaciones humanas, está también íntimamente ligada a la sociedad, con lo cual todo lo relativo a las personas sólo adquiere su verdadero significado en un determinado contexto social. Mackenbach (1993) en la misma línea, señala que determinadas características sociodemográficas como la edad, el sexo o el estado civil, influyen en la salud de los individuos de manera indirecta a través de una serie de factores ligados a la conducta (tabaquismo, consumo de alcohol, dieta), a las condiciones materiales de la vida (nivel de vida, vivienda y ocupación), a las circunstancias relacionadas con el estrés psicosocial y a la adecuada utilización de los servicios sanitarios. Cabe añadir a estos estudios, la importancia que parece tener la desigualdad de renta sobre la salud, ya que en las zonas donde se distribuye de forma más desigual, se identifica mayor mortalidad en los grupos más desfavorecidos y un peor estado de salud percibido.

La variable clase social ha sido debatida y cuestionada como concepto original de la perspectiva marxista, pero actualmente es aceptada y utilizada ampliamente aunque con contenidos clasificatorios y sustantivos distintos. La diferencia radica en que para identificarlas en EEUU han utilizado básicamente los ingresos y los niveles de estudios (Winkleby et al. 1992; Arber 1993; House et al. 1994, Ross y Wu 1996, en Cockerham, 2002), mientras que en el Reino Unido ha sido la ocupación la variable utilizada para identificar la clase social (Marmot, 1996). Sistemáticamente se confirma que las clases bajas siguen mostrando varias desventajas en salud: mayor mortalidad infantil, menor peso en el nacimiento, más enfermedades crónicas, mayor absentismo laboral, menor esperanza de vida y ratios más altos en factores de riesgo como la obesidad y el tabaquismo (Reid, 1998).

Lamentablemente, la heterogeneidad y dificultad de acceso a las fuentes de datos junto con la falta de acuerdo sobre la identificación de clase, ha limitado la interpretación de las desigualdades de salud. Se han considerado variables como el nivel de ingresos y el nivel socioeconómico que, junto con la ocupación y el nivel de estudios se utilizan como aproximación indicativa de la clase social. Además, el tratamiento de la variable clase social es generalmente descriptivo; se aplica la clasificación de la tradición neowberiana ampliamente desarrollada por Goldthorpe (1987), de no considerar la relación con los medios de producción. En este sentido, muchos estudios epidemiológicos no incluyen las relaciones sociales de producción, que permiten observar las jerarquías de poder, status, hábitos y condiciones de vida compartidos que identifican la pertenencia de clase, y que generan procesos de riesgo (protectores o destructores) para la salud de sus miembros. Frente a ello, cabe la alternativa de segmentar las clases medias entre asalariados y no asalariados como hace Wright (1992), y que ha sido aplicado para el caso de las desigualdades de salud en Cataluña por Pérez (2006).

La manifestación más extrema de las desigualdades sociales es la pobreza persistente. La pobreza es un fenómeno estructural, es el resultado de una configuración de instituciones, reglas y recursos, que atribuye peores condiciones de vida a cierto grupo de personas en un momento y en un lugar determinado. No se trata de un fenómeno ni de una opción individual; es el resultado de procesos sociales. Así, los pobres también son pobres de salud, en tanto que recurso que se distribuye desigualmente entre las personas. Sin embargo, está muy extendido el discurso de la responsabilidad personal (Navarro, 2007). Se individualiza el riesgo y se culpabiliza a la víctima; de ese modo, se despolitiza el conflicto respecto a la desigualdad/pobreza, cobra fuerza el discurso diferencia/discriminación, y se individualiza el tratamiento en tanto que *fracasado* social. Ya para Crawford (1977), la ideología de la responsabilidad individual es una forma de control social que considera al individuo como un ser independiente de su entorno, reemplazando la intervención terapéutica por el modelo del comportamiento que continúa atomizando tanto las causas como las soluciones, controlando al individuo desde el sistema sanitario. Donde no llega la terapia farmacológica, llega la psicológica y pedagógica, pero siempre dirigida a la persona aislada. Se trata de que la medicina no pierda el control sobre la salud de las personas, a las que deriva la responsabilidad de su mantenimiento. El sistema funciona, las personas no.

El aspecto más relevante es que el estado de salud depende de la configuración de la estructura social, que genera unos procesos de riesgo que afectan en distinta medida a las personas según cual sea su posición frente a las oportunidades y condiciones de vida. Y hay que tener en cuenta que las desigualdades sociales también se manifiestan a nivel territorial, pues es el contexto físico humanizado en que han vivido y viven las personas. Así, que un territorio sea más rico o más pobre que otro, que entre sus habitantes haya mayor o menor igualdad en la distribución de la renta, que haya mayor o menor riesgo de pobreza, que las comunicaciones terrestres sean mejores o peores, que las autoridades políticas inviertan más o menos en sanidad, que los seguros privados estén más o menos extendidos, que el territorio sea más industrial y urbano o rural, que la población esté más o menos envejecida, concentrada en grandes núcleos o dispersa, que el nivel de estudios sea más o menos alto, territorios que hayan sufrido una mayor o menor inmigración reciente, etc., son elementos que influyen en el estado de salud de las personas, ya que constituyen procesos históricos y marcos de relaciones sociales diferentes y desiguales.

2. La OMS y su papel en la definición de las desigualdades en salud

En la segunda mitad del siglo XX el papel que ha jugado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la definición de los conceptos básicos ha supuesto un gran avance en la comprensión de la salud al reconocer la complejidad de los procesos que la determinan; en

esa línea, el primer objetivo de salud contempla la reducción de las diferencias en salud (OMS, 1987). Si bien no se utiliza la palabra desigualdad sino diferencias en el estado sanitario, se trata de considerar la igualdad en salud como el primer objetivo a conseguir. Pero ante la ambigüedad del término desigualdad que puede incorporar tanto la idea de injusticia como la de diferencias estadísticas con gran diversidad, se elabora el informe Whitehead² que trata de los conceptos y principios de igualdad y salud.

En dicho informe, la OMS define la desigualdad en salud considerada en su dimensión ética y moral, y no, exclusivamente estadística. Ya que para caracterizar una situación como desigual ha de examinarse y juzgarse la causa como injusta, en el contexto de lo que está ocurriendo en el resto de la sociedad (Whitehead, 1990) y los límites se vincularan al gasto sanitario. Si una diferencia es innecesaria, evitable e injusta se trata de desigualdad y por lo tanto, si se considera como meta ideal la igualdad en salud, observaremos los resultados para identificar las desigualdades y operar hacia su reducción. Las herramientas que permiten llegar al bien común en salud, se dirigen a las *opciones de comportamiento* individual porque se considera que pueden estar severamente restringidas las acciones positivas en salud. En el caso de escoger libremente la 'situación de riesgo' la diferencia de salud que se observe no será injusta porque en ello radica el criterio de desigualdad. De esta forma, se indican grados de libertad que matizan el grado de injusticia.

Así, la desigualdad en salud presenta un componente de elección individual, de libre albedrío (estilo de vida y ventaja sanitaria), al que no debe darse respuesta desde las instituciones públicas, ya que forma parte de la parcela de intimidad con el objetivo de enfocar la atención hacia la causalidad fruto de la 'vida insana'. El tema está en considerar hasta qué punto las personas escogen libremente la situación de riesgo, es decir, hasta dónde las opciones de comportamiento respecto de la salud pueden estar severamente restringidas debido a condicionantes o contextos sociales y económicos.

Actualmente, la igualdad en la cobertura de necesidades de algunos derechos sociales (como la salud) se identifica con la igualdad de acceso al sistema sanitario, que se ha mantenido en la mayoría de los países de la órbita del bienestar, pero con una progresiva reducción sustantiva del derecho que hace peligrar incluso cotas de bienestar y salud que se han ido consolidando en las últimas décadas del siglo XX (Navarro, 2004; Adelantado, 2000). El abordaje liberal de la necesidad la encarrila hacia un problema de consumo ligado al libre albedrío, con lo

² Margaret Whitehead, asesora sobre desigualdades de la Oficina Regional de la OMS elaboró, el documento '*Conceptos y principios de igualdad y salud*' preparado por el Programa de Políticas de Salud y Planificación de la OMS, Oficina Regional para Europa, Copenhague, 1990. Este documento fue publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. En su introducción indica que no es un documento técnico sino que intenta plantear el debate alrededor de estos conceptos dentro y fuera del sector sanitario.

cual en los planes de reforma sanitaria los ciudadanos con derechos pasan a ser clientes dando un giro a la relación entre estado y ciudadano. Se pretende incorporar elementos del mercado en una negociación a la baja, en base a necesidades y no a derechos, con la idea de que la responsabilidad de la demanda asistencial recaiga básicamente en el potencial enfermo (paciente, cliente), que el sistema controle cualquier exceso o despilfarro³ y que se ajusten los tratamientos a los problemas de salud definidos y sujetos a procesos de control desde el propio sistema sanitario (de Miguel, 1990; Illich, 1987; Rodríguez, 1987; Benach y Muntaner, 2005).

3. Los determinantes de la salud y el perfil epidemiológico en el estudio de las desigualdades sociales

Los determinantes de la salud

En el último cuarto del siglo XX, el estudio de las desigualdades fortalece su análisis con la aportación de Lalonde (1974) que apuesta por los determinantes o condicionantes de la salud y la enfermedad de los individuos, grupos y colectividades, lo que permitió formular un modelo en el que se ampliaba la causalidad de las enfermedades. Si la definición de salud de la OMS⁴, ya supuso una ruptura importante con las teorías que enfocaban excesivamente en la biología las razones de enfermar, la identificación de los determinantes de la salud (25 años más tarde) y el hecho de que la biología sea uno de ellos y no el único, será fundamental para reforzar los argumentos ecologistas, humanistas, psicológicos y sociológicos. Todos ellos dan cuenta de la emergencia social de la desigualdad y las consecuencias en la multicausalidad de las enfermedades, frente a la teoría bacteriológica de la enfermedad, fundamentada en el contagio microbiológico y verdadera piedra de toque de la medicina más institucionalizada.

El reconocimiento de los aspectos que no eran estrictamente biológicos fue de gran importancia, en un momento que el perfil epidemiológico se modificaba hacia la cronicidad. El envejecimiento de la población pone en evidencia las limitaciones de la terapéutica curativa, frente al aumento de las enfermedades crónicas y de salud mental, que por otra parte se concentran desigual y significativamente entre los grupos que padecen mayores desigualdades sociales.

Los determinantes identifican la interacción entre la *biología humana* (genética, envejecimiento...), el *medio ambiente* en un sentido

³ La referencia a la necesidad de establecer mecanismos de copago derivan de la premisa de que si la sanidad es gratuita la demanda llega a límites injustificables para la necesidad normativa, aunque la necesidad sentida las requiera (Costas Lombardía, nota de prensa: El País, 20-7-04)

⁴ La OMS (1948) definió la salud como '*El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*', definición que será considerada más tarde como excesivamente utópica.

amplio ya que contiene tanto los aspectos de contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural, el *estilo de vida* en referencia a las conductas de salud y el *sistema de asistencia sanitaria* (Salleras, 1991). Estos elementos favorecieron que la relación entre salud y enfermedad, pudiera verse como una serie de procesos de origen diverso: laboral, emotivo, fisiológico, etc., que culminan en dificultades para mantener un buen estado de salud y por lo tanto potenciar en su alteración el desarrollo de enfermedades. Los determinantes que afectan a la salud permiten conocer qué situaciones sociales relacionadas con los modos de vida, producirán cambios en los individuos ya sea en lo singular (considerando su estilo de vida y procesos genotípicos) como en agregados (clases, grupos de edad, género, etnia) (Breilh, 2003). De manera que, el contexto adquiere una importancia clave en el conocimiento de la salud, ya que es el medio en el que ésta se produce y reproduce en una dinámica continua en la que identificamos los procesos que determinarán la salud.

Por lo tanto, resulta incuestionable que un objetivo como la reducción de las desigualdades en salud, debe fundamentarse sobre una importante intervención en las desigualdades sociales, aspecto controvertido y de difícil diagnóstico ya que admite diversas lecturas (antropológicas, historiográficas, sociológicas, económicas, medioambientales, etc.) que indican las condiciones y el estilo de vida. La dinámica social que genera una determinada estructura social que identifica una red de actores, intereses, situaciones y el acceso a los bienes y servicios que produce, debe ser identificada para poder mejorar la salud de los ciudadanos. Esta cuestión no se ha incorporado en los sistemas sanitarios, y en cambio se ha hecho especial énfasis en el estilo de vida, como concepto aplicable a un ciudadano estándar que requiere de reeducación y disciplina para incorporar hábitos sanos.

El perfil epidemiológico

A medida que los costes sanitarios aumentan (años 70-80) se realizan estudios y encuestas que permiten conocer el perfil epidemiológico y los hábitos considerados de riesgo de la población y de esta forma adelantarse a sus efectos con objetivos preventivos. En estos momentos son muchos e importantes los estudios internacionales que, desde el informe Black (1984), han analizado y encontrado grandes diferencias en la salud de las personas, dando fuerza a los argumentos que sostienen la idea de que existen desigualdades en su distribución. Las condiciones de vida de los obreros industriales y las diferencias en mortalidad identifican las desigualdades por posición social, pero progresivamente se han realizado análisis orientados hacia otras desigualdades como las de género, por grupos de edad, origen geográfico y territorio.

El análisis del perfil epidemiológico puede ser leído en términos de distribución total de los problemas o los grupos más afectados por problemas y/o procesos de riesgo con lo cual se amplía la visión clásica

de la salud por edad y sexo hacia los ejes de desigualdad social, con mayor capacidad explicativa de los procesos sociales que configuran los niveles de distribución de la salud. El patrón de enfermedades o perfil epidemiológico se relaciona, desde una perspectiva macro social, con el tipo de sociedad en la que se da, ya que se observan unas características y un modelo particular de enfermar y de morir con el que se identifica cada una de ellas. La relación que se establece entre el tipo de sociedad y los problemas de salud reconocidos permite distinguir entre: (1) la sociedad de cazadores-recolectores, (2) la sociedad pre-industrial y pre-capitalista, y (3) la sociedad industrial-capitalista y post-industrial. En esta clasificación, el modelo actual de sociedad industrial presenta un perfil epidemiológico en el cual la morbilidad propia de las sociedades occidentales se relaciona con el ritmo de crecimiento y explotación de los recursos humanos y ecológicos, que acarrea consecuencias en la salud de los individuos. Para Martí (1995), que incorpora una visión social de las enfermedades, se trataría de las siguientes consecuencias:

1. Enfermedades degenerativas, causadas por la sobrealimentación, falta de ejercicio físico y estrés derivados de la forma de vida: obesidad, diabetes, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, artritis y artrosis. La mortalidad que provocan deriva de problemas cardiovasculares y cerebrovasculares.
2. Enfermedades de neta implicación causal medioambiental. Destacan las alergias y el cáncer, dos patologías en expansión.
3. Los accidentes, laborales y de automóvil.
4. Las enfermedades mentales, neurosis, enfermedades psicósomáticas.
5. Uso y abuso de drogas y fármacos, con mayor o menor grado de dependencia.
6. Las llamadas patologías sociales, como la violencia de género y sexual, malos tratos de los niños y ancianos, delincuencia y trasgresión de 'normas sociales' que implican un peligro de la propia salud y de los demás.

A este perfil se debe añadir la promesa científica, en términos genéticos, que se establece como la panacea de las enfermedades crónico-degenerativas para las cuales la medicina actual no tiene posibilidades de curación. Las enfermedades en general han evolucionado y variado en su composición al ritmo de las sociedades occidentales. Se observan riesgos y cambios procedentes de la riqueza/industrialización que se identifican con la morbilidad derivada de los cambios y las condiciones de vida, en los problemas siguientes: Hipertensión arterial, Obesidad, Diabetes, Problemas Coronarios, Cerebrovasculares, Cálculos biliares, Varices, Estreñimiento, Apendicitis, Enfermedad diverticular, Hemorroides, Cáncer intestinal, de mama, de pulmón y Caries dental (Mckeown, 1990). Se trata de enfermedades fundamentalmente crónicas que señalan el perfil de salud, el perfil epidemiológico tal y como se observa en las encuestas

de los países occidentales. En la misma línea, existe un acuerdo general de que la interpretación subjetiva del individuo en una situación social es el factor que desencadena respuestas fisiológicas (Moss, 1973 en Cokerham, 2002).

Se puede decir que el perfil epidemiológico ha cambiado sustancialmente en los últimos 30 años por diversos factores como el envejecimiento pero también por los cambios sociales que han hecho emerger e identificar espacios donde la diferencia se convierte en desigualdad como el caso del género (la violencia de género sería un buen ejemplo) o la edad, el origen o el territorio donde se viva.

4. Los estudios sobre la salud y las desigualdades de la población española

Los Informes FOESSA realizados desde los años sesenta, y más tarde, los estudios de Duran (1983, 1992), Rodríguez (1987), y de Miguel (1994) entre otros, se pueden considerar como aportaciones desde la sociología que contribuyeron a visualizar con preocupantes datos que también existían desigualdades en la distribución de la salud en España.

Los Informes FOESSA y las desigualdades en salud

En el caso de los informes FOESSA, cabe destacar las conclusiones que retratan el sistema sanitario y la percepción sobre las desigualdades en salud durante tres décadas aproximadamente. En el primer informe (1966) se observa el desarrollo económico de aquel momento que facilitó la financiación del sector sanitario sujeto a cotizaciones, y la creación de infraestructuras (ciudades sanitarias) al margen de las existentes en los territorios, tanto si reunían condiciones de calidad como si estaban obsoletas. Las desigualdades de salud en aquella época se producen en la puerta de entrada, ya que no existe la igualdad de acceso, con diferencias importantes entre provincias de mortalidad y morbilidad. También se constata que los recursos, tanto de infraestructuras como profesionales, están por debajo de las situaciones coetáneas europeas.

En el II informe (1970) se cuestionó la efectividad del sistema sanitario, el incremento en la asistencia y la poca conciencia de 'prevención', incluso se constata que existen desigualdades de género, pero se cree que esto es debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres frente a los hombres. El III informe (1975) amplía los argumentos de la desigualdad al plantear que el desarrollo económico y social del país contribuye a poner en discusión la propia organización sanitaria y relaciona problemas de salud, que define como considera latentes y que provocan problemáticas familiares y sociales, con causas sociales. También reconoce las mejoras en los indicadores de salud (mortalidad y morbilidad) como consecuencia del desarrollo económico y

la mejora de la alimentación en los años anteriores a pesar del alto consumo de alcohol.

Un IV informe (1983), con el nuevo sistema de Seguridad Social implantado, propone mejorar la coordinación de los recursos sanitarios y denuncia las desigualdades urbano-rurales y norte-sur en materia de salud, de una sanidad anclada, aún, en el asistencialismo que no se acaba de creer la necesidad de promover la salud y prevenir la enfermedad. En resumen, el informe reconoce un sistema desorganizado, con desigualdades y fragmentado. En opinión de Miguel (1994) se trata de un informe conservador que reproduce el mito de la falta de educación de la población, sobretodo sanitaria y el del estancamiento demográfico como las razones de la crisis económica del sector y del aumento del consumo en la nueva moral urbano-industrial.

En el V Informe (1994) se repiten los argumentos que indican un mejor estado de salud que de recursos sanitarios. Se mantiene el desequilibrio territorial, relacionado con el grado de desarrollo más que con la distribución de los recursos sanitarios, que genera desigualdades en el acceso, y el proceso de envejecimiento se complica ante la falta de infraestructuras asistenciales. Las mejoras sanitarias que se plantean no sirven para mejorar la red sanitaria sino que acaban reforzando la ingeniería médico científica de los hospitales sin trascendencia en la red primaria. Para compensar la necesidad de diagnóstico que se produce, se desarrollan las consultas externas en los hospitales (con función de diagnóstico y derivación para tratamiento) y al mismo tiempo se saturan los servicios de urgencias. En este sentido, para Miguel (1994) la discriminación del sistema sanitario español reside en la consulta ambulatoria pública *versus* privada, aspecto que la reforma de la atención primaria parece dispuesta a mejorar y no tanto en la utilización de los hospitales públicos o privados. Por otra parte, el sector privado se beneficia del sector público, que sufre un deterioro (la reforma pendiente) que intenta superar con la copia de la estructura organizacional y los objetivos del sector privado. Se trata de un proceso de privatización institucional del sector público al que se ha de añadir la multinacionalización y extensión de los seguros privados.

En conjunto, los informes FOESSA suponen una importante fuente de información para conocer los cambios sociales y sanitarios, las desigualdades en la salud y para descubrir los mitos que subyacen en la sanidad española y que han estado presentes en las orientaciones de la política sanitaria, como por ejemplo, el mito que enfatiza la falta de educación de la población en general como una lacra que impide mejorar la salud de los españoles, o bien, el estancamiento demográfico y por último el consumo abusivo en 'salud' que se interpreta como mala utilización de los servicios, por parte de los ciudadanos, que encarece los costes del sistema.

El estudio de las desigualdades y las encuestas de salud

La democratización y modernización del país junto con la necesidad de planificar y reformar el sistema en consonancia con los modelos sanitarios europeos, impulsa la realización de encuestas y estudios que afinan el perfil epidemiológico y su relación con la posición social. La incorporación de la variable clase social en los estudios epidemiológicos en España se ha hecho de rogar, lo cual es comprensible ya que durante la dictadura, el modelo sanitario no se planteaba la necesidad, ni existía el interés por conocer la distribución de la salud y mucho menos de mencionar siquiera el concepto de clase social (Alvarez Dardet, 1995). Es a partir de los años 80, cuando se realizan las primeras encuestas de salud y estudios en los municipios ya democráticos, mostrando que existen desigualdades en morbilidad y mortalidad por grupos sociales (Alonso y Antó, 1988; Regidor, Gutierrez-Fisac y Rodríguez 1994; Regidor y González, 1989; Segura, 1989; Arias et al., 1993; Borrell y Arias, 1993; Caïs y Moreno, 1992).

Las encuestas siguen patrones similares que pretenden abarcar las dimensiones de la salud, teniendo en cuenta experiencias y modelos internacionales que indican las características del perfil epidemiológico: el estado de salud subjetivo, la morbilidad como salud objetiva, la relación y satisfacción con el sistema sanitario, el consumo de fármacos, las medidas de prevención estandarizadas como las de seguridad vial, la percepción del estado de salud mental como riesgo, el número de ingresos hospitalarios, las condiciones de trabajo en relación a la salud laboral, etc.

El estudio de las desigualdades en salud a partir de las encuestas, ha aportado comprensión sobre la salud de los españoles, corroborando la idea de que las desigualdades entre grupos y clases sociales también afectan a la salud. Subirats y Sánchez (1994), Sánchez (1997) consideran la ocupación como una variable que contribuye a interpretar las desigualdades y muestran que la ocupación y el nivel de ingresos afectan de forma directa e indirecta al estado de la salud de la población, observándose una relación positiva entre ingresos y salud. Rodríguez y de Miguel (1990), Navarro y Benach (1996, 2007), Benach y Amable (2004) también relacionan el nivel de ingresos con la salud; a mayor nivel de ingresos mejor nivel de salud, y a menor nivel de ingresos mayor será el nivel de enfermedad. Los rasgos que caracterizan la salud según las clases sociales identificadas en estos estudios son:

Para la clase media:

- Mayor frecuencia de alergias y percepción de mejor salud
- Mayor nivel de estudios, menor sobrepeso y obesidad
- La restricción de la actividad es menor
- Declaran mejor estado de salud que la clase baja
- Presentan menos frecuentación asistencial.
- El riesgo de fumar se reduce entre 1987-1993

En cuanto a los grupos socioeconómicos identificados como clase baja/trabajadora, las características destacables son las siguientes:

- Peor estado de salud en la autovaloración
- Declaran mayor frecuencia de enfermedades crónicas. Más problemas de salud en general y la percepción de peor salud que se agrava con la edad.
- Mayor frecuencia de enfermedades del corazón, diabetes mellitus, asma, bronquitis crónica e hipertensión.
- Más sobrepeso y obesidad.
- Mayor restricción a la actividad, mayor número de días de incapacidad
- Mayor frecuentación de la visita médica y hospitalización
- Menor utilización de la medicina preventiva
- Aumenta el riesgo de fumar a medida que se baja en la escala social, pero se reduce en las zonas urbanizadas.
- Aumenta el consumo de alcohol a medida que se desciende en la escala social. Mayor consumo en municipios pequeños y con menor renta media

En el Informe de la Sociedad Española de Epidemiología (SESPAS, 1999) se evalúan los objetivos de la Estrategia de Salud para el año 2000 de la OMS en relación a España⁵, y se observa la evolución de las desigualdades a partir de las encuestas y estudios realizados en la década de los noventa. Se confirman los resultados obtenidos en otros países, como los que muestran que la mortalidad (indicador negativo y estándar en los estudios de las desigualdades de salud) es mayor en los trabajadores manuales (clase trabajadora) que en los profesionales y directivos (clases medias) ya que la razón de mortalidad estandarizada ha pasado de un 1,27 a principios de los años 80 a un 1,72 a finales de la década (Regidor, Gutierrez-Fisac, Rodríguez, de Mateo y Alonso, 1995; Lostao y Regidor, 2002) junto con el aumento de las desigualdades en casi todas las enfermedades. Las Encuestas Nacionales de Salud (1987, 1993 y 1995) muestran un gradiente de opiniones que insiste en declarar peor salud a medida que se desciende en la escala social y en las áreas geográficas con menos recursos. La falta de un sistema de monitorización de las magnitudes de las desigualdades impide valorar las causas de estos resultados, por lo tanto, recomiendan valorar la eficiencia a partir de objetivos cuantificables. Para ello aconsejan reducir las desigualdades sin empeorar la salud de los que están mejor, evitar las acciones que favorezcan más a los que ya están mejor, actuar frente a determinantes

⁵ La Sociedad Española de Epidemiología rompe una lanza en la interdisciplinariedad al incorporar los análisis sociológicos y económicos en el estudio de la salud y el sistema sanitario, junto con las valoraciones desde la epidemiología. En el Congreso realizado en Sevilla (1999) se plantea la evaluación de los objetivos de la 'Estrategia de Salud 2000' de la OMS entre los que se encuentra la Equidad en Salud, con la reducción del 25% de las actuales diferencias entre los grupos de cada país.

más generales y establecer objetivos que sean diferentes según las necesidades de las clases sociales, sexos y áreas geográficas (Benach y Urbanos, 2000).

Otros estudios

En España, el estudio de las desigualdades en salud no se ha referido sólo a la estructura de clases, también se han identificado otras desigualdades en relación al tipo de familia, género, origen geográfico, edad y territorio (Navarro, 2004). En España, los estudios realizados que tratan estos aspectos sociales relacionados con la salud, han llegado a interesantes conclusiones que se recogen a continuación.

Las desigualdades en salud por razón de género, identifican tanto la violencia de género como las características del patriarcado en todas las esferas de la acción social y sus consecuencias en la salud de las mujeres, como muestran las estadísticas de mortalidad y morbilidad con problemas de salud, físicos y psicológicos (Artazcoz, 2007; Serrat, 2003; Ruíz, Blanco y Vives-Cases, 2004; Rohlf et al., 2004). La restricción a la actividad es mayor en las mujeres y máxima en las edades centrales, en cambio, las limitaciones más prolongadas son más frecuentes en los varones. Sin olvidar la doble jornada y la doble presencia (Torns, 2004) o la sobrecarga y sus síndromes, resultado de los cuidados informales dirigidos a las personas dependientes o enfermas que recaen fundamentalmente en las mujeres de la familia (Duran, 1983; Borderías, Carrasco y Alemany, 1994). El reciente análisis de Duran (2007) sobre el tiempo de salud, con datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, también muestra peores resultados respecto al tiempo libre en las mujeres que en los hombres y durante más tiempo. El consumo de fármacos es similar y plantea que es la clase social el eje que discrimina mayormente el consumo, es decir, la actividad económica muestra menor consumo en los grupos de mejor nivel socioeconómico. En cuanto al consumo de los servicios médicos son las mujeres las que van más a los servicios sanitarios en todas las edades, duplicándose entre los 45 y 54 años. La accidentabilidad también muestra las diferencias 'ocupacionales' entre hombres y mujeres, ya que ellos padecen los accidentes generalmente en los centros de trabajo mientras ellas los sufren en el domicilio. En otros estudios, se plantean los límites de la biomedicina al mantener 'sesgos de género' que mantienen la invisibilidad de las mujeres en la relación asistencial y que alimentan una jerarquización acrítica de los síntomas y malestares 'femeninos' (Esteban, 2007). A esta situación se añade, en un sentido macrosocial y cultural, la lectura androcéntrica de los valores y parámetros que identifican las funciones biológicas del cuerpo humano, estandarizados a partir de las características fisiológicas del hombre (Valls, 1998, 2001; Delgado, 2000, 2004) y sin tener en cuenta que la especificidad de ser mujer es la normalidad de media humanidad.

También debe considerarse la relación del género con los cuidados de salud, en lo que se identifica desde el análisis feminista como la 'crisis de los cuidados' ante las dificultades para cubrir tareas del cuidado de la salud que se descargaban en el trabajo reproductivo y que en estos momentos es cuestionado sobre todo en las capas medias. Así, como se muestra en el Observatorio de salud de la mujer (2005) considerar las desigualdades en salud ampliando los análisis de género en una población, ha contribuido a desmitificar y denunciar las desigualdades que retroalimentan los problemas de salud (Alvarez-Dardet, 2003).

En cuanto a la *edad* como eje de desigualdad social, se trata en salud a partir de los grupos de edad relacionados con el ciclo vital y los valores asociados a cada etapa de la vida (jerarquía social), también identifican distintos procesos estructurales y generadores o no de salud. Los niños y los ancianos, con alto grado de dependencia de los adultos, son los extremos de una carrera fisiológica contra la dependencia, la muerte y la enfermedad en una sociedad que cada vez presenta una mayor esperanza de vida (Moragas, 1995). Las etapas del ciclo vital están cargadas de indicaciones y valores que dan respuesta por una parte a las necesidades de cuidado en el envejecimiento y por otra a la necesidad de mantener la salud y la vida de los jóvenes, con el fin de reducir la mortalidad prematura en personas con un potencial productivo pleno. De forma que la edad se considera un eje de desigualdad, ya que la pérdida de autonomía y la dependencia dificultan la adaptación a los cambios tanto físicos como de reconocimiento social (Gonzalo y Pasarín, 2004), y que generalmente se presenta asociada también a las desigualdades de género.

Las desigualdades de *origen geográfico* se vinculan a los aspectos étnicos y culturales que junto con la situación económica colocan a los individuos en posiciones sociales con más dificultades y menos posibilidades en sus condiciones de vida. Es decir, se generan impedimentos en la igualdad de oportunidades con consecuencias en la salud. Las características y prácticas culturales, por una parte, y la posición en la estructura social de la comunidad de acogida pueden ser más o menos favorables en el tipo de acogida y las condiciones de vida en que ésta se desarrolle marcaran también las desigualdades en la salud (Jansá y Villalví, 1995). La inmigración que en los últimos años ha aumentado de forma importante en el Estado Español (supone el 12% de la población total), no impone la diversidad de otros países pero incorpora otra incertidumbre en la salud. La población inmigrada (con dificultades de integración económica y cultural) se encuentra inmersa en un proceso estructural y bajo unas condiciones de trabajo que no favorecen su estado de salud. El acceso al sistema sanitario no es siempre directo, si bien se ha facilitado cada vez más la accesibilidad a la visita médica, y los problemas de salud mental destacan como los de mayor incidencia (Jansá y García, 2004). Es uno más de los ejes que se vincula con los demás y marcan no solo la diferencia en el estado de salud sino

un espacio más en la configuración de las desigualdades en salud en la estructura social.

A continuación, de forma más exhaustiva al ser el objeto de nuestra investigación empírica, se van a considerar los estudios que se refieren a las desigualdades de salud entre territorios, entre Comunidades Autónomas.

5. Los estudios sobre desigualdades de salud entre Comunidades Autónomas

La descentralización de las competencias en salud se ha desarrollado en España a lo largo de veinte años (1982-2002). La descentralización supone la gestión de la transferencia por los gobiernos autónomos a partir de la legislación marco y de los recursos económicos derivados de los acuerdos de financiación. La transferencia de la competencia en salud a las CCAA también comporta la potestad de elaborar una legislación propia, así como la posibilidad de destinar recursos propios a las consejerías de sanidad.

Las desigualdades territoriales en salud desde los estudios económicos

Desde la dimensión económica se han observado diferencias que se atribuyen al distinto punto de partida de cada CA al asumir las competencias en salud. Para González y Barber (2006) la necesidad a nivel territorial y el reparto de los recursos van a remolque del comportamiento histórico y la homogeneidad no es una característica entre las CCAA. Las diferencias en financiación y gasto las explican por tradiciones de gasto e inversión, de manera que se mantiene una sanidad pública 'pobre' que no se corresponde con el nivel de desarrollo económico y social de España. En este sentido Navarro (2007) denuncia la decisión política de aceptar las reglas del Tratado de Maastricht, que frenó la inversión social y el gasto sanitario.

La financiación de las CCAA también indica una desigual distribución de las partidas del gasto público sanitario por CCAA, con alta asignación a los recursos hospitalarios y farmacia, en detrimento de la atención primaria y con una aportación en salud pública baja, salvo Cantabria y La Rioja que son las que más invierten en ello (Navarro, 2007). La apuesta desde el sistema sanitario por el modelo biomédico imperante en la tradición asistencial española parece clara, de lo que se puede deducir un nivel elevado de medicalización de la salud con escasa inversión en intervenciones de promoción y prevención, más identificadas en general con la salud comunitaria.

Otro aspecto crítico de la financiación del sistema sanitario son los criterios de asignación territorial, ya que los cambios demográficos debidos al crecimiento del saldo migratorio no se compensan, ni los flujos de pacientes de unas comunidades a otras (González y Barber,

2006; Jiménez, 2007). Estudios como el de Costa-Font y Pons-Novell (2005) también apuntan que la descentralización ha aumentado el gasto sanitario público, en relación a la disponibilidad de 'recursos sanitarios', abriendo una espiral competitiva entre las CCAA más limítrofes que emulan objetivos para alcanzar el máximo de financiación. De forma que se producen desigualdades en el gasto sanitario per cápita, debido a los distintos esfuerzos y a que los recuentos poblacionales no se actualizan suficientemente. El trabajo de Jiménez (2007) con datos de 1995 al 2003, confirma que Andalucía, Cataluña, la C. Valenciana y Madrid reciben menos porcentaje (54,2%) que el que correspondería por población protegida (57,5%). Las transferencias sanitarias también se han utilizado como moneda de cambio en la relación política entre los gobiernos centrales y autonómicos, de manera que se han consolidado compartimentos estancos, sin una planificación integral y racional a partir de necesidades. Un aspecto repetido en diversos estudios es la ausencia de un sistema de información homogéneo, lo que favorece la ausencia de un debate sobre estas dimensiones políticas en la sanidad española (Martín, 2004; Benach, 2004; Navarro, 2007).

Es importante destacar que las variaciones producidas en la financiación por habitante del modelo vigente hasta 2002, han corregido parcialmente algunos déficits iniciales y la desigualdad interregional, pese a incrementarse levemente, no resulta muy acusada (Urbanos, 2004). Y si bien la relación entre gasto y desigualdades en salud presenta dificultades de análisis por los diversos aspectos que incorpora, se ha de tener en cuenta que el gasto sanitario de un país no tiene traducción directa sobre la salud, el acceso o el bienestar en general, y que gastar más no significa gastar mejor (Fisher y Welch, 1999). Lo que se constata es la existencia de un gradiente en las desigualdades en salud, ya que a medida que se desciende en la escala social, tienden a empeorar progresivamente los indicadores de salud y calidad de vida (Benach, 2004). También se observan desigualdades territoriales en la utilización de los servicios, ya sea por parte de la oferta o en el acceso a los servicios por la variabilidad 'injustificada' entre las áreas de salud. Las listas de espera muestran la demora en el acceso al sistema y las CCAA han desarrollado diversos planes para reducirlas aunque sin diferencias significativas. Bien contando con la movilidad geográfica buscando el recurso asistencial incluso de tipo privado, bien fijando el tiempo máximo de espera. Pero continúan siendo uno de los puntos débiles del sistema (González y Barber, 2006).

En otro estudio, de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (2007) se analizan distintos indicadores de Atención Primaria (AP) según el signo político de cada comunidad autónoma. Las comunidades consideradas progresistas, desde esta óptica son: Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura y País Vasco. Las identificadas como conservadoras (no forman parte del gobierno ninguna fuerza política de izquierdas) son: Baleares, Canarias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia,

Navarra y La Rioja. Los resultados muestran que todas las comunidades consideradas progresistas, presentan mejor puntuación en los indicadores observados. Las diferencias identifican mayor masificación en los cupos de los médicos, más limitación en el acceso a las pruebas diagnósticas y en la oferta de servicios de (AP). Otro grupo de diferencias con menor porcentaje, pero que siguen la misma tendencia, corresponden al personal de enfermería por habitante, el aumento del gasto farmacéutico, el gasto *per cápita* en AP y en el porcentaje de personas que opinan que la (AP) ha mejorado.

En el esfuerzo por reducir las desigualdades se ha creado el catálogo de prestaciones básicas, pero al mismo tiempo se ha abierto la posibilidad de ampliar su oferta con cargo a los impuestos especiales que cada comunidad considere. De ahí que la Ley de Cohesión y Calidad (2005) muestra de forma genérica, las prestaciones básicas y comunes y apunta a la responsabilidad financiera de cada CCAA en su incremento. Es decir, se favorece ampliar el catálogo pero no homogéneamente. Andalucía, País Vasco, Cataluña, Navarra y Valencia han añadido mejoras. País Vasco y Navarra cubren la atención dental infantil y se han sumado Cantabria, Castilla-León y Galicia. Andalucía ha financiado los medicamentos excluidos, si son recetados desde el sistema público, e incluso las operaciones de cambio de sexo. Otros aspectos como el derecho a la información de los pacientes y el testamento vital se han ido reconociendo progresivamente si bien en Murcia, Madrid, Galicia, Cantabria, Castilla la Mancha, Ceuta, Baleares, Canarias y La Rioja no se ha desarrollado este aspecto (González y Barber, 2006). Una consecuencia directa es la desigualdad que puede generar entre los españoles el hecho de compartir un mismo derecho constitucional, pero sin poder acceder a determinado recurso que sí se contemple en otra comunidad, incluso limítrofe (Urbanos, 2004). Otro aspecto interesante que puede llevar a un aumento de las desigualdades tanto entre las comunidades como en cada una de ellas, en cuanto a calidad y acceso, es la gran apuesta por la concertación de centros de gestión privada por la autoridad sanitaria pública, que se han ido desarrollando en la última década (Sánchez Bayle, 2006; Pérez, 2006).

Las desigualdades territoriales en salud desde las encuestas de salud y otros estudios

Las desigualdades en salud por Comunidades Autónomas (CCAA) se exploran a partir de las encuestas de salud tanto a nivel de cada comunidad como en las encuestas de salud y las de condiciones de vida realizadas a nivel nacional. Los estudios realizados muestran la distribución de la morbilidad, la mortalidad, la utilización de los servicios, el estado percibido de salud, etc., de forma desigual por CCAA y confirman las desigualdades territoriales en salud, como el trabajo de Navarro (2004) que muestra con datos de 1995 que las clases sociales

más desaventajadas padecen problemas de salud crónicos como el asma, la bronquitis crónica, la hipertensión arterial o la diabetes con mayor frecuencia. Esta situación se confirma con los resultados del 2001 que muestran una salud deficiente en las clases manuales que se observa también entre CCAA.

La distribución de la mortalidad por CCAA como indicador negativo de la salud también muestra una de las mayores consecuencias de la desigualdad social, es decir, una esperanza de vida menor. La estructura de edad y el envejecimiento de la población, con datos del 2003, influyen en la tasa de mortalidad de forma que se distinguen las comunidades menos envejecidas y con tasas más bajas, como Baleares, C. Valenciana, Madrid, Murcia, Canarias y Andalucía, frente a las más envejecidas que son las comunidades forales (Jiménez, 2007).

En relación a la mortalidad, con datos del 2002 se constata una agrupación territorial que presenta a la Comunidad Valenciana, Murcia y algunas zonas de Castilla La Mancha como las más desfavorecidas seguidas de Extremadura y Andalucía. La menor mortalidad la presentan las CCAA de la parte central y norte del país (Rodríguez et al. 2007). La esperanza de vida como indicador positivo de la mortalidad también presenta desigualdades geográficas, si bien se observa una mejoría en todas las CCAA. Las CCAA con mayor esperanza de vida (datos del 2002) son Castilla-León y Navarra, mientras que las CCAA donde se concentran las zonas con menor esperanza de vida son Extremadura, zonas de Andalucía, Canarias y Valencia. En el mismo informe se apunta que la distribución desigual de la esperanza de vida se asocia a la distribución desigual de la riqueza (especialmente en mujeres), e identifica que las CCAA del sur del país con mayores niveles de pobreza y desigualdad de renta presentan menos esperanza de vida al nacer (Rodríguez et al. 2007).

La Encuesta Nacional de Salud de 2003 explora el estado de salud percibido en las CCAA y se observa que las comunidades que presentan peor estado de salud son Canarias, Galicia, y Castilla La Mancha. Frente a las que plantean presentar mejor estado de salud como son Castilla León, Navarra, Aragón y la Comunidad Valenciana y se asocian estas desigualdades a la desigual distribución de la riqueza. Lo más preocupante es la afirmación de que se ha producido un aumento de las desigualdades geográficas en el estado de mala salud entre 1993 y 2003 (Navarro, 2007).

En cuanto a las intervenciones desde las CCAA para reducir las desigualdades en salud, el trabajo de Borrell et al. (2005) analiza los principios y los objetivos incluidos en los planes de salud, llegando a la conclusión de que las comunidades se agrupan por similitud en tres bloques. Un grupo con alta sensibilidad, lo configura el País Vasco que incluye un apartado concreto de desigualdades en salud en sus planes, junto con Galicia y Canarias que no lo especifican a nivel simbólico, pero han desarrollado programas en este sentido. El segundo grupo con sensibilidad media lo forman Andalucía, Aragón, Baleares, La Rioja y la

Comunidad Valenciana. En tercer lugar Castilla La-Mancha, Castilla León, Cataluña, Murcia y Navarra, con una sensibilidad simbólica y operativa baja. Las conclusiones apuntan a la baja sensibilidad y escasa atención por las desigualdades sociales en salud, incluso en el caso de considerarse en los planes su implementación es relativa o nula.

6. ¿Se relaciona el nivel de renta de las CAA, su distribución desigual y el riesgo de pobreza con el nivel de salud?

Los estudios realizados hasta ahora confirman la existencia de desigualdades en salud entre CCAA desde distintos ángulos. Se centran en las diferencias de financiación y asignación del gasto sanitario, o respecto a las dimensiones de la salud, como la morbilidad, la mortalidad y la esperanza de vida, el acceso al sistema, la sensibilidad hacia políticas de reducción de las desigualdades en salud, o las relaciones entre pobreza y salud. En muchos casos sólo se han comparado dos variables, pero el conjunto de investigaciones apunta a que los indicadores de salud de las encuestas analizadas junto con la dimensión económica, vinculan recursos económicos, sociales y sanitarios con estado de salud.

A partir de aquí la cuestión pertinente es dar un paso más en el conocimiento de cómo se asocian las desigualdades socioeconómicas con las desigualdades en salud entre CCAA. En este trabajo se investiga cuál es la situación de las desigualdades de salud a partir de los datos que facilita la encuesta de 2006 sobre las condiciones de vida de la población española (ECV-06), e igualmente se comprueba la posible asociación con las variables socio-económicas agregadas que indican el nivel de renta, la desigualdad en la distribución de los ingresos (índice de Gini) y el riesgo de pobreza de las CCAA. En este sentido se plantea la hipótesis que considera que, para los datos ECV-06, las CCAA que presentan mejores indicadores socioeconómicos, también presentan mejores indicadores de salud, y a la inversa.

Metodología

La estrategia de contrastación aquí utilizada se fundamenta en la configuración de agrupaciones de CCAA; por una parte, en torno a variables socio-económicas y, por otra, en relación a variables de salud. A continuación, se verifica si las estas agrupaciones contienen a las mismas CCAA.

En el proceso seguido para comprobar si los indicadores socioeconómicos y los de salud permiten agrupar a las CCAA en grupos similares, se han seleccionado distintas variables y fuentes de datos.

En primer lugar, las variables estructurales de tipo socioeconómico consideradas son:

- a. La Renta media (neta) por persona y año (por CA), obtenido de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006

- b. La desigualdad de ingresos (índice de Gini por CA) de 2003, extraído de fuentes secundarias⁶
- c. El riesgo de pobreza (por CA), procedente de la ECV-06

En segundo lugar, las variables de salud que se tienen en cuenta son:

- a. El estado de salud Subjetivo, Objetivo y la Accesibilidad al sistema sanitario (por CA) que recoge la ECV-06
- b. Las tasas de Morbilidad (por CA) a partir de la Encuesta Nacional de Salud (2003) ENS-03
- c. Las tasas de Mortalidad (por CA) con datos del INE-2005

El tratamiento estadístico de los datos se ha aplicado con el objetivo de conseguir un conjunto de indicadores que permitan clasificar las CCAA respecto a las variables analizadas.

1) Las variables económicas (ver Tabla 1, columnas 1 y 2 en Resultados) han conservado el formato propio, si bien se ha de tener en cuenta que no se ha podido disponer del índice de Gini a fecha de 2005. El riesgo de pobreza (ver Tabla 1, columna 3) se ha considerado, para el tratamiento de datos, en su aspecto positivo para poder relacionar las variables en el mismo sentido ascendente. Sobre el conjunto de datos correspondiente a los indicadores económicos, se ha realizado un análisis de clasificación por similitudes (*Cluster analysis*) que ha permitido identificar conglomerados o agrupaciones, en tres bloques que discriminan las mejores, medias, y peores posiciones en cuanto al nivel de renta, desigualdad de ingresos y riesgo de pobreza de las comunidades autónomas (ver Cuadro 1 en Resultados).

2) En cuanto a las variables de salud, ha sido igualmente necesario utilizar distintas fuentes de datos ya que a diferencia de otras investigaciones, en esta, además de las variables que recoge la ECV-06, se ha tenido en cuenta la tasa de morbilidad y mortalidad para un tratamiento conjunto. Las variables que se recogen en la ECV-06 son el estado de salud percibido, padecer algún problema crónico de salud, padecer limitaciones o presentar problemas de acceso, con la característica de que presentan varias categorías en las respuestas, de mejor a peor situación. Con el objetivo de conseguir un indicador que unificara las distintas respuestas de cada variable de salud por comunidades, se ha realizado una síntesis de los resultados a partir de la matriz ponderada por individuos. A continuación se ha procedido a reescalar cada nueva variable, en relación a la media española.

En el caso del estado de salud se ha construido una media ponderada que indica la posición de cada CA respecto a la media

⁶ Mas, M; Goerlich, FJ, y Aldás, J (2007): *Consumo de los hogares y distribución de la renta en España (1973-2003). Una perspectiva regional*. Fundación Caixa Galicia. A Coruña.

española. El mismo tratamiento se ha aplicado a la morbilidad (ENS-03), obteniendo un índice sintético que identifica la posición de cada CA respecto a la media nacional. De esta forma se puede observar la distribución de las comunidades que presentan más o menos problemas de salud entre ellas y respecto a la media del conjunto. Finalmente, la tasa de mortalidad (INE-2005) por CCAA se ha mantenido en su unidad original (tanto por mil).

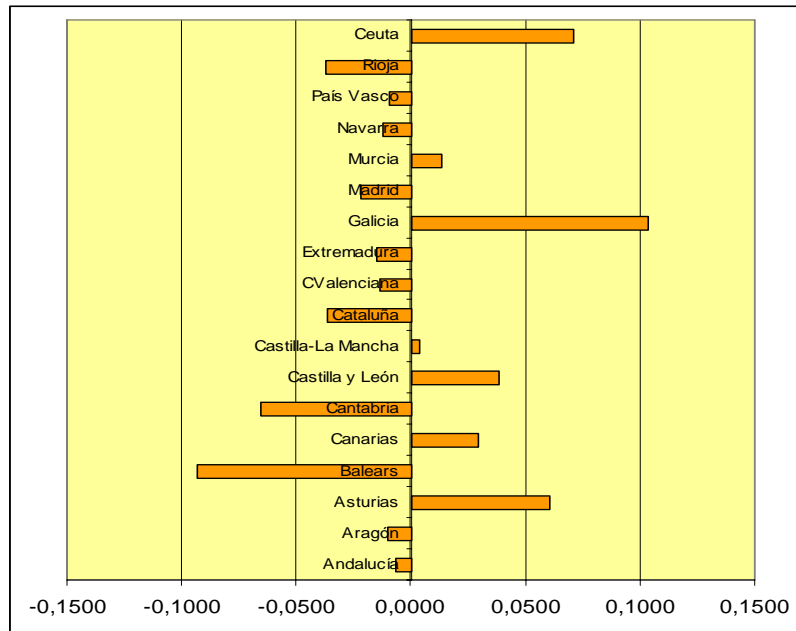
Estas transformaciones permiten construir una matriz agregada cuyas variables son índices del estado de salud subjetivo, estado de salud objetivo (a partir de la incapacidad o enfermedad crónica y las limitaciones por problemas de salud) y problemas de acceso (por imposibilidad de ir al médico y al dentista). La Tabla 1 (ver columnas 5, 6, 7, y 8) expresa la intensidad de las distintas variables de salud respecto de la media española y, dado que se trata de un conjunto de variables de escala, permite realizar un análisis de conglomerados por CCAA que muestre las similitudes de las variables de salud (Ver Cuadro 2 en Resultados).

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) se realizó por primera vez en el año 2004. Es una encuesta panel anual dirigida a los hogares que se realiza en todos los países de la Unión Europea. El objetivo de la encuesta es proporcionar información sobre la renta, el nivel y composición de la pobreza y la exclusión social en España. En la ECV-06 se observa e identifica el estado de salud mediante las siguientes preguntas: (PH010) estado de salud percibido, (PH020) enfermedades crónicas, (PH30) limitaciones para la Actividad de la Vida Diaria, (PH040) dificultades de acudir al médico, (PH060) dificultades para acudir al dentista, y las razones de ello (PH050 y PH070). A continuación, se presentan los resultados de dichas variables y de los índices que se han construido para agrupar las CCAA, e identificar similitudes en relación a la salud.

Estado de salud subjetivo

El Estado de Salud percibido permite conocer en qué medida la población considera su situación respecto a la salud; es un dato subjetivo y sujeto a diversas situaciones no todas vinculadas con el sistema sanitario. Las condiciones de vida, el acceso a los recursos, las limitaciones en la actividad de la vida diaria... subyacen a la apreciación subjetiva del estado de salud, por lo que informa más sobre elementos contextuales que asistenciales. La dimensión subjetiva se observa mediante 5 categorías: estado de salud muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo, a partir de las que se ha construido un índice que muestra entre (-0,15 y +0,15) las posiciones más o menos favorables de las CCAA en relación la media española (0) (ver Tabla 1 columna 4).

Gráfico 1. Estado de salud Subjetivo (CCAA) respecto a la media de España



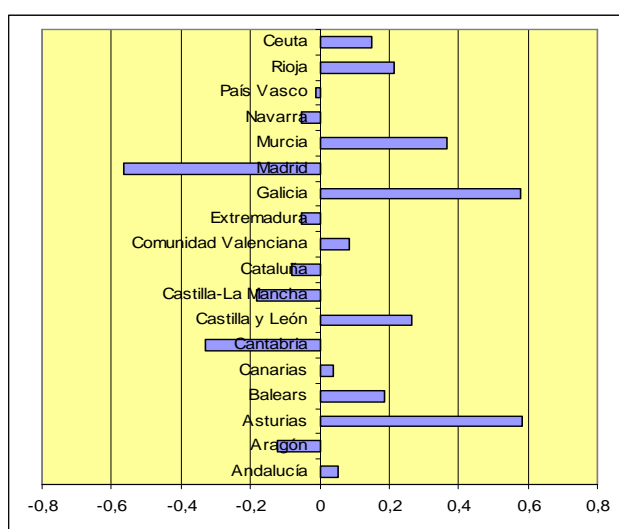
Fuente: Elaboración propia a partir de la CV-06

En el Gráfico 1 se puede observar como destacan, con una apreciación positiva en el estado subjetivo de salud, Baleares y Cantabria seguidas de Cataluña y La Rioja, a cierta distancia Madrid y Aragón, Extremadura y la C. Valenciana como un grupo intermedio en las posiciones favorables. Las comunidades de Andalucía y el País Vasco se acercan al punto medio de la distribución. Galicia que es la que presenta peor estado subjetivo de salud del conjunto. De mejor a peor percepción y por debajo de la media española están Castilla La Mancha, Murcia y Canarias, Castilla León y Asturias, el caso de Ceuta se aproxima a Galicia. El arco mediterráneo salvo Murcia y el norte de la península menos Galicia, junto con Madrid, destacarían por considerar su salud mejor que el resto de las comunidades. Es de destacar, que comunidades como Extremadura y Andalucía con una trayectoria menos favorable han superado la media, situándose en una posición que indica que es posible mejorar la salud de la población y se trataría de qué aspectos estructurales, del desarrollo económico y social así como la intervención de las políticas sociales y sanitarias, se han de tener en cuenta.

Estado de salud objetivo

La ECV-06 plantea dos variables que exploran si se padecen enfermedades crónicas o incapacitantes (PH020) y si se presentan limitaciones en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (PH030). La construcción de un índice que considere ambas variables como un estado 'objetivo', ya que implican la existencia de una mayor o menor problemática de 'salud', ha permitido identificar las posiciones de las CCAA respecto a la media española. En este caso los valores oscilan de -1 a 1, siendo 0 el punto medio de la distribución (ver Tabla 1 columna 5).

Gráfico 2. Estado de salud Objetivo respecto a la media de España



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV-06

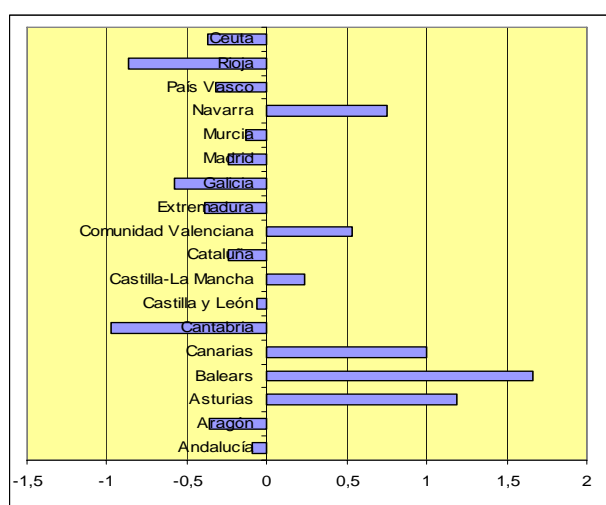
Si se comparan los Gráficos 1 y 2 se observa que coinciden 6 CCAA en el grupo menos favorecido, Asturias, Galicia, las dos Castillas, Murcia, Ceuta, y Canarias, es decir coincidirían en estar en peores posiciones tanto en el estado de salud subjetivo como en las enfermedades crónicas y limitaciones. En cambio, La Rioja, C. Valenciana y Baleares presentan una valoración negativa mayor en las enfermedades crónicas y limitaciones en las AVD que no se confirmaría con el estado de salud que es más favorable.

El acceso a los servicios

El índice de 'acceso a los servicios' se ha construido a partir de dos variables de la dimensión de salud de la ECV-06, la imposibilidad de asistir a la consulta del médico (PH040) y del dentista (PH060). La

distribución entre las CCAA indica que 6 de las 18 comunidades presentan problemas en el acceso a los servicios por encima de la media española, Navarra, C. Valenciana, Castilla La Mancha, Canarias, Baleares y Asturias. Destaca Galicia, comunidad de fuerte componente rural pero que está por debajo de la media en relación al acceso. Las comunidades insulares con mayor dispersión en el territorio de los servicios y algunas zonas rurales como Castilla La Mancha, Asturias y Navarra también presentan dificultades de acceso (ver Tabla 1 columna 5).

Gráfico 3. Problemas de acceso a los servicios.
ECV-06



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV-06

Morbilidad

A partir de los datos de morbilidad de la ENS-03 se analiza la distribución de Problemas o enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por el médico (% por CCAA) (ver Tabla 1 columna 7). Los resultados muestran qué problemas de salud afectan en mayor grado a unas CCAA que a otras y permite agruparlas por similitud de morbilidad según los problemas de salud revisados. Los datos indican que el problema de salud más compartido es la HTA y afecta a 11 CCAA por encima de la media, mientras que en segundo lugar están la diabetes y la depresión que afectan más a 8 CCAA, en tercer lugar la artrosis y problemas de reumatismo están presentes en mayor medida en 7 CCAA junto con las alergias. En cuarto lugar el asma y la bronquitis crónica o enfisema afectan mayormente a 5 CCAA y por último el colesterol elevado se da mayormente en 3 de las 18 CCAA.

Tabla 2. Problemas o enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por el médico (% por CCAA)

CCAA	1	2	3	4	5	6	7	8
Andalucía	-1,54	10,04	7,27	6,01	4,61	4,49	2,11	9,26
Aragón	-0,06	13,53	7,66	4,43	4,48	6,09	2,53	8,17
Asturias	6,14	12,82	7,43	3,17	10,80	7,98	3,85	11,63
Baleares	0,10	10,01	6,30	5,86	7,86	3,81	2,52	9,55
Canarias	1,31	13,37	10,86	5,96	5,14	4,54	2,41	10,55
Cantabria	-5,80	11,79	4,91	3,65	5,03	3,02	1,09	6,29
Castilla-L	0,75	12,86	9,49	4,22	5,31	5,09	2,17	11,65
Castilla-LM	5,72	14,47	9,79	6,31	7,00	6,21	2,37	13,75
Cataluña	-1,45	12,69	8,63	4,85	4,39	5,36	2,14	6,93
C. Valencia	-1,22	13,46	9,93	5,89	4,37	4,51	1,61	9,32
Extremadura	7,18	15,64	9,46	5,90	4,88	6,15	4,26	14,52
Galicia	9,79	16,41	15,44	5,53	10,41	7,43	2,31	15,81
Madrid	-3,68	10,17	8,29	3,68	4,47	4,23	1,22	9,37
Murcia	-1,07	14,66	7,28	4,71	3,78	4,47	2,02	5,59
Navarra	1,04	10,73	7,86	2,74	4,93	5,44	3,09	10,01
País Vasco	-1,31	10,88	8,56	3,96	5,83	4,29	2,39	9,40
La Rioja	-4,03	14,57	9,37	2,87	3,01	3,32	2,63	8,81
Ceuta	-4,94	6,59	3,58	5,97	4,68	3,64	1,96	9,29
Tot España	0,00	12,28	8,91	5,02	5,33	5,03	2,12	9,76

Leyenda:

1. Índice de morbilidad	9. Depresión
2. HT Arterial	10. Otras enfermedades mentales
3. Colesterol elevado	11. Jaquecas, migrañas, dolores de cabeza
4. Diabetes	12. Mala circulación
5. Asma, Bronquitis crónica o enfisema	13. Hernias
6. Enfermedades del corazón	14. Artrosis y problemas reumáticos
7. Úlcera de estómago	15. Osteoporosis
8. Alergia	16. Problemas de período menopáusico, excepto osteoporosis
	17. Problemas de próstata

Tabla 2 (continuación). Problemas o enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por el médico (% por CCAA)

CCAA	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Andalucía	4,26	2,01	2,77	8,57	3,50	16,01	4,82	0,99	2,12
Aragón	3,61	1,37	5,20	10,76	4,49	17,48	3,27	1,97	2,91
Asturias	9,94	0,84	6,61	18,15	5,08	28,62	6,87	2,33	3,05
Baleares	3,77	2,06	4,67	8,54	4,10	15,26	4,58	2,16	2,03
Canarias	5,33	3,57	7,69	10,56	3,98	14,93	3,39	1,42	1,22
Cantabria	2,83	1,72	2,53	4,00	1,80	10,49	2,59	0,97	1,06
Castilla-L	4,79	1,86	5,70	10,01	5,16	16,92	4,20	1,64	2,65
Castilla-LM	4,82	1,56	11,70	18,78	8,00	23,82	5,12	1,92	3,53
Cataluña	3,64	1,08	5,12	10,21	4,32	16,25	3,77	1,12	2,43
C. Valencia	3,68	1,58	4,55	11,18	4,51	13,85	4,49	0,92	1,91
Extremadura	7,78	2,38	12,81	19,42	5,53	23,13	3,19	2,60	3,83
Galicia	10,33	2,82	14,36	21,47	6,55	25,95	4,68	2,06	3,36
Madrid	2,99	1,20	4,32	6,43	3,27	11,07	3,03	1,11	2,26

Murcia	5,71	2,22	2,90	9,36	4,50	15,44	4,68	1,34	2,10
Navarra	4,88	1,29	5,76	11,38	4,43	16,98	4,69	3,34	1,89
País Vasco	2,48	1,11	6,61	12,85	4,22	12,58	4,27	1,62	1,37
La Rioja	2,97	0,99	4,78	9,63	2,65	10,32	2,71	0,35	1,67
Ceuta	2,91	3,22	1,77	5,30	1,90	7,54	2,84	0,63	0,28
Tot España	4,56	1,71	5,75	11,08	4,39	16,38	4,16	1,39	2,32

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2003

Al examinar la distribución de las enfermedades que presentan mayor incidencia en el total de la población española y ver su distribución por CCAA, los datos permiten realizar las siguientes observaciones:

- *La HTA* es el problema que afecta a más % de población española y se distribuye en mayor grado entre Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla León, Castilla La Mancha, Cataluña, C. Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia y La Rioja. Las CCAA de la zona norte como País Vasco, Cantabria y Navarra no padecen significativamente de HTA.
- *Las enfermedades del corazón* afectan a 8 de las 18 CCAA, Aragón, Asturias, Castilla y León, Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia y Navarra. Todas presentan también HTA menos Navarra, que es una de las tres con problemas significativos de colesterol.
- *La diabetes* destaca en 8 CCAA, Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, C. Valenciana, Extremadura, Galicia y Ceuta. Esta última es el único problema que presenta por encima de la media.
- *Los problemas de alergia* se dan en mayor medida en 7 CCAA. Un primer bloque lo formarían Asturias, Castilla La Mancha y Galicia que también presentan problemas de asma. Un segundo bloque lo forman Canarias, Castilla León, Extremadura y Navarra que superan la media en alergias pero no en problemas asmáticos. Este dato es interesante a tener en cuenta en términos de prevención ya que las alergias pueden derivar hacia problemas respiratorios a medio o largo plazo.
- *El asma*, problema respiratorio asociado a las alergias comparte con éstas las comunidades de Asturias, Castilla La Mancha y Galicia, a las que se suman Euskadi y Baleares, que también superan la media.
- *La depresión* muestra que las CCAA que presentan valores por encima de la media son precisamente las que también muestran mayor número de problemas de salud, Galicia, Castilla la Mancha, Asturias, Extremadura, Navarra, Castilla León y Canarias además de Murcia que solo añade problemas de HTA por encima de la media. En otras enfermedades mentales que se suman a la depresión por encima de la media se encuentran Galicia, Extremadura y Canarias.
- *Artrosis y problemas reumáticos* se concentran también en las CCAA que presentan mayor presencia de los demás problemas

de salud considerados y son Aragón, Castilla León, Navarra, Extremadura, Asturias, Castilla La Mancha y Galicia.

- *El colesterol elevado*, es un problema relativamente ‘nuevo’ de salud. Las comunidades con mayor porcentaje son Asturias, Navarra y Canarias, que pertenecen al grupo de CCAA con valores % por encima de la media española en cinco o siete problemas de salud.

En resumen, teniendo en cuenta la distribución de los problemas, se da la circunstancia de que el colesterol es un problema importante en 3 CCAA y las restantes lo padecen por debajo de la media (9,79%), mientras que otros problemas que superan la media española, como las alergias que afectan a 7 CCAA o la depresión, que afecta en menor grado a 8 de ellas, tienen menos visibilidad en los objetivos de salud tanto preventivos como asistenciales. En cuanto a la diabetes se da en mayor medida en 8 comunidades y la HTA en 11. Estos dos casos sí se han considerado problemas prioritarios en los objetivos del sistema sanitario junto con el colesterol elevado.

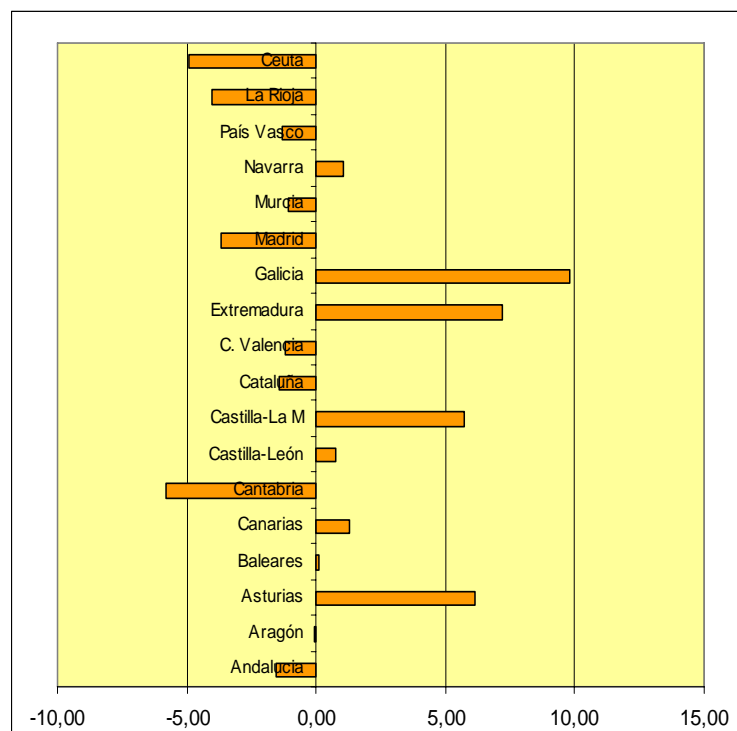
Respecto a la depresión parece que un elevado nivel de incidencia de diagnósticos coincide con elevados niveles de incidencia de otras enfermedades; lo que sugiere que donde más problemas de salud se detectan, también se acompañan de mayor padecimiento ‘emocional’, y apunta hacia las condiciones en las que se da la reproducción de la vida, no solo de tipo biológico (contacto con alérgenos, alimentación...) sino vinculado con las relaciones sociales y de producción.

La relación entre asma y alergias se puede identificar en tres de las comunidades con mayor afectación. Las que presentan mayor significación en alergias están indicando un potencial aumento entre otros, de los problemas respiratorios a medio y largo plazo.

Los problemas de artrosis se observan en mayor grado en CCAA con clara identidad rural, esto es, con mayor desarrollo del sector primario y extractivo (Aragón, Castilla León, Navarra, Extremadura, Asturias, Castilla La Mancha y Galicia). Otros problemas de salud laboral parecen identificarse con las actividades industriales.

En cuanto al índice de morbilidad elaborado (ver Gráfico 4), las comunidades que padecen por encima de la media los problemas de salud son Galicia, Extremadura, Asturias, Castilla La Mancha, Canarias, Navarra, Castilla León y Baleares. La comunidad con mejor posición, es decir, menos problemas de salud en general es Cantabria seguida de Ceuta, La Rioja, Madrid, Andalucía, Cataluña, País Vasco, C. Valenciana y Murcia.

Gráfico 4. Índice de Morbilidad. ENS-03

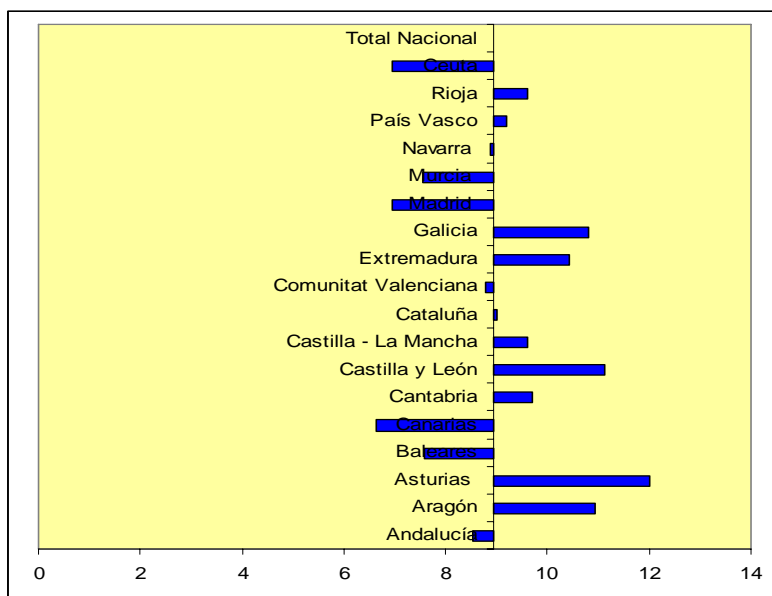


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE-2003

Mortalidad

La distribución de la tasa general de mortalidad de 2005 por CCAA en relación a la media española (ver Tabla 1 columna 8), indica que las Comunidades insulares junto con Ceuta y Madrid son las que presentan menor mortalidad, si bien se ha de tener en cuenta la estructura demográfica de la población: una estructura más joven presentará tasas de mortalidad más bajas y al revés. De forma que Asturias, Galicia, Castilla León, Extremadura, Aragón, con mayores tasas de mortalidad también son comunidades más envejecidas. En cambio, Cataluña y Navarra se sitúan muy cerca de la media española, por encima y debajo respectivamente. Las que menos mortalidad presentan son las comunidades insulares, Andalucía, Madrid, Murcia y Ceuta.

Gráfico 6. Tasa de mortalidad por CCAA 2005



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE

Resultados

Los resultados obtenidos hasta el momento se presentan en tres apartados. En primer lugar, la matriz agregada resultante de las variables socioeconómicas y las variables de salud seleccionadas y transformadas en índices (Tabla 1). En segundo lugar, el resultado de la clasificación automática de las variables socioeconómicas que permite identificar tres grandes grupos por similitud. En tercer lugar, la clasificación de las CCAA a partir de los índices sintéticos de salud también en tres conglomerados.

1) *La matriz de datos* obtenida a partir de las variables económicas y de los índices construidos de cada variable de salud, morbilidad y mortalidad, se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Matriz agregada de las variables socioeconómicas y de salud por CCAA

CCAA	1 Renta media (neta) por persona (2005) ¹	2 Indice de Gini (2003) ²	3 Riesgo de pobreza por persona (2005) ¹	4 Estado subj. de salud (2005) ³	5 Estado objet. de salud (2005) ³	6 Acceso al sist. Sanit. (2005) ³	7 Morbili- dad (2003) ⁴	8 Mortali- dad (2005) ⁵
Andalucía	6859	30,72	29,7	-0,19	0,05	-0,10	-1,54	8,52
Aragón	9056	29,09	12,9	0,15	-0,12	-0,36	-0,06	10,94
Asturias	9086	29,33	13,2	-0,08	0,58	1,19	6,14	12,00
Baleares	9913	27,05	11,5	0,42	0,19	1,66	0,10	7,57
Canarias	7134	31,61	28,3	-0,33	0,04	0,99	1,31	6,63
Cantabria	9071	31,56	13,3	0,63	-0,33	-0,97	-5,80	9,69
Castilla-León	7879	30,83	24,7	0,12	0,26	-0,06	0,75	11,11
Castilla-La Mancha	7185	30,55	29,3	0,09	-0,18	0,24	5,72	9,62
Cataluña	9731	27,30	12,1	0,13	-0,08	-0,24	-1,45	9,01
C. Valenciana	8132	28,35	17,1	-0,15	0,09	0,53	-1,22	8,79
Extremadura	6203	30,59	38,6	0,26	-0,05	-0,39	7,18	10,44
Galicia	7607	30,11	23,2	-0,50	0,58	-0,57	9,79	10,82
Madrid	9862	31,69	12,9	0,16	-0,56	-0,24	-3,68	6,95
Murcia	7000	28,75	26,4	-0,05	0,36	-0,14	-1,07	7,54
Navarra	10705	26,45	9,8	-0,01	-0,05	0,75	1,04	8,89
País Vasco	9995	24,75	9,8	0,33	-0,01	-0,32	-1,31	9,21
Rioja	8301	27,20	20,2	0,60	0,22	-0,86	-4,03	9,62
Ceuta	7693	33,00	31,7	-0,42	0,15	-0,37	-4,94	6,96
Total España	8403	30,29	19,9	0,00	0,00	0,00	0,00	8,93

Fuentes:

(1) INE. Encuesta de condiciones de Vida (ECV-06), 2006. Datos del 2005.

(2) Mas, M; Goerlich, F J, y Aldás, J (2007): *Consumo de los hogares y distribución de la renta en España (1973-2003). Una perspectiva regional*. Fundación Caixa Galicia. A Coruña.

(3) Elaboración propia a partir de: INE. Estado de salud en ECV-06.

(4) Observatorio del sistema Nacional de Salud. ENS-03.

(5) INE, Tasa de Mortalidad por CCAA, 2005.

Tras realizar la clasificación automática de CCAA, por separado respecto a los indicadores económicos (ver Cuadro 1) y los indicadores de salud (ver Cuadro 2), se comprobará en los resultados, si existe asociación entre los conglomerados correspondientes a las variables socioeconómicas y los conglomerados de las variables de salud.

2) Agrupación de las CCAA según variables socioeconómicas

El resultado de agrupar las CCAA a partir de la semejanza entre las variables estructurales de carácter socioeconómico (ver Tabla 1 columnas 1, 2 y 3): Renta media por persona, Desigualdad de ingresos (índice de Gini) y Riesgo de pobreza en tres grupos, ofrece la siguiente clasificación:

Cuadro 1. Agrupación de las CCAA a partir las variables estructurales de Renta media por persona, Desigualdad de ingresos y Riesgo de pobreza

Nivel socio-económico Bajo	Nivel socio-económico Medio	Nivel socio-económico Alto
Andalucía Canarias Castilla-La Mancha Extremadura Murcia	Castilla-León C. Valenciana Galicia Rioja Ceuta	Aragón Asturias Balears Cantabria Cataluña Madrid Navarra País Vasco

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes secundarias (ver tabla1).

- a) Todas las CCAA que presentan un nivel socioeconómico Bajo se caracterizan por una triple coincidencia: Una renta por debajo de la media española, una mayor desigualdad de ingresos y un mayor riesgo de pobreza (excepto la Región de Murcia, que aún más pobre y desigualitaria que la media española, muestra un riesgo de pobreza muy por encima de la media).
- b) Todas las CCAA que presentan un nivel socioeconómico Alto se caracterizan, en relación a la media española, por altos niveles de renta, baja desigualdad en la distribución de ingresos, y bajo riesgo de pobreza (excepto Cantabria y Madrid que muestran una desigualdad de ingresos (Índice de Gini) elevado).
- c) Las CCAA que forman el grupo identificado como de nivel socio-económico Medio, son un tanto heterogéneas; Valencia y Castilla León estarían en los extremos: Valencia muestra una renta media y una desigualdad (Gini) y riesgo de pobreza bajos, mientras que Castilla y León también tiene una renta media pero una desigualdad de ingresos y riesgo de pobreza más altos que la media española

3) Agrupación de las CCAA según variables de salud

El resultado de realizar la clasificación automática de las CCAA por similitud en los índices de salud construidos (ver Tabla 1 columnas 4, 5, 6, 7 y 8), que muestran la distancia entre cada CA y la media de total de población española, permite agruparlas en tres bloques que indican una mejor, media o peor situación de salud, como puede observarse en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Clasificación de las CCAA a partir las variables de salud: Estado subjetivo, Estado objetivo, Accesibilidad, Morbilidad y Mortalidad

Nivel de salud Bajo	Nivel de salud Medio	Nivel de salud Alto
Asturias	Cantabria	Andalucía
Castilla-La Mancha	Madrid	Aragón
Extremadura	Rioja	Baleares
Galicia	Ceuta	Canarias
		Castilla y León
		Cataluña
		C.Valenciana
		Murcia
		Navarra
		País Vasco

Fuente: Elaboración propia a partir de fuentes secundarias (ver tabla 1)

- a) Todas las CCAA que muestran un nivel de salud bajo, presentan la peor combinación de una percepción del estado de salud Bajo, una frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones de la actividad de la vida diaria (AVD) e imposibilidad de ir a los médicos Alta, y una morbilidad y tasa de mortalidad también Altas.
- b) En cambio, las CCAA agrupadas como de nivel de salud alto, muestran la mejor combinación de una percepción del estado de salud Alto, una frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones AVD e imposibilidad de ir a los médicos Baja, y una morbilidad y tasa de mortalidad también Bajas.
- c) Todas las CCAA de nivel de salud medio, se caracterizan todas por tener un acceso al sistema sanitario y una tasa de morbilidad peores que la media española. Sin embargo no ocurre lo mismo con la percepción subjetiva de la salud, la frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones AVD e imposibilidad de ir a los médicos y tasas de mortalidad, que tanto están por arriba como por debajo de la media española.

Discusión

Los datos que se han manejado no se han explorado a nivel de individuo, esto es, respecto a la distribución de las desigualdades socioeconómicas y de salud *dentro* de cada CA. La estrategia de comparación ha sido *entre* CCAA y los datos proceden de momentos temporales un poco distintos (cifras de 2003 y 2005) y de fuentes de información diversas, aunque en su mayoría oficiales. Con todo, la metodología ha demostrado ser útil al permitir: 1) tratar por separado con variables seleccionadas que indican posiciones socioeconómicas y de salud, 2) resumir gran cantidad de información al agrupar las CCAA por similitudes en relación a aspectos diversos, generando así distintos conglomerados de CCAA, y 3) comprobar la posible relación entre tales aspectos mediante la comparación de las ordenaciones de CCAA.

Los resultados obtenidos apoyan en general la hipótesis inicial que suponía la existencia de relación entre posición socioeconómica y posición de salud de las CCAA. La existencia de esa relación puede ser expresada mediante el siguiente cuadro sinóptico.

Cuadro 3. Tipología de CCAA a partir las variables socioeconómicas (Renta media por persona, Desigualdad de ingresos, Riesgo de pobreza) y de salud (Estado subjetivo, Estado objetivo, Morbilidad, Mortalidad)

Nivel de salud		Nivel socioeconómico			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Bajo	Recuento	2 Castilla L. Mancha Extremadura	1 Galicia	1 Asturias	4
	%	40,0%	20,0%	12,5%	22,2%
Medio	Recuento	0	2 Ceuta La Rioja	2 Cantabria Madrid	4
	%	0,0%	40,0%	25,0%	22,2%
Alto	Recuento	3 Andalucía Canarias Murcia	2 Castilla León C.Valenciana	5 Aragón Balears Cataluña Navarra País Vasco	10
	%	60,0%	40,0%	62,5%	55,6%
Total	Recuento	5	5	8	18
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Considerando que la distribución de CCAA, presenta un índice de asociación V de Cramer de 0'3 permite afirmar que existe relación entre las variables socioeconómicas y de salud analizadas, entre la mayoría de las Comunidades Autónomas. Por otro lado, la ubicación de las mismas en la tabla permite un análisis más detallado de la situación. Las nueve CCAA sombreadas describen una diagonal que muestra una asociación positiva entre las variables socioeconómicas y las de salud. Se puede afirmar que las desigualdades territoriales describen la misma pauta que otras desigualdades en relación a la clase, el género, la edad o el lugar de origen. Del mismo modo que las personas que ocupan posiciones elevadas en la jerarquía de la estructura social suelen tener mejor salud, igual sucede con los territorios. Como se muestra a continuación, la tipología generada permite ubicar claramente los casos que presentan similitudes, a la vez que parece necesario profundizar en los estudios de caso para estudiar las peculiaridades que los hacen diferentes.

1. Castilla-La Mancha y Extremadura son las CCAA que presentan simultáneamente, un nivel socioeconómico y de salud bajos. Ambas se caracterizan por una triple coincidencia: una renta por debajo de la media española, una mayor desigualdad de ingresos y un mayor riesgo de pobreza. A su vez, estas CCAA presentan la peor combinación de una percepción del estado de salud bajo, una frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones de la actividad de la vida diaria (AVD) e imposibilidad de ir a los médicos alta, y una morbilidad y tasa de mortalidad también altas

2. Ceuta y La Rioja son las CCAA que forman el grupo identificado como de nivel socio-económico y de salud medio

3. Las CCAA que presentan un nivel socioeconómico alto se caracterizan en relación a la media española por altos niveles de renta, baja desigualdad en la distribución de ingresos, y bajo riesgo de pobreza; así mismo son las CCAA que tienen la mejor combinación de una percepción del estado de salud alto, una frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones AVD e imposibilidad de ir a los médicos baja, y una morbilidad y tasa de mortalidad también bajas.

4. Los casos que más se desvían de la hipótesis que se maneja son Asturias por un lado, y Andalucía, Canarias y Murcia por otro. Asturias se presenta como una comunidad con un nivel socio-económico alto, pero con un nivel de salud bajo. Mientras que en Andalucía, Canarias y Murcia, sucede lo contrario: tienen un nivel socio-económico bajo, pero un nivel de salud alto.

4.1. En Asturias lo que más pesa para considerarla una CA de nivel socioeconómico alto, es la baja tasa de pobreza que tiene respecto a la

media española (13,2-19,9). Probablemente, una estructura demográfica envejecida y una población rural y dispersa, explicaría sus indicadores muy negativos en salud respecto a la situación objetiva (elevada frecuencia de enfermedades crónicas, limitaciones AVD), acceso (imposibilidad de ir a los médicos alta), morbilidad y mortalidad, también altas.

4.2. Andalucía muestra unos indicadores de salud muy moderados para agruparse con las CCAA de nivel alto. Los indicadores están poco por encima de los niveles medios de las CA, pero estas variables de salud pesan mucho, y pueden compensar un nivel socioeconómico bajo.

4.3. Canarias muestra indicadores un poco por encima de la media española en casi todas las variables de salud, aunque lo que más pesa es su baja mortalidad. En este caso un nivel de renta moderado y una elevada desigualdad de ingresos y del riesgo de pobreza, no parecen influir mucho en la salud. Tal vez la estructura demográfica relativamente joven sea una clave.

4.4 El caso de Murcia es muy similar al de Canarias, pero Murcia tiene una tasa de mortalidad más alta y un riesgo de pobreza más bajo.

Conclusiones

En este trabajo se ha cumplido el objetivo de responder la pregunta ¿se relaciona el nivel de renta de las CCAA, la desigualdad en su distribución y el riesgo de pobreza, con el nivel de salud? Para ello ha sido menester remontarse a las dificultades que ha tenido el contexto social, para abrirse camino como elemento ineludible si se pretende analizar las desigualdades en salud. El recorrido se extiende desde la importancia de las condiciones de vida y las de salud, detectadas ya en el siglo XVIII entre las clases trabajadoras, a las desigualdades en salud que se observan entre territorios en España. También se trae a colación otro tipo de desigualdades además de las clases sociales y el territorio, como el sistema sexo-género, la edad o el origen geográfico, que están relacionadas con las desigualdades en salud que afectan a las personas.

Pero es en el campo de las desigualdades territoriales en salud, en el que se inscribe esta investigación. Los estudios en este ámbito referidos a las CCAA españolas son muy abundantes, mostrando distintas evidencias que relacionan un elevado nivel de recursos económicos, sociales y sanitarios y buen estado de salud. La especificidad de este trabajo consiste en aplicar la técnica del *Cluster Analysis* a tres variables socioeconómicas y a cinco de salud, que no se habían combinado hasta ahora. Los resultados se agrupan en una tipología que muestra un gradiente según el cual las CCAA que presentan una mejor posición respecto al nivel de renta, desigualdad de ingresos y riesgo de pobreza, también muestran una mejor posición en el nivel de salud según las

variables analizadas: estado de salud subjetivo, estado objetivo, accesibilidad, morbilidad y mortalidad.

Aragón, Baleares, Cataluña Navarra y País Vasco son las CCAA que presentan los mejores indicadores socioeconómicos y de salud. Les siguen Cantabria, Madrid, Castilla León y C. Valenciana. La posición media la ocupan Ceuta y La Rioja, a quienes sigue Galicia. Los peores indicadores socioeconómicos y de salud los presentan Castilla La Mancha y Extremadura. Finalmente, Andalucía, Canarias, Murcia y Asturias son casos que merecerían un estudio más específico, pues aparentemente muestran una situación contradictoria entre nivel socioeconómico y de salud.

Abstract: The principal objective of this paper is to present the inequalities in health in the Autonomous Communities of Spain, understanding health as a factor linked to other factors such as distribution of income and poverty, linking them to social determinants. Based on Informe Foessa of 2006, the study consisted in applying a Cluster Analysis technique to three structural variables of the socio-economic type, relating them with five health variables, allowing the demonstration of the inequalities from different angles. The differences are related to financing and its distribution in healthcare spending, to variables related to health factors, such as birth, mortality and life expectancy indicators, access to the system, the sensibility to policies aimed at reducing inequalities in Elath and also on the relations between poverty and health. The results are grouped in a typology that indicates a decline, according to which the CCAA that present a better position in relation to the level of income, inequality of income and risk of poverty, also display a better position in the level of health, according to the variables analyzed: state of health, birth and mortality.

Key words: Inequalities in health; poverty; risk; Spain.

Bibliografía

ADELANTADO J. (coordinador). *Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona: Icaria-Universidad Autónoma de Barcelona; 2000.

ALONSO J. y Antó J. *Desigualdades de Salud en Barcelona*. Servicio de estudios epidemiológicos y medioambientales. Área de Salud Pública. Ayuntamiento de Barcelona. Gaceta Sanitaria enero-febrero 1988; (2).

ALVAREZ-DARDET C., Alonso J., Domingo A. y Regidor E. *La medición de clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores-Sociedad Española de Epidemiología; 1995.

ALVAREZ-DARDET C. Las autoridades Sanitarias no advierten que el género y la clase social perjudican seriamente la salud. *Koadernoak-Cuadernos de Salud Pública* octubre 2003; (21): 8-10.

ARTAZCOZ L. Trabajo y salud desde una perspectiva combinada de género y clase social. Inguruak. *Revista Vasca de sociología y ciencia política* 2007. (44): 215-228.

ASHTON J. y Seymour H. *La Nueva Salud Pública*. Barcelona: Masson; 1990.

BENACH J. Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1989-94). *Gaceta Sanitaria* 1995. 49 (9): 251-264.

BENACH J., Amable M. Las clases sociales y la pobreza. En: Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit* 2004, 1 (18): 16-23.

BENACH et al. *Las desigualdades en salud y al calidad de vida en España*. En: Navarro V. (coordinador) *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos (Grupo Anaya S.A.) 2004.

BENACH J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: Viejo Topo; 2005.

BENACH J. y Urbanos R.M. Evaluación del objetivo de equidad en salud. En *Informe SESPAS La salud ante los desafíos de un nuevo siglo*. Escuela andaluza de Salud Pública. Granada, 2000:51-57.

BORDERÍAS C., Carrasco C. y Alemany C. (eds.). *Las mujeres y el trabajo*. Barcelona: Fuhem-Icaria; 1994.

BORRELL C., Pasarin M. y Plasencia A. *Enquesta de Salut de Barcelona 1992-93*. Estadístiques de salut. Ajuntament de Barcelona 1995; (23).

BORRELL M. y Pasarin M. Desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona. En: *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante, Compobell SL.; 2002.

BORRELL C., Peiró, R.; Ramón, N; Pasarín, M. Colomer, C. Zafra, E. Alvarez-Dardet C. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria* 2005;19 (4):277-86.

BREILH J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.

CAÏS J., Castilla E., y de Miguel J.M. Las desigualdades ante la salud. Desigualdad y morbilidad. En: *I Simposio sobre la igualdad y distribución de la renta y la riqueza*. Madrid: Fundación Argentaria; 1993.

CALVO Buezas, Tomás. *Inmigración, cultura y salud. Ofrim suplementos*. Diciembre 1997: 95-110.

Cockerham WC. *Sociología de la Medicina* (8ª). Madrid: Pearson Educación; 2002.

COSTA-FONT J. y Pons-Novell J. *Public Health Expenditure and Spatial Interactions in a Decentralized National Health System*. Documents de treball de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, 2005.

CRAWFORD R. You are dangerous to your health: The ideology and politics of victim blaming. *Internacional Journal of Health Services* 1977; 7 (4): 663-680.

CROMPTON R. *Clase y estratificación. Una introducción a los debates actuales*. Madrid: Tecnos; 1994.

CHECA, Francisco. *La "culturalización del dolor". Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos*. Africanos en la orilla. Ed Ícara 1998: 81-121.

DE MIGUEL J.M. Salud y sanidad. En: *V Informe Sociológico sobre la situación social en España*. Madrid: Fundación Foessa, 1994.

DE MIGUEL J.M. (compilador). *Las profesiones sanitarias en España*. Jano, mayo 1990: 25- 31.

DELGADO A. *Salud y género en las consultas de atención primaria*. Atención primaria febrero 2000; 127 (2).

DURÁN M.A. *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos; 1983.

DURÁN M.A. Salud y sociedad. *Algunas propuestas de investigación*. En: Barañano, M. *Mujer, trabajo y salud*. Madrid: Trotta-Fundación 1º de Mayo; 1992.

DURÁN M A. Tiempo de salud, tiempo de enfermedad: diferencias de edad, género y clase social. Inguruak. *Revista Vasca de sociología y ciencia política* 2007, (44): 229-248.

ESTEBAN M.L. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, Inguruak. *Revista Vasca de sociología y ciencia política* 2007, (44): 249-261.

Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, 2007 <http://www.fadsp.org>.

FISHER E.S.y Welch H.G. *Could more health care lead to worse health?* Hosp. Pract. (Minneap), 1995 vol 34, (12): 15-25.

FLAQUER LL.y Soler C. *El uso de las políticas sociales por las mujeres inmigrantes*. Madrid: Insituto de la mujer.

GOLDTHORPE JH. Llewellyn C. *The social grading of occupations*, Oxford Studies in Mobility. London: Oxford University Press; 1987.

GONZÁLEZ B. y Barber P. *Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España*. Fundación Alternativas 2006.

GONZALO E. y Pasarin MI. *La salud de las personas mayores*. Informe SESPAS 2004. Gac Sanit v.18 mayo 2004 (supl.1).

ILLICH I. *Némesis Médica*. 3ª ed. México: Joaquín Mortiz/Planeta; 1987.

Informe FOESSA, 2005. <http://www.foessa.org>.

Instituto Nacional de Estadística, en <http://www.ine.es>. Encuesta de condiciones de Vida 2006 (ECV-06).

JANSÀ J.M., y Villalví J.R. *La salud de los inmigrantes y la atención primaria*. *Atención Primaria*, marzo 1995, vol.15, (5): 66-72.

JANSÀ, J.M. y Garcia de Olalla P. *Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos*. Gac Sanit, mayo 2004, vol.18 (supl.1):207-213.

JIMÉNEZ JD., *La distribución territorial de los recursos sanitarios: algunas propuestas*. *Revista Estudios Regionales*, 2007 (78): 75-108.

LALONDE M. *A new perspective on the health of Canadians*. Dept. of Nat. Health and Welfare. Ottawa 1974.

LÓPEZ i Casanovas, Guillem y Pons Novell, Jordi *Análisis de la redistribución entre las comunidades autónomas: Criterios de evaluación y propuesta de nuevos principios básicos*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 2005.

LOSTAO L., Regidor E. *Desigualdades sociales en salud en España*, en. Sociología de la Medicina. W.C. Madrid: Cockerham (Ed.). Prentice-Hall, 2002.

MACKENBACH JP. *Inequalities in the Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization and region*. Eur J Public Health 1993; 3:112-128.

MCKEOWN T. *Los orígenes de las enfermedades humanas (2ª)*. Barcelona: Crítica, 1990.

MARMOT M. et al. *Health inequalities among British civil servants. The Whitehall II study*. Lancet, 1991. (337): 1387-1392.

MARMOT M. y Wilkinson RG (eds.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University press; 1999.

MARTÍ O. *Introducción a la Medicina Social*. Barcelona: Institut Catòlic d'Estudis Socials (ICESB); 1995.

MARTÍN, M. *Transferencias Sanitarias y desigualdades en salud*. Salud 2000. nº 98 septiembre 2004.

MAS M., Goerlich F.J. y Aldás J. *Consumo de los hogares y distribución de la renta en España (1973-2003). Una perspectiva regional*. Fundación Caixa Galicia. A Coruña 2007.

MORAGAS R. Gerontología Social. *Envejecimiento y calidad de vida*. 2ª. Barcelona: Herder; 1995.

NAVARRO V. y Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España. *Rev Española de Salud Pública* sep/dic 1996. 5-6 (70): 505-636.

NAVARRO V. (coordinador) *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos (Grupo Anaya S.A.) 2004.

NAVARRO V. (director) *La situación social en España/II*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L. 2007.

Observatorio de salud de la mujer (2005).

Observatorio del Sistema Nacional de Salud. ENS-03.

Organización Mundial de la Salud. Oficina regional para Europa: Los objetivos de Salud para Todos. European Health for All Series (1). Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 1987.

PÉREZ R. *Políticas sanitarias y desigualdades en España*. En: Adelantado J. (compilador) *Cambios en el Estado del Bienestar*. Barcelona: Icaria, Universidad Autónoma de Barcelona; 2000: 251-284.

PÉREZ R. (2006). *Desigualdades en salud por clase social y Política sanitaria. Las Encuestas de Salud de Cataluña (1004-2002)*. Tesis doctoral-UAB 2006 <http://sapsuab.wordpress.com/>.

REGIDOR E. y González J. Desigualdad social y mortalidad en España. *Revista Sanitaria de Higiene Pública* septiembre-octubre 1989; (63): 107-116.

REGIDOR E., Gutiérrez-Fisac J.L. y Rodríguez C. *Diferencias y desigualdades de salud en España*. Barcelona: Díaz de Santos; 1994.

RODRIGUEZ J. El Reparto del Bienestar. *Salud y desigualdad social en España*. Madrid: Teide; 1987.

RODRÍGUEZ J. y de Miguel J.M. *Salud y Poder*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo XXI de España Editores; 1990.

RODRÍGUEZ et al. *Desigualdades en salud en el Estado Español: un cambio de siglo*. en Navarro V. (director) *La situación social en España/II*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L. 2007.

ROHLFS I., García M., Gavalda L. Medrano M.J., Juvinyà D. Baltasar A., et al. *género y cardiopatía isquémica*. *Gac Sanit* 2004 (supl 2): 55-64.

ROS M, Bada E, Zarzuela F. Programa de Promoción de la Salud (5 años de intervención) dirigido a Inmigrantes. *2º Congreso SEMTSI*. Enero 2000.

RUIZ I., Blanco P. Vives-Cases C. *violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias*. *Gac Sanit* 2004 (supl 2): 4-12.

SALLERAS LL. La salud y sus determinantes. *Rev. Antrophos* 1991; (118-119): 32-38.

SÁNCHEZ C. *La clase social concepto y medición*. *Dimens Hum* 1997. 1(4):31-36.

SÁNCHEZ C. Desigualdades y salud. Análisis de los datos de la encuesta Panel de Desigualdades Sociales (PaD). Inguruak. *Revista Vasca de sociología y ciencia política* 2007. (44): 127-142.

SÁNCHEZ-BAYLE M. Informe sobre la situación de la salud y de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. *Salud 2000*, septiembre 2006 (109): 5-17.

SEGURA A. Mortalidad según ocupación, una información necesaria. *Gac Sanit* 1989; (3): 309-12.

SERRAT, S.M. *Violencia doméstica y de género: Aspectos médico legales*. 2003 <http://nodo50.org/mujeresred>.

SUBIRATS M. y Sánchez C. *Clases sociales y desigualdad de estilos de vida en la Región Metropolitana de Barcelona*. En: *Desigualdad y clases sociales. Un seminario en torno a E.O. Wright*. Fundación Argentaria; 1994.

TORNS, T. *Moderando el optimismo*. Artículo La Vanguardia 17-10-2004.

URBANOS, R.M. El impacto de la financiación de la asistencia sanitaria. *Informe SESPAS*, 2004. Gac Sanit 2004, 1 (18).

VALLS-LLOBET C. La atención de género en la atención primaria. *Quadern CAPS* 1998; (27): 46-52.

VALLS-LLOBET C. Desigualdades de género en Salud Pública. *Quadern CAPS* 2001; (30): 34-40.

VILLAR A., Herrero C. y Soler A. *Capital Humano y Desarrollo Humano en España, sus comunidades autónomas y provincias, 1980-2000*. BANCAJA y el Ivie, 2004.

WHITEHEAD M. Conceptos y principios de igualdad y salud. En: *Programa de políticas de salud y Planificación, OMS*. Copenhagen: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990.

WILKINSON R. *Las desigualdades perjudican. Jerarquías, salud y evolución humana*. Barcelona: Editorial crítica; 2000.

WRIGHT EO. Reflexionando, una vez más sobre el concepto de estructura de clases. *Zona Abierta* 1992; (59/60):17-125.

