

Borrell, Carme

Desigualdades y Servicios de Salud

Saúde e Sociedade, vol. 15, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 9-22

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263719003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Desigualdades y Servicios de Salud

Inequalities and Health Services

Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona - España

Correo electrónico: cborrell@aspb.es

Resumen

Los objetivos de este trabajo son tres: en primer lugar, se revisan las causas de las desigualdades sociales en salud incluyendo el papel que juegan los servicios sanitarios en las mismas; posteriormente se analiza la influencia de la financiación y la organización de los servicios sanitarios en las desigualdades y finalmente, se muestra un ejemplo de las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios en Cataluña, comunidad autónoma del Estado Español donde existe un Sistema Nacional de Salud. Se analizan las siguientes causas de las desigualdades en salud: los estilos de vida o conductas relacionadas con la salud, los servicios sanitarios, los factores materiales o estructurales, las desigualdades de renta y los factores políticos. Los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero la existencia de servicios sanitarios adecuados es una necesidad fundamental y el acceso a los mismos debería ser un derecho de todas las personas sin distinciones sociales. Tanto la calidad como la cobertura de los servicios sanitarios son una parte integral de la definición del desarrollo en sí mismo y constituyen unos de los principales indicadores de bienestar social. Finalmente, se muestra un ejemplo sobre las desigualdades según clase social en la utilización de servicios sanitarios en Cataluña en 1994 y en 2002, desigualdades que son prácticamente inexistentes en el caso de los servicios sanitarios curativos, pero que se mantienen en los servicios preventivos.

Palabras clave: Servicios de salud; Desigualdades en salud; Sistema nacional de salud; Financiación de los servicios sanitarios.

Abstract

The objectives of this paper are three: first to review the causes of inequalities in health and the role played by health services; second, to analyze the influence of health care financing and the organization of health services on inequalities in health and to show an example of the study of inequalities in health services utilization in Catalonia, an autonomous community of Spain where a National Health System exists. The following causes of health inequalities are analyzed: life styles or health behaviors, health services, material or structural factors, income inequalities and political factors. Health services are not the main determinants of health or of health inequalities. But the existence of health services is a fundamental need for everyone and the access to them should be a right for all people independently of their social characteristics. Quality and coverage of health services is an important part of development and they constitute main indicators of social wellbeing. Finally, it is shown an example of social class inequalities in health services utilization in Catalonia in 1994 and 2002, inequalities that are non existent for curative services but that still remain for preventive services.

Keywords: Health Care; Inequalities in Health; National Health System; Health Care Financing

Introducción

Las desigualdades en salud son enormes, causando en muchos casos un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al que causan la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades casi siempre aumentan ya que la salud mejora más rápidamente en las clases sociales más aventajadas (Benach 1997). También es necesario tener presente que la evidencia científica existente señala como las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas (Mackenbach y Bakker, 2003)

Los objetivos de este trabajo son tres: en primer lugar, se revisan las causas de las desigualdades sociales en salud incluyendo el papel que juegan los servicios sanitarios en las mismas; posteriormente se analiza la influencia de la financiación y la organización de los servicios sanitarios en las desigualdades y finalmente, se muestra un ejemplo de las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios en Cataluña, comunidad autónoma del Estado Español donde existe un Sistema Nacional de Salud.

Las Causas de las Desigualdades Socioeconómicas en Salud

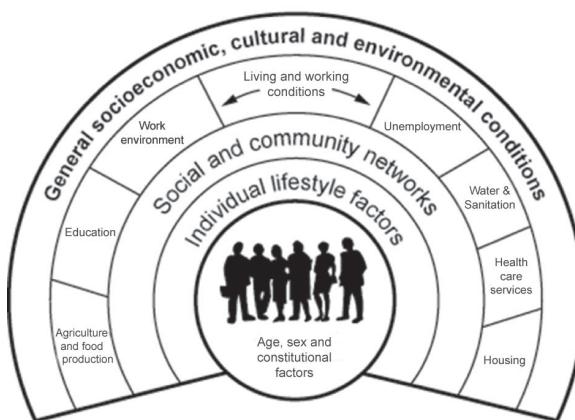
En el mundo anglosajón, el informe Black, publicado en el Reino Unido el año 1980 (Black y col., 1988) dió un nuevo ímpetu al estudio de las desigualdades sociales en salud. Este informe, analizó en profundidad la información disponible sobre las desigualdades sociales en mortalidad, morbilidad y utilización de servicios sanitarios en Gran Bretaña. Los autores del informe Black y del informe posterior *The Health Divide* que lo actualizaba (Whitehead, 1988) proponían 4 posibles causas de las desigualdades sociales en salud: los errores metodológicos existentes en los estudios, la selección social, los estilos de vida y las causas materiales o estructurales.

La investigación científica posterior ha puesto en evidencia que la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud no se puede explicar por problemas metodológicos o de calidad de los datos ya que

las desigualdades son un hecho real. También se ha evidenciado que, si bien la selección social (el nivel de salud de un individuo es el que determinaría su posición social) existe, ella por si sola no permite explicar las desigualdades en salud.

Hoy en día se barajan otras posibles explicaciones de las causas de las desigualdades en salud. El modelo de Dalghren y Whitehead (1991), ilustrado en forma de capas concéntricas, que se muestra en la figura 1 describe los determinantes de las desigualdades en salud, desde las causas más generales, que constan en las capas más externas, como las causas socioeconómicas y culturales, hasta las causas más concretas como los estilos de vida que se muestran en la segunda capa de la figura. En este modelo, los servicios sanitarios son considerados como una causa más, no siendo los determinantes principales de las desigualdades en salud. A continuación se describen brevemente algunas de estas causas.

Figura 1 - Modelo de los determinantes de las desigualdades en salud de Dalghren y Whitehead



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991).

Traducción de cada capa, comenzando por la exterior:
 Condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente
 Agricultura y producción de alimentos, educación, medio laboral, condiciones de vida y trabajo, desempleo, agua e higiene sanitaria, servicios sanitarios, vivienda
 Redes sociales y comunitarias
 Estilos de vida individuales
 Edad, sexo y factores constitucionales

Los estilos de vida

Esta hipótesis afirma que son los estilos de vida y las conductas individuales no saludables relacionadas con la salud (consumo de tabaco, dieta menos saludable, menor realización de actividad física, etc.) las que causan las desigualdades en salud. Así por ejemplo, el estudio Whitehall II describió como las clases trabajadoras fumaban más, hacían menos ejercicio en el tiempo libre y su dieta era menos saludable (Marmot y col., 1991). Sin embargo, diferentes estudios han descrito la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud independientemente de los estilos de vida. Así por ejemplo, el estudio Whitehall (un estudio de seguimiento de funcionarios del Ayuntamiento de Londres) describió desigualdades importantes en la mortalidad cardiovascular según nivel socioeconómico, que no se explicaban por las desigualdades en el consumo de tabaco, la tensión arterial, el colesterol, la intolerancia a la glucosa, la altura y las enfermedades más prevalentes (Davey Smith y col., 1990). Por otro lado, es necesario señalar que existe evidencia suficiente para afirmar que los estilos de vida no están sujetos a la elección individual sino que tienen relación con las circunstancias de la estructura social, de forma que las personas que pertenecen a clases sociales desfavorecidas tienen menor capacidad de elección y frecuentemente adoptan estilos de vida no saludables como consecuencia de factores estructurales (Jarvis y Wardle, 1999).

Los servicios sanitarios

Los servicios sanitarios no fueron considerados causas de las desigualdades en salud por los autores del informe Black. De todos modos, según Blaxter (1983), como mínimo los servicios sanitarios evitan el sufrimiento en caso de enfermedad y por lo tanto su acceso debería ser un derecho de todas las personas. Estudios posteriores muestran cómo la mortalidad evitable por la atención médica puede ser causa de un aumento de las desigualdades en mortalidad (Mackenbach y col., 1989).

Los factores materiales o estructurales

Estas teorías ponen de relieve tanto el rol de la posición social de partida de cada individuo como las con-

diciones de vida y trabajo sobre la probabilidad de enfermar y morir. Las desigualdades se producen porque los grupos sociales menos privilegiados están expuestos a un ambiente social menos saludable. Se ha comprobado, por ejemplo, que la ocupación y el desempleo tienen una clara influencia sobre el estado de salud, no sólo en la salud física (lo que comporta un aumento de determinadas enfermedades), sino también en la salud psíquica (lo que puede afectar a la propensión a enfermar, a la severidad de las enfermedades, a la capacidad de recuperación y a los propios hábitos de vida) (Marmot y col., 1999; Bartley y col., 1999). Las características de la vivienda y los servicios de que dispone también han sido relacionados con el estado de salud (Macintyre y cols, 2000). Otros factores importantes, muy relacionados con los anteriores, son el nivel de ingresos, la riqueza y el entorno físico (Davey Smith y col., 1994).

Cada uno de estos factores estructurales mencionados contribuye por sí solo, en una pequeña proporción, al total del gradiente de salud entre las diferentes clases sociales. Las personas de clases sociales más desfavorecidas presentan una acumulación inusual de factores negativos, y viceversa. Así, la estructura de la sociedad lleva hacia agrupaciones de *aventajados o desventajados*, caracterizadas por una acumulación de factores con efectos negativos o positivos sobre la salud (Davey Smith y col., 1994).

Las teorías sobre “el curso de la vida” (Blane, 1999) preconizan que estos factores con efectos adversos sobre la salud confluyen a lo largo de la vida. El desarrollo individual tiene lugar en un determinado contexto social el cual estructura las oportunidades vitales de forma que las ventajas y desventajas tienden a agruparse de manera transversal y a acumularse de manera longitudinal. La exposición a un problema ambiental probablemente se combina con la exposición a otros efectos dañinos sobre la salud y estos, probablemente, se acumulan a lo largo de la vida.

La desigualdad de la renta

Durante la década de los 90, ha ganado protagonismo una línea de investigación que describe la relación entre la desigualdad de la renta y la salud, y al mismo tiempo intenta profundizar en los mecanismos causales que explican que exista esta relación (Kawachi y col., 1999). Tales investigaciones han puesto de manifiesto que la distribución de la renta es un ele-

mento de las desigualdades sociales muy importante para explicar la mortalidad y la morbilidad en los países avanzados, y que ello parece ocurrir independientemente de la situación socioeconómica individual. Es decir, que la probabilidad de morirse y enfermar de una persona dependería en estas sociedades no sólo de los recursos de los que ella misma dispone, sino de la relación que esta persona tiene con otras personas, incluyendo la posición que tiene dentro de la distribución de la renta en un país o región (es decir, de su *renta relativa*).

Existen distintas interpretaciones sobre cuales son los mecanismos que explican la relación entre la desigualdad de renta y la salud. La interpretación psicosocial defiende que los factores psicosociales (percepción del lugar que se ocupa en la jerarquía social, capital social, red social, control en el trabajo, etc.) son importantes ya que en las sociedades más desiguales estos factores juegan un papel primordial en el desarrollo de las desigualdades en salud. En cambio, la interpretación neo-material promulga que las desigualdades en salud resultan de las diferentes acumulaciones de exposiciones y experiencias que tienen su origen en el mundo material. Existe una combinación de exposiciones negativas y falta de inversiones en un amplio abanico de infraestructuras humanas, físicas, de salud y sociales. La desigual distribución de la renta no es más que el resultado de procesos históricas, culturales, económicos y políticos (Lynch y col., 2000).

Los factores políticos

El poder político es un determinante de las desigualdades socioeconómicas en salud que ha sido mucho menos estudiado. Los instrumentos políticos a analizar son la fuerza de los sindicatos y de los partidos socialdemócratas (junto a la de sus adversarios) los cuáles determinan tanto la naturaleza del mercado de trabajo, sobre todo las políticas de pleno empleo y la existencia de un salario mínimo, como la naturaleza del estado del bienestar. Según Navarro (2002), el distintivo poder político entre Estados Unidos de Norteamérica y Europa explica porque la mayoría de países europeos tienen importantes derechos laborales y sociales como unas vacaciones más largas, una mayor participación en el lugar de trabajo, una mejor y más extensa salud laboral, una atención a la salud más completa, mas formación profesional, más seguros de desempleo y unos sueldos mínimos más altos.

Un estudio que analiza la importancia de los factores políticos y sociales para explicar la mortalidad infantil en países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) la segunda mitad del siglo XX, pone en evidencia como los países con gobiernos de tradición socialdemócrata desde hace más años (Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Austria), tenían una cobertura sanitaria prácticamente universal ya en los años 60 y un mayor gasto en salud. Además, estos eran los países que tuvieron antes una mortalidad infantil más baja (Navarro y col., 2004).

La Financiación y Organización de los Servicios Sanitarios y las Desigualdades en su Utilización

Tal como se ha comentado en el apartado anterior, los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero la existencia de servicios sanitarios adecuados es una

necesidad fundamental y el acceso a los mismos debería ser un derecho de todas las personas sin distinciones sociales. Tanto la calidad como la cobertura de los servicios sanitarios son una parte integral de la definición del desarrollo en sí mismo y constituyen unos de los principales indicadores de bienestar social (Frenk, 1998; Andrulis, 1998).

Según Hsiao y Liu (2001) la financiación de los servicios sanitarios es importante por dos motivos. Primero, la financiación determina la disponibilidad de los servicios y el acceso a los mismos. Segundo, los mecanismos de financiación determinan el grado de protección financiera contra los grandes costes de la enfermedad. Tal como se muestra en la tabla 1, los sistemas de financiación basados en los impuestos generales suelen ser más progresivos (paga más quien dispone de más renta), el acceso a los servicios sanitarios según nivel de renta o según clase social suele ser más equitativo y la protección financiera en caso de enfermedad es igualitaria si la cobertura es univer-

Tabla 1 - Resultados de equidad de diferentes métodos de financiación de los servicios sanitarios

Método de financiación	Movilización de fondos	Acceso a los servicios sanitarios	Protección financiera
Impuestos generales			
Países de renta alta	Tiende a ser progresiva (las personas de renta más alta pagan más)	Aparte de EEUU, existe un acceso equitativo	Igualitaria en países con SNS (excepto EEUU)
Países en desarrollo	Alta variación. Menor gasto público destinado a ello	Tiende a ser regresivo ya que las clases aventajadas tienen mayor acceso	Progresiva cuando los hospitales públicos son gratuitos
Seguridad social			
Países de renta alta	Suele ser proporcional	Progresivo	Igualitaria si la cobertura es universal
Países en desarrollo	Suele ser proporcional	Sólo cubren a las clases medias y altas. En general es regresivo.	Sólo protege a los trabajadores/as asegurados
Seguro privado			
Países de renta alta	Muy regresiva	Los asegurados tienen acceso igualitario	Sólo los asegurados
Países en desarrollo	Regresiva	Los asegurados tienen acceso igualitario	Sólo los asegurados
Pago privado			
	Muy regresiva	Regresivo	No existe protección
Financiación comunitaria			
	Regresiva a no ser que sea subvencionada	Acceso igualitario para los miembros	Progresiva para los miembros

SNS: Sistema Nacional de Salud
Fuente: Hsiao WC, Liu Y (2001).

sal. En el otro extremo, la financiación privada suele ser regresiva y tanto el acceso a los servicios sanitarios como a la protección financiera en caso de enfermedad es un privilegio de las clases aventajadas.

La ausencia de cobertura sanitaria se ha asociado a una peor situación de salud, a una menor utilización de servicios sanitarios preventivos y a recibir menos servicios terapéuticos (Hadley, 2003). Además, se ha evidenciado que a igual gasto sanitario, los sistemas nacionales de salud con cobertura universal y financiación progresiva a partir de los impuesto directos consiguen mejores niveles de salud de la población (Elola y col., 1995) y una reducción de las desigualdades en salud y en la utilización de servicios sanitarios (Veugelers y Yip, 2003; Lu y Hsiao, 2003).

Respecto a la organización de los sistemas sanitarios, se ha descrito la existencia de una relación entre la orientación a la atención primaria de salud y una buena capacidad resolutiva, una mayor calidad y unos mejores niveles de salud de la población (Starfield 1998). La mayor oferta de una atención primaria de calidad y accesible se ha relacionado con mayores niveles de salud de la población y con menor mortalidad (Shy, 1994, 1995). Otro aspecto a tener en cuenta es la orientación del sistema sanitario respecto a los programas preventivos y de cribaje; los cuales suelen realizarse más por parte de las personas de clases sociales más privilegiadas (De Spieghelaere y col., 1996; Alvarez-Dardet y col., 2001).

La mayoría de los países de la OCDE (excepto EEUU) tienen cobertura sanitaria prácticamente universal financiada mayoritariamente a través de impuestos directos o a través de la seguridad social (Wagstaff y col., 1999). A pesar de ello, algunos estudios comparativos han puesto en evidencia los siguientes resultados: primero, las personas con menor nivel de renta utilizan más el médico/a general y se hospitalizan más que las personas con mayor renta una vez tenido en cuenta la necesidad en salud; segundo, la utilización del médico/a especialista es justo a la inversa ya que lo utilizan más las personas con mayor renta; y tercero, la utilización de servicios de odontología es mayor por parte de las personas con más renta, hecho relacionado con la exclusión de la atención dental de la financiación pública en la mayoría de países (van Doorslaer y col., 2000; van Doorslaer y col., 2004b, 2004a).

Los países latinoamericanos tienen más frecuentemente sistemas basados en la seguridad social o sistemas mixtos, no teniendo cobertura universal y con mayor financiación privada. Ello se traduce en la existencia de desigualdades en la utilización de servicios sanitarios (Casas-Zamora, 2002). Suarez-Berenguela (2000) describió las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios en 6 países de América Latina y el Caribe (Brasil, Ecuador, Guatemala, Jamaica, México y Perú). La financiación de los servicios de salud tendía a ser regresiva en la mayoría de países. Los gastos en salud de los gobiernos, en ningún caso superaban el 3% del Producto Interior Bruto, siendo inferior al 1% en Ecuador y Guatemala. En los 6 países existían desigualdades en el acceso a favor de las personas con mayor renta, que eran más acusadas en la utilización de servicios sanitarios preventivos. Por otro lado, las reformas neoliberales de los años 1980 y 1990 promovidas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional no han contribuido a la reducción de las desigualdades, sino más bien a su aumento (Almeida, 2002; Homedes y Ugalde, 2005).

Un Estudio de Casos: la evolución de las desigualdades en la utilización de los servicios sanitarios en Cataluña

El Estado español estuvo bajo una dictadura desde el final de la guerra civil (1939) hasta 1977. Entonces empezó una transición política que llevó a la redacción de una Constitución democrática en 1978. El Estado tiene 17 Comunidades Autónomas (CCAA), cada una con su propia cultura e identidad histórica, y algunas de ellas tienen su propia lengua (Cataluña, País Vasco y Galicia). El año 1981 comenzó un proceso de descentralización de competencias desde el gobierno del Estado a los gobiernos de las CCAA.

Los servicios de salud financiados públicamente fueron progresivamente ampliados a toda la población, sobre todo después de 1986 cuando se aprobó la Ley General de Sanidad que fijaba los principios básicos del Servicio Nacional de Salud. Los principales principios eran la cobertura universal, la financiación pública a través de impuestos, la integración de los distintos servicios sanitarios, la descentralización política de la

sanidad a las CCAA y un nuevo modelo para la atención primaria de salud (Reverte-Cejudo y Sánchez-Baile 1999; Larizgoitia y Starfield, 1997). La descentralización fue más rápida en unas comunidades que en otras y no fue hasta 2001 en que se completó para todas las CCAA. La financiación pública y universal de la sanidad no incluye parte de la atención odontológica e implica el copago en parte de la dispensación farmacéutica ya que se debe pagar un porcentaje del coste de la mayoría de medicamentos por parte de la población que no está jubilada, siendo gratuito para los jubilados.

Cataluña es una de las 17 CCAA del Estado Español, situada en el Noreste de la península, con 6.984.000 habitantes en 2005, habiendo crecido casi en un millón de habitantes desde el comienzo de los años 1990, sobre todo a causa de la inmigración extranjera. Fue la comunidad autónoma en que la sanidad se transfirió en primer lugar (el año 1981).

A continuación se muestran los resultados sobre las desigualdades en la utilización de servicios sanitarios según clase social y género obtenidos a partir de los datos de las encuestas de salud de Catalunya de 1994 y 2002 (Borrell y col., 2005; Borrell y col. en prensa). Son encuestas realizadas a una muestra representativa de la población catalana no institucionalizada, realizadas durante todo el año 1994 y durante los meses de octubre de 2001 a mayo de 2002. Las encuestas se llevaron a cabo en el domicilio de la persona entrevistada por parte de encuestadores adiestrados. El tamaño de la muestra fue de 15.000 personas el año 1994 y de 8.400 el año 2002. La clase social se obtuvo a partir de la ocupación actual o de la última ocupación de la persona entrevistada o en su defecto, a partir de la ocupación de la persona principal del hogar y se reagrupó en: Clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario), clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad) y clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados) (Grupo SEE y Grupo SEMFYC, 2000). Se presentan porcentajes estandarizados por edad por el método directo, siendo la población de referencia el total de la muestra de la encuesta del año 1994.

Los datos muestran como más del 99% de la población tiene cobertura sanitaria pública, pero además, una cuarta parte de la población tiene también una cobertura privada. A pesar de que la sanidad públi-

ca tiene un elevado nivel de calidad, la población recurre al aseguramiento privado sobre todo para tener un acceso más rápido a la atención especializada ambulatoria o una mayor comodidad en la parte hotelera de los ingresos en centros sanitarios. El porcentaje de población con doble cobertura cambia según clase social, siendo las personas de las clases más aventajadas las que tienen más frecuentemente una doble cobertura sanitaria (alrededor del 40% de las personas de las clases I-II y del 15% de las personas de las clases IV-V) (tabla 2).

La tabla 2 muestra también la utilización de servicios durante los años 1994 y 2002 en hombres y mujeres. El acceso al médico general no presenta desigualdades entre las clases sociales en los años analizados (1994 y 2002) e incluso las personas de clases desventajadas consultan más. También aumentan las consultas en las personas con peor salud percibida (figura 2). En cambio, la visita al médico especialista es ligeramente menos frecuente en las personas de clases sociales IV-V y también en los hombres y en las personas que tienen cobertura sólo pública (figura 3). La hospitalización no presenta desigualdades entre clases sociales. Estos resultados son similares a los que se habían descrito para Cataluña (Rajmil y col., 2000, Borrell y col., 2001) y para países de la OCDE (van Doorsler y col. 2000; 2004).

A pesar de este progreso, existen desigualdades según clase social en las prestaciones no cubiertas por los servicios públicos como es el caso de la odontología, siendo las visitas al dentista más frecuente en las personas que pertenecen a las clases I-II y sobre todo en el año 2002. Además, las mujeres acuden más al dentista que los hombres.

La realización de prácticas preventivas aumenta en 2002 respecto a 1994, así por ejemplo, 3 de cada 10 mujeres de 50 a 64 años declaraban hacerse una mamografía periódica, para diagnosticar precozmente un cáncer de mama, en el año 1994 mientras que en el año 2002 eran 8 de cada 10 mujeres (tabla 2), existiendo aún desigualdades según clase social. La extensión a toda Catalunya del programa de cribado poblacional de cáncer de mama a todas las mujeres de este grupo de edad debe haber favorecido este aumento (Masuet y col., 2004). Finalmente, otra práctica preventiva como la toma periódica de la tensión arterial, tampoco muestra diferencias según clase social (tabla 2).

Tabla 2 - Evolución de la utilización de servicios sanitarios según clase social (% estandarizados por edad). Hombres y mujeres, Cataluña 1994 y 2002

	1994			2002		
	I-II	III	IV-V	I-II	III	IV-V
Cobertura sanitaria						
Hombres						
Cobertura sanitaria sólo pública	53,6	69,2	84,2	57,1	69,9	79,4
Cobertura sanitaria pública y privada	46,4	30,8	15,8	42,9	30,1	20,6
Mujeres						
Cobertura sanitaria sólo pública	57,2	62,7	84,0	60,6	67,9	83,4
Cobertura sanitaria pública y privada	42,8	37,3	16,0	39,4	32,1	16,6
Utilización de servicios						
Hombres						
Visita al médico general el último año (>= 15 años)	56,4	64,6	69,3	63,5	67,6	70,9
Visita al especialista el último año	39,4	42,3	38,3	31,9	29,7	27,0
Hospitalización el último año	6,6	7,6	9,2	9,6	7,9	9,8
Visita al dentista el último año	29,2	25,9	20,6	38,4	29,1	27,8
Mujeres						
Visita al médico general el último año (>= 15 años)	64,2	68,6	75,3	66,0	73,4	78,6
Visita al especialista el último año	58,2	57,5	54,6	57,0	58,3	52,1
Hospitalización el último año	7,0	5,3	6,6	9,6	8,3	9,0
Visita al dentista el último año	37,2	34,1	25,6	45,6	41,5	34,3
Prácticas preventivas						
Hombres						
Toma periódica de la tensión arterial (>= 15 años)	27,2	27,7	24,0	51,0	48,2	51,2
Mujeres						
Toma periódica de la tensión arterial (>= 15 años)	30,1	32,3	24,7	51,1	51,7	51,8
Mamografía periódica (50-64 años)	34,6	40,1	27,6	87,0	81,9	71,9

I-II: Clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario)

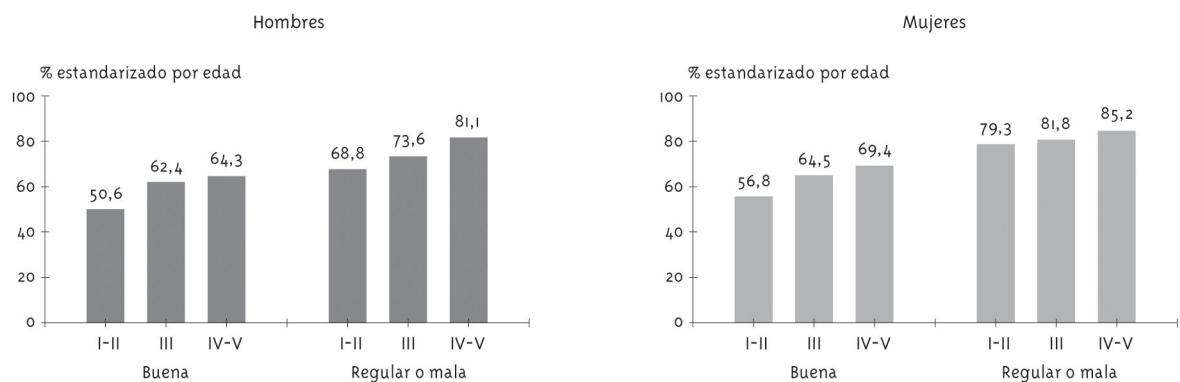
III: Clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad)

IV-V: Clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados)

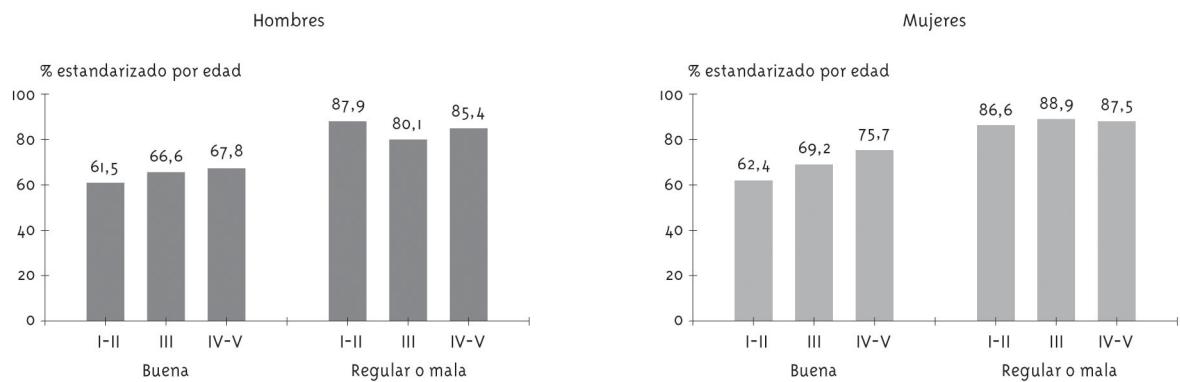
Fuente: Encuestas de salud de Catalunya de 1994 y 2002 (elaboración propia)

Figura 2 - Visita al médico general según clase social y estado de salud. Hombres y mujeres, Cataluña 1994 y 2002

Año 1994



Año 2002



I-II: Clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario)

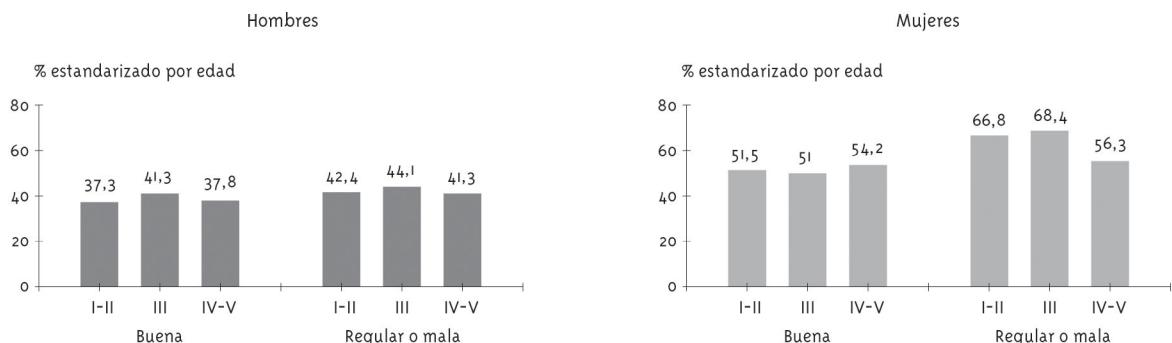
III: Clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad)

IV-V: Clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados)

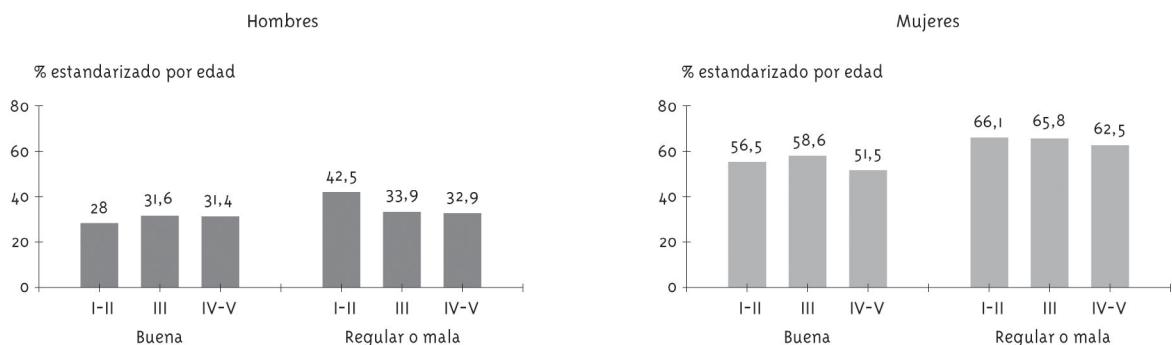
Fuente: Encuestas de salud de Catalunya de 1994 y 2002 (elaboración propia).

Figura 3 - Visita al médico especialista según clase social y tipo de cobertura sanitaria. Hombres y mujeres, Cataluña 1994 y 2002

Año 1994



Año 2002



I-II: Clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario)

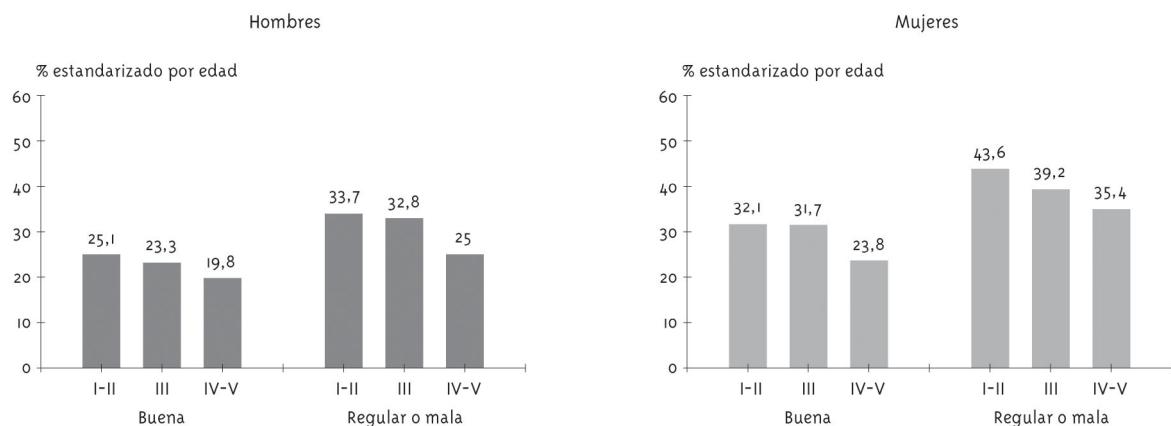
III: Clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad)

IV-V: Clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados)

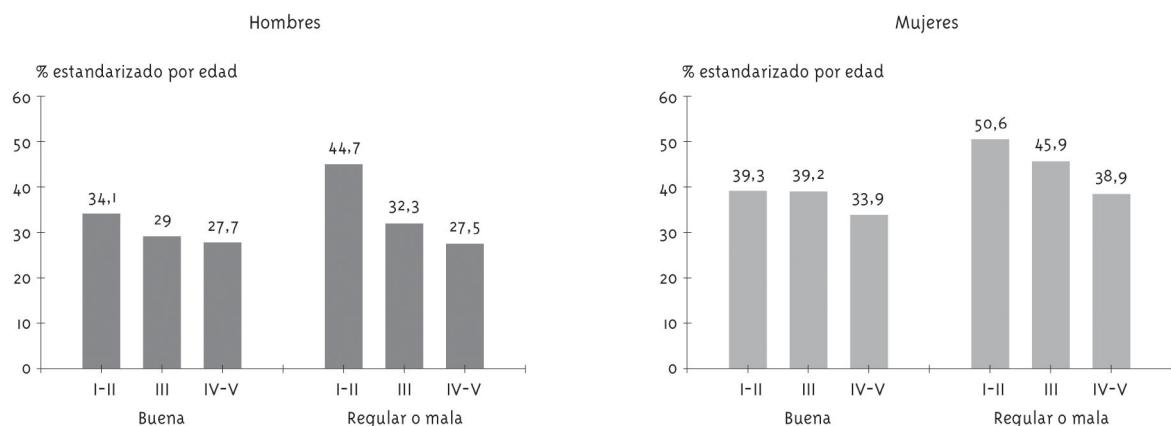
Fuente: Encuestas de salud de Catalunya de 1994 y 2002 (elaboración propia).

Figura 4 - Visita al dentista según clase social y tipo de cobertura sanitaria. Hombres y mujeres, Cataluña 1994 y 2002

Año 1994



Año 2002



I-II: Clases sociales I-II (directivos y profesionales con titulación de segundo y tercer ciclo universitario)

III: Clase social III (personal administrativo, de servicios y de seguridad)

IV-V: Clases sociales IV-V (trabajadores manuales cualificados y no cualificados)

Fuente: Encuestas de salud de Catalunya de 1994 y 2002 (elaboración propia).

Conclusiones

Los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero tanto la calidad como la cobertura de los mismos son una parte integral de la definición del desarrollo y constituyen unos de los principales indicadores de bienestar social.

Los sistemas de financiación de los servicios sanitarios basados en los impuestos generales suelen ser más progresivos y el acceso a los servicios suele ser más equitativo que en otro tipo de sistemas. Además, la ausencia de cobertura sanitaria se ha asociado a una peor situación de salud de la población, a una menor utilización de servicios sanitarios preventivos y a recibir menos servicios terapéuticos. Respecto a la organización de los sistemas sanitarios, se ha descrito la existencia de una relación entre la orientación a la atención primaria de salud y una buena capacidad resolutiva, una mayor calidad y unos mejores niveles de salud de la población.

En Cataluña, donde existe un Sistema Nacional de Salud con cobertura universal, el acceso a los servicios sanitarios curativos no presenta desigualdades según clase social, pero si el acceso a los servicios no cubiertos por el sistema como el acceso a la odontología y también el acceso a los servicios preventivos, como por ejemplo la realización de mamografías periódicas por parte de mujeres de 50 a 64 años con el fin de diagnosticar precozmente un cáncer de mama.

Agradecimientos

Este artículo se ha basado parcialmente en el siguiente trabajo: Borrell C, Rajmil L, Pérez G. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris. En: Borrell C, Benach J (coords). Informe del CAPS i de la Fundació Jaume Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Cataluña. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.

Referencias

ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 905-925, 2002.

ALVAREZ-DARDET, C.; MONTAGUD, C.; RUIZ, M. T. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *European Journal of Public Health*, Karlstad, v. 11, p. 225-6, 2001.

ANDRULIS, D. P. Acces to care is the centerpiece in the elimination of socioeconomic disparities in health. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 129, p. 412-416, 1998.

BARTLEY, M.; FERRIE, J.; MONTGOMERY, S. M. Living in a high-unemployment economy: understanding the health consequences. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 81-104.

BENACH, J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 11, p. 255-57, 1997.

BLACK, D.; MORRIS, J. N.; SMITH, C.; TOWNSEND, P. The Black report. In: TOWSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITHEAD, M. *Inequalities in Health: the Black report and the health divide*. London: Penguin Books, 1988. p.31-213.

BLANE, D. The life-course, the social gradient and health. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 64-80.

BLAXTER, M. Health services as a defence against the consequences of poverty in industrialised societies. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 17, p. 1139-48, 1983.

BORRELL, C. et al. Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance?. *International Society for Quality in Health Care*, Oxford, v. 13, p. 117-125, 2001.

BORRELL, C.; BENACH, J. Y. La evolución de las desigualdades en salud en Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona. En prensa.

BORRELL, C.; RAJMIL, L.; PÉREZ, G. Les desigualtats en la utilització de serveis sanitaris. In: BORRELL, C.; BENACH, J. (Coord.). *Informe del CAPS i de la Fundació Jaume Bofill: l'evolució de les desigualtats en salut a Cataluña*. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005. p. 131-160.

- CASAS-ZAMORA, A. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 11, p. 397-408, 2002.
- DALGHREN, G.; WHITEHEAD, M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
- DAVEY SMITH, G., BLANE, D., BARTLEY, M. Explanations for socio-economic differentials in mortality: evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health*, Oxford, v. 4, p. 131-44, 1994.
- DAVEY SMITH, G.; SHIPLEY, M. J.; ROSE, G. Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 44, p. 265-70, 1990.
- DE SPIEGELAERE, M.; DRAMAIX, M.; HENNART, P. Social inequalities and prevention: vaccination of adolescents. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, Paris, v. 44, p. 228-36, 1996.
- ELOLA, J.; DAPONTE, A.; NAVARRO, V. Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 85, p. 1397-401, 1995.
- FRENK, J. Medical care and health improvement: the critical link. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 129, p. 419-420, 1998.
- GRUPO SEE Y GRUPO SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 25, p. 350-63, 2000.
- HADLEY, J. Sicker and poorer: the consequences of being uninsured: a review of the research on the relationship between health insurance, medical care use, health, work, income. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oaks, v. 60, p. 3S-75S, 2003. Supplement.
- HSIAO, W. C.; Liu, Y. Health care financing: assessing its relationship to health equity. In: EVANS, T. et. Al. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001. p. 260-175.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*, New York, v. 71, p. 83-96, 2005.
- JARVIS, M. J.; WARDLE, J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 240-255.
- KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *New York: the society and population health reader*. New York: The New Press, 1999. V.1: Income inequality and health.
- LARIZGOITIA, I.; STARFIEL, B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy*, New York, v. 41, p.121-37, 1997.
- LU, J. R.; HSIAO, W. C. Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwán. *Health Affairs*, Philadelphia, v. 22, p.77-88, 2003.
- LYNCH, J.; DAVEY SMITH, G.; KAPLAN, G. A.; HOUSE, J. S. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment or material conditions. *BMJ*, London, v. 320, p. 1200-4, 2000.
- MCINTYRE, S.; HISCOCK, R.; KEARNS, A., ELLEWAY, A. Housing tenure and health inequalities: a three dimensional perspective on people, homes and neighbourhoods. In: Grahan H (ed.). *Understanding health inequalities*. Buckingham: Open University Press, 2000.p. 129-142.
- MACKENBACH, J. P.; BAKKER, M. J. European network on interventions and policies to reduce inequalities in health: tackling socioeconomic inequalities in health; analysis of European experiences. *Lancet*, London, v. 362, p. 1409-14, 2003.
- MACKENBACH, J. P.; STONKS, K.; KUNST, A. E. The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical care. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 29, p. 369-76, 1989.
- MARMOT, M. G. et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, London, v. 337, p. 1387-93, 1991.
- MARMOT, M. G.; SIEGRIST, J.; THEORELL, T.; FEENEY, A. Health and psychosocial environment at work. In: MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (Ed.). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999. p. 105-131.

- MASUET, C.; SÉCULI, E.; BRUGULAT, P. TRESSERRAS, R. La práctica de la mamografía preventiva en Cataluña: un paso adelante. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 18, p. 321-325, 2004.
- NAVARRO, V. Neoliberalism, "globalization", unemployment, inequalities and the welfare state. In: NAVARRO, V. (Ed.). *The political economy of social inequalities: consequences for health and quality of life*. Amityville: Baywood Publishing Compart, 2002. p. 33-107.
- NAVARRO, V. et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. In: NAVARRO, V. (Ed.). *The political context and social contexts of health*. Amityville, New York: Baywood Publishing Compart, 2004. p. 11-86.
- RAJAMIL, L. et al. The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain). *Archives of Disease in Childhood*, London, v. 83, n. 3, p. 211-214, 2000.
- REVERTE-CEJUDO, D.; SÁNCHEZ-BAILE, M. Devolving health services to Spain's autonomous regions. *BMJ*, London, v. 318, p. 1204-5, 1999.
- SHI, L. Primary care, specialty care, and life chance. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 24, p. 31-58, 1994.
- SHI, L. Balancing primary versus specialty care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, London, v. 88, p. 428-32, 1995.
- STARFIELD, B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- SUÁREZ-BEWRENGUELA, R. M. *Health System inequalities and inequities in Latin America and the Caribbean: findings and policy implication; working document*. Washington: Pan American Health Organization, 2000.
- WAGSTAFF, A. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 18, p. 263-290, 1999.
- VAN DOORSLAER, E. et al. *Income-related inequality in the use of medical care in 21 C countries*. Paris: OECD Publishing, 2004a. (OECD Health Working papers no. 14). Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2005.
- VAN DOORSLAER, E.; COLMAN, X.; JONES, A. M. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economics*, New York, v. 13, p. 629-647, 2004b.
- VAN DOORSLAER, E. et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, Amsterdam, v. 19, p. 553-83, 2000.
- VEUGELERS, P. J.; YIP, A. M. Socioeconomic disparities in health care use: does universal coverage reduce inequalities in health? *Journal of Epidemiologic Community Health*, London, v. 57, p. 424-428, 2003.
- WHITEHEAD, M. The health divide. In: TOWSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. *Inequalities in health: the black report and the health divide*. London: Penguin Books, 1988. p. 219-400.

Recebido em: 10/01/2006

Aprovado em: 07/03/2006