

# Evidencias acerca da relación entre a posición socioeconómica e a saúde, e a súa importancia para a intervención



*O acceso universal ao sistema sanitario nos países desenvolvidos consegue aminorar as consecuencias das enfermidades, pero non pode evitar a aparición de moitos problemas de saúde, en cuxa orixe as circunstancias sociais e económicas teñen un papel importante. Numerosos estudos amosan que as diferenzas socioeconómicas na exposición a circunstancias materiais adversas, nas condutas de risco para a saúde ou nos factores psicosociais ao longo da vida son algúns dos factores que explican as desigualdades socioeconómicas na saúde. Eses estudos sobre as causas das desigualdades na saúde contrastan coa ausencia de evidencia acerca das intervencións para a súa redución. Afortunadamente os estudos comparativos que mostran as desigualdades socioeconómicas en canto á saúde en varios países ou a tendencia no tempo ofrecen pistas acerca das intervencións que poden diminuír o impacto dos factores sociais e económicos sobre a saúde.&*

**& Palabras clave:** posición socioeconómica, mortalidade, desigualdades socioeconómicas na saúde, intervencións baseadas na evidencia, intervencións para reducir as desigualdades na saúde



## INTRODUCCIÓN

A alusión á presenza de diferenzas socioeconómicas no que concerne á saúde nos países desenvolvidos adoita chamar a atención de moitas persoas, incluídas aquelas de elevada cualificación profesional. Altos cargos da Administración pública, representantes políticos, xornalistas, profesionais sanitarios, profesores universitarios, etc., a miúdo amosan o seu abraio ante este comentario. En liñas xerais sabíase da existencia de importantes diferenzas no que respecta á saúde entre os estratos socioeconómicos de poboación no século XIX, cando os efectos non-desexables da revolución industrial orixinaron unhas condicións de vida especialmente adversas na poboación traballadora e, como consecuencia, a súa esperanza de vida era moito menor que a esperanza de vida nos membros da aristocracia, nos suxeitos pertencentes á burguesía industrial ou nos comerciantes (Rodríguez Ocaña, 1987). No entanto, pénsase que as diferenzas na saúde entre ricos e pobres desapareceron nos nosos días posto que toda a poboación goza de condicións hixiénico-sanitarias adecuadas e, sobre todo, porque o sistema sanitario público logrou a cobertura universal da poboación.

Posiblemente isto tamén era o que pensaba o secretario de Estado de asuntos sociais no Reino Unido, antes de recibir, en 1980, o informe dun grupo de traballo, fundado tres anos antes, cuxo obxectivo era avaliar a evidencia en torno á existencia de desigualdades socioeconómicas na saúde. O informe dese grupo de traballo, presidido por sir Douglas Black, presidente do Real Colexio de Médicos, mostraba que en Inglaterra e en Gales a mortalidade nos homes e nas mulleres de clase socioeconómica máis baixa era 2,5 veces superior á mortalidade nos homes e nas mulleres de clase socioeconómica máis alta (Towsend e Davidson, 1982). É dicir, a pesar da existencia no Reino Unido do Servizo Nacional de Saúde desde 1948, os estratos socioeconómicos de poboación máis baixos gozaban peor saúde que as clases altas. Quizais foron estes resultados inesperados para o secretario de Estado, os que o levaron a tomar a decisión de non publicar o informe dese grupo de traballo creado polo Goberno anterior. A publicación do informe —coñecido como *Informe Black*— foi realizada polos propios autores dous anos máis tarde.

Investigacións posteriores en diversos países obtiveron idénticos resultados. Así, por exemplo, en España, a mortalidade dos traballadores manuais no período 1980-1982 foi 1,65 veces superior á mortalidade dos directivos (Regidor e González, 1989). Igualmente, nun estudo que investigou as diferenzas socioeconómicas na mortalidade en once países europeos ao principio da década dos anos oitenta (Mackenbach et al., 1997), os autores observaron que a mortalidade no grupo con menor nivel socioeconómico era entre un 30% e un 70% máis alta que a mortalidade no grupo con maior nivel socioeconómico.

Os datos achegados polo *Informe Black*, xunto cos obtidos en investigacións similares realizadas posteriormente noutros países, confirmaron a sospeita de que a solución a unha gran parte dos problemas de saúde estaba fóra do sistema de asistencia sanitaria e eliminaron a crenza de que as desigualdades socioeconómicas en relación co risco de enfermarse e de morrer puidesen ser reducidas de maneira significativa polo sistema sanitario. O acceso universal ao sistema sanitario nos países desenvolvidos conseguiu aminorar as consecuencias das enfermidades en toda a poboación, pero obviamente pode facer pouco por evitar a aparición de moitos problemas de saúde, en cuxa orixe as circunstancias sociais e económicas dos individuos teñen un papel moi importante.

## 1. A RELACIÓN ENTRE A POSICIÓN SOCIOECONÓMICA E A SAÚDE NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS

A publicación do *Informe Black* constituíu un fito histórico no ámbito da saúde pública e contribuíu ao crecemento dunha importante liña de investigación en todos os países desenvolvidos, co obxectivo de obter evidencia acerca da magnitude e as causas das desigualdades socioeconómicas na saúde. Dentro do campo da epidemioloxía social e outras disciplinas da saúde pública, o termo *desigualdade socioeconómica na saúde* emprégase xeralmente para referirse ás diferenzas absolutas ou relativas na frecuencia dos problemas de saúde entre as distintas categorías dunha variable que reflicte a posición socioeconómica dos individuos (Regidor, 2004). Por esta razón, o significado das desigualdades socioeconómicas na saúde neste capítulo fai referencia ás diferenzas na mortalidade, na morbilidade ou en calquera outro problema de saúde entre os individuos con distintas posicións na estrutura socioeconómica.

### 1.1. Medidas de posición socioeconómica

Téñense descrito unha gran variedade de medidas de posición socioeconómica: o nivel de estudos, a relación coa actividade económica —ocupado, parado, fóra do mercado de traballo—, a situación de emprego —empresario, autónomo, asalariado—, a ocupación, a posición xerárquica que representa o posto de traballo na organización, a clase social baseada na ocupación e/ou na situación de emprego, os ingresos económicos, o nivel de privación material, o réxime de propiedade da vivenda, as condicións materiais da vivenda, etc. (Galobardes et al., 2006a; Galobardes et al., 2006b). Non obstante, as medidas máis utilizadas na maioría das investigacións que avaliaron a relación da posición socioeconómica coa saúde foron tres: nivel de estudos baseado na titulación máis alta alcanzada, os ingresos económicos ou indicadores de riqueza e a clase social baseada na ocupación.

O nivel de estudos representa un activo relacionado co coñecemento dos individuos (Lynch e Kaplan, 2000). O coñecemento e as habilidades adquiridas a través da educación poden afectar a función cognitiva dos individuos, facilitar que os suxeitos sexan máis receptivos ás mensaxes de educación para a saúde e posibilitar que fagan un uso adecuado dos servizos sanitarios. Tamén se sabe que a educación proporciona os recursos cognitivos que afectan as preferencias temporais —capacidade de retrasar as gratificacións e maior valoración do futuro— en relación coas condutas de risco para a saúde. Posiblemente, as persoas con menor nivel de estudos asumen máis condutas de risco para a saúde porque o valor que dan a vivir en idades avanzadas é menor. Ademais, o nivel de estudos é un indicador dunha gran variedade de influencias ao longo da vida que afectan a saúde. Concretamente, debido á relación do nivel de estudos dun individuo coa posición socioeconómica dos pais, o nivel de estudos pode reflectir os recursos materiais e intelectuais da familia de orixe. Así mesmo, o nivel de estudos influencia outros recursos da etapa de adulto, como o emprego ou os ingresos económicos.

A figura 1 e a táboa 1 mostran os achados de dúas investigacións realizadas en España sobre desigualdades na saúde segundo o nivel de estudos (Regidor et al., 2006a; Arias e Borrell, 1998). A percepción negativa da saúde e a mortalidade nos suxeitos sen estudos son máis altas que nos suxeitos con estudos universitarios. En ambos os casos obsérvase un gradiente na saúde de acordo co nivel de estudos completado polos individuos.

Os ingresos económicos poden influenciar a saúde a través de recursos materiais que mostran relación con algúns factores determinantes máis próximos aos problemas de saúde. Por exemplo, os ingresos económicos posibilitan o acceso a recursos de calidade, como a comida ou a vivenda, ou a determinados servizos que influencian condutas que promocio- nan a saúde, como algunhas actividades de tempo libre. Igualmente, os ingresos económi- cos proporcionan unha posición social e autoestima que facilita a participación social (Galobardes et al., 2006a). Noutras ocasións utilízanse indicadores de riqueza, sobre todo nas investigacións realizadas no Reino Unido. As medidas de riqueza refírense aos activos finan- ceiros e físicos, o que sería os *activos mobiliarios* e *inmobiliarios* na terminoloxía fiscal—. Algunhas destas medidas son o valor económico da vivenda, os investimentos, as herdanzas, ou as pensións. Suponse que a combinación destes recursos predí mellor a saúde que os ingresos económicos. Mentres que os ingresos económicos reflectirían os recursos dispoñi- bles nun determinado período de tempo, as medidas de riqueza indicarían a acumulación deses recursos ao longo do tempo.

Un exemplo da relación entre os ingresos económicos e a saúde en España amósase na táboa 2, onde pode observarse o gradiente na frecuencia de incapacidade permanente segundo os ingresos económicos do fogar (Regidor et al., 2006b). A frecuencia de persoas que padecen algún tipo de incapacidade permanente é máis alta nos fogares incluídos no cuartil máis baixo de ingresos que naqueles incluídos no cuartil máis alto.

Polo que se refire á clase social é preciso mencionar a existencia dunha gran variedade de indicadores. Cada medida de clase social reflicte aspectos diferentes que se relacionan coa saúde. Algunhas medidas de clase social están baseadas na ocupación do suxeito —ou da persoa que se toma como referencia no fogar—. A ocupación está relacionada co nivel de ingresos económicos e, por tanto, pode reflectir a asociación dos recursos materiais coa saúde. A ocupación tamén está relacionada coa posición social e con certos privilexios aso- ciados a unha mellor posición social —maior acceso aos servizos sanitarios, á educación ou a determinados servizos na área de residencia—, o que pode proporcionar mellores niveis de saúde. Finalmente a ocupación pode reflectir a exposición a riscos físicos e químicos do ambiente laboral que incrementan o risco de aparición de enfermidades e problemas de saúde.

Outras medidas da clase social están baseadas en determinadas características do empre- go. Estas clasificacións están inspiradas na corrente neoweberiana. De acordo con esta clasi- ficación as diferenzas na saúde entre clases sociais atribúense a diferenzas no grao de auto- nomía no traballo, a diferenzas nos sistemas de remuneración e de recompensas ou a dife- renzas nas posibilidades de promoción profesional (Bartley et al., 1996; Chandola, 1998; Galobardes et al., 2006b). Finalmente hai que reflectir a clasificación de clase social de inspi- ración neomarxista, baseada nas relacións de propiedade dos medios de produción, no grao de control sobre os bens de organización e na posesión ou non de cualificación profesional e de credenciais académicas (Krieger et al., 1997). Neste caso, as diferenzas na saúde entre as clase sociais obedecen ao conflito xerado pola localización contraditoria dentro deste sis- tema de clases (Muntaner et al., 2003, Galobardes et al., 2006b).

A figura 2 e a táboa 3 mostran os achados de dúas investigacións acerca das diferenzas na mortalidade segundo a clase social baseada na ocupación (Regidor et al., 1996; Regidor et al., 2005). Tanto no conxunto da mortalidade, como na mortalidade por causas específi-

cas de morte, o risco de mortalidade é maior nos traballadores manuais que no grupo dos empresarios, directivos e profesionais con titulación superior.

## 1.2. Desigualdades socioeconómicas na saúde nos países de Europa occidental

En todos os países desenvolvidos lévanse realizado unha inxente cantidade de investigacións que, ao igual que no caso de España, puxeron de manifesto a existencia dun gradiente socioeconómico na mortalidade e na frecuencia dunha gran variedade de problemas de saúde. Pero á parte deses estudos realizados en distintos países, tamén hai investigacións que estudan poboacións de diferentes lugares ao mesmo tempo. Así, por exemplo, nunha investigación con diversas poboacións de Europa occidental (Dalstra et al., 2006), observouse que a percepción negativa da saúde é sempre maior nos suxeitos con nivel de estudos baixo que nos suxeitos con nivel de estudos alto (figura 3).

Igualmente, outra investigación con varias poboacións europeas puxo de manifesto que a mortalidade nos homes e nas mulleres cun nivel de estudos baixo era 1,32 e 1,26 veces superior á mortalidade nos homes e nas mulleres cun nivel de estudos alto (táboa 4). Esa maior mortalidade nas persoas con menor nivel de estudos comprobouse tamén para a maioría das causas de morte (Huisman et al., 2005). Por outro lado, cando se estudaron esas poboacións por separado constatouse que, en liñas xerais, as desigualdades socioeconómicas na mortalidade eran máis altas nas poboacións do norte que nas poboacións do sur de Europa. Este patrón xeográfico de mortalidade non fai máis que reflectir as diferenzas socioeconómicas na mortalidade polas principais causas de morte, como a enfermidade isquémica do corazón ou o cancro de pulmón. Así, nos suxeitos de 30 a 59 anos, as diferenzas relativas na mortalidade por enfermidade isquémica do corazón entre os homes con nivel de estudos baixo e os homes con nivel de estudos alto oscilaban entre 1,60 e 2,00 nos países nórdicos, en Inglaterra e en Gales, mentres que nas poboacións de Turín, Barcelona e Madrid oscilaban entre 1,10 e 1,35 (Avendano et al., 2006). Pola súa banda, nas mulleres, esas diferenzas oscilaban entre 2,57 e 3,65 nas poboacións do norte de Europa e entre 1,22 e 1,62 nas poboacións do sur de Europa (táboa 5).

Algo semellante se observa en canto ás diferenzas relativas na mortalidade por cancro de pulmón (Mackenbach et al., 2004), coa excepción de que nas poboacións do sur de Europa a mortalidade nas mulleres con nivel de estudos baixo era inferior á mortalidade nas mulleres de nivel de estudos alto (táboa 5). A situación na epidemia de tabaquismo —principal factor de risco do cancro de pulmón— nas poboacións do sur con respecto ás poboacións do norte de Europa explican eses achados. A epidemia de tabaquismo nos países do sur encóntrase nunha etapa anterior á epidemia nos países do norte, xa que nos países do sur as mulleres de posición socioeconómica baixa comezaron a incorporarse ao hábito do tabaquismo recentemente, mentres que noutros países, coma nos Estados Unidos de América, no Reino Unido, ou nos países nórdicos, as mulleres xa se incorporaron hai algunhas décadas.

## 2. EXPLICACIÓNS DA RELACIÓN ENTRE A POSICIÓN SOCIOECONÓMICA E A SAÚDE

As investigacións realizadas nas últimas dúas décadas achegaron algunhas pistas para comprender por que se orixinan as desigualdades socioeconómicas na saúde. A figura 4 mos-

tra algúns dos posibles mecanismos polos que a posición socioeconómica aparece asociada á saúde.

### 2.1. Exposición a condutas de risco para a saúde

Determinadas condutas —tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, ausencia de exercicio físico, obesidade, alimentación inadecuada, etc.— están asociadas á aparición de problemas de saúde e a un maior risco de mortalidade. Posiblemente, a distinta frecuencia de condutas de risco para a saúde nos diferentes grupos socioeconómicos contribúa a explicar a orixe das desigualdades socioeconómicas naqueles problemas de saúde que presentan unha forte asociación con eses factores de risco. É o caso das enfermidades cardiovasculares ou de determinadas localizacións de cancro. As enfermidades cardiovasculares e, máis concretamente, a enfermidade isquémica do corazón constitúen os problemas de saúde en que máis se leva investigado o papel destes factores de risco co fin de explicar a relación entre a posición socioeconómica e a saúde. Concretamente, diversos estudos suxiren que as condutas de risco para a saúde, xunto coas elevadas concentracións de colesterol sérico e coa presión arterial elevada, explican unha parte importante das desigualdades socioeconómicas na mortalidade por enfermidade isquémica do corazón (Lynch et al., 1996; Van Lenthe et al., 2002).

### 2.2. Exposición a factores psicosociais

Varias investigacións mostraron xa que os factores psicosociais predín a mortalidade e, sobre todo, a mortalidade por enfermidade isquémica do corazón. É o caso de determinados factores, como estrés, ansiedade, hostilidade, cólera, depresión, ausencia de autonomía no posto de traballo (Kawashi et al., 1996; Bosma et al., 1998; Hemingway e Marmot, 1999; Risengren, 2004). Por esa razón, considerouse que unha maior exposición a factores psicosociais nos suxeitos de posición socioeconómica baixa podería contribuír a explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde.

Neste sentido, algunhas investigacións xa sinalaran que parte do exceso na mortalidade por calquera causa nos suxeitos con menores ingresos económicos (Lynch et al., 1996) ou nos suxeitos con menor nivel de estudos (Bosma et al., 1999) se explica pola diferente exposición aos factores de risco psicosociais entre os distintos grupos socioeconómicos. Outra investigación mostrou que o exceso no risco de enfermidade isquémica do corazón nos suxeitos que ocupan unha posición socioeconómica máis baixa, con respecto aos que se sitúan nunha posición socioeconómica máis alta, diminuíu un 30% despois de ter en conta diversos factores psicosociais do contorno laboral (Marmot et al., 1997).

Non obstante, algunhas investigacións non atopan relación entre os factores psicosociais e a aparición da enfermidade isquémica do corazón, tanto na enfermidade asintomática (O'Malley et al., 2000; Diez Roux et al., 2006) coma naquela que se manifesta clinicamente (Macleod et al., 2002). Por ese motivo, algúns autores rexeitan a hipótese psicosocial como explicación das desigualdades socioeconómicas na enfermidade isquémica do corazón. Estes autores argumentan a existencia dun posible nesgo de información na maioría das investigacións que mostran relación entre os factores psicosociais e a aparición desa enfermidade (Macleod e Davey Smith, 2003; Macleod et al., 2006). Na súa opinión, a medición

da exposición a factores psicosociais e a medición da enfermidade isquémica do corazón teñen a súa base na información proporcionada polos suxeitos e, en liñas xerais, as persoas que se senten máis angustiadas ou desgraciadas tamén adoitan manifestar con maior frecuencia enfermidades.

### 2.3. Exposición a circunstancias materiais

A desigual distribución de circunstancias materiais adversas para a saúde foi o argumento ao que os autores do *Informe Black* deron máis importancia á hora de explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde (Townsend e Davidson, 1982). De acordo con esa hipótese, determinadas circunstancias materiais, como as dificultades financeiras, o desemprego, as malas condicións da vivenda ou a exposición a determinados riscos físicos e químicos do contorno laboral, explicarían a maior parte da relación entre a posición socioeconómica e a saúde. Varios autores británicos seguen asumindo a explicación materialista como a máis importante (Davey Smith et al., 1998, 2000), a pesar de que as súas aseveracións non sempre estiveron apoiadas por evidencias empíricas, xa que o número de investigacións que contrastaron esta hipótese é moito menor que o número de investigacións que contrastaron outras hipóteses explicativas.

Non obstante, nos últimos anos apareceron investigacións de autores holandeses que identifican o papel das circunstancias materiais na explicación das desigualdades socioeconómicas na saúde (Schrijvers et al., 1999; Van Lenthe et al., 2002; Van Oort et al., 2005). Concretamente estas investigacións demostran que a relación entre a posición socioeconómica dos suxeitos —medida por medio do nivel de estudos— e a mortalidade se debe principalmente a factores materiais, xa sexa polo seu efecto directo ou polo seu efecto indirecto sobre as condutas de risco ou sobre os factores psicosociais (Schrijvers et al., 1999; Van Oort et al., 2005). Algo máis da metade das diferenzas na mortalidade segundo o nivel de estudos atribuíronse ás circunstancias materiais.

### 2.4. Selección social

Na maioría das investigacións, a medición das condutas de risco para a saúde, das circunstancias materiais e a exposición a factores psicosociais realízase no momento da medición da posición socioeconómica. Polo que cabe preguntarse ata que punto as diferenzas socioeconómicas nos factores de risco para a saúde son un efecto da posición socioeconómica. A explicación en termos de selección social suxire que a saúde —ou algunhas características relacionadas coa saúde— é a que determina a posición socioeconómica, no canto de que a posición socioeconómica determine a saúde.

A selección social pode suceder se os individuos máis enfermos e incapacitados descenden na xerarquía social e se concentran nos estratos socioeconómicos máis baixos ao final da súa vida economicamente activa. Hai algunha evidencia que mostra que as persoas enfermas teñen menos probabilidades de ascender e máis probabilidades de descender na estrutura socioeconómica que as persoas sas (Blane et al., 1993; Van de Mheen et al., 1999). Pero, en liñas xerais, a contribución desta mobilidade social ás desigualdades socioeconómicas na saúde é insignificante (Blane et al., 1993). A selección social tamén pode producirse se o nivel de saúde na infancia determina tanto o nivel de saúde como a posición socioeconómica alcanzada na etapa de adulto. Os resultados de diversos estudos lonxitudinais, nos que se avalía a relación do nivel de saúde na infancia coa saúde e coa posición socioeconómica na



etapa de adulto descartan este tipo de selección social como explicación das desigualdades sociais na saúde na etapa de adulto (Wadsworth, 1986; Ross et al., 1992).

En cambio, hai evidencia de que algúns factores relacionados coa saúde na infancia determinan o nivel de saúde e a posición socioeconómica alcanzada na etapa de adulto. É o caso das circunstancias socioeconómicas na infancia, como a clase social e o nivel de estudos dos pais, que se asocian coa posición socioeconómica que os individuos alcanzan na etapa de adulto (Kuh et al., 1997), e tamén cunha gran variedade de aspectos da saúde na etapa temperá da vida que, a súa vez, predín a aparición de problemas de saúde na etapa de adulto (Power e Matthews, 1997). Por exemplo, as circunstancias socioeconómicas dos pais asócianse co peso dos nenos ao nacer, e aqueles nados cun baixo peso teñen unha maior probabilidade de presentar diversas enfermidades crónicas na etapa de adulto, coma a *diabetes mellitus* e as enfermidades cardiovasculares (Barker, 1998; Regidor, 2006c), da mesma forma, as circunstancias socioeconómicas na infancia contribúen ao risco de sufrir varias enfermidades crónicas no adulto (Galobardes et al., 2004).

## 2.5. Influencia de diferentes factores e circunstancias ao longo da vida

En opinión dalgúns autores a estrutura socioeconómica implica un agrupamento de vantaxes e desvantaxes materiais (Davey Smith et al., 1994). Así, por exemplo, nas ocupacións en que existe unha importante exposición a riscos físicos e químicos para a saúde, tamén é probable que exista unha exposición a factores de risco psicosociais. De igual xeito, aquelas persoas que residen en zonas cunha gran contaminación atmosférica tamén é probable que residan en vivendas de baixa calidade e que a súa alimentación non sexa saudable. Ese agrupamento de vantaxes e desvantaxes materiais tamén se observa ao longo da vida. Os individuos que nacen en familias con baixo nivel educativo e/ou pertencentes aos estratos socioeconómicos baixos, teñen máis probabilidades de fracaso escolar, de obter os postos de traballo con menos seguridade e máis inestabilidade, e de estar máis tempo desempregados (Power e Matthews, 1997).

Neste sentido, unha gran cantidade de investigacións mostran que, conforme aumenta o número de exposicións socioeconómicas adversas ao longo da vida, ten lugar un incremento gradual da mortalidade, do risco de padecer enfermidades crónicas e da probabilidade de que apareza algún tipo de incapacidade (Davey Smith et al., 1997; Lynch et al., 1997; Wamala et al., 2001; Lawlor et al., 2003; Singh-Manoux et al., 2004).

Á hora de expoñer as razóns polas que a posición socioeconómica se asocia coa aparición de enfermidades crónicas no adulto, as explicacións que teñen en conta o transcurso da vida dos individuos intentan ir máis alá da concepción epidemiolóxica centrada nos factores de risco e na idea de que estes factores actúan de maneira independente. Estas propostas recoñecen a utilidade da procura das contribucións independentes de diferentes factores ao risco de padecer enfermidades crónicas, pero critican a concepción desas posibles relacións como atemporais (Davey Smith et al., 2002). Os factores de risco que se observan na etapa de adulto nun determinado momento son considerados o resultado de interrelacións entre exposicións sociais e biolóxicas que se desenvolven de maneira conxunta ao longo do tempo. En opinión de Mackenbach, esta teoría resolve o debate científico entre os modelos explicativos centrados na diferente exposición a distintos factores de risco para a saúde, e aqueloutros centrados nos mecanismos de selección, ao sinalar que ambos os mecanismos poden estar

operando e reforzándose entre si, de tal forma que conducen a unha acumulación de desvantaxes sociais e de risco, e á problemas de saúde ao longo da vida (Mackenbach, 2005).

### **3. INTERVENCIÓNS PARA REDUCIR AS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS NA SAÚDE**

Desde o final da pasada centuria, a investigación co obxectivo de describir e explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde nos países desenvolvidos coexiste cun interese crecente por parte dos investigadores e políticos nas estratexias máis adecuadas para reducilas (Benzeval et al., 1995; Acheson et al., 1998; Macintyre et al., 2001; Östlin e Diderichsen, 2001; Mackenbach e Stronks, 2002; Mackenbach e Bakker, 2003; Department of Health, 2004; Petticrew et al., 2004; Whitehead et al., 2004; Dixon e Sibthorpe, 2003). A maioría das propostas de intervención poden resumirse en dous grandes grupos non incompatibles entre si: aquelas dirixidas a reducir as desigualdades socioeconómicas e aquelas dirixidas aos determinantes máis próximos á saúde.

Nas propostas de intervención do primeiro tipo asúmese que a estrutura socioeconómica sitúa algunhas persoas en posicións socioeconómicas adversas e con maior risco de sufrir problemas de saúde. A proposta de políticas fiscais, económicas e sociais dirixidas cara á distribución da renda, o emprego, o benestar das familias e a provisión de servizos públicos, como a asistencia sanitaria ou a educación, está xustificada porque estas intervencións amortecen o impacto das desigualdades que orixina a estrutura socioeconómica e melloran as condicións materiais de vida das persoas que están en peor situación. E como consecuencia desta mellora espérase que aumente o nivel de saúde destas persoas e/ou se reduza nelas o risco de aparición de enfermidades e outros problemas de saúde. O segundo tipo de propostas de intervención ten o seu fundamento na evidencia coñecida —e sinalada ao longo do apartado anterior— de que gran parte da relación entre a posición socioeconómica e a saúde pode explicarse por diversos factores de risco materiais, psicosociais e de conduta, cuxa frecuencia é maior nos suxeitos de posición socioeconómica máis baixa.

#### **3.1. Efectividade das intervencións**

Unha das dificultades máis importantes coa que se enfronta o desenvolvemento de estratexias neste campo é a ausencia de evidencia acerca da efectividade das políticas para reducir as desigualdades socioeconómicas na saúde, o que contrasta coa gran cantidade de evidencia respecto á magnitude e ás causas destas desigualdades. Sirva como exemplo a encarga que o Ministerio de Saúde de Inglaterra e Gales fixo a un grupo de expertos en 1997, co obxecto de que formularsen recomendacións sobre o tipo de intervencións máis adecuadas que deberían levarse a cabo para diminuír as diferenzas na saúde entre os distintos grupos socioeconómicos (Acheson, 1998). Despois de varios meses de traballo, o grupo comprobou a ausencia de evidencia empírica sobre a efectividade deste tipo de intervencións (Macintyre et al., 2001). Isto é algo que xa se sinalara algúns anos antes, nunha das poucas revisións sobre intervencións realizadas para a redución das desigualdades socioeconómicas na saúde. Nela, os autores mostraron a ausencia de datos concluíntes nos que basear as políticas racionais que pretendan diminuír as desigualdades socioeconómicas na saúde (Gepkens e Gunning-Schepers, 1996).

Nestas consideracións acerca da ausencia de base científica para xulgar a efectividade das intervencións, asúmense como criterio fundamental de evidencia os resultados de ensaios ale-

atorizados controlados. No exemplo máis clásico deste tipo de ensaios, realizados frecuentemente na investigación médica, selecciónase un conxunto de individuos que son asignados de maneira aleatoria a dous grupos: un grupo recibe un medicamento cuxa eficacia se quere avaliar, e o outro grupo recibe unha substancia inocua e sen efecto, pero ningún suxeito sabe cal das dúas substancias está recibindo. Ao final compárase o resultado obtido en ambos os grupos.

Non obstante, é altamente improbable que este tipo de avaliación da eficacia dunha intervención poida realizarse nas intervencións para diminuír as desigualdades socioeconómicas na saúde. Por exemplo, limitacións metodolóxicas, prácticas, éticas e políticas impiden seleccionar varios grupos de suxeitos de posicións socioeconómicas alta e baixa e asignar de maneira aleatoria un emprego estable a uns grupos e a outros non, ou seleccionar a uns grupos para o seguimento dun programa de dieta saudable e a outros grupos non. E as limitacións éticas para este tipo de estudos son absolutas cando se trata de factores de risco para a saúde, como o tabaquismo ou o consumo de alcohol. Ademais, namentres que nos ensaios aleatorizados controlados as unidades de observación son os individuos, en moitas destas intervencións as unidades de observación son colexios, empresas, distritos de cidades, etc., cuxos límites son moitas veces difíciles de definir. Neste sentido non resulta doado identificar grupos para a súa asignación aleatoria ao grupo de intervención e ao grupo de control.

Pero onde carece de toda lóxica a formulación de avaliacións similares aos ensaios aleatorizados controlados é nas intervencións máis xerais, como poden ser a implantación dunha política fiscal para a redistribución da renda; o establecemento dunha política de investimento económico para diminuír o paro, ou a utilización dos impostos para modificar o consumo de tabaco e de alcohol: é verdadeiramente imposible a realización de estudos aleatorizados controlados para avaliar o efecto desas intervencións sobre as desigualdades socioeconómicas na saúde (Mackenbach e Gunning-Schepers, 1997; Davey Smith et al., 2001).

### 3.2. Outras fontes de evidencia sobre a utilidade das intervencións

Algúns autores defenderon a necesidade de aplicar os principios da medicina baseada nos feitos (*evidence-based medicine*), ás intervencións sociais e de saúde pública (Macintyre e Petticrew, 2000). Na súa opinión, unha razón importante que xustifica a necesidade da avaliación das intervencións é que os seus posibles efectos beneficiosos non sempre son obvios, xa que poden non terse medido nunca. Así, por exemplo, unha intervención realizada coas mellores intencións podería causar un dano en lugar dun beneficio para as persoas; ou podería ser totalmente ineficaz a pesar de ter empregado nela unha suma considerable de tempo e diñeiro. Non obstante, en traballos posteriores, estes mesmos autores recoñecen a necesidade de ter en conta outro tipo de feitos á hora de poñer en marcha intervencións que persigan reducir as desigualdades socioeconómicas na saúde. Neste sentido, estes autores sinalan a utilidade que ten como fonte de evidencia os resultados da monitorización das desigualdades socioeconómicas na saúde (Macintyre, 2003) ou os achados dos *experimentos naturais* (Petticrew et al., 2005) na avaliación dalgunhas intervencións para reducir esas desigualdades.

A monitorización fai referencia á práctica e análise de medicións sistemáticas, destinadas a detectar cambios no estado de saúde da poboación, ou ben ás medicións puntuais do efecto dunha intervención sobre o estado de saúde da poboación. As medidas tomadas denomínanse comunmente *indicadores* e permítennos saber onde estamos e como imos con respec-

to aos nosos obxectivos e valores. Polo que respecta aos experimentos naturais, son estudos nos que o investigador non pode controlar a distribución dunha intervención a determinadas áreas ou grupos de poboación, pero a intervención xa ten ocorrido, ben de maneira natural ou predeterminada. É certo que os rumbos inherentes a un experimento natural impiden atribuír causalidade á intervención, pero isto non significa negar a utilidade dos resultados deste tipo de estudos, que deben ser considerados como sinais ou indicios máis que como conclusións.

Esas opinións non fan senón sumarse ás doutros autores que sinalan a necesidade de fuxir do camiño sen saída que representa a relación entre evidencia e intervención, complementando a información que proporciona a monitorización das desigualdades socioeconómicas na saúde coa información que achega a investigación acerca da relación entre a posición socioeconómica e a saúde (Dixon e Sibthorpe, 2003). Así, a simple observación da evolución da magnitude das desigualdades socioeconómicas na saúde pode ofrecer algún indicio acerca da efectividade de determinadas intervencións. Igualmente, a comparación de experiencias de diversos países e rexións proporciona achados relevantes sobre o efecto de varias intervencións. Mesmo a avaliación retrospectiva de políticas que foron implementadas no pasado pode mostrar algunha pista sobre a súa probable efectividade (Mackenbach e Gunning-Schepers, 1997; Stronks e Makenbach, 2005).

### 3.3. Experiencias dos achados nos estudos internacionais

Como se mencionou previamente, os estudos comparativos realizados con información procedente de varios países de Europa occidental mostran que, en liñas xerais, a magnitude das desigualdades socioeconómicas na mortalidade é maior nos países nórdicos e no Reino Unido que nos países do sur de Europa (Huisman et al., 2005). Este feito ten unha trascendencia enorme porque os países nórdicos son os países con menores desigualdades socioeconómicas. Como tamén ten trascendencia o feito de que, nos anos oitenta da pasada centuria, España fora un dos países con menores desigualdades socioeconómicas en mortalidade, a pesar de ser un dos países cunha maior desigualdade na distribución da renda (Mackenbach et al., 1997).

De igual forma, nas últimas décadas obsérvanse tanto períodos de diminución coma períodos de acrecentamento da desigualdade na distribución da renda nos países occidentais. Pois ben, durante ese tempo produciuse un incremento continuado nas desigualdades socioeconómicas na mortalidade —polos menos en termos relativos— en todos os países dos que se dispón de información (Pappas et al., 1993; Dahl e Kjaersgaard, 1993; Diderichsen e Hallqvist, 1997; Drever e Bunting, 1997; Martinaiken et al., 2001; Leclerc et al., 2006; Regidor et al., 2006b). En España, por exemplo, diminuíu a desigualdade da renda no último cuarto de século (Ayala, 1999; Goerlich e Mas, 2004) e no mesmo período observouse un aumento das desigualdades socioeconómicas na saúde. Por exemplo, entre 1985 e 2000, a razón entre a renda percibida polo 10% máis rico da poboación española e a renda percibida polo 10% máis pobre descendeu do 3,54 ao 3,49. Igualmente, entre eses dous anos, a porcentaxe de poboación con ingresos inferiores ao 40% dos ingresos medios diminuíu do 7,14% ao 6,90%. Pero, asemade, as desigualdades na frecuencia de incapacidade permanente segundo o nivel de ingresos económicos incrementouse entre 1985 e 2000 (Regidor et al., 2006b). Tamén, nos países nos que se dispón de longas series de datos, observouse un

aumento das desigualdades socioeconómicas na saúde, ao mesmo tempo que medrou o nivel medio de educación da poboación (Mackenbach et al., 2003; Regidor et al., 2006a).

As políticas de investimento en capital humano centradas no acceso universal a un nivel de educación mínimo, e as políticas de redistribución da renda probablemente logren unha maior xustiza social, e contribúan á mellora da saúde dos suxeitos e da poboación que se encontran en circunstancias materiais máis adversas ao aumentar a súa renda absoluta e o seu nivel de estudos, pero os feitos non apoian a crenza asumida de que esas políticas diminúen as desigualdades socioeconómicas na saúde, polo menos as diferenzas na saúde entre os suxeitos situados nas posicións socioeconómicas alta e baixa.

É improbable que as políticas sociais e económicas, implementadas dentro dun abano de medidas intersectoriais, melloren exclusivamente as circunstancias materiais de vida das persoas que se encontran en posicións socioeconómicas baixas. O máis lóxico é que esas políticas melloren a situación de toda a poboación e, como consecuencia, non se altere a posición xerárquica que os suxeitos ocupan na estrutura socioeconómica. Posiblemente chegou o momento de considerar se o obxectivo de reducir as desigualdades socioeconómicas na saúde —incluído nunha gran variedade de propostas e plans de actuación en diversos países— é axeitado. Quizais un obxectivo máis adecuado sexa o logro de maior saúde mediante a redución da proporción da poboación en posicións socioeconómicas baixas. Constitúe un verdadeiro paradoxo a continua referencia ao extraordinario aumento da saúde nos últimos dous séculos, como consecuencia das melloras nas circunstancias materiais de vida da poboación e, asemade, a mellora das circunstancias materiais na actualidade, xunto coa diminución dos problemas de saúde e o aumento na esperanza de vida sexan ignorados se non se acompañan dunha redución das desigualdades socioeconómicas na saúde.

### 3.4. Experiencias das intervencións sobre os determinantes máis próximos da saúde

Os resultados dos ensaios de intervención comunitarios, que observan o que sucede nunha poboación antes e despois da introdución dunha medida de promoción da saúde e/ou prevención da enfermidade, ofrecen tamén pistas sobre os seus posibles efectos sobre as desigualdades socioeconómicas na saúde. Tense observado que os ensaios de intervención dirixidos ao conxunto da poboación para diminuír a frecuencia de condutas nocivas para a saúde, amais de ter unha efectividade dubidosa na maioría dos casos (Susser, 1995; Merzel e D`Afflitti, 2003), veñen acompañados dun aumento nas desigualdades socioeconómicas na frecuencia das condutas de risco (Macynaire, 1997; Acheson, 1998; Graham, 2004). Isto obedece a que a redución da frecuencia destas condutas nocivas para a saúde é de maior magnitude entre os suxeitos de posición socioeconómica alta que entre os suxeitos de posición socioeconómica baixa.

Eses achados constátanse tamén ao monitorizar a situación antes e despois da implementación de medidas de intervención —xa sexan estratexias de información e educación, provisión de espazos e infraestruturas públicas ou medidas legislativas ou fiscais—, cuxo obxectivo é diminuír a frecuencia do tabaquismo, do consumo excesivo de alcohol, da inactividade física, da alimentación inadecuada, etc. Por exemplo, nos últimos tres lustros da centuria pasada diminuíu en España a porcentaxe de persoas que tiñan un consumo excesivo de alcohol (máis de 100 cm<sup>3</sup> de alcohol absoluto por día): do 4% en 1987 pasouse a un 2% no 2001. Pero esa diminución foi menor nos individuos con estudos primarios ca nos individuos con

estudios universitarios. Concretamente, a frecuencia de consumidores excesivos de alcohol nos individuos con estudos primarios foi 2,5 veces máis alta que a frecuencia nos individuos con estudos universitarios en 1987, pero tres veces máis alta no 2001.

Aínda que quizais o exemplo máis evidente na maioría dos países desenvolvidos sexa o que fai referencia ás intervencións para reducir o tabaquismo. As estratexias para o seu control beneficiaron en maior proporción ás persoas de condición socioeconómica alta. En España, por exemplo, implementáronse diversas medidas de información, de educación e lexislativas, xunto co incremento expoñencial no prezo do tabaco, nas dúas últimas décadas do século XX, pero a taxa maior de abandono do tabaquismo produciuse nos individuos dos grupos socioeconómicos altos (Regidor, 2001). E algo semellante aconteceu en Francia, país onde as intervencións para reducir o consumo de tabaco e a epidemia de tabaquismo presentan un patrón histórico similar ao observado en España (Regidor et al., 2007).

Posiblemente chegou o momento de cuestionar a asunción xeneralizada de que os suxeitos de posicións socioeconómicas baixas están peor informados acerca dos riscos do tabaquismo ou doutras condutas nocivas para a saúde. Moitas intervencións de promoción da saúde baséanse nesta idea, a pesar de que é difícil imaxinar a existencia dalgunha persoa, residente en calquera país desenvolvido, que non recibira infinidade de mensaxes —a través de canais formais ou informais, procedentes de institucións ou de líderes sociais— de que o hábito do tabaco é perigoso para a saúde. Como sinala Deaton (2002), hai probas de que as persoas con menor nivel de estudos comprenden os perigos do tabaquismo, pero aínda así continúan fumando.

Estes achados e outros similares serviron de base para que algúns autores propoñan diversas teorías sobre a persistencia das desigualdades socioeconómicas na saúde. Así, Victoria et al. (2000), na súa hipótese sobre equidade inversa, sinalan que calquera nova intervención na saúde pública tende a incrementar as desigualdades socioeconómicas nela, xa que os suxeitos de posición socioeconómica alta adoitan beneficiarse desa intervención antes que os suxeitos de posición socioeconómica baixa. Do mesmo xeito, Link e Phelan (1996), na súa teoría sobre as causas sociais fundamentais, indican que a posición socioeconómica non reflicte máis que a existencia dunha serie de causas básicas da saúde: coñecemento, diñeiro, poder, prestixio, relacións sociais, etc. que permiten aos individuos de posición socioeconómica alta beneficiarse, en maior medida ca os suxeitos de posición socioeconómica baixa, de todo tipo de intervencións que reducen o risco de problemas de saúde ou que minimizan as consecuencias da enfermidade unha vez que esta aparece.

### 3.5. A accesibilidade ao sistema sanitario

Tradicionalmente entre as razóns suxeridas para explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde non se considera unha posible desigualdade na accesibilidade ao sistema sanitario. Isto obedece a que o sistema de asistencia sanitaria pode facer pouco por evitar a aparición da maioría das enfermidades e doutros problemas de saúde que constitúen as primeiras causas de morte nos países desenvolvidos. Por outro lado, se ben é certo que o sistema sanitario contribúe a aminorar as consecuencias dos problemas de saúde unha vez que estes xorden nos individuos, na maioría destes países non se observan desigualdades socioeconómicas na frecuencia de consultas ao médico xeral nin na frecuencia de ingresos hospitalarios no mesmo nivel de necesidade de asistencia. É máis, en moitos destes países as persoas de

posición socioeconómica baixa frecuentan as consultas do médico de cabeceira en maior proporción que as persoas de posición socioeconómica alta (Van Doorslaer et al., 2006).

En cambio, na maioría destes países, entre eles España, a frecuencia de consultas ao médico especialista é maior entre as persoas de posición socioeconómica alta que entre as persoas de posición socioeconómica baixa (Van Doorslaer et al., 2006; Regidor et al., 2006d). Poderíase pensar que esta desigual utilización contribúe ás desigualdades socioeconómicas na saúde. Non obstante, nalgúns problemas de saúde, como as enfermidades do corazón, observouse que no mesmo grao de necesidade clínica, non existen desigualdades socioeconómicas no acceso aos cuidados e procedementos especializados (Britton et al., 2004). Noutros problemas de saúde, como a *diabetes mellitus*, en que os enfermos precisan continuados controis médicos, algunhas investigacións non observaron desigualdades socioeconómicas no pronóstico (Koskinen et al., 1996). Outras investigacións pola contra si aprecian desigualdades socioeconómicas no curso clínico e no pronóstico da *diabetes mellitus*, pero estas desigualdades non teñen a súa explicación nas diferenzas socioeconómicas na frecuencia de controis médicos (Van der Meer e Mackenbach, 1999).

En calquera caso, con independencia de que esas diferenzas socioeconómicas na frecuencia de consultas ao médico especialista contribúan ou non a explicar as desigualdades socioeconómicas na saúde, ese feito presenta importantes dilemas éticos e políticos, xa que boa parte desas consultas realízanse no sistema sanitario privado. Esas consultas ao médico especialista sen financiamento público poden estar relacionadas cunha carencia deste tipo de recursos nos sistemas sanitarios públicos para atender a demanda, cun excesivo tempo de espera ata o momento da cita co médico especialista do sistema sanitario público, ou con outros motivos que non teñen relación coa oferta e o funcionamento do sistema sanitario público. Podería considerarse que nos países con cobertura universal da asistencia sanitaria existe desigualdade socioeconómica nas consultas ao médico especialista porque as persoas de posición socioeconómica alta realizan con máis frecuencia este tipo de consultas, a pesar de ter menor frecuencia de problemas de saúde? Ou se debería ter en conta a oferta de recursos e o funcionamento do sistema sanitario público, antes de emitir un xuízo moral sobre ese asunto? E, no caso de que a oferta de recursos e o funcionamento do sistema público fosen os adecuados, debería ser obxecto de preocupación por parte da política sanitaria a maior frecuencia de consultas ao médico especialista, dos suxeitos de posición socioeconómica alta?

### 3.6. OUTRAS OPCÍONS DE INTERVENCIÓN

Os achados das investigacións acerca da relación entre a posición socioeconómica e a saúde presentan incertezas sobre cales son as estratexias de intervención máis adecuadas. Os resultados da monitorización das desigualdades socioeconómicas na saúde contribuíron a despegar algo o horizonte. Aínda que as implicacións políticas da información dispoñible continúan sen ser suficientemente claras. Por esta razón, o primeiro debe ser o establecemento de obxectivos concretos que permitan vulgar o éxito dunha determinada intervención.

Se o obxectivo é diminuír o impacto da posición socioeconómica sobre a saúde da poboación, algunhas intervencións con efectividade potencial son aquelas que perseguen a mellora das circunstancias socioeconómicas ao longo da vida dos individuos. Estas intervencións deben iniciarse desde o nacemento. O contexto social e económico en que ten lugar o desenvolvemento biolóxico de cada persoa desde o seu nacemento vai condicionar a súa posición socioeconómica e o seu estado de saúde na época de adulto. Por un lado, coma xa se



sinalou, as circunstancias socioeconómicas adversas na etapa temperá da vida están asociadas ao desenvolvemento de varias enfermidades crónicas. E, por outro lado, tamén se sabe que durante os primeiros anos da vida, os nenos de familias de posición socioeconómica alta adquiren unha serie de capacidades e destrezas que lles permiten protexerse dos riscos para a saúde ao longo da súa vida e amortecer as consecuencias da enfermidade unha vez que se produce (Roberts, 1997; MacCain e Mustard, 1999). A mellor maneira que teñen os nenos procedentes de familias de posición socioeconómica baixa de adquirir esa serie de recursos e habilidades é a través da educación. Diversas investigacións demostran que os programas de mellora do desenvolvemento intelectual e emocional dos nenos das familias de circunstancias socioeconómicas adversas evita extraordinariamente a espiral de abandono precoz do colexio, desemprego, condutas nocivas para a saúde, problemas psicosociais, maior frecuencia de enfermidades, etc. (Hertzman e Wiens, 1996; MacCain e Mustard 1999). Descoñecemos se este tipo de intervencións diminuírá as desigualdades socioeconómicas na saúde, pero este descoñecemento deberá ter unha relevancia secundaria posto que o obxectivo é a mellora da saúde da maior parte da poboación como consecuencia da mellora na súa posición socioeconómica.

O outro obxectivo, non incompatible co anterior, é a redución das desigualdades socioeconómicas na saúde. Como se sinalou, as desigualdades socioeconómicas na frecuencia de factores de risco para a saúde aumentan paralelamente á implementación das intervencións cuxo propósito é diminuír a frecuencia deses factores na poboación. Neste sentido habería que maxinar alternativas de intervención, dirixidas aos suxeitos en posicións socioeconómicas máis baixas, cuxo propósito sexa reducir neles o dano á saúde que causa a exposición a estes factores de risco (Regidor, 2003). Algunhas destas intervencións estanse a implementar desde hai tempo. É o caso da dotación de suplementos monetarios ás persoas en circunstancias materiais máis adversas, co propósito de minimizar o dano que a privación material causa nas esferas física, psíquica e social. Por outro lado, as experiencias dos programas de redución de dano á saúde nos usuarios de drogas por vía parenteral, implementados de maneira masiva nas últimas dúas décadas, poden servir de referencia para outras condutas de risco para a saúde (De la Fuente et al., 2003). Concretamente, os programas de mantemento con metadona ou os programas de intercambio de xiringas lograron reducir a transmisión da infección polo virus da inmunodeficiencia humana e a morbilidade e mortalidade asociadas a esa infección (Lee Ball, 2007). No caso do tabaquismo, a terapia substitutiva con nicotina sería un exemplo deste tipo de intervencións.

Esta práctica da saúde pública, baseada en intervencións que reducen o dano á saúde, considera que a espera de cambios sociais e económicos, sen ofrecer solucións pragmáticas que amortezan o dano que moitos factores causan á saúde, supón unha falta de respecto á dignidade de moitos homes e moitas mulleres. Precisamente a esta conclusión chegou un dos autores que máis ten investigado a relación da posición socioeconómica coa saúde na pasada centuria (Syme, 1998), ao propor o desenvolvemento de guías prácticas, dirixidas ás persoas en posicións socioeconómicas máis baixas, co propósito de que aprendan a resolver os problemas relacionados coa saúde ou de que procuren os recursos necesarios para resolvelos.

Finalmente, aínda que a relación entre a posición socioeconómica e a saúde non se pode atribuír a un mecanismo de selección selectiva mediante o cal as persoas máis sas alcanzan as posicións socioeconómicas máis altas, o certo é que moitas persoas que presentan problemas



de saúde con importante limitación funcional poden chegar a empobrecerse, o que á súa vez empeora a súa calidade de vida. As intervencións que permitan a incorporación ao mercado laboral ou o mantemento do emprego destas persoas, xunto coa dotación de axudas persoais e técnicas que melloren a súa calidade de vida, deberán estar presentes en calquera axenda política que contemple accións no ámbito sociosanitario. Así mesmo será preciso establecer mecanismos para evitar que os enfermos de posición socioeconómica alta sexan os que se beneficien en maior proporción dese tipo de medidas, como sucede coas axudas recibidas polas persoas con algún tipo de incapacidade permanente en España. Segundo a última enquisa sobre discapacidades realizada en 1999, a porcentaxe de persoas con algún tipo de incapacidade permanente que recibe axudas —técnicas e/ou asistencia persoal— era dun 34% entre aquelas cuxos ingresos económicos mensuais no fogar superaban os 2400 euros e dun 28% entre aquelas cuxos ingresos económicos mensuais no fogar eran inferiores aos 400 euros.

## BIBLIOGRAFÍA

- Acheson, D.; Barker, D.; Chambers, J.; Graham, H.; Marmot, M. e Whitehead, M. 1998. *Independent inquiry into inequalities in health*. Londres: The Stationery Office.
- Arias, L. C. e Borrell, C. 1998. «Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona», *Medicina Clínica*, 110, pp. 161-166.
- Avendano, M.; Kunst, A. E.; Huisma, M. V.; Lenthe, F.; Bopp, M.; Regidor, E.; Glickman, M.; Costa, G.; Spadea, T.; Deboosere, P.; Borrell, C.; Vlakonen, T.; Gisser, R.; Borgan, J. K.; Gadeyne, S. e Mackenbach, J. P. 2006. «Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in 10 Western European populations during the 1990s», *Heart*, 92, pp. 461-467.
- Ayala, L.; Martínez, R. e Ruiz-Huerta, J. «Inequality, growth and welfare: an international comparison», *Working Paper*, 215. Luxembourg Income Study. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/215.pdf>.
- Barker, D. J. P. 1998. *Mothers, babies and health in later life*. Edimburgo: Churchill Livingstone, 2ª ed.
- Bartley, M.; Carpenter, L.; Dunnell, K. e Fitzpatrick, R. 1996. «Measuring inequalities in health: an analysis of mortality patterns using two social classifications», *Sociology of Health & Illness*, 18, pp. 455-475.
- Benzeval, M.; Judge, K. e Whitehead, M. 1995. *Tackling inequalities in health. An agenda for action*. Londres: King's Fund.
- Blane, D.; Davey Smith, G. e Bartley, M. 1993. «Social selection: what does it contribute to social class differences in health?», *Sociology of Health & Illness*, 15, pp.1-15.
- Bosma, H.; Peter, R.; Siegrist, J. e Marmot, M. 1998. «Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease», *American Journal of Public Health*, 88, pp. 68-74.
- Bosma, H.; Schrijvers, C. e Mackenbach, J. P. 1999. «Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study», *British Medical Journal*, 319, pp. 1469-1470.
- Briton, A.; Shipley, M.; Marmot, M. e Hemingway, H. 1994. «Does access to cardiac investigation and the treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II prospective cohort study», *British Medical Journal*, 329, pp. 218-221.
- Chandola, T. 1998. «Social inequality in coronary heart disease: a comparison of occupational classifications», *Social Science & Medicine*, 47, pp. 525-533.
- Dahl, E. e Kjaersgaard, P. 1993. «Trends in socioeconomic mortality differentials in post-war Norway», *Sociology of Health & Illness*, 15, pp. 587-611.
- Dalstra, A. A.; Kunst, A. E.; Borrell, C.; Breeze, E.; Cambois, E.; Costa, G.; Dahl, E.; Geurts, J. J. M.; Lahelma, E.; Noack, H.; Oyen, H.; Rasmussen, N. K.; Regidor, E.; Skretting-Lunde, E.; Spadea, T. e Mackenbach, J. P. 2006. «A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe», *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2046-2060.
- Davey Smith, G.; Blane, D. e Bartley, M. 1994. «Explanations for socio-economic differential in mortality. Evidence from Britain and elsewhere», *European Journal of Public Health*, 4, pp. 131-144.
- Davey Smith, G.; Hart, C.; Blane, D.; Gillis, C. e Hawthorne, V. 1997. «Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study», *British Medical Journal*, 314, pp. 547-552.
- Davey, G.; Hart, C.; Hole, D.; MacKinnon, P.; Gillis, C., Watt, G.; Blane, D. e Hawthorne, V. 1998. «Education and occupational social class: which is the most important indicator of mortality risk?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, pp. 153-160.
- Davey, G.; Shaw, M.; Mitchel, R.; Dorling, D. e Gordon, D. 2000. «Inequalities in health continue to grow despite government's pledges», *British Medical Journal*, 320, pp. 582.
- Davey, G.; Ebrahim, S.; Frankel, S. 2001. «How policy informs the evidence. 'Evidence based' thinking can lead to debased policy making», *British Medical Journal*, 322, pp. 184-185.
- Davey, G. e Hart, C. 2002. «Life course socioeconomic and behavioural influences on cardiovascular disease mortality: The Collaborative Study». *American Journal of Public Health*, 92, pp. 1295-1298.
- De la Fuente, L.; Bravo, M. J.; Barrio, G. e Silva, T. 2003. «La instructiva historia de la epidemia de VIH/Sida en los inyectores de drogas españoles: lecciones para el futuro», en E. Regidor (ed.). *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*. Murcia: Universidad de Alacant, pp. 47-72.
- Deaton, A. «Policy implications of the gradient of health and wealth», *Health Affairs*, 21, pp. 13-30.
- Department of Health. 2004. *Tackling health inequalities: a programme for action*. Londres: Department of Health Publications.

- Diderichsen, F. e Hallqvist, J. 1997. «Trends in occupational mortality among middle-aged men in Sweden 1961-1990», *International Journal of Epidemiology*, 26, pp. 782-787.
- Diez, A. V.; Ranjit, N.; Powell, L.; Jackson, S.; Lewis, T. T.; Shea, S. e Wu, C. 2006. «Psychological factors and coronary calcium in adults without clinical cardiovascular disease», *Annals of Internal Medicine*, 144, pp. 822-831.
- Dixon, J. e Sibthorpe, B. «The limits to technical rationality in the health inequalities policy process», en V. Lin e B. Gibson (eds.). 2003. *Evidence-based health policy. Problems & Possibilities*. South Melbourne: Oxford University Press, pp. 237-249.
- Drever, F. e Bunting, J. 1997. «Patterns and trends in male mortality», en F. Drever e M. Whitehead (eds). *Health inequalities. Decennial supplement*. Londres: Stationery Office, pp. 95-107.
- Galobardes, B.; Lynch, J. W. e Davey, G. 2004. «Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation», *Epidemiologic Reviews*, 26, pp. 7-21.
- Galobardes, B.; Shaw, M. E.; Lawlor, D. E.; Lynch, J. W. e Davey, G. 2006a. «Indicators of socioeconomic position (I)», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, pp. 7-12.
- 2006b. «Indicators of socioeconomic position (II)», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, pp. 95-101.
- Gepkens, A. e Gunning-Schepers, L. J. 1996. «Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature», *European Journal of Public Health*, 6, pp. 218-226.
- Goerlich, F. J. e Mas, M. 2004. «Distribución personal de la renta en España. 1973-2001», *Papeles de Economía Española*, 100 (I), pp. 50-58.
- Graham, H. 2004. «Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings», *Milbank Quarterly*, 82, pp. 101-124.
- Hemingway, H. e Marmot, M. 1999. «Evidence based cardiology: psychological factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies», *British Medical Journal*, 318, pp.1460-1467.
- Hertzman, C. e Wiens, M. 1996. «Child development and long-term outcomes a population health perspective and summary of successful interventions», *Social Science & Medicine*, 43, pp. 1083-1095.
- Huisman, M.; Kunst, E., Bopp, M., Borgan, J. K.; Borrell, C.; Costa, G.; Deboosere, P.; Gadeyne, S.; Glickman, M.; Marianacci, C. H.; Minder, C. H.; Regidor, E.; Valkonen, T. e Mackenbach, J. P. 2005. «Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight Western European populations», *The Lancet*, 365, pp. 493-500.
- Kawachi, I.; Sparrow, D.; Spiro, A. III; Vokonas, P. S. e Weiss, S.T. 1996. «A prospective study of anger and coronary heart disease. The normative aging study», *Circulation*, 94, pp. 2090-2095.
- Koskinen, S. V. P.; Martelin, T. P. e Valkonen, T. 1996. «Socioeconomic differences in mortality among diabetic people in Finland: five year follow up», *British Medical Journal*, 313, pp. 975-978.
- Krieger, N.; Williams, D. R. e Moss, N. E. 1997. «Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines», *Annual Review of Public Health*, 18, pp. 341-78.
- Kuh, D.; Power, C.; Blane, D. e Bartley, M. 1997. «Social pathway between childhood and adult health», en D. Kuh y Y. Ben-Shlomo (eds). *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, pp. 169-198.
- Lawlor, D. A.; Davey Smith, G. e Ebrahim, S. 2003. «Life course influences on insulin resistance. Findings from the British Women's Heart and Health Study», *Diabetes Care*, 26, pp. 97-103.
- Leclerc, A.; Chastang, J.-F.; Menvielle, G. e Luce, D. 2006. «Socioeconomic inequalities in premature mortality in France: have they widened in recent decades?», *Social Science & Medicine*, 62, pp. 2035-2045.
- Lee, A. 2007. «HIV, injecting drug use and harm reduction: a public health response», *Addiction*, 5 (102). Blackwell Publishing.
- Link, B. G. e Phelan, J. C. 1996. «Understanding sociodemographic differences in health- the role of fundamental social causes», *American Journal of Public Health*, 86, pp. 471-473.
- Lynch, J. e Kaplan, G. 2000. «Socioeconomic position», en L. F. Berkman e I. Kawachi (eds.). *Social epidemiology*, pp. 13-36.
- Lynch, J. W.; Kaplan, G. A.; Cohen, R. D., Tuomilehto, J. e Salonen, J. T. 1996. «Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction?», *American Journal of Epidemiology*, 144, pp. 934-942.

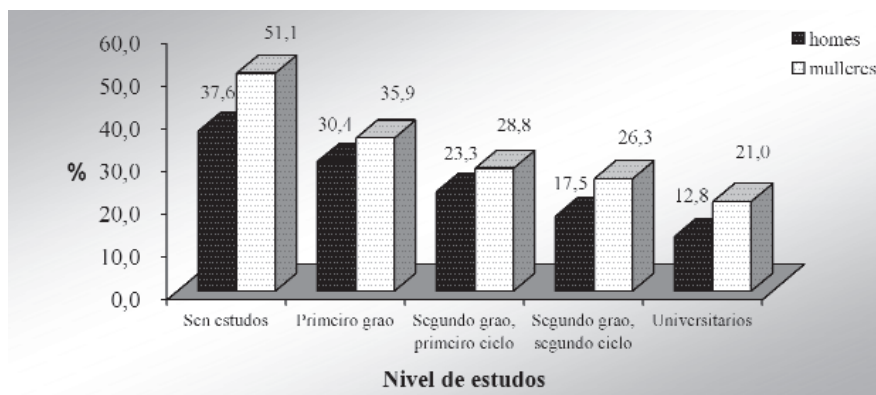
- Lynch, J. W.; Kaplan, G. A. e Shema, S. J. 1997. «Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychosocial, and social functioning», *The New England Journal of Medicine*, 337, pp. 1889-1895.
- MacCain, M. N. e Mustard, J. F. 1999. *Reversing the real brain drain. Early Years Study*. Toronto: Publications Ontario Bookstore.
- Macintyre, S. 1997. «The *Black report* and beyond what are the issues?», *Social Science & Medicine*, 44, pp. 723-745.
- Macintyre, S. e Petticrew, M. 2000. «Good intentions and received wisdom are not enough», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, pp. 802-803.
- Macintyre, S.; Chalmers, I.; Horton, R. e Smith, R. 2001. «Using evidence to inform health policy: case study», *British Medical Journal*, 322, pp. 222-225.
- Macintyre, S. 2003. «Evidence based policy making. Impact on health inequalities still needs to be assessed», *British Medical Journal*, 326, pp. 5-6.
- Mackenbach, J. P.; Kunst, A. E.; Cavaleiras, A. E. J. M.; Groenhouf, F.; Geurts, J. J. M.; Andersen, O.; Bonte, J. T. P.; Borgan, J.-K.; Crialesi, R.; Desplanques, G.; Filakti, H.; Harding, S.; Grøtvedt, L.; Helmert, U.; Junker, C.; Lahelma, E.; Lundberg, O.; Martikainen, P.; Matheson, J.; Mielck, A.; Minder, C. E.; Mizrahi, Ar.; Mizrahi, A.; Pagnanelli, F.; Rasmussen, N.; Regidor, E.; Spuhler, T. e Valkonen, T. 1997. «Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe: a comparative study», *Lancet*, 349, pp. 1655-1659.
- Mackenbach, J. P. e Gunning-Schepers, L. J. 1997. «How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, pp. 359-364.
- Mackenbach, J. P. e Stronks, K. 2002. «A strategy for reducing health inequalities in the Netherlands», *British Medical Journal*, 325, pp. 1029-1032.
- Mackenbach, J. P. e Bakker, M. J. 2003. «Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences», *Lancet*, 362, pp.1409-1414.
- Mackenbach, J. P.; Bos, V.; Andersen, O.; Cardano, M.; Costa, G.; Harding, S.; Reid, A.; Hemström, O.; Valkonen, T. e Kunst, A. E. 2003. «Widening socioeconomic inequalities in mortality in six European countries», *International Journal of Epidemiology*, 32, pp. 830-837.
- Mackenbach, J. P.; Huisman, M.; Andersen, O.; Bopp, M.; Borgan, J. K.; Borrell, C.; Costa, G.; Deboosere, P.; Donkin, A.; Gadeyne, S.; Minder, C.; Regidor, E.; Spadea, T.; Valkonen, T. e Kunst, A. E. 2004. «Inequalities in lung cancer mortality by educational level in 10 European populations», *European Journal of Cancer*, 40, pp. 126-135.
- Mackenbach, J. P. 2005. «Genetics and health inequalities: hypotheses and controversies», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, pp. 268-273.
- Macleod, J.; Davey Smith, G.; Heslop, P.; Metcalfe, C.; Carroll, D. e Hart, C. 2002. «Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstrations of bias in a prospective observational study of Scottish men», *British Medical Journal*, 324, pp. 1247-1251.
- Macleod, J. e Davey Smith, G. 2003. «Psychosocial factors and public health: a suitable case for treatment?», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, pp. 565-570.
- Macleod, J.; Davey Smith, G.; Metcalfe, C. e Hart, C. 2006. «Subjective and objective status and health: A response to Adler's <When one's main effect is another's error: material vs psychosocial explanations of health disparities. A commentary on Macleod et al., "Is subjective social status a more important determinant of health than objective social status? Evidence from a prospective observational study of Scottish men", *Social Science & Medicine*, 63, pp. 851-857.
- Marmot, M. G.; Bosma, H.; Hemingway, H.; Brunner, E. e Stansfeld, S. 1997. «Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence», *Lancet*, 350, pp. 235-239.
- Martikainen, P.; Valkonen, T. e Martelin, T. 2001. «Change in male and female life expectancy by social class: decomposition by age and cause of death in Finland 1971-95», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 494-499.
- Merzel, C. e D'Afflitti, J. 2003. «Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential», *American Journal of Public Health*, 93, pp. 557-574.
- Muntaner, C.; Borrell, C.; Benach, J.; Pasarín, M. I. e Fernández, E. 2003. «The association of social class and social stratification with pattern of general and mental health in a Spanish population», *International Journal of Epidemiology*, 32, 950-958.
- O'Malley, P. G.; Jones, D. L.; Feuertesin, T. M. e Taylor, A. J. 2000. «Lack of correlation between psychological factors and subclinical coronary artery disease», *The New England Journal of Medicine*, 343, pp. 1298-1304.

- Östlin, P. e Diderichsen, F. 2001. «Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: a case study-policy learning», *Curve Series*, 1. Bruxelas: ECHP.
- Pappas, G.; Queen, S.; Hadden, W. e Fisher, G. 1993. «The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986», *The New England Journal of Medicine*, 329, pp. 103-109.
- Petticrew, M.; Cummins, S.; Ferrell, C.; Findlay, A.; Higgins, C.; Hoy, C.; Kerns, A. e Sparks, L. 2005. «Natural experiments: an underused tool for public health?», *Public Health*, 119, pp. 751-757.
- Petticrew, M.; Whitehead, M.; Macintyre, S. J.; Graham, H. e Egan, M. 2004. «Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 811-816.
- Power, C. e Matthews, S. 1997. «Origins of health inequalities in a national population sample», *The Lancet*, 350, pp.1584-1589.
- Regidor, E. e González, J. 1989. «Desigualdad social y mortalidad en España», *Revista Sanitaria de Higiene Pública*, 63, pp 107-116.
- Regidor, E.; De Mateo, S.; Gutiérrez Fisac, J. L. e Rodríguez, C. 1996. «Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas», *Medicina Clínica*. Barcelona, pp. 285-289.
- Regidor, E.; Gutiérrez-Fisac, J. L.; Calle, M. E.; Navarro, P. e Domínguez, V. 2001. «Trends in cigarette smoking in Spain by social class», *Preventive Medicine*, 33, pp. 241-248.
- Regidor, E. 2003. «Utilización de la evidencia en las políticas de intervención sobre las desigualdades sociales en salud», en E. Regidor (ed.). *La utilización de la evidencia en las decisiones de política sanitaria*. Murcia: Universidade de Alacant, pp. 153-179.
- Regidor, E. 2004. «Measures of health inequalities (II)», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 900-903.
- Regidor, E.; Ronda, E.; Martínez, D.; Calle, M. E.; Navarro, P. e Domínguez, V. 2005. «Occupational social class and mortality in a population of men economically active: the contribution of education and employment situation», *European Journal of Epidemiology*, 20, pp. 501-508.
- Regidor, E.; Martínez, D.; Astasio, P.; Ortega, P.; Calle, M. E. e Domínguez, V. 2006a. «Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain», *Gaceta Sanitaria*, 20, pp.178-182.
- Regidor, E.; Ronda, E.; Pascual, C.; Martínez, D.; Calle, M. E. e Domínguez, V. 2006b. «Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: a case study», *American Journal of Public Health*, 96, pp. 102-108.
- Regidor, E. 2006c. «Exposición a factores de riesgo a lo largo de la vida y enfermedad cardiovascular», *Gaceta Sanitaria*, 20, pp. 339-341.
- Regidor, E.; Martínez, D.; Astasio, P.; Ortega, P.; Calle, M.ª E. e Domínguez, D. 2006d. «Asociación de los ingresos económicos con la utilización y con la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI», *Gaceta Sanitaria*, 20, pp. 352-359.
- Regidor, E.; Pascual, C. e Gutiérrez-Fisac, J. L. 2007. «Increasing the price of tobacco: economically regressive today and probable ineffective tomorrow», *European Journal of Cancer Prevention* (en prensa).
- Rosengren, A.; Hawken, S.; Ōunpuu, S.; Sliwa, K.; Zubaid, M.; Almahmeed, W. A.; et al. 2004. «Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case control study», *The Lancet*, 364, pp. 953-962.
- Roberts, H. 1997. «Children, inequalities, and health», *British Medical Journal*, 314, pp. 1122-1125.
- Rodríguez, E. 1987. «El concepto social de enfermedad», en A. Albarraçín (coord). *Historia de la enfermedad*. Madrid: Centro de Estudios Wellcome-España, pp. 340-349.
- Ross, S.; Godden, D.; McMurray, D.; Douglas, A.; Oldman, D.; Friend, J.; Legge, J. e Douglas, G. 1992. «Social effects of wheeze in childhood: a 25 year of follow up», *British Medical Journal*, 305, pp. 545-548.
- Schrijvers, C. T. M.; Stronks, K.; Van de Mheen, H. D.; e Mackenbach, J. P. 1999. «Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors», *American Journal of Public Health*, 89, pp. 535-540.
- Singh-Manoux, A.; Ferrie, J. E.; Chandola T. e Marmot, M. 2004. «Socioeconomic trajectories across the lifecourse and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis?» *International Journal of Epidemiology*, 33, pp. 1072-1079.
- Stronks, K. e Mackenbach, J. P. 2005. «Evaluating the effects of policies and interventions to address inequalities in health: lessons from a Dutch programme», *European Journal of Public Health*, 16, pp. 346-353.

- Susser, M. 1995. «The tribulations of health-intervention in communities», *American Journal of Public Health*, 85, pp. 156-158.
- Syme, S. L. 1998. «Social and economic disparities in health», *Milbank Quarterly*, 76, pp. 493-505.
- Townsend, P. e Davidson, N. 1982. *Inequalities in health: The black report*. Harmondsworth: Penguin.
- Van de Mheen, H.; Stronks, K.; Schrijvers, C. e Mackenbach, J. P. 1999. «The influence of adult ill-health on occupational mobility and mobility into and out employment in the Netherlands», *Social Science & Medicine*, 49, pp. 509-518.
- Van der Meer, J. B. W. e Mackenbach, J. P. 1999. «The care and course of diabetes: differences according to level of education», *Health Policy*, 46, pp. 127-141.
- Van Doorslaer, E.; Masseria, C. e Colman, X. 2006. «OCDE Health Equity Research Group. Inequality in access to medical care by income in developed countries», *Canadian Medical Association Journal*, 174, pp. 177-183.
- Van Lenthe, P. J.; Gevers, E.; Joung, I. M. A.; Bosma, H. e Mackenbach, J. P. 2002. «Material and behavioural factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe Study», *Annals of Epidemiology*, 12, pp. 535-542.
- Van Oort, F. V.; Van Lenthe, F. J. e Mackenbach, J. P. 2005. «Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in The Netherlands», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, pp. 214-220.
- Victoria, C. G.; Patrick Vaughan, P.; Barros, F. C.; Silva, A. C. e Tomasi, E. 2000. «Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies», *Lancet*, 356, pp. 1093-1098.
- Wadsworth, M. E. J. 1986. «Serious illness in childhood and its association with later life achievement», en R. G. Wilkinson (ed). *Class and health. Research and longitudinal data*. Londres: Tavistock Publications Ltd, pp. 50-74.
- Wamala, S. P.; Lynch, J.; Kaplan, G. A. 2001. «Women´s exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm female coronary risk study», *International Journal of Epidemiology*, 30, pp. 275-284.
- Whitehead, M.; Petticrew, M.; Graham, H.; Macintyre, S. J.; Bambra, C. e Egan, M. 2004. «Evidence for public health policy on inequalities: 2: assembling the evidence jigsaw», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, pp. 817-821.

## ANEXO

Figura 1. Porcentaxe de poboación axustada por idade que considera que a súa saúde é regular, mala ou moi mala, segundo o nivel de estudos. España, 2001



Elaborada a partir de Regidor et al. 2006a.

Táboa 1. Risco relativo<sup>a</sup> de mortalidade axustado por idade, segundo o nivel de estudos. Barcelona, 1992-1993

Nivel de estudos	Homes	Mulleres
Analfabetos	2,05	1,62
Sen estudos	1,35	1,25
Primeiro grao	1,31	1,16
Segundo grao, primeiro ciclo	1,25	1,14
Segundo grao, segundo ciclo	1,15	1,12
Universitarios	1,00	1,00

<sup>a</sup> O risco relativo expresa o número de veces que é máis alta a mortalidade en cada categoría de nivel de estudos con respecto á mortalidade en universitarios. Por exemplo, a mortalidade en mulleres analfabetas é 1,62 veces máis alta que en mulleres universitarias, ou o que é o mesmo, as mulleres analfabetas teñen unha mortalidade un 62% superior á mortalidade das mulleres universitarias.

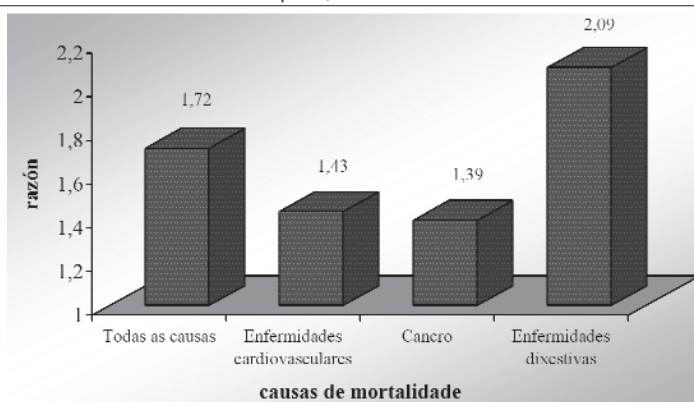
Nota: tomado de Arias e Borrell, 1998.

Táboa 2. Frecuencia de incapacidade permanente axustada por idade (en porcentaxe), segundo o nivel de ingresos económicos no fogar. España, 1999

Cuartís de ingresos	25 a 44 anos	45 a 64 anos
<b>Homes</b>		
Cuartil 1 (o máis pobre)	6,0	17,0
Cuartil 2	4,8	14,8
Cuartil 3	3,9	11,4
Cuartil 4 (o máis rico)	2,0	7,7
<b>Mulleres</b>		
Cuartil 1 (o máis pobre)	4,5	20,1
Cuartil 2	4,3	16,5
Cuartil 3	2,9	13,4
Cuartil 4 (o máis rico)	1,6	9,0

Nota: tomado de Regidor et al. 2006b.

Figura 2. Razón de taxas de mortalidade axustadas por idade entre traballadores manuais, profesionais e directivos. España, 1988-1990. Varias causas de morte



Elaborada a partir de Regidor et al. 1996.

Táboa 3. Risco relativo<sup>a</sup> de mortalidade axustado por idade segundo a clase social baseada na ocupación en homes de 35 a 64 anos. Comunidade de Madrid, 1996

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Todas as causas	1,00	1,01	1,23	1,31	1,48	1,49	1,49
Enfermidades cardiovasculares	1,00	1,15	1,23	1,40	1,40	1,29	1,03
Cancro	1,00	0,98	1,23	1,40	1,39	1,40	1,3
Enfermidades dixestivas	1,00	1,20	1,16	1,34	2,05	1,68	1,71

I. Empresarios e xerentes de grandes empresas, e titulados superiores

II. Empresarios e xerentes de pequenas empresas, e titulados medios

III. Técnicos

IV. Traballadores dos servizos administrativos

V. Traballadores do sector servizos

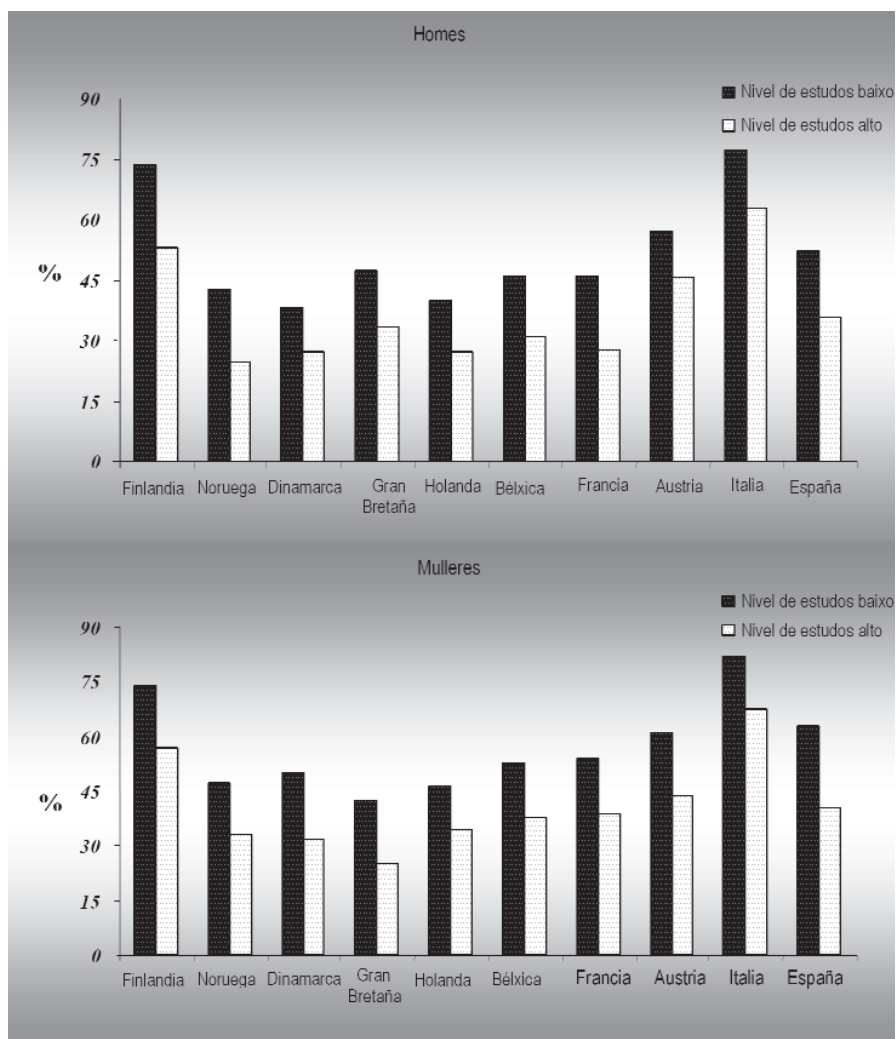
VI. Traballadores manuais cualificados

VII. Traballadores manuais non cualificados

<sup>a</sup> O risco relativo expresa o número de veces que é máis alta a mortalidade en cada categoría de clase social con respecto á mortalidade na categoría I.



Figura 3. Porcentaxe de persoas de 60 a 79 anos que declaman que o seu estado de saúde é regular, malo ou moi malo nos suxeitos con nivel de estudos baixo e nos suxeitos con nivel de estudos alto<sup>a</sup> en varias poboacións europeas. Última década do século XX



Elaborado a partir de Dalstra et al. 2006.

<sup>a</sup> O nivel de estudos baixo inclúe estudos inferiores a primarios, os estudos primarios e o primeiro ciclo da educación secundaria. O nivel de estudos alto inclúe o segundo ciclo da educación secundaria, estudos posteriores á educación secundaria e estudos universitarios.

Táboa 4. Razón de taxas de mortalidade entre os suxeitos con nivel de estudos baixo e entre os suxeitos con nivel de estudos alto<sup>a</sup> en Europa occidental<sup>b</sup>. Varias causas de morte nos suxeitos de 45 e máis anos. Primeira metade dos anos noventa

Causas de morte	Homes	Mulleres
Mortalidade por todas as causas de morte	1,32	1,26
Enfermidade isquémica do corazón	1,27	1,41
Enfermidade cerebrovascular	1,30	1,31
Cancro de estómago	1,68	1,54
Cancro de pulmón	1,66	1,21
Cancro colorectal	1,13	1,09
Cancro de próstata	0,96	..
Cancro de mama	..	0,89
Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica	2,00	1,34
Neumonía	1,45	1,45
Causas externas	1,37	1,00

Tomado de Huisman et al. 2005.

<sup>a</sup> O nivel de estudos baixo inclúe estudos inferiores a primarios, os estudos primarios e o primeiro ciclo da educación secundaria. O nivel de estudos alto inclúe o segundo ciclo da educación secundaria, estudos posteriores á educación secundaria e estudos universitarios.

<sup>b</sup> Inclúe as poboacións de Finlandia, Noruega, Inglaterra e Gales, Bélxica, Suíza, Austria, Turín, Barcelona e a Comunidade Autónoma de Madrid.

Táboa 5. Razón de taxas de mortalidade por enfermidade isquémica do corazón e por cancro de pulmón entre os suxeitos con nivel de estudos baixo e entre os suxeitos con nivel de estudos alto<sup>a</sup> en varias poboacións europeas. Suxeitos de 30 a 59 anos. Primeira metade dos anos noventa

Poboacións	Enfermidade isquémica do corazón		Enfermidade isquémica do corazón	
	Homes	Mulleres	Homes	Mulleres
Finlandia	1,59	2,25	1,75	1,29
Noruega	1,94	3,65	1,63	1,58
Dinamarca	1,66	2,57	1,65	1,60
Inglaterra e Gales	2,08	2,89	1,95	1,71
Bélxica	1,41	1,84	1,69	1,27
Austria	1,49	1,92	1,97	0,92
Suíza	1,40	1,79	1,53	0,98
Turín	1,23	1,22	1,52	1,00
Barcelona	1,35	1,62	1,44	0,88
Madrid	1,10	1,22	1,13	0,55

Tomado de Avendano et al. 2006 e de Mackenbach et al. 2004.

<sup>a</sup> O nivel de estudos baixo inclúe estudos inferiores a primarios, os estudos primarios e o primeiro ciclo da educación secundaria. O nivel de estudos alto inclúe o segundo ciclo da educación secundaria, estudos posteriores á educación secundaria e estudos universitarios.

Figura 4. Factores e circunstancias implicados na relación entre a posición socioeconómica e a saúde

