

Marzo 2019

Palabras clave: salud, ingresos,  
pobreza, desigualdades

## Las desigualdades en salud según pobreza y renta

Xavier Bartoll,<sup>13</sup> Katherine Pérez,<sup>123</sup> Carme Borrell<sup>123</sup>

**La disponibilidad de recursos materiales es un determinante clave de la salud de las personas; existe una amplia evidencia de una relación positiva entre ingresos y resultados favorables en la salud. Al mismo tiempo, la presencia de desigualdades socioeconómicas perjudica la consecución de niveles de salud más elevados para el conjunto de la población. Barcelona no es una excepción en el reto de disminuir las desigualdades socioeconómicas en salud. Se muestran diferencias significativas en las consecuciones de salud percibida y mental según la presencia de pobreza material y por niveles de ingresos en forma de gradiente. Si bien se constata la persistencia de la exclusión y las desigualdades, tanto en el ámbito local como transnacional, son necesarias las políticas destinadas a la población más vulnerable, y también se deben reforzar las más universalistas o las que permitan nivelar las desigualdades por posición socioeconómica.**

### Introducción

Es bien sabido que la relación entre salud y nivel de ingresos tiene una relación positiva (cuanto más alto es el nivel de ingresos, mejor es la salud) pero decreciente, es decir, a partir de un cierto nivel, los incrementos de renta ya no alcanzan mucha mejora de la salud, como sucede con la esperanza de vida (la denominada *Preston curve*, Preston, 1975). Esta relación, no lineal, que se observa a escala agregada depende tanto del nivel medio de ingresos de la población como de la desigualdad. Si la desigualdad es alta, unos incrementos o transferencias en los tramos más bajos de renta revierten en niveles más altos de salud que los percibidos en los tramos de renta más elevados y, en conjunto, la redistribución de recursos supone una mejora del nivel medio de salud de la población (Rodgers, 1979). Entonces, existe evidencia empírica de una relación negativa entre la desigualdad de ingresos a escala agregada y la salud poblacional. Las sociedades menos igualitarias tienden a presentar peores indicadores de salud poblacional, como más patologías mentales y de adicción al alcohol y las drogas, obesidad, una menor esperanza de vida y también peores indicadores de bienestar infantil (Wilkinson i Pickett, 2009). Los peores resultados en salud se darían en los Estados Unidos de América y en otros países anglosajones de tradición política más liberal, y los mejores resultados los obtendrían los países escandinavos, de tradición más igualitaria y con un estado de bienestar más desarrollado. En medio figuran una pluralidad de experiencias con diferentes grados de desigualdad donde la evidencia empírica es menos concluyente, sobre todo cuando se tienen en cuenta datos desagregados a escala individual (Lynch *et al.*, 2004; van Doorslaer i Koolman, 2004; Kondo *et al.*, 2009).

<sup>1</sup> Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB),<sup>2</sup> CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP),<sup>3</sup> Instituto de Investigación Biomédica (IIB Sant Pau).

Ante la hipótesis de que son los niveles de renta los que condicionan la propia salud (hipótesis del ingreso absoluto), se ha sugerido otra teoría en la que la salud y, sobre todo, los problemas psicosociales como el estrés y la angustia (Marmot, 2004), estarían afectados por la comparación del propio estatus social con el de otros grupos sociales de referencia (hipótesis del ingreso relativo). En la hipótesis del ingreso absoluto de renta, lo que es relevante es la disponibilidad de los recursos materiales que condicionan un abanico más amplio de oportunidades y consecuciones efectivas de planes de vida, mientras que en la hipótesis del ingreso relativo se daría una mayor importancia a las redes de apoyo y a la cohesión social. Ciertamente, existe una robusta evidencia empírica a favor de la hipótesis del ingreso absoluto y, de forma más débil, respecto al ingreso relativo (Wagstaff i Van Doorslaer, 2000). En cualquier caso, se comparte el diagnóstico de que el conjunto de la sociedad pierde posibilidades de un bienestar colectivo más elevado cuando una parte significativa de la población vive atrapada en situaciones de pobreza o de limitación de recursos. Son sobre todo los factores de contexto los que condicionan tanto la adquisición de hábitos saludables como las oportunidades de desarrollo a lo largo del curso de la vida, y en especial ya desde la infancia deben asegurarse unos entornos propicios de desarrollo que proporcionen el retorno social más elevado (Galobardes *et al.*, 2006).

Este artículo muestra la desigual distribución de la salud según la pobreza material y el nivel de renta de los hombres y mujeres residentes en la ciudad de Barcelona, y cómo los resultados en salud empeoran en forma de gradiente conforme disminuyen los recursos económicos.

### **Breve descripción de la metodología**

A partir de la encuesta de salud realizada en 2016 (hasta mayo de 2017) a una muestra representativa de la población de Barcelona, se conoce la situación socioeconómica y del estado de salud. Para determinar la situación de la salud respecto a los niveles de ingresos, se han seleccionado dos indicadores: la salud percibida y la salud mental. Se pregunta a la ciudadanía por su percepción del estado de salud utilizando cinco categorías, de excelente a mala. Posteriormente se agrupan las respuestas en “buena salud percibida” (excelente, muy buena y buena) y “mala salud percibida” (regular y mala). Para medir la salud mental se utiliza el instrumento General Health Questionnaire (GHQ-12), que detecta trastornos del ánimo y problemas psicosociales como la angustia. Este indicador se interpreta como el riesgo de padecimiento psicológico.

En cuanto a las medidas de pobreza y de ingresos, la encuesta prevé, entre otros, tres indicadores: la pobreza material, la renta disponible individual mensual y la renta disponible familiar anual. Para medir la pobreza material se utiliza el mismo instrumento que en otras encuestas de condiciones de vida en el ámbito europeo de acuerdo con nueve indicadores.<sup>2</sup> Los indicadores cubren la imposibilidad de disponer de alimentos, ropa y acceso a la vivienda (cuatro ítems), la participación social (un ítem) y la disponibilidad de bienes duraderos (cuatro ítems). Si se cumplen tres de los nueve indicadores de privación, se considera pobreza material. Hay que remarcar que es un indicador referido al hogar y no solo individual. En cuanto a los indicadores de ingresos, desgraciadamente es habitual en las encuestas registrar una elevada cuota de valores faltantes. Por este motivo se imputaron los valores faltantes de acuerdo con varias variables socioeconómicas. Se han considerado cuatro categorías de ingresos con el fin de distribuir la población de forma similar, tanto por los ingresos individuales mensuales como por los familiares anuales.

Para explorar las desigualdades en salud, se muestra la distribución de la mala salud según la presencia o no de pobreza y para cada categoría de ingresos. En un segundo paso, se calcula el

---

<sup>2</sup> Los nueve ítems son los siguientes: pagar sin retrasos gastos relacionados con la vivienda (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o de compras aplazadas; poder ir de vacaciones al menos una semana al año; poder hacer una comida de carne, pollo o pescado (o el equivalente vegetariano) al menos cada dos días; poder afrontar gastos imprevistos; poder permitirse un teléfono (incluyendo teléfono móvil); poder permitirse un televisor; poder permitirse una lavadora; poder permitirse un coche; poder mantener la vivienda a una temperatura adecuada.

exceso de probabilidad de sufrir peores resultados de salud según la presencia de pobreza y menor renta individual y familiar respecto a no sufrir pobreza y la categoría más aventajada de ingresos. Estos excesos de probabilidades (*odds ratio*) se muestran para hombres y mujeres ajustando por la edad para controlar el efecto del envejecimiento, y en el caso de la renta familiar, por el número de personas que viven en el hogar (renta familiar equivalente).

### La salud según pobreza e ingresos

El 22,8% de las mujeres declaró tener mala salud percibida, mientras que en los hombres lo hizo el 16,2%. Están en riesgo de mala salud mental el 19,2% de las mujeres y el 16,7% de los hombres. En cuanto a los indicadores de nivel socioeconómico, el 13,9% de los hombres y el 17,1% de las mujeres encuestadas se encuentran en situación de pobreza. En todos los indicadores, las mujeres presentan peores indicadores que los hombres. Con respecto a la distribución de los ingresos individuales, un 26,3% de los hombres y un 44,5% de las mujeres ingresan 900 euros o menos al mes. La mitad de la población tiene unos ingresos individuales en la franja de 1.200 a 1.800 euros al mes, y de 18.000 y 30.000 euros anuales familiares, mientras que el 23,3% de los hombres y el 10,5% de las mujeres tienen unos ingresos mensuales superiores a 1.800 euros. Ingresos familiares anuales superiores a 30.000 euros los tienen el 26,6% de las mujeres y 31,4% de los hombres (tabla 1)

**Tabla 1. Distribución de la carencia material y los ingresos por sexo, 2016**

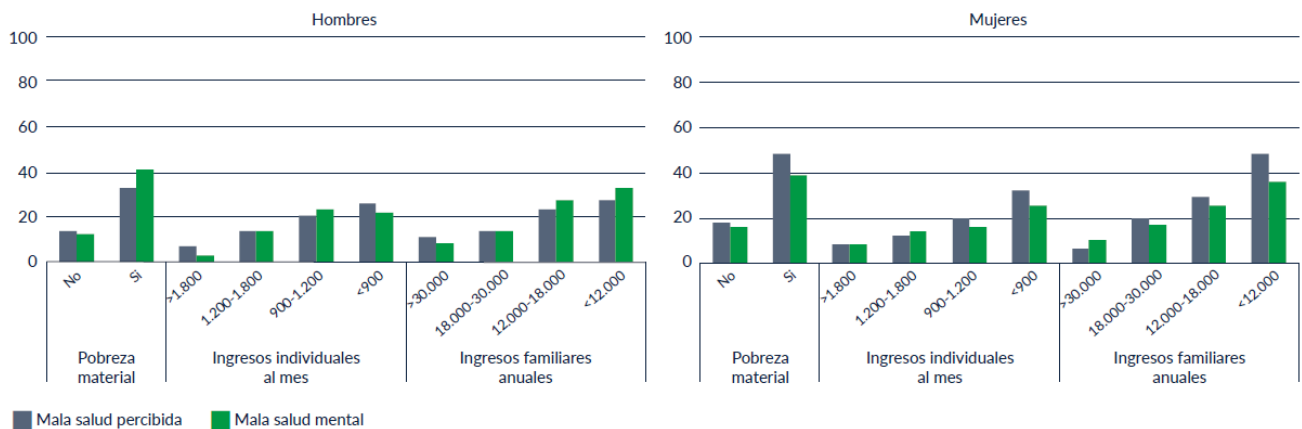
	Hombres (N=1.586)	Mujeres (N=1.762)
<b>Carència material</b>		
No	86,1	82,9
Si	13,9	17,1
<b>Ingresos individuales mes<sup>1</sup></b>		
>1.800	23,3	10,5
1.201-1.800	31,0	23,5
901-1.200	19,4	21,5
<900	26,3	44,5
<b>Ingresos familiares anuales</b>		
>30.000	31,5	26,6
18.001-30.000	36,8	35,2
12.001-18.000	20,9	23,1
<12.000	10,8	15,1

1. Hombres N=1.429; Mujeres N=1.537

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta de salud pública

El gráfico 1 muestra la distribución de los indicadores de salud según pobreza y niveles de ingresos individuales y familiares. Se muestran diferencias en todos los indicadores de salud en presencia de pobreza y un nivel económico bajo. Así, declaran una mala salud percibida y mental el 33,1% y el 41%, respectivamente, de los hombres en situación de pobreza, mientras que solo lo hacen el 13,4% y el 12,5% cuando no están en situación de pobreza. En las mujeres encontramos diferencias similares, el 48,4% y el 39,4% en salud percibida y salud mental en las mujeres en situación de pobreza, mientras que solo el 17,5% y el 15,9% en las mujeres sin situación de pobreza. Con respecto a los ingresos, observamos porcentajes inferiores de mala salud en los ingresos más elevados, y cómo se incrementa la mala salud cuando estos disminuyen. Una primera aproximación de las desigualdades según ingresos se obtiene restando los porcentajes de mala salud de los más y menos favorecidos en renta.

Gráfico 1. Porcentajes de mala salud según pobreza material e ingresos por sexo. Barcelona 2016



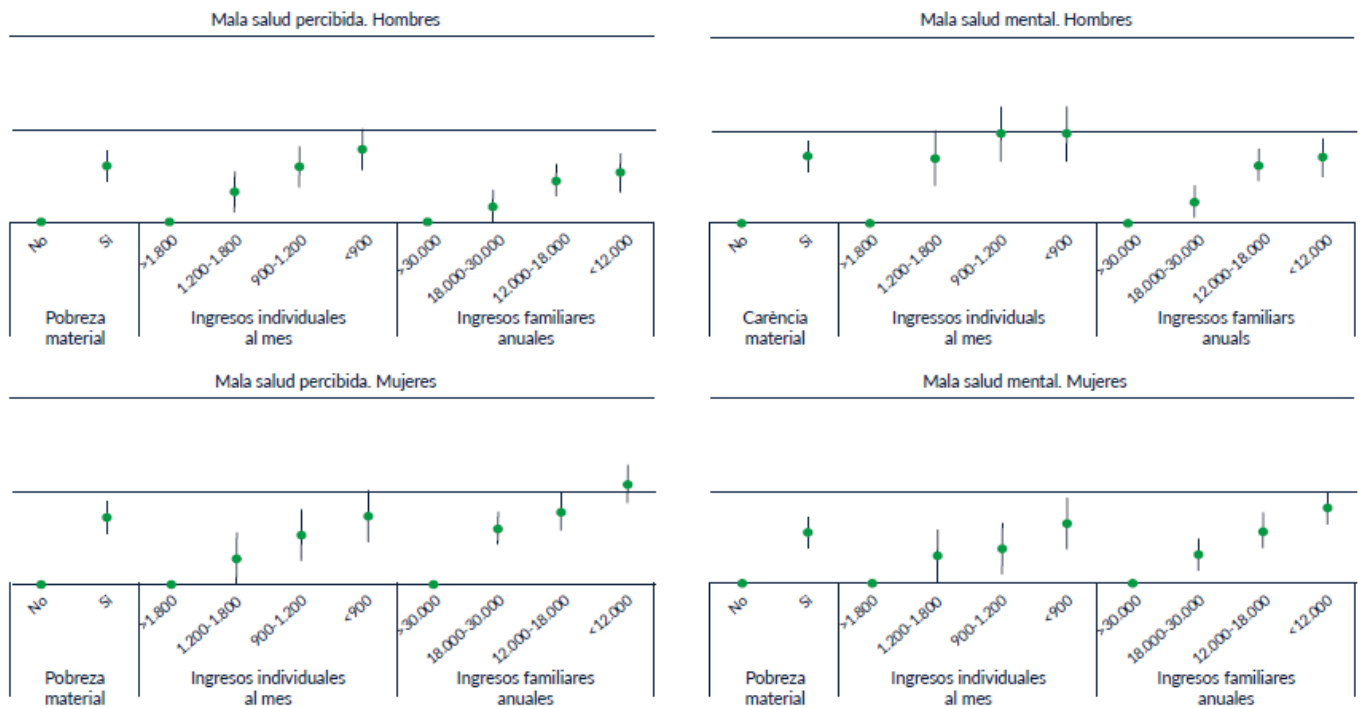
Fuente: elaboración propia. Encuesta de salud de Barcelona 2016/17.

Por ejemplo, la percepción de mala salud en las mujeres con menor y mayor nivel de renta es del 43% y del 25% en mala salud mental. Respecto a los hombres esta diferencia es del 17% y 24% respectivamente.

Una mirada más esmerada consiste en considerar que los grupos socioeconómicos pueden estar formados por personas con diferentes edades, y eso explicaría parte de los resultados. Igualmente, el número de personas que viven en el hogar puede tener que ver con los ingresos disponibles por persona. Una vez ajustados estos efectos, se muestra en el gráfico 2 la comparativa de mala salud según la situación socioeconómica. Los puntos rojos representan la magnitud de mayor probabilidad de mala salud en comparación con la situación más aventajada (representada sobre el eje de abscisas). En este caso, se han añadido los intervalos de confianza en la estimación con el fin de poder deducir si las diferencias son significativas. Todas las categorías de situación socioeconómica menos aventajada presentan significativamente peores indicadores que la categoría más aventajada. Por ejemplo, los hombres en situación de pobreza material tienen 4 veces más probabilidades de tener mala salud percibida que los hombres sin pobreza material, y en el caso de las mujeres, 5,9 veces. En la mayor parte de los indicadores de salud se da un gradiente en el que empeoran los indicadores de salud al hacerlo la situación socioeconómica.

Cabe recordar que estos resultados solo muestran una asociación entre la salud y el nivel de renta; en ningún caso muestran causalidad. También hay que tener en cuenta que, a pesar de estar ajustados por edad, representan asociaciones crudas, y que otros factores, como la situación laboral, pueden explicar la asociación entre nivel de renta y salud. Tampoco es posible descartar efectos bidireccionales en la causalidad, es decir, que personas con peor salud tengan más dificultades para acceder al mercado de trabajo y otros, lo que sería relevante para las personas con algún tipo de discapacidad.

Gráfico 2. Probabilidad de peor estado de salud según pobreza material y nivel de ingresos con respecto a la situación más aventajada y por sexo (odds ratio y 95% intervalos de confianza). Barcelona 2016



Fuente: elaboración propia. Encuesta de salud de Barcelona 2016/17.

Nota: Todos los indicadores están ajustados por edad y por número de personas en el hogar en los ingresos familiares. La situación más aventajada superpuesta en el eje de abscisas. Todos los odds ratio son significativos con respecto a la categoría base.

Fuente: elaboración propia. Encuesta de salud de Barcelona 2016/17.

## Conclusión

Los resultados muestran un nivel importante de desigualdades en salud en ambos sexos. Las personas en situación de pobreza material o de bajo nivel de ingresos individuales o familiares tienen una probabilidad mucho más alta de sufrir problemas de salud percibida y de salud mental. Los resultados muestran también un gradiente: a menores ingresos, las probabilidades de mala salud se incrementan gradualmente.

El análisis de la asociación entre la salud y la renta pone al descubierto cómo la población con menos recursos es una población diana para las políticas públicas y, en concreto, las relacionadas con la salud, pero también lo es la población con ingresos medios. Una evaluación de la relación entre salud y pobreza y la renta adquiere sentido en el marco de la provisión pública de bienes colectivos. Si eso es esencial en el propio ejercicio de la salud pública, como la calidad del aire y de la salubridad en general, una visión más amplia debe considerar también otros bienes susceptibles de provisión o regulación públicas, como el acceso a la vivienda, a los recursos sanitarios, a una educación de calidad y al trabajo digno. Desde la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) se monitorizan las desigualdades socioeconómicas y su evolución. Se implementan varias intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades. En especial, en el marco de la Ley de barrios del 2004 y el Plan de barrios del 2015, se han priorizado intervenciones en 23 barrios con los peores indicadores de salud y socioeconómicos, reforzando la acción comunitaria en diversos ámbitos, destinadas a colectivos en situación de vulnerabilidad (Díez *et al.*, 2012). Otro ejemplo es cómo la reducción de las desigualdades en la esperanza de vida y del padecimiento psicológico, entre otros, forman parte de la “Estrategia de inclusión y reducción de las desigualdades sociales en Barcelona para el 2017-2027”, aprobada hace pocos meses (<http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/estrategiainclusio.html>).

Algunos programas dirigidos a los grupos de población más desfavorecidos pueden tener efectos muy beneficiosos a corto plazo, pero es preciso también diseñar intervenciones a largo plazo, ya que estos efectos pueden desaparecer en el tiempo (Osypuk *et al.*, 2014). Sin embargo, tras décadas de políticas redistributivas, de la mejora en el nivel educativo y de los grandes avances en la tecnología y la prestación de servicios sanitarios, continúan las desigualdades y la pobreza estructurales. Este fenómeno de persistencia no es meramente local, sino que es común en toda Europa, aunque con diferencias (en el Estado español y en algunos países de Europa del Este con las tasas de pobreza más elevadas, en la horquilla del 20-25%, y en los países nórdicos, cerca de la mitad) (Jenkins, 2018). El hecho de no haber alcanzado los objetivos Europa 2020 ha motivado que a este último periodo 2010-2020 se lo conozca como la “década perdida” (Atkinson *et al.*, 2017), aunque la crisis económica ha influido negativamente. En el marco del capitalismo global, las políticas laborales orientadas a incrementar el empleo en salarios bajos, o a restringir el acceso a las políticas de protección social, como el paro, difícilmente ayudan a alcanzar más inclusión social. En cambio, hay evidencia de que los programas de rentas mínimas disminuyen la mortalidad (Nelson and Fritzell, 2014).

El numeroso grupo de población que ocupa una posición socioeconómica intermedia —y dada la escasa movilidad social— puede beneficiarse de las políticas del estado de bienestar más difundidas y universalistas o de un “universalismo proporcional”, es decir, más intenso en los grupos sociales con más necesidades, con el fin de nivelar el gradiente social (Davies and Sheriff, 2012). Para este grupo intermedio, que no es objetivo de programas específicos de inclusión social, se debe complementar el análisis de la relación entre renta y salud teniendo en cuenta la provisión de determinados bienes públicos como la educación y los servicios de salud en sí, pero también los que provee o promueve la salud pública. El consumo de tabaco sigue siendo el principal factor de riesgo de morbilidad, seguido del consumo de alcohol y drogas, pero también lo son el sobrepeso y los problemas relacionados con la dieta, y otros como la calidad del aire (Soriano *et al.*, 2018). Factores de riesgo que también están distribuidos siguiendo el patrón del gradiente social. Asimismo, es posible mejorar en otros intangibles del entorno laboral, los niveles de estrés y una racionalización del tiempo y la posibilidad de conciliación laboral. Una buena parte del exceso de desigualdad del gradiente social en salud es atribuible al mundo laboral. Estas políticas *downstream* se pueden complementar con políticas *upstream*, como una política redistributiva de acuerdo con un esquema fiscal más eficaz según la hipótesis del ingreso absoluto. También se debe avanzar en la investigación orientada a identificar los determinantes claves, las intervenciones más efectivas y los elementos facilitadores para a largo plazo las desigualdades en salud.

---

## Bibliografía

ATKINSON, T., GUIO, A.C. y MARLIER, E., 2017. *Monitoring social inclusion in Europe*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union, 2017. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/8031566/KS-05-14-075-EN-N.pdf/c3a33007-6cf2-4d86-9b9e-d39fd3e5420c>.

DAVIES, J.K. y SHERIFF, N., 2012. *The Gradient Evaluation Framework*, disponible en: [www.health-gradient.eu](http://www.health-gradient.eu).

DÍEZ DAVID, Elia; PASARÍN RUA, Maribel; DABAN AGUILAR, Ferran; NCL; FUERTES MARTÍNEZ, Carmen; ARTAZCOZ LAZCANO, Lucía; CBT, 2012. “Salut als barris’ en Barcelona, una intervenció comunitaria para reducir las desigualdades sociales en salud”. *Comunidad*, 4(2):121-1, p. 1-8. Disponible en: <http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2013/07/Experiencias.pdf>.

- GALOBARDES, B., SMITH, G. D. y LYNCH, J. W., 2006. "Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood". *Annals of Epidemiology*, 16, p. 91-104.
- JENKINS, S. P., 2015. "World income inequality databases: an assessment of WIID and SWIID". *Journal of Economic Inequality*, 13, p. 629-671.
- KONDO, N. *et al.*, 2009. "Income inequality, mortality, and self rated health: Meta-analysis of multilevel studies". *BMJ (online)*, 339(7731), p. 1178-1181.
- LYNCH, J. *et al.*, 2004. "Is income inequality a determinant of population health?". Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*, 82(1), p. 5-99.
- MARMOT, M., 2004. "The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity". *New England Journal of Medicine*. En *Times Books*. p. 319.
- NELSON, K. y FRITZELL, J., 2014. "Welfare states and population health: The role of minimum income benefits for mortality". *Social Science and Medicine*, 112, p. 63-71.
- OSYPUK, T. L. *et al.*, 2014. "Do Social and Economic Policies Influence Health? A Review". *Current Epidemiology Reports*, 1, p. 149-164. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s40471-014-0013-5>.
- PRESTON, S. H., 1975. "The Changing Relation between Mortality and level of Economic Development". *Population Studies*, 29(2), p. 231-248.
- RODGERS, G. B., 1979. "Income and inequality as determinants of mortality: An international cross-section analysis". *Population Studies*, 33(2), p. 343-351.
- SORIANO, J. B. *et al.*, 2018. "La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016". *Medicina Clínica*. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775318303312>.
- VAN DOORSLAER, E. y KOOLMAN, X., 2004. "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries". *Health Economics*, 13(7), p. 609-628.
- WAGSTAFF, A. y VAN DOORSLAER, E., 2000. "Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us?" *Annual Review of Public Health*, 21, p. 543-567. Disponible en: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543>.
- WILKINSON, R. y PICKETT, K., 2009. *The spirit level new edition: why equality is better for everyone*. Penguin Sociology.