

Les desigualtats en salut segons pobresa i renda

Xavier Bartoll¹³,
Katherine Pérez¹²³,
Carme Borrell¹²³

Paraules clau: salut, ingressos, pobresa, desigualtats



La disponibilitat de recursos materials és un determinant clau de la salut de les persones, fet que recolza en una àmplia evidència que indica una relació positiva entre ingressos i resultats favorables en la salut. Al mateix temps, la presència de desigualtats socioeconòmiques perjudica l'assoliment de nivells de salut més elevats per al conjunt de la població. Barcelona no és una excepció en el repte de disminuir les desigualtats socioeconòmiques en salut. L'article mostra diferències significatives en els assoliments de salut percebuda i mental segons les carències materials i per nivells d'ingressos en forma de gradient. Si bé es constata la persistència de l'exclusió i les desigualtats, tant a escala local com transnacional, les polítiques destinades a la població més vulnerable són necessàries, així com reforçar les de caràcter més universal o que permetin anivellar les desigualtats per posició socioeconòmica.

Introducció

És ben conegut que la relació entre salut i nivell d'ingressos té una relació positiva (com més alt és el nivell d'ingressos, millor és la salut) però decreixent, és a dir, a partir d'un cert nivell, els increments de renda ja no comporten gaire millora de la salut, com ara en l'esperança de vida (l'anomenada *Preston curve*, Preston, 1975). Aquesta relació no lineal que s'observa a escala agregada depèn tant del nivell mitjà d'ingressos de la població com de la desigualtat. Si la desigualtat és alta, increments o transferències en els trams més baixos de renda reverteixen en nivells

-
1. Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB).
 2. CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
 3. Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau).

més alts de salut que els percebuts en els trams de renda més elevats. Tanmateix, en conjunt, la redistribució de recursos suposa una millora del nivell mitjà de salut de la població (Rodgers, 1979). Aleshores, existeixen evidències empíriques d'una relació negativa entre la desigualtat d'ingressos a escala agregada i la salut poblacional. Les societats menys igualitàries tendeixen a presentar pitjors indicadors de salut poblacional, com ara més patologies mentals i d'addicció a l'alcohol i les drogues, l'obesitat, una esperança de vida més baixa i també pitjors indicadors de benestar infantil (Wilkinson i Pickett, 2009). Els pitjors resultats en salut es troben als Estats Units d'Amèrica i a altres països anglosaxons de tradició política més liberal, mentre que els millors resultats els obtenen els països escandinaus, de tradició més igualitària i amb un estat del benestar més desenvolupat. Entremig figuren una pluralitat d'experiències amb graus diferents de desigualtat on l'evidència empírica és menys concloent, sobretot quan es tenen en compte dades desagregades a escala individual (Lynch *et al.*, 2004; van Doorslaer i Koolman, 2004; Kondo *et al.*, 2009).

Davant la hipòtesi que són els nivells de renda els que condicionen la pròpia salut (hipòtesi de l'ingrés absolut), s'ha suggerit una altra teoria en què la salut i, sobretot, els problemes psicosocials com l'estrès i l'angoixa (Marmot, 2004), estarien afectats per la comparació del propi estatus social amb el d'altres grups socials de referència (hipòtesi de l'ingrés relatiu) (Rodgers, 1979; Wagstaff i Van Doorslaer, 2000). En la hipòtesi de l'ingrés absolut de renda, el que és rellevant és la disponibilitat dels recursos materials que condicionen un ventall més ampli d'oportunitats i assoliments efectius de plans de vida, mentre que en la

hipòtesi de l'ingrés relatiu, es donaria més importància a les xarxes de suport i a la cohesió social. Certament, hi ha una robusta evidència empírica a favor de la hipòtesi de l'ingrés absolut i, de manera més dèbil, respecte de l'ingrés relatiu (Wagstaff i Van Doorslaer, 2000). En qualsevol cas, es comparteix el diagnòstic que el conjunt de la societat perd possibilitats d'un benestar col·lectiu més elevat quan una part significativa de la població viu atrapada en situacions de pobresa o de limitació de recursos. Són, sobretot, els factors de context els que condicionen tant l'adquisició d'hàbits saludables com les oportunitats de desenvolupament al llarg del curs de la vida. Per tant, ja des de la infantesa, caldria assegurar uns entorns propicis de desenvolupament que proporcionin el retorn social més elevat (Galobardes *et al.*, 2006).

Aquest article mostra la desigual distribució de la salut segons la carència material i el nivell de renda dels homes i dones residents a la ciutat de Barcelona, i com els resultats en salut empitjoren en forma de gradient conforme disminueixen els recursos econòmics.

Breu descripció de la metodologia

A partir de l'Enquesta de salut realitzada el 2016 (fins al maig del 2017) sobre una mostra representativa de la població de Barcelona, podem conèixer la situació socioeconòmica i de l'estat de salut a la ciutat. Per conèixer la situació de la salut respecte dels nivells d'ingressos es van seleccionar dos indicadors: la salut percebuda i la salut mental. Es pregunta a la ciutadania per la seva percepció de l'estat de salut entre cinc categories, d'excel·lent a dolenta. Posteriorment s'agruparen les respostes en bona salut percebuda (en les d'excel·lent, molt bona i bona) i mala

salut percebuda (agrupades en les categories de regular i dolenta). Per mesurar la salut mental s'utilitza l'instrument *General Health Questionnaire* (GHQ-12, Goldberg, 1978), que detecta trastorns de l'ànim i problemes psicosocials, com ara l'angoixa. Aquest indicador s'interpreta com el risc de patiment psicològic (quan una persona presenta 3 o més ítems de 12).

Amb relació a les mesures de pobresa i d'ingressos, l'enquesta recollia, entre altres, tres indicadors: la carència material, la renda disponible individual mensual i la renda disponible familiar anual. Per mesurar la carència material s'utilitza el mateix instrument que en altres enquestes de condicions de vida a escala europea d'acord amb nou indicadors⁴. Aquests indicadors cobreixen la impossibilitat de poder disposar d'aliments, d'accés a l'habitatge (quatre ítems), la participació social (un ítem) i la disponibilitat de béns duradors (quatre ítems). Si es compleixen tres dels nou indicadors de privació, es considera carència material. Cal remarcar que és un indicador que es refereix a la llar i no només a l'individu. Pel que fa als indicadors d'ingressos, malauradament és habitual en les enquestes registrar una quota de valors perduts elevada. Per aquest motiu es van imputar els valors perduts d'acord amb diverses variables socioeconòmiques. S'han considerat quatre categories d'ingressos a fi de distribuir-hi la població de manera similar, tant pels ingressos individuals mensuals com pels familiars anuals.

Per explorar les desigualtats en salut es mostra la distribució de la mala salut segons la presència o no de pobresa i per cada categoria d'ingressos. En un segon pas es calcula l'excés de probabilitat de patir pitjors resultats

de salut segons la presència de pobresa i menor renda individual i familiar respecte de no patir pobresa i la categoria més avantatjada d'ingressos. Aquests excessos de probabilitats (*odds ratio*) es mostren per homes i dones ajustant per l'edat per tal de controlar l'efecte de l'envelliment, i en el cas de la renda familiar, pel nombre de persones que viuen a la llar (renda familiar equivalent).

La salut segons pobresa i ingressos

En tots els indicadors, les dones presenten pitjors indicadors que els homes. El 22,8% de les dones va declarar tenir mala salut percebuda, mentre que en els homes és del 16,2%. Estan en risc de mala salut mental el 19,2% de les dones i el 16,7% dels homes. Amb relació als indicadors de nivell socioeconòmic, el 17,1% de les dones i el 13,9% dels homes enquestats estan en situació de carència material. Pel que fa a la distribució dels ingressos individuals, un 44,5% de les dones i un 26,3% dels homes ingressen 900 o menys euros al mes. La meitat de la població té uns ingressos individuals en la franja de 1.200 a 1.800 € al mes, i de 18.000 i 30.000 € anuals familiars, mentre que el 10,5% de les dones i el 23,3% dels homes tenen ingressos mensuals superiors a 1.800 €. Uns ingressos familiars anuals superiors a 30.000 € els tenen el 26,6% de les dones i el 31,4% dels homes (taula 1).

4. Els nou ítems són els següents: pagar sense endarreriments despeses relacionades amb l'habitatge (hipoteca o lloguer, rebuts de gas, comunitat...) o de compres ajornades; poder anar de vacances almenys una setmana a l'any; poder fer un àpat de carn, pollastre o peix (o l'equivalent vegetarià) almenys cada dos dies; poder afrontar despeses imprevistes; poder permetre's un telèfon (incloent-hi telèfon mòbil); poder permetre's un televisor; poder permetre's una rentadora; poder permetre's un cotxe; poder mantenir l'habitatge a una temperatura adient.

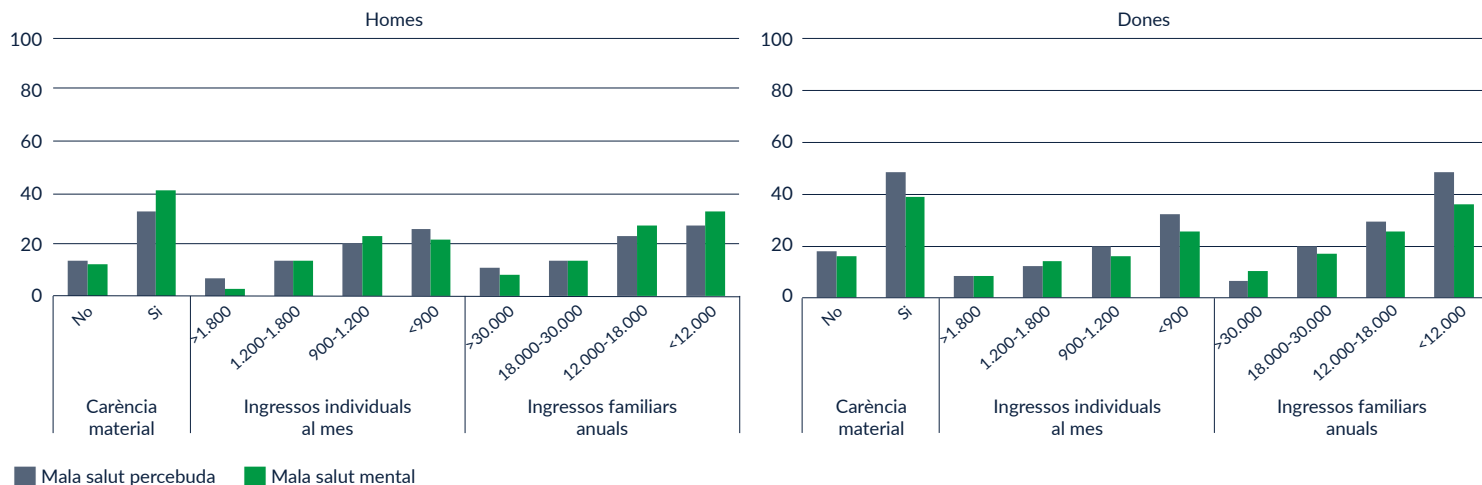
Taula 1. Distribució de la carència material i ingressos per sexe, 2016

	Homes (N=1.586)	Dones (N=1.762)
Carència material		
No	86,1	82,9
Si	13,9	17,1
Ingressos individuals mes¹		
>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
Ingressos familiars anuals		
>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.Homes N=1.429; Dones N=1.537

Font: Elaboració pròpia a partir de l'Enquesta de salut pública

El gràfic 1 mostra la distribució dels indicadors de salut segons pobresa i nivells d'ingressos individual i familiar. El gràfic mostra diferències en tots els indicadors de salut en presència de pobresa i un nivell econòmic baix. Així, declaren una mala salut percebuda i mental el 33,1% i el 41% respectivament dels homes en situació de pobresa, mentre que només ho fan el 13,4% i el 12,5% quan no estan en situació de carència material. En les dones trobem diferències similars, el 48,4% i 39,4 en salut percebuda i salut mental en les dones en situació de pobresa, mentre que només el 17,5% i el 15,9% en les dones sense situació de pobresa. Respecte als ingressos, observem percentatges inferiors de mala salut en la població amb ingressos més elevats i un increment de la mala salut quan els ingressos disminueixen. Una primera aproximació de les desigualtats segons ingressos s'obté restant els percentatges de mala salut de les persones més i menys afavorides en renda.

Gràfic 1. Percentatges de mala salut (percebuda i mental) segons carència material i ingressos per sexe. Barcelona, 2016

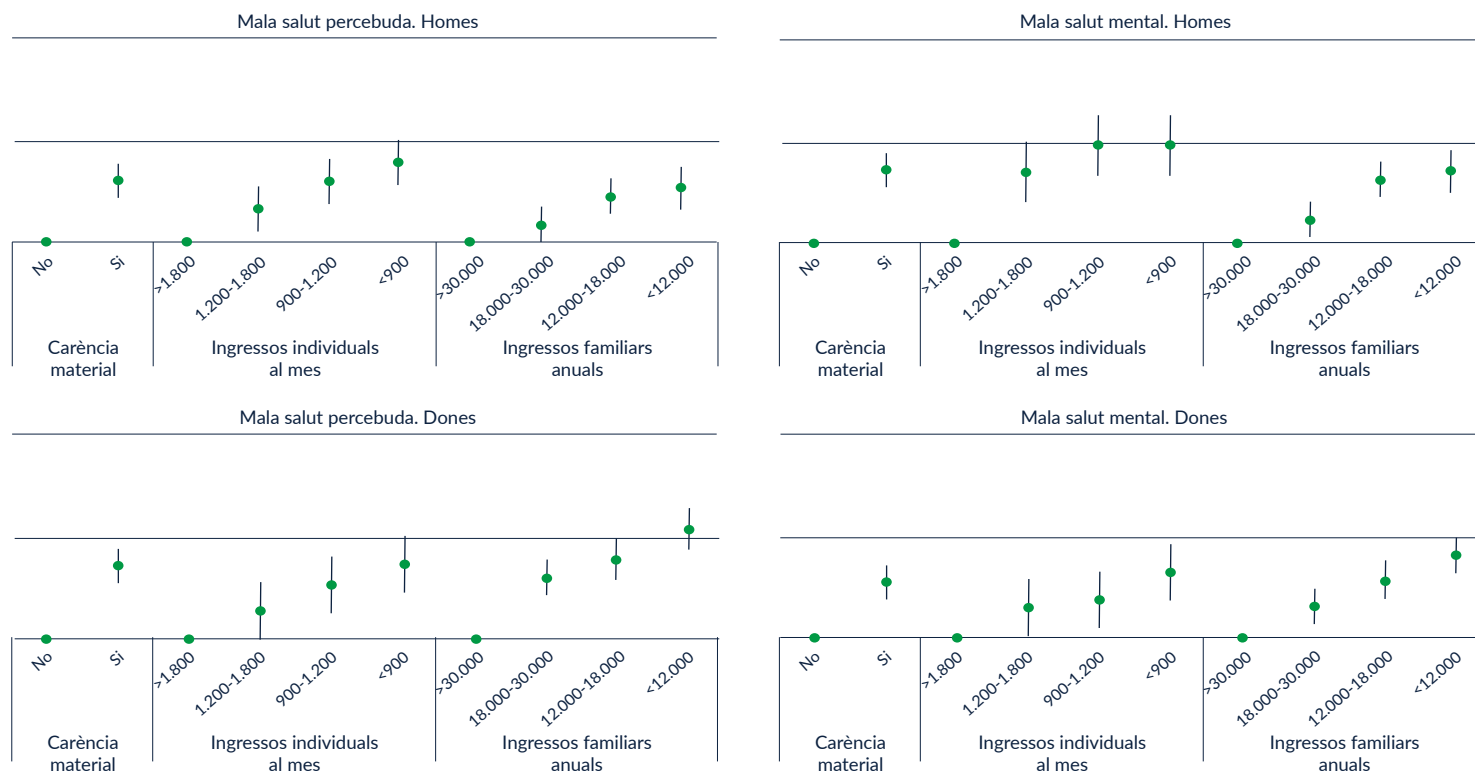
Font: Elaboració pròpia. Enquesta de salut de Barcelona 2016/17.

Per exemple, la diferència en la freqüència de mala salut percebuda en les dones amb menor i major nivell de renda arriba al 43%, i al 25% en mala salut mental. En els homes aquestes diferències són respectivament de 17% i 24%.

Una mirada més acurada sobre aquests resultats de l'enquesta ha de considerar que els grups socioeconòmics

poden estar formats per persones d'edats diferents, un fet que explicaria part dels resultats. Igualment, el nombre de persones que viuen en una llar pot tenir a veure amb els ingressos disponibles per persona. Un cop ajustats aquests efectes, el gràfic 2 mostra la comparativa de mala salut segons la situació socioeconòmica. Els punts vermells representen la magnitud de més probabilitat de mala salut

Gràfic 2. Probabilitat de pitjor estat de salut (percebuda i mental) en escala d'1 a 10, segons la carència material i el nivell d'ingressos respecte a la situació més avantatjada i per sexe (odds ratio i 95% intervals de confiança). Barcelona 2016



comparant amb la situació més avantatjada (representada sobre l'eix d'abscisses). En aquest cas s'han afegit els intervals de confiança en l'estimació a fi de poder deduir si les diferències són significatives. Totes les categories de situació socioeconòmica menys avantatjada presenten significativament pitjors indicadors que la categoria més avantatjada. Per exemple, els homes en situació de carència material tenen 4 vegades més probabilitat de tenir mala salut percebuda que els homes sense carència material, mentre que aquesta diferència és de 5,9 vegades en les dones. En la major part d'indicadors de salut es dona una distribució en forma d'esglaonament en què empitjoren els indicadors de salut en fer-ho la situació socioeconòmica.

Cal recordar que aquests resultats només mostren una associació entre la salut i el nivell de renda; en cap cas mostren causalitat. També cal tenir en compte que, tot i estar ajustats per edat, representen associacions crues, i que altres factors, com ara la situació laboral, poden explicar l'associació entre nivell de renda i salut. Tampoc és possible descartar efectes bidireccionals en la causalitat, és a dir, que persones amb pitjor salut tinguin més dificultats per accedir al mercat de treball i altres, fet que seria rellevant per a les persones amb algun tipus de discapacitat.

Conclusió

Els resultats mostren un nivell important de desigualtats en salut en ambdós sexes. Les persones en situació de carència material o de baix nivell d'ingressos individuals i familiars tenen una probabilitat molt més alta de patir problemes de salut percebuda i de salut mental. Els resultats mostren també una distribució en forma

d'esglaonament: si hi ha ingressos menors, les probabilitats de mala salut s'incrementen gradualment.

L'anàlisi de l'associació entre la salut i la renda posa al descobert com la població amb menys recursos és una població diana per a les polítiques públiques i, en concret, les relacionades amb la salut, però també ho és la població amb ingressos mitjans. Una avaluació de la relació entre salut i carència material i la renda pren sentit en el marc de la provisió pública de béns col·lectius. Si això és essencial en el mateix exercici de la salut pública, com ara la qualitat de l'aire i de la salubritat en general, una visió més àmplia ha de considerar també altres béns susceptibles de provisió o regulació públiques, com ara l'accés a l'habitatge, als recursos sanitaris, a una educació de qualitat i al treball digne. Des de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) es monitoren les desigualtats socioeconòmiques i la seva evolució i es despleguen diverses intervencions adreçades a la reducció de les desigualtats. En especial, en el marc de la Llei de barris del 2004 i Pla de barris del 2015 s'han prioritzat intervencions en 23 barris on es registren els pitjors indicadors en salut i socioeconòmics reforçant l'acció comunitària en diversos àmbits destinades a col·lectius en situació de vulnerabilitat (Díez *et al.*, 2012). Un altre exemple és com la reducció de les desigualtats en l'esperança de vida i del patiment psicològic, entre altres, formen part de l'“Estratègia d'inclusió i reducció de les desigualtats socials a Barcelona per al 2017-2027”, aprovada fa pocs mesos (<http://www.bcn.cat/barcelonainclusiva/ca/estrategiainclusio.html>).

Alguns programes dirigits als grups de població més desfavorits poden tenir efectes molt beneficiosos a curt

termini, però és necessari, també, dissenyar intervencions a llarg termini, ja que aquests efectes poden desaparèixer en el temps (Osypuk *et al.*, 2014). Tanmateix, després de dècades de polítiques redistributives, de la millora en el nivell educatiu i els grans avenços en la tecnologia i la prestació de serveis sanitaris, continuem observant desigualtats i pobresa estructurals. La persistència d'aquests fenòmens no és només local sinó comú a tot Europa, per bé que amb diferències (a l'Estat espanyol i en alguns països de l'Europa de l'est amb les taxes de pobresa més elevades, en la forquilla del 20-25%, i als països nòrdics, prop de la meitat) (Jenkins, 2018). El fet que no s'hagin assolit els objectius Europa-2020 ha fet que aquest darrer període 2010-2020 s'anomeni la “dècada perduda” (Atkinson *et al.*, 2017), en el qual la crisi econòmica ha influït negativament. En el marc del capitalisme global, les polítiques laborals orientades a incrementar l'ocupació en salaris baixos o a restringir l'accés a les polítiques de protecció social, com ara l'atur, difícilment ajuden a assolir una major inclusió social. En canvi, existeixen evidències que els programes de rendes mínimes disminueixen la mortalitat (Nelson and Fritzell, 2014).

El nombrós grup de població que es troba en una posició socioeconòmica intermèdia —i donada l'escassa mobilitat social registrada a la ciutat— es pot beneficiar de les polítiques de benestar més difoses i universalistes o d'un “universalisme proporcional”, és a dir, més intens en els grups socials amb més necessitats, amb la finalitat d'anivellar el gradient social (Davies i Sheriff, 2012). Per a aquest grup intermedi, que no és objectiu de programes específics d'inclusió social, cal complementar l'anàlisi de la relació entre renda i salut tenint en compte la provisió

de determinats béns públics com l'educació i els serveis de salut, però també els que proveeix o promou la salut pública. El consum de tabac continua sent el principal factor de risc de morbiditat, seguit del consum d'alcohol i de drogues, però també ho són el sobreprès, els problemes relacionats amb la dieta i d'altres com la qualitat de l'aire (Soriano *et al.*, 2018). Factors de risc que també estan distribuïts seguint el patró del gradient social. També és possible millorar en altres intangibles de l'entorn laboral, els nivells d'estrès i una racionalització del temps i la possibilitat de conciliació laboral. Una bona part de l'excés de desigualtat del gradient social en salut és atribuïble al món laboral. Aquestes polítiques *downstream* es poden complementar amb polítiques *upstream*, com ara una política redistributiva amb un esquema fiscal més eficaç d'acord amb la hipòtesi de l'ingrés absolut. Cal, també, avançar en la recerca orientada a identificar els determinants claus, les intervencions més efectives i els elements facilitadors per revertir, a llarg termini, les desigualtats en salut.

Bibliografia

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

DAVIES, J.K. i SHERIFF, N., 2012. *The Gradient Evaluation Framework*, disponible a: www.health-gradient.eu.

DÍEZ DAVID, Èlia; PASARÍN RUA, Maribel; DABAN AGUILAR, Ferran, N.C.L. i FUERTES MARTÍNEZ, Carmen; ARTAZCOZ LAZCANO, Lucía, C.B.T., 2012. «Salut als barris» en Barcelona, una intervenció comunitària para reducir las desigualdades sociales en salud”. *Comunidad*, 4(2):121-1, p. 1-8. Disponible a: <http://www.pacap.net/pacap/wp-content/uploads/2013/07/Experiencias.pdf>.

GALOBARDES, B., SMITH, G.D. i 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.

GOLDBERG D. Manual del General Health Questionnaire. Windsor: NFER Publishing, 1978.

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. 1.178-1.181.

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*. In *Times Books*. p. 319.

NELSON, K. i 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

a: <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 a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775318303312>.

VAN DOORSLAER, E. i KOOLMAN, X., 2004. “Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries”. *Health Economics*, 13(7), p. 609-628.

WAGSTAFF, A. i VAN DOORSLAER, E., 2000. “Income Inequality and Health: What Does the Literature Tell Us?” *Annual Review of Public Health*, 21, p. 543-567. Disponible a: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.21.1.543>.

WILKINSON, R. i PICKETT, K., 2009. *The spirit level new edition: why equality is better for everyone*. Penguin Sociology.