

# Desigualdad en salud y territorio urbano

(Inequalities in health and urban areas)

La comprensión de los procesos urbanos de las grandes ciudades es clave para entender las transformaciones económicas, sociales, políticas y de salud de un país. Si la polarización entre las clases sociales trazó la morfología de la ciudad industrial, la combinación de polarización y fragmentación contribuye a la conformación de las ciudades actuales<sup>1</sup>. Las grandes ciudades han asimilado la pobreza en los barrios marginales situados en el centro y la periferia, consecuencia de factores como el encarecimiento de la vida, el aumento del desempleo, la disminución de las redes sociales y, más recientemente, la globalización y la inmigración. En estos barrios marginales se detectan los peores indicadores socioeconómicos y de salud, como por ejemplo las altas tasas de sida, de tuberculosis y de sobredosis de drogas<sup>2</sup>.

En el conjunto de la Europa mediterránea asistimos a una reorganización del espacio: las grandes ciudades tienden a perder población, mientras que las segundas coronas y las ciudades medias absorben la mayor parte del crecimiento demográfico y económico. La reestructuración industrial se ha visto acompañada de la flexibilización laboral, y esto conlleva el aumento del desempleo y los trabajos precarios. Las fábricas se ubican preferentemente en las áreas metropolitanas, hecho que ha repercutido en el importante aumento del sector servicios y ha provocado la «terciarización urbana». Esto afecta sobre todo a los centros y ensanches de las grandes ciudades, donde se localizan las oficinas, los despachos, los servicios y los comercios. Además, las grandes ciudades pierden población, mayoritariamente entre las personas jóvenes, debido sobre todo al alto precio de la vivienda<sup>3</sup>. Estas emigraciones, junto con el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, están favoreciendo el envejecimiento progresivo de la población.

En España, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2002, el 66% de la población reside en municipios de más de 20.000 habitantes. En los 2 municipios con más de un millón y medio de habitantes (Madrid y Barcelona) vive el 10,9% de la población. En los 4 municipios con un número de habitantes entre 500.000 y 800.000 (Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga) reside el 6,3% de la población, y en los de 250.000-500.000 habitantes reside el 7%. Del resto de la población, el 42% vive en municipios que tienen entre 20.000 y 250.000 habitantes<sup>4</sup>. En nuestro país, el crecimiento continuo del territorio urbano ha propiciado la desaparición de muchos espacios rurales in-

terurbanos, lo que conlleva la aparición de grandes conurbaciones, formadas a partir de la agregación de varios municipios<sup>5</sup>.

## La investigación sobre la desigualdad en salud en el territorio urbano: presente y futuro

En la última década han proliferado los estudios que han considerado el área geográfica como un determinante de la salud, probablemente relacionado con el hecho de considerar los determinantes de la salud como un entramado de causas, entre las cuales son preponderantes las de tipo social<sup>6</sup>. Ello implica que no sólo deben analizarse los determinantes individuales, sino también las características del área de residencia o contextuales<sup>7</sup>.

En este sentido, el estudio de las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la salud que tenga en cuenta el territorio cobra una gran relevancia por diversos motivos: a) existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales<sup>8,9</sup>, como el medio ambiente, el urbanismo, el sector productivo, los equipamientos de ocio, la provisión de servicios tanto públicos como privados o los aspectos socioculturales; b) la detección de áreas geográficas con peores indicadores socioeconómicos y de salud facilitará la puesta en marcha de intervenciones, y c) a veces es más fácil disponer de datos del área geográfica que de los propios individuos.

Por todo ello, la descripción de las desigualdades en los distintos territorios de una ciudad adquiere una gran importancia, tanto para los investigadores como para los planificadores y agentes políticos. Además, tal como se ha comentado anteriormente, en el territorio urbano es donde suelen concentrarse los núcleos de pobreza y marginación que se asocian a ciertas enfermedades, como el sida y la tuberculosis, o la sobredosis de drogas, que pueden producir importantes desigualdades socioeconómicas en términos de salud. Una ventaja añadida del estudio de las desigualdades en salud en las áreas pequeñas del territorio urbano es que permite detectar las zonas con mayor riesgo para la salud, que frecuentemente pasan inadvertidas cuando se analizan áreas más grandes.

Múltiples publicaciones, sobre todo procedentes del ámbito anglosajón, ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud en los barrios de las zonas

urbanas<sup>10-12</sup>. En España se han realizado pocos estudios al respecto. La mayoría de ellos se han efectuado en la ciudad de Barcelona<sup>13,14</sup>, aunque también se han llevado a cabo estudios en otras ciudades<sup>15,16</sup>. En este número de GACETA SANITARIA se publican 2 artículos que ponen de manifiesto las desigualdades en mortalidad en los distritos de Valencia y Alicante<sup>17</sup>, y en las zonas básicas de salud de Sevilla<sup>18</sup>. Ambos trabajos representan un avance en el conocimiento de las desigualdades en salud en ciudades donde la información era escasa. Para las ciudades de Valencia y Alicante, se analiza la evolución de la mortalidad y sus elevadas tasas en 2 distritos de Valencia. En Sevilla, se describen las desigualdades en las zonas básicas de salud y se observa un aumento de la mortalidad a medida que incrementa el desempleo en la población de estas áreas. Al igual que en Barcelona, el sida es una de las causas que provoca mayores desigualdades.

El futuro de la investigación sobre las desigualdades en salud en áreas pequeñas del territorio urbano debería seguir 5 enfoques:

— La realización de estudios referidos a otras ciudades, que profundicen en la contribución de las distintas causas de muerte a las desigualdades.

— La comparación de las desigualdades en salud entre distintas áreas urbanas. Para ello deberían delimitarse las áreas geográficas, o bien las agrupaciones de las secciones censales comparables entre ciudades.

— El análisis de las tendencias de estas desigualdades en el tiempo.

— La realización de estudios de niveles múltiples. Los estudios ecológicos citados anteriormente son útiles para detectar y evaluar las desigualdades socioeconómicas en salud, pero debemos señalar que estos trabajos no permiten identificar si las desigualdades en salud entre las áreas están causadas por las características de éstas (efecto del contexto) o por las diferencias de los individuos que viven en ellas (efecto de la composición). Tampoco permiten evaluar el papel de los factores individuales como confusores, mediadores o modificadores del efecto del área. El análisis de niveles múltiples permite tener en cuenta tanto los factores individuales como los contextuales<sup>19,20</sup>, lo que supondría dar un paso adelante en el estudio sobre la relación entre la desigualdad y el territorio urbano, investigación prácticamente inexistente en nuestro país<sup>21</sup>.

— La realización de estudios cualitativos. Los estudios propuestos anteriormente deberían ir acompañados de un conocimiento más profundo de los límites geográficos utilizados para delimitar los barrios, y sería necesario no sólo utilizar los límites administrativos, sino también los límites que permiten caracterizarlos mejor desde el punto de vista cultural e his-

tórico. Por lo tanto, es necesario profundizar en los aspectos sociales, económicos, geográficos, culturales e históricos de los barrios, lo que ayudará a definir un marco conceptual de análisis más útil sobre cómo y por qué el territorio urbano afecta a la salud. En este sentido, la metodología de investigación cualitativa puede ser de gran utilidad para elucidar las interacciones dinámicas entre las características individuales y de las áreas<sup>22</sup>, además de poder permitir una mayor aproximación cuantitativa a través de la formulación de nuevas hipótesis.

---

### Las limitaciones actuales en el estudio de la desigualdad en salud en el territorio urbano

Debemos aprovechar estas páginas para recordar las limitaciones que existen en nuestro país para avanzar en el estudio de las desigualdades socioeconómicas relacionadas con la salud. La mayoría de los registros y las fuentes de información sanitarias no disponen de información socioeconómica que permita presentar los datos según la clase social o el nivel socioeconómico. Además, los registros rutinarios tampoco permiten codificar fácilmente el área geográfica de residencia (geocodificar). Así, por ejemplo, el registro de mortalidad del INE utiliza el municipio como última unidad de análisis geográfica, y no facilita las variables que identifiquen cada defunción en áreas geográficas más pequeñas. Sólo a partir de iniciativas locales o de las comunidades autónomas se ha podido avanzar en este campo. En los trabajos de Ruiz-Ramos et al y Nolasco et al, en este número de GACETA SANITARIA, se ha realizado la geocodificación a partir de las direcciones postales que constaban en los boletines estadísticos de defunción. El primero utiliza como base la información del Padrón de Habitantes de la ciudad de Sevilla y el segundo, la información facilitada por el INE. En la ciudad de Barcelona existe un enlace entre el registro de mortalidad y el Padrón de Habitantes, hecho que permite asignar a cada defunción el área de residencia (manzana, sección censal, barrio, zona básica de salud o distrito) que consta en el Padrón.

Además de mejorar los registros sanitarios, es necesario avanzar en los sistemas de información con datos sobre los barrios y las comunidades. A excepción de los datos censales, es una información que no suele estar sistematizada, lo que la hace poco accesible a los investigadores y trabajadores de la salud pública. Sería necesario que estos temas figuraran en la agenda tanto de los responsables políticos como de los planificadores, para permitir la mejora de nuestros sistemas de información.

## Las intervenciones para reducir la desigualdad en salud en el territorio urbano

Entre los objetivos de la Organización Mundial de la Salud para el siglo XXI, se indica que para el año 2020 tendría que haber una reducción de al menos un 25% de la diferencia en salud entre los grupos socioeconómicos en todos los países<sup>23</sup>. A pesar de ello, en el estado español no se han priorizado las políticas e intervenciones para disminuir estas desigualdades<sup>24</sup>. Tal como definen Mackenbach y Bakker<sup>25</sup> existen distintas fases en el conocimiento y la acción frente a las desigualdades socioeconómicas en salud, que van desde la fase de premedida (no existe información al respecto y, por tanto, tampoco intervenciones) a la fase de coordinación global (existen amplia información y programas coordinados y estructurados para disminuir las desigualdades en salud). En nuestro país, estaríamos en la fase siguiente a la de la premedida, es decir, la fase de «negación», ya que éste es un tema escasamente reconocido por las administraciones públicas locales, autonómicas o estatales y al que sólo dedican su atención algunos grupos de investigadores (a pesar de que la financiación para este tipo de investigaciones es muy reducida). Tampoco existe desde la salud pública un se-

guimiento continuado de esta problemática, lo que facilitaría el conocimiento del fenómeno y la puesta en marcha de intervenciones. Una excepción que vale la pena mencionar es el último plan de salud de Euskadi<sup>26</sup>, donde se ha tenido una sensibilidad especial para introducir unos objetivos relacionados con la disminución de las desigualdades en la mayoría de los problemas de salud.

A pesar de que en nuestro país las evidencias disponibles sobre la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud no son todo lo abundantes que sería deseable, son suficientes para poner en marcha políticas e intervenciones destinadas a reducir estas desigualdades. Las áreas pequeñas de los territorios urbanos, donde se concentra la privación material y los peores indicadores de salud, podrían ser la población diana de alguna de estas intervenciones, siguiendo el modelo de algunas experiencias concretas que ya han demostrado su eficacia<sup>27</sup>.

**Carme Borrell y María Isabel Pasarín**

*Agencia de Salud Pública de Barcelona; Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS; Red de Grupos de Investigación en Salud y Género (RISG); Red Centros de Investigación Cooperativa en Epidemiología y Salud Pública (RCESP).*

## Bibliografía

- Alabart A, García S, Giner S. Clase, poder y ciudadanía: a modo de introducción. En: Alabart A, García S, Giner S, editores. Clase, poder y ciudadanía. Madrid: Siglo XXI, 1994.
- Price CH, Tsouros A, editors. Our cities, our future: policies and actions plans for health and sustainable development. Copenhagen: WHO Healthy Cities Project Office, 1996.
- Leal J, Cortés L. La dimensión de la ciudad. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1995; p. 42-7.
- Anuario Estadístico de España [consultado 25/11/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es> INEbase
- Martí-Casas O. Introducció a la medicina social. Barcelona: Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona, 1995; p. 301-7.
- Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Soc Sci Med* 1994;38:887-903.
- Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology (II): from black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86:674-7.
- Pickett KE, Pearl M. Multilevel analysis of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111-22.
- Díez-Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *Am J Public Health* 2001;91:1783-9.
- Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. En: Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- Wasylenki DA. Inner city health. *CMAJ* 2001;164:214-5.
- Wallace R, Wallace D. Socioeconomic determinants of health: community marginalisation and the diffusion of disease and disorder in the United States. *BMJ* 1997;314:1341-5.
- Borrell C, Plasència A, Pasarín I, Ortún V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:659-67.
- Pasarín I, Borrell C, Plasència A. ¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona? *Gac Sanit* 1999;13:431-40.
- Marín FJ, March JC. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. *Gac Sanit* 1992;6:198-206.
- Casi-Casanellas A, Moreno-Iribas C. Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años. *Aten Primaria* 1992;10:543-8.
- Nolasco A, Melchor I, Moncho J, García C, Verdú J, Caballero P, et al. Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante. *Gac Sanit* 2004;18:7-15.
- Ruiz-Ramos M, Sánchez J, Garrucho G, Viciano F. Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla. *Gac Sanit* 2004;18:16-23.
- Sánchez-Cantalejo E, Ocana-Riola R. Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía. *Gac Sanit* 1999;13:391-8.
- Díez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000;21:193-221.
- Borrell C, Rodríguez M, Ferrando J, Brugal MT, Pasarín MI, Martínez V, et al. The role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis. *Injury Prev* 2002;8:297-302.
- Díez-Roux AV. Invited commentary: places, people and health. *Am J Epidemiol* 2002;155:516-9.

## EDITORIAL

23. World Health Organization. Health 21-health for all in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, 1999.
  24. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente M, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social [en prensa]. Informe SESPAS 2004. Gac Sanit 2004.
  25. Mackenbach JP, Bakker MJ, for the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. Lancet 2003;362:1409-14.
  26. Políticas de salud para Euskadi. Plan de salud 2002-2010. Gastéiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2002.
  27. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. Gac Sanit 1995;9:224-31.
-