

Les desigualtats socials en salut

Carme Borrell, Marc Mari-Dell'Olmo,
Albert Dalmau, Maica Rodríguez-Sanz,
Rosa Puigpinós, Anna García-Altés

Resum

L'objectiu d'aquest capítol és descriure les desigualtats socials en salut a l'àrea metropolitana de Barcelona, tenint en compte diferents eixos de desigualtat com el gènere, la classe social, el lloc d'origen o l'àrea geogràfica de residència.

Les desigualtats segons la classe social a l'àrea metropolitana s'expressen en forma de gradient, de manera que la salut empitjora en disminuir la classe social. Les persones de classes socials més desfavorides solen tenir unes conductes que comporten més risc per a la salut i una pitjor salut percebuda, tot i que aquest patró pot canviar segons l'indicador analitzat. Les persones nascudes en països de renda baixa no solen tenir uns indicadors de salut gaire diferents dels de la població catalana, tot i que els homes i les dones de classes socials manuals presenten sempre pitjor salut. Aquest fet pot ser explicat perquè les persones novingudes solen ser persones sanes («biaix de l'immigrant sa»). Les dones sempre presenten pitjors indicadors de salut percebuda que els homes i també utilitzen més els serveis sanitaris, sobretot els metges o metgesses especialistes. Respecte a les conductes relacionades amb la salut, les dones joves ja fumen tabac igual que els homes joves, però beuen

Social inequalities in health

Carme Borrell, Marc Mari-Dell'Olmo,
Albert Dalmau, Maica Rodríguez-Sanz,
Rosa Puigpinós, Anna García-Altés

Abstract

The objective of this chapter is to describe the social inequalities in health in the metropolitan area of Barcelona, taking into account different axes of inequality such as gender, social class, place of origin or geographic area of residence.

Inequalities by social class in the metropolitan area are expressed in the form of a gradient, so that health worsens as social class decreases. People from the most underprivileged social classes usually have behaviors that involve more health risks and poorer perceived health, though this pattern may change depending on the indicator being analyzed. People born in low-income countries do not usually have health indicators too different from those of the Catalan population, although men and women from manual social classes always show poorer health. This fact may be explained because newly-arrived people are normally healthy people («healthy immigrant bias»). Women always present worse perceived health indicators than men and also use health services to a greater degree, above all specialists. With respect to behaviors related to health, young women smoke tobacco as much as young men do, but drink less alcohol and smoke less marijuana. The municipalities of the

menys alcohol i fumen menys marihuana. Els municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona i els districtes de Barcelona que tenen pitjors indicadors de privació socioeconòmica –que són els de la zona del litoral– tenen també unes taxes més elevades de fecunditat adolescent. La distribució de la mortalitat també canvia segons l'àrea de residència, però no està tan relacionada amb la privació socioeconòmica.

Introducció

El concepte de «desigualtat social en salut» es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, gènere, territori o ètnia, la qual cosa es tradueix en una pitjor salut dels col·lectius socialment menys afavorits (Whitehead 1992: 429). Diversos estudis mostren com les desigualtats en salut són importants, atès que són la causa en molts casos d'un excés de mortalitat i de morbiditat superior a la majoria de factors de risc d'emmalaltir coneguts. A més, en aquells àmbits on s'han estudiat, aquestes desigualtats gairebé sempre augmenten al llarg del temps, ja que la salut millora més ràpidament en les persones de les classes socials més avantatjades en comparació amb les més desavantajades (Benach, 1997: 255). També cal tenir present que l'evidència científica existent assenyala com les desigualtats en salut es poden reduir si s'apliquen les intervencions i polítiques públiques sanitàries i socials adequades (Mackenbach *et al.*, 2008: 2468).

Els determinants socials de la salut són les condicions en què les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envellixen i són els principals responsables de les desigualtats en salut. Aquestes circumstàncies estan configurades per la distribució de la riquesa, el poder i els recursos a nivell mundial, nacional i local, i estan fortament influïdes pels poders econòmics i polítics (CSDH, 2008).

A l'Estat espanyol el coneixement de les desigualtats socials en la salut ha augmentat en les últimes dècades gràcies a la investigació desenvolupada per alguns grups de recerca. Els seus resultats han estat publicats en revistes especialitzades, i també en llibres i informes (Artazcoz, 2004; Borrell *et al.*, 2004; Benach i Muntaner, 2005; Rodríguez *et al.*, 2008). A més, els últims

metropolitan area of Barcelona and the districts of the city of Barcelona that have the worst indicators of socioeconomic deprivation –those of the coastal area– also have higher teenage pregnancy rates. The distribution of mortality also changes according to area of residence, but is not as related to socioeconomic deprivation.

Introduction

The concept of «social inequality in health» refers to the different opportunities and resources related to health that people have in function of their social class, gender, territory or ethnic group, which translates into poorer health among socially less favored groups (Whitehead 1992, p. 429). Various studies show the importance of inequalities in health, given that in many cases they are the cause of an excess in mortality and morbidity, more so than the majority of known risk factors of diseases. Moreover, in those areas where it has been studied, these inequalities almost always increase over time, since health improves more quickly in people from the most advantaged social classes in comparison with the most disadvantaged ones. (Benach, 1997: 255). It also must be kept in mind that existing scientific evidence indicates that inequalities in health can be reduced if appropriate interventions and public health and social policies are applied (Mackenbach *et al.*, 2008: 2468).

The social determinants of health are the conditions in which people are born, grow, live, work and age, and are mostly responsible for health inequities. These circumstances are shaped by the distribution of money, power and resources at global, national and local levels, which are themselves influenced by economic forces and policy choices (CSDH, 2008).

In Spain, awareness of social inequalities in health has increased in recent decades thanks to research carried out by several research groups. Their results have been published in specialized journals as well as in books and reports (Artazcoz, 2004; Borrell *et al.*, 2004; Benach & Muntaner, 2005; Rodríguez *et al.*, 2008). In addition, in the last few years monographic reports have been published on inequalities in health in certain autonomous regions, as in the cases of Catalonia (Borrell *et al.*,

anys s'han començat a publicar informes monogràfics sobre les desigualtats en salut en algunes comunitats autònomes com en el cas de Catalunya (Borrell *et al.*, 2005) i Andalusia (Escolar *et al.*, 2008). Cal emfasitzar que existeix una llarga experiència en l'estudi de les desigualtats en salut i en la posada en marxa de polítiques per reduir-les a la ciutat de Barcelona al llarg dels últims vint anys. L'informe de salut que s'elabora cada any a la ciutat n'és un exemple (García-Altés, 2008).

L'objectiu d'aquest capítol és descriure les desigualtats socials en salut a l'àrea metropolitana de Barcelona, tenint en compte diferents eixos de desigualtat com el gènere, la classe social, el lloc d'origen o l'àrea geogràfica de residència. Després de fer una breu descripció de la metodologia, es repassa el model conceptual dels determinants socials de les desigualtats en salut i es dona pas a una descripció de les desigualtats en diferents indicadors relacionats amb la salut, com són les conductes relacionades amb la salut, la utilització de serveis sanitaris i de pràctiques preventives, la salut percebuda i alguns indicadors a nivell d'àrea geogràfica (l'atur, l'embaràs adolescent i la mortalitat).

Breu descripció de la metodologia

Les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya de l'any 2006 (<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc11898.html>) s'han utilitzat per descriure indicadors de conductes relacionades amb la salut, d'utilització de serveis sanitaris i de pràctiques preventives i d'estat de salut percebut a l'àrea metropolitana de Barcelona. L'Enquesta de salut de Catalunya és representativa de la població no institucionalitzada de Catalunya entrevistada a les llars durant l'any 2006. Per a aquest capítol s'han seleccionat les entrevistes fetes a persones residents a l'àrea metropolitana de Barcelona (2.196 homes i 2.282 dones). Per fer l'anàlisi la mostra s'ha ponderat per tenir en compte el disseny mostral complex. La classe social s'ha obtingut a partir de l'ocupació, de la persona entrevistada, de la seva parella o de la persona «cap de família de la llar», que impliqués una situació més privilegiada, seguint la proposta de la Sociedad Española de Epidemiología. Les ocupacions s'han agrupat en 5 classes socials, entre les quals la classe I és la més privilegiada (directius, tècnics superiors) i la V la menys privilegiada (treballadors no qualificats) (Domingo-Sal-

2005,) and Andalusia (Escolar *et al.*, 2008). It must be emphasized that over the past twenty years there has been extensive experience in the study of inequalities in health and in implementing policies designed to reduce them in the city Barcelona. The health report that is elaborated every year in the city is one example (García-Altés, 2008).

The objective of this chapter is to describe the social inequalities in health in the metropolitan area of Barcelona, taking into account different axes of inequality such as gender, social class, place of origin or geographic area of residence. After a brief description of the methodology, we will review the conceptual model of social determinants of inequalities in health, which leads to a description of inequalities in different indicators related to health, such as health-related behaviors, use of health services and preventive practices, perceived health and a few indicators at the level of geographic area (unemployment, teenage pregnancy and mortality).

Brief description of the methodology

Data from the Health Survey of Catalonia from the year 2006 (<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc11898.html>) was used to describe indicators of health-related behavior, use of health services and preventive practices and the state of perceived health in the Barcelona metropolitan area. The Health Survey of Catalonia is representative of the non-institutionalized population of Catalonia interviewed in their place of residence during 2006. For this chapter, we selected interviews conducted with people residing in the Barcelona metropolitan area (2,196 men and 2,282 women). To perform the analysis, the sample was weighted to take into account the complex sample design. Social class was obtained from occupation, from the interviewed person, their partner or the «head of the household», which would imply a more privileged situation, following the proposal of the Spanish Society of Epidemiology. Occupations were grouped in five social classes, among which class I is the most privileged (executives, high-level technicians) and class V the least privileged (non-qualified workers) (Domingo-Salvany *et al.*, 2000: 350). Place of origin was obtained from the place of birth of the individuals interviewed and was categorized in four groups: persons born in

vany *et al.*, 2000: 350). El lloc d'origen s'ha obtingut a partir del lloc de naixement de les persones entrevistades i s'ha categoritzat en 4 grups: persones nascudes a Catalunya, persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol, persones nascudes a països de renda alta (resta d'Europa, Canadà, EUA, Japó, Austràlia i Nova Zelanda) i nascudes a països de renda baixa (resta de països). S'ha separat la població nascuda a Catalunya de la nascuda a la resta de l'Estat espanyol, ja que estudis previs han trobat diferències en la salut d'aquestes dues poblacions (Puigpinós, 2008). A la taula 1 es presenta el nombre de persones entrevistades (sense ponderar) segons el sexe, la classe social i el lloc d'origen de les persones entrevistades.

Catalonia, persons born in the rest of Spain, persons born in high-income countries (rest of Europe, Canada, United States, Japan, Australia and New Zealand) and persons born in low-income countries (rest of countries). The population born in Catalonia and in the rest of Spain was separated, since previous studies found differences in health between these two populations (Puigpinós, 2008,). Table 1 presents the number of persons interviewed (non-weighted) by sex, social class and place of origin.

In order to describe in maps the distribution of indicators by geographic area, three indicators obtainable

TAULA 1. Nombre de persones entrevistades segons sexe, classe social i lloc d'origen. Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

LLOC D'ORIGEN / PLACE OF ORIGIN	HOMES / MEN							DONES / WOMEN						
	No manuals Non-manual			Manuais Manual		No consta Not recorded	Total Total	No manuals Non-manual			Manuais Manual		No consta Not recorded	Total Total
	CS I / SC I	CS II / SC II	CS III / SC III	CS IV / SC IV	CS V / SC V			CS I / SC I	CS II / SC II	CS III / SC III	CS IV / SC IV	CS V / SC V		
Nascuts a Catalunya Born in Catalonia	269	174	404	467	76	1	1391	270	215	496	373	72	0	1426
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol Born in the rest of Spain	50	46	136	304	57	0	593	41	49	156	301	107	1	655
Nascuts en països de renda alta Born in high-income countries	7	4	7	8	3	0	29	14	3	8	5	4	0	34
Nascuts en països de renda baixa Born in low-income countries	19	11	31	84	29	0	174	15	10	22	87	25	0	159
No consta Not recorded	1	0	2	4	2	0	9	3	0	2	2	1	0	8
Total Total	346	235	580	867	167	1	2196	343	277	684	768	209	1	2282

CS: classe social
En les dades no es pondera el pes mostral

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

SC: social class
Sample data is unweighted

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

Per poder descriure en mapes la distribució d'indicadors a nivell d'àrea geogràfica s'han seleccionat tres indicadors disponibles a nivell dels municipis de l'àrea metropolitana i dels districtes de la ciutat de Barcelona. Primer, com a indicador socioeconòmic s'empra la taxa d'atur de l'any 2001 obtinguda del Cens de Població i Habitatges del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es>). Segon, s'ha calculat la taxa de fecunditat en dones de 15 a 19 anys per als anys 2003-2007, dades que s'han extret de l'Institut d'Estadística de Catalunya

on the level of municipalities of the metropolitan area and districts of the city of Barcelona were selected. First, as a socioeconomic indicator, the unemployment rate for 2001 was used, obtained from the Census of Population and Housing of the National Statistics Institute (<http://www.ine.es>). Second, the fertility rate was calculated for women from 15 to 19 years of age for the years 2003-2007 using data extracted from the Statistical Institute of Catalonia (<http://www.idescat.cat>) and from the Public Health Agency of Barcelona

(<http://www.idescat.cat>) i de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (dades dels districtes) (<http://www.aspb.cat>). Tercer, com a indicador de mortalitat s'ha calculat la raó de mortalitat estandarditzada, per als anys 1999-2007, que compara les morts observades amb les esperades ajustant l'efecte de l'edat amb l'estandardització indirecta. El nombre de morts esperat per a cada municipi de l'àrea metropolitana de Barcelona i els districtes de Barcelona s'ha calculat utilitzant les taxes de mortalitat de Catalunya, segons grups d'edat de 5 anys, a l'any 2005. Les dades de mortalitat dels municipis s'han extret de l'Institut Nacional de Estadística, mentre que les dels districtes de Barcelona procedeixen del registre de mortalitat de l'Agència de Salut Pública de Barcelona.

Model conceptual dels determinants socials de les desigualtats en salut

Existeixen diferents models per explicar els determinants de les desigualtats en salut. Un dels models més recents és l'utilitzat per un grup de treball de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (Solar i Irwin, 2007) i està representat a la figura 1. El model es compon dels següents elements:

1. Context socioeconòmic i polític. Es refereix a factors estructurals que afecten de forma important l'estructura social. S'inclouen els següents aspectes: a) govern en el seu sentit més ampli, és a dir, la tradició política, la transparència i la corrupció, el poder dels sindicats, etc.; b) polítiques macroeconòmiques, com per exemple les polítiques fiscals o les polítiques que regulen el mercat de treball; c) polítiques socials que afecten l'Estat del benestar, el mercat de treball, la distribució de la terra i l'habitatge; d) altres polítiques públiques com l'educació o el sistema de salut, i e) valors socials i culturals com ara el valor que la salut i els serveis de salut tenen per a la societat.

Els estudis que tenen per objectiu analitzar la relació entre el context polític i la salut i les desigualtats en salut de la població són molt recents. Hi ha alguns treballs que han posat en evidència que els països amb tradició socialdemòcrata potencien un Estat del benestar més extens, amb menys desigualtats de renda i polítiques de plena ocupació. Però la influència de la política i l'Estat del benestar en la salut de la població i en les desigual-

(district data) (<http://www.aspb.cat>). Third, as an indicator of mortality, the standardized mortality ratio was calculated for the years 1999-2007, which compares observed deaths to expected deaths adjusting the effect of age with indirect standardization. The expected number of deaths for each municipality of the metropolitan area of Barcelona and the districts of Barcelona was calculated using the mortality rates for Catalonia, by five-year age groups, in 2005. Mortality data for municipalities was extracted from the National Statistics Institute, while that of the districts of Barcelona come from the mortality registry of the Public Health Agency of Barcelona.

Conceptual model of the social determinants of inequalities in health

Different models exist for explaining the determinants of inequalities in health. One of the most recent models is that used by a work group of the Commission on Social Determinants of Health of the World Health Organization (Solar & Irwin, 2007), represented in figure 1. The model is composed of the following elements:

1. Socioeconomic and political context. This refers to structural factors that affect social structure in a significant way. The following aspects are included: a) government in its broadest sense, in other words, political tradition, transparency and corruption, the power of trade unions, etc.; b) macroeconomic policies, such as fiscal policies or the policies that regulate the labor market; c) social policies that affect welfare, the labor market, distribution of land and housing; d) other public policies such as education or the health system, and e) social and cultural values such as the value of health and health services for society.

Studies whose objective is to analyze the relation between the political context and health and the inequalities in health of the population are quite recent. Some studies have demonstrated that countries with a social democratic tradition promote a more extensive welfare state, with fewer inequalities in income and full employment policies. However, the influence of policy and the welfare state on the health of the population and on inequalities in health is not so clear, although some

tats en salut no és tan evident, tot i que alguns estudis han descrit millors resultats en alguns indicadors de salut, com la mortalitat infantil, i menors desigualtats de salut percebuda segons classe social en els països amb un Estat de benestar més desenvolupat (Borrell *et al.*, 2007: 658; Navarro *et al.*, 2006: 1033; Navarro i Shi, 2001: 481; Beckfield i Krieger, 2009).

2. Posició socioeconòmica. En aquest apartat també s'inclouen determinants estructurals de les desigualtats en salut com els diferents eixos de desigualtat de l'estructura social i en concret la classe social, la posició socioeconòmica, el gènere i l'ètnia o la raça. Aquests eixos determinen les oportunitats de tenir una bona salut i posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa de les jerarquies de poder o d'accés als recursos, essent més beneficiades les persones de classes socials privilegiades, els homes i les persones de raça blanca. La desigualtat que es produeix es defineix relacionalment, en el sentit que el major poder i accés als recursos per part de les persones més privilegiades està en relació amb el menor poder i accés de les més desfavorides.

3. Els determinants intermedis o factors intermediaris. L'estructura social determina desigualtats en els factors intermediaris, els quals, al seu torn, determinen les desigualtats en salut. Per tant, aquests determinants estan en el camí causal entre els factors estructurals i les desigualtats en salut. En aquest apartat cal destacar: a) les circumstàncies materials com l'habitatge, les condicions de treball o el barri de residència; b) les circumstàncies psicosocials com la manca de suport social, les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius) i el poc control sobre les condicions de vida o treball; c) els factors conductuals i biològics, com els estils de vida no saludables, que poden repercutir negativament en la salut, i d) el sistema de salut. Encara que els serveis sanitaris no són l'únic element que contribueix a disminuir les desigualtats en salut, és molt important garantir-ne l'accés i la bona qualitat de l'atenció a tota la població. A més a més, cal tenir en compte que l'existència de pagaments per accedir als serveis de salut pot portar a la pobresa a la població més desfavorida (Frenk, 1998: 419; Hsiao i Liu, 2001).

En el proper apartat es descriu en primer lloc les desigualtats en alguns factors intermediaris, com són les conductes relacionades amb la salut i els serveis sanitaris, i posteriorment s'analitza la distribució de la salut percebuda. En l'últim apartat es mostra la distribució

de les desigualtats en salut percebuda en alguns països amb un Estat de benestar més desenvolupat. Aquests estudis han descrit millors resultats en certs indicadors de salut, com la mortalitat infantil, i menors desigualtats de salut percebuda segons classe social en països amb un Estat de benestar més desenvolupat (Borrell *et al.*, 2007: 658; Navarro *et al.*, 2006: 1033; Navarro & Shi, 2001: 481; Beckfield & Krieger, 2009).

2. Socioeconomic position. This section also includes structural determinants of inequalities in health such as the different axes of inequality of the social structure, specifically social class, socioeconomic position, gender and ethnic group or race. These axes determine the chances of having good health and demonstrate the existence of inequalities in health due to power hierarchies or access to resources, with individuals from privileged social classes, males and white people being most benefited. The inequality that occurs is defined relationally, in that greater power and access to resources on the part of more privileged persons is in relation to lesser power and access of the most underprivileged.

3. Intermediate determinants or intermediate factors. Social structure determines inequalities in intermediate factors, which, in turn, bring about inequalities in health. Therefore, these determinants are in the causal path between structural factors and inequalities in health. This section contains the following key factors: a) material circumstances like housing, work conditions or neighborhood of residence; b) psychosocial circumstances such as lack of social support, situations of stress (negative vital events) and little control over living or work conditions; c) behavioral and biological factors, such as unhealthy lifestyles that may have negative impact on health, and d) the health system. Although health services are not the only element that contributes to reducing inequalities in health, they are of great importance in guaranteeing access and quality assistance to the entire population. Further, it must be taken into account that existence of payment for access to health services can lead to even greater poverty of the most underprivileged population. (Frenk, 1998: 419; Hsiao & Liu, 2001).

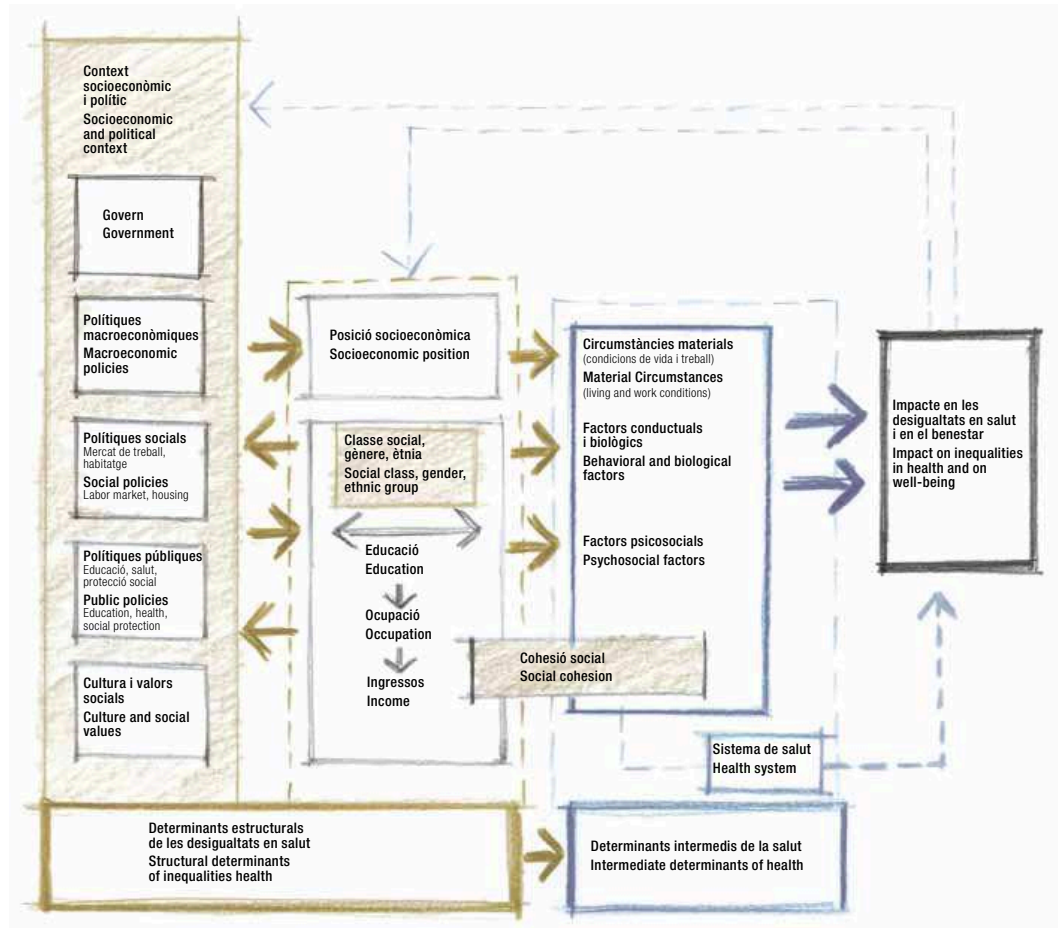
The next section describes, first, the inequalities in certain intermediate factors, such as behaviors related to health and health services, and subsequently analyzes the distribution of perceived health. The last section shows the distribution of an indicator of socioeconomic

FIGURA 1. Determinants socials de les desigualtats en salut.

Font: Solar i Irwin, 2007

FIGURE 1. Social determinants of health inequalities.

Source: Solar and Irwin 2007



d'un indicador de privació socioeconòmica i dos indicadors de salut a nivell dels municipis de l'àrea metropolitana i dels districtes de Barcelona.

deprivation and two health indicators on the level of municipalities of the metropolitan area and of the districts of Barcelona.

Les desigualtats socials en salut a l'àrea metropolitana de Barcelona

Social inequalities in health in the Metropolitan Area of Barcelona

Les conductes relacionades amb la salut

Health-related behaviors

Les conductes o estils de vida, com per exemple el con-

Behaviors or lifestyles, such as consumption of tobacco

sum de tabac, el consum excessiu d'alcohol o de marihuana, estan associades amb el fet d'emmalaltir o de patir una pitjor salut. Altres conductes, com la de fer exercici físic, tenen un efecte invers, ja que són factors protectors de la malaltia.

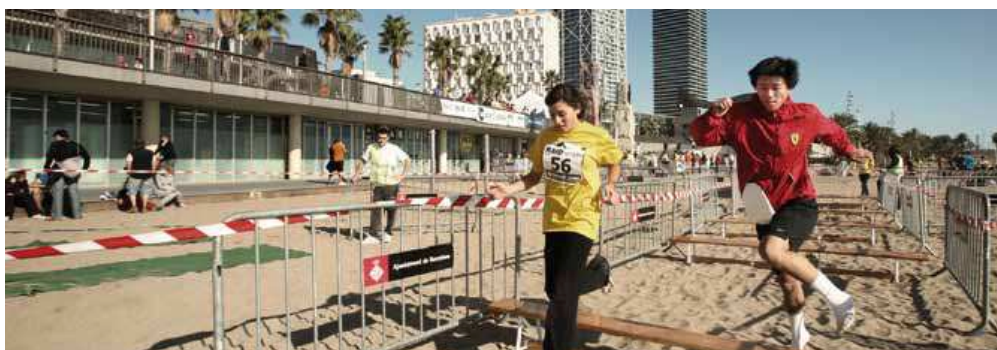
Els indicadors de conductes relacionades amb la salut, en la població de 15 anys o més, analitzats per a l'àrea metropolitana de Barcelona es presenten a la taula 2 segons classe social en homes i dones, i a la figura 2. La taula 3 presenta els mateixos indicadors per lloc d'origen i dos grups de classe social: no manuals (classes socials I a III) i manuals (classes socials IV i V). Les persones de països de renda alta s'han exclòs, ja que eren massa pocs casos per ser analitzats.

Cal assenyalar que les conductes estan influenciades per l'entorn social i cultural de les persones i, per tant, no s'han d'interpretar només com una decisió o acte «individual» (Benach i Muntaner, 2005; Shaw *et al.*, 1999: 211). Així per exemple, si s'observa la difusió de l'hàbit tabàquic al llarg del temps, es posa en evidència que el consum de tabac comença en les persones de classe social més afavorida i després continua estenent-se entre les persones menys afavorides, i en primera instància en els homes amb una posterior incorporació de les dones (Lopez *et al.*, 1994: 242). A l'àrea metropolitana de Barcelona es pot estimar aquesta evolució si s'observen els patrons de consum per grup d'edat, ja que així com en els homes i en les dones joves les proporcions de persones que fumen tabac no són gaire diferents, a partir dels 45 anys i sobretot a partir dels 65, són els homes els que més

and excessive consumption of alcohol or marijuana, are associated with diseases or suffering poorer health. Other behaviors, such as that of doing physical exercise, have the reverse effect, in that they are protective factors against illness.

The indicators of health-related behaviors, in the population 15 years old and over, analyzed for the metropolitan area of Barcelona are presented in table 2 by social class for men and women, and in figure 2. Table 3 displays the same indicators by place of origin and two social class groups: non-manual (social classes I to III) and manual (social classes IV and V). Persons from high-income countries were excluded, since there were too few cases to be analyzed.

We must point out that behaviors are influenced by the social and cultural environment of individuals and, therefore, should not be interpreted only as an «individual» decision or action (Benach and Muntaner, 2005; Shaw *et al.*, 1999: 211). So, for example, if spreading of the tobacco habit is observed over time, it demonstrates that tobacco use starts with persons belonging to more privileged social classes and then continues to spread among less privileged persons, at first in men with the subsequent incorporation of women (Lopez *et al.*, 1994: 242). In the metropolitan area of Barcelona this evolution can be perceived by observing consumption patterns by age group: among young men and women the proportions of persons that smoke tobacco are not very different; in contrast, from the age of 45 and up and above all over 65, it is men who smoke or have smoked more. Accord-



A l'àrea metropolitana de Barcelona, practicar esports en el temps de lleure és més freqüent en els homes i en les persones de classes afavorides. En la imatge, cursa esportiva al barri de la Barceloneta. (Foto: Ajuntament de Barcelona/Pepa Álvarez) / In the metropolitan area of Barcelona, practicing sports or doing physical activity in one's leisure time is more frequent in men and in persons from privileged classes. Race in the Barceloneta neighborhood. (Photo: Barcelona/Pepa Álvarez)

TAULA 2. Diferents indicadors de conductes relacionades amb la salut, utilització de serveis sanitaris, pràctiques preventives i salut percebuda segons sexe i classe social (% estandarditzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.
TABLE 2. Different indicators of health-related behaviors, use of health services, preventive practices and perceived health by sex and social class (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.

	HOMES / MEN					DONES / WOMEN				
	CS I / SC I	CS II / SC II	CS III / SC III	CS IV / SC IV	CS V / SC V	CS I / SC I	CS II / SC II	CS III / SC III	CS IV / SC IV	CS V / SC V
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Conductes relacionades amb la salut / Health-related behaviors										
Consum de tabac (≥ 15 anys) ¹ / Consumption of tobacco (≥ 15 years of age) ¹										
15-44 anys / 15-44 years of age	26,9	39,0	38,9	47,6	45,4	34,6	33,1	41,3	41,3	31,7
45-64 anys / 45-64 years of age	25,7	34,3	34,6	40,1	32,0	15,7	26,0	19,9	19,2	20,4
≥ 65 anys / ≥ 65 years of age	15,8	10,9	12,9	15,6	26,6	12,6	6,0	3,2	1,2	1,8
Abandonament del consum de tabac (≥ 15 anys) ² / Giving up consumption of tobacco (≥ 15 years of age) ²										
15-44 anys / 15-44 years of age	38,3	22,6	27,9	25,8	20,0	34,0	41,5	30,5	25,1	39,5
45-64 anys / 45-64 years of age	63,6	50,2	51,7	48,2	56,0	68,2	44,3	52,2	36,4	38,8
≥ 65 anys / ≥ 65 years of age	75,8	85,3	80,7	77,3	54,1	58,5	61,4	73,8	80,1	66,3
Consum d'alcohol (≥ 15 anys) ³ / Consumption of alcohol (≥ 15 years of age) ³										
Sense consum d'alcohol / No consumption of alcohol	11,1	12,9	14,1	19,5	20,9	21,8	22,4	28,7	35,6	52,3
Consum de risc / Risk consumption	5,9	12,5	5,6	8,0	3,3	3,2	1,9	1,4	1,7	0,3
Consum de marihuana l'últim any (15-44 anys) / Consumption of marijuana in the past year (15-44 years of age)										
	22,1	22,8	17,1	21,6	18,4	20,9	12,5	13,5	13,7	7,6
Realització d'activitat física en temps de lleure (≥ 15 anys) ⁴ / Physical activity in leisure time (≥ 15 years of age) ⁴										
	54,1	44,6	38,6	29,5	26,2	34,1	30,0	22,9	21,4	10,2
Utilització de serveis sanitaris / Use of health services										
Cobertura sanitària només pública / Only public health coverage										
	37,0	51,9	56,2	74,7	79,6	30,2	50,7	59,8	78,9	85,2
Visita al metge de medicina general l'últim any (≥ 15 anys) / Visit to general practitioner in the past year (≥ 15 years of age)										
	62,8	64,8	71,2	71,1	73,7	67,8	74,1	72,5	76,4	80,2
Visita a l'especialista l'últim any ⁵ / Visit to specialist in the past year ⁵										
	47,2	34,7	38,1	37,3	42,9	77,9	74,8	69,6	66,0	66,8
Hospitalització l'últim any / Hospitalization in the past year										
	6,0	6,1	8,5	7,8	11,2	8,9	6,2	8,3	8,5	12,4
Visita al dentista l'últim any / Visit to dentist in the past year										
	47,3	34,4	30,9	27,9	25,1	48,8	39,1	39,0	35,2	30,5
Pràctiques preventives / Preventive practices										
Prescripció de la pressió arterial (≥ 15 anys) / Periodic taking of blood pressure (≥ 15 years of age)										
	46,4	46,1	44,4	46,1	39,3	44,5	44,7	45,7	49,8	55,3
Mamografia periòdica (50-69 anys) / Periodic mammogram (50-69 years of age)										
	—	—	—	—	—	91,1	86,5	83,0	86,3	75,2
Salut percebuda / Perceived health										
Mal estat de salut percebut (≥ 15 anys) ⁶ / Poor perceived health (≥ 15 years of age) ⁶										
	10,2	11,2	16,8	27,3	28,9	19,5	19,4	28,3	37,0	44,5
Presència d'algun trastorn crònic (≥ 15 anys) / Presence of some chronic disorder (≥ 15 years of age)										
	77,6	74,0	70,8	73,4	78,3	81,9	81,3	81,7	85,4	84,3
Presència de 3 o més trastorns crònics (≥ 15 anys) / Presence of 3 or more chronic disorders (≥ 15 years of age)										
	31,2	33,9	35,6	40,5	45,0	48,8	51,9	54,1	62,3	63,7
Mala salut mental (≥ 15 anys) ⁷ / Poor mental health (≥ 15 years of age) ⁷										
	5,6	5,6	7,8	11,2	16,8	12,0	11,2	15,0	20,6	20,1

CS: classe social

SC: social class

Notes

- (1) Consum de tabac: inclou fumador diari i fumador ocasional.
- (2) Abandonament del consum de tabac: [(exfumador)/(fumador diari + fumador ocasional + extumador)].
- (3) Sense consum d'alcohol: persona que declara més d'un any sense beure.
- (4) Realització d'activitat física en temps de lleure: exclou caminar.
- (5) Realització d'alguna visita a algun especialista el darrer any: exclou dentista i oculista.
- (6) Mal estat de salut percebuda: inclou les categories regular i dolenta o molt dolenta.
- (7) Mala salut mental: puntuació del test de Goldberg-12 igual o superior a 3.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

Notes

- (1) Consumption of tobacco: includes daily and occasional smokers.
- (2) Giving up consumption of tobacco: [(ex-smoker)/(daily smoker + occasional smoker + ex-smoker)].
- (3) No consumption of alcohol: person who declares more than 1 year without drinking.
- (4) Physical activity in leisure time: excludes walking.
- (5) Visit to a specialist in the past year: excludes dentist and ophthalmologist.
- (6) Poor perceived health: includes categories fair, poor and very poor.
- (7) Poor mental health: Goldberg-12 test score 3 or higher.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

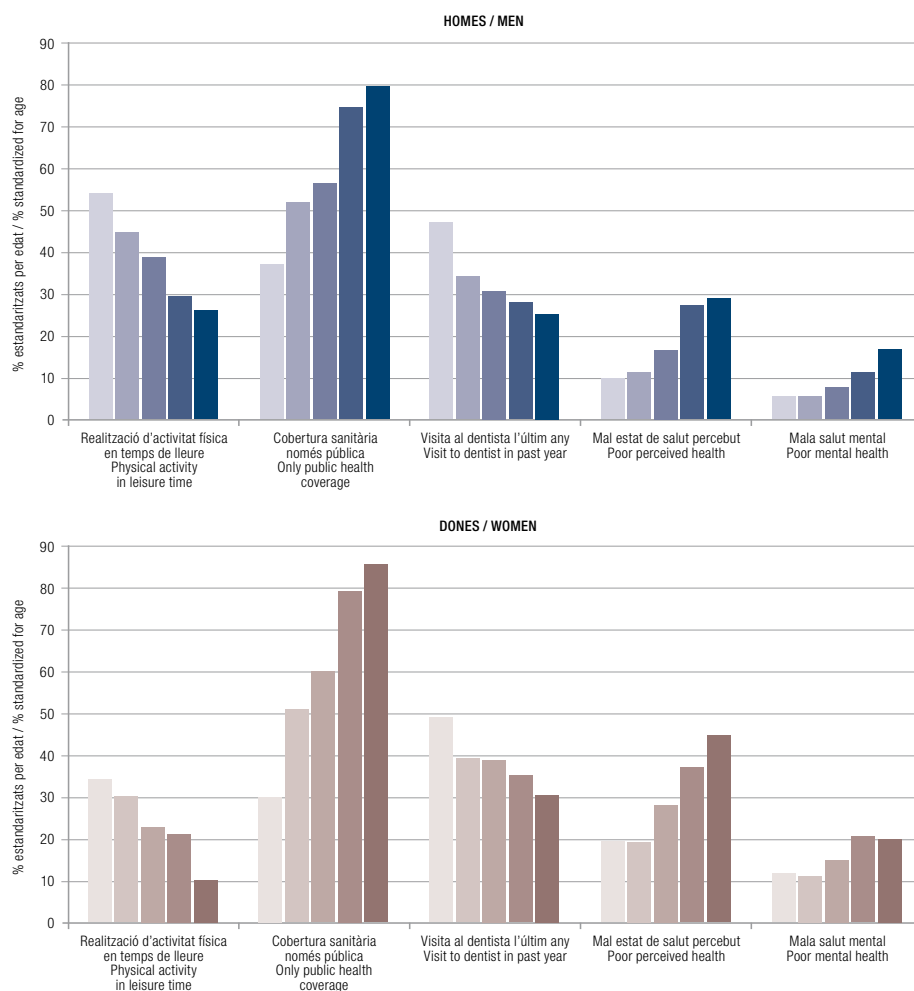


FIGURA 2. Diferents indicadors de conductes relacionades amb la salut, utilització de serveis sanitaris i salut percebuda segons sexe i classe social (% estandaritzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

FIGURE 2. Different indicators of health-related behaviors, use of health services and perceived health by sex and social class (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.

CS I SC I
CS II SC II
CS III SC III
CS IV SC IV
CS V SC V

Notes
(CS: classe social.
La «Realització d'activitat física en temps de lleure», el «Mal estat de salut percebut» i la «Mala salut mental» es refereixen a persones de 15 anys o més.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

CS I SC I
CS II SC II
CS III SC III
CS IV SC IV
CS V SC V

Notes
SC: social class
«Physical activity in leisure time», «Poor perceived health» and «Poor mental health» refer to persons 15 years of age and older.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

fumen o han fumat. Segons la classe social, són els homes de classes IV i V els que en consumeixen més; en les dones joves aquesta distribució no és tan clara, i, en canvi, en les dones de 65 anys o més, aquest patró és just a la inversa, ja que fumen més les de classe social I (12,6% respecte a 1,8% de les de classe social V) (taula 2). Segons el lloc d'origen, es posa en evidència que en les persones de països de renda baixa, són les no manuals les que fu-

ing to social class, men from classes IV and V have higher consumption; in young women this distribution is not so clear, and, on the contrary, in women aged 65 and over, this pattern is exactly the other way around, since women from social class I smoke more (12.6% compared to 1.8% of those from social class V) (table 2). According to place of origin, it was shown that in persons from low-income countries, non-manual individuals smoke more,

men més, i que les proporcions de consum en homes i dones manuals són força més baixes (taula 3). Respecte a l'abandonament del consum de tabac (persones exfumadores), és més alt en els homes de classes afavorides, tot i que en les persones no nascudes a Catalunya aquest patró no sempre es manté, ja que per exemple, tant els homes com les dones manuals de països de renda baixa són els que abandonen més l'hàbit.

El consum d'alcohol de risc és més alt en els homes que en les dones (taula 2). En aquestes s'observa un comportament invers segons la classe social, ja que beuen més les de classes afavorides. Les dones de classes desafavorides tendeixen a no consumir alcohol i existeix un gradient entre classes, ja que la proporció de dones que no beu decreix en disminuir la classe social (21,8% de les dones de classe I i 52,3% de les dones de classe V). Segons el lloc d'origen, el consum de risc és més important en els homes de classe social no manual nascuts a la resta de l'Estat espanyol o en països de renda baixa (al voltant del 10%) (taula 3).

El consum de marihuana s'ha incrementat en els últims anys i sobretot en la població jove. L'any 2006 declaren haver fumats marihuana durant l'últim any al voltant d'una cinquena part dels homes de 15 a 44 anys. Respecte a les dones, la proporció de consum disminueix en les classes més desafavorides en forma de gradient, que és per exemple de 20,9% en les dones de classe social I i de 7,6% en les de classe V (taula 2). Les persones nascudes a Catalunya són les que més han declarat fumar marihuana (taula 3).

L'activitat física és un factor protector de patir determinades malalties com per exemple les cardiovasculars (Warburton et al. 2006: 801). A l'àrea metropolitana de Barcelona, practicar esports o fer activitat física en el temps de lleure (sense tenir en compte caminar) és més freqüent en els homes i en les persones de classes afavorides i existeix un gradient de major a menor realització en disminuir la classe social (54,1% dels homes i 34,1% de les dones de classe I, i en canvi 26,2% dels homes i 10,2% de les dones de classe V) (taula 2). La figura 2 permet veure aquest gradient.

La utilització de serveis sanitaris

En el nostre país pràcticament tota la població té cobertura sanitària pública, a través del Servei Català de

and that the proportions of consumption among manual men and women are significantly lower (table 3). Regarding giving up tobacco consumption (ex-smokers), the rate is higher in men from privileged classes, although among persons born outside of Catalonia this pattern is not always maintained, since for example, both manual men and women from low-income countries are those who most frequently give up the habit.

Risk consumption of alcohol is higher in men than in women (table 2). Among women the reverse behavior is observed; those from privileged classes drink more. Women from underprivileged classes tend not to consume alcohol and there is a gradient between classes, in that the proportion of women who do not drink decreases as social class goes down (21.8% of women from class I and 52.3% of women from class V). According to place of origin, risk consumption is greater among men from non-manual social classes born in the rest of Spain or in low-income countries (around 10%) (table 3).

Consumption of marijuana has increased in recent years and above all in the young population. In 2006, approximately one-fifth of men from 15 to 44 years old declared that they had smoked marijuana during the past year. In terms of women, the proportion of consumption decreases in the most underprivileged classes in the form of a gradient, for example, from 20.9% in women from social class I to 7.6% in those from class V (table 2). Persons born in Catalonia most declared having smoked marijuana (table 3).

Physical activity is a protective factor against suffering certain diseases, such as cardiovascular diseases, for example (Warburton et al. 2006: 801). In the metropolitan area of Barcelona, practicing sports or doing physical activity in one's leisure time (not including walking) is more frequent in men and in persons from privileged classes and there is a gradient from greater to lesser practice as social class diminishes (54.1% of men and 34.1% of women from class I, and by contrast 26.2% of men and 10.2% of women from class V) (table 2). Figure 2 allows us to see this gradient.

The use of health services

In our country, practically the entire population has public health coverage, through the Catalan Health

	HOMES / MEN		DONES / WOMEN	
	No manual ¹ Non-manual ¹	Manual ² Manual ²	No manual ¹ Non-manual ¹	Manual ² Manual ²
	(%)	(%)	(%)	(%)
Conductes relacionades amb la salut / Health-related behaviors				
Consum de tabac (≥ 15 anys) ³ / Consumption of tobacco (≥ 15 years of age) ³				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	29,6	40,8	26,1	34,1
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	27,4	43,0	27,5	24,1
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	30,6	25,7	35,2	12,9
Abandonament del consum de tabac (≥ 15 anys) ⁴ / Giving up consumption of tobacco (≥ 15 years of age) ⁴				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	49,2	42,3	43,9	26,6
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	57,1	39,5	38,5	47,5
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	45,0	51,6	43,8	53,6
Consum d'alcohol (≥ 15 anys) ⁵ / Consumption of alcohol (≥ 15 years of age) ⁵				
Sense consum d'alcohol / No consumption of alcohol				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	13,4	20,9	24,6	33,4
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	8,5	16,8	26,3	40,2
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	19,4	32,9	32,6	42,6
Consum de risc / Risk consumption				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	6,2	6,2	1,9	2,0
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	10,7	7,9	3,7	0,1
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	10,5	5,1	1,6	2,2
Consum de marihuana l'últim any (15-44 anys) / Consumption of marijuana in the past year (15-44 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	19,9	25,0	14,6	15,3
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	17,6	17,8	14,7	0,0
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	15,8	9,2	15,1	6,5
Realització d'activitat física en temps de lleure (≥ 15 anys) ⁶ / Physical activity in leisure time (≥ 15 years of age) ⁶				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	45,3	29,2	26,2	18,2
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	38,9	26,0	34,8	15,3
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	41,4	26,4	21,8	22,0
Utilització de serveis sanitaris / Use of health services				
Cobertura sanitària només pública / Only public health coverage				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	44,5	71,4	47,6	74,1
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	59,8	75,0	62,7	89,1
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	66,0	72,1	55,2	85,5
Visita al metge de medicina general l'últim any (≥ 15 anys) / Visit to general practitioner in past year (≥ 15 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	66,5	69,6	70,8	77,1
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	76,7	69,0	77,8	78,3
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	62,5	72,4	70,0	75,6
Visita a l'especialista l'últim any ⁷ / Visit to specialist in past year ⁷				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	38,7	39,0	72,4	66,7
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	43,4	48,1	76,4	65,7
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	43,2	37,3	63,4	62,9
Hospitalització l'últim any / Hospitalization in past year				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	6,2	9,3	8,6	9,3
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	7,7	6,6	7,9	12,3
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	6,2	9,7	6,0	7,2
Visita al dentista l'últim any / Visit to dentist in past year				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	35,8	29,8	43,1	34,5
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	41,9	28,1	41,1	26,7
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	39,2	17,2	27,7	33,3

TAULA 3. Diferents indicadors de conductes relacionades amb la salut, utilització de serveis sanitaris, pràctiques preventives i salut percebuda segons sexe, classe social i lloc d'origen (% estandarditzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

TABLE 3. Different indicators of health-related behaviors, use of health services, preventive practices and perceived health by sex, social class and place of origin (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.

	HOMES / MEN		DONES / WOMEN	
	No manual ¹ Non-manual ¹ (%)	Manual ² Manual ² (%)	No manual ¹ Non-manual ¹ (%)	Manual ² Manual ² (%)
Pràctiques preventives / Preventive practices				
Presa periòdica de la pressió arterial (≥ 15 anys) / Periodic taking of blood pressure (≥ 15 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	45,5	47,7	45,0	51,6
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	52,9	42,1	45,1	46,8
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	33,5	32,3	38,6	40,4
Mamografia periòdica (50-69 anys) / Periodic mammogram (50-69 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	—	—	87,8	86,0
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	—	—	81,4	84,5
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	—	—	87,7	67,5
Salut percebuda / Perceived health				
Mal estat de salut percebut (≥ 15 anys) ⁸ / Poor perceived health (≥ 15 years of age) ⁸				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	12,7	27,3	24,2	34,2
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	15,2	24,8	25,9	40,5
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	11,4	35,1	29,9	38,7
Presència d'algun trastorn crònic (≥ 15 anys) / Presence of some chronic disorder (≥ 15 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	73,3	74,2	81,2	85,4
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	77,6	77,8	79,2	78,3
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	81,1	64,3	89,6	78,9
Presència de 3 o més trastorns crònics (≥ 15 anys) / Presence of 3 or more chronic disorders (≥ 15 years of age)				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	33,3	42,5	52,2	62,4
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	34,1	44,3	48,4	63,0
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	37,3	33,3	64,2	55,8
Mala salut mental (≥ 15 anys) ⁹ / Poor mental health (≥ 15 years of age) ⁹				
Nascuts a Catalunya / Born in Catalonia	6,3	12,5	13,0	19,7
Nascuts a la resta de l'Estat espanyol / Born in the rest of Spain	5,2	16,2	14,7	17,5
Nascuts en països de renda baixa / Born in low-income countries	16,8	10,1	17,3	19,0

Notes

- (1) No manual: inclou les classes socials I, II i III.
- (2) Manual: inclou les classes socials IV i V.
- (3) Consum de tabac: inclou fumador diari i fumador ocasional.
- (4) Abandonament del consum de tabac: [(exfumador)/(fumador diari + fumador ocasional + extumador)].
- (5) Sense consum d'alcohol: persona que declara més d'un any sense beure.
- (6) Realització d'activitat física en temps de lleure: exclou caminar.
- (7) Realització d'alguna visita a algun especialista el darrer any: exclou dentista i oculista.
- (8) Mal estat de salut percebuda: inclou les categories regular i dolenta o molt dolenta.
- (9) Mala salut mental: puntuació del test de Golberg-12 igual o superior a 3.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

Notes

- (1) Non-manual: includes social classes I, II and III.
- (2) Manual: includes social classes IV and V.
- (3) Consumption of tobacco: includes daily and occasional smokers.
- (4) Giving up consumption of tobacco: [(ex-smoker)/(daily smoker + occasional smoker + ex-smoker)].
- (5) No consumption of alcohol: person who declares more than 1 year without drinking.
- (6) Physical activity in leisure time: excludes walking.
- (7) Visit to a specialist in the past year: excludes dentist and ophthalmologist.
- (8) Poor perceived health: includes categories fair, poor and very poor.
- (9) Poor mental health: Goldberg-12 test score 3 or higher.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

la Salut, però hi ha una part de la població que, a més, paga una mútua privada i té, per tant, doble cobertura sanitària. Tal com es mostra a la taula 2 i a la figura 2, el percentatge de població que només té cobertura sanitària pública varia segons la classe social i en forma de gradient, i augmenten les xifres a mida que disminueix la classe social. Així, mentre que al voltant de 8 de cada 10 persones de la classe V només tenen cobertura sanitària pública, això passa en menys de 5 persones de

Service, but there is a part of the population that, in addition, pays for private health care and has, therefore, double health coverage. As shown in table 2 and in figure 2, the percentage of the population that only has public health coverage varies by social class and in the form of a gradient, with the numbers increasing as social class diminishes. Thus, while around 8 out of every 10 people from class V only have public health coverage, this occurs in less than 5 out of



La utilització dels serveis sanitaris d'atenció primària és més freqüent en les persones de classes socials menys privilegiades i també en les dones. En la imatge, vista del CAP Marina. (Foto: Ajuntament de Barcelona/Oriol Molas) / The use of primary health care services is more frequent in individuals from less privileged social classes and also in women. In the image, Marina primary health care center. (Photo: Barcelona City Council/Oriol Molas)

cada 10 de la classe social I. Per tant, més de la meitat de la població de classes més benestants té doble cobertura sanitària. La taula 3 i la figura 3 ens mostren com les persones de classe social manual, sobretot de la resta de l'Estat espanyol i dels països de renda baixa, tenen uns percentatges més elevats de cobertura només pública. La doble cobertura sanitària influeix en la generació de desigualtats segons la classe social, sobretot pel que fa a les prestacions no cobertes pels serveis públics (Borrell *et al.*, 2001: 117).

La utilització dels serveis sanitaris d'atenció primària (visita al metge o metgessa de medicina general l'any anterior a l'entrevista) és més freqüent en les persones de classes socials menys privilegiades i també en les dones (han fet la visita mèdica un 73,7% dels homes i un 80,2% de les dones de classe social V). En canvi, hi ha més persones de classes I i II que han visitat el metge o metgessa especialista durant l'any anterior a l'entrevista (exclosos l'oculista i el dentista) i sobretot les dones (probablement a causa de les visites al ginecòleg). Les hospitalitzacions també ocorren en major proporció en les persones de classes desfavorides (taula 2). El fet que l'accés a l'atenció primària sigui universal facilita que les persones amb més problemes de salut, com són les de classes socials menys avantatjades, utilitzin més aquests serveis. En canvi, les persones de classes socials no ma-

every 10 from social class I. Hence, more than half of the population of the most well-to-do classes has double health coverage. Table 3 and figure 3 show us how individuals from the manual social class, above all from the rest of Spain and from low-income countries, have higher percentages of only public coverage. Double health coverage has an influence on the generation of inequalities by social class, above all regarding assistance not covered by public services (Borrell *et al.*, 2001: 117).

The use of primary health care services (visit to a general practitioner during the year preceding the interview) is more frequent in individuals from less privileged social classes and also in women (73.7% of men and 80.2% of women from social class V had visited the doctor). By contrast, there are more persons from classes I and II who had visited a specialist during the year preceding the interview (excluding the ophthalmologist and the dentist) and especially women (probably due to visits to a gynecologist). Hospitalizations also occur in a higher proportion among people of underprivileged classes (table 2). The fact that access to primary care is universal makes it easier for persons with more health problems, as are the less privileged social classes, to use these services more. On the contrary, people from non-manual social classes have

nuals tenen més oportunitat d'accedir a l'especialista a través dels serveis sanitaris privats ja que l'accés a través dels serveis públics s'ha de fer a través del metge o metgessa de capçalera.

D'altra banda, són les persones de classes socials més privilegiades les que tenen més accés al dentista, ja que l'any anterior a l'entrevista l'han visitat quasi la meitat de les persones de classe social I i, en canvi, ho ha fet un 25,1% dels homes i un 30,5% de les dones de classe V. El fet que la major part de l'atenció odontològica no estigui coberta en la sanitat pública explica aquestes diferències (taula 2 i figura 2).

Aquests patrons d'utilització de serveis sanitaris són similars en les persones segons el diferent lloc d'origen (taula 3).

La utilització de pràctiques preventives

La presa de la tensió arterial és una pràctica preventiva que es fa habitualment a l'atenció primària. La seva finalitat és poder detectar les persones que tenen la pressió alta ja que la hipertensió arterial és causa de diverses malalties, com per exemple les cerebrovasculars o les isquèmiques del cor. No hi ha un patró clar en la presa de la tensió arterial segons classe social (taula 2) tot i que les persones de països de renda baixa se la prenen en menor proporció (taula 3).

La radiografia de la mama o mamografia és una pràctica preventiva del càncer de mama i les guies internacionals recomanen que les dones de 50 a 69 anys se la facin cada dos anys. A Catalunya, ja fa més de 10 anys que es va començar a instaurar un programa poblacional que es dirigeix a totes les dones d'aquest grup d'edat i que les convida a realitzar-se la mamografia cada dos anys. Això ha fet que la majoria de les dones es faci la mamografia. Tot i així, encara són les dones de classes menys privilegiades les que se'n fan en menor proporció (91,1% de les dones de classe I i 75,2% de les dones de classe V) (taula 2), igual que les dones manuals de països de renda baixa (67,5%) (taula 3). Ara bé, val la pena ressaltar que són les dones de classes socials IV i V les que més participen en el programa poblacional de detecció precoç de càncer de mama, mentre que les dones de classes avantatjades es fan la mamografia als serveis privats (Puigpinós, 2008).

more chances of gaining access to a specialist through private health services, since access by means of the public services must be carried out through the general practitioner.

On the other hand, people from the most privileged social classes have greater access to dentists, in that in the year preceding the interview almost half of the individuals from social class I had a dentist visit and by contrast, 25.1% of men and 30.5% of women from class V did. The fact that the major part of odontology assistance is not covered in the public health system accounts for these differences (table 2 and figure 2).

These patterns of use of health services are similar in persons according to place of origin (table 3).

The use of preventive practices

Taking one's blood pressure is a preventive practice that is commonly done in primary care. Its purpose is to be able to detect persons who have high blood pressure, inasmuch as arterial hypertension is the cause of many diseases, such as cerebrovascular or ischemic heart diseases. There is no clear pattern of the taking of blood pressure by social class (table 2) although persons from low-income countries do so in lesser proportion (table 3).

The mammography or mammogram is a preventive practice against breast cancer and international guidelines recommend that women from 50 to 69 have one done every two years. In Catalonia, more than 10 years ago, a population program was established that addresses all women in this age group and offers them the opportunity to have a mammogram done every two years. This has resulted in the majority of women having mammograms. Even so, women from the least privileged classes still have this done in lower proportions (91.1% of women from class I and 75.2% of women from class V) (table 2), the same as manual women from low income countries (67.5%) (table 3). It is worth pointing out, though, that it are women from social classes IV and V who most participate in the population program for early detection of breast cancer, while women from the most privileged classes have mammograms done in private services (Puigpinós, 2008).

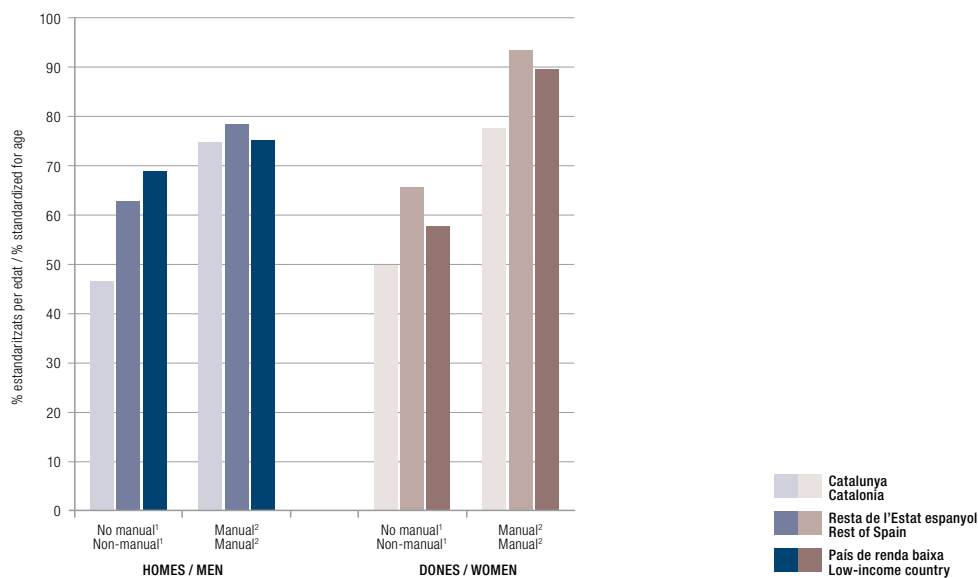


FIGURA 3. Cobertura sanitària només pública segons sexe, classe social i lloc d'origen (% estandaritzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

FIGURE 3. Only public health coverage by sex, social class and place of origin (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.

Notes
(1) No manual: inclou les classes socials I, II i III.
(2) Manual: inclou les classes socials IV i V.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

Notes
(1) Non-manual: includes social classes I, II and III.
(2) Manual: includes social classes IV and V.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

La salut percebuda

L'estat de salut percebut s'obté a partir de la següent pregunta: «Com diria vostè que és la seva salut en general?», amb 5 categories de respostes: «excel·lent, molt bona, bona, regular, dolenta o molt dolenta», i és una mesura que ha estat relacionada amb el fet d'emmalaltir i morir (Idler & Benyamini, 1997: 21). Tal com s'observa a la taula 2 i a la figura 2, les dones de 15 anys o més sempre presenten pitjor salut que els homes i la mala salut augmenta en disminuir la classe social en forma de gradient. Així per exemple, els homes declaren proporcions de mal estat de salut percebut (regular, dolent o molt dolent) entre un 10,2% i 28,9% en les diferents classes socials, i en les dones aquestes xifres fluctuen entre 19,4% i 44,5%. Segons el lloc d'origen, són sobretot les dones de la resta de l'Estat espanyol i dels països de renda baixa de classe manual les que declaren en major percentatge un mal estat de salut (al voltant del 40%) (vegeu també la figura 4).

L'Enquesta de salut de Catalunya de 2006 inclou una llista amb 27 trastorns crònics, que conté tant malalties com símptomes diversos. Tal com s'observa a la taula 2, més d'un 70% de la població de 15 anys o més declara

Perceived health

The state of perceived health is obtained from the following question: «How would you rate your general health?», with 5 categories of responses: «excellent, very good, good, fair, poor or very poor», and is a measurement that has been related to morbidity and mortality (Idler & Benyamini, 1997: 21). As seen in table 2 and in figure 2, women 15 and over always present poorer health than men and this poorer health increases as social class diminishes in the form of a gradient. Thus for example, men declare proportions of poor perceived health (fair, poor or very poor) between 10.2% and 28.9% in the different social classes, while among women these figures fluctuate between 19.4% and 44.5%. With respect to place of origin, it is especially those women from the rest of Spain and from low-income countries of manual classes who declare a greater percentage of a poor state of health (around 40%) (also see figure 4).

The Health Survey of Catalonia from 2006 includes a list with 27 chronic disorders, which contains both diseases and diverse symptoms. As seen in table 2, more than 70% of the population 15 and over declares having

tenir com a mínim un trastorn crònic d'aquella llista, i són sempre les dones i les persones de classes desafavorides les que ho fan en major proporció. A la figura 5 es presenten els trastorns més freqüents i s'hi observa que, per a la majoria d'aquests, les proporcions són més altes en les dones. Cal assenyalar els alts percentatges de dones que declaren patir mal d'esquena. L'únic trastorn que és més freqüent en els homes és la pressió alta. Pel lloc d'origen, els percentatges més alts són per als homes i les dones de països de renda baixa de classe social no manual (taula 3).

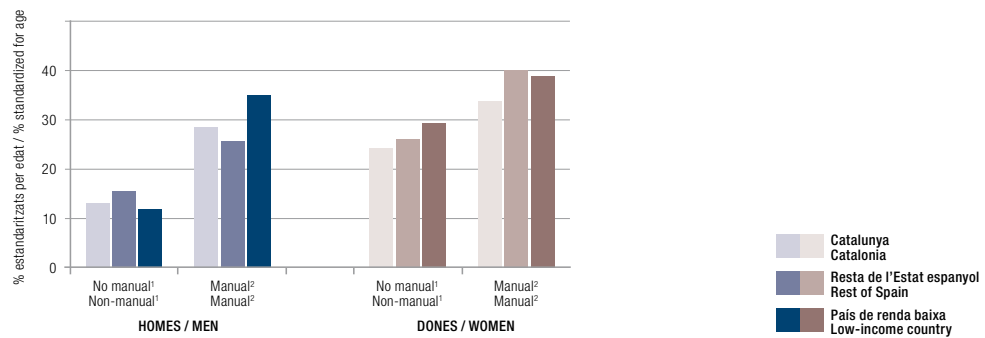
La proporció de persones de 15 anys o més que declara

at least one chronic disorder from this list, with women and persons from the most underprivileged classes being those who do so in greatest proportion. Figure 5 presents the most frequent disorders and we can observe that, for the majority of these, the proportions are higher in women. We must point out the high percentage of women who state that they suffer from back pain. The only disorder that is more frequent in men is high blood pressure. By place of origin, the highest percentages are for men and women from low-income countries from non-manual social classes (table 3).

The proportion of persons 15 and over who declare

FIGURA 4. Mala salut percebuda en persones de 15 anys o més segons sexe, classe social i lloc d'origen (% estandaritzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

FIGURE 4. Poor perceived health in persons 15 years of age and older by sex, social class and place of origin (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.



Notes
 (1) No manual: inclou les classes socials I, II i III.
 (2) Manual: inclou les classes socials IV i V.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

Notes
 (1) Non-manual: includes social classes I, II and III.
 (2) Manual: includes social classes IV and V.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

tenir 3 trastorns crònics o més augmenta en les dones i en les persones de classes socials desafavorides (taula 2). Per lloc d'origen destaquen les dones de classe social no manual nascudes a països de renda baixa (64,2%) i les nascudes a la resta de l'Estat espanyol de classe social manual (63%) (taula 3).

Finalment, es presenten les proporcions de població de 15 anys o més amb mala salut mental, mesurada amb el qüestionari de Goldberg de 12 preguntes. Es tracta d'un instrument de cribratge àmpliament utilitzat per detectar el risc actual de trastorns psiquiàtrics i cobreix els trastorns de personalitat i d'angoixa (Goldberg, 1978; Goldberg, 1972). Les proporcions de persones amb risc de mala salut mental augmenten com més desafavorida és la classe social i fluctuen entre 5,6% en els homes de classe social I i 20,6% en les dones de classe social IV (taula 2 i figura 2). Per lloc d'origen, tenen major pro-

having 3 or more chronic disorders increases in women and in persons from underprivileged social classes (table 2). By place of origin, those who stand out are women from non-manual social classes born in low-income countries (64.2%) and those born in the rest of Spain from manual social classes (63%) (table 3).

Lastly, the proportions are presented for the population 15 and over with poor mental health, measured with the Goldberg questionnaire consisting of 12 questions. This is a screening instrument widely used to detect current risk of psychiatric disorders and covers personality and anxiety disorders (Goldberg, 1978; Goldberg, 1972). The proportions of individuals with risk of poor mental health increase the more underprivileged that social class is and fluctuate between 5.6% in men from social class I and 20.6% in women from social class IV (table 2 and figure 2). By place of origin, women from manual

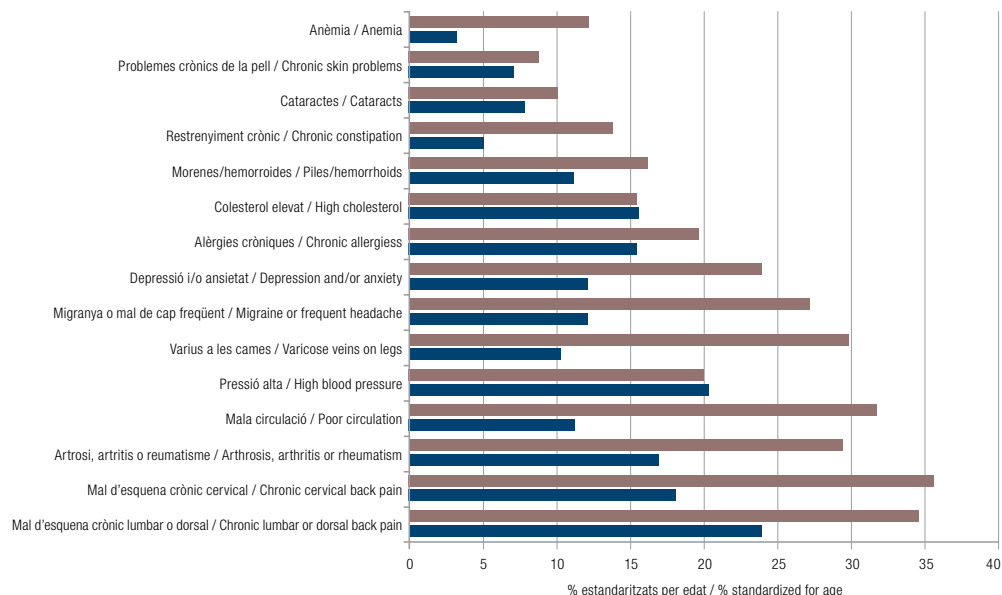


FIGURA 5. Trastorns crònics segons sexe. Homes i dones de 15 o més anys (% estandaritzats per edat). Àrea metropolitana de Barcelona, 2006.

Font: Enquesta de salut de Catalunya, 2006

FIGURE 5. Chronic disorders by sex. Men and women 15 years of age and older (% standardized for age). Metropolitan Area of Barcelona, 2006.

Source: Health Survey of Catalonia, 2006

HOMES
MEN
DONES
WOMEN

porció les dones de classe manual nascudes a Catalunya (19,7%) i en països de renda baixa (19,0%) (taula 3).

classes born in Catalonia (19.7%) and in low-income countries (19.0%) have a greater proportion (table 3).

Alguns indicadors per àrea geogràfica

Tal com s'ha comentat en l'apartat sobre els determinants de les desigualtats socials en salut, les condicions de vida i treball són importants. Entre aquestes, l'àrea geogràfica de residència és un aspecte que cal tenir en compte. En aquest apartat, es pretén conèixer si en les àrees geogràfiques amb pitjor nivell socioeconòmic hi ha pitjors indicadors de salut.

Les figures 7 a 9 presenten mapes de la distribució d'alguns indicadors disponibles per als municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona i per als districtes de la ciutat de Barcelona. Els mapes mostren la distribució segons els quintils de cada indicador. La figura 6 mostra els municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona i els districtes de la ciutat de Barcelona i és útil per interpretar els altres mapes.

A la figura 7 hi ha el mapa amb la distribució d'un in-

Some indicators by geographic area

As mentioned in the section on determinants of social inequalities in health, living and work conditions are important. Among these, geographic area of residence is an aspect that must be taken into account. In this section, we attempt to find out whether there are worse health indicators in geographic areas with a worse socioeconomic level.

Figures 7 to 9 present maps of the distribution of some indicators available for municipalities of the metropolitan area of Barcelona and for the districts of the city of Barcelona. The maps show the distribution by quintiles of each indicator. Figure 6 shows the municipalities of the metropolitan area of Barcelona and the districts of the city of Barcelona and is useful for interpreting the other maps.

In figure 7 there is a map with the distribution of an indicator of socioeconomic level: the unemployment rate

dicador de nivell socioeconòmic, la taxa d'atur per 100 habitants l'any 2001. Es mostra aquest indicador ja que ha estat àmpliament utilitzat per descriure la privació socioeconòmica d'una àrea geogràfica (Dominguez-Berjon *et al.* 2001: 23) i per tant, permet comparar la seva distribució amb la dels indicadors de salut. La taxa d'atur varia entre 6,9 per 100 a Begues i 16,4 per 100 a Sant Adrià del Besòs. Les zones del litoral són les que tenen una major taxa i les del sud-oest són les que tenen menor.

La taxa de fecunditat en noies adolescents (nombre de naixements de mares de 15 a 19 anys per 1.000 dones de 15 a 19 anys) és un indicador de salut que ha estat relacionat amb el nivell socioeconòmic (Paranjothy *et al.*, 2009: 239), i són les zones amb més privació les que tenen unes taxes més altes. En els municipis de l'àrea metropolitana aquesta taxa fluctua entre 0 per 1.000 dones als municipis de Tiana i la Palma de Cervelló i 21,6 per 1.000 dones al municipi de Sant Adrià de Besòs. Les taxes més elevades corresponen als municipis i districtes de la zona litoral i les baixes als municipis de la zona oest (figura 8). S'observa que la distribució espacial de la fecunditat en dones adolescents és similar a la distribució de l'atur (coeficient de correlació de Spearman de 0,86; com que aquest coeficient pot fluctuar entre -1 i 1 –màxima correlació positiva–, el valor 0,86 es considera alt).

Els indicadors de mortalitat són molt emprats per connectar l'estat de salut de la població, sobretot per la seva disponibilitat, a través dels butlletins estadístics de defuncions, i exhaustivitat. També han estat relacionats amb el nivell socioeconòmic de les persones i de les zones de residència (Benach *et al.*, 2001: 239; Borrell i Pasarin, 2004: 1). La raó de mortalitat estandarditzada compara les morts observades i esperades segons les taxes de mortalitat a Catalunya. És igual a 100 quan el municipi té el mateix nombre de morts observat que esperat, és superior a 100 quan té més morts observades que esperades (mortalitat superior a la de Catalunya) i és inferior a 100 quan les morts observades són inferiors a les esperades (mortalitat inferior a la de Catalunya). La distribució en els municipis i districtes de la raó de mortalitat estandarditzada es presenta al mapa de la figura 9 i fluctua entre 81,3 al districte de les Corts de la ciutat de Barcelona, cosa que vol dir que la mortalitat en aquest districte és un 18,7% inferior a la de tot Catalunya, i 117,0 a

per 100 inhabitants for the year 2001. This indicator is shown because it has been widely used to describe the socioeconomic deprivation of a geographic area (Dominguez-Berjon *et al.* 2001: 23) and therefore, allows its distribution to be compared with that of health indicators. The unemployment rate varies between 6.9 per 100 in Begues and 16.4 per 100 in Sant Adrià del Besòs. The coastal areas are those with the highest rate while areas in the southwest have the lowest.

The fertility rate in teenage women (number of births of mothers from 15 to 19 years old per 1,000 women from 15 to 19) is a health indicator that has been related to socioeconomic level (Paranjothy *et al.*, 2009: 239), with the most deprived areas having the highest rates. In the municipalities of the metropolitan area this rate fluctuates between 0 per 1,000 women in the municipalities of Tiana and La Palma de Cervelló and 21.6 per 1,000 women in the municipality of Sant Adrià de Besòs. The highest rates correspond to the municipalities and districts of the coastal region and the lowest to the municipalities in the western region (figure 8). We observe that the spatial distribution of fertility in teenage women is similar to the distribution of unemployment (Spearman's correlation coefficient of 0.86; as this coefficient can fluctuate between -1 and 1 –maximum positive correlation–, the value 0.86 is considered high).

The indicators of mortality are frequently used to determine the state of health of the population, above all for their availability, through statistical reports of deaths, and thoroughness. They have also been related to the socioeconomic level of individuals and areas of residence (Benach *et al.*, 2001: 239; Borrell & Pasarin, 2004: 1). The standardized mortality ratio compares observed and expected deaths according to the mortality rate in Catalonia. It is equal to 100 when the municipality has the same number of observed as expected deaths, is above 100 when it has more observed deaths than expected (mortality above that of Catalonia) and it is below 100 when observed deaths are fewer than those expected (mortality below that of Catalonia). The distribution in municipalities and districts of the standardized mortality ratio is shown in the map in figure 9 and fluctuates between 81.3 in the district of Les Corts of the city of Barcelona, which means that mortality in this district is 18.7% lower than that of Catalonia as a whole, and 117.0 in Cervelló, which indicates that this municipality has an excess of mortality of 17% with respect to Catalonia. The municipi-



FIGURA 6. Municipis de l'àrea metropolitana i els districtes de Barcelona. (En gris)

Font: Censo de población y viviendas, 2001. Instituto Nacional de Estadística

FIGURE 6. Municipalities of the Metropolitan Area and Districts of Barcelona. (In gray)

Source: Census of population and housing, 2001. National Statistics Institute

Cervelló, que implica que aquest municipi té un excés de mortalitat d'un 17% respecte a Catalunya. Els municipis amb mortalitat més elevada corresponen a les zones del sud i litoral de l'àrea metropolitana. La correlació entre la mortalitat i l'atur (coeficient de correlació de Spearman de 0,30) no és tan elevada com ho és amb la fecunditat adolescent.

unicipalities with higher mortality correspond to the regions of the south and along the coast of the metropolitan area. The correlation between mortality and unemployment (Spearman's correlation coefficient of 0.30) is not as high as it is with teenage fertility.

Conclusions

Aquest treball ha posat de relleu l'existència de desigualtats socials en salut a l'àrea metropolitana de Barcelona segons la classe social, el país d'origen, el gènere o l'àrea de residència.

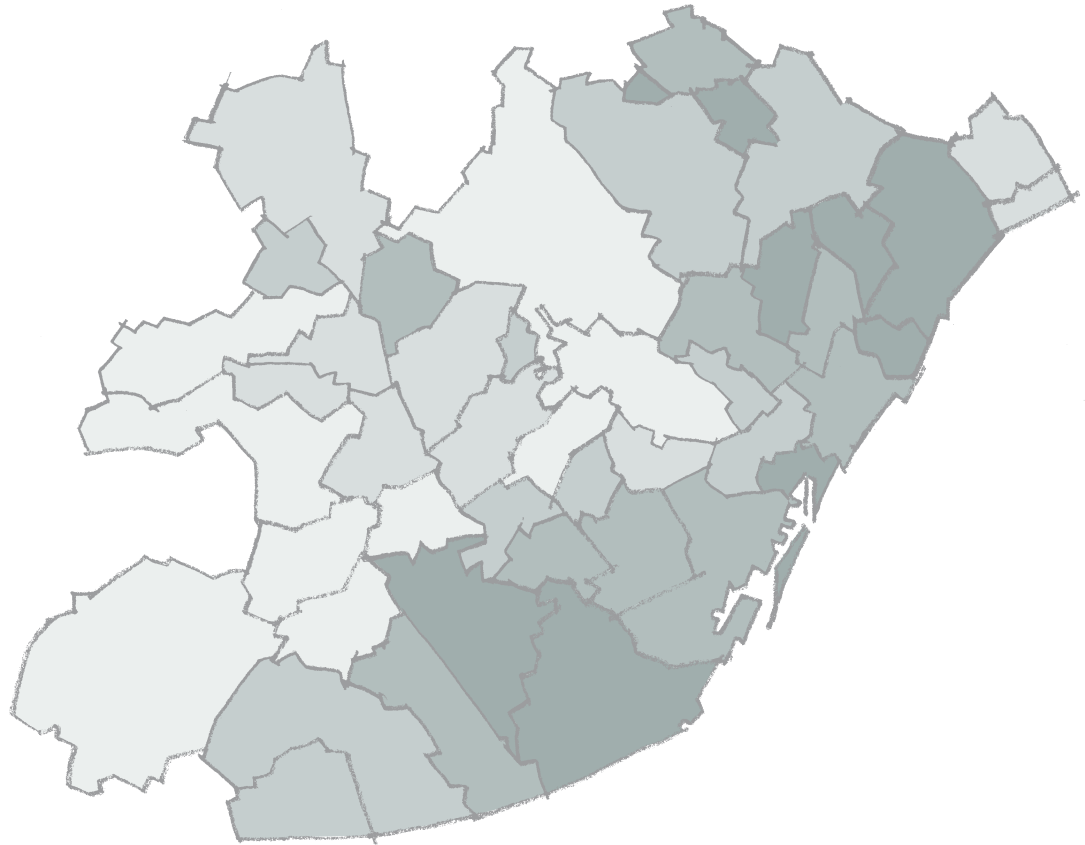
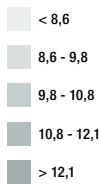
Conclusions

This study has highlighted the existence of social inequalities in health in the metropolitan area of Barcelona according to social class, country of origin, gender or area of residence.

The inequalities by social class are expressed in the form

FIGURA 7. Taxa d'atur per 100. Àrea metropolitana i districtes de Barcelona, 2001.

FIGURE 7. Unemployment rate per 100. Metropolitan Area and Districts of Barcelona, 2001.



Les desigualtats segons la classe social s'expressen en forma de gradient, de manera que la salut empitjora quan disminueix la classe social. Les persones de classes socials més desfavorides solen tenir unes conductes que comporten més risc per a la salut i una pitjor salut percebuda, tot i que aquest patró pot canviar segons l'indicador analitzat. Així, per exemple, el consum d'alcohol en les dones i en els homes no nascuts a Catalunya és més freqüent en els de classe social més privilegiada. Els serveis sanitaris d'atenció primària són més utilitzats per les persones de classes més desfavorides, mentre que les visites a l'especialista i a l'odontòleg són més freqüents en la població de classes avantatjades. La proporció de dones de 50 a 69 anys que es fan periòdicament una mamografia per al control del càncer de mama és més alta en les dones de classes I i II.

of a gradient, so that health becomes worse as social class diminishes. People from the most underprivileged social classes usually have behaviors that involve greater health risks and poorer perceived health, even though this pattern may change depending on the indicator analyzed. Thus, for example, the consumption of alcohol in women and men not born in Catalonia is more frequent in those from more privileged social classes. Primary care health services are used more by individuals from the most underprivileged classes, while visits to specialists and odontologists are more frequent in the population of privileged classes. The proportion of women aged 50 to 69 who periodically have a mammogram for the control of breast cancer is higher among women of classes I and II.

Persons born in low-income countries do not usually

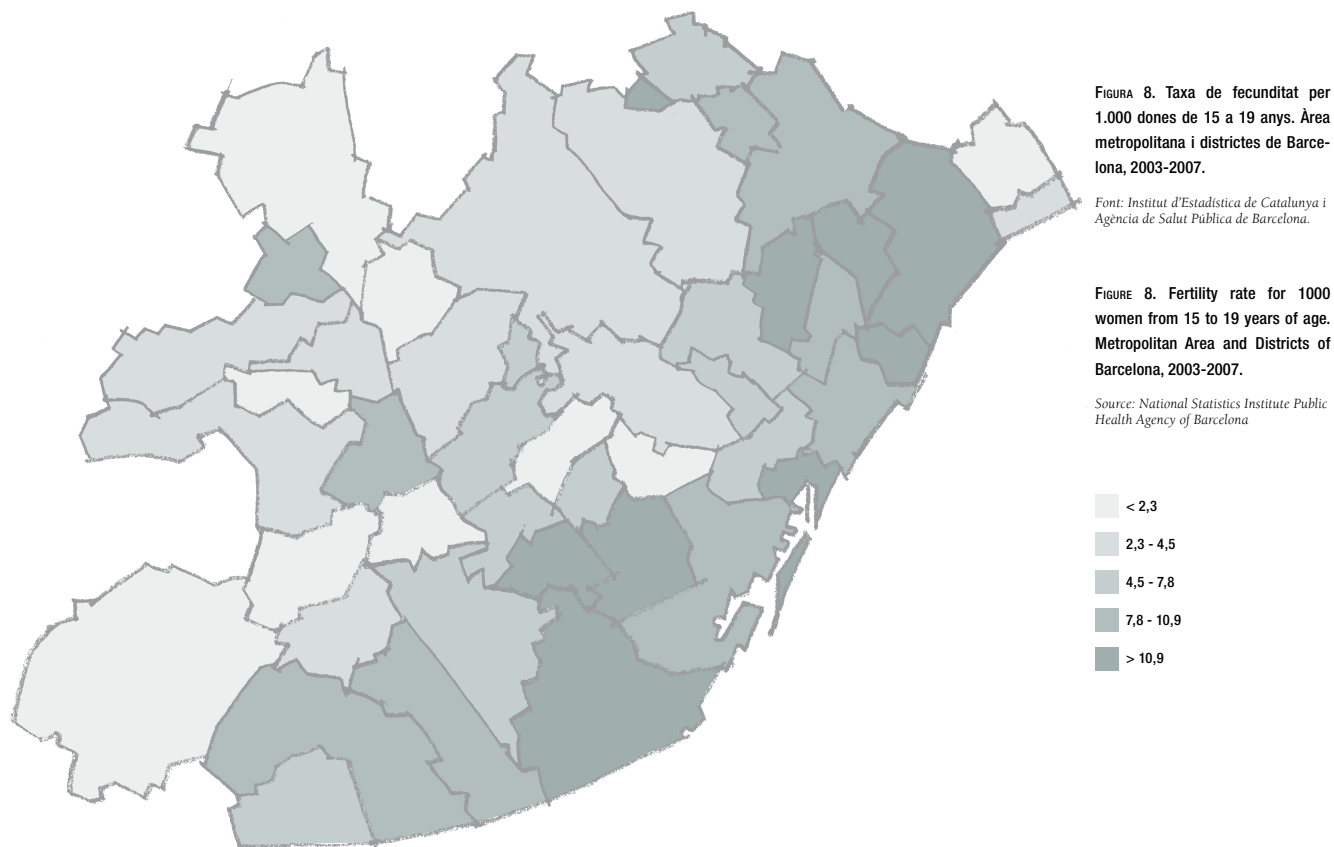
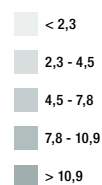


FIGURA 8. Taxa de fecunditat per 1.000 dones de 15 a 19 anys. Àrea metropolitana i districtes de Barcelona, 2003-2007.

Font: Institut d'Estadística de Catalunya i Agència de Salut Pública de Barcelona.

FIGURE 8. Fertility rate for 1000 women from 15 to 19 years of age. Metropolitan Area and Districts of Barcelona, 2003-2007.

Source: National Statistics Institute Public Health Agency of Barcelona



Les persones nascudes en països de renda baixa no solen tenir uns indicadors de salut gaire diferents que els de la població catalana, tot i que els homes i dones de classes socials manuals presenten sempre pitjor salut. Aquest fet pot ser explicat perquè les persones novvingudes solen ser persones sanes («biaix de l'immigrant sa»). A mida que passin els anys, caldrà analitzar si les pitjors condicions de vida i treball de la població de països de renda baixa (Puigpinós, 2008) acaba repercutint negativament en la seva salut. Respecte a les persones nascudes a la resta de l'Estat espanyol, cal destacar la pitjor salut percebuda de les dones de classe manual. És important tenir en compte que aquesta població és la que va immigrar a Catalunya l'últim quart del segle xx i, per tant, és una població que actualment és més gran que la nascuda a Catalunya i sobretot que la nascuda a l'estranger (Borrell *et al.*, 2008: e7).

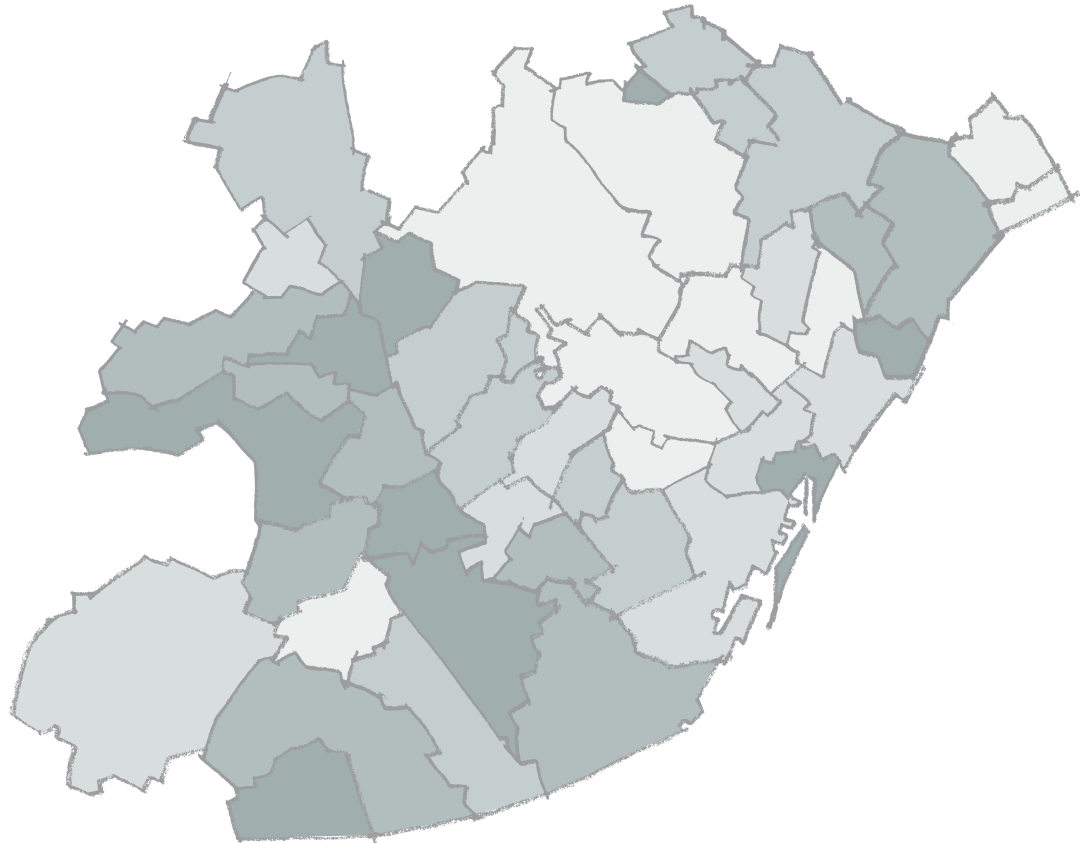
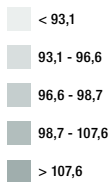
have health indicators significantly different than those of the Catalan population, even though men and women from manual social classes always present poorer health. This fact may be explained because recently arrived individuals are usually healthy («healthy immigrant bias»). With the passage of time, we will have to analyze whether the poorer living and work conditions of the population from low-income countries (Puigpinós, 2008) end up having a negative impact on their health. Regarding people born in the rest of Spain, we must highlight the poorer perceived health of women from the manual class. It is important to take into account that this is the population that immigrated to Catalonia in the last quarter of the 20th century and, therefore, is a population that is currently older than the population born in Catalonia and above all than the population born in foreign countries (Borrell *et al.*, 2008: e7).

FIGURA 9. Raó de mortalitat estandaritzada pel total de causes i ambdós sexes. Àrea metropolitana i districtes de Barcelona, 1999-2007.

Font: Instituto Nacional de Estadística i Agència de Salut Pública de Barcelona.

FIGURE 9. Standardized mortality ratio for all causes and both sexes. Metropolitan Area and Districts of Barcelona, 1999-2007.

Source: National Statistics Institute Public Health Agency of Barcelona



Les dones sempre presenten pitjors indicadors de salut percebuda que els homes, malgrat tenir una esperança de vida més llarga (Artazcoz, 2004) i també utilitzen més els serveis sanitaris, sobretot els metges especialistes. Factors relacionats amb les càrregues de treball de les dones, tant a casa (treball domèstic i cura de les persones) com fora de casa, poden estar relacionats amb la seva pitjor salut percebuda. Respecte a les conductes relacionades amb la salut, les dones joves ja fumen tabac igual que els homes joves, però beuen menys alcohol i fumen menys marihuana. Els patrons de masculinitat de la societat fan que els homes sovint adoptin comportaments de més risc (Courtenay, 2000: 1385). D'altra banda, les dones fan menys activitat física en el temps de lleure, probablement tant a causa de la diferent socialització dels nois i les noies com de les càrregues domèstiques que tenen les dones d'edat adulta.

Women always present worse perceived health indicators than men, despite having a longer life expectancy (Artazcoz, 2004) and also use health services more, above all specialists physicians. Factors related with women's labour, both at home (housework and taking care of people) and outside the home, may be related to their poorer perceived health. With respect to health-related behaviors, young women now smoke tobacco as much as young men, but drink less alcohol and smoke less marijuana. The patterns of masculinity in the society often cause men to adopt riskier behaviors (Courtenay, 2000: 1385). On the other hand, women do less physical activity in their leisure time, probably due to both the different socialization of boys and girls and the domestic responsibilities of adult women.

The municipalities of the metropolitan area of Barcelona

Els municipis de l'àrea metropolitana de Barcelona i els districtes de Barcelona que tenen pitjors indicadors de privació socioeconòmica, que són els de la zona del litoral, tenen també unes taxes més elevades de fecunditat adolescent. La distribució de la mortalitat també canvia segons l'àrea de residència, però no està tan relacionada amb la privació socioeconòmica.

La Comissió per a la Reducció de les Desigualtats en Salut, nomenada per la Direcció General de Salut Pública del Ministeri de Sanitat i Política Social de l'Estat espanyol està treballant per proposar polítiques i intervencions per disminuir les desigualtats en salut, que es basen en el model conceptual sobre els determinants de la salut descrit anteriorment, i, concretament, a intervenir en la distribució del poder i la riquesa, en les condicions de vida i treball al llarg del cicle vital, en els entorns afavoridors de la salut (barri, habitatge, escola, etc.), en els serveis sanitaris i també en el foment de la informació, la vigilància de les desigualtats, la investigació i la docència. Caldrà observar si aquestes recomanacions ajuden a posar en marxa intervencions tant en l'àmbit de l'Estat espanyol, com en el de les comunitats autònomes i els municipis. Un exemple de bona pràctica és la intervenció integral sobre els barris amb pitjors condicions socioeconòmiques de Catalunya (Llei de Barris) <http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/arees/ciutat/barris/index.jsp>), intervenció que abasta diferents sectors, com per exemple els d'urbanisme, treball i salut.

and the districts of Barcelona that have the worst indicators of socioeconomic deprivation, which are those in the coastal region, also have higher teenage fertility rates. The distribution of mortality also changes according to area of residence, but is not as related to socioeconomic deprivation.

The Commission for the Reduction of Health Inequalities, named by the Director General of Public Health of the Spanish Ministry of Health and Social Policy is working to propose policies and interventions to diminish inequalities in health, based on the conceptual model of health determinants described above, and, specifically, in intervening in the distribution of power and wealth, in living and work conditions throughout the life cycle, in environments favorable to health (neighborhood, housing, school, etc.), in health services and also in promoting information, surveillance of inequalities, research and teaching. We will have to observe whether these recommendations help to implement interventions both on the Spanish national level and in the autonomous regions and municipalities. An example of a good practice is the comprehensive intervention in neighborhoods with the worst socioeconomic conditions of Catalonia (the Neighborhood Act) (<http://www10.gencat.net/ptop/AppJava/cat/arees/ciutat/barris/index.jsp>), an intervention that reaches different sectors, such as for example, city planning, employment and health.