

### DESIGUALDADES EN SALUD: UNA PERSPECTIVA DE DESARROLLO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Las desigualdades en salud se definen como «*las diferencias innecesarias y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud en grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente*»<sup>1</sup>. La reducción de las desigualdades en salud se ha convertido en un objetivo central de la OMS en su estrategia «Salud para todos en el siglo XXI»<sup>2</sup>, debido a su potencial para conseguir una mejora de la salud de la población. De hecho, aunque la salud de la población ha mejorado globalmente, cuando ésta se analiza teniendo en cuenta los determinantes sociales y culturales, se observa que esta ganancia no se distribuye por igual, sino que los grupos de población que mejoran más son aquellos que parten de una posición económica y educativa más elevada. A este efecto se le llama «ley de prevención inversa» y muestra cómo la intervención generalista, sin tener en cuenta los determinantes sociales, tiene como efecto secundario no deseado el incremento de las desigualdades en salud<sup>3</sup>.

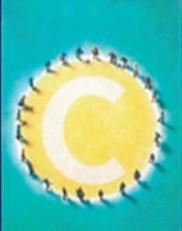
Al igual que las desigualdades sociales y de género, las desigualdades en salud se producen en todos los grupos de población y su expresión más radical son los grupos de exclusión social. La prioridad en el tipo de propuestas para unos y para otros es diferente, siendo más preventivas para población general y además paliativas para los grupos de exclusión. La Atención Primaria constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, siendo el nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto y el que utiliza un mayor porcentaje de la población. Estas características lo hacen idóneo como entorno donde explorar y aplicar estrategias para la reducción de las desigualdades en salud.

Diferentes teorías han intentado aportar una explicación social y biológica a las desigualdades en salud. La más importante de estas teorías indica que el nivel socioeconómico y cultural y la presencia de la influencia del género en estos niveles, limitan o en ocasiones amplían la capacidad de elección de determinadas condiciones de vida y de trabajo, así como de comportamientos saludables<sup>4</sup>. Los servicios sanitarios de Atención Primaria tratan de compensar esto mediante la equidad de acceso territorial, más servicios donde más se necesitan, y equidad poblacional, facilidad para los grupos que lo necesitan más.

#### *Qué se sabe con respecto a las desigualdades en los problemas de salud*

En 1993, el Ministerio de Sanidad y Consumo nombró una Comisión Científica para el estudio de las desigualdades en salud<sup>5</sup> con el objetivo de describir la situación en España. Para ello se compiló la información obtenida a partir de otros estudios realizados sobre mortalidad, morbilidad, salud percibida, acceso y uso de servicios sanitarios, y también analizó en función de la clase social y el sexo otra información disponible, como las encuestas nacionales de salud. Algunos de sus resultados se describen a continuación.

Con respecto a la percepción subjetiva de salud, globalmente ésta empeoraba con la edad; sin embargo, a partir de los 65 años, un 33% de la clase social alta percibía su salud como mala mientras que para la clase trabajadora, a la misma edad, este porcentaje aumentaba hasta el 65%. Este patrón se repite para las mujeres, aunque su percepción de salud para todos los grupos socioeconómicos es peor. Para algunas enfermedades crónicas también se observaba una distribución diferente por nivel socioeconómico, y así la bronquitis y el asma



presentan mayor porcentaje de población afectada entre la clase social más elevada, tanto en hombres como en mujeres. El porcentaje de diabetes es mayor entre las mujeres de clase social más desfavorecida, como también lo es la obesidad<sup>6</sup>, no produciéndose este gradiente entre los hombres. En cuanto a la hipertensión arterial, fueron diagnosticadas durante el año anterior a la realización de la encuesta un 8% de mujeres del grupo socioeconómico más elevado, mientras que en el peor grupo socioeconómico fueron diagnosticadas un 14%; para los hombres no se encontraron diferencias por clase social<sup>5</sup>.

Las desigualdades entre hombres y mujeres se producen, además de por motivos económicos y culturales que afectan a toda la población, por lo que se denomina «género» cuyo concepto incorpora al hecho biológico del sexo, el impacto negativo de los factores sociales asociados a los diferentes patrones de socialización de hombres y mujeres, que tiene que ver con roles familiares, las expectativas laborales y tipos de ocupación<sup>7</sup>. Como resultado, la esperanza de vida en las mujeres es mayor respecto a la de los hombres, pero también la presencia de enfermedades crónicas que derivan en discapacidad y dependencia física<sup>8</sup>. Con el incremento del envejecimiento, la dependencia aumenta y se produce una desproporción entre necesidades de esta población y recursos disponibles, por lo que la solución a los problemas de dependencia sigue recayendo en la familia y sobre todo en las mujeres (esposa, madre o hija del paciente), que son el agente sanitario más importante de la Atención Primaria<sup>6</sup>. Son mujeres con un perfil determinado, edad media de la vida, con estudios primarios o secundarios, situación laboral activa, escasa ayuda social percibida por parte de la Administración, restricción en sus relaciones sociales y disfunción familiar<sup>9</sup>. Estas dificultades sociales son capaces de desencadenar alteraciones en el estado de salud, como trastorno ansioso-depresivo, insomnio y trastornos osteomusculares<sup>9</sup>, produciendo el patrón de enfermar que caracteriza el género.

La población inmigrante acumula una serie de desigualdades que afectan su salud. La propia situación de inmigración conlleva en muchas ocasiones a la marginación social, escasos recursos económicos, falta de redes de apoyo social (familiares, amigos), desconocimiento de recursos sociosanitarios del país que les acoge, asistencia sanitaria a través de las ONG, etc. En estos grupos poblacionales en los que domina la figura del hombre, la mujer presenta vulnerabilidad ante las desigualdades en la esfera no

solamente social, sino también laboral y familiar<sup>10</sup>. La población inmigrante, respecto a la población general, utiliza más los servicios públicos de salud del INSALUD, y los servicios de urgencias constituyen la principal vía de ingreso hospitalario en esta población, siendo la patología gineco-obstétrica la principal causa de estos ingresos<sup>11</sup>. Los principales problemas por los que el inmigrante acude a nuestro sistema de salud son las patologías infecciosas (tuberculosis avanzada, sida y otras ETS), los accidentes laborales (trabajan en condiciones de precariedad y en puestos de trabajo para los que no están cualificados) y los trastornos psiquiátricos (trastornos psicósomáticos, depresión, esquizofrenia)<sup>10</sup>.

### *Qué se puede hacer desde Atención Primaria y el acceso a los servicios*

Abordar las causas sociales de la desigualdad en salud, aun siendo una prioridad, queda lejos de la posibilidad de acción de la Atención Primaria. Sin embargo, ésta tiene una gran capacidad de actuación previniendo la aparición de problemas de salud especialmente cuando la situación social y personal de las personas se deteriora, y también resolviendo los problemas de salud una vez se han producido. Pero la cuestión más importante y previa para que se realicen actuaciones en alguna dirección, es que se identifiquen las desigualdades como problema de salud.

Una revisión realizada en España mostró que éste no es un tema prioritario ni en el nivel político, prácticamente ausente de las políticas de salud que se formulan en las administraciones públicas de las Comunidades Autónomas, ni en el nivel técnico, un poco más desarrollado en su descripción pero incipiente en la experiencia de intervención para su reducción<sup>12</sup>. Tampoco constituye una prioridad de investigación. Una búsqueda bibliográfica encontró únicamente ocho artículos desde el año 1995 con respecto a la evaluación de intervenciones para la reducción de desigualdades desde Atención Primaria<sup>12</sup>. Esta situación de invisibilidad de los problemas de salud que la desigualdad social y de género produce, recorre de una forma transversal tanto las políticas macro, como las actividades a un nivel micro; siendo indicativo del bajo nivel de descripción e intervención sobre la reducción de las desigualdades.

La actuación de la Atención Primaria para reducir las desigualdades en salud viene dada por dos tipos de



intervenciones. Una de ellas es minimizar el daño causado por los factores de riesgo, ayudando a las personas a enfrentarse mejor con los mismos y así reducir la probabilidad de enfermar en situaciones de privación. Otra es asegurarse que la cantidad y la calidad de los servicios prestados están de acuerdo con el incremento del volumen y complejidad de los problemas de salud, en los grupos poblacionales que se enfrentan a un exceso de riesgo frente a la enfermedad. Es decir, un esfuerzo para abordar el incremento de necesidades y el tipo de servicios de salud que las desigualdades crean<sup>13</sup>.

Con respecto a la utilización de los servicios de Atención Primaria por clase social, el informe sobre desigualdades<sup>5</sup> no detectó diferencias, aunque sí localizó diferencias en la prevalencia de la enfermedad. Por otra parte, otros estudios han mostrado información contraria. En las provincias del INSALUD con menor nivel socioeconómico, los pacientes acuden más a las consultas de Atención Primaria<sup>14</sup>, así como que, en Atención Primaria la inequidad favorecía a los más pobres, mientras que en la Atención Especializada la existencia de inequidad favorece a los colectivos con más recursos socioeconómicos<sup>15</sup>. Con respecto a la equidad territorial, no se ha desarrollado un proceso de monitorización y evaluación del desarrollo de la Atención Primaria, ni se han desarrollado sistemas de información que lo permitan, aunque se mantienen las grandes diferencias en su implantación entre Comunidades Autónomas<sup>16</sup>. Por lo tanto, aun con la limitada capacidad de acción que la Atención Primaria tiene debido a la sobrecarga asistencial que soporta, se podrían abrir, potenciar y desarrollar algunas estrategias, ligadas a su capacidad de intervención y al desconocimiento sobre utilización y accesibilidad que se tiene, en relación con las desigualdades en salud.

La creación de redes de profesionales, produciendo información *ad hoc* y propuestas públicas, promoviendo el nivel de discusión profesional, aumentaría la visibilidad de las desigualdades como problema de salud, tanto en el entorno profesional como entre la población.

Aumentar la información sobre los recursos sociosanitarios y la forma de utilizarlos, con adaptación idiomática, favorecería la accesibilidad de determinados grupos poblacionales en situación de exclusión social. La interrelación con los servicios de hospitalización a domicilio y con organizaciones de voluntariado, para el

cuidado de pacientes con enfermedades incapacitantes confinados en su domicilio y para el cuidado y descanso de los cuidadores de estos pacientes. Para ello se necesita la mejora de la actuación intersectorial de servicios sociales y sanitarios con el objetivo de crear redes de apoyo social asequibles a los grupos de población más necesitados.

También es necesario el desarrollo de los sistemas de información y la inclusión de la información útil para la monitorización de los problemas de salud según los determinantes sociales y de acceso a los servicios, escaso en general no sólo en este país<sup>17</sup>. La monitorización y captación desde las consultas, seguimiento de enfermedades crónicas con especial hincapié en aquellas personas con mayor riesgo, favorecerían su inclusión y permanencia en los programas de salud y asegurarían la continuidad de la atención sanitaria.

Esta revista es un buen ejemplo de la multitud de actividades a nivel comunitario que se pueden realizar en Atención Primaria. Sin embargo, un repaso a las experiencias muestra que, así como la intervención sobre la población excluida se reconoce como «intervención sobre grupos desfavorecidos o de exclusión social», en las intervenciones sobre población general no se recoge información, o no se describe aquí, sobre su situación social. Esta revista es una oportunidad para profundizar sobre las desigualdades en salud, intentando utilizar estas experiencias de atención comunitaria como fuente de información para la descripción de las desigualdades, y para construir sobre los éxitos de intervención que aquí se muestran, y que permitirían su utilización como modelos de buena práctica para ser difundidos, utilizados y evaluados en otros centros.

Ciertamente, para desarrollar una línea de trabajo en los servicios de salud se requiere el apoyo político, pero una forma de ganarlo es promover el debate y producir la información que evidencie el problema y sugiera soluciones. La intervención de forma efectiva en la reducción de las desigualdades en salud es un espacio desierto en este país, con un gran potencial de actuación por parte de Atención Primaria.

Rosana Peiró Pérez y Nieves Ramón Bou  
 Centro de Salud Pública de Alzira.  
 Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana



### BIBLIOGRAFÍA

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22:429-45.
2. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Salud 21. *Una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Silvestre García A, Colomer Revuelta C, Nolasco Bonmati A, González Sáez L, Álvarez-Dardet Díaz C. Nivel de renta y estilos de vida: ¿hacia una ley de prevención inversa? *Gac Sanit* 1990; 4:189-92.
4. Villalbí JR, Borrell C. Desigualdades sociales en salud. *FMC* 2003; 10:89-96.
5. Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
6. Fernández E, Schiaffino A, Rajmil L, Borrell C, García M, Segura A. Desigualdades en salud según la clase social en Cataluña, 1994. *Aten Primaria* 2000; 25:560-2.
7. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M do C. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000; 14 (Supl 3): 60-71.
8. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age. A meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001; 56:195-213.
9. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria* 1998; 22:481-5.
10. López Abuín JM. El médico de familia ante el abordaje sociosanitario del inmigrante. *FMC* 2002; 9:492-7.
11. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la Comunidad de Madrid. *Aten Primaria* 2000; 26:314-8.
12. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud en género y clase social. *Informe SESPAS 2004* (en prensa). Borrell C, García Calvente MM, Martí JV, editores.
13. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 1992.
14. Rodríguez Ortiz de Salazar B, Martín Galilea MJ. Variabilidad en la utilización de recursos en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1999; 23:110-5.
15. Departamento de Sanidad. *Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010*. Gobierno vasco.
16. Ortún. V, Gervás JJ. Potenciar la Atención Primaria de salud. *Informe SESPAS 2000. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Álvarez-Dardet C, Peiró S, editores; 2000.
17. Smeeth L, Heath I. Tackling health inequalities in primary care. *BMJ* 1999; 318:1020-1.