

Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud

Elia Díez^a / Rosana Peiró^{b,c}

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. España.

^bCentro de Salud Pública de Alzira. Valencia. España.

^cRed de Investigación en Salud y Género. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Correspondencia: Elia Díez. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.

Correo electrónico: ediez@aspb.es

(Interventions to reduce health inequalities)

Resumen

El objetivo de este artículo es recoger, describir y valorar las intervenciones en desigualdades en salud desarrolladas en España llevadas a cabo por administraciones, fundaciones, ONG u otras entidades. La búsqueda se organizó en tres ámbitos: estrategias de la administración, intervenciones y, entre éstas, las dirigidas a grupos sociales excluidos.

Las políticas y acciones de las administraciones autonómicas se exploraron mediante consultas formales a las 17 comunidades y ciudades autónomas. Se interrogó sobre su producción de información según nivel socioeconómico y género, de planes y programas, y ejemplos de intervenciones. Para identificar intervenciones se consultó a informadores clave y se revisaron la bibliografía científica y las bases de datos. Se contactó con 2 ONG de ámbito estatal (Médicos del Mundo y Cáritas).

Respondieron 14 administraciones. La información sanitaria incluye análisis por sexo, pocas veces por género y/o nivel socioeconómico, y 6 comunidades autónomas estudian desigualdades en la población general. Casi todas producen información específica según patologías (sida...) o grupos sociales (mujer, inmigrantes...). Remiten ejemplos de intervenciones en territorios y/o grupos vulnerables, evaluadas con indicadores de proceso. Entre 1995 y 2002 se han publicado 722 artículos sobre desigualdades en España, de los que 28 son intervenciones. De ellas, 9 han sido evaluadas, mayoritariamente con diseños quasi experimentales. Las grandes ONG, a veces con subvenciones públicas, trabajan con población excluida (prostitutas, inmigrantes sin papeles...) mediante programas de acercamiento.

La mayor parte de la información sanitaria todavía no incluye análisis de las desigualdades en salud, aunque van aumentando progresivamente. Se han multiplicado los estudios sobre las desigualdades, pero se han publicado muy pocas intervenciones y menos todavía estudios evaluativos. Las administraciones y ONG trabajan en intervenciones dirigidas prioritariamente a grupos excluidos.

Palabras clave: Desigualdades. Inequidades. Intervenciones.

Abstract

The objective of this study is to compile, describe and assess interventions to reduce health inequalities developed in Spain by administrations, NGO or other entities. The search was organized in three settings: governmental strategies, interventions, and among the latter, those particularly addressing excluded social groups.

Administration actions and policies were investigated through formal surveys addressed to regional governments (17 regions and 2 cities). Production of information by gender and socioeconomic level (SEL), plans and programs, as well as interventions was explored. Key informants were consulted and scientific literature was reviewed in order to identify interventions. Médicos del Mundo and Cáritas, two of the main national NGO were consulted.

Fourteen administrations responded. In general, health information includes sex analysis, few administrations analyse by gender or SEL and six study inequalities in the general population. Most administrations produce specific information by pathologies (HIV/AIDS...) or social groups (women...). They mention intervention experiences applied to territories or vulnerable groups, evaluated through process indicators. In the period 1995-2002, 722 papers on inequalities in Spain have been published. Among them, 28 are interventions and 9 have been evaluated, mainly with quasi-experimental designs. Large NGO, sometimes with public funding, work with excluded populations through outreach programs.

Most Spanish health information does not include yet inequalities analysis, although it is growing steadily. Publication of inequalities studies has increased sharply, but intervention publications are rare and evaluated interventions are extremely scarce. Administrations and NGO work in interventions mainly addressed to excluded populations.

Key words: Inequalities. Inequities. Intervention.

Introducción

El concepto «desigualdades en salud» alude al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad en la población los factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo racial o étnico, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o trabaja. La reducción de las desigualdades constituye un objetivo central en la estrategia de la OMS Salud 21 para la región europea¹.

Además del Reino Unido, pionero en el estudio de las desigualdades, en la última década muchos países europeos, como Suecia, Países Bajos, Bélgica, Noruega, España, Irlanda, Francia o Lituania, y de otros continentes, como Australia o Canadá, han elaborado informes nacionales que muestran la asociación entre la desigualdad social y una peor salud. El patrón es similar en todos los países, en los que existen unas tasas elevadas de mortalidad y enfermedad en los niveles socioeconómicos bajos. Numerosas investigaciones estudian la evolución de las desigualdades en el tiempo, y señalan que las diferencias en la mayor parte de indicadores de salud entre grupos sociales se han mantenido o han aumentado²⁻⁵.

En España, el informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades⁶ no condujo a acciones inmediatas, aunque promovió la atención académica y profesional. Existe un grupo de trabajo de Género y Salud Pública de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria que, entre otros objetivos, pretende mantener la atención sobre las desigualdades en salud de género*. Asimismo, un grupo institucional de Salud y Género impulsa, desde 1996, la incorporación de la perspectiva de género en las instituciones sanitarias de las comunidades autónomas (CCAA)⁷. El análisis bibliométrico de las desigualdades de salud en España⁸ desde 1970 a 1994 mostró que los estudios e investigaciones eran mayoritariamente descriptivos de dos CCAA y publicados en literatura gris. Sin embargo, existe tradición en el estudio y la descripción de las desigualdades sociales, aunque sin referencia explícita al impacto de éstas en la salud, como son la serie de Informes de Pobreza⁹ y las intervenciones de Cáritas¹⁰, los informes de exclusión social de Médicos del Mundo¹¹ y los planes como el Plan Nacional de Inclusión Social¹².

Recientemente se han publicado los libros «Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx»¹³ y «Les desigualtats en la salut a Catalunya»¹⁴, que describen en profundidad

las características en estos territorios y recomiendan líneas de acción. Sin embargo, desde 1995, hasta donde las autoras conocemos, no se han compilado o valorado las intervenciones sobre desigualdades en salud en España. De hecho, en «Reducing inequalities in health. A European perspective», editado por Mackenbach y Bakker¹⁵, se menciona la ausencia de bibliografía española y se explicitan en un capítulo las acciones emprendidas en la ciudad de Barcelona, como ejemplo de políticas poco frecuentes en nuestro país.

A pesar de que las publicaciones sobre la existencia, características y causas de las desigualdades se ha incrementado enormemente en los últimos años, hay todavía hoy poca evidencia sobre las intervenciones más efectivas para afrontar las desigualdades en salud¹⁶⁻¹⁹. Desde 2000 proliferan las reuniones, conferencias y grupos en Europa que pretenden mejorar el conocimiento sobre la efectividad de estas acciones y promover su aplicación^{15,20,21}. En estos momentos se ha alcanzado cierto consenso sobre las políticas y acciones presuntamente más efectivas^{18,19,22}, aunque su evidencia es todavía precaria. En primer lugar, destaca el papel de las políticas macroeconómicas en varios frentes: la reducción de las diferencias en ingresos, a través de impuestos progresivos y el soporte a las personas pobres o con otras desventajas, la reducción del desempleo y la inversión en bienes físicos, como las infraestructuras de servicios sanitarios, de transporte, de seguridad social o bienes sociales, como la educación, la participación de la sociedad civil y los programas comunitarios en zonas de nivel socioeconómico bajo. En segundo lugar, se sitúan las mejoras de las condiciones de trabajo y vivienda, especialmente las reformas. En tercer lugar, las acciones que pretenden reducir la distribución desigual de factores de riesgo conductuales, dirigiéndolas específicamente a los grupos sociales más afectados y valorando el impacto de las políticas dirigidas a la población general sobre los grupos desaventajados²³. Por último, las intervenciones en y desde el sistema sanitario, siendo la principal el mantenimiento de un sistema de atención sanitaria universal, financiado mediante impuestos, atento a la accesibilidad geográfica, económica y cultural, y decidido a actuar de forma intersectorial²⁴. En resumen, políticas para mejorar la distribución de ingresos, las oportunidades educacionales, las condiciones de empleo, el medio ambiente material, el acceso a los servicios sanitarios y los estilos de vida de la población²⁵.

En cuanto a las estrategias, se está recomendando el desarrollo de objetivos nacionales de reducción de desigualdades en salud, la integración de los determinantes de la salud en otras áreas políticas, y la necesidad de apoyar el desarrollo de evidencias en los ámbitos del seguimiento, el impacto sobre la salud, la evaluación y la diseminación²¹. Hay motivos para creer que las intervenciones microeconómicas, no estructu-

*Los objetivos y actividades del grupo pueden consultarse en la página web de SESPAS (www.sespas.es).

rales ni macroeconómicas, son también muy útiles^{15,23}. Por ejemplo, en Australia se reducen las desigualdades en salud en los últimos años y se atribuye a cambios diferenciales en los estilos de vida, especialmente en el consumo de tabaco en las clases sociales más desfavorecidas²². Los Países Bajos han emprendido un camino sistemático hacia la reducción de las desigualdades. Entre 1997 y 1999 se escogieron y financiaron 12 intervenciones con diseños quasi experimentales en torno a 4 puntos de entrada: las acciones dirigidas a reducir las diferencias socioeconómicas directamente, las dirigidas a reducir los efectos de la mala salud en el nivel socioeconómico, las que pretenden reducir los efectos de la pobreza y la desventaja socioeconómica sobre la salud y las dirigidas a mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios. Los resultados contribuyeron, en alguna medida, a recomendar 11 objetivos cuantitativos a alcanzar en 2020 sobre los 4 puntos de entrada. Se propone, por ejemplo, aumentar del 12% en 1989 al 25% en 2020 los niños de familias de bajo nivel socioeconómico que acceden a estudios secundarios, o la reducción a la mitad de la diferencia en la prevalencia de obesidad entre las personas de mayor y menor nivel educativo¹⁹.

En resumen, el conocimiento sobre las intervenciones frente a las desigualdades y su efectividad es escaso, y aún más en España. El presente artículo pretende recoger, describir y valorar las intervenciones en desigualdades en salud desarrolladas en España, en género, clase y etnia, llevadas a cabo por administraciones, fundaciones, ONG u otras entidades. Para ello se desarrolló una búsqueda dirigida a conocer la situación en diferentes ámbitos: las estrategias promovidas por las administraciones públicas, las intervenciones que se llevan a cabo y, entre éstas, las intervenciones paliativas o de prevención terciaria dirigidas especialmente a grupos excluidos. Los resultados se ordenan en los siguientes apartados: políticas e intervenciones institucionales, intervenciones descritas en la bibliografía e intervenciones referidas por las ONG.

Políticas e intervenciones institucionales

Se han considerado así las promovidas por las administraciones públicas, formuladas en sus documentos de políticas y programas. Para su identificación se llevó a cabo una exploración preliminar entre las direcciones de Promoción de la Salud de las CCAA y, más adelante, una consulta formal a las direcciones generales de salud de las 17 CCAA y de las delegaciones del Gobierno en Ceuta y Melilla, así como a la Dirección General de Salud Pública estatal. Se les preguntó por la producción de información desagregada por nivel socioeconómico y/o de género, su publicación en

informes de salud, sobre propuestas de intervenciones preventivas o de reducción de las desigualdades en planes de salud o planes específicos, sobre programas de salud que actuaran en problemas sanitarios o situaciones de desigualdad, y se solicitaban ejemplos y sugerencias. La consulta se envió por fax, se reenvió y se telefoneó en los casos sin respuesta. Las tablas preliminares de resultados se remitieron de nuevo para su revisión.

De las administraciones sanitarias contactadas contestaron, hasta agosto de 2003, Andalucía, Baleares, Navarra, País Vasco, Cataluña, Galicia, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, Región de Murcia, Castilla-La Mancha, Junta de Castilla y León, Extremadura, Aragón y Ceuta. Dos de las respuestas fueron por teléfono, y el resto por correo electrónico o postal. En las tablas 1 y 2 se presenta un resumen de las respuestas de las diferentes consejerías de salud.

Casi todas la CCAA que han respondido han llevado a cabo encuestas de salud o bien se encuentran preparándolas. En todos los casos se analizan según el sexo. Esta descripción rutinaria por sexos constituye un avance respecto a años anteriores. Sin embargo, en la mayor parte de los casos la información remitida por las CCAA no refleja claramente si se analiza según género, entendiendo por género la interpretación social y cultural del sexo²⁶. Con respecto a la mortalidad y a las enfermedades de declaración obligatoria, las descripciones se realizan desagregadas por sexo de forma rutinaria.

En cuanto al nivel socioeconómico, las CCAA que disponen de encuestas de salud refieren utilizarlo en sus análisis y descripciones, pero la descripción de los problemas de salud por clase social se produce en menor medida que por sexos. La Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha y Navarra explicitan algunos informes analizados por nivel socioeconómico y educativo. El País Vasco, Navarra, Galicia, Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana declaran producir información sobre el estado de salud y la desigualdad social en la población general, así como en grupos de exclusión social. Sin embargo, existen informes específicos acerca de grupos de exclusión social, como inmigrantes, usuarios de drogas o personas que ejercen la prostitución, en la mayoría de las CCAA que han respondido. Es decir, por ahora, en la mayor parte de las CCAA, la información se reduce a los grupos excluidos o vulnerables.

En la tabla 2 se presentan los planes y programas que, según las CCAA, incluyen acciones específicamente dirigidas a reducir las desigualdades por nivel socioeconómico, género y minorías étnicas, o a paliar situaciones de exclusión social. Debido a la disparidad de respuestas recibidas, se incluyen solamente los informes o programas que explicitan objetivos de reducción de desigualdades, aun cuando se dirijan a grupos

Tabla 1. Principales informes descriptivos analizados por sexo, género, clase social y/o nivel socioeconómico (comunidades autónomas, 2003)

Comunidad autónoma	Encuesta de salud	Sistema informático mortalidad y enfermedades de declaración obligatoria	Otros registros e informes
Andalucía	Sí, género	Sí, sexo	IVE Anticoncepción poscoital Maltrato Climaterio Prostitución Inmigración Salud mental
Aragón	Sí, sexo	Sí, sexo	Mujer Inmigración
Baleares	Sí, sexo	Sí, sexo	IVE Drogas Sida
Castilla-La Mancha	Sí, género, NSE	Sí, sexo	Encuestas de sida IVE (nivel de instrucción, ingresos) Drogas (género, NSE) Jóvenes (género, NSE)
Cataluña	Sí, sexo, NSE	Sí, sexo	Plan de inmigración Plan prevención de violencia de género Registro de malos tratos
Ceuta	—	Sí, sexo	Etnias
Comunidad Valenciana	Sí, género, NSE	Sí, sexo	Salud bucodental Registro enfermos renales, ocupación IVE, nivel educativo
Extremadura	Sí, género, en preparación por NSE	Sí, sexo	IVE Tumores Enfermos renales
Galicia	Sí, género, NSE	Sí, sexo	Sida Tuberculosis Tumores Mujeres Drogas Jóvenes IVE
Castilla y León	En preparación por género y NSE	Sí, sexo	Nutrición, en preparación
Madrid	En preparación	Sí, sexo	Salud mental Inmigración Drogas Jóvenes Mujer Personas mayores
Murcia	Sí, sexo	Sí, sexo	Algunos informes por género y clase social
Navarra	Sí, género, NSE	Sí, sexo	Salud laboral Inmigración, condiciones de vida, multiculturalidad y accesibilidad a servicios sanitarios
País Vasco	Sí, género, NSE	Sí, sexo y NSE	Salud perinatal, accidentes infantiles, diabetes por NSE

NSE: nivel socioeconómico; IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, 2003.

Tabla 2. Principales planes y programas que abordan las desigualdades en salud, por género, clase social o nivel socioeconómico (comunidades autónomas, 2003)

Comunidad Autónoma	Plan de salud	Programas transversales	Poblaciones específicas				
			Exclusión	Inmigrantes/ etnias	Sida	Drogas/tabaco	Otros
Andalucía	Sí	Igualdad de oportunidades Zonas transformación social Jóvenes	Sí	Sí	Sí	Sí	Prostitución Atención sociosanitaria Salud mental
Aragón	Sí	Mujer					Inmigración, mediación intercultural y salud escolar
Baleares	Sí	Igualdad de oportunidades	Sí	Sí		Sí	Salud mental Prostitución Atención sociosanitaria Mayores
Comunidad Valenciana	Sí, sexo	Mujer Igualdad de oportunidades	Sí	Sí	Sí	Sí	Salud mental Atención sociosanitaria Prostitución
Castilla-La Mancha	No lo menciona	Mujer	Sí	Sí			
Cataluña	Sí			Sí	Sí		
Ceuta	No		Sí				Tuberculosis Alzheimer
Galicia	Sí	Mujer			Sí	Sí	Prostitución Tuberculosis
Madrid	Sí	Mujer Jóvenes Personas mayores	Sí	Sí	Sí	Sí	Salud mental Plan Vallecas
Murcia	Sí, capítulo población excluida						
Navarra	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	
País Vasco	Sí, capítulo desigualdades y objetivos específicos	Sí	Sí	Sí			

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta a las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, 2003.

específicos de población, como pueden ser las mujeres o los niños. Por ejemplo, los programas de detección precoz de cáncer de mama, presentes en todas la CCAA, no se han incluido a menos que describan objetivos o actividades dirigidas a reducir las diferencias de acceso entre mujeres de diferente nivel socioeconómico. Tampoco se han incluido los programas dirigidos a jóvenes o adolescentes que no hayan sido acompañados de una descripción de intervenciones para reducir desigualdades. Extremadura y la Junta de Castilla y León no proporcionan información sobre sus programas y planes.

Intervenciones señaladas por las CCAA

En la tabla 2 se describen los informes, planes y programas que las CCAA mencionaron en sus respuestas. Algunas CCAA relataron, como se les solicitó, las

intervenciones concretas que se resumen a continuación.

Plan de inversiones en Puente y Villa de Vallecas. Consiste en un acuerdo entre la Comunidad de Madrid y plataformas de comunidades de vecinos, a través del cual se asignan inversiones por valor de 18.000 millones de ptas. Deben utilizarse durante el período 2000-2005 en distintos ámbitos de la estructura social y económica de la zona (sanidad, economía, educación, servicios sociales, etc.). Responde a la demanda vecinal de subsanar deficiencias en el distrito para equipararlo a otros territorios de la comunidad con respecto a los cuales se sentían en inferioridad de recursos, servicios y posibilidades de desarrollo. El objetivo es reequilibrar una zona con privación socioeconómica, independientemente de las intervenciones que la Administración desarrolle en ejercicio de sus competencias. La participación de los vecinos en la toma de

decisiones sobre estos recursos está en el eje del plan. No se ha evaluado el posible impacto en la mejora de salud.

Programa de promoción de salud en minorías étnicas de Navarra. La intervención se dirige a personas de etnia gitana y gitanos transmontanos del norte de Portugal asentados en Navarra. Desde 1988 se desarrolla en 13 zonas básicas de salud en las que hay más población de estas etnias. Se usa la metodología de la educación por iguales o agentes de salud. El proyecto consiste en seleccionar a una persona en cada zona básica de salud entre las propuestas por las organizaciones gitanas de la comunidad para que intervenga en la educación de su comunidad recibiendo una compensación económica del Departamento de Salud. En cada zona se definen los objetivos, la coordinación con el personal del centro de salud y las prioridades de trabajo (salud materno-infantil, situaciones de riesgo, etc.). El programa se organiza entre la coordinadora y la responsable que el conjunto de asociaciones gitanas designa. El programa está completamente consolidado, tras 15 años de implantación, y sus resultados se consideran muy satisfactorios. Las memorias anuales del Instituto de Salud Pública y del Servicio Navarro de Salud recogen las actuaciones, aunque no se dispone, por ahora, de evaluaciones en términos de indicadores de salud.

Proyecto Olímpia, de prevención del VIH/sida y otras enfermedades transmisibles en mujeres que ejercen la prostitución en la Comunidad Autónoma de Galicia. El programa comenzó en 1997, en el marco de un convenio de colaboración entre las consejerías de Sanidad, Familia, Juventud y Voluntariado y la ONG Grupo de Estudios sobre las Condiciones de Muller Alecrín de Vigo, para acercar a mujeres prostitutas a la red de atención sociosanitaria. Pretende estudiar las condiciones locales del ejercicio de la prostitución, facilitar y promover la atención sanitaria y social al colectivo de mujeres dedicadas a la prostitución, y llevar a cabo actividades de prevención primaria y secundaria del VIH/sida entre ellas. Se desarrolla en Vigo, Pontevedra, Orense, Lugo y Santiago de Compostela. Una unidad móvil lleva a cabo la intervención, de forma gratuita y confidencial, en el mismo lugar donde se ejerce la prostitución. Las trabajadoras de la unidad móvil reciben formación continuada para adaptarse a las necesidades de las mujeres, hablan francés e inglés y cuentan con servicio de traducción de ruso. Una vez la mujer recibe la información y solicita una analítica, pasa a ser seguida en la red sociosanitaria pública. En 2002 se llevaron a cabo talleres formativos sobre utilización del preservativo, anticoncepción, técnicas de búsqueda de empleo, trámite de la tarjeta sanitaria o el permiso de residencia, y se realizó una investigación sobre los clubes existentes en Galicia. En los últimos años aumenta la proporción

de extranjeras. Hasta 2002 se ha atendido a 677 mujeres que han recibido 1.431 atenciones.

Intervenciones identificadas en la bibliografía

Con la intención de recoger experiencias de implantación de intervenciones, independientemente de su nivel de evaluación, se utilizaron diferentes estrategias: la búsqueda de bibliografía científica, la identificación de literatura gris mediante las propuestas de informadores clave y las bases de datos de intercambio de experiencias.

La búsqueda de la información publicada se llevó a cabo en MEDLINE con las siguientes palabras clave: *inequalities, inequities, Spain, Basque, Navarra, Galicia, Catalonia* (comunidades autónomas con lenguas oficiales diferentes del castellano), *intervention, program, evaluation, impact, effectiveness*, y combinaciones entre ellas. Se revisaron con mayor detenimiento las tres revistas españolas en las que se publica con mayor probabilidad este tipo de artículos: *GACETA SANITARIA, Revista Española de Salud Pública y Atención Primaria*. El período de revisión fue de 1995 a 2003.

Los informadores clave, contactados directamente o mediante la lista de Internet Equisalud, proporcionaron nombres de personas que podrían estar trabajando en experiencias concretas, derivaron a diferentes ONG que estaban trabajando con población excluida e informaron sobre web de organizaciones e instituciones internacionales. Los informadores clave se seleccionaron en función de su experiencia, a propuesta de otros expertos o a partir de publicaciones. Los colaboradores se mencionan en los agradecimientos. La mayoría de ellos eran sanitarios profesionales de salud pública, pero también participaron algunos economistas de la salud, sociólogos y trabajadores sociales. A los expertos identificados se les solicitaba información por correo electrónico similar a la dirigida a las administraciones y también sobre experiencias concretas de las que tuvieran conocimiento en su comunidad autónoma.

Por último, se revisaron las bases de datos de experiencias de intervención, como las de la Escuela Andaluza de Salud Pública, que incluyen tres tipos de redes de actividades de promoción de la salud, y las de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria, así como el Observatorio de Género y Salud Pública de SESPAS.

Los resultados de la búsqueda informatizada de intervenciones muestran que, en la última década, se han multiplicado los estudios de desigualdades, pero se han publicado muy pocas intervenciones y menos todavía estudios evaluativos. Tal como se muestra en la tabla 3, desde 1995 hasta 2002 se han publicado 722 artículos sobre desigualdades en España, tanto en revistas nacionales como extranjeras. El término inequidades

Tabla 3. Publicaciones sobre desigualdades en revistas indizadas (España, 1995-2003)

Tipo	Editorial	Carta	Metaanálisis	Ensayos clínicos	Ensayo comunitario	Revisiones	Otros	Total
N	15	24	0	8	5	19	651	722

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Medline.

Tabla 4. Intervenciones frente a desigualdades publicadas en revistas indizadas. Diseños evaluativos (España, 1995-2002)

	Intervenciones no evaluadas	Intervenciones evaluadas			Total
		Diseño pre-post	Diseño quasi experimental	Diseño experimental	
N	19	5	2	2	28

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Medline.

o desigualdades se menciona en el título o resumen en solamente 52 de ellos. Tras una revisión de los resúmenes y algunos artículos, se han encontrado 28 intervenciones, de las cuales se han evaluado 9 (tabla 4). De éstas, 5 se analizan con diseños pre-post sin grupo control, dos utilizan un diseño quasi experimental y otras 2 un diseño experimental. Una de estas 2 últimas refiere, en realidad, un estudio quasi experimental, y la otra contrasta tres tipos de comunicación en un programa de cribado de cáncer de mama, pero no se dirige a reducir las desigualdades. Entre los estudios quasi experimentales, varios se dirigen a subgrupos de población (trabajadores de una empresa, usuarios de atención primaria) o con problemas de salud (estudiantes con problemas de aprendizaje), pero no abordan la reducción de diferencias. Sólo hacen mención o un análisis explícito de reducción de desigualdades los desarrollados por la Agència de Salut Pública de Barcelona, en los ámbitos de la salud materno-infantil, tuberculosis, políticas frente al consumo de drogas y reforma de la atención primaria²⁷⁻³⁰.

De acuerdo con Mackenbach¹⁵, la búsqueda de intervenciones mediante palabras clave obtiene resultados francamente erróneos e incompletos. A la habitual dificultad de identificar intervenciones se suma la novedad relativa del concepto «desigualdad en salud». A medida que el concepto se asiente, probablemente las publicaciones aumentarán. De todos modos, parece necesario sistematizar algún tipo de registro nacional e internacional de intervenciones.

Intervenciones referidas por las ONG

Siguiendo las sugerencias de los expertos, parte de la búsqueda se centró en las ONG que desarrollan primordialmente intervenciones paliativas o de prevención

terciaria en la población excluida. Hemos considerado aquí que la exclusión va más allá de la pobreza en la medida en que implica fracturas en el tejido social y rupturas de coordenadas básicas para la integración, y que la vulnerabilidad expresa el riesgo de exclusión.

Los primeros contactos y revisiones señalaron la existencia de numerosas pequeñas organizaciones que trabajan a nivel local, a menudo coordinadas entre sí mediante mesas de trabajo u otras formas de organización. Ante la enorme dificultad de dibujar el papel de estas pequeñas organizaciones, se optó por revisar la información de las web de algunas de las más importantes de ámbito estatal: Médicos del Mundo, Cáritas y Cruz Roja. Con las dos primeras se estableció contacto y se les solicitó información sobre ejemplos de intervenciones concretas.

Las actividades sobre población excluida se llevan a cabo principalmente por organizaciones no gubernamentales, en buena parte financiadas por las administraciones públicas por medio de convenios y subvenciones. Las ONG detectan problemas y proponen programas, para lo cual solicitan subvenciones a la Administración. Una vez se definen las necesidades y actuaciones más claramente, la financiación se consolida mediante convenios. A continuación se presentan las actividades en población excluida que han referido las ONG consultadas.

Médicos del Mundo

Trabaja fundamentalmente con población inmigrante sin papeles, personas que ejercen la prostitución, usuarios de drogas inyectadas y población gitana sin recursos. Apoyan y asesoran a inmigrantes en los trámites para la obtención de la tarjeta sanitaria. Ofrecen atención sanitaria: atención primaria, especializada, educación para la salud, atención en salud mental

y atención social a los inmigrantes que no llegan a acceder al sistema de salud. En el caso de personas inmigrantes que ejercen la prostitución (especialmente mujeres y transexuales), se ofrece atención sanitaria (consulta ginecológica, consulta de endocrinología, salud mental y educación para la salud) y asistencia social. En minorías étnicas, especialmente en la población gitana, se hacen talleres de educación para la salud y cuidado del medio ambiente. Los programas se llevan a cabo en Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Madrid, País Vasco y Valencia. En todas estas CCAA existen programas de acercamiento con unidades móviles, y en algunas hay programas móviles de atención ginecológica y centros fijos de atención a las infecciones de transmisión sexual. Gestionan también un centro fijo de atención a transexuales, programas específicos para personas transexuales y programas de reducción de daños en clubes. Ofrecen atención mediante unidades móviles a personas que consumen drogas y gestionan centros fijos de reducción de daños.

Cáritas

Es una de las organizaciones más activas en la lucha contra la pobreza. Publica periódicamente informes sobre la situación de la pobreza y propuestas concretas para los planes de inclusión, que deben realizarse en todos los países de la Unión Europea. Se presenta a continuación el ejemplo que remiten de la ciudad de Valencia. Las acciones se dirigen, sobre todo, a poblaciones especialmente vulnerables, como los inmigrantes, especialmente los irregulares, a los transeúntes y personas sin hogar, a enfermos mentales crónicos, a personas que ejercen la prostitución y a familias monoparentales. Además de proveer de asistencia y acompañamiento, la entidad da a conocer situaciones específicas de vulnerabilidad (p. ej., enfermos mentales sin hogar, personas que ejercen la prostitución, drogodependientes y enfermos de sida, etc.) y denuncia las dificultades de acceso a la salud de algunos colectivos.

Entre los programas con objetivos concretos de salud, destacan el programa de familia y el de acompañamiento a familias gitanas portuguesas que residen en un asentamiento en Valencia. A través de mediadores y de trabajo de calle, se promueven las vacunaciones de los menores, la gestión de tarjetas sanitarias, el seguimiento de los tratamientos, la prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual, siempre en coordinación con el centro de salud de la zona. En el programa de personas sin hogar un equipo de calle contacta y acompaña a personas indigentes que viven en la calle de forma estable. Han encontrado gran número de personas con síntomas de enfermedad men-

tal, por lo que han dirigido un informe a las administraciones de sanidad y de bienestar social informando de los prediagnósticos, que no ha producido respuestas. El Programa Mujer es un proyecto de atención integral a las mujeres que ejercen la prostitución en las calles de la ciudad de Valencia, acompañando y facilitando el acceso a los servicios de salud de forma coordinada con éstos. Han actuado sobre 245 mujeres, realizando derivaciones a los centros de información y prevención del sida, al centro de planificación familiar y al servicio de urgencias y gestionado 71 tarjetas de asistencia sanitaria. Las memorias anuales están disponibles.

Conclusiones

El análisis de género, de nivel socioeconómico y de minorías étnicas asociado al estado de salud es bastante escaso en España y, por tanto, salvo raras excepciones, no existen políticas y programas para abordar la reducción de las desigualdades. Las desigualdades en salud no parecen ser todavía un problema prioritario en las políticas públicas de nuestro país, a pesar de que en otros países europeos su abordaje político empieza a ser explícito.

En la última década se han multiplicado los estudios de desigualdades, pero se han publicado muy pocas intervenciones y menos todavía estudios evaluativos. En 2002 se encuentran informatizados más de 700, aunque poquísimos hacen referencia a intervenciones o evaluaciones. Entre las intervenciones, se evalúan las menos y, para ello, se usan diseños de baja calidad. La evaluación de las intervenciones debería seguir los parámetros habituales de calidad, sobre todo en lo que respecta al diseño de tipo ensayo aleatorizado, clínico o comunitario^{31,32}.

Catorce de las 19 administraciones ha contestado a nuestra solicitud. La falta de respuesta no asegura la inexistencia de análisis y acciones frente a las desigualdades. Las comunidades autónomas que realizan encuestas o planes de salud publican informes en los que se abordan, al menos parcialmente, las desigualdades. Las CCAA con más experiencia en encuestas y planes de salud se encuentran en una fase más avanzada en relación al análisis y tratamiento de las desigualdades que el resto. Sin embargo, la mayor parte de inclusiones del concepto de desigualdad en los grandes informes y planes de salud no se refiere más que a la desagregación por sexo. El tratamiento según género es minoritario. El análisis respecto a la clase social o nivel de educación es sistemático en muy pocas CCAA. El análisis según etnias es prácticamente inexistente en nuestro país, ya que la variable no se recoge de forma ordinaria en los documentos adminis-

trativos ni sanitarios. El análisis según país de origen es creciente, paralelo al incremento de la proporción de personas inmigrantes, pero tampoco se menciona su tratamiento sistemático en ninguna comunidad autónoma. El abordaje de las desigualdades en planes de salud es relevante en el País Vasco, Navarra y la Comunidad de Madrid, que dedican un capítulo específico. En cuanto a programas, la mayor parte de las CCAA colaboradoras mencionan acciones específicas sobre colectivos vulnerables. Las personas excluidas, los inmigrantes, las trabajadoras del sexo y los usuarios de drogas son las poblaciones sobre las que se llevan a cabo más intervenciones. Muchas de estas acciones son posibles por las subvenciones a ONG.

Aunque, desde el punto de vista de los investigadores, parece que se avanza desde la descripción a la explicación, y de ahí a las intervenciones, la realidad muestra que se describe, analiza y publica en revistas científicas por una parte y, por otra, simultáneamente se actúa sobre los grupos de población con necesidades especiales. Estas acciones se programan, encargan y financian en todos los territorios, pero no se evalúan más que en cuanto a indicadores de resultados proximales y de proceso. De la mayor parte se pueden obtener memorias de actividades. Las limitaciones presupuestarias y las dificultades técnicas están, posiblemente, en la base de esta situación.

Recomendaciones

- Incluir rutinariamente el estudio de las desigualdades en la producción de información sanitaria, mediante el análisis separado y comparado según el género y el nivel socioeconómico. Simplificar al máximo las variables y análisis, de forma que la producción rutinaria no conlleve un esfuerzo importante, sino sostenible.
- Incluir objetivos cuantitativos factibles de reducción de las desigualdades en los planes de salud y pro-

gramas transversales y dedicar recursos a su consecución, evaluación y publicación científica.

- Dirigir las intervenciones a las poblaciones que muestren diferencias en salud, y no sólo a las clásicamente vulnerables.
- Dirigir las intervenciones a prevenir la aparición de las diferencias y no sólo a paliar las consecuencias.
- Financiar investigación sobre evaluación de acciones frente a las desigualdades.
- Promover el desarrollo y mantenimiento de una base de datos nacional sobre experiencias en reducción de desigualdades, sus características y resultados, con la intención de promover el intercambio entre investigadores, mejorar la calidad de las intervenciones que ya existen y facilitar la implantación de las más efectivas en todos los territorios en que se precisen.
- Promover el avance en todas las comunidades autónomas, especialmente en las que todavía no han iniciado ningún abordaje, mediante iniciativas multicéntricas, ya que existe un patrón territorial tanto en el estudio como en la aplicación de intervenciones.
- Reducir las barreras, incrementar el acceso y la utilización de los servicios sanitarios preventivos para los grupos de población más vulnerables (discapacitados, inmigrantes...).

Agradecimientos

Ángel Gómez, Angeloi Goya, Begoña Merino, Carmen Barona, Concepción Colomer, Cristina Aranda, Cristina Graniño, Daniel Laparra, Elisa Sécúli, Idoia Gaminde, Joan Paredes, José A. Lluch, Julián Monleón, Juan Luis Uría, Laura Romeu, Lázaro Elizalde, Lucía Mazarrasa, Luis A. López, M. Ángeles Rodríguez, M. Carmen Blanco, M. Isabel Izarzugaza, M. José Fuster, M. José Tormo, M. Victoria Civantos, Mercedes Febrel, Oscar Zurriaga, Pablo Lázaro, Ricard Tresseiras, Santiago Esnaola, Xavier Bartoll.

A los directores/as generales de las comunidades y ciudades autónomas.

Bibliografía

1. Health 21. The health for all policy framework for the WHO region. Copenhagen: World Health Organization, 1999.
2. Regidor E, Gutiérrez-Fisac J, Domínguez V, Calle M, Navarro P. Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995-97. *Soc Sci Med* 2002;54:1323-32.
3. Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruiz M. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. *Eur J Public Health* 2001;11:225-6.
4. Anitua C, Esnaola S. Changes in social inequalities in health in the Basque Country. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:437-43.
5. Borrell C, Plasencia A, Pazarin I, Ortun V. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern European city. *J Epidemiol Community Health* 1997;51:659-67.
6. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud en España. *Rev Esp Salud Pública* 1996;70:505-636.
7. Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer y Escuela Nacional de Sanidad. Informe sobre el VII encuentro de salud y género. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
8. Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades de salud en España (1980-1994). *Gac Sanit* 1995;9:251-64.

9. Cáritas-Foessa. Condiciones de vida de la población pobre en España. Madrid: Cáritas, 1998.
10. Linares E. Food services for the homeless in Spain: Caritas programme for the homeless. *Public Health Nutr* 2001; 1367-9.
11. Rodríguez MA, Rodrigo J, Bermejo A. VII Informe de exclusión social. Madrid: Médicos del Mundo, 2002.
12. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Nacional de Inclusión Social 2001-2003. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
13. Regidor E, Borrell C, Pasarín MI, Gutiérrez-Fisac, Lostao L, Galán I. Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx. Alicante: Universidad de Alicante, 2002.
14. Borrell C, Benach J, coordinadors. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 2002.
15. Mackenbach JP, Bakker MJ, editors. Reducing inequalities in health. A European perspective. London: Routledge, 2002.
16. Stronks K. Generating evidence on interventions to reduce inequalities in health: the Dutch case. *Scand J Public Health* 2002;59:20-5.
17. Krasnik A, Rasmussen NK. Reducing social inequalities in health: evidence, policy, and practice. *Scand J Public Health* 2002;59:1-5.
18. Oldenberg B, McGuffog ID, Turrell G. Socioeconomic determinants of health in Australia. Policy responses and intervention options. *Med J Aust* 2000;172:489-92.
19. Mackenbach J, Stronks K. A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ* 2002;325:1029-32.
20. The Copenhagen declaration on reducing social inequalities in health. *Scand J Public Health* 2002;59:78-9.
21. VIG. The role of health promotion in tackling inequalities in health. Policy recommendations. Brussels: VIG, 2002.
22. Catford J. Reducing health inequalities. Time for optimism. *Health Promotion Int* 2002;17:101-4.
23. Weinehall L, Hellsten G, Boman K, Hallmans G, Asplund K, Wall S. Can a sustainable community intervention reduce the health gap? 10-year evaluation of a Swedish community intervention program for the prevention of cardiovascular disease. *Scand J Public Health* 2001;56:59-68.
24. Department of Health. Reducing health inequalities: an action report. Our healthier nation [consultado 2002]. Disponible en: www.ohn.gov.uk
25. Adda J. Socioeconomic status and health: causality and pathways. *J Econometrics* 2003;112:1-240.
26. Rohlfs I, Borrell C, Do C Fonseca M. Género, desigualdes y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14:60-71.
27. Díez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit* 1995;9:224-31.
28. Díez E, Clavería J, Serra T, Caylà JA, Jansà JM, Pedro R, et al. Evaluation of a sociosanitary intervention in homeless tuberculosis patients. *Tubercle Lung Dis* 1996;77:420-4.
29. Manzanera R, Torralba L, Brugal M, Armengol R, Solanes P, Villalbí JR. Afrontar los estragos de la heroína: evolución de diez años de un programa integral en Barcelona. *Gac Sanit* 2000;14:58-66.
30. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria* 1999;24:468-74.
31. Oakley A. Experimentation and social interventions: a forgotten but important history. *BMJ* 1998;317:1239-42.
32. Mackenbach J, Gunning-Schepers L. How should interventions to reduce inequalities in health be evaluated? *J Epidemiol Community Health* 1997;51:359-64.