

PUEDEN LEER EN ESTE NÚMERO LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:

Presentación.

Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa.

Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud. Indicadores.

La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica.

Salud y marginación social.

Desigualdades en salud y estratificación social en España: un análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995.

El papel de promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud.

Promoción de la salud para todos: Experiencias nacionales e internacionales.

Salud y género.

Políticas sanitarias dirigidas a minorías étnicas y extranjeros en Gran Bretaña, Francia y España.

Personas sin hogar y salud.

Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España.

Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal.

Contraste rural-urbano sobre hábitos en niños de 10-11 años.

El acceso y las donaciones apropiadas de medicamentos.

Bibliografía.



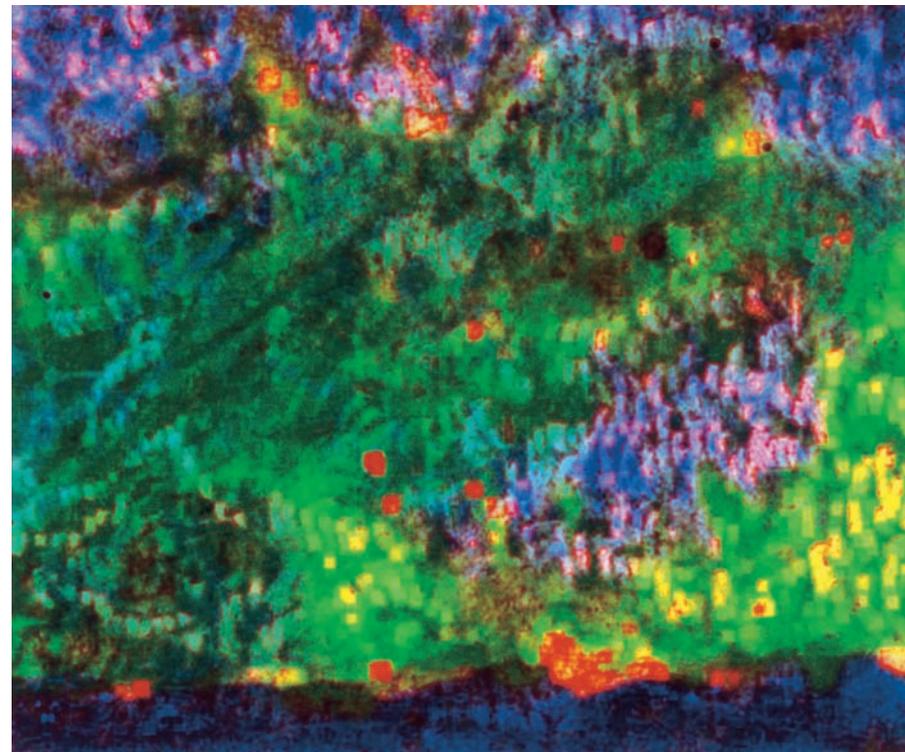
 **Caritas
Española**

Editores

San Bernardo, 99 bis - 28015 MADRID
Teléfono 914 441 000 - Fax 915 934 882
E-mail: publicaciones@caritas-espa.org
<http://www.caritas.es>

Salud y Equidad

DOCUMENTACIÓN
SOCIAL



Salud y
Equidad

DOCUMENTACIÓN SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

N.º 127

Abril-Junio 2002

Director: Francisco Salinas Ramos

Edición: Cáritas Española. Editores

San Bernardo, 99 bis

28015 MADRID

Tel. 914 441 000 - Fax 915 934 882

E-mail: publicaciones@caritas-esp.org

<http://www.caritas.es>

Suscripciones:

Servicio de Publicaciones

San Bernardo, 99 bis

28015 MADRID

Tel. 914 441 037 - Fax 915 934 882

E-mail: publicaciones@caritas-esp.org

Distribución:

En Librerías

DistriFer Libros (Central: Juan Fernández)

C/ Antracita, 11, 2.º, 28045 MADRID

Tel. 914 684 329 - Fax 914 684 214

Condiciones de suscripción y venta 2002:

España: Suscripción a cuatro números: 25,12 euros

Precio de este número: 10,76 euros

Extranjero: Suscripción Europa: 39,67 euros

Número suelto Europa: 13,53 euros

Suscripción América: 62 dólares.

Número suelto a América: 25 dólares.

(IVA incluido)

Salud y Equidad

Colaboran en la Coordinación:

INÉS PALANCA SÁNCHEZ

ANA RICO

**DOCUMENTACIÓN
SOCIAL**

Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada

N.º 127

Abril-Junio 2002

Consejero Delegado: José María Scals Klein

Director: Francisco Salinas Ramos

Consejo de Redacción:

Javier Alonso

Pedro Cabrera

Carlos Giner

Enrique del Río

Colectivo IOÉ

Víctor Renes

Marisa Salazar

José Sánchez Jiménez

Teresa Zamanillo

Redacción de la revista:

San Bernardo, 99 bis

28015 MADRID

Tel. 914 441 046 - Fax 915 934 882

E-mail: docsocial@caritas-espa.org

© Cáritas Española. Editores

ISSN: 0417-8106

ISBN: 84-8440-275-4

Depósito Legal: M. 4.389-1971

Portada: María Jesús Sanguino Gutiérrez

Preimpresión e impresión: Gráficas Arias Montano, S. A.
28935 MÓSTOLES (Madrid)

Sumario

- 7 ■ **Presentación.**
- 15 ■ 1 **Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa.**
Ana Rico
- 45 ■ 2 **Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud. Indicadores.**
Inés Palanca Sánchez
- 67 ■ 3 **La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica.**
Salvador Peiró
- 97 ■ 4 **Salud y marginación social.**
*Josep de Andrés, Mila Barruti, Carme Borrell,
Joana Calafell, M. Isabel Pasarín, Rosa Puigpinós,
Josep M. Jansà*

- 125 ■ 5 **Desigualdades en salud y estratificación social en España: un análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995.**
Elisa Díaz Martínez
- 143 ■ 6 **El papel de promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud.**
Esteve Fernández, Joan Benach y Carme Borrell
- 157 ■ 7 **Promoción de la salud para todos: Experiencias nacionales e internacionales.**
Begoña Merino Merino
- 181 ■ 8 **Salud y género.**
Lucía Artazcoz
- 207 ■ 9 **Políticas sanitarias dirigidas a minorías étnicas y extranjeros en Gran Bretaña, Francia y España.**
*Francisco Javier Moreno Fuentes
y Amparo González Ferrer*
- 227 ■ 10 **Personas sin hogar y salud.**
*Mercedes Portero Cobeña
y María Jesús Utrilla Moya*
- 247 ■ 11 **Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España.**
David Casado, Ana Rico y Ramón Sabes
- 277 ■ 12 **Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal.**
*Enrique Terol García
y Natividad Gamarra Mendoza*

- 299 ■ 13 **Contraste rural-urbano sobre hábitos en niños de 10-11 años.**
Francisco Angora Mazuecos, M.^a Jesús Salve Díaz-Miguel, M.^a de los Ángeles Rodríguez Torres y Manuel Arenas Fernández
- 317 ■ 14 **El acceso y las donaciones apropiadas de medicamentos.**
Javier Fonseca García-Donas
- 333 ■ 15 **Bibliografía.**

Presentación

Recordemos, por un lado, que la salud y la protección de la misma es un derecho universal reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, compitiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de prestaciones y servicios necesarios. Así mismo en el artículo 3 de la Ley General de Salud se señala que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española, el acceso a la misma será en condiciones de igualdad efectiva, superando los desequilibrios territoriales y sociales. Por otro, las investigaciones que en la última década se han realizado en España relacionadas con la salud, constatan la existencia de «distinto nivel de salud y de una diferente frecuencia de problemas de salud entre los grupos sociales». La población de estratos socioeconómicos bajos y los que presentan algún tipo de exclusión social están asociados a un menor nivel de salud y a una mayor frecuencia de problemas de salud (cf. «Nivel socioeconómico, exclusión social y salud,

en Políticas contra la exclusión social. *DOCUMENTACIÓN SOCIAL* (1997), n.º 106, págs. 149-180). Aunque el Sistema Sanitario español en los últimos años ofrece prestaciones bastante completas, sin embargo existen problemas específicos en determinados colectivos sociales (cf. Informe sobre salud de los españoles, 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo). En definitiva, aún queda camino por recorrer para lograr la «equidad» en salud.

Sin ánimo de ser exhaustivos señalamos algunas de estas carencias: los enfermos mentales, especialmente los crónicos, éstos tienen problemas para acceder a los recursos psicosociales, las familias casi no reciben apoyo ni orientación del sistema sanitario público, los servicios alternativos no existen o están saturados; las personas «sin hogar»; las personas con problemas de alcoholismo; las personas con discapacidades y dependencias de diverso tipo; las personas mayores; los migrantes; la población interna en instituciones penitenciarias; los desempleados, etc. También se constata ciertos problemas en el Sistema Nacional de salud: escasa articulación y coordinación del sistema, déficit de cultura de servicio a los pacientes y carencias en la organización y gestión.

Ante estos problemas Cáritas, en el contexto de la elaboración del Plan Nacional de Inclusión Social, propuso las siguientes medidas o actuaciones en el ámbito de salud (Propuestas de Cáritas al Plan Nacional para la Inclusión Social, junio 2001, págs. 151-159):

1. **Orientadas a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud:** Constitución de una Comisión Permanente, formada por el Gobierno y el Parlamento, que analice la evolución de las desigualdades sociales de salud en España y asesore la manera de reducirlas; desarrollo de sistemas de información; que las autoridades

sanitarias, sociales y económicas coordinen sus intervenciones entre sí, a fin de incidir sobre las desigualdades sociales en salud.

2. **Elaborar e implantar programas específicos para el acceso a la salud mental de:** los ancianos seniles, los pacientes VIH, los «sin hogar», de tal forma que la edad o el estado de marginación no limite, en ningún caso, el acceso a los recursos de salud mental.

3. **Actuaciones específicas de prevención primaria a los colectivos más excluidos** especialmente en torno de la prostitución y la drogodependencia.

4. **Asegurar el acceso de los reclusos a todos los servicios sanitarios**, garantizar el derecho a la salud sobre cualquier normativa de régimen penitenciario, con dispositivos precisos tanto por razones de tratamiento como por motivo de enfermedad. Debe aplicarse con carácter general el principio de progresividad e individualización científica de la pena.

5. **Contemplar la dependencia como una contingencia que debe ser protegida por el Estado en cualquier momento de la vida de una persona**, no sólo en los periodos de actividad laboral. Alguno de los múltiples borradores y anteproyectos de Ley de Protección Social de las situaciones de Dependencia debería ser presentado al Parlamento y convertirse en Ley.

6. **Garantizar el acceso al sistema sanitario de todos los residentes**, independientemente de su situación de residencia desde el punto de vista legal.

7. **Promover hábitos y estilos de vida saludables**, políticas activas en educación para la salud y promoción de la salud, de estilos de vida saludables.

DOCUMENTACIÓN SOCIAL, bajo el título **Salud y Equidad**, ofrece un conjunto de catorce artículos, donde no solamente analiza las situaciones de desigualdad en salud sino que opta por una salud para todos. Considera la «promoción de la salud» como «el proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud». Este proceso «consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud». Para llevar a buen fin este proceso es necesario hacer frente a desafíos políticos, sanitarios y sociales, a la vez que trabajar intensa y coordinadamente en escenarios como el lugar de trabajo, los centros de enseñanza y el sector de la atención sanitaria. De esta forma se llega al núcleo central de la promoción de la salud, que es la «Equidad en salud», es decir «brindar las mismas oportunidades a todas las personas para que disfruten de la salud en todo su potencial». La OMS establece la Equidad en salud como objetivo de su documento de salud XXI.

Es de todos conocido que «las condiciones socioeconómicas relacionadas con los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud». En este sentido «la interpretación que hace la OMS del problema es coherente con importantes modelos socioeconómicos actuales, en los cuales la salud se concibe como resultado de los efectos de todos los factores que inciden en las vidas de los individuos, las familias y las comunidades, por medio de distintos mecanismos y vías. Este punto de vista coloca a la persona en el centro, junto con los factores relativos a la edad, el sexo y la genética que configuran su potencial de salud» (cf. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la salud (2000). Ministerio de Sanidad y Consumo, pág. 164).

A. RICO analiza los determinantes sociales de las desigualdades en salud y su interacción con otros determinantes de la salud y la enfermedad; a la vez describe las desigualdades de salud en Europa, termina con unas conclusiones y estrategias posibles de intervención. I. PALANCA propone criterios que permitan conocer los colectivos vulnerables ante los procesos de desigualdad en salud, así como la descripción de indicadores que cuantifican la intensidad de la inequidad. S. PEIRÓ presenta los resultados de las investigaciones sobre la calidad de vida relacionada con la salud, entendida ésta no como un concepto unitario, con dificultades para abordarlo unidimensionalmente, y «que varía con el enfoque que se aplica a la medición y donde todavía existen importantes problemas para decidir qué dimensiones medir, qué peso otorgar a cada dimensión y cómo limitar la valoración a los dominios que se encuentran afectados por la salud». C. BORRELL y otros describen el estado de salud y los factores sociales que inciden en personas en situación de vulnerabilidad o de exclusión social. D. CASADO y otros analizan las características de la asistencia sanitaria y social recibida por los ancianos dependientes, pone a discusión las recientes iniciativas para este colectivo y, en fin, reflexiona sobre el futuro de la provisión integrada de servicios en España y de los obstáculos a superar. L. ARTAZCOZ, en su artículo «Salud y género», concluye que se debe aumentar el esfuerzo para desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género y la necesidad de continuar fomentando políticas de no discriminación de las mujeres e incidir en la educación en la «masculinidad». MORENO y GONZÁLEZ explican el fenómeno migratorio en el Reino Unido, Francia y España; analizan, además, comparativamente las políticas de sanidad dirigidas a estos colectivos. PORTERO y UTRILLA describen la situación en la que se encuentran las personas sin hogar en cuanto a la salud se refiere, concluyendo que «tienen deficiente

calidad de vida relacionada con su salud» debido a causas múltiples y diversas.

E. FERNÁNDEZ y otros dicen que la promoción de la salud «desarrolla habilidades en las personas para la toma de decisiones que les permitan llevar una vida saludable en forma sostenida; comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como fomentar la participación responsable de los ciudadanos». E. DÍAZ presenta un diagnóstico, a partir de la Encuesta nacional de salud de 1995, de las desigualdades en salud en relación con la estratificación social en España. B. MERINO analiza experiencias españolas e internacionales, indicando que la promoción de la salud es esencial para el desarrollo económico y social y ayuda a evitar las desigualdades en salud; el fomento debe centrarse en las necesidades específicas de las personas y contar con su participación; propone que habría que trabajar no tanto en la reparación sino en la prevención. E. TEROL se refiere a la tuberculosis como la enfermedad causante del mayor número de muertes en la historia de la Humanidad, aunque aparentemente está erradicada, sigue existiendo, y señala que «el sistema sanitario en general encaja mal el tener que hacerse corresponsable de la curación de alguien que parece “no desea curarse”, aunque parece existir cada vez más un consenso en nuestro país sobre las actuaciones a desarrollar, que necesariamente precisan de una visión más integral del problema al que nos enfrentamos». F. ALGORA y otros ofrecen los resultados de un estudio comparativo de poblaciones urbana y rural de niños entre 10 y 11 años en aspectos alimentarios, higiene personal, etc. Finalmente, J. FONSECA presenta el acceso a las donaciones de medicamentos, teniendo como base la Campaña «Saber Donar». El monográfico se cierra con una selección bibliográfica, la cual debe ser completada con la que los autores citan en sus artículos.

El director de la revista agradece a Inés Palanca y Ana Rico su colaboración en el proceso de diseño, propuesta y contacto con los colaboradores y la co-coordinación de este monográfico. A los autores, por su colaboración y aportaciones que hacen en los artículos que escriben; a Carlos Giner, por la traducción al inglés de algunos resúmenes. En fin, a todos los que han hecho posible este monográfico: Gracias.

FRANCISCO SALINAS RAMOS
Director de DOCUMENTACIÓN SOCIAL

Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa ⁽¹⁾

Ana Rico

Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios

Sumario

1. Dimensiones principales en el análisis de las desigualdades en salud: espacio, tiempo y estructura social. 1.1. Estructura social: dimensiones y procesos causales. 1.2. La dimensión espacial de las desigualdades en salud: las interacciones entre factores individuales y factores grupales. 1.3. El proceso causal y su evolución en el tiempo.—2. Las desigualdades sociales en salud en Europa. 2.1. Estructura social y salud en Europa: la magnitud de las desigualdades en salud vinculadas a la ocupación, la edad y el género. 2.2. Factores contextuales y distribución espacial de las desigualdades en salud en Europa.—3. Conclusiones.—4. Bibliografía.

RESUMEN

La investigación sobre desigualdades en salud ha realizado importantes progresos durante la última década. La importancia de los

(1) El apartado 1 del artículo presenta una versión extendida y adaptada de mi contribución a Rico y Urbanos (2002).

factores de riesgo relacionados con la conducta, de las condiciones del entorno social más inmediato (barrio, comunidad, lugar de trabajo) y del grado de cohesión social a niveles territoriales mayores (municipio, región) en la génesis de las desigualdades de salud son los resultados más destacados de la investigación reciente en este campo. En comparación con otras regiones, los países de Europa occidental destacan principalmente por la garantía de acceso igualitario a los servicios sanitarios. Existen, sin embargo, importantes desigualdades en salud en todos los países. Un tema especialmente preocupante es el diferencial de mortalidad entre Europa Occidental y Europa Oriental, que ha aumentado rápidamente entre mediados de los setenta y mediados de los noventa.

ABSTRACT

Research on socioeconomic inequalities in health has accomplished important progress during the last decade. Recent evidence suggests that risk factors linked to health behaviours, the immediate social environment (neighbourhood, community, workplace), and the degree of social cohesion within the wider social context are important determinants of social inequalities in health. Western European countries are specific in that they guarantee high levels of equity in the access to public health care services. However, health inequalities are considerable in most countries. Specially worrying is the mortality gap between Western and Eastern Europe, which has rapidly increased between 1975 and 1995.

La investigación sobre desigualdades en salud pone de manifiesto que el status socioeconómico (SSE) y otras variables sociales constituyen en sí mismos factores de riesgo para la salud tan o más importantes que el tabaco, el alcohol y el sedentarismo. Los factores socioeconómicos actúan sobre la salud tanto a través de las condiciones materiales de vida (vivienda, nutrición, etc.), como a través de sus efectos sobre los hábitos de vida (dieta, sedentarismo, tabaco, alcohol). La investigación reciente está sólo comenzando a explorar el posible papel mediador de otros mecanismos causales en las relaciones entre pobreza y salud. El posible impacto biológico de los procesos sociales y psicosociales vinculados a la desventaja social, el entorno social a nivel territorial (barrio, región, Estado) y los procesos que tienen lugar en las primeras etapas del curso de vida (gestación y primera infancia) son temas preferentes en los debates recientes sobre el tema.

Existe suficiente evidencia en la actualidad de que la pobreza y la desventaja social como factores de riesgo no sólo inciden sobre la mortalidad y la esperanza de vida medias, sino que generan además mayores tasas de mortalidad por todas las causas. Los factores socioeconómicos muestran una asociación especialmente marcada con unas pocas patologías, que están entre las más prevalentes: cáncer de pulmón, de estómago y de cervix; enfermedades cardiovasculares, tuberculosis y otras enfermedades respiratorias, accidentes y otras causas externas, enfermedades infecciosas y salud mental.

Las diferencias entre clases son más marcadas para las enfermedades infecciosas, pero presentan también una magnitud considerable en el caso de las enfermedades no transmisibles, que son relativamente más prevalentes en la actualidad.

Por ejemplo, a finales de los noventa, el 20% más pobre de los niños de entre cinco y catorce años del planeta (el grupo de edad para el que las desigualdades en salud son mayores) tenía 60 veces más riesgo de muerte por enfermedad infecciosa que el 20% más rico; mientras que el riesgo de mortalidad por enfermedades no transmisibles de los niños más pobres era cinco veces mayor. En el caso de algunas de estas patologías (tuberculosis, cáncer de estómago, infarto), el factor de riesgo más importante es haber sufrido pobreza y desventaja social en la infancia, independientemente del SSE actual (LEÓN, 2001; DAVEY SMITH *et al.*, 2001).

El presente artículo se estructura en tres apartados. En el primer apartado se analizan los determinantes sociales de las desigualdades en salud y su interacción con otros determinantes (biológicos y conductuales) de la salud y la enfermedad. En el segundo apartado se describen las desigualdades sociales en salud en Europa y se analiza la evolución reciente de la pobreza en el contexto europeo. El tercer apartado presenta las conclusiones del estudio y apunta algunas estrategias posibles de intervención en este campo.

1 **DIMENSIONES PRINCIPALES EN EL ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD: ESPACIO, TIEMPO Y ESTRUCTURA SOCIAL**

La preocupación por los determinantes sociales de la enfermedad y la salud se plasma en la confluencia en la investigación sobre desigualdades en salud (IDSS) de la Epidemiología con otros enfoques disciplinares como la Sociología, y más recientemente, la Economía, la Psicología o la Ciencia Política. En su definición más amplia, los factores sociales que influyen sobre

la salud se contraponen a los factores biológicos (2) e incluyen variables sociodemográficas (3), factores socioeconómicos, factores socioculturales, factores sociopolíticos, procesos psicosociales y hábitos de vida. Una definición más restringida, muy común en la investigación aplicada, se centra principalmente en los factores socioeconómicos y, en concreto, en el SSE individual.

Existe un consenso creciente dentro de la IDSS en torno al hecho de que el efecto de los factores sociales sobre la salud aparece mediado por la estructura social de cada país. El concepto de estructura social proviene de la Sociología y se utiliza para designar la configuración de los grupos sociales y las pautas de relación intra e intergrupales que caracterizan a cada sociedad. Clase social, etnia, género, cohorte, nacionalidad y religión constituyen las dimensiones principales de la estructura social; la manera cómo se combinan estas variables y la importancia relativa de cada una de ellas en la génesis de las desigualdades sociales en salud varía según la sociedad de que se trate.

En todas las sociedades, sin embargo, los grupos sociales más desfavorecidos presentan sistemáticamente mayores riesgos de enfermedad y muerte que los más favorecidos. En general, existe también un amplio acuerdo en la investigación sobre el tema en torno al hecho de que las clases sociales más desfa-

(2) Tradicionalmente, la IDSS ha considerado que los factores sociales y biológicos ejercían efectos independientes sobre la salud. En la actualidad, el estudio de las interacciones entre ambos factores (y en particular, de cómo las condiciones sociales en la infancia y a lo largo del curso de vida pueden tener un impacto permanente a nivel biológico) constituye una de las líneas de investigación más fascinantes en este campo.

(3) Desde el punto de vista de la IDSS, las variables sociodemográficas como la edad, el sexo o la raza se sitúan en la intersección entre factores sociales y factores biológicos: de un lado, se trata de variables biológicas independientes de la estructura social; de otro lado, el género, la cohorte y la etnia configuran grupos sociales con características socioeconómicas y socioculturales específicas.

vorecidas se caracterizan por la acumulación de múltiples factores de desventaja, no sólo socioeconómicos, sino también socioculturales, sociopolíticos, psicobiológicos, etc. Se desconocen, sin embargo, los mecanismos causales específicos que vinculan a los diferentes elementos de la estructura social entre sí y con el comportamiento y la salud individuales.

La investigación reciente sobre desigualdades en salud ha intentado desvelar estas incógnitas a través de tres estrategias relacionadas: la generación de evidencia sobre el efecto de un amplio número de factores sociales sobre la salud (en contraste con el énfasis previo casi exclusivo en el SSE); el estudio de las diferencias territoriales (entre países, regiones, estados) en la distribución de los determinantes sociales de la salud, y el análisis dinámico de las relaciones entre factores sociales y factores biológicos a lo largo del curso de vida de los individuos. Estas tres líneas de investigación se describen brevemente a continuación.

1.1. Estructura social y salud: dimensiones y procesos causales

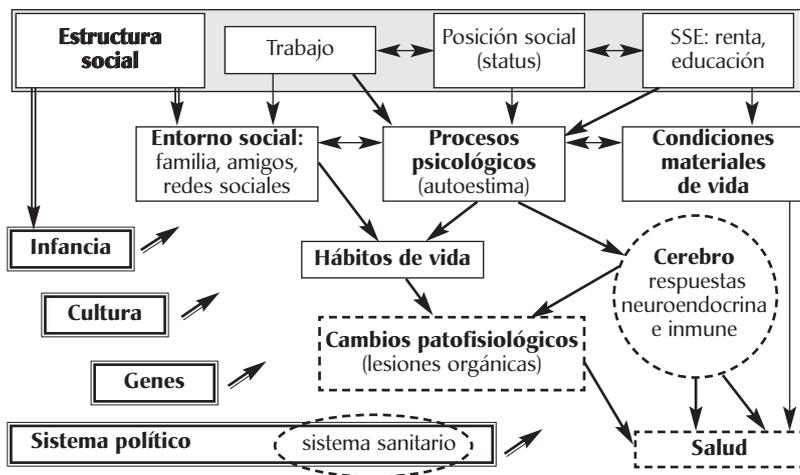
1.1.1. DIMENSIONES PRINCIPALES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

A) Clases sociales y status socioeconómico

Renta, educación y ocupación son las variables que han recibido más atención dentro de la IDSS. Las tres variables tienden a estar muy relacionadas entre sí y con la posición social que ocupan los individuos (bajo lo que en Sociología se conoce como *congruencia de status*), aunque esta relación está empezando a cambiar en algunas sociedades (por ejemplo, una mayor educación no siempre comporta mayor renta). Existe abundante evidencia sobre la existencia de un *gradiente social*

en salud, por el que las clases más desfavorecidas experimentan mayor morbilidad y mortalidad que las clases medias y éstas, a su vez, más que las clases acomodadas.

Gráfico 1. Relaciones entre estructura social y salud



FUENTE: Adaptado de Brunner y Marmot (en MARMOT Y WILKINSON, 1999: 20).

Los datos relativos a ocupación incorporan información sobre educación y renta (dada la relativa congruencia entre estos tres factores) y se utilizan para construir cinco categorías clásicas de clases sociales (que se enumeran de I a V) de acuerdo con su posición en la estructura directiva, su grado de cualificación profesional y su condición de trabajadores manuales o no manuales.

En todos los países se da un gradiente claro en cuanto al riesgo de enfermedad y de muerte entre estas cinco categorías. Por ejemplo, durante la primera mitad de los ochenta, los niños

británicos menores de 15 años de la clase social más desfavorecida (V) tenían unas tres veces más riesgo de muerte por accidentes y otras causas externas que los de la clase III, y unas ocho veces más riesgo que los de la clase I; la diferencia entre las clases I y V había además aumentado a unas 14 veces a principios de los noventa (Zwi, 2001). El gradiente social es también evidente si en vez de clases sociales utilizamos niveles educativos o de renta. Además, existe evidencia creciente de que el desempleo y el empleo precario constituyen factores de riesgo importantes para la salud.

B) Posición o status social

La posición o status social empezó a ser objeto de estudio de la IDSS desde los años ochenta, a raíz de los descubrimientos realizados a través del examen médico y del seguimiento longitudinal de 17.000 trabajadores del *Whitehall* británico. La posición social viene condicionada generalmente por el SSE y la ocupación, por lo que resulta muy difícil aislar sus efectos específicos sobre la salud. Sin embargo, el colectivo *Whitehall* presenta algunas ventajas en este sentido como caso de estudio: las clases sociales más extremas (empresarios y trabajadores manuales industriales) no están presentes y el abanico salarial es menor que en otros colectivos.

El estudio partía de la clasificación de estos trabajadores en seis grupos según su posición jerárquica en la organización, relacionada con una serie de variables vinculadas al status social (como el grado de control laboral y poder social, las relaciones y redes sociales, etc.). Los primeros resultados pusieron de manifiesto una importante influencia del rango laboral en las enfermedades cardiovasculares y los factores de riesgo

relacionados, controlando por renta y hábitos de vida. La segunda oleada del análisis se centró en los factores bioquímicos y fisiológicos a través de un examen médico en profundidad, y descubrió la existencia de un síndrome metabólico asociado al bajo status social, que parece estar en el origen de la diabetes y algunas enfermedades coronarias. Existen también estudios con primates que ponen de manifiesto que el rango social produce alteraciones metabólicas y hormonales semejantes a las detectadas en el estudio *Whitehall* (BRUNNER y MARMOT, 1999).

Desde entonces, el seguimiento longitudinal del colectivo original objeto de estudio ha venido generando evidencia empírica consistente sobre el impacto de la posición social sobre la salud. Los últimos resultados de este estudio ponen de manifiesto que los trabajadores de menor grado laboral de mediana edad, comparados con los cargos directivos, tenían tres veces más riesgo de tener mala salud y dos veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad mental, controlando por su estado de salud y sus factores de riesgo 29 años antes (BREEZE *et al.*, 2001).

1.1.2. MECANISMOS MEDIADORES ENTRE ESTRUCTURA SOCIAL Y SALUD

A) *Condiciones materiales y hábitos de vida*

La existencia de un importante diferencial de mortalidad entre clases sociales en cuanto a las enfermedades infecciosas y el importante papel de las condiciones materiales de vida son hechos establecidos en la investigación epidemiológica clásica. La IDSS ha venido generando también evidencia concluyente de la relación entre clases sociales y hábitos de vida. Por ejemplo,

en Gran Bretaña la clase social más desfavorecida (V) tenía una probabilidad un 60% mayor de fumar que la más favorecida (I); los desempleados un 60% mayor que los empleados, y los individuos sin estudios casi tres veces más probabilidades de fumar que los individuos con estudios superiores (JARVIS y WARDLE, 1999).

B) Procesos psicobiológicos

El impacto de la estructura social en la mortalidad por enfermedades no transmisibles y causas externas es, sin embargo, un descubrimiento más reciente y también más difícil de explicar, dado que estas categorías de mortalidad deberían en principio ser relativamente independientes de las condiciones materiales.

La investigación reciente acerca del impacto de la estructura social sobre los procesos biológicos (ver sección 1.1.3.) y psicobiológicos ha contribuido a esclarecer nuevos mecanismos mediadores entre desventaja social y salud, que responden en parte a las cuestiones anteriores. En cuanto a los procesos psicobiológicos, existe ya alguna evidencia consistente de que la posición social (vía control percibido y poder social bajos) y las condiciones materiales adversas (vía incertidumbre económica y exclusión social) generan baja autoestima y estrés, y actúan por esta vía directamente sobre el sistema nervioso simpático y el eje HPS (hipotalámico-pituitario-adrenal), y a través de ellos pueden producir alteraciones hormonales, metabólicas e inmunológicas (BRUNNER y MARMOT, 1999). Los procesos psicosociales apuntados (dependencia, incertidumbre, exclusión) actuarían sobre la salud también de un modo indirecto, como mediadores en la relación entre SSE individual bajo y hábitos de vida perjudiciales para la salud.

B) *Redes sociales de apoyo*

El papel de las redes sociales de apoyo como determinante directo de la salud individual es un tema sobre el que existe considerable evidencia desde los años setenta. La investigación sobre el tema en diversos países ponen de manifiesto que el riesgo de muerte de las personas que son miembros de densas redes sociales es hasta tres veces menor que el de los individuos socialmente aislados, controlando por renta y otros factores. Algunos estudios recientes sugieren además que una parte importante de los efectos positivos sobre la salud del apoyo social se canaliza a través de unos hábitos de vida más saludables (STANSFELD, 1999).

Se desconocen, sin embargo, los mecanismos causales que median entre interacción social y la salud. La IDSS ha tendido a atribuir los efectos benéficos de las redes a los efectos psicosociales y psicobiológicos potenciales del apoyo emocional que proporciona la pertenencia a grupos. La investigación reciente sobre el tema desde las ciencias sociales tiende sin embargo a subrayar el papel de las redes en proporcionar apoyo material (créditos, apoyo informal a cuidadores, etc.) y en servir de base para la movilización ciudadana para la defensa y gestión de los bienes y servicios públicos.

1.2. La dimensión espacial de las desigualdades en salud: las interacciones entre factores individuales y factores grupales

El análisis territorial de las desigualdades sociales en salud ha puesto tradicionalmente de manifiesto las diferencias entre países, regiones y Estados en cuanto a la distribución y características de los grupos que conforman la estructura social. Por

ejemplo, el 50% de la población más pobre en España (medida a través de un indicador combinado de pobreza y desigualdad social) concentra el 28% de la renta total, mientras que en Canadá este grupo concentra un 23% de la renta total y en Estados Unidos un 21%. A nivel subnacional, este indicador oscilaba más en España (entre el 26% de Canarias y el 31% de Navarra) o Estados Unidos (17%-23%) que en Canadá (22%-4%) (RICO, RAMOS y BORRELL, 2002).

La perspectiva territorial, que permite estudiar la concentración espacial de los los grupos sociales más desaventajados y las características del entorno en el que éstos se ubican, es interesante por varios motivos. En primer lugar, porque permite generar datos al mismo nivel en que se sitúa la capacidad de acción política en ámbitos claves para las desigualdades sociales en salud (como la sanidad, la educación o los subsidios sociales) en muchos países: a nivel subnacional. En segundo lugar, porque permite estudiar la influencia específica de los factores propiamente grupales o colectivos (por ejemplo, el grado medio de violencia callejera a nivel de barrio) sobre la salud.

La aparición de nuevas metodologías de análisis estadístico como los modelos multinivel, que permiten combinar variables individuales y agregadas (a nivel de país, región, etc.), ha propiciado la atención reciente por parte de la IDSS a factores contextuales (definidos territorialmente) como la distribución de la renta o la movilización ciudadana (bajo lo que se conoce como hipótesis de la renta relativa y teorías del capital social, respectivamente; ver, por ejemplo, KAWACHI *et al.*, 1999, y KAWACHI, 2000).

Los resultados obtenidos hasta el momento indican un efecto relativamente consistente, aunque modesto, de la distribución de la renta y el capital social comunitarios sobre la salud, controlando por renta individual y apoyo social individual, res-

pectivamente. Sin embargo, estos efectos han sido establecidos hasta el momento sólo para los Estados Unidos y a menudo tan sólo para algunos grupos étnicos y de renta específicos. Los modelos utilizados no toman en cuenta, en cualquier caso, la posibilidad de que estos factores contextuales actúen principalmente como determinantes últimos de las desigualdades en salud: por ejemplo, a través de su influencia sobre la estructura social, y a través de ella, sobre la renta y las probabilidades de movilidad social de los individuos. Además, existe evidencia de que la equidad en la distribución de la renta (probablemente como indicador del grado de cohesión social) y el capital social (de la acción colectiva a nivel comunitario) están fuertemente relacionados entre sí, así como con la cantidad y calidad de los servicios públicos disponibles en cada territorio, tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Además, las variables citadas se asocian también, aunque de manera aún no bien conocida, al desarrollo económico (RICO, RAMOS y BORRELL, 2002).

Un factor de importancia central a este nivel es la cantidad, calidad y accesibilidad de los servicios de bienestar, y sobre todo de los sanitarios, existente en cada región y país. La incidencia del sistema sanitario sobre las desigualdades en salud es de hecho un tema clave de la IDSS. Se conoce relativamente poco, sin embargo, sobre este tema (SHI *et al.*, 1999; BORRELL *et al.*, 2000). Ello refleja las dificultades metodológicas generales que afectan al estudio del impacto del sistema sanitario sobre la salud. Debido a ello, la mayoría de la investigación existente, realizada principalmente desde la economía de la salud, se ha centrado en la medición de las desigualdades en el acceso y la financiación de los sistemas sanitarios. Existe un excelente estudio comparado sobre el tema en Europa, que se comenta en el apartado 2.

Además de a nivel político macro (es decir, a nivel de países, Estados, regiones, etc.), existe evidencia de que variables como la pobreza, la desigualdad económica y la acción colectiva influyen sobre la salud a otros niveles de agregación menores. Por ejemplo, existe evidencia de que la residencia en barrios pobres supone la acumulación de factores sociales de desventaja (peores condiciones de vivienda y entorno urbano, mayores niveles de polución y ruido, menor disponibilidad de infraestructuras públicas y servicios de bienestar, altos niveles de violencia y crimen y redes cívicas muy débiles) (RICO, RAMOS y BORRELL, 2002).

La IDSS reciente además subraya que el hecho de residir en un barrio pobre (independientemente de la situación socioeconómica individual) tiene un impacto considerable sobre la salud, semejante en algunos casos al de la experiencia directa de la situación de pobreza a nivel individual (BOSMA *et al.*, 2002). De otro lado, también existe evidencia de que la pobreza, tanto a nivel individual como comunitario, inhiben la participación cívica; en concreto, la probabilidad de participación a nivel individual es menor en los barrios pobres, independientemente del nivel de renta individual (STOLL, 2000).

1.3. El proceso causal y su evolución en el tiempo

La necesidad de examinar los aspectos dinámicos de las relaciones entre estructura social y salud viene dada en primer lugar por el hecho de que los factores sociales, como otros muchos factores de riesgo, no tienen un impacto inmediato en la salud. De hecho, la evidencia reciente en este campo pone de manifiesto que en el caso de algunas enfermedades, como la tuberculosis o el cáncer de estómago, la exposición a la pobre-

za que resulta relevante es la experimentada durante los primeros años de vida. Además, la incorporación de la dimensión tiempo puede ayudar a comprender la complejidad de los múltiples mecanismos causales que parecen mediar en la relación entre pobreza y salud. En concreto, dado que la pobreza va asociada a una acumulación muy importante de factores de riesgo y desventaja social, resulta difícil discriminar el impacto específico de cada uno de ellos sobre la salud en un momento del tiempo, por lo que resulta importante tener en cuenta la evolución temporal de cada uno de estos factores.

El análisis dinámico de los determinantes sociales de la salud ha sido facilitado extraordinariamente por la aparición de nuevas metodologías, como el análisis de cursos de vida, que permiten un análisis más sofisticado de los procesos causales en el tiempo. Permanecen, sin embargo, obstáculos importantes en cuanto a la disponibilidad de bases de datos longitudinales, lo que explica la lentitud del avance en este campo.

El descubrimiento más importante de esta línea de investigación hasta el momento es que los factores sociales actúan directamente sobre los procesos biológicos en etapas muy tempranas de la vida (durante la gestación y primera infancia), y pueden por ello dejar una impronta permanente en la salud, por la vía de la dotación biológica (altura, peso, función pulmonar, etc.) y de la generación de lesiones fisiopatológicas permanentes (función pulmonar, aparato digestivo, etc.). En la misma dirección, la investigación sobre los efectos psicobiológicos de la estructura social ha señalado que la exposición durante largos períodos a la pobreza, y al estrés vinculado a ella, generan lesiones permanentes en el sistema nervioso, dañando los mecanismos psicobiológicos de defensa contra el estrés, y aumentando por ello de un modo crónico la vulnerabilidad de

los grupos sociales más desfavorecidos (LEÓN, 2001; DAVEY SMITH *et al.*, 2001).

Además, hay estudios recientes que demuestran que la pobreza en etapas tempranas puede actuar sobre la salud a través de otros procesos causales más complejos: vía incidencia en las probabilidades individuales de movilidad social ascendente; o bien vía pautas de conducta que se conservan de por vida (a través de lo que se conoce como *social programming*). La primera de estas vías constituye un hecho establecido en la investigación sociológica y de incorporación sólo reciente en la investigación epidemiológica (BLANE, 1999). En cuanto a la segunda de estas vías, por ejemplo, los jóvenes que sufrieron una infancia marginada muestran un grado de participación menor, independientemente de su SSE actual (LICHTER *et al.*, 1999). En cualquier caso, la comprensión del proceso causal por el que los factores sociales se convierten en biológicos se encuentra aún en un estado incipiente y constituye uno de los temas más prometedores de investigación futura en este campo.

2

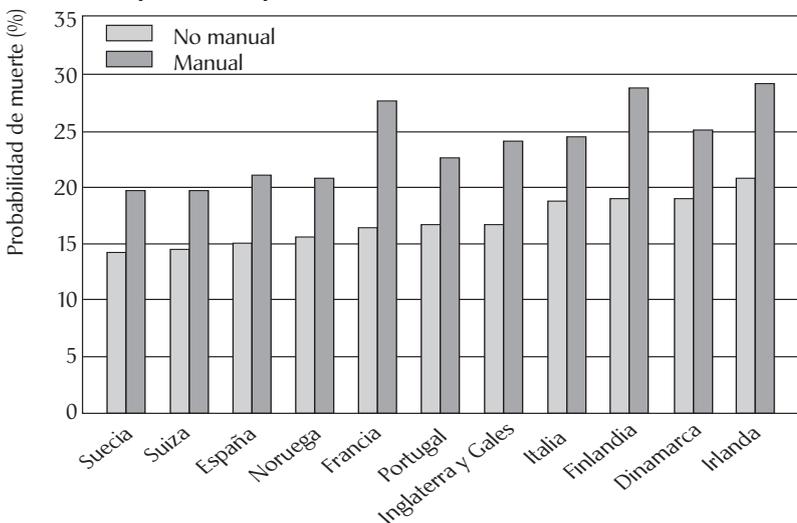
LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN EUROPA

La investigación comparada sobre las desigualdades de salud en los países europeos empieza a aparecer principalmente desde mediados de los años noventa. Desde entonces, varios grupos de investigación consolidados a nivel europeo han venido generando evidencia sobre la magnitud, distribución espacial, génesis y evolución de las desigualdades de salud en Europa, así como sobre las desigualdades en el acceso y financiación de los servicios sanitarios públicos. A continuación se analizan los resultados principales que se derivan de estos estudios.

2.1. Estructura social y salud en Europa: la magnitud de las desigualdades en salud vinculadas a la ocupación, la edad y el género

La evidencia reciente sobre la magnitud de las desigualdades en salud en los países de Europa occidental proviene principalmente del Grupo de Investigación de la UE sobre las Desigualdades Socioeconómicas en Salud. Estos investigadores trabajan sobre la base de las categorías de ocupación trabajadores manuales/trabajadores no manuales, y su fuente principal son los registros de mortalidad de los países europeos durante los años 80 (los períodos concretos varían según los países, de 1980-1982 a 1980-1990).

Gráfico 2. Probabilidad de muerte de los trabajadores varones manuales y no manuales de entre 45 y 65 años en diversos países europeos



FUENTE: KUNST *et al.*, 1998a, Fig. 1.

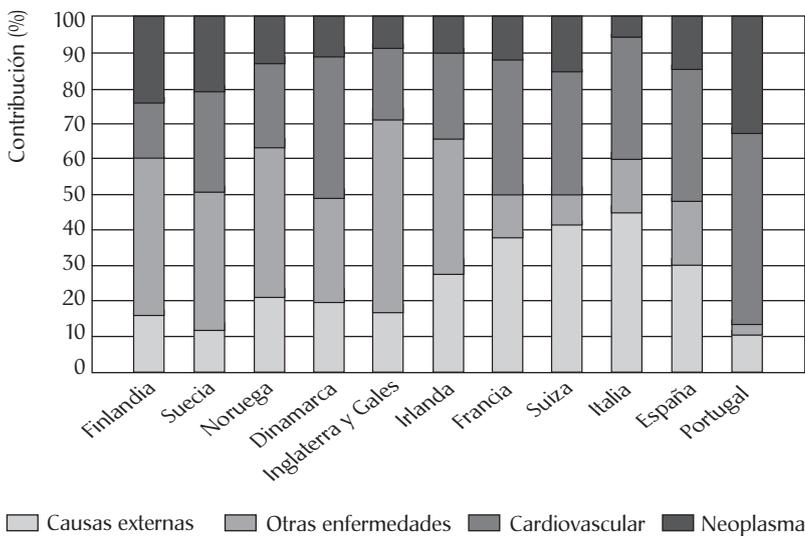
Los resultados principales publicados por este grupo de investigación hasta el momento (KUNST *et al.*, 1998a) pueden resumirse del siguiente modo:

- a) En todos los países europeos existe un diferencial de mortalidad importante entre ambos grupos sociales. Por ejemplo, los trabajadores manuales de entre 45 y 65 años tienen una probabilidad (aproximadamente entre un 30 y un 90%) más alta de muerte que los trabajadores no manuales del mismo grupo de edad (Gráfico 2).
- b) Se observa un gradiente Norte-Sur en cuanto a las desigualdades sociales por causas de muerte (Gráfico 3). La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, y en general la vinculada a enfermedades cardiovasculares, aparece fuertemente asociada a la clase social en los países nórdicos y en Gran Bretaña, pero no en Suiza, Francia, España, Portugal y Grecia. En estos últimos países las diferencias de clase afectan en mayor medida a los cánceres, con la excepción de los digestivos y de pulmón.

La razón de mortalidad entre ambas clases sociales, que es un indicador del riesgo relativo de muerte ligado a la desventaja social, alcanza valores máximos (cerca de o superiores al triple de riesgo) para las enfermedades respiratorias y el cáncer de pulmón en todos los países en el caso de los varones de entre 45 y 64 años.

Otros estudios de estos autores examinan también las interacciones de la ocupación con otros factores sociales como la edad y el género. En cuanto a la edad, las desigualdades en salud varían según la cohorte de edad de que se trate. Por ejemplo, los datos existentes para el grupo de edad de 30 a 44 años (que sólo cubren cinco países) sugieren mayores desigualdades

Gráfico 3. Contribución de las grandes causas de muerte a explicar la mortalidad diferencial de los trabajadores manuales (vs. no manuales) varones de 45-65 años



Fuente: KUNST *et al.*, 1998a, Fig. 2.

sociales en salud entre los más jóvenes en todos los países. Por el contrario, el grupo de varones de 60 a 64 años muestra menores desigualdades en salud que el grupo de 45-65 años en los cuatro países para los que existen datos comparables (KUNST *et al.*, 1998b).

En cuanto al género, los autores detectan menores desigualdades sociales en mortalidad en mujeres que en hombres en todos los países. Ello sugiere que existe una interacción clara entre clase y género en cuanto a la mortalidad general, de manera que los hombres experimentan un mayor exceso de mortalidad que las mujeres en situaciones de desventaja material y/o psicosocial semejantes. La

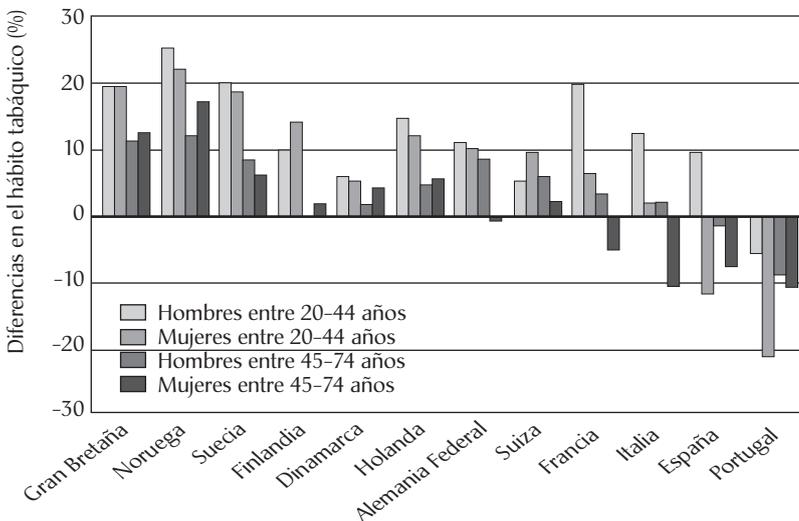
única causa de muerte para la que ocurre lo contrario son las enfermedades cardiovasculares, que presentan un gradiente social más marcado en las mujeres que en los hombres en casi todos los países europeos estudiados; la excepción en este caso son los países ex comunistas incluidos en el estudio: la República Checa, Hungría y Estonia. Este hecho podría asociarse al gradiente social más marcado para mujeres que para hombres en cuanto a la obesidad y el sedentarismo detectado en algunos países (MACKENBACH *et al.*, 1999).

Los autores concluyen sobre la base de esta evidencia que los patrones de desigualdad en la mortalidad por causas parecen apuntar a la existencia de gradientes sociales (diferentes según el país, la cohorte y el sexo) en cuanto a los factores de riesgo vinculados a las conductas poco saludables (tabaco, alcohol, dieta y sedentarismo). De hecho, existe evidencia de la existencia de gradientes para algunos de estos factores de riesgo en diferentes países. Estos gradientes sociales podrían constituir uno de los principales determinantes inmediatos de las desigualdades sociales en la mortalidad.

De hecho, en un trabajo posterior (CAVELAARS *et al.*, 2000), el grupo de investigación presenta evidencia comparada para los países europeos sobre la existencia de desigualdades sociales marcadas en el consumo de tabaco en la mayoría de la región, aunque con pautas diferenciales según la cohorte, el género y el país de que se trate. En general, se detecta un proceso de transición en cuanto a la pauta de consumo de tabaco por clases sociales: mientras que en un principio las clases más desfavorecidas fuman en la misma o menor medida que las clases más favorecidas, a medida que avanza la transición epidemiológica la diferencia entre clases sociales se revierte, principalmente debido a que las clases más favorecidas abandonan el hábito tabáquico con una frecuencia muy superior a las clases más desfavorecidas.

Los países más avanzados en esta transición epidemiológica son los países nórdicos y Gran Bretaña; presentan, por ello, mayores desigualdades sociales en cuanto al hábito tabáquico (es decir, la prevalencia del hábito tabáquico es muy superior en las clases manuales que en las no manuales). En un lugar intermedio se sitúan los países de Europa continental, mientras que en los países del sur de Europa la transición es sólo claramente evidente en los varones mayores de 45 años. En la mayoría de los países, además, y de un modo más marcado en el sur de Europa, la transición parece más avanzada en hombres que en mujeres (Gráfico 4).

Gráfico 4. Diferencias en la prevalencia del hábito tabáquico entre las personas con nivel educativo alto y bajo, por géneros



Fuente: CAVELAARS *et al.*, 2000.

2.2. Factores contextuales y distribución espacial de las desigualdades en salud en Europa

Como vimos en el apartado 1, los factores contextuales que han atraído mayor atención por parte de la IDSS como posibles determinantes de las desigualdades de salud son la distribución de la renta, el capital social y los servicios sanitarios y de bienestar públicos. La evidencia existente para Estados Unidos pone de manifiesto que los dos primeros factores están muy relacionados entre sí, en tanto indicadores del grado de cohesión social (KAWACHI *et al.*, 1999); que ambos parecen influir de un modo positivo sobre la accesibilidad de los servicios públicos (a mayor cohesión, mayor accesibilidad) (KAWACHI, 2000), y que a su vez, la accesibilidad tiene un efecto independiente sobre la mortalidad controlando por otros factores individuales y contextuales (SHI *et al.*, 1999).

Apenas existe evidencia en Europa en torno al impacto de los indicadores de cohesión social, en parte por los mayores problemas en cuanto a la disponibilidad de información comparable y de buena calidad sobre este tema. Los dos estudios comparados principales realizados sobre el tema llegan a conclusiones relativamente contradictorias, sobre la base de una disputa en torno a la influencia en los resultados del sesgo de no respuesta en los datos de encuesta que se manejan. En general, parece que la influencia de los indicadores de cohesión social comunitaria sobre la salud, controlando por renta y otros factores individuales, es claramente menor en Europa que en Estados Unidos. Un tema que no ha sido suficientemente explorado es si ello podría deberse a la práctica cobertura universal de los servicios sanitarios públicos en Europa por contraste con Estados Unidos. De acuerdo con esta hipótesis, los servicios de bienestar públicos podrían constituir en Europa un importante

factor compensador de los potenciales efectos adversos sobre la salud de la inequidad en la distribución de la renta y la desintegración social (RICO, RAMOS y BORRELL, 2002).

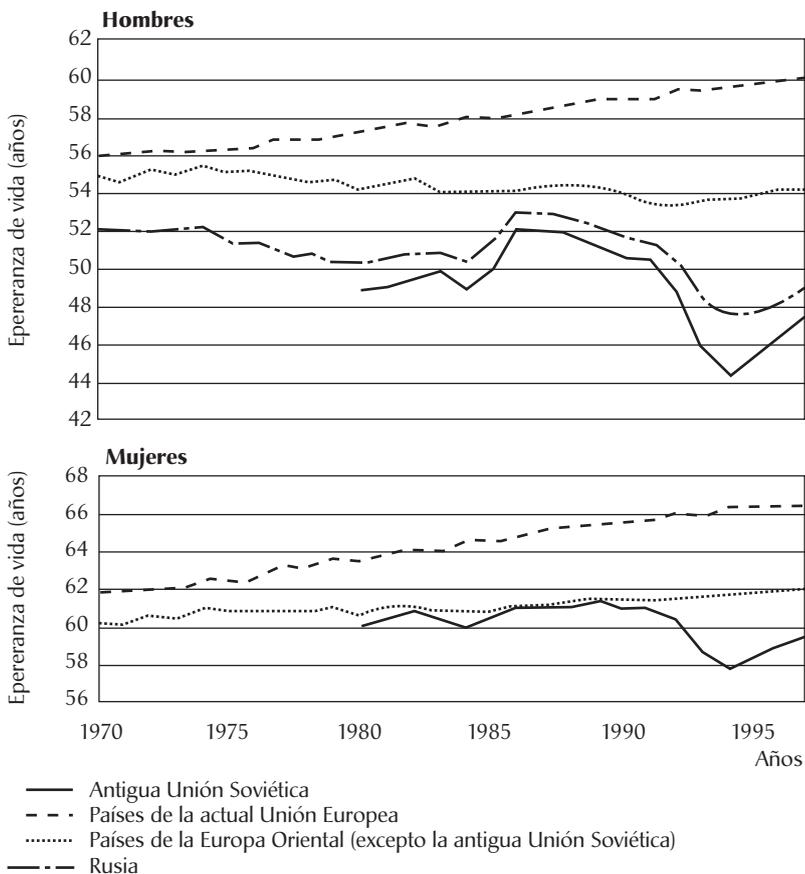
Un tema clave en este campo son las desigualdades sociales en el acceso y la financiación de los servicios sanitarios públicos. La investigación dirigida por WAGSTAFF y VAN DOORSLAER (2000 y 1999) proporciona en este caso datos de buena calidad para más de 10 países europeos y cubre dos intervalos temporales durante las últimas dos décadas. Las principales conclusiones que se extraen son las siguientes: La financiación global de la sanidad en Europa es en todos los países europeos o proporcional o regresiva con respecto a la renta. Se observa un cierto aumento de la regresividad entre principios de los ochenta y principios de los noventa en algunos países europeos, vinculado principalmente al aumento de los copagos públicos y a la mayor regresividad del gasto privado.

El acceso a los servicios para iguales niveles de necesidad, de otro lado, es muy semejante entre clases sociales en todos los países europeos. Existen diferencias, sin embargo, según el nivel de atención: el acceso de las clases desfavorecidas a la atención primaria (y en algunos casos, también en la hospitalaria) es mayor para igual necesidad, mientras que lo contrario ocurre en cuanto a la atención especializada ambulatoria. El panorama general parece confirmar la hipótesis de que los servicios de bienestar constituyen un importante motor de la cohesión social en Europa.

Un último tema que ha recibido considerable atención en la investigación a nivel territorial en Europa es el de la fractura Este/Oeste. Desde mediados de los años setenta, el diferencial de mortalidad entre los países de Europa occidental y los del centro y este de Europa ha aumentado con rapidez (MARMOT y

BOBAK, 2000, Gráfico 5); esta evolución es sobre todo evidente en cuanto a algunas causas de muerte (LEÓN, 2001). Tanto en estos últimos países como en la ex Unión Soviética la crisis económica y política ha generado una disminución importante de

Gráfico 5. Esperanza de vida a los 15 años en Europa Occidental, los países del centro y este de Europa y Rusia, 1970-1997



FUENTE: MARMOT y BOBAK, 2000 (adaptado de la base de datos Salud para Todos, de la OMS).

la esperanza de vida y un aumento también importante de las desigualdades en salud. Ello ha venido mediado por un aumento de la desigualdad y la desintegración social en zonas urbanas, y se ha traducido principalmente en un aumento sin precedentes en la mortalidad prematura de los varones jóvenes (WALBERG *et al.*, 1998).

Este exceso de mortalidad parece asociado principalmente a las enfermedades vinculadas al consumo de alcohol, como las enfermedades cardiovasculares, los accidentes o el suicidio. Existe evidencia, además, de interacciones con alteraciones en la dieta vinculadas a la pobreza (MCKEE y SHKOLNIKOV, 2001). Y también del impacto en la mortalidad diferencial de variables psicosociales como el grado de control percibido sobre el entorno social y el entorno de trabajo (PIKHART *et al.*, 2001; BOBAK *et al.*, 2000).

3 CONCLUSIONES

La investigación reciente sobre desigualdades en salud pone de manifiesto que los riesgos biológicos de enfermedad y muerte de los individuos se generan en un contexto social caracterizado por la acumulación de factores de desventaja en los grupos sociales situados en posiciones inferiores de la estructura social. A nivel transversal, los individuos pobres y sin estudios tienen un bajo control sobre su entorno social y de trabajo; viven en barrios pobres y desintegrados, por lo que están más expuestos a la desmovilización y la violencia ciudadanas, y se concentran en áreas con peores servicios públicos, condiciones medioambientales e infraestructuras urbanas, etc. A nivel longitudinal, los hijos de familias pobres y desintegradas tienen un riesgo muy alto de experimentar a su vez desempleo,

pobreza y desintegración social. Además, incluso para aquellos que consiguen mejorar su posición social a lo largo del curso de vida, la experiencia de la pobreza en la infancia podría haber dejado huellas permanentes en su grado de vulnerabilidad biológica a la enfermedad y la muerte, por varias vías.

En cuanto a la situación en Europa, la investigación comparada reciente señala que existen desigualdades sociales en salud de considerable magnitud en la mayoría de los países. El gradiente social en la mortalidad y los factores de riesgo varía según la causa de muerte, la edad, el sexo y el país. Para algunos grupos sociales y causas de muerte las desigualdades sociales en salud son mayores a las registradas, por ejemplo, en los Estados Unidos (KUNST *et al.*, 1999). En general, sin embargo, existe evidencia de que la accesibilidad a los servicios sanitarios es igualitaria en Europa, en contraste con otros países avanzados como Estados Unidos, y también alguna evidencia tentativa de que ello podría contribuir a atenuar los efectos de la pobreza y la desintegración social sobre la salud.

Existen importantes diferencias entre regiones europeas en cuanto a las causas de muerte que contribuyen en mayor medida a las desigualdades en salud, así como en su magnitud. En los países del norte de Europa las enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón explican una gran parte de las desigualdades en salud globales. En los países del sur de Europa, sin embargo, las causas de muerte más vinculadas a la desigualdad social son todos los cánceres, menos los digestivos y el de pulmón. En general, la magnitud de las desigualdades es semejante en casi todos los países de Europa Occidental. Es de esperar, sin embargo, un ascenso de las desigualdades en salud en el sur de Europa durante las próximas décadas, como con-

secuencia del avance en la transición epidemiológica que parece afectar a los factores de riesgo vinculados a las conductas perjudiciales para la salud. De otro lado, las diferencias espaciales más marcadas se dan en cuanto al diferencial de mortalidad entre Europa Occidental y Oriental, que ha aumentado rápidamente durante las últimas décadas, debido al impacto de la transición económica y política en los países ex soviéticos.

Todo ello subraya la necesidad de diseñar estrategias de intervención integrales (que combinen programas sanitarios, económicos y sociales) para luchar contra las desigualdades sociales en salud, focalizadas en cada territorio en los grupos sociales y las áreas que concentran múltiples factores de desventaja. La importancia de los factores de riesgo relacionados con la conducta, de las condiciones del entorno social más inmediato (barrio, comunidad, etc.) y del grado de cohesión social a niveles territoriales mayores (municipio, región, provincia) en la génesis de las desigualdades de salud son los resultados más destacados de la investigación reciente en este campo. Y constituyen temas, por ello, que deberían estar presentes en la agenda de intervención futura de los servicios públicos en el ámbito de las desigualdades sociales en salud.

4 BIBLIOGRAFÍA

BLANE, D.: *The life course, the social gradient, and health*. Oxford: Martin, M., y Wilkinson, R. G., 1999, págs. 64-78.

BOBAK *et al.*: «Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries». En: *Social Science and Medicine*, 2000, Nov. 51 (9), págs. 1343-1350.

- BOSMA, H.; VAN DE MHEEN, H. D., *et al.*: «Neighbourhood socioeconomic status and all-cause mortality». En: *American Journal of Epidemiology*, 2002, 153, 4: 363-371.
- BREEZE, E.; FLETCHER, A. E., *et al.*, 2001: «Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study». En: *American Journal of Public Health*, 2001, Feb. 91(2), págs. 277-283.
- BRUNNER, E., y MARMOT, M.: «Social organization, stress, and health». En: *Social Determinants of Health*. Oxford: Marmot, M., y Wilkinson, R. G., 1999, págs. 17-41.
- CAVELAARS, A. E.; KUNST, A. E., *et al.*: «Educational differences in smoking: international comparison». En: *British Medical Journal*, 2000, Apr 22, 320 (7242), págs. 1102-1107.
- DAVEY SMITH, G.; GUNNELL, D., y BEN-SHLOMO: *Life-course approaches to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality*. Oxford: Leon, D., y Walt, G., 2001, págs. 88-125.
- JARVIS, M. J., y WARDLE, J.: «Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking». En: *Social Determinants of Health*. Oxford: Marmot, M., y Wilkinson, R. G., 1999, págs. 240-253.
- KAWACHI, I.; WILKINSON, R. G., y KENNEDY, B. P. (eds): *The Society and Population Health Reader. Volume I: Income inequality and health*. New York: The New Press, 1999.
- KAWACHI, I.: «Social cohesion and health». En: A. R. TARLOT y F. S. T. PETER (eds.): *The Society and Population Reader II. A state and community perspective*. New York: The New Press, 2000.
- KUNT, A. E.; GROENHOF, F., y MACKENBACH, J. P., 1998a: *Mortality by occupational class among men 30-64 years in 11 European countries*.
- «EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health». En: *Social Science and Medicine*, 1998, Jun, 46 (11), págs. 1459-1476
- KUNST, A. E.; DEL RÍOS, M., *et al.*, 1998b: «Socioeconomic inequalities in stroke mortality among middle-aged men: an international over-

- view. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health». En: *Stroke*, 1998, Nov, 29(11), págs. 2285-2291.
- KUNST, A. E.; GROENHOT, F., *et al.*, 1999: «Occupational class and ischemic heart disease mortality in the United States and 11 European countries». En: *American Journal of Public Health*, 1999, Jan, 89 (1), págs. 47-53.
- LEÓN, D. A.: *Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries*. Oxford: León, D., y Walt, G., 2001, págs. 58-88.
- LICHTER, T.; SHANAHAN, M., y GARDNER, E.: *Becoming a good citizen? The long-term consequences of poverty and family instability during childhood*. Working paper of the Russell Sage Foundation. New York, Rusell Sage Foundation, disponible en www.russellsage.org/publications/working_papers/lichter-citizen.pdf, 1999.
- MACKENBACH, J. P.; KUNST, A. E., *et al.*: «Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study». En: *American Journal of Public Health*, 1999, Dec, 89 (12), págs. 1800-1806.
- MARMOT, M., y BOBAK, M.: «International comparators and poverty and health in Europe». *Bitish Medical Journal* 2000; 321: 1124-1128.
- MCKEE, M., y SHKOLNIKOV, V.: «Understanding the toll of premature death among men in eastern Europe». En: *British Medical Journal*, 2001, Nov 3, 323 (7320), págs. 1051-1055.
- PIKHART, H.; BOBAK, M., *et al.*: «Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries». En: *Journal of Epidemiological Community Health*, 2001, Sep, 55 (9), págs. 624-630.
- RICO, A., y URBANOS, R.: «Equidad». En: RODÉS, J., y GUARDIA, J. (eds): *Tratado de Medicina Interna*. Barcelona: Masson, edición 2002, en prensa.
- RICO, A.; RAMOS, X., y BORRELL, C.: «Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas sanitarias y el capital social», en

- Políticas públicas y distribución de la renta*, Madrid: Fundación BBVA, 2002, en prensa.
- SHI, L.; STARFIELD, B.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I. (1999): «Income inequality, primary care and health indicators». *Journal of Family Practice*, 48, 4, 275-84.
- STANSFELD, A. S.: *Social support and social cohesion*. Oxford: Marmot, M., y Wilkinson, R. G., 1999, págs. 155-174.
- STOLL, M.: *Race, neighbourhood poverty and participation in voluntary associations*. Working paper of the Russell Sage Foundation. New York, Rusell Sage Foundation, disponible en www.russellsage.org/publications/working_papers/stoll_1.pdf, 2000.
- WAGSTAFF y VAN DOORSLAER, 1999: «Equity in the finace of health care: some further international comparisons». En *Journal Of Health Economics*, Vol. 18 (3) págs. 263-290.
- WAGSTAFF, A.; VAN DOORSLAER, E., *et al.*: «Equity in the delivery of health care in Europe and the US». En: *Journal of Health Economics*, 21, págs. 543-567.
- WALBERG, P.; MCKEE, M.; SHKOLNIKOV, V.; CHENET, L., y LEON, D. A.: «Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis». *British Medical Journal*, 1998; 317: 312-318.
- ZWI, A.: «Injuries, inequalities, and health: from policy vacuum to policy action». En: *Poverty, Inequality, and Health*. Oxford: Leon, D., y Walt, G., 2001, págs. 263-283.

Tendencias en salud y calidad de vida. Exclusión social y salud. Indicadores

Inés Palanca Sánchez

Médico

Sumario

1. Equidad y desigualdades en salud. 1.1. Estudio de la población vulnerable y de las estrategias en salud. 1.2. Desigualdades generales por actuaciones del sistema sanitario—2. Indicadores de vulnerabilidad y exclusión en salud. 2.1. Indicadores de vulnerabilidad. 2.2. Indicadores de exclusión.—3. Bibliografía.

RESUMEN

El principal objetivo del capítulo es la identificación de criterios que permiten conocer los colectivos vulnerables ante los procesos de desigualdad en salud, así como la descripción de indicadores que cuantifican la intensidad de la inequidad.

La complejidad de los fenómenos de exclusión y su evolución en el tiempo hace necesaria la utilización de múltiples indicadores.

El sector sanitario está obligado a introducir medidas de ajuste ante las rápidas modificaciones de nuestra sociedad. Los colectivos desfavorecidos cambian en el tiempo y sufren diferentes dificultades para garantizar su óptimo nivel de salud. Las actuaciones sociosanitarias

deben identificar estos colectivos, realizar su seguimiento en el tiempo para evitar el desarrollo de los procesos de exclusión en salud.

ABSTRACT

The primary objective of the chapter is to identify the criteria that help to know the vulnerable collectives facing the processes of health inequalities as well as the description of indicators that quantify the intensity of the iniquity .

The complexity of phenomena of exclusion and their evolution in time demand the employment of multiple indicators.

The sanitary sector must introduce adjustment measures in front of the rapid changes in our society. The disfavoured collectives change with the time and suffer different difficulties to guarantee their optimum level of health. The social sanitary actions must identify these collectives, follow the consequences in due course to avoid the development of health exclusion.

1 EQUIDAD Y DESIGUALDADES EN SALUD

La salud se concibe como el resultado de todos los factores que intervienen sobre la vida de los individuos, tanto los propios del mismo y escasamente modificables (sexo, edad o genética) como aquellos que tienen un carácter ambiental y son potencialmente modificables (conductas, formas y medios de vida, o los que tienen un carácter socioeconómico o cultural).

La salud no es, por lo tanto, un fenómeno exclusivamente biológico. La comunidad científica internacional acepta unos determinados indicadores para su medición, como son mortalidad, morbilidad, salud percibida, conductas relacionadas con la salud, limitaciones de la actividad y el acceso y uso de servicios de salud.

Existen ciertas limitaciones conceptuales y metodológicas para definir la equidad, desigualdad y las diferencias de salud en los subgrupos poblacionales.

Se acepta que el término de equidad en salud no hace referencia a un estado de salud igual para todos, sino al objetivo de facilitar las mismas oportunidades a todos para que disfruten de todo su potencial en salud. Este objetivo se enmarca en la disminución de las desigualdades en salud y, más concretamente, hacia que ninguna persona se encuentre en situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial de salud. La OMS indica que el término de desigualdad hace referencia a las diferencias en relación con la salud que no sólo resultan innecesarias y se pueden evitar, sino que, además, son consideradas injustas y no equitativas.

Bárbara STARFIELD señala que para desarrollar una estrategia frente a la inequidad es necesario definir con más precisión la equidad y que se lleguen a acuerdos sobre la forma de detectarla, que se conozcan sus orígenes y sus causas y que se desarrollen e implanten planes para reducir o eliminar la inequidad con los medios más efectivos.

Se observan limitaciones en las estrategias internacionales para la disminución de las desigualdades en salud, algunas de ellas condicionadas por la introducción de objetivos para reducir las desigualdades en salud insertados en contextos de política económica o social. En este sentido los países del grupo G-8 establece, entre otros objetivos, una reducción del 50% en la proporción de personas que viven en situación de pobreza extrema para el año 2015, desarrollo de estrategias de desarrollo sostenible o la eliminación de las diferencias de sexo en la educación. También se observa la tendencia a establecer objetivos en valores medios de determinados indicadores de salud que no están sistemáticamente relacionados con una disminución de las desigualdades.

La OMS Europa establece la Equidad en Salud como objetivo en su documento de Salud XXI. Las diferencias sanitarias entre todos los grupos socioeconómicos de cada país deberán disminuir en, al menos, una cuarta parte, mediante una mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos, para el año 2020. Dentro de este objetivo se cuantifica en, al menos, un 25% la modificación esperada en las diferencias en la esperanza de vida entre los diferentes grupos socioeconómicos y se dejan sin cuantificar las modificaciones en la reducción de las diferencias socioeconómicas esperadas (reducción del porcentaje de población que vive por debajo del umbral de pobreza, distribución más equitativa de indicadores de morbilidad, mortalidad y discapacidad, las diferencias de ingresos, las

diferencias de niveles educativos y de acceso al mercado laboral o la protección frente a la exclusión de las personas con necesidades especiales como consecuencia de sus circunstancias sanitarias, sociales o económicas).

1.1. Estudio de la población vulnerable y estrategias en salud

Determinados subgrupos poblacionales presentan características que los hacen susceptibles de una peor salud. Sufren procesos de exclusión que les impiden o limitan «la utilización de» o «el acceso a» determinados bienes y/o servicios, entre ellos el de la salud. Según sea el género, la edad, la etnia, la clase social o el área geográfica en la que vivan, estos colectivos están expuestos a diferentes factores de riesgo sobre la salud. La pobreza extrema, el desempleo de larga duración, las personas analfabetas o con niveles de educación muy bajos, las minorías étnicas, los inmigrantes desfavorecidos socioeconómicamente, tienen peor salud y mueren antes.

Las variables explicativas habitualmente utilizadas en el análisis de las desigualdades sociales en salud son las relativas a clase social del individuo y los indicadores de privación social o material. En este aspecto es un tema de debate, tal y como señalan BORRELL y colaboradores, el impacto que tienen las tendencias temporales del tamaño de la clase social más desfavorecida en el análisis de las desigualdades en salud.

El concepto de clase social habitualmente se analiza con variables como la ocupación (incluyendo el desempleo), nivel de ingresos y el nivel de estudios. El uso de todos ellos tiene ventajas y problemas. La variable «ocupación» deja inclasificable a la población que no trabaja y su seguimiento está muy condicionado por las modificaciones de las actividades laborales en

el tiempo. La variable «nivel de estudios» es fácil de obtener aunque no permite discriminar las diferencias generacionales en el acceso a la educación formal y su excesiva estabilidad puede ser una limitación.

Los indicadores de privación material o social han sido muy utilizados en nuestro entorno, en forma de indicadores sintéticos o seleccionando un grupo poblacional caracterizado por ser perceptor de ingresos mínimos procedentes de fondos públicos, para el análisis de las desigualdades. Por ejemplo, en varias ciudades y comunidades se ha analizado la mortalidad en zonas socialmente homogéneas así como determinadas características de acceso a recursos sanitarios y de percepción subjetiva de salud en hogares de desempleados o de perceptores de ingresos mínimos de reinserción.

Los análisis de diferencias territoriales en los diversos indicadores de salud han adquirido una cierta importancia en el entorno sanitario (indicadores de mortalidad, indicadores de recursos —financieros, humanos, de infraestructura o de actividad del sector—) posiblemente por su interés para la elaboración de criterios de asignación de recursos y de estrategias para mejorar la accesibilidad a los mismos. Además pueden servir de base para consensuar las prestaciones mínimas exigibles en todo el sistema nacional de salud.

Para el análisis de las desigualdades de salud que sufren aquellos colectivos identificados por su situación de vulnerabilidad frente a los procesos de exclusión social, es necesario el desarrollo de indicadores y su monitorización, así como la puesta en marcha de estrategias para la reducción de las desigualdades en salud que se detecten en este proceso.

En nuestro entorno, es preciso indicar que se han desarrollado estrategias contra la exclusión de algunos colectivos mi-

noritarios con el objetivo de alcanzar coberturas adecuadas en medidas de salud pública tradicionales.

Una referencia clásica ha sido la de la política de vacunaciones, que, en el caso de población gitana, ha utilizado abordajes adaptados a sus características socioculturales, utilizando mediadores para promover la información y formación sanitaria de los padres, adaptando el horario de atención a la dinámica de funcionamiento del grupo y organizando campañas en los lugares de residencia de este colectivo con objeto de mejorar la accesibilidad de los niños. La ausencia de esta estrategia en el caso de la vacunación contra la meningitis C en la Comunidad de Madrid puede estar relacionada con que los últimos casos de esta enfermedad (2001-2002) se hayan producido en niños pertenecientes a minorías desfavorecidas (gitanos e inmigrantes) con limitaciones en el acceso a determinados recursos, como pueden ser los programas de seguimiento del niño sano de los centros de salud o las campañas de vacunaciones realizadas a través de los colegios.

Parece adecuado comentar aquí uno de los lugares comunes más frecuentes dentro del sector sanitario, como es «el intensivo uso de servicios de atención primaria y de urgencias» realizado por la población gitana. Este es un argumento utilizado en múltiples ocasiones por el personal de los servicios de salud y muy escasamente analizado por los responsables, desconociéndose en general el comportamiento exacto de esta minoría, y por tanto sus motivaciones ni la relación entre uso de servicios y necesidad. Tampoco se aborda el análisis de las diferencias de morbimortalidad que, posiblemente, presenta este colectivo, del que se puede afirmar que presenta un difícil acceso a la vivienda, a la educación, a actividades laborales más seguras, a un medio ambiente más sano (agua potable, contaminación, sistemas de eliminación de excretas) o a hábitos de

alimentación o de utilización del ocio más saludables. La población gitana forma parte de nuestra sociedad y debe abordarse desde el sistema sociosanitario su incorporación a los estándares de calidad de vida y de salud similares a la media nacional. La incorporación de gitanos portugueses y de otros procedentes de centroeuropa introduce mayores dificultades para el análisis ya que ha dejado de ser un colectivo homogéneo, con las dificultades que esto ocasiona para su estudio.

Recientemente los procesos migratorios han modificado los perfiles de una población, anteriormente muy homogénea desde el punto de vista de hábitos de vida (pautas alimentarias, creencias religiosas, actividad laboral, etc.) y de su relación con el sistema de salud. En todo el territorio, y especialmente en las localidades más afectadas por la incorporación de la población inmigrante, se ha observado su efecto sobre el sistema sanitario, las limitaciones, legales o no, para su acceso a los servicios de salud, las diferencias en morbilidad, etc. Muchos señalan la posible relación entre inmigración y marginalidad o exclusión y cabe pensar que en los próximos años deberá hacerse un esfuerzo para abordar las desigualdades de salud en los distintos grupos minoritarios de esta población. La mayor parte de la actual literatura científica publicada en nuestro entorno sobre estos colectivos hace referencia a enfermedades importadas, que, en nuestra opinión, son minoritarias y más propias del primer momento de contacto con nuestro medio social, por lo que deberían tener, en adelante, menos repercusión en la atención de los inmigrantes. También se ha centrado en la descripción de la morbilidad que sufre este colectivo por las malas condiciones de vida y de trabajo en nuestro país (como intoxicaciones derivadas del uso poco seguro de pesticidas), sin abordar la prevención de las mismas de una forma sistemática (información y formación adaptadas a su nivel de conocimiento del idioma,

exigencia de adopción de medidas de prevención, etc.). La denuncia por parte de los profesionales de la sobrecarga de trabajo asistencial derivada de la atención de la población inmigrante no se ha visto, en general, acompañada de medidas institucionales favorecedoras de la atención (acceso a traductores y mediadores sociales, distribución de documentos de apoyo para la utilización adecuada de recursos o para el seguimiento de las indicaciones terapéuticas, etc.). Además encontramos pendiente de desarrollo el abordaje de medidas administrativas (identificación en los registros de esta población: etnia, religión o cultura o país de procedencia, etc.) que puedan permitir en el futuro abordar el conocimiento de las diferencias de salud de estos colectivos.

Es habitual la relación entre embarazos no deseados en jóvenes mujeres inmigrantes. En monitorizaciones del Reino Unido se observa que la mayor tasa de mortalidad infantil en el año 2000 se produjo entre madres nacidas en Pakistán, mientras que en el año anterior eran las madres procedentes del Caribe las que ocupaban esta primera posición. Parecería adecuado monitorizar en nuestro entorno indicadores que permitan conocer estos datos y su evolución, con objeto de diseñar estrategias de intervención que prevengan el incremento de morbimortalidad en niños españoles hijos de mujeres inmigrantes.

También en los últimos años se ha empezado a conocer la traducción en desigualdades de salud de las diferencias de género y se está trabajando en grupos etarios que presentan características de dependencia que pueden afectar desfavorablemente a su nivel de salud (jóvenes y mayores).

La población joven presenta unas características diferenciales por lo que el análisis de comportamientos saludables de los jóvenes permite abordar, con menor riesgo de fracaso, medidas

orientadas a la promoción de su salud y la introducción de medidas preventivas frente a su morbilidad.

El análisis de las necesidades de salud de los mayores, que son el grupo poblacional que va a sufrir un mayor incremento derivado de las modificaciones demográficas de nuestro país, resulta imprescindible para realizar la imprescindible adaptación de los servicios ofertados por el sistema de salud.

Dentro de un mismo territorio y en España cabe destacar los trabajos realizados sobre población perceptora de ingresos mínimos de reinserción por el Grupo de Investigación para la Exclusión Social del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra, en esta Comunidad Autónoma y en la de Madrid, orientado hacia el desarrollo de medidas multisectoriales para favorecer su proceso de integración de esta población desfavorecida socioeconómicamente. La incorporación de medidas desde el sector sanitario para favorecer su inclusión aborda una nueva perspectiva de trabajo intersectorial sobre un subgrupo poblacional en el que se concentran múltiples factores que condicionan su salud (problemas de vivienda, económicos, de apoyo y relaciones sociales, de educación, de desempleo o trabajo inestable, etc.).

Se observan dificultades importantes para abordar la problemática de la población sin residencia fija. Conocemos por diferentes estudios las tendencias y perfiles en nuestro entorno y, con menos detalle, también tenemos información sobre su mala situación de salud y de acceso a los servicios. El incremento global de esta población, que cuantitativamente no es tan importante en nuestro país como en otros de nuestro entorno, su juvenilización y feminización nos debe obligar a plantear alternativas que limiten o reduzcan los desfavorables efectos sobre la salud que tiene esta situación.

1.2. Desigualdades generadas por actuaciones del sistema sanitario

En países como el nuestro, caracterizados por la elevada prevalencia de patología crónica, adquiere importancia la función de provisión de cuidados de salud del sistema sanitario y se introducen indicadores que intentan objetivar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y el nivel de confort en su uso, así como el apoyo y confianza que éstos le proporcionan.

Los servicios y prestaciones que ofertan los servicios de salud se hacen más complejas cuando se enfrentan a procesos caracterizados por su cronicidad, a poblaciones heterogéneas y a un elevado nivel de especialización. Esta complejidad está, sólo en parte, derivada del elevado nivel tecnológico, ya que tiene mayor importancia, en nuestra opinión, la coordinación de recursos orientada hacia la continuidad de los cuidados y la cualificación de los profesionales para la provisión de servicios sanitarios, que tengan en cuenta nuevos enfoques de la atención.

La lenta y escasa adaptación del sistema a estas nuevas necesidades produce situaciones de vulnerabilidad y/o exclusión de determinados individuos o colectivos.

Cuando es la complejidad técnica de la atención el factor fundamental que hace difícil conseguir unos resultados en salud, el sistema lo resuelve con la puesta en marcha de unidades específicas. Inicialmente, e incluso a más largo plazo, estas unidades no suelen ser accesibles a toda la población y se producen exclusiones por la propia definición del mecanismo de acceso o el criterio de inclusión en el programa. Es muy frecuente la presentación pública de nuevas unidades de atención que no facilitan datos sobre los mecanismos de acceso, que, por sí solos, representan la aparición de procesos de exclusión.

Una revisión sistemática de las diferentes prestaciones ofertadas, con criterio geográfico, que es el habitualmente utilizado en la organización de los servicios de salud, puede proporcionarnos un mapa de desigualdades en el acceso a los servicios. La revisión más profunda de los criterios de gestión de la lista de espera a estos servicios, unidades o prestaciones nos puede permitir definir las desigualdades en dentro de ese área geográfica determinada. Esto sucede, por ejemplo, con los servicios de promoción o prevención (programas de salud bucodental infantil, de detección precoz del cáncer de mama, etc.), unidades de atención domiciliaria de pacientes inmovilizados o terminales o listas de espera en servicios de toxicología o quirúrgicos.

2 INDICADORES DE VULNERABILIDAD Y EXCLUSIÓN EN SALUD

Es necesaria la cuantificación de las desigualdades de salud para valorar su magnitud, su evolución en el tiempo, investigar sobre sus causas, definir las medidas orientadas hacia su reducción y medir el impacto de las mismas. También resulta interesante la identificación de indicadores de vulnerabilidad que permitan realizar intervenciones en determinados colectivos orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de los procesos de exclusión en salud.

La encuesta nacional de salud y las autonómicas permiten estimar las diferencias de salud en función de la clase social, pero también servir de referencia para analizar los resultados de encuestas realizadas en colectivos en los que se acumulan factores adversos.

No existe un instrumento de medida ideal para el análisis de las desigualdades en salud, por lo que hemos pensado que

resulta interesante recoger varios indicadores que permiten orientar el estudio de determinados colectivos vulnerables o excluidos desde el punto de vista de la salud.

La definición de indicadores cuya cuantificación dentro de unos límites definidos permita, de forma consensuada, configurar la vulnerabilidad de un grupo poblacional o su situación de exclusión, resultaría muy operativo desde el punto de vista de la organización de los servicios de salud.

Hay gran número de medidas para valorar la magnitud y la evolución temporal de las desigualdades. Las más utilizadas para comparar el estado de salud medido a través de un indicador, de dos grupos o de un grupo definido con la media son el Riesgo Relativo (cociente), el Riesgo Atribuible (diferencia) y mientras las diferentes medidas de regresión permiten describir el comportamiento de estos indicadores frente a las modificaciones de la medida socioeconómica utilizada.

2.1. Indicadores de vulnerabilidad

La identificación de los colectivos vulnerables desde el punto de vista de la salud es uno de los objetivos prioritarios de la promoción y de la prevención. Parece necesario trabajar con estos grupos identificados con objeto de avanzar hacia la disminución de las desigualdades en salud.

No tener acceso al sistema sanitario público, cuando el nivel de ingresos está por debajo de la media del entorno o el estado de salud es malo y no acuden a centros sanitarios, constituye un factor de riesgo.

Parece relevante la orientación estratégica de los programas de promoción de la salud hacia los colectivos más vulne-

rables (especialmente entre las mujeres y los jóvenes) para modificar los hábitos de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas y promover la educación para la salud en los mismos.

La salud bucodental, una de las prestaciones cuya implantación esta resultando más lenta y en la que intervenciones decididas de determinadas Administraciones autonómicas ha permitido analizar diferencias de acceso entre clases sociales antes y después de la implantación del programa.

ACCESO A LOS SERVICIOS

Personas sin acceso a los servicios de salud bucodental	El sistema sanitario público español no cubre toda la prestación, detectándose diferencias en la oferta en las distintas áreas, Comunidades Autónomas y clases sociales.
Existencia de mediadores socioculturales accesibles desde los Servicios de Atención Primaria correspondientes a poblaciones o zonas de residencia o asentamiento de grupos étnicos minoritarios o población inmigrante.	Nos parece un indicador cualitativo de gran importancia, en relación con el apartado de salud y exclusión del colectivo de población inmigrante.
Porcentaje de niños con inmunización completa	< 100%
Existencia de recursos o programas específicos dirigidos a personas «sin techo».	

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Los nacimientos y abortos en adolescentes y los nacidos con bajo peso se pueden considerar, cuando las cifras son superiores a las expuestas, como indicadores de vulnerabilidad de un colectivo.

Nacimientos en adolescentes (15-19 años)/ Total de nacimientos	>4%
Abortos en adolescentes (15-19 años)/Total de abortos	>4%
Nacidos vivos con bajo peso (<2,499 Kg.) (GRD: 629)	>6%

HÁBITOS TÓXICOS

El consumo de tabaco y alcohol, así como la tasa de obesidad, nos pueden indicar la existencia de situaciones de vulnerabilidad en salud en los grupos estudiados, ya que el valor superior a las cifras expuestas de forma orientativa se suele asociar con colectivos vulnerables de sufrir procesos de exclusión social

Adultos que fuman diariamente	> 36%
Varones que beben > 50 cc alcohol	>8%
Mujeres que beben >50 cc alcohol	>2,2%

OTROS FACTORES INDICADORES DE VULNERABILIDAD

Porcentaje familias monoparentales	> 9%
Porcentaje de mujeres maltratadas	
Hacinamiento y alta tasa de dependencia	
Maltratos y abusos en niños	> 2,3 por mil
Fracaso escolar elevado	
Personas que utilizan exclusiva o preferentemente servicios de curanderos, médicos alternativos, etc.	
Personas que residen o han residido en centros penitenciarios, centro de drogodependencia u «otros centros»	
Tasa de obesidad (Índice de masa corporal >30)	> 7,6%
Alto consumo calórico, dieta bajas en fibras.	

2.2. Indicadores de exclusión

ACCESO A PRESTACIONES

Determinadas prestaciones o servicios del sistema sanitario se han cuantificado en varios trabajos realizados a través

de encuestas en población perceptora de los ingresos mínimos de reinserción. Su importancia desde el punto de vista de la exclusión en salud es muy discutible ya que existen dificultades para su valoración al ser poco precisas y no existir consenso sobre su valor. El incremento en la precisión de estos indicadores los hace más complejos para trabajar con ellos con encuestas poblacionales. Sin embargo, el estudio, desde el sistema de salud y en grupos de pacientes con unas necesidades cuantificadas de determinadas prestaciones, podría hacer más valioso este tipo de investigación, ya que permitiría diseñar estrategias para garantizar su acceso a las mismas.

Personas que no utilizan algún tipo de prótesis o material ortopédico, aunque lo necesitarían. La cuantificación de la necesidad se hace siempre desde los servicios sanitarios, lo que puede facilitar su análisis.
Personas que no le realizan curas, aunque lo necesitarían.
Personas que no toman medicamentos, aunque lo necesitarían. Parece necesario aumentar la precisión de este indicador limitándolo a los medicamentos esenciales definidos por la OMS.
Personas que no siguen algún tipo de régimen de alimentación, por razones de salud, aunque lo necesitarían. Es necesario definir las dietas que resultan necesarias para mantener la salud y analizar los factores asociados con la no-adherencia a su seguimiento.
Hogares con personas con mal estado de salud o minusvalías, en los que no se han realizado gastos sanitarios, o han sido inferiores al 10%.

Cobertura y uso de servicios

Muchos indicadores intentan aproximarse a una evaluación de las desigualdades midiendo el acceso a servicios de salud y de uso de los mismos. En nuestro entorno el acceso al sistema sanitario público es universal (salvo para los inmigrantes no empadronados que exclusivamente tienen acceso a los servicios de urgencia), aunque siempre se detectan en las bolsas de

pobreza un pequeño porcentaje de personas con dificultades para ello (inmigrantes, personas sin residencia fija, grupos étnicos minoritarios, enfermos mentales, etc.) que resulta interesante investigar.

Las diferencias en la utilización de determinados recursos del sistema de salud, entre áreas geográficas, entre residentes en el medio rural y urbano, o entre colectivos determinados (distintas clases sociales, desempleados de larga duración, inmigrantes o grupos étnicos minoritarios, etc.), se investigan con una cierta intensidad desde el entorno sanitario.

La cobertura alcanzada por determinados programas de salud o por la cartera de servicios de atención primaria del extinto Instituto Nacional de la Salud permite estimar las necesidades cubiertas por el sistema y, por tanto, cuantificar también las desigualdades en el acceso a servicios.

Por ejemplo, el análisis de cobertura de uno de los programas con mayor impacto en la atención primaria, como puede ser el de atención a pacientes inmovilizados o terminales, que permite conocer a los que tienen acceso al programa de atención correspondiente en un ámbito geográfico, analizando las diferencias de género, edad, clase social.

El sistema de salud, que debería informar no sólo de la actividad que realiza sino justificar los motivos por los que no llega a más altas coberturas en determinados servicios.

El aumento de la incidencia de ingresos con hospitalización por determinadas enfermedades, una vez estandarizadas las tasas por edad y sexo, pueden evidenciar desigualdades de salud en determinados colectivos.

Hogares que no poseen ningún tipo de cobertura sanitaria.	
Personas que no han acudido a un centro sanitario, o recibido asistencia sanitaria hace más de 12 meses, su percepción de su estado de salud es «mas bien mala o francamente mala», y su nivel de ingresos / persona está por debajo de la media.	
Tasa de hospitalización por enfermedades infecciosas y parasitarias	> 1,8 por mil
Tasa de hospitalización por enfermedades respiratorias	> 6,3 por mil
Existencia de personas sin acceso a los Servicios de Atención Primaria	Es en Atención Primaria donde se desarrollan el mayor número de actividades de prevención y promoción de salud (por ejemplo, la inmunización infantil).

APOYO PARA LA VIDA DIARIA

La problemática del apoyo social y su relación con la salud debe ser investigada en el análisis de desigualdades, especialmente en aquellos hogares en los que hay personas con minusvalías o con dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, especialmente cuando el nivel de ingresos está por debajo de la media del entorno.

Hogares con personas que presentan dificultades graves en el desarrollo de la vida diaria por problemas de salud y su nivel de ingresos / persona está por debajo de la media de la Comunidad.
Hogares con personas con minusvalía, carecen de apoyo externo y su nivel de ingresos / persona está por debajo de la media de la Comunidad.
Hogares con más de la mitad de las personas con mal estado de salud o minusvalías y en los que su nivel de ingresos / persona está por debajo de la media de la Comunidad.

MORBILIDAD

El padecimiento de determinadas enfermedades infecciosas y algunos procesos crónicos se está recogiendo como indica-

dor de desigualdades de salud por su asociación con factores de calidad de vida y hábitos de salud.

Por otra parte resulta ya clásica la relación, evidenciada desde las primeras encuestas de discapacidades, deficiencias y minusvalías (INE, 1986), entre nivel de estudios y de ingresos y el padecimiento de las mismas. También se ha puesto de manifiesto, a través de las sucesivas encuestas nacionales de salud, la asociación entre la prevalencia de varias enfermedades crónicas y nivel de ingresos, y entre nivel de estudios e incapacidad temporal y obesidad.

Incidencia y prevalencia de la tuberculosis, mayor a la media	I.> 0,3 por mil
Incidencia y prevalencia de SIDA, mayor a la media	I.> 0,14 por mil.
Mayor tasa de hospitalización por enfermedad mental	> 2,4 por mil.
Incidencia y prevalencia de enfermedad mental, mayor a la media	

MORTALIDAD

Las tasas de mortalidad específicas por edad y sexo, la esperanza de vida, la esperanza de vida libre de incapacidad y los años potenciales de vida perdidos, así como las de mortalidad y hospitalización para enfermedades infecciosas y respiratorias, constituyen, entre otros, indicadores clásicos para el análisis de las desigualdades. Se han analizado en España con distintos niveles de agregación espacial (provincias, áreas pequeñas y comunidades) y utilizando distintos indicadores socioeconómicos así como mediante el estudio de clases sociales (clasificadas según la actividad laboral).

También se ha estudiado la mortalidad en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos en relación con factores socioeconómicos de las familias, encontrando un mayor riesgo en los más desfavorecidos.

Tasa de mortalidad infantil
Mortalidad neonatal y postneonatal
Tasa de mortalidad menores de 65 años
Tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias
Tasa de mortalidad por enfermedades respiratorias
Años potenciales de vida perdidos

3 BIBLIOGRAFÍA

- AIZPURUN BARANDIARÁN, F.; ANITUA TREVIJANO, C.; SANZO ALLAKARIZKETA, J. M.: «1986–1997: Reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios dentales en la Comunidad Autónoma del País Vasco». *Gac Sanit*, 1999, n.º 90, pág. 9089.
- BORREL, C.; RU, M.; PASAR, M. I.; BENACH, J.; KUNST, A.E.: «La medición de las desigualdades en salud». *Gac Sanit*, 2000, n.º 14, págs. 20–33.
- CABRERA CABRERA, P. J.: *Huéspedes del Aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas, 1998.
- GARCÍA DE OLALLA, P.; JANSÁ, J. M.; BADA, J. L.; CAYLA, J. A.: «Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros». *Gac Sanit*, 2000, n.º 14, págs. 189–194.
- MUÑOZ, M.; VÁZQUEZ, C.; CRUZADO, J. A.: *Personas sin Hogar en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico*. Madrid: Serie Informes Técnicos. Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, 1995.
- NAVARRO, Vicente; BENACH DE ROVIRA, Juan: «Desigualdades Sociales de Salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudio de las desigualdades sociales de Salud en España». *Rev Esp Salud Pública*, 1996, n.º 70, págs. 505–636.
- PASARÍN, M. I.; BORREL, C.; BRUGAL, M. T.; DÍAZ DE QUJANO, E.: «Privación material y privación social: su impacto en las desigualdades de salud». *Gac Sanit*, 1999, n.º 90, pág. 9093.

- PASARÍN, M. I.; BORREL, C.; PLASENCIA, A.: «¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?». *Gac Sanit*, 1999, n.º 6, págs. 431-440.
- REGIDOR, E.; GUTIÉRREZ-FISAC, J.; RODRÍGUEZ, C.: *Diferencias y desigualdades de salud en España*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- ROHIFS, I.; BORREL, C.; FONSECA, M. do C.: «Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos». *Gac Sanit*, 2000, n.º 14, págs. 60-71.
- STARFIELD, Barbara: *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
- TEROL, Enrique: *Desigualdades en Salud. Análisis de la asociación entre clase socio-económica e indicadores de mortalidad en el municipio de Madrid*. Trabajo de Tercer Ciclo. Madrid: Facultad de Medicina, 1991.
- WHITEHEAD, Margaret: «The concepts and principles of equity and health». *International Journal of Health Service*, 1992, n.º 22, págs. 429-445.

La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica

Salvador Peiró

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Sumario

1. Introducción—2. Utilidad de la medición de resultados—3. La medida de la calidad de vida.—4. Aspectos clinimétricos de los instrumentos de medición.—5. La elección de la medida de resultado y de los instrumentos de medición.

RESUMEN

El entorno actual de la atención sanitaria ha favorecido el desarrollo de la investigación de resultados de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la rápida difusión de muchos de sus elementos a la práctica habitual. La CVRS define el impacto de la enfermedad —y su tratamiento— sobre todos los aspectos de la vida del paciente. Es un concepto subjetivo y multidimensional que incorpora componentes de función física (capacidad para las actividades de la vida diaria y para el esfuerzo), función psicológica (afectiva y cognitiva), interacción y función social, sensaciones somáticas, limitaciones y auto-percepción de salud. Actualmente existen centenares de instrumentos de medición que suelen clasificarse en perfiles de salud e

índices y en instrumentos genéricos y específicos. Su utilización en investigación y en la práctica clínica requiere el cumplimiento de determinadas propiedades clinimétricas, pero ninguna medida de resultado, en abstracto, debe considerarse superior a otra, y la elección dependerá del objetivo de los condicionantes de factibilidad del estudio.

ABSTRACT

The current environment of the healthcare system has favored the development of health-related quality of life research (HRQoL) and the quick diffusion of many of its elements to the practice. The HRQoL defines the impact of the illness –and its treatment– on all aspects of the patient's life. It is a subjective and multidimensional concept incorporates components of physical function (capacity for daily living activities and energy), psychological function (affective and cognitive), interaction and social function, somatic sensations, limitations and selfperception of health. At the moment hundreds of HRQoL instruments have been developed. Usually they are classified in health profiles and indexes, and in generic and specific instruments. Their use in research and clinical practice requires of certain clinimetrics properties, but any aoutcomes measure in abstract should be considered superior that other, and the election will depend on the objective and feasibility of the study.

1 INTRODUCCIÓN

Probablemente los elementos que mejor configuran el entorno actual de la atención sanitaria incluyen (1): a) una mayor preocupación por el gasto sanitario de los Gobiernos y las sociedades; b) la conciencia de amplias variaciones en la práctica médica, no explicables por diferencias en la morbilidad de las poblaciones; c) la preocupación por la eficacia, efectividad y seguridad de las prácticas sanitarias, que aumenta en presencia de una fortísima innovación tecnológica —en productos antes que en procesos— y que, sin embargo, tiene un impacto decreciente sobre la salud de las poblaciones, y d) la creciente insatisfacción de los pacientes acompañada de un mayor interés en obtener información sanitaria y en participar en las decisiones que afectan a su salud. Este contexto ha favorecido la popularidad de una variante de investigación clínica, la investigación de resultados (*outcomes research*) y la rápida difusión de muchos de sus elementos a la práctica clínica habitual.

Avedis DONABEDIAN conceptualizó la evaluación en atención sanitaria en la tríada estructura, proceso y resultados (2). Los procesos se refieren a aquello que los proveedores de servicios (hospitales, centros de salud, servicios, médicos, etc.) hacen a, por y para los pacientes y como los pacientes buscan

(1) MENEU, Ricardo; ORTÚN, Vicente; PEIRÓ, Salvador: *Medicina basada en l'evidència: possibilitats i limitacions per a la compra de serveis*. En: LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem: *La contractació de serveis sanitaris*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998, págs. 185-207.

(2) DONABEDIAN, Avedis: *Evaluating the quality of medical care*. MILBANK QUARTERLY 1966; 44, págs. 166-206.

la atención médica y responden a las pautas terapéuticas recomendadas. El impacto de estos procesos sobre la salud de los pacientes son los *resultados (outcomes)* (3), definidos como *los cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades, que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual* (4). Atendiendo al sentido de estos cambios, los resultados pueden considerarse favorables (reflejando una mejora en una o más de las dimensiones del estado de salud) o adversos (representando un deterioro).

Dado que los procesos de cuidados afectan diferentes dimensiones del estado de salud y que los resultados pueden interrelacionarse, es necesario distinguir entre resultados finales (*end points*) y resultados intermedios o supletorios (*surrogate endpoints*) (5). Los resultados finales son aquellos que tienen relevancia clínica para los pacientes y son los que realmente se desea conseguir con las intervenciones sanitarias. La investigación clínica a menudo utiliza resultados intermedios (por ejemplo, control de la presión arterial) como evidencia de éxito/fracaso en el tratamiento o en el proceso de cuidados, pero este tipo de resultados debe ser visto con cautela, porque lo que realmente se desea es reducir la mortalidad (o la mortalidad cardíaca, o la incidencia de infartos) y no en todos los grupos de pacientes la asociación entre *surrogate endpoints* y *endpoints* tiene la misma importancia.

(3) La traducción de *outcomes* como «desenlaces» (en vez de «resultados») sería, probablemente, más adecuada al significado del término. No obstante, el uso del término «resultados» se ha generalizado y es el que se usa en este texto.

(4) DONABEDIAN, Avedis: The quality of care: how can it be assessed? *Journal of the american medical association*, 1988; 260, págs. 1743-1748.

(5) DONABEDIAN, Avedis: The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 1992; 18, págs. 356-360.

En la Tabla 1 se muestran los resultados más empleados en atención de salud con algunos ejemplos de operativización de estos resultados. La *mortalidad*, uno de los resultados más utilizados por su rotundidad y fácil disponibilidad; suele emplearse en diferentes ventanas temporales (en relación con el tipo de patología), por causas específicas, o como supervivencia tras el diagnóstico, usual en oncología. Las *complicaciones y otros sucesos adversos* como los reingresos, las infecciones nosocomiales y algunas complicaciones específicas (de herida quirúrgica, recidivas, fracasos de intervención, reacciones adversas a medicamentos), son cada vez más empleadas junto a –o en lugar de– la mortalidad, tanto por su mayor frecuencia (mayor poder estadístico), como por una presumible mayor relación con problemas de calidad en la atención susceptibles de corrección. La *estabilidad o mejoría de los sistemas fisiológicos* es empleada típicamente en las unidades de cuidados intensivos donde muchas de estas variables son críticas en la valoración de resultados inmediatos (normalización de iones, gases, frecuencia cardíaca, etc.), pero también como medidas intermedias de resultado en muchas patologías crónicas (disminución de la presión arterial en mmHg, reducción de los niveles hemáticos de lípidos, etc). Acompañando a las transformaciones sociales y el cambio del papel de los usuarios de los servicios de salud, la *satisfacción de los pacientes* se ha ido convirtiendo en un resultado importante, para cuya medición se han desarrollado numerosos marcos conceptuales y encuestas específicas. Cabe señalar, no obstante, que este tipo de encuestas se utilizan más como instrumentos de mejora de calidad que como medida de resultados de la atención sanitaria.

Tabla 1. Resultados de la atención de salud

Supervivencia o mortalidad	Mortalidad intrahospitalaria; mortalidad durante la estancia en UCI; Mortalidad a los n días del episodio o ingreso o alta o intervención; supervivencia a los n años del diagnóstico.
Otros sucesos adversos	Reingresos en determinados períodos o por causas específicas; infecciones nosocomiales; patología iatrogénica; reacciones adversas a fármacos; complicaciones post-quirúrgicas; reintervenciones; fracasos de intervención y recidivas.
Estabilidad de los sistemas fisiológicos	Normalización/mejora de signos clínicos: pulso, temperatura u otros; normalización/mejora de parámetros bioquímicos; normalización mejora de otros parámetros.
Satisfacción	Encuestas de satisfacción y otros instrumentos.
Estado funcional	Capacidad para el esfuerzo; capacidad para las actividades de la vida diaria; capacidades específicas: visuales, movilidad y otras similares; normalización/mejora en pruebas funcionales.
Funcionamiento psico-social	Estado cognitivo; escalas de ansiedad, depresión, estrés y otras similares.
Calidad de vida relacionada con la salud	Medición de utilidades; índices de estado de salud; perfiles de salud genéricos o específicos; instrumentos diagnóstico-específicos de medición de calidad de vida.

La *capacidad funcional* (muy empleado en especialidades como la cardiología o neumología, con clasificaciones y pruebas funcionales objetivas de amplio uso, como las pruebas respiratorias, de esfuerzo y otras), así como el *funcionamiento psico-social* se han convertido en piezas clave para medir resultados importantes para los pacientes y, en algunas especialidades (por ejemplo, la cirugía ortopédica o la rehabilitación) son la medida básica de resultados. La capacidad funcional implica una valoración por alguien *externo al paciente* y con *criterios objetivos* de los efectos de la enfermedad sobre la vida del individuo (6); la

(6) BOWLING, Ann: *Measuring disease*. Buckingham, UK: Open University Press, 1995.

valoración funcional excluye los aspectos subjetivos y, por tanto, va a requerir siempre un evaluador. Las mediciones se concretan como puntuaciones en *escalas de valoración funcional genéricas* (índices de actividades de la vida diaria) o *específicas de las patologías a valorar* (por ejemplo, *Knee Society Score*, escalas de agudeza visual, etc.). Lo esencial de estos instrumentos es que permitan cuantificar los resultados clínicos relevantes en muchas patologías (o servicios) de un modo factible, uniforme, objetivo y reproducible.

La medición de la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS) supone un esfuerzo para medir de forma comprensiva los resultados importantes para los pacientes. Puede definirse como el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre el conjunto de la vida del paciente, valorado por el propio paciente. En cierto modo, surge como una extensión de las medidas de capacidad funcional a las que se incorporan una serie de componentes, entre los que destacan la *percepción subjetiva por parte del paciente del impacto de la enfermedad* sobre su vida (7) (8), aspecto que requería un enfoque multidimensional y no sólo de función y la relación con los cuidados de salud (9). Este último aspecto es trascendente porque el término calidad de vida era excesivamente abstracto y las aproximaciones útiles en el contexto de la atención médica se concentran en aquellos aspectos de la experiencia vital de las personas relacionados con la salud y la asistencia sanitaria (aspecto que es descrito con mayor exactitud por el término calidad de vida relacionada con la salud (*health rela-*

(7) SPITZER, Walter O.: State of science 1986. Quality of Life and functional status as target variables for research. *Journal of chronic diseases*, 1987; 40, págs. 465-471.

(8) WIKLUND, Ingela; LINDVALL, K.; SWEDBERG, K., *et al.*: Self-assessment of Quality of life in severe heart failure: An instrument for clinical use. *Scandinavian Journal of psychology*, 1987; 28, págs. 220-225.

(9) FLETCHER, A.; HUNT, B., BULPITT, C.: Evaluation of Quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *Journal of chronic diseases* 1987; 40, págs. 459-463.

ted quality of life). Pese a todo, la CVRS es un concepto no unitario, difícilmente abordable desde una perspectiva unidimensional, que varía con el enfoque que se aplica a la medición y donde todavía existen importantes problemas para decidir qué dimensiones medir, qué peso otorgar a cada dimensión y como limitar la valoración —dentro del concepto de CVRS— a los dominios que se encuentran afectados por la salud (10).

2 UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE RESULTADOS

Comparar resultados es la forma usual de evaluar la eficacia de los medicamentos, pruebas diagnósticas y otras tecnologías (incluyendo las educativas, organizativas, etc.). Típicamente esta comparación se realiza mediante ensayos clínicos con asignación aleatoria de pacientes a dos o más grupos; la idea básica que subyace en la comparación es que las diferencias —estadísticamente significativas— en resultados para los pacientes habrán sido causadas por diferencias en la eficacia de los tratamientos o las tecnologías. La asignación aleatoria de los pacientes es esencial en este tipo de estudios, ya que garantiza que quienes recibieron un determinado tratamiento no eran distintos de los que recibieron el tratamiento alternativo y, excluidas las diferencias entre pacientes como causa de las diferencias en resultados, permite atribuir los mejores resultados a la superioridad de un tratamiento sobre la alternativa.

La comparación de resultados de fármacos o tecnologías en la práctica real (efectividad) y las comparaciones entre proveedores de servicios sanitarios (calidad) fueron un área minusvalorada hasta que el desarrollo de los *Patient Outcomes Research Teams*

(10) AARONSON, Neil K.: *Methodological Issues in Assessing the Quality of Life of Cancer Patients*. *CANCER*, 1991; 3, págs. 844-850.

(PORT) (11) en Estados Unidos y la publicación en 1987 de las tasas de mortalidad para más de 5.000 hospitales la *Health Care Financing Administration* (HCFA) (12) despertaron una atención sin precedentes hacia la medición de resultados en condiciones reales. El problema fundamental al comparar los resultados fuera de situaciones experimentales estriba en que, como es obvio y a diferencia de los ensayos clínicos, los pacientes no han sido asignados aleatoriamente al tratamiento o a uno u otro centro sino que, al menos en buena parte, han sido asignados en función de su condición clínica. En esta situación no puede presumirse que las diferencias en resultados se deban a la efectividad de los tratamientos o la calidad de los proveedores, ya que estarán muy influidos por las características de los pacientes tratados de una u otra forma (13). Las características de los pacientes que definen su riesgo de peores resultados se agrupan bajo el nombre de *gravedad* (*severity*), concepto que, en esta acepción, no debería ser interpretado sólo como riesgo de muerte, sino como la probabilidad previa (derivada de las características del paciente y no de la atención recibida) de obtener el resultado que se está midiendo. Este marco puede representarse mediante un esquema en el que el riesgo derivado de las características previas del paciente (gravedad) (14), más la efectividad del tratamiento y la calidad del proveedor, conducirán a diferentes resultados y, en sentido inverso, las diferencias en resultados permitirán inferir hacia la efectividad/calidad si se ha controlado el efecto de la gravedad.

(11) GOLDBERG, H. I.; CUMMINGS, M. A.; STEINBERG, E. P., *et al.*: *Deliberations on the Dissemination of PORT Products: Translating research findings into improved patient outcomes*. MEDICAL CARE, 1994; 32 (supl), págs. JS90-JS103.

(12) HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION. *Medicare Hospital Mortality Information: 1986*. Vol II. Washington: Department of Health and Human Services, 1987.

(13) PEIRÓ, Salvador: Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Revista de Calidad asistencial*, 2001; 16, págs. 119-130.

(14) IZZONI, Lisa I.: *Risk adjustment for measuring health care outcomes*. 2 ed. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1996.

La forma de abordar el problema de si las diferencias en resultados se debe a la diferente gravedad de los pacientes o a diferencias en calidad es la habitual en epidemiología cuando se quiere aislar el efecto de factores de confusión: ajustar (usualmente mediante la modelización multivariante) los resultados obtenidos, por aquellas características de los pacientes que definirían su riesgo previo respecto al resultado que se utiliza. Si se quieren valorar diferencias en cualquier otro resultado (muertes, reingresos, complicaciones, calidad de vida) entre tratamientos u hospitales, pueden construirse modelos matemáticos con las variables de interés (edad, comorbilidad, diagnóstico, estabilidad clínica, etc.) para cada uno de estos resultados; de esta forma puede obtenerse un resultado ponderado por la gravedad de los pacientes atendidos en cada centro que, hasta cierto punto, puede interpretarse como el resultado que habría tenido cada centro si sus pacientes hubieran sido iguales en las variables incluidas (en otras palabras, el resultado teórico que habrían tenido los hospitales si hubieran atendido pacientes hipotéticos con la edad promedio de todos los hospitales, el sexo promedio, un diagnóstico promedio, etc.). Esta es la base para la construcción de sistemas de clasificación de pacientes o —generalizando, ya que hay sistemas que no construyen grupos de pacientes— sistemas de ajuste de riesgos (*risk adjustment systems*) que, simplificando, no son más que métodos de cuantificar la probabilidad que tienen los pacientes de obtener un determinado resultado (15).

3 LA MEDIDA DE LA CALIDAD DE VIDA

El *estado funcional* es conceptualizado usualmente como la capacidad para procurarse los propios cuidados y desarrollar

(15) PEIRÓ, Salvador: *Medidas de actividad y producto sanitario*. En: DEL LLANO SEÑARIS, Juan, *et al.*, eds.: *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998, págs. 197-218.

las actividades físicas y su restauración es un objetivo esencial de la atención sanitaria por lo que usualmente suele considerarse un *endpoint* final. La capacidad funcional tuvo serias dificultades para ser utilizada como medida de resultados hasta que surgieron las escalas de valoración funcional en la década de los cincuenta, cuyo objetivo básico era permitir una valoración inicial de la funcionalidad tras la identificación de la patología, hacer el seguimiento del proceso, valorar los resultados una vez finalizado el proceso, comparar resultados con otros profesionales que han utilizado la misma intervención terapéutica o comparar diferentes terapias ante un mismo problema y, en resumen, proporcionar una base para la comunicación científica y para evidenciar de forma objetiva la eficacia de los tratamientos (aunque se ha hecho hincapié en el aspecto objetivo de la valoración funcional, algunas escalas –sobre todo las específicas de articulaciones– incluyen la valoración del dolor, aspecto en buena medida subjetivo y que las aproxima a las escalas de calidad de vida).

Las actividades de la vida diaria (AVD) fueron el primer parámetro funcional ampliamente aceptado y reconocido y se definen como aquellas funciones físicas, diarias y rutinarias, necesarias para vivir. Incluyen actividades de cuidado personal (vestido, baño, aseo personal, uso del retrete, transferencias, alimentación, continencia, movilidad en interiores) y, aunque existe un acuerdo general en lo que constituye el núcleo central de las AVD, las llamadas AVD básicas (AbVD), existen variaciones en las actividades incluidas en diferentes escalas. Las escalas de valoración de las AbVD más utilizadas son el *Index of Independence in Activities of Daily Living* (ADL) (16) y el *Barthel*

(16) KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R. W., *et al.*: Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardised measure of biological and psychosocial function. *Journal of the american medical association* 1963, 185, págs. 914-919.

Index (17). La principal limitación de las escalas de AbVD es su escasa sensibilidad para detectar cambios clínicos pequeños, aunque éstos sean relevantes. Para corregir este aspecto se desarrollaron las escalas de valoración de las AVD instrumentales (AiVD), que incluyen actividades más complejas (necesarias para vivir independiente en el domicilio y en la comunidad: preparación de la comida, cuidado del hogar, lavado de ropa, capacidad para usar el teléfono, uso del transporte público, responsabilidad con el uso de la medicación y manejo del dinero, así como el cuidado de niños y la movilidad fuera del hogar) y son más sensibles a los cambios. Entre las escalas de AiVD más utilizadas se encuentran *the Physical Self-Maintenance Scale* (18), más conocida como índice de Lawton.

Aunque la capacidad para realizar las AVD se ha usado como sinónimo de función o rendimiento físico, sólo supone una parte de la función física global que abarcaría también las dimensiones mental, emocional y social. Dentro de este contexto se han elaborado escalas de valoración funcional globales o mixtas que incluyen aspectos de la función física, de la comunicación, cognitivos, sociales y psicosociales, entre las que destaca *The Functional Status Index*. Igualmente, muchas escalas son específicas de un órgano (escalas de agudeza visual), de una articulación y, en algunos casos, los resultados de algunas pruebas son equiparables a la medida de la función de un órgano (audiometría, pruebas funcionales respiratorias, ergometría...). Señalar, finalmente, que las escalas de valoración globales incluyen muchos aspectos sobre los que no es posible la intervención médica, por lo que en muchos casos se seleccio-

(17) MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W., Functional evaluation: The Barthel Index. MARYLAND STATE MEDICAL JOURNAL 1965, 14, págs. 61-65.

(18) LAWTON MP, BRODY EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. THE GERONTOLOGIST, 1969; 9:179-86.

nan aquellos aspectos de una escala más relevantes para la evaluación de un proceso concreto.

La *calidad de vida relacionada con la salud* define el impacto de la enfermedad –y su tratamiento– sobre todos los aspectos de la vida del paciente. La CVRS es un concepto subjetivo y sólo puede ser valorado por el propio paciente. La valoración por los profesionales no sólo es inadecuada, sino –como han demostrado varios trabajos en los que estas valoraciones diferían ampliamente de las realizadas por los pacientes– inexacta. Hay que señalar que la subjetividad de las medidas de CVRS no implica falta de reproductibilidad que, en general, es similar a la de las medidas facilitadas por instrumentos objetivos.

La consideración multidimensional de la CVRS obliga a identificar y operativizar los componentes que la van a integrar. Las primeras medidas de calidad de vida por su proximidad –cuando no confusión– con las medidas de capacidad funcional enfatizaban los componentes relacionados con la funcionalidad física. Evolutivamente, sin embargo, se han ido incluyendo un mayor número de dimensiones pertenecientes a la vida psicológica y social, y a definir con una mayor especificación los dominios que conforman cada una de ellas. En los trabajos actuales existe un considerable consenso para incluir –como mínimo– dimensiones que recojan la experiencia biológica (funcional y de la enfermedad), psicológica, interpersonal, social y económica. Incluso, algunos instrumentos, como el *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*, permiten a los pacientes especificar las dimensiones que mayor impacto tienen en su CV, metodología que maximiza la relevancia individual de las mediciones, aunque no sin problemas, especialmente cuando se desea comparar los resultados con otros grupos de individuos. Las dimensiones de mayor interés podrían describirse como:

- ***Función física.*** Similar al concepto de capacidad funcional, resulta la función más cercana a las medidas clínicas tradicionalmente usadas en Medicina. Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad usual. Presentan una buena correlación con las estimaciones médicas sobre la función y bienestar que tiene el paciente. La función física contempla fundamentalmente dos dominios: 1) La capacidad para las *actividades de la vida diaria*, como las restricciones del movimiento corporal (andar, inclinarse, subir/bajar escaleras), limitaciones en la movilidad (permanencia en cama), o interferencia con las actividades de autocuidado (bañarse, vestirse, o comer), y 2) La *capacidad para el esfuerzo*, o energía o actividad positiva, se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o a la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga, y está siendo cada vez más utilizado en la evaluación de la calidad de vida.
- ***Función psicológica.*** La función psicológica se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Para los últimos, se utilizan los dominios del bienestar subjetivo tales como felicidad, satisfacción con la vida y afectividad positiva, mientras que los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, confusión o deterioro para pensar y concentrarse. Ambos componentes, afectivo y cognitivo, participan en los juicios que se hacen sobre la propia calidad de vida, y están significativamente influenciados por el proceso de la enfermedad y el tratamiento. La *función afectiva*, referida al distrés psicológico, ha producido el desarrollo de numerosas escalas orientadas sobre todo a la evaluación de la depresión y ansiedad. A partir de estudios realizados se desprende lo que parece ser un patrón natural derivado del estado

emocional que acompaña al diagnóstico y a las inciertas expectativas del tratamiento. La *función cognitiva* es también considerada un importante componente del bienestar psicológico, ya que la memoria y la capacidad para llevar a cabo tareas intelectuales tienen una gran importancia para las personas, la pérdida o deterioro de esas funciones cognitivas puede producir un gran estrés psicológico. Existen numerosas pruebas para evaluar el funcionamiento intelectual, y de ellos se obtienen los ítem sobre el curso del pensamiento, la atención y la concentración para incluirlos en las medidas de calidad de vida, aunque relacionados con otros componentes psicosociales.

- ***Interacción y función social.*** Se refiere a la capacidad del paciente para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social. Estas interacciones están tradicionalmente estructuradas en una forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia. La función social es entendida como componente y determinante de la calidad de vida de la persona. Incluye las limitaciones en roles sociales habituales, integración social, contacto social e intimidad. Las limitaciones en los roles habituales son evaluadas en relación a la actividad más importante de la persona, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas.
- ***Sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones.*** Reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o tratamiento. En general se consideran los síntomas o molestias referenciadas por el pacien-

te, las sensaciones displacenteras que pueden resultar detractoras de la calidad de vida de un individuo, como el dolor, náuseas y disnea entre otros. También se incluyen los signos obtenidos de la exploración clínica, los resultados o medidas fisiológicas provenientes de pruebas diagnósticas y el diagnóstico y estado funcional de la enfermedad. Resultan el dominio de carácter más objetivo, y suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida diseñados para enfermedades específicas.

- **Percepciones de salud.** Basadas fundamentalmente en autoinformes de percepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Por otra parte, la salud percibida puede también ser un indicador del valor que tienen los cuidados médicos en el restablecimiento del paciente, y pueden utilizarse como predictor de la mortalidad. En esta dimensión se incluye también la –satisfacción con la salud– derivada de las actividades, relaciones y estados de ánimo con los que los pacientes se comportan, toman decisiones, se comunican con los profesionales, siguen el tratamiento prescrito y aceptan lo inevitable.

Pese a la importancia de la conceptualización de las dimensiones incluidas en cada instrumento de medición, en la actualidad sigue sin existir uniformidad en la cantidad, significados e importancia con la que contribuyen en la calidad de vida. Por otra parte, la influencia de valores socioculturales en la calidad de vida percibida corrobora la necesidad de utilizar componentes acordes al contexto a evaluar. En la Tabla 2 se muestran algunos de los instrumentos de medición de la calidad de vida más conocidos, con detalle de las dimensiones que analizan.

Tabla 2. Dimensiones y dominios valorados por diferentes instrumentos de medición de calidad de vida relacionada con la salud.

Dimensión	Física	Psicológica	Interacción y función social		Dimensión	Física	Psicológica	Global
			Autopercep.	Autopercep.				
Dominio	AVD y esfuerzo	Síntomas psíquicos	Nivel vida	Familia	Rol social	Ocio y creatividad	Trabajo	Bienestar autopercebido
SIP	SI	–	SI	–	SI	SI	SI	SI
NHP	SI	–	–	–	SI	–	–	SI
MOS SF36	SI	–	–	SI	SI	SI	SI	SI
QoL Index	SI	–	–	SI	SI	–	SI	SI
QWB Scale	SI	SI	–	–	SI	–	SI	–
GHQ	–	SI	–	–	–	–	–	SI

SIP: *Sickness Impact Profile*; NHP: *Nottingham Health Profile*; MOS-SF36: *Medical Outcomes Study Short Form 36*; QoL Index: *Quality of Life Index*; QWB: *Quality of Well-Being Scale*; GHQ: *General Health Questionnaire*.

Los instrumentos de medida de la CVRS pueden clasificarse según diferentes criterios como el tipo de población a la que se dirige, los dominios y/o conceptos que cubre, el sistema de puntuación bajo el que refleja el nivel individual y/o global de los componentes y algún otro. No obstante, para diferenciar el conjunto de medidas que incluyen diversos aspectos relacionados con la calidad de vida, el criterio más utilizado es el que se refiere a su aplicación general (a diferentes poblaciones) o específica (enfermedades concretas), conocidas comúnmente como *instrumentos genéricos* e *instrumentos específicos*. El propósito de los instrumentos genéricos es ser aplicables a una gran variedad de poblaciones. Se dividen perfiles e índices o medidas de utilidad.

Los *perfiles de salud* miden diferentes aspectos de la calidad de vida utilizando un sistema de puntuación común, que puede corresponder a un número reducido de ítem que conforman una

dimensión, o bien algunas veces también permiten obtener una puntuación global, a partir de la suma de valores alcanzados en cada dimensión. Aunque cada perfil trata de reunir todos los aspectos relevantes de la calidad de vida, la importancia y en consecuencia el número de ítem otorgados a cada dominio es bastante diferente. Así, existen instrumentos que exploran las dimensiones físicas, emocionales y sociales de modo equitativo mientras otros cargan sobre algún dominio un número mayor de ítem, enfatizando con ello su valoración. Como principales ventajas, los perfiles suelen tener estudios de fiabilidad y validez bien establecidos, con frecuencia dirigidos a distintas poblaciones. Para propósitos discriminativos, se puede examinar y determinar el área de disfunción que afecta a un individuo o grupo. La identificación de estas áreas permite a su vez guiar la elaboración de instrumentos específicos y orientar la intervención clínica hacia donde produzca un mayor impacto en la calidad de vida. Cuando se aplican con propósitos evaluativos, también permiten determinar los efectos de la intervención sobre diferentes aspectos de la calidad de vida sin necesidad de aplicar múltiples instrumentos. Por otra parte, dada su amplia aplicabilidad, facilitan la realización de estudios comparativos en distintas poblaciones. Por último, aquellos que proporcionan una puntuación global pueden utilizarse en los análisis de coste-beneficio sobre las intervenciones clínicas. Entre las desventajas, pueden focalizar su atención hacia ciertos aspectos de la calidad de vida que no sean los que más interesan al objetivo de un determinado estudio, perdiendo sensibilidad cuando se aplican a poblaciones con enfermedades específicas (19).

Los *índices* son medidas derivadas de la teoría económica de la decisión. La calidad de vida se mide de modo global con un simple número que representa el valor en un continuo,

(19) DEYO, Richard A.; CENTOR, Robert M.: Assessing the responsiveness of functional scales to clinical change: An analogy to diagnostic test performance. *Journal of chronic diseases*, 1986; 39, págs. 897-906.

generalmente de 0 (muerte o peor situación posible) a 1 (salud completa). Para su aplicación en estudios clínicos, existen dos aproximaciones fundamentales. La primera es aquella en la que se pregunta al paciente un número de cuestiones sobre sus funciones. En base a sus respuestas, se clasifica al paciente en una determinada categoría. Cada una de ellas está asociada a un beneficio o utilidad, que ha sido previamente establecido en otros grupos. Este enfoque caracteriza a los instrumentos conocidos como Escalas de la Calidad del Bienestar y el más utilizado en nuestro entorno es, probablemente, el EuroQol. La segunda aproximación es la que recoge en un simple ratio o medida agregada todos los valores obtenidos en los diferentes aspectos de la calidad de vida. Aquí los métodos más utilizados han sido la «lotería» estándar (*standard gamble*) y la preferencia temporal (*time trade-off*). La mayor ventaja de estas medidas es su adecuación a los análisis coste-utilidad en la evaluación económica que relaciona el coste de una intervención con los años de vida ajustados por calidad (*Quality Adjusted Life Year, QALY*) que puede proporcionar, aspecto que –en teoría– permitiría asignar recursos para aquellos programas de salud que más calidad de vida produzcan. Entre las limitaciones, las utilidades pueden variar en función de como fueron obtenidas, y se cuestiona la validez de una simple medida agregada. Además, no permiten determinar qué aspectos de la calidad de vida son responsables de los cambios –utilidad clínica– y son menos sensibles que los perfiles para detectar pequeños cambios clínicos.

Otra alternativa en la medida de la calidad de vida es focalizar sobre aspectos que se consideren relevantes para un determinado problema de salud y aumentar la sensibilidad del instrumento sobre esa enfermedad en concreto. Este es el objetivo de los *instrumentos específicos* que pueden partir de una relación previamente establecida, o bien centrarse en los problemas

que refiere el individuo (20). La especificidad de un instrumento puede referirse a un tipo de enfermedad (dirigido a patologías oncológicas, cardíacas o respiratorias), pero también puede orientarse a una determinada población (como los diseñados para evaluar la calidad de vida de los ancianos que presentan una gran variedad de problemas), a una función en especial (cuestionarios que examinan la función emocional o sexual), o bien ser específicos de una condición o problema común para diferentes enfermedades (por ejemplo, el dolor). De todas estas aproximaciones, la que ha motivado un mayor desarrollo de instrumentos es la dirigida a medidas específicas de enfermedad que han proporcionado una considerable utilidad en estudios clínicos. Sus mayores desventajas son la imposibilidad de utilizarlos en condiciones diferentes para las que fueron diseñados, dada la deliberada ausencia que presentan en recoger la totalidad de aspectos de la calidad de vida, por lo que en algunas ocasiones se aplican junto a otro genérico. En la actualidad es posible encontrar una amplia lista de instrumentos diseñados para este fin, pero la mayoría de ellos, bien por su limitación a una determinada patología, bien por sus escasas propiedades psicométricas, han sido aplicados a un reducido número de estudios.

4

ASPECTOS CLINIMÉTRICOS DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Un instrumento de medida debería cumplir fundamentalmente tres requisitos: discriminar, predecir y evaluar, aspectos complementarios que otorgaran un importante poder al instru-

(20) GUYATT, Gordon; FEENY, David H.; PATRICK, Donald L.: Measuring Health-related Quality of Life. *Annals of internal medicine* 1993, 118, págs. 622-629.

mento en todas sus potenciales aplicaciones. Las claves clínicas para el desarrollo y selección de una buena medida vendrán determinadas por su fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios en el estado del paciente. En la Tabla 3 se resumen las definiciones y formas de examen de estas propiedades.

Tabla 3. Propiedades clinimétricas de los instrumentos de medida

CONCEPTO	DEFINICIÓN	PREGUNTAS	EXAMEN
Fiabilidad <i>Reliability</i>	Reproducibilidad de las mediciones. Indica el grado de acuerdo entre mediciones repetidas	Si los procesos son repetidos siguiendo las mismas normas y criterios, ¿los resultados son los mismos?	
Fiabilidad intraobservador <i>Intrarater reliability</i>	Consistencia entre mediciones efectuadas por el mismo observador.	Si se repite la medición en el tiempo, ¿los resultados son los mismos?	Estadístico Kappa y pruebas de correlación
Fiabilidad entre observadores <i>Inter-rater reliability</i>	Consistencia entre mediciones efectuadas por observadores diferentes.	Si se repite la medición por diferentes personas, ¿los resultados son los mismos?	Estadístico Kappa y pruebas de correlación
Consistencia interna <i>Internal consistency</i>	Consistencia entre ítem o elementos que miden la misma característica general	¿Los ítem que miden conceptos semejantes muestran una alta correlación interna?	Coefficiente alfa de Crombach; Prueba de las dos mitades.
Validez <i>Validity</i>	Grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir	¿Los valores de las mediciones recogen el constructo que se pretende medir?	
Apariencia de Validez <i>Face Validity</i>	Grado en que el instrumento tiene sentido intuitivamente.	¿El instrumento parece medir lo que quiere medir? ¿A quienes tengan que usarlo les parecerá válido y aceptable?	Comparación del conocimiento clínico con la lógica y variables incluidas en el instrumento y valoración de la dirección y peso de cada variable con respecto al resultado de interés.

Tabla 3. (Continuación)

CONCEPTO	DEFINICIÓN	PREGUNTAS	EXAMEN
Validez de contenido <i>Content validity</i>	Grado en que un instrumento cubre los elementos del constructo que se mide.	¿El instrumento contiene todos los conceptos relevantes? ¿Son importantes los conceptos no incluidos?	Acceso a la lógica y variables del sistema; juicios de expertos y/o revisión de la literatura.
Validez de constructo <i>Construct Validity</i>	Grado en que los resultados de un instrumento confirman el patrón esperado de relaciones o el constructo teórico bajo el que fue diseñado.	¿Los resultados obtenidos con el instrumento correlacionan bien con los de otros instrumentos similares?	Correlación con factores de riesgo o resultado aceptados; con valoraciones realizadas por un panel clínico o con otros instrumentos.
Validez de criterio <i>Criterion Validity</i>	Grado en que los resultados de un instrumento correlacionan con un patrón-oro.	¿Los resultados obtenidos con el instrumento correlacionan bien con un patrón-oro?	Correlación con un estándar.
Validez predictiva <i>Predictive Validity</i>	Grado en que un instrumento predice los resultados de interés.	Si el instrumento se emplea con fines predictivos, ¿predice bien el resultado de interés?	Comparación de los resultados observados con los predichos.
Validez de atribución <i>Attributional Validity</i>	Grado en que pueden atribuirse los resultados obtenidos a los procesos de cuidados desarrollados.	Si los resultados se van a utilizar para evaluar la calidad de la atención, ¿se ha establecido previamente que las variaciones en los resultados pueden ser atribuidas a variaciones en la calidad de la asistencia?	Necesidad de un marco conceptual sólido que relacione la medida de resultado con problemas de calidad
Sensibilidad <i>Responsiveness</i>	Capacidad para detectar cambios clínicos de interés en el estado del paciente	¿Si cambia el estado clínico del paciente, cambiará el valor de la medición en el sentido adecuado?	Análisis de los resultados en pacientes que mejoran y empeoran su estado.

Fiabilidad. La fiabilidad es un término genérico que se refiere a la estabilidad de las medidas repetidas sobre un mismo objeto. Generalmente, se consideran tres tipos de fiabilidad en la valoración de un instrumento de medida que se prueban a partir de la consistencia en el tiempo (fiabilidad *test-retest*), la consistencia entre diferentes observadores (fiabilidad entre observadores) y la consistencia interna de los ítem del instrumento.

La *fiabilidad test-retest* se examina al aplicar la medida en la misma población y bajo las mismas condiciones pero en diferentes períodos de tiempo. La correlación entre resultados valora la fiabilidad en términos de estabilidad de la medida. La *fiabilidad entre observadores* examina la consistencia entre diferentes observadores que aplican un mismo instrumento. Es importante para cualquier medida que necesita de los juicios u observaciones de la persona que la administra y, básicamente, trata de medir el nivel de acuerdo entre los diferentes entrevistadores. Por último, la *consistencia interna* es probada mediante un *test* estándar que mide la correlación que presentan los ítem individuales con otros y con la totalidad del instrumento. Proporciona una estimación de la homogeneidad. Los métodos más utilizados en los estudios de calidad de vida son el coeficiente alfa de Crombach y el método de las dos mitades que divide los ítem en grupos apareados y correlaciona los resultados obtenidos. Estas pruebas son útiles para medidas unidimensionales, en la que todos los ítem incluidos pretenden evaluar la misma dimensión. Las medidas multidimensionales en su conjunto no podrían obtener una alta consistencia interna, dado que cada grupo de ítem se refiere a un dominio distinto, en estos casos es aconsejable realizar pruebas de consistencia interna para cada una de las dimensiones que conforman el instrumento de medida.

Aunque se acepta que todas las medidas incluyen algún tipo de error aleatorio, reduciendo con ello su fiabilidad, las medidas

de aspectos psicosociales y referidas a la salud son más proclives a estos errores que otras medidas más tangibles. La importancia de la cuestión es determinar el nivel de error aceptable. Según la propuesta de WARE, aceptada por otros autores [para los instrumentos que evalúan el estado de salud y la calidad de vida se requiere una fiabilidad superior a 0,90 cuando la comparación es intraindividual. Para comparaciones intergrupos la fiabilidad entre 0,50 y 0,70 se estima aceptable].

Validez. Un instrumento es válido cuando mide lo que se propone medir y no otra cosa. La validez es, sin duda, la propiedad esencial de cualquier instrumento de medida y su evaluación es imprescindible. Existen varias formas de validez y muchas aproximaciones empíricas para medirla. Los más comunes son: la validez de contenido, de criterio y de constructo.

La *validez de contenido* intenta valorar la importancia que tienen los componentes de la medida dentro del dominio que intenta medir y mostrar que los ítem cubren la totalidad de esos componentes de un modo representativo. En la práctica puede fundamentarse a partir de una valoración por expertos para generar y seleccionar ítem sobre un tema, incluyendo en el instrumento los ítem que han obtenido una mayor comunalidad. Otras veces la validez de contenido se prueba por las referencias existentes en la literatura sobre el objeto de la medida, mostrando que los ítem cubren todos los aspectos que han sido considerados previamente importantes.

La *validez de criterio* responde a la cuestión de si la medida produce resultados que correlacionan bien con los obtenidos usando otra medida simultáneamente (*validez concurrente*), o si pronostica bien otro resultado de interés (*validez predictiva*). El problema es que la ausencia de un «patrón oro» con el que comparar el nuevo instrumento dificulta este proceso de valida-

ción, de ahí que algunos autores se refieran a ella como validación «referida al criterio». Cuando las medidas se diseñan con el propósito específico de predecir determinadas situaciones y/o conductas, la capacidad del instrumento para garantizar dicha predicción constituye el principal objetivo.

La *validez de constructo* responde a la pregunta de si los resultados obtenidos confirman el patrón esperado de relaciones o el constructo teórico bajo el que fue diseñado el instrumento. Generalmente, y en sustitución de ese «patrón oro» inexistente, los investigadores fundamentan el significado de una medida particular sobre un conjunto de evidencias empíricas. Para ello se establecen comparaciones con otras medidas y/o predicciones relacionadas entre diferentes grupos de sujetos. Por ejemplo, una medida de capacidad funcional puede probarse frente a una medida de actividades de la vida diaria, esperando obtener entre ellas una correlación positiva. En este caso, se evidenciaría la *validez convergente* del nuevo instrumento. Por el contrario, demostrar que una medida no correlaciona con otras variables presupuestamente no relacionadas, proporcionaría evidencia de la *validez divergente*. La validez de constructo también puede ser probada usando la técnica del análisis factorial. La aproximación más común para evaluar la validez de constructo es aplicar el instrumento a grupos en los que se conocen diferencias en el concepto a valorar. Por ejemplo, los pacientes que sufren enfermedades crónicas pueden compararse con una muestra de la población general, o bien los jóvenes con los ancianos. En estos casos la elección de los grupos es muy importante para evitar sesgos derivados de otras variables.

Sensibilidad. La sensibilidad (*responsiveness*) se refiere a la capacidad del instrumento para detectar cambios clínicos de interés en el estado del paciente. En el ámbito clínico constituye una de las principales propiedades del instrumento, dado que el

objetivo de muchos estudios sobre calidad de vida es monitorizar la evolución del paciente para detectar los cambios sobre el tiempo, bien sea con fines predictivos, comparativos o intervencionistas. Se trata, sin embargo, de uno de los aspectos más abandonados en el desarrollo de instrumentos de medida de calidad de vida, en parte por las dificultades técnicas en su medición. La sensibilidad está estrechamente asociada a la validez, y algunos autores se refieren a ambas como *validez discriminante*. Para que un instrumento sea sensible se requiere el cumplimiento de dos requisitos: a) que el instrumento sea fiable, y b) que tenga capacidad para registrar cambios en un sentido positivo (mejora) y negativo (empeoramiento) de la calidad de vida de los pacientes. Las medidas con poder discriminativo suelen reunir un limitado número de categorías de respuesta (por ejemplo, sí/no), con lo que minimizan el problema de dispersión entre diferentes categorías de respuesta. Por el contrario, una medida sensible a pequeños cambios en el tiempo sobre los mismos individuos requerirá una amplia gradación en las categorías de respuesta.

Hay que señalar que el uso clínico del instrumento requiere además la disponibilidad de valores de referencia de normalidad (*normative data*), usualmente *valores poblaciones* para personas de los mismos grupos de edad y sexo, y el conocimiento de la llamada *diferencia mínima relevante* (*Minimally important difference*), esto es, el valor mínimo de cambio en la escala que refleja un cambio clínico de interés.

5 LA ELECCIÓN DE LA MEDIDA DE RESULTADO Y DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Los estudios sobre resultados acogen una amplia variedad de formas. Existen investigaciones con fines comparativos entre

individuos y/o grupos. Otras intentan describir el estado de salud en un determinado momento y sus variaciones sobre el tiempo. También se realizan estudios para valorar la repercusión que tienen las intervenciones clínicas o la influencia de diferentes sistemas sanitarios sobre la salud (incluyendo las comparaciones de eficiencia). Unas veces los fines son descriptivos y otras tienen un carácter predictivo. También la investigación teórica puede utilizar las medidas de la función, CVRS o satisfacción para comprobar y desarrollar teorías sobre la enfermedad o el comportamiento. *La selección de una determinada medida de resultados y, en su caso, de un instrumento concreto de medición depende fundamentalmente del objetivo que se persiga*, tanto si se trata de una investigación como de una aplicación práctica. Y aquí la pregunta es: ¿cuál es el resultado importante para la intervención y tipo de pacientes que estamos valorando? Por ejemplo, si se quiere valorar la calidad de la atención en una unidad de hospitalización a domicilio con un alto porcentaje de pacientes terminales, la medición de la satisfacción (o el estrés) del cuidador principal puede ser una medida adecuada, mientras que la mortalidad sería una elección muy inadecuada. Si se quiere medir la eficacia de un nuevo tratamiento oncológico la supervivencia a los cinco años sigue siendo la medida relevante, pero si se trata de un tratamiento adyuvante la calidad de vida puede tener mayor interés. En prótesis de articulaciones las medidas funcionales siguen siendo de elección, pero las nuevas medidas específicas de calidad de vida compiten claramente con ellas y en algunos casos (como la artritis reumatoide) han mostrado ventajas sobre las primeras. Ocasionalmente hay situaciones que parecen obvias y no siempre lo son (el resultado de elección de un fármaco para la obesidad probablemente es la pérdida de peso..., sin embargo, también podría considerarse la presencia de efectos adversos). Obviamente hay situaciones complejas en que interesa más de

un resultado (por ejemplo, en neonatología, donde el problema no es sólo la supervivencia sino las secuelas —especialmente el retraso mental— de los supervivientes). En estos casos, la combinación de medidas clásicas con medidas de función o de calidad de vida parece inevitable.

Desde otro punto de vista, determinados factores de contexto pueden influir en la elección de la medida de resultado. Los estudios con resultados intermedios suelen requerir tamaños muestrales menores y menor tiempo de seguimiento, aunque su utilidad depende de la solidez de la relación entre el resultado intermedio y el final. En términos generales, los resultados más frecuentes y los que se miden en escalas continuas requieren tamaños muestrales menores que los resultados infrecuentes o en escalas dicotómicas y esto implica importantes diferencias de coste de las investigación. Igualmente, los instrumentos complejos o costosos de cumplimentar pueden no ser útiles fuera de los estudios de investigación. A veces, cuando se trabaja con información retrospectiva, es la propia disponibilidad de datos la que influye en la elección de la medida de resultados. Obviamente, la existencia de instrumentos de medida con propiedades clinimétricas adecuadas es otro condicionante, aunque siempre cabe la opción de desarrollar un instrumento específico.

En cuanto a la elección de un instrumento de medida una vez se ha seleccionado el tipo de resultado, la adaptación a la población en la que pretende usarse, sus propiedades clinimétricas, la aceptabilidad (entendida como la facilidad con la que un instrumento puede ser utilizado, y que incluye la longitud del instrumento, el coste de administración y evaluación en términos de recursos necesarios), el alcance que ha tenido en experiencias previas (por ejemplo, si ha sido aplicado en el mismo

tipo de situación clínica), y los problemas en torno a su aplicación, como la tasa de respuesta obtenida, la prevalencia de «missings», los problemas de comprensión a los ítem y algún otro son las preguntas clave. En los estudios de calidad de vida, las medidas genéricas pueden ser particularmente útiles en los estudios que intentan describir el rango de discapacidad de una población general o de un grupo de pacientes alcanzando el amplio espectro de componentes de la calidad de vida. En aquellas situaciones en que ya se conoce la relevancia del problema, las medidas genéricas pueden proporcionar una información complementaria sobre los efectos que tiene el tratamiento en la calidad de vida y ayudar a detectar experiencias adversas que no han sido consideradas previamente. Cuando se pretende estudiar la eficacia de un nuevo tratamiento, las medidas específicas resultan más eficaces por su mayor sensibilidad, aunque también puede utilizarse una batería de diferentes medidas específicas para distintos aspectos, este enfoque presenta dificultades en la interpretación cuando se realizan comparaciones múltiples con sistemas de puntuación distintos.

En todo caso, hay que señalar que en investigación clínica y de servicios sanitarios ninguna medida de resultado, en abstracto, debe considerarse mejor que otra, y la elección dependerá de la pregunta de investigación que se quiera responder (que a su vez depende del conocimiento previo sobre un problema) y de los condicionantes de factibilidad del estudio. En la práctica habitual, el coste (adicional) de obtención de la medida en relación a la información (adicional) que aporte será determinante en la elección.

Salud y marginación social

Josep de Andrés

*Departamento de Servicios Sociales
y Cooperación. Ayuntamiento de Sabadell*

Mila Barruti

*Antropóloga. Universidad Autónoma
de Barcelona*

Carme Borrell

*Instituto Municipal de Salud Pública.
Ayuntamiento de Barcelona*

Joana Calafell

*Antropóloga. Profesora en los Hospitales
de Sant Pau y Vall d'Hebron. Barcelona*

M. Isabel Pasarín

*Instituto Municipal de Salud Pública.
Ayuntamiento de Barcelona*

Rosa Puigpinós

*Instituto Municipal de Salud Pública.
Ayuntamiento de Barcelona*

Josep M. Jansà

*Instituto Municipal de Salud Pública.
Ayuntamiento de Barcelona*

Sumario

1. Aproximación conceptual.—2. Metodología. 2.1. La encuesta. 2.2. La entrevista en profundidad.—3. Resultados. 3.1. Las condiciones materiales de vida. 3.2. Las relaciones familiares. 3.3. Las relaciones sociales: distanciamiento, fragilidad, estigmatización. 3.4. Los valores, la visión de uno mismo y la perspectiva de futuro. 3.5. La salud y los servicios sanitarios sociales.—4. Conclusiones.—5. Agradecimientos.—6. Bibliografía.

RESUMEN

La marginación social es un proceso implícito en los mecanismos de poder de nuestra sociedad. Este estudio pretende profundizar en el conocimiento del estado de salud y los factores sociales que inciden en personas en situación de vulnerabilidad o de exclusión social de la ciudad de Barcelona, tomando como referencia su propia perspectiva.

ABSTRACT

An implicit process of the mechanisms of power in our society consists in the creation of marginal social groups. This study pretends to deep in the knowledge of the health situation and the social factor that fall into persons in a situation of vulnerability or social exclusion in Barcelona town, taking as a reference their own perspective.

1 APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

La relación entre pobreza y mala salud es un hecho conocido. A pesar de ello, hay muy poco interés por parte del conjunto del sistema sanitario en estudiar más a fondo esta relación, mucho más relevante si se tiene en cuenta que este grupo de población en situación de marginación y exclusión social concentra una parte importante de la problemática de salud y genera una utilización frecuente de los recursos sanitarios (TOWNSEND, DAVIDSON, WHITEHEAD, 1988).

La marginación es un proceso implícito en los mecanismos de poder. Está directamente relacionada con las posiciones relativas generadas entre grupos y clases sociales. Consiste en desplazar grupos de individuos al margen del sistema social, limitando su participación en los recursos y actividades integradoras de la sociedad y generando conflictos. Esta situación tiene un componente de grupo social que difícilmente pueden modificar los individuos por sí mismos (DÍAZ I ROMANÍ, 1989).

La exclusión se entiende, en relación a la integración, como un proceso dinámico que desplaza dentro de las diferentes posiciones sociales (integración-vulnerabilidad-exclusión). Este proceso, de carácter estructural y grupal, está relacionado con los procesos de producción y distribución social y tiene un efecto limitador de la participación en los derechos y recursos. Es conflictivo, además, en el intento de reproducir la posición de clase heredada por parte de los grupos que ocupan posiciones más favorables y de mejorar por parte de los que ocupan las más precarias (CASTEL, 1992; LOMNITZ, 1993; SAN ROMÁN, 1989).

La exclusión supone la interacción de factores de estructura social, entre los cuales, la posición económica de partida, la movilidad social y su relación con el acceso a bienes y servicios son elementos centrales. También inciden otros factores importantes como la historia familiar, la personalidad, las relaciones y las condiciones y roles sociales (entre los que destacan los roles de género).

Este estudio describe el estado de salud y los factores sociales que inciden en personas en situación de vulnerabilidad o de exclusión social, considerando su propia perspectiva, para extraer algunos elementos explicativos que puedan complementar las informaciones existentes sobre el estado y las desigualdades de salud de la población de Barcelona.

2 METODOLOGÍA

La complejidad del tema y la dificultad de acceder a esta población aconsejaron establecer dos estrategias complementarias de investigación: encuesta y entrevista en profundidad.

Tabla 1. Grupos incluidos en el estudio. Barcelona, 1997.

-
- **«Toxicómanos»:** Consumidores de heroína y otras drogas y ex consumidores que están en tratamiento desde hace menos de seis meses.
 - **«Prostitución»:** Personas que ejercen la prostitución en la calle (mujeres y hombres).
 - **«Sin techo»:** Personas que viven o vivieron en la calle y que actualmente dependen de los servicios de atención a este tipo de población (Albergues).
 - **«Mujeres solas»:** Mujeres con cargas familiares (hijos y/u otros familiares) en situación de pobreza, sin ayuda familiar y poca ayuda institucional.
 - **«Inmigrantes ilegales»:** Personas que han inmigrado por razones económicas o políticas, sin documentos ni posibilidad de obtenerlos.
-

En primer lugar se seleccionó la población de estudio, considerando cinco colectivos relevantes que compartían la carac-

terística común de estar integrados por personas en situación de pobreza extrema y/o ilegalidad (Tabla 1). El ámbito de estudio era la ciudad de Barcelona.

2.1. La encuesta

Se diseñaron dos modelos de cuestionarios (uno para los *sin techo* y otro para el resto) que incluyen variables sociodemográficas, condiciones de vida, conductas de riesgo, percepción de salud y hábitos, uso de servicios y dos tests de salud mental (JANSÀ *et al.*, 1999; PUIGPINÓS *et al.*, 1999). El cuestionario para los *sin techo* fue administrado por encuestadores entrenados durante un año (junio de 1997 a junio de 1998) a 400 personas. El segundo modelo se administró a 240 personas (60 de cada uno de los otros cuatro colectivos) durante el último trimestre de 1997.

Para localizar a las personas a entrevistar se utilizó el método de «zonas diana» (DEL CASTILLO, 1991) en toda la ciudad a partir de informaciones sobre perfiles y ubicación de los colectivos obtenida de diferentes servicios municipales. El análisis fue descriptivo y estratificado por colectivos. No se ha buscado representatividad sino una primera aproximación a la situación.

2.2. La entrevista en profundidad

El estudio cualitativo se hizo a partir de 15 entrevistas en profundidad (45-60 minutos), con un guión semiestructurado, a personas encuestadas previamente y que presentaban perfiles característicos dentro de aquella tipología, buscando también la

Tabla 2. Tipología de análisis y perfil biográfico de las personas entrevistadas en profundidad. Barcelona, 1997.

TOXICÓMANOS		PROSTITUCIÓN
Heroína + SIDA	Heroína + SIDA	
<p>Mujer, 33 años. Prostitución por consumo de heroína. Custodia familiar 2 hijos. Conducta preventiva y de no contagio. Aislamiento social. Vive en una pensión.</p>	<p>Mujer, 28 años. Heroína desde los 15 años Prostitución puntual por dinero. Custodia familiar 4 hijos y rechazo familiar (familia gitana). Pareja en prisión y pérdida un hijo menor (Institución).</p>	<p>Mujer, 63 años. Casada, 3 hijos. Prostitución como recurso económico desde los 40 años. Lleva «doble vida». Problemas con ayuda social.</p>
<p>Hombre, 34 años. Separado con un hijo 7 años. Anticuerpos sida. Muerte hermano y amigos de sida. Vive pensiones o calle.</p>	<p>Hombre, 42 años. Delincuencia juvenil. Consumo drogas. 20 años prisión. Vive solo.</p>	<p>Transexual, 35 años. Vive solo. Casa normalizada. Anticuerpos sida. Buena relación red sanitaria. Autocuidado. Buena relación amigos y familiares.</p>

variabilidad de sexo y edad. La entrevista, que fue grabada y transcrita, contenía aspectos de la historia personal relacionada con la salud y otros relacionados con la percepción y utilización de los servicios sociosanitarios, teniendo por objetivo recoger

SIN TECHO	MUJERES SOLAS	INMIGRANTES
<p>Hombre, 40 años. Camarero. Alcoholismo que lo lleva a la calle. Actualmente vive en una pensión. Depende de los servicios sociales.</p>	<p>Mujer, 27 años. Separada, 2 hijos menores, centrada en cuidarlos. Falta ayuda familiar y Servicios Sociales. Ayuda en guardería.</p>	<p>Hombre, 37 años. Inmigración económica (de Marruecos) con deseo de integración. Problemas de documentación. Buena relación social y actitud muy positiva.</p>
<p>Hombre, 70 años. Trastornos mentales. Ruptura familiar. Siete años viviendo en la calle. Recursos red vecinal. Actualmente vive en albergue social.</p>	<p>Mujer, 37 años. Separada, 2 hijos menores, hasta hace poco en Centro de acogida. Desde los 15 años consumo heroína. Ahora vive sola con los hijos precariamente.</p>	<p>Hombre, 36 años. Inmigración política (de Argelia) con nivel de formación alto. Deseo de volver. No tiene ni desea documentación. Vive solo, sin relaciones sociales. Venta ambulante.</p>
<p>Mujer, 27 años. Casada. Espera un hijo. Llega a BCN hace un año después de estar en la calle y albergues de tres ciudades. Ahora vive en un piso y depende de los Servicios Sociales.</p>	<p>Mujer, 41 años. Casada, 2 hijos, marido enfermo mental. Vive en barrio marginal. Problemas con familia gitana de la hija de 18 años. Problemas emocionales.</p>	<p>Mujer, 48 años. Inmigración política (de Argelia). Llega con 3 hijos menores. Familia envía ayuda económica. Nivel social alto. Buena relación con red asociativa de inmigración.</p>

su discurso para conocer de una forma comprensiva y procesual el significado y las prácticas de salud en relación a su historia, condiciones y situación de vida, haciendo hincapié en las diferencias de género.

Un primer análisis de los contenidos dio como resultado la redefinición de la tipología para la agrupación de los diferentes entrevistados a partir de los cinco colectivos iniciales, teniendo en cuenta que, además de las características consideradas, el factor salud no era uno de las más importantes. En la Tabla 2 se presenta la tipología obtenida del análisis (seis tipos) con el perfil biográfico para ubicar a las personas entrevistadas.

3 RESULTADOS

La estructura de presentación de resultados para cada uno de los temas estudiados será: Primero, una introducción con las principales características comunes, obtenidas a partir del análisis de todas las entrevistas; segundo, la especificidad de los diferentes tipos o de los individuos, y, finalmente, algunos resultados de la encuesta, cuando se considera pertinente o se dispone de información complementaria del tema tratado.

3.1. Las condiciones materiales de vida

En general, los entrevistados han hablado de condiciones materiales precarias. Destacan las malas condiciones de las viviendas, dificultades para ganarse la vida, bajos ingresos que, a veces, se gastan compulsivamente en el consumo de drogas, horas en la calle aunque se esté enfermo, ilegalidad, violencia, dependencia económica de los escasos recursos de protección social, ausencia de seguridad en caso de enfermedad... De todos modos, también buscan un orden en todos los niveles: tener una casa normal y una «paga» que permita una vida humilde pero digna, la expectativa de sobrevivir a pesar de todo, hacer-

se un sitio aquí lejos de la miseria del Tercer Mundo, salir del agujero o de la enfermedad, rehacer la vida con los hijos o solos con un trabajo sencillo y lejos de los círculos cerrados, que han marcado una parte importante de sus relaciones durante muchos años.

Destacan los siguientes aspectos:

Toxicómanos. Heroína-sida. En la mujer, la prostitución es la forma de ganarse la vida y poder consumir heroína; la calle es el escenario de vida y trabajo donde se dan también relaciones violentas. El cuidado de los hijos aparece como un deseo y una frustración muy condicionada por los ingresos y la situación vital (droga, anticuerpos...). En el hombre, los ingresos se relacionan con el consumo y la supervivencia; el riesgo se relaciona con la violencia (robos, agresiones...), ilegalidad y prisión. La familia (esposa, hermana...) actúa puntualmente como un factor de mejora de las condiciones de vida y salud porque cuando está solo la situación vital es muy precaria y el consumo muy alto.

Toxicómanos. En tratamiento. Hay una mejora en el aspecto exterior personal (higiene, cuidado en el vestir...) y en la vivienda, interpretándose como la voluntad de orden y de cambio del estilo de vida. La mujer mantiene puntualmente la prostitución como fuente de ingresos pero expresa expectativas y planes para salir. En el hombre las condiciones económicas son muy limitadas, depende de la renta mínima de inserción y desea encontrar trabajo, aunque su baja cualificación lo hace muy difícil.

Prostitución. Para la mujer mayor la prostitución es una forma de obtener ingresos, aunque precarios, que le supone condiciones de vida duras (horarios nocturnos, estar en la calle...). Tanto la mujer como el travesti tienen una vivienda digna,

fuera de la zona de prostitución, considerada como un espacio de normalidad.

Sin techo. Las condiciones de vida son duras mientras han estado en la calle. En el caso del hombre las condiciones mejoran por la existencia de una cierta red en el barrio que «lo integra» y le ayuda. En el Centro las condiciones materiales son mejores y los profesionales procuran ofrecerles medios para potenciar un futuro más autónomo, que es sentido como posible por los más jóvenes (buscar trabajo, dejar el alcoholismo...).

Mujeres solas. Las tres mujeres dependen económicamente de la renta mínima, reforzada por la centralidad de cuidar a los hijos y su mínima formación, lo que incrementa la dificultad de integración laboral. Las condiciones de la vivienda son precarias.

Inmigrantes ilegales. En el caso del marroquí, resolver la cuestión de los «papeles» y la presión policial son factores estresantes. Las condiciones materiales se relacionan con la red informal de contactos (cadena migratoria que orienta y ubica), así como con la utilización puntual de los recursos sociales. La mujer recibe dinero de su familia de Argelia y el hombre argelino vive de la venta ambulante, en condiciones muy precarias y muy aislado.

DATOS DE LAS ENCUESTAS

Destacan los bajos niveles de instrucción (alrededor del 45% no han terminado los estudios primarios) y de ingresos (alrededor del 50% tienen ingresos semanales inferiores a 10.000 pesetas), el alto número de detenciones y las malas condiciones de la vivienda (refieren problemas entre el 30 y el 50% de los encuestados) (Tabla 3).

Tabla 3. Características socio-demográficas y de vivienda. Datos obtenidos de las encuestas. Barcelona, 1997.

	Toxicó- manos %	Pros- titutas %	Sin techo %	Mujeres solas %	Inmi- grantes %
Sexo					
Hombres	64,4	31,1	89,9	—	41,7
Mujeres	35,6	68,9	10,1	100	58,3
Edad					
<=30 años	42,4	31,1	21,7	43,3	43,3
31-45 años	54,2	55,7	35,6	56,7	45,0
>45 años	3,4	13,1	42,7	—	11,7
Estado civil					
Soltero	67,8	60,7	52,6	43,3	50,0
Otras situaciones	32,2	39,3	47,4	56,7	50,0
Personas que viven solas	22,0	31,1	—	—	16,7
Agua (corriente, caliente, ducha)	62,7	73,8	—	76,7	68,3
Comodidades en la vivienda (lavadora, nevera, cocina)					
Las tres	55,9	68,9	—	78,3	75,0
Problemas en la vivienda (goteras, grietas, humedad, mal aireada, mal iluminada)					
Ninguno	45,8	68,9	—	36,7	35,0
Un problema	23,7	16,4	—	18,3	28,3
Dos o más problemas	30,5	14,8	—	45,0	36,7
Presencia de insectos, ratas u otros	37,3	26,2	—	26,7	41,7
Nivel de estudios					
Como mínimo uno	37,3	50,8	17,8	48,3	45,0
Analf. y <primarios	55,9	37,7	66,0	50,0	15,0
Primarios	6,8	11,5	16,1	1,7	40,0
> Primarios					
Ingresos semanales (pesetas)					
<= 10.000	69,5	29,5	—	46,7	51,7
11.000-30.000	14,1	27,9	—	53,3	40,0
31.000-50.000	5,0	8,2	—	—	5,0
> 50.000	6,7	34,4	—	—	3,3
Detenciones durante el último año	91,5	44,3	35,5	20,0	36,7

3.2. Las relaciones familiares

El dolor viene de lejos, de una infancia y juventud con rupturas, sin ayuda, que perciben como una carencia que los ha marcado. Han existido pérdidas por muertes prematuras o por separaciones forzadas. Algunas veces la esperanza de recuperar relaciones familiares perdidas y el cuidado de las que aún conservan son una motivación y un consuelo.

En las mujeres aparece el esfuerzo y el deseo de cuidar a los hijos. A veces se expresa como una frustración cuando hay una separación forzada de éstos, otras como una renuncia dolorosa –vivida como transitoria– cuando se reconocen las propias incapacidades por enfermedad o condiciones de vida. Los hijos son una carga por la soledad y la falta de ayuda... a la vez que un móvil vital que las proyecta hacia adelante.

Las mujeres de las familias de los entrevistados aparecen cerca o lejos, tanto como referencia para el cuidado de hijos y nietos, como para recordar que hay que seguir un tratamiento o controlarse. En otros casos aparece una asistente social que ayuda a vertebrar una situación desestructurada y a veces da recursos para proyectarla hacia el futuro.

Según tipologías:

Toxicómanos. Explican antecedentes biográficos de ruptura y/o fragilidad, cuando eran pequeños o jóvenes, por problemas económicos, separaciones, adicciones... como base de su personalidad actual y causa de sus problemas. A pesar de todo, la familia de origen y especialmente la madre y las hermanas, continúa siendo una referencia de cuidados y ayuda (especialmente para los hombres) y para sus hijos (sobre todo para la mujer que ha perdido la custodia por la toxicomanía).

Respecto a la familia de elección, hay situaciones de ruptura de la pareja, por causas sentimentales, muerte o encarcelamiento. La separación de los hijos por pérdida de la custodia y/o limitación material, en el caso de la mujer, es un elemento central y una frustración por no poder cuidarlos. A la vez, los hijos son un móvil vital que dibuja un deseo más o menos alcanzable para cambiar de vida, como, por ejemplo, el ahorrar algún dinero para ellos. El cuidado del hijo aparece en el hombre alejado y la responsabilidad se centra, en todo caso, en ayudar con dinero (aunque el consumo es prioritario a pesar de la culpabilidad que genera). Tanto el hombre como la mujer manifiestan una profunda vergüenza que los hijos conozcan su situación y por ello aceptan la separación y relacionan el abandono del consumo y del estilo de vida que esto implica con la recuperación de los hijos.

Prostitución. La mujer mayor vive su familia «normalizada». La precaria situación socioeconómica le impide dejar la prostitución. El travestí mantiene actualmente relaciones cordiales con la familia de origen, lazos que entraron en crisis cuando les manifestó su orientación homosexual.

Sin techo. Los tres relacionan su salida a la calle a partir de rupturas con la familia propia o de origen. La mujer joven ve en una familia propia estable una forma básica de empezar su futuro.

Mujeres solas. Los lazos con su familia de origen son muy frágiles o inexistentes. En un caso porque la familia también está en situación de precariedad económica y, en otros, porque las relaciones se rompieron por diferentes razones. Sobre la familia actual, expresan la ruptura con su pareja (por muerte, separación o enfermedad mental) como un hecho determinante de su situación actual.

Inmigrantes ilegales. El caso de la mujer muestra la dificultad emocional por la ruptura con su familia que ha quedado en Argelia (aunque ahora no tiene la amenaza de muerte que tenía en su país). Su estancia aquí con tres hijos quiere vivirla como un paréntesis y procura que los hijos la aprovechen como si estuvieran de viaje al extranjero.

3.3. Las relaciones sociales: distanciamiento, fragilidad, estigmatización

La soledad es una constante. Entre los toxicómanos los círculos de consumo son cada vez más reducidos, han perdido familiares y amigos por el sida, la sobredosis u otras enfermedades. Las relaciones se establecen con «iguales» que comparten la misma precariedad, por lo que difícilmente pueden encontrar apoyos en los momentos de crisis; doble vida cuando el estigma no es evidente, como en el caso de la prostitución, y la sensación de ser un «apestado» cuando la enfermedad o la droga se reflejan en la imagen. Para algunos toxicómanos, las relaciones han sido fragmentadas también por los años de prisión. Para los inmigrantes la relación social está determinada por el hecho de si lo que quieren es volver a su país o quedarse aquí. Pero también aparece alguien que hace de amigo-protector y que está cerca, una red intangible en el barrio que «se hace cargo» del que vive y duerme en la calle, una red de inmigración que acoge y enseña cómo moverse y unos profesionales de primera línea que, a menudo, han hecho de los centros y de las consultas un refugio y un puente.

Según los tipos hay que destacar:

Toxicómanos. Heroína-sida. La relación se da de forma casi exclusiva con personas de su círculo de consumo. La muer-

te está muy presente a causa de la pérdida de la pareja y de amigos. Expresan el alejamiento como «apestados» a partir del sida, incluso dentro de su mismo grupo y en su relación con el sistema sociosanitario. El estigma social hacia el drogadicto los aleja del resto y en la medida que ellos lo asumen determina y cierra más las relaciones con su círculo.

Toxicómanos. *En tratamiento.* Las relaciones sociales son reducidas y ligadas al consumo; la muerte (sobredosis, sida) también ha desmembrado su núcleo. Es difícil establecer nuevas relaciones fuera del ambiente de consumo o de tratamiento, aunque quieran encontrar nuevos ambientes a partir de la integración en un trabajo. Expresan el vacío de relaciones normalizadas a causa de etapas largas en la prisión y de haberse centrado en círculos relacionados con el consumo (delincuencia, prostitución...).

Prostitución. Las relaciones vienen dadas por la doble vida que se intenta llevar separando, como incompatibles, el mundo de la prostitución y la vida personal y de pareja que se desea normalizada. Estas relaciones, que intentan esconderse unas de otras, dificultan una comunicación y una relación social fluida.

Sin techo. Viviendo en la calle mantienen pocas relaciones con otras personas en su misma situación porque no esperan encontrar en ellas ayuda. Mantienen relaciones puntuales generalmente positivas con los profesionales (servicios sociales, Guardia urbana...). El hombre mayor tenía una red de ayuda en las paradas del mercado y los vecinos. Los profesionales y la red de vecinos en las situaciones de crisis hacen de puente para que la persona entre en un Centro, lo que implica la ruptura de la relación con la red de ayuda de la calle. En el Centro las relaciones parecen muy directas y están marcadas por la protección del profesional, que a menudo tutela muchos aspectos de su vida (salud, dinero, formación, etc.).

Mujeres solas. Destaca el aislamiento social y emocional por la ruptura o la fragilidad de las relaciones con la familia y los amigos. Los hijos son un refugio afectivo y, a la vez, una fuente de ansiedad por las dificultades económicas, que tratan de esconder delante de ellos. Los profesionales de los servicios sociales son figuras de relación social de referencia siempre que ha habido ayuda material o acogida.

Inmigrantes. Las relaciones se sitúan dentro del grupo de su misma nacionalidad o en movimientos de defensa de los inmigrantes. Las relaciones personales aparecen muy ligadas al motivo de la inmigración. Cuando el motivo es político prevalece el deseo de volver a su país y restablecer las relaciones anteriores. Esto limita establecer relaciones afectivas aquí. El grupo social de origen de los inmigrantes políticos suele ser diferente del grupo actual, mayoritariamente de inmigrantes económicos, y esto puede generar dificultad de conexión y aislamiento a pesar de que compartan nacionalidad. Tienen mucha importancia las redes de inmigración como fuente de relaciones personales y de recursos.

3.4. Los valores, la visión de uno mismo y la perspectiva de futuro

No rechazan los valores considerados centrales en nuestra sociedad aunque ellos no puedan disfrutarlos. Parte de sus ilusiones y perspectivas son conseguir, aunque sea mínimamente, estas condiciones vitales: llegar a ser *«un ciudadano normal, como tú, que entras en un bar y te puedes tomar un café con leche, sin que nadie te mire...»*. Participan de los discursos que construyen socialmente la situación de marginación identificándose e interiorizando los hechos que etiquetan su propia estigmatización.

La situación vital actual está centrada en la supervivencia y esto marca sus prioridades. La interiorización de la estigmatización se hace presente, a veces, de forma explícita y otras más sutilmente. Influye en la percepción de uno mismo, en la baja autoestima, en la culpabilidad individual, al mismo tiempo que hacen planes de futuro que revelan las escasas posibilidades de éxito, de cambiar de vida en una sociedad que genera desigualdad. Estos relatos muestran la escasa profundidad de las políticas de redistribución y la insuficiencia de los recursos integrales de reinserción social.

Por tipos hay que destacar:

Toxicómanos. Heroína-sida. El sida es un elemento central que marca las expectativas. Parece que la vida se centra en vivir un día más, el presente como única realidad, en la supervivencia como objetivo cuando el horizonte está cerrado (*«tener dentro una bomba que puede explotar en cualquier momento»*). Para algunos esta actitud es una condición necesaria para adaptarse y no volverse loco. Se identifican con la visión social que los sitúa como el escalón más marginado de la sociedad. A medida que pasan años sin desarrollar la enfermedad se abren algunas expectativas de superarla y también planes de futuro. En la mujer, el deseo de recuperar a los hijos y cuidarlos es una referencia clara de futuro. El hombre vive una situación límite en la que lo que está en juego es vivir o morir.

Toxicómanos en tratamiento. Las drogas constituyen un refugio delante de conflictos no resueltos y, a la vez, la relación en círculos que giran alrededor del consumo constituye gran parte de su identidad. Después de dejar la droga aparece la necesidad de llenar un vacío, la sensación de no tener un lugar social (profesión, trabajo, familia...) ni una red de relaciones con los de la misma generación, fuera del ambiente de las drogas.

En la mujer aparecen elementos de recuperación de la autoestima: cuidado personal, higiene y orden de la casa; la reivindicación de recuperar la custodia de la hija porque ya está en tratamiento y tiene una casa ordenada... En el hombre aparece la necesidad y el deseo positivo de llenar el vacío y encontrar otros alicientes (trabajo, vida tranquila) a pesar de que las posibilidades reales de cambio son pocas. Los que han estado en prisión expresan el vacío de no tener amigos fuera. La prisión aparece como un lugar sin libertad y con relaciones duras, pero en el que uno no ha de buscarse la vida cada día. Es un lugar donde existen horarios, una vida ordenada, donde hay comida y atención sanitaria y permite un espacio, vivido positivamente, para reflexionar. Comentan mejoras en la salud durante el tiempo en prisión, haciendo pensar en la relación entre salud y condiciones de vida adversas.

Prostitución. El hecho de llevar una vida normalizada fuera de la prostitución resalta el sentido de la misma como fuente de ingresos. El conflicto se deriva de la dificultad de dejar la prostitución y sobrevivir con otro trabajo. Esto es muy claro en el caso de la mujer mayor que desea mantener una vida lejos de la prostitución y contar con suficientes recursos (un subsidio) para vivir con humildad, tranquila y retirarse de la calle. Para el travestí, el travestismo ha significado una forma de vivir plenamente su orientación sexual, aunque reconoce que la prostitución es una de las pocas formas que tiene para ganarse la vida. Se mantiene activo frente a la aparición y tratamiento de anticuerpos del sida y con una posición de optimismo vital y de «normalidad» que se esfuerza en mantener en todos los ámbitos de su vida.

Sin techo. Las dos personas jóvenes que están en el Centro se plantean romper el círculo de desconexión social a partir

de una ayuda económica (renta mínima), el tratamiento y la superación del alcoholismo (aunque ya lo han probado otras veces). Quieren formarse para poder tener un trabajo diferente. En el caso de la mujer tener el hijo que espera es una manera de echar raíces y de reforzar su pareja. En el hombre mayor con demencia, la expectativa y el presente gira alrededor de la fantasía de relación con su familia y la relación con una trabajadora social que lo ayuda y hace de puente con el resto de acogidos en el centro.

Mujeres solas. El cuidado de los hijos es un elemento central y compartido. El cuidado supone incluso aceptar la separación para que los hijos no vivan la precariedad y deterioro personal que algunas mujeres viven (sida, drogas, prostitución...). En las madres sin pareja la centralidad del cuidado de los hijos es muy clara y se viven las dificultades para sacar adelante a sus hijos a causa de la pobreza y el aislamiento familiar, quedando limitadas la posibilidad y el deseo claro de trabajar fuera de casa.

Inmigrantes ilegales. Las expectativas varían radicalmente en base al origen de la inmigración. En aquellos que huían de la pobreza la expectativa es conseguir los papeles, tener un lugar y ganarse la vida aquí, aunque sea de forma precaria. En los inmigrantes políticos la expectativa de volver a su país y con su gente hace que vivan aislados. Viven aquí como un paréntesis, una transición a la espera que cambie la situación en su país con la idea (¿fantasía?) de que cuando vuelvan todo estará como cuando marcharon.

3.5. La salud y los servicios sanitarios y sociales

La encuesta pone en evidencia una mala salud percibida y la acumulación de trastornos crónicos. En el discurso de las per-

sonas entrevistadas destaca un concepto de salud entendido como ausencia de enfermedad grave, donde pesan más las condiciones de vida como factores de malestar que la misma patología. Para algunos, la salud es un concepto relativo, comparando la propia salud con la de otros o con los que han muerto. Diferencian entre las patologías que son «normales» y aquellas que consideran que son resultado de su estilo de vida o de las condiciones materiales.

Específicamente, según los diferentes tipos, destaca:

Toxicómanos. Heroína-sida. El sida aparece en su vida como un hecho central. La viven como una enfermedad que ha venido de fuera y confían que la solución también vendrá de fuera (vacuna, tratamiento...). Asocian la enfermedad con la personalidad, la adicción a la droga, las relaciones en el círculo de consumo y la falta de información en los primeros momentos. Hay una percepción de salud relativamente buena cuando se compara con otros: *«yo estoy vivo y otros están muertos»*. El consumo de drogas no se cuestiona ni plantea, parece que sea una fuente importante (¿la única?) de satisfacción, cuando no una manera de acelerar el proceso de muerte sin sufrimiento. La presencia del sida parece relacionarse con el escaso compromiso terapéutico para salir de la droga, o entrar en programas de reducción de riesgo. La prevención se plantea, sobre todo, hacia los otros, como un compromiso ético de evitar el contagio. El cuidarse está subordinado al hecho de poder hacerlo, teniendo en cuenta las condiciones tan difíciles del día a día. Las mujeres (esposas y madres) aparecen puntualmente como agentes de cuidados, físicos y emocionales, en una red familiar frágil o rota. Las relaciones con el sistema sociosanitario, principalmente con recursos especializados, son frecuentes y bien valoradas. Son relaciones de confianza y puente con la

sociedad y los recursos de ayuda. En el sistema sanitario general y en los servicios de urgencias aparecen quejas de estigmatización.

Toxicómanos en tratamiento. Entienden la drogadicción como una enfermedad que debe tratarse, relacionada con la historia familiar, la personalidad y la falta de información sobre los riesgos cuando empezaron el consumo. Está presente el riesgo de recaer. El centro de tratamiento aparece como referencia de grupo social y de ayuda material y emocional. El autocuidado está limitado por la pobreza y por el horizonte vital y social.

Prostitución. La mujer mayor relaciona los problemas de salud con las condiciones de vida, trabajo y con la desprotección, que le impide dejar de «hacer la calle». Aparece la importancia de la enfermedad «visible» como más relevante que la que no se ve (aunque sean anticuerpos del sida) y la necesidad de esconder aquello que «afea», que puede parecer contagioso o signo de mala salud (psoriasis, problemas de dentadura...) y afectar al trabajo. Tienen una actitud de cuidarse dentro de los límites materiales, reconociéndose como fundamentales la higiene y la prevención de contagio. Utilizan los servicios sanitarios generales, haciendo una valoración positiva. La relación se ve mediatizada por la dificultad de explicar a los profesionales sanitarios o sociales la dedicación a la prostitución, lo que también dificulta una buena relación terapéutica.

Sin techo. La salud se relaciona con las condiciones materiales de vida en la calle. El alcoholismo y los problemas de salud mental están muy presentes. El centro de acogida es un espacio de tutela profesional, que ofrece protección y recursos, mejorando la continuidad de relación con los profesionales de salud y la autoestima.

Mujeres solas. Destacan la ansiedad y los *nervios* que se relacionan con las condiciones materiales, aislamiento y sobre todo con dificultades para cuidar a los hijos. Utilizan los servicios sanitarios generales. Valoran los servicios sociales de dos maneras: desde muy positiva y de apoyo eficaz hasta considerarlos lentos y burocratizados para dar respuesta a necesidades materiales que consideran inmediatas y urgentes.

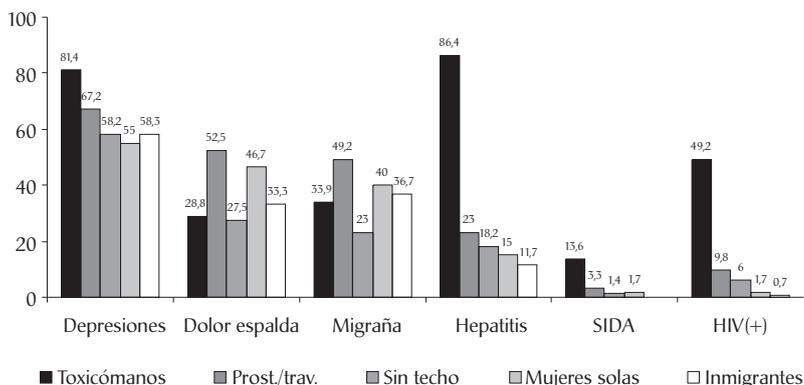
Inmigrantes ilegales. Presentan ansiedad por su situación, la de los hijos y la familia que está fuera, así como aislamiento, presión policial y precariedad. En un caso aparece una concepción religiosa e integral de la salud y el tratamiento (la salud como consecuencia de sentirse bien con uno mismo y de una actitud de confianza en Dios que te protege si actúas correctamente). Los servicios sanitarios son conocidos y bien valorados y los sociales ofrecen ayuda puntual. Saben cómo acceder a ellos y utilizarlos, información que se extiende entre sus círculos de relación por el «boca a boca».

DATOS DE LA ENCUESTA

Para comparar se utilizan algunos datos de la Encuesta de Salud de Barcelona 1992 (BORRELL, PASARÍN y PLASÈNCIA, 1995). Tomando como indicador los que dicen tener salud regular o mala, el estado de salud percibido de la población en situación de exclusión es sensiblemente peor que en la población general. En nuestra encuesta las mujeres declaran peor estado de salud en todos los grupos. Por colectivos, 66% de mujeres y 57% de hombres toxicómanos, 48% de los hombres inmigrantes y 65,7% de las mujeres, 37,3% de mujeres solas, 31,6% de prostitutas, 35,7% de travestis, 38% de mujeres sin techo y 44% de los hombres, declaran salud regular, mala o muy mala.

En los trastornos crónicos destacan nervios y depresión, migraña, dolor de espalda, mala circulación, hepatitis y anticuerpos del sida entre los toxicómanos (Figura 1). El 81% de hombres y el 82% de mujeres dicen tener algún trastorno crónico (en la Encuesta de Barcelona de 1992, el 44,8% de hombres y el 61,8% de mujeres). Es significativa la acumulación de trastornos crónicos (promedio): toxicómanos, 5,4; trastornos crónicos y entre las prostitutas, 4,1.

Figura 1. Principales trastornos crónicos



Respecto a la salud mental las puntuaciones bajas del test se dan en el 36% de las prostitutas, el 34% de los toxicómanos y el 31% de mujeres solas. Por lo que se refiere a la vitalidad, las bajas puntuaciones del test se dan en el 40% de los toxicómanos, el 31,7% de mujeres solas y el 28% de los inmigrantes. El test específico para personas «sin techo» revela que un 40,6% tienen algún trastorno mental.

El consumo de tabaco es muy alto entre los toxicómanos (97%), sin techo (84,5%) y las prostitutas (77%) y el consumo de alcohol en cantidades de riesgo (más de 40 gramos/día) se da en el 49,1% de los sin techo, el 43% de las prostitutas, el 37% de los toxicómanos y el 27% de los inmigrantes.

Se utilizan mucho los servicios de salud (visita al médico el último mes) entre los toxicómanos (63%), las mujeres solas (50%), los inmigrantes (52%), los sin techo (45,1%) y las prostitutas (42%). El uso de servicios sociales (visita el último año) es más frecuente entre las mujeres solas (95%), los toxicómanos (69%) y los inmigrantes (52%).

4 CONCLUSIONES

Las condiciones materiales precarias y su impacto vital en la salud refuerzan la necesidad de políticas multidimensionales que profundicen en las problemáticas de vivienda, de ingresos básicos, de formación y de inserción sociolaboral, para ofrecer posibilidades efectivas de romper el círculo cerrado mediante la mejora real de las condiciones materiales. Las actuaciones asistenciales sanitarias o sociales aisladas son insuficientes para abordar las situaciones de marginación.

Señalar especialmente el papel que asumen las mujeres. El rol de cuidar se muestra en toda su centralidad y exclusividad en el caso de las mujeres entrevistadas. Asumen responsabilidades muy importantes de cuidados en situaciones muy precarias de recursos y actúan como verdaderas y cotidianas agentes de salud. Son necesarias políticas que les den prioridad y apoyo material y emocional ágiles y con poca burocracia.

El evidente sufrimiento emocional requiere un esfuerzo para generalizar los servicios del ámbito de salud mental y crear espacios de apoyo emocional que ayuden a superar las situaciones límite, las separaciones familiares y emocionales y a reestructurar los vacíos de identidad. Los servicios sociosanitarios, sin ser específicamente de salud mental, son reconocidos como lugares donde encuentran ayuda. Parece que una parte de la alta utilización de los servicios se relaciona con esta función de soporte emocional y de solicitud implícita de otras demandas que no son explícitamente las que formulan.

Avanzar hacia una progresiva normalización de la atención a la salud de forma que la atención a estas personas no se centre exclusivamente en los servicios especializados (centros para toxicómanos, servicios para inmigrantes, etc.) para colectivos marginados, porque hay el riesgo de seguir reproduciendo el modelo de segregación social que se produce en otros ámbitos.

Se debe incrementar la sensibilización y la formación de los profesionales para evitar la estigmatización expresada por las personas entrevistadas cuando acuden a los servicios generales (atención primaria, urgencias, hospitales...). En esta sensibilización pueden jugar un papel importante los profesionales de los centros especializados, que son reconocidos como próximos y efectivos.

5 AGRADECIMIENTOS

A todas las personas e instituciones que han hecho posible la realización de este estudio, entre ellas: los servicios de Asuntos Sociales del Ayuntamiento de Barcelona y especialmente los Centros de Servicios Sociales y el Programa de Aten-

ción a Personas Sin Techo, el SAIER, la Casa de la Font, la Guardia Urbana de Sant Martí y Les Corts, los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS), Salud y Familia, Cáritas, Siervas de la Pasión Santa Isabel, Fundación Ascó, Hermanas Oblatas, Obra Social M.^a Luisa de Marinyach, Escuela Bressol els 4 Vents, la ACISJF, Bayt-al-Thaqafa, ATIME, Proyecto Xenofilia, SAPPPIR y la Asociación de Vecinos del Casco Antiguo.

También agradecer a las personas que han realizado las encuestas y facilitado la obtención de personas para las entrevistas en profundidad: Montserrat Cano, Sara Carmona, Teresa Fàbregas, Albert Garcia, Isabel Garcia, Mariola Moreno, Eva Moragues, Montserrat Planells, Fatiha Rabehi, Demián Ruiz, Montserrat Solé.

A M. Isabel Urgellés por su ayuda en la traducción y edición del manuscrito.

6 BIBLIOGRAFÍA

BORRELL, C.; PASARÍN, M.I.; PLASÈNCIA, A. (1995): *Enquesta de salut de Barcelona 1992-93*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.

CASTEL, R. (1992): *La inserción y los nuevos retos de las intervenciones sociales*. En: ALVAREZ URÍA, F. (ed.). *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Ediciones Endymión.

DEL CASTILLO, J. (1991): *Mostratge i estimació de poblacions ocultes*. *Qüestió*; 15: 55-68.

DÍAZ, A.; ROMANÍ, O. (1989): *Desviación y marginación social*. En: *Treball social. Conceptes i eines bàsiques*. Escola Universitària de Treball Social. Barcelona: ICESB.

- JANSÀ, J.M.; PUIGPINÓS, R.; BORRELL, C.; FERRER, A.; SÀNCHEZ, M.; PALLARÉS, M. (1999). *La salut de la població sense sostre a la ciutat de Barcelona*. Barcelona Societat, 10: 46-55.
- LOMNITZ, L.A. (1993). *Cómo sobreviven los marginados*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- PUIGPINÓS, R.; BORRELL, C.; PASARÍN, M.I.; DE ANDRÉS, J.; BRUGAL, M.T.; ROHLFS, I.; JANSÀ, J.M. (1999). *La salut de la població marginal i/o vulnerable a la ciutat de Barcelona*. Barcelona Societat, 10: 38-45.
- TOWNSEND, P.; DAVIDSON, N.; WHITEHEAD, M. (1988). *Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books.
- SAN ROMÁN, T. (1989). *Sobre ancianidad y marginación*. En: *Vejez y Cultura. Hacia los límites del sistema*. Barcelona: Fundació Caixa de pensions.

Desigualdades en salud y estratificación social en España: un análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 (1)

Elisa Díaz Martínez

Sumario

1. Introducción.—2. El argumento: la relevancia de la clase social.—
3. Diseño de la investigación: datos y variables.—4. Modelos, análisis y resultados.—5. Conclusión.—6. Otras referencias bibliográficas.

RESUMEN

En las últimas décadas, las sociedades desarrolladas han experimentado un aumento de las desigualdades en el estado de salud de los individuos. La literatura centrada en el estudio de la salud ha intentado dar una explicación a estas desigualdades. Se ha sugerido que la salud es el resultado de diferencias entre los individuos en variables biológicas, genéticas, culturales o de comportamiento,

(1) Este trabajo forma parte de la tesis doctoral que estoy realizando en el Nuffield College de la Universidad de Oxford y en el Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales del Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones. Dirección de contacto: elisa.diazmartinez@nuffield.oxford.ac.uk

estructurales o materiales. En este artículo contribuyo a este debate analizando cuál es el papel de la clase social en la explicación de las desigualdades en la salud de los individuos. Argumento que la distribución de ciertos recursos es lo que determina el estado de salud de una sociedad. Identifico dos mecanismos causales que conectan teóricamente la estructura de desigualdad de una sociedad con su estado de salud. El análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995 para España presenta evidencia empírica que corrobora parte de la argumentación teórica.

ABSTRACT

During the last decades, inequalities in the state of health of individuals have increased in developed societies. The literature on health inequalities has provided different explanations to account for the disparities observed in individuals' health. It has been suggested that differences in individuals' health are the result of biological or genetic variables, cultural or behavioural patterns, or structural or material factors. In this article, I make a contribution to this debate analysing which is the specific role that social classes have in understanding health inequalities. I argue that the distribution of certain resources is what ultimately determines the state of health that a society enjoys. I identify two basic causal mechanisms that link the structure of social inequality of a society and its state of health. The statistical analysis of the Spanish Encuesta Nacional de Salud from 1995 provides with empirical evidence that supports part of the theoretical arguments.

1 INTRODUCCIÓN

¿Qué factores determinan nuestra salud? ¿Por qué unos individuos tienen un estado de salud mejor que otros? Mas aún, ¿por qué las pautas de desigualdad en salud se han mantenido e incluso han aumentado en algunas sociedades desarrolladas que han experimentado un considerable incremento en su calidad de vida? La investigación centrada en la salud de los individuos ha intentado dar respuesta a algunas de estas preguntas. Sin embargo, todavía no existe un consenso sobre cuáles son los factores que determinan nuestra salud. La literatura sobre las desigualdades en salud ha sugerido diferentes explicaciones. Para algunos autores, las diferencias en el estado de salud son simplemente el resultado de *errores metodológicos*, es decir, fallos de medición o una inadecuada operacionalización de las variables objeto de estudio (2). Otros argumentan que la salud es el resultado de *diferencias culturales y de diferentes pautas de comportamiento* (3). Otros investigadores consideran que las diferencias en salud se deben a *factores estructurales o materiales* (4). Otros autores argumentan que las diferencias en la edad adulta son el resultado de una *programación biológica* en el útero de la madre (5). Las diferencias en

(2) BLOOR, M.; SAMPHIER, M., y PRIOR, L.: Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence. *Sociology of health & illness*, 1987, n 9, págs. 231-264.

(3) MARMOT, M. G.; SHIPLEY, M., y ROSE, G.: Inequality in death. Specific explanation of a general pattern? *Lancet*, 1984, n 1: págs. 1207-1210.

(4) BLACK, D.; MORRIS, J.; SMITH, C., y TOWNSEND, P.: The Black Report. En: *Inequalities in health*. Londres: Penguin, 1982.

(5) BARKER, D.: The foetal and infant origins of adult disease: the womb may be more important than the home. *British Medical Journal*, 1990, n 301, págs. 1111; BARKER, D.: *The foetal and infant origins of adult disease*. Londres: Publicaciones BMJ, 1992.

salud han recibido a su vez una *explicación genética*. Además, *factores psicosociales* han sido presentados como factores determinantes de la salud.

Estas explicaciones no son siempre claras al definir los conceptos que utilizan y no están demostradas en todos los casos por sólidos resultados empíricos. Incluso, algunas de estas argumentaciones se basan en evidencias contradictorias. Por ejemplo, al determinar la influencia de los factores económicos —el crecimiento del Producto Interior Bruto o el nivel de renta de los individuos— sobre el estado de salud —mortalidad, morbilidad— las investigaciones llevan a conclusiones contradictorias. Por un lado, LE GRAND y VAN DOORSLAER (6) muestran que la desigualdad en la renta percibida por los individuos es la única variable que determina parte de la divergencia en salud entre países desarrollados. Por otro lado, las investigaciones de WILKINSON, así como las de KAWACHI y KENNEDY (7), sugieren que la renta es importante para explicar las desigualdades en salud *entre individuos* pero no entre países.

Parece claro que los resultados de la investigación sobre las diferencias en salud no permiten comprender todavía de una manera clara y segura cuáles son los factores que influyen en la salud. Por tanto, el estado actual de la investigación hace necesarios más esfuerzos que ayuden a comprender la relación exacta entre la salud y sus determinantes. Si se quieren disminuir las diferencias de salud entre los individuos, es necesario

(6) LE GRAND, J.: Inequality in health: some international comparisons. *European Economic Review*, 1987, n. 31, págs. 182-191; VAN DOORSLAER, E. *et al.*: Income-related inequalities: some international comparisons. *Journal of health economics*, 1997, n. 16, págs. 93-112.

(7) Ver, por ejemplo, WILKINSON, R. G.: Two pathways, but how much do they diverge? *British Medical Journal*, 1999, n. 319, págs. 956-957; KAWACHI, I., y KENNEDY, B.: Socio-economic determinants of health: health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, 1997, n 314, págs. 1037-1040.

que se lleven a cabo programas de investigación que se centren en comprender no sólo cuáles son los factores que determinan la salud, sino también cuáles son los mecanismos que conectan estos factores con la salud. Ese es el propósito principal de este artículo: contribuir a la comprensión de las desigualdades en salud analizando la influencia que en la misma tiene el factor clase social. Más específicamente, mi intención es la de analizar cuál es el papel de las clases sociales en la explicación de las diferencias en salud.

En la segunda sección presentaré el argumento que responde de una manera teórica a la pregunta de esta investigación —esta es, ¿cuál es el peso específico del factor clase en el estado de salud de los individuos?—. Argumentaré que la estructura social es relevante para entender la situación de una sociedad en materia de salud. La idea-fuerza en mi argumentación es que el modo como se distribuyen ciertos recursos es lo que determina el estado de salud de una sociedad. Tal y como desarrollaré, la estratificación social influye sobre la salud a dos niveles diferentes de agregación: el individual y el comunitario. En este artículo me centraré principalmente en evaluar el efecto a nivel individual. En la tercera sección describiré la base de datos utilizada y las variables analizadas. En la cuarta sección, presentaré los modelos y los resultados del análisis cuantitativo de la investigación. Terminaré el artículo en la sección quinta con una exposición de los principales hallazgos del trabajo.

2 EL ARGUMENTO: LA RELEVANCIA DE LA CLASE SOCIAL

¿Por qué las clases sociales influyen en el estado de salud de los individuos? ¿Cuáles son los mecanismos que actúan entre

ambas variables? Muy brevemente: la estructura de las clases sociales influye sobre la salud a través de la distribución de una serie de recursos que pueden presentar riesgos o beneficios para la salud. Si el reparto desigual de estos recursos influye en la salud —tal y como se verá más adelante—, el estudio de la distribución de esos recursos en la estructura social ayudará a explicar en parte cómo se vive la salud entre los individuos y, consecuentemente, a entender porqué los individuos tienen diferentes estados de salud.

Mi argumento es el siguiente. El acceso diferencial a una serie de recursos que pueden prevenir o, por el contrario, provocar la enfermedad es el mecanismo teórico que une a la clase social con la salud. Las clases sociales más favorecidas tienen un disfrute más beneficioso —en términos de su estado de salud final— que las clases menos favorecidas de los recursos que influyen sobre la salud. Estos recursos son fundamentalmente *comportamientos relacionados con la salud* —tipo de dieta, práctica de ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco—, *las características de la vivienda, el estrés, la pobreza o condiciones materiales muy privativas y la calidad del medio ambiente. La educación y la información* sobre las características y consecuencias de las enfermedades también se distribuyen de forma desigual entre las clases sociales. Todos estos factores, junto con *las condiciones de trabajo*, determinan la forma de vivir de los individuos. Y las diferencias en los *estilos de vida* es lo que en última instancia determina las diferencias de salud. Así, las clases sociales más desfavorecidas tienen un acceso limitado en cantidad y calidad a ciertos medios, lo que ocasiona un tipo de vida que influye negativamente sobre sus condiciones de salud. Las clases con más recursos tienen un acceso más fácil a los recursos que facilitan una buena salud así como a la educación o información necesaria para hacer un uso adecuado de esos recursos.

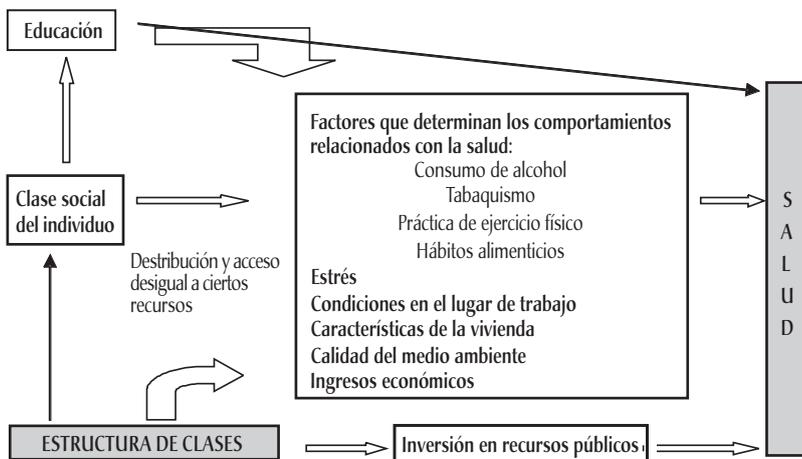
La estructura de clases influye en la salud no sólo a *nivel individual* sino también a *nivel comunitario*. Por ejemplo, la distribución de clases no sólo tiene un impacto sobre la distribución de bienes privados sino que también ejerce cierto peso sobre la cantidad de inversión pública que se lleva a cabo en una comunidad. Existe evidencia empírica que muestra que hay una asociación positiva entre las sociedades con una extensa y consolidada clase media y la cantidad de inversión que se realiza en recursos que facilitan el desarrollo de los servicios y bienes de una comunidad. Por tanto, la existencia de una clase media sólidamente establecida favorecería mayores inversiones públicas en bienes como la educación y los programas de bienestar social o en la mejora de las condiciones en el trabajo. Estos bienes y servicios son beneficiosos para la salud de los individuos.

El proceso de formación de las clases sociales así como de su desarrollo en el tiempo es simultáneo a la distribución de los recursos que significativamente influyen en la salud. La relación teórica que existe entre los ingresos económicos de un individuo, la salud y la estructura de clases sociales, apoya claramente este argumento. La riqueza es una de las dimensiones que determina la estructura de las clases sociales ya que influye sobre las condiciones de vida. El nivel de los recursos económicos de un individuo influye a su vez en, por ejemplo, la calidad del medio ambiente en el que vive o en los componentes saludables de su dieta. Así, se puede argumentar que la propia lógica de formación y consolidación de las clases reproduce una distribución desigual de las variables que determinan si un individuo está sano o no.

En suma, lo argumentado permite afirmar que la estructura social tiene un impacto sobre la salud a través de una combi-

nación de procesos muy complejos que se desarrollan a un nivel individual –los factores que influyen sobre el estilo de vida–, pero también a un nivel comunitario –la inversión pública en recursos importantes para la salud–. Estos procesos a su vez determinan de forma simultánea la lógica de construcción y reproducción de las clases sociales. La Figura 1 representa gráficamente estas relaciones teóricas entre la estructura de desigualdad de una sociedad y su estado de salud.

Figura 1. La relación entre la estratificación social y la salud tanto a nivel individual como comunitario. Elaboración propia.



3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: DATOS Y VARIABLES

El análisis se ha llevado a cabo utilizando la Encuesta Nacional de Salud de 1995 para España (8). Esta encuesta contiene

(8) CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. *Encuesta Nacional de Salud*. Estudio número 2.153. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1995.

información sobre el estado de salud, los hábitos de vida y la situación socioeconómica de la población adulta. Se analizan hombres y mujeres de forma separada ya que presentan diferencias significativas en algunas de las variables utilizadas en el análisis. A continuación se definen brevemente las variables de la investigación así como su operacionalización.

Salud: ¿Qué es lo que entiendo exactamente por «el estado de salud» de los individuos? El estado de salud es un concepto complejo cuya definición ha variado en el tiempo. Determinar cuándo un individuo está sano o, por el contrario, está enfermo es en ocasiones una tarea difícil. Algunos individuos que tienen una salud física muy débil se sienten satisfechos y en buena forma. En cambio, otros individuos que tienen una forma física inmejorable pero padecen trastornos mentales o psicosomáticos, se sienten en baja forma y poco satisfechos con su estado de salud. Tomando como referencia el trabajo de TERRIS (9) defino la salud como «*el estado de bienestar físico, mental y social que permite la capacidad funcional y no la mera ausencia de enfermedad*». Esta definición incluye un aspecto subjetivo de la salud —una escala que mide el grado de bienestar— y una dimensión objetiva de la salud —la capacidad de funcionar correctamente medida en diferentes grados—. De esta manera, un individuo está sano no sólo cuando se siente bien física, mental y socialmente sino también cuando es capaz de realizar las actividades de su vida cotidiana con normalidad. Por tanto, el concepto de salud que adopto tiene un carácter positivo, enfatiza los recursos personales y sociales así como la capacidad física. Dado que mi objetivo en este trabajo es analizar la dimensión subjetiva de la salud, la pregunta que he utilizado para medir la salud auto-percibida es la siguiente: «Durante los

(9) TERRIS, M.: *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI, 1980.

últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?»

Clase social: La estratificación social de un colectivo se refleja en su estructura de clases. Para poder estudiar la desigualdad de la sociedad española necesito operacionalizar la clase social. Como mi objetivo es analizar la influencia de la estructura de clases en la salud, los indicadores de clase como la ocupación o los esquemas jerárquicos no son una adecuada operacionalización de las clases sociales ya que describen las situaciones de los individuos pero no las explican. Para estudiar la naturaleza de la estructura de clases debo utilizar un esquema de clases que refleje las relaciones entre las mismas. El esquema desarrollado por GOLDTHORPE y ERIKSON (10) refleja estas relaciones de una forma satisfactoria. Como las relaciones de clases están basadas en la distribución desigual de una serie de recursos que influyen en la salud, será necesario su estudio para analizar las diferencias en salud. Este esquema ha sido construido con la información que la Encuesta Nacional de Salud contiene sobre la situación económica y la ocupación de los encuestados.

Para analizar de una forma más precisa la asociación entre clase social y salud, he incluido en el análisis cuatro grupos de variables que pueden influir sobre la salud. El primero es la *educación*. Una educación insuficiente puede limitar la capacidad de utilizar adecuadamente la información relacionada con la salud, como las normas sobre seguridad en el trabajo o las recomendaciones médicas. También puede implicar una utilización inadecuada de los servicios de salud o del seguro de enfermedad. Luego, cuanto más alto es el nivel educativo de un individuo mejor será el uso que haga del Sistema Nacional de Salud y de la informa-

(10) GOLDTHORPE, J. H., y ERIKSON, R.: *The constant flux: a study of class mobility in industrial societies*. Oxford: Clarendon Press, 1992.

ción sobre la salud en general, más sano podrá ser su estilo de vida y por tanto su estado de salud será mejor que el de un individuo con una educación más limitada. Se incluye la educación como una variable de cinco categorías (EGB no finalizada, EGB o FP I, BUP o FP II, Diplomatura o FP III, Licenciatura o superior).

Los otros tres grupos de variables de control son: *la estructura demográfica* (la edad medida en seis grupos de diez años, cada uno desde los 16 hasta los 65 años y, el estado civil –soltero, casado, separado o divorciado y viudo–); *el estilo de vida* (el consumo de alcohol o tabaco, la práctica de ejercicio físico –cuatro valores: «nunca», «en pocas ocasiones», «habitualmente» y «muy frecuentemente»–, la relación entre el peso y la altura –cuatro categorías: «mucho mayor de lo normal», «un poco mayor de lo normal», «normal» y «menor de lo normal»–), y *la salud objetiva* (dos indicadores: salud objetiva en el corto plazo y salud objetiva en el largo plazo).

4 MODELOS, ANÁLISIS Y RESULTADOS

La estrategia que he seguido para examinar la influencia de la clase social en la salud tiene dos partes. Primero, dada la naturaleza de la variable dependiente, he estimado un modelo *probit* ordinal para analizar la asociación entre clase y salud (modelo 1). Segundo, he reestimado la regresión ordinal para incluir primero la educación (modelo 2); segundo, las características demográficas (modelo 3); tercero, los hábitos de vida (modelo 4), y cuarto, las medidas de salud objetiva (modelo 5); con el propósito de estudiar el efecto de la inclusión de estas variables en los coeficientes del modelo inicial. Lo interesante de este diseño estadístico es observar cómo *varían* los valores de los coeficientes de la variable clase del modelo inicial al incluir

en la explicación el resto de las variables. Si estos coeficientes tienden a cero, entonces la asociación entre clase y salud se debilitaría significativamente. Si, por el contrario, los valores de los coeficientes no cambian, entonces la asociación entre clase y salud no se vería afectada por la relación entre las variables de control y la salud. Las Tablas 1 y 2 recogen los resultados de los modelos estimados para mujeres y hombres, respectivamente.

Tabla 1*. Regresión ordinal para la salud percibida. Coeficientes de los modelos estimados para las mujeres. Encuesta Nacional de Salud, 1995. Número de observaciones, 1.139

MODELO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Log-likelihood	-1455.32	-1419.49	-1383.2	-1301.92	-1145.59
Clase Social					
Clase I	0.695*	0.215	0.356*	0.287*	0.223**
Clase II	0.296*	0.176	0.288*	0.328*	0.249*
Clase IIIab	0.672*	0.254*	0.284*	0.369*	0.338*
Clase IVabc	-0.354*	-0.2	0.0006	-0.017	-0.095
Clase V	0.335*	-0.141	0.003	0.09	0.25
Clase VI	0.309*	0.173*	0.22*	0.22*	0.199
Educación					
EGB o FP I		0.415*	0.148	0.086	0.092
BUP o FP II		0.892*	0.418*	0.347*	0.293*
Diplomatura o FP III		0.881*	0.429*	0.359*	0.317
Licenciatura o superior		0.976*	0.462*	0.48*	0.415*
Edad					
25-34 años			0.103	0.057	0.05
35-44 años			0.068	0.041	0.074
45-54 años			-0.289*	-0.349*	-0.214
55-64 años			-0.503*	-0.534*	-0.369*
≥ 65 años			-0.609*	-0.642*	-0.437*
Estado civil					
Casada			-0.111	-0.083	-0.087
Separada o divorciada			-0.020	-0.029	0.064
Viuda			-0.135	-0.095	-0.125

Tabla 1 (Continuación)

MODELO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Consumo de tabaco				0.042	0.02
Consumo de alcohol				-0.193*	-0.137*
Ejercicio físico					
En pocas ocasiones				0.247*	0.173*
Habitualmente				0.255*	0.205
Muy frecuentemente				0.042	0.069
Relación entre peso y estatura					
Un poco mayor de lo normal				-0.009	-0.194
Normal				0.21*	0.028
Menor de lo normal				-0.118	-0.258
Salud objetiva en el corto plazo					0.270*
Salud objetiva en el largo plazo					-0.354*

+ La categoría de referencia de todas las variables es la primera, excepto para la clase social, que es la última.

Todos los modelos son significativos al 5%. * Significativo al 5%; ** Significativo al 10%.

Tabla 2+: Regresión ordinal para la salud percibida. Coeficientes de los modelos estimados para los hombres. Encuesta Nacional de Salud, 1995. Número de observaciones, 2.392

MODELO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Log-likelihood	-3044.32	-2961.35	-2842.33	-2690.55	-2366.76
Clase Social					
Clase I	0.432*	0.088	0.266*	0.285*	0.292*
Clase II	0.258*	0.102	0.244*	0.25*	0.288*
Clase IIIab	0.474*	0.163	0.326*	0.379*	0.333*
Clase IVabc	-0.317*	-0.261*	-0.033	-0.056	-0.062
Clase V	0.462*	0.088	0.289*	0.303*	0.26*
Clase VI	-0.118*	0.007	0.094	0.102	0.097

Tabla 2. (Continuación)

MODELO	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Educación					
EGB o FP I		0.603*	0.345*	0.319*	0.264*
BUP o FP II		0.897*	0.431*	0.409*	0.393*
Diplomatura o FP III		0.874*	0.437*	0.435*	0.401*
Licenciatura o superior		1.052*	0.589*	0.625*	0.553*
Edad					
25-34 años			-0.219*	-0.248*	-0.227*
35-44 años			-0.457*	-0.472*	-0.453*
45-54 años			-0.609*	-0.629*	-0.511*
55-64 años			-0.851*	-0.825*	-0.661*
≥ 65 años			-1.138*	-1.022*	-0.883*
Estado civil					
Casado			0.096	0.088	0.117
Separado o divorciado			-0.265	-0.33	-0.432*
Viudo			-0.187	-0.226	-0.193
Consumo de tabaco					
				0.017	0.064
Consumo de alcohol					
				-0.281*	-0.204*
Ejercicio físico					
En pocas ocasiones				0.214*	0.15*
Habitualmente				0.113	0.063
Muy frecuentemente				0.359*	0.276*
Relación entre peso y estatura					
Un poco mayor de lo normal				0.131	0.114
Normal				0.245*	0.163*
Menor de lo normal				-0.096	-0.127
Salud objetiva en el corto plazo					
					0.306*
Salud objetiva en el largo plazo					
					-0.329*

+ La categoría de referencia de todas las variables es la primera, excepto para la clase social, que es la última.

Todos los modelos son significativos al 5%. * Significativo al 5%; ** significativo al 10%.

Los coeficientes del modelo (1) de las dos Tablas muestran que *la relación entre la clase social y la salud es significativa*. El valor y el signo de estos coeficientes permiten afirmar que las clases sociales más favorecidas tienen mayores probabilidades de tener un buen estado de salud que las clases sociales menos favorecidas. Los coeficientes del modelo (2) ponen de manifiesto que la relación entre clase y salud se ve modificada significativamente cuando se introduce la educación en el análisis, especialmente en el caso de los hombres, para los que sólo sigue siendo significativa la categoría de la clase IVabc (los pequeños propietarios y los autónomos). Sin embargo, la clase social recupera gran parte de su capacidad explicativa cuando se incorporan en el modelo (3) la edad y el estado civil de los encuestados. Los coeficientes del modelo (4) tanto para mujeres como para hombres, muestran que la asociación entre clase y salud no sólo mantiene su significación estadística sino que el valor de la mayoría de las categorías aumenta, por lo que aumenta la diferencia en la probabilidad de tener una mejor salud entre las clases con más recursos y las más desfavorecidas.

Finalmente, cuando se controla en el modelo (5) por el estado de salud objetivo observamos que se producen cambios en la relación entre clase social y salud. En el caso de las mujeres, la relación desigual entre clases se mantiene, aunque su intensidad disminuye ligeramente. En el caso de los hombres, la desigualdad entre clases no sólo se mantiene sino que además se acentúa. Esto es, las clases más favorecidas aumentan sus probabilidades de tener una salud mejor que la de la clase más desfavorecida (los trabajadores manuales semi o no cualificados y los agricultores).

Luego parece claro, tal y como se desprende del análisis de la Encuesta Nacional de Salud, que las diferencias en el estado de

salud de los individuos están relacionadas con la clase social de los mismos. La dirección de esta asociación es la siguiente: las clases sociales más desfavorecidas se encuentran en desventaja en términos de su estado de salud respecto a las clases mejor situadas en la estructura social. Los resultados del modelo (5) permiten afirmar que cuando se modeliza la asociación entre clase y salud de una forma que se aproxima a la real —es decir, cuando tenemos en cuenta no sólo la clase del individuo, sino también su educación, su edad, su estado civil, sus hábitos de vida y su salud objetiva— observamos que la relación entre ambas variables beneficia a las clases más favorecidas frente a las menos favorecidas.

5 CONCLUSIÓN

En este artículo he intentado demostrar la relevancia que la clase social tiene para entender porqué unos individuos disfrutan de un mejor estado de salud que otros. He identificado dos mecanismos causales que conectan teóricamente la estructura de desigualdad de una sociedad y su estado de salud. Estos mecanismos, a su vez, contribuyen al establecimiento de la estructura de clases. Primero, las clases sociales tienen una influencia sobre la salud a nivel individual a través de la distribución de una serie de recursos que tienen un impacto sobre el estilo de vida. Segundo, la distribución de clases también influye en la inversión que las comunidades realizan en bienes que pueden tener consecuencias sobre la salud. El análisis cuantitativo de este artículo se ha centrado en examinar el primero de estos mecanismos. Los modelos estimados corroboran en parte el argumento teórico del artículo. Esto es, *la asociación entre clase social y salud es significativa y beneficia a las clases más favorecidas frente a las menos favorecidas*. La evidencia empírica mostrada en este trabajo permite afirmar, por un lado, que la estructura de clases de una

sociedad es importante para entender las razones de las desigualdades en salud y, por otro lado, que la distribución de los recursos analizados tiene, de hecho, un impacto sobre la salud.

6 OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENACH, J.: *Social inequalities in small areas in Spain*. Tesis doctoral, Johns Hopkins University, noviembre 1997.
- DANIELS, N.; KENNEDY, B., y KAWACHI, I.: *Is inequality bad for our health?* Boston: Beacon Press, 2000.
- GEYER, S., y PETER, R.: Income, occupational position, qualification and health inequalities. Competing risks? *Journal of epidemiology community and health*, 2000, vol 54, n. 4, págs. 299-305.
- NAVARRO, V., y BENACH, J.: *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- REGIDOR, E.; GUTIÉRREZ-FUSAC, J. L., y RODRÍGUEZ, C.: *Diferencias y desigualdades en salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

7 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- BLACK, D.; MORRIS, J.; SMITH, C., y TOWNSEND, P.: *The Black Report*. En: *Inequalities in health*. Londres: Penguin, 1982.
- GRAHAM, H. ed.: *Understanding inequalities in health*. Buckingham: Open University Press, 2000.
- LEON, D., y WALT, G. eds.: *Poverty, inequality and health. An international perspective*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- WILKINSON, R. G.: *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. Londres: Routledge, 1996.
- WILKINSON, R. G., y MARMOT, M., eds.: *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

El papel de promoción de la salud para hacer frente a las desigualdades en salud

Esteve Fernández

Investigador, Servicio de Prevención y Control del Cáncer, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet (Barcelona)

Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Universitat de Barcelona, Barcelona

Joan Benach

Profesor Titular, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Carme Borrell

Jefa del Servicio de Información Sanitaria, Institut Municipal de Salut Pública, Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona

Sumario

1. Salud, salud pública y promoción de la salud.—2. Desigualdades sociales en salud y promoción de la salud.—3. Las desigualdades sociales en salud en España.—4. Políticas sobre desigualdades en salud en España.—5. El Proyecto Europeo sobre el papel de la promoción de la salud para abordar las desigualdades en salud.—6. Conclusiones.

RESUMEN

La Promoción de la Salud es el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su

propia salud y así poder mejorarla. La Promoción de la Salud tiene un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud. Los responsables de salud pública han intentado introducir diferentes medidas para promocionar estilos de vida saludables y reducir las diferencias sociales. Estas medidas deberían incluir también cambios estructurales tanto en el ámbito legislativo y fiscal, como organizativos y de desarrollo comunitario. La Promoción de la Salud comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias decisivas encaminadas a proteger su derecho a la salud. Este enfoque tiene como fin alcanzar la equidad en materia de salud.

ABSTRACT

Health Promotion is the process that provides people and populations the means to better control their health and to improve it. Health promotion has an important role in the fight against social inequalities in health. Public health leaders have introduced different measures to promote healthy life-styles and to reduce social inequalities. These measures should also include structural changes in the legal and financial fields, in the organization, and in community development. Health Promotion includes actions aimed to inform about the possibilities of individual and familiar decision, as well as to promote the active and responsible participation of persons in community activities aimed to protect their right to a healthy life. This approach has the final goal to achieve the full equity in health.

1 SALUD, SALUD PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En las diferentes culturas y a lo largo de los años la conservación de la salud como base de bienestar ha sido una preocupación constante. La salud, sin embargo, no es algo concreto, sino una abstracción, un concepto exponente de una circunstancia humana. Como concepto entendemos la expresión de una generalización desde casos más o menos particulares. Por ello cada cultura ha conceptualizado en modo diverso la salud. Existen diferentes abordajes del concepto salud: a) *funcional*, en el que se describe la salud como la capacidad de funcionar o como el estado psíquico y físico óptimo del individuo para cumplir con eficacia las tareas que tiene asignadas; b) *perceptivo*, donde se entiende la salud como una percepción del bienestar; c) *adaptacional*, en el que la salud es la adaptación correcta y duradera del organismo a su entorno, con el componente ecológico correspondiente; d) *sanitario*, caracterizado por un enfoque positivo de los problemas, de características acaso preventivas y comunitarias. Se valora el medio ambiente material y las personas que lo ocupan, de acuerdo a su edad, género, residencia, condiciones personales, etc., y e) *económico*, en el que se describe la salud en relación a los procesos productivos y en términos económicos («el precio de la salud y el coste de la enfermedad») y con la participación de economistas y políticos.

De acuerdo con la definición de la OMS de 1946, que supuso un cambio de la concepción negativa a la concepción positiva de la salud: «Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad». Esta definición, concisa en apariencia y contundente, encierra una gran complejidad por el mismo concepto en

sí y ha sido criticada por equiparar bienestar a salud, por su «idealismo» en la concepción de la salud, por tratarse de una definición estática (sin gradación) y por ser, asimismo, subjetiva. Otras críticas a la definición de la OMS, provenientes sobre todo del ámbito de las ciencias sociales, radican en la utilización abusiva del término «completo» (1), la inclusión ambigua del «bienestar social» y, sobre todo, por la dificultad en hacerla operativa, tanto transculturalmente como en el peso de sus diferentes dimensiones (2). Esta visión positiva de la salud había sido ya anticipada unos pocos años antes por SIGERIST (3): «la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud gozosa hacia la vida y una aceptación de las responsabilidades que la vida impone al individuo». Para TERRIS la salud tiene dos componentes, subjetivo y objetivo, es decir, el bienestar y la capacidad de funcionar en diferentes grados, pero en una continuidad dimensional, respectivamente. Esta continuidad dimensional va desde la salud absoluta a la muerte, con los pertinentes grados intermedios de salud y enfermedad. Define TERRIS la salud como «un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia» (4). Esta definición presenta como principal ventaja su operatividad, pues «tener buena salud» es fácilmente equiparable a bienestar y a capacidad de funcionar. Sin embargo, su principal inconveniente estriba en la posibilidad de coexistencia de salud y procesos patológicos o enfermedad en fase precoz, que no producen malestar ni limitación de la capacidad funcional.

(1) WOOD, P.H.N.: «Health and disease and its importance for models relevant to health research». En: NIZETIC y cols., eds. *Scientific approaches to health and health care*. Copenhagen: World Health Organization, 1986: 57.

(2) Patrick, D., y ERICKSON, P.: *Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.

(3) SIGERIST, H.E.: *Medicine and human welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941.

(4) TERRIS, M.: *La revolución epidemiológica y la Medicina Social*. México: Siglo XXI Editores, 1982.

La salud y la enfermedad no pueden representarse en el plano individual, comunitario o poblacional como una variable dicotómica, no son conceptos estáticos sino que existe una continuidad salud-enfermedad, desde el completo estado de bienestar tal y como define la OMS al otro extremo, la muerte. Así pues, nos podemos encontrar ante multitud de estados intermedios, con mayor o menor pérdida de salud o de enfermedad. Esta misma visión positiva y dinámica es la que llevó a definir la salud en el *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* del año 1976 como «una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa» del individuo con su entorno. Una definición de salud desde esta perspectiva es la que considera que la «salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad» (5).

La Promoción de la Salud se enmarca dentro de una disciplina amplia que es la Salud Pública, que podemos entender como «una de las iniciativas organizadas por la sociedad para proteger, promocionar y recuperar la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y creencias dirigida al mantenimiento y mejoría de la salud de todas las personas, a través de acciones colectivas o sociales. Los programas, los servicios y las instituciones que intervienen hacen hincapié en la prevención de la enfermedad y en las necesidades sanitarias del conjunto de la población» (6). La Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud definió la Promoción de la Salud como «el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla» y estableció como áreas de

(5) SALLERAS, L.: *Educación sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos, 1985.

(6) LAST, J. M., ed.: *A dictionary of epidemiology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press & International Epidemiological Association: 1996.

acción la definición de políticas públicas saludables, la creación de entornos favorables a la salud, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios de salud (7).

2 DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las desigualdades socioeconómicas en salud han sido objeto de estudio en las últimas décadas. En España, la mayor parte de los trabajos corresponden al ámbito local o al estatal (8) (9), principalmente mediante la utilización de información agregada sobre mortalidad y morbilidad en distintos ámbitos y mediante diferentes indicadores socioeconómicos, como son el nivel de ingresos, la educación o la clase social basada en la ocupación. Estos trabajos han puesto de manifiesto la existencia de desigualdades en salud, entendidas como diferencias sociales que son innecesarias, evitables e injustas. A estas desigualdades, y a su disminución, se refiere la equidad que el sistema sanitario y las políticas sociales de las Administraciones deben garantizar, tanto en el acceso a los servicios sanitarios como en el resultado de las intervenciones, de forma que disminuya la mortalidad y la morbilidad asociada a condiciones socioeconómicas desfavorables. La Promoción de la Salud tiene un importante papel en la lucha contra las desigualdades en salud, como ya recogían los principios y estrategias expuestos por

(7) *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986. Disponible en: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppota.htm>.

(8) BORRELL, C.: *Les desigualtats social en la Salut. Revisió de la bibliografia*. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1998.

(9) NAVARRO, V., y BENACH, J.: *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.

la Organización Mundial de la Salud en sus programas Salud para Todos y Salud 21. Los responsables de salud pública han intentado introducir diferentes medidas para promocionar estilos de vida saludables y reducir las diferencias sociales. Además de la estrategia basada de la educación para la salud, estas medidas deberían incluir también cambios estructurales tanto en el ámbito legislativo y fiscal, como organizativos y de desarrollo comunitario.

Aunque uno de los principios de la Promoción de la Salud es implicar a la población como un todo en vez de dirigirse a grupos específicos de personas con riesgo de enfermedades específicas, la Promoción de la Salud tiene un papel explícito en el abordaje de las desigualdades en salud. Este interés no es sino reflejo de la preocupación de los políticos y los profesionales sociosanitarios en el aumento de las diferencias en salud entre clases sociales. Diferentes autores (10) (11) han puesto de manifiesto que los métodos tradicionales de educación para la salud como las campañas en los medios de comunicación o las sesiones de información dirigidas a influir sobre los conocimientos de las condiciones relacionadas con la salud o con actitudes son poco efectivas en los grupos sociales menos favorecidos. La promoción de cambios estructurales y de organización mediante la creación de escenarios y ambientes físicos, económicos y sociales que faciliten el desarrollo pleno de la salud es probablemente la estrategia más eficaz para mejorar la salud de los grupos sociales menos favorecidos, en vez de adoptar principalmente estrategias de educación sanitaria para cambiar los estilos de vida de esas personas.

(10) TRAVERS, T.: «Reducing inequalities through participatory research and community empowerment». *Health Educ Behav*, 1997; 24: 344-356.

(11) LABONTE, R.: «Health promotion and empowerment: reflections on professional practice». *Health Educ Q*, 1994; 21: 253-268.

A pesar de que existe un acuerdo generalizado sobre la prioridad en reducir las desigualdades sociales en salud y que la Promoción de la Salud puede contribuir de manera importante a este objetivo, no existen guías bien definidas sobre qué políticas y qué intervenciones de Promoción de la Salud son efectivas para reducir esas desigualdades.

3 LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA

La mayoría de estudios sobre desigualdades sociales en salud se han basado en las estadísticas de mortalidad, han sido estudios descriptivos, pocos han analizado las tendencias de las desigualdades en el tiempo y son muy escasos los estudios que han tratado de investigar las causas de las desigualdades. La mayor parte de la investigación se ha realizado en algunas ciudades españolas (principalmente Barcelona, Madrid y Valencia) en las que se dispone de sistemas de información sanitaria que permiten este tipo de estudios, incluso en algunos casos a nivel individual. La mayor parte de estudios, sin embargo, se ha realizado desde una perspectiva «ecológica», es decir, no a nivel individual sino considerando las personas en grupos (barrios, distritos, provincias, etc.), pues buena parte de la información disponible se refiere a esos niveles de agregación. Recientemente, el análisis de las 10 principales causas de mortalidad por áreas pequeñas (municipios) en el conjunto de España ha demostrado una asociación entre diferentes indicadores de privación económica y la mortalidad, con el resultado de un exceso de mortalidad de cerca de 225.000 personas en las zonas más desfavorecidas de España (áreas del sudoeste del territorio) en el período 1987-1995 (12).

(12) BENACH, J., *et al.*: *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.

Las clases sociales más desfavorecidas tienen un peor estado de salud, más enfermedades crónicas y limitantes y estilos de vida más nocivos. Por ejemplo, mientras que un 40% de las personas de clase trabajadora (oficios manuales) declararon su salud como regular o mala, este porcentaje sólo fue del 27% en las clases acomodadas, y esas diferencias han aumentado en España en los últimos 20 años. Han existido también desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios. Antes de que empezase la reforma de la atención primaria de salud en 1986 se habían descrito desigualdades en el acceso a la Medicina primaria y hospitalaria, que tras la promulgación de la Ley General de Sanidad parecen haber disminuido.

Sin embargo, todavía existen desigualdades sociales en la utilización de los servicios sanitarios que no son cubiertos totalmente por el sistema sanitario público, y cuando se tiene en cuenta la calidad de los servicios. Por ejemplo, se puede apreciar un patrón desigual según clase social en el uso de la atención primaria de salud: el uso de los servicios públicos de atención primaria es aproximadamente del 90% entre las clases trabajadoras, mientras que es del 60% entre las clases más favorecidas. Esto conlleva algunas desigualdades en el tipo de cuidados y en las listas de espera para consultas de especialista o para intervenciones quirúrgicas.

4 POLÍTICAS SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA

Durante la década de los ochenta y de los noventa se implementaron algunas políticas como la reforma de la seguridad social o como el incremento de los fondos públicos destinados a protección social, que pueden haber contribuido a la reduc-

ción de las desigualdades sociales en salud. Los fondos públicos para protección social aumentaron hasta el 22% del producto interior bruto en 1995. Las pensiones pagadas por la Seguridad Social junto con las prestaciones de desempleo y enfermedad son los principales componentes de esta protección social, y representan alrededor del 75% del total de gastos sociales. Otras políticas públicas han tenido seguramente también un impacto positivo en la reducción de las desigualdades, como la implementación de prestaciones para los desempleados, la extensión de la educación obligatoria desde los seis hasta los 16 años o la universalización de las prestaciones sanitarias.

Sin embargo, las políticas y las intervenciones en el marco de programas de Promoción de la Salud para reducir estas desigualdades han sido escasas y no prioritarias tanto en el ámbito nacional como autonómico. La ausencia de este tipo de actuaciones es uno de los graves problemas en la reducción de las desigualdades en salud. Sin embargo, contamos con algunas intervenciones socioeconómicas y estructurales con cierto potencial para reducir las desigualdades, implementadas desde la Promoción de la Salud. Un buen ejemplo de intervención específica en el ámbito de la Promoción de la Salud para disminuir las desigualdades sociales en salud es el «Programa de salud materno infantil» que se implementó en una zona deprimida socialmente de la ciudad de Barcelona (13).

Este programa se implementó para reducir las desigualdades en la salud de las madres y de sus hijos en el distrito de Ciutat Vella en Barcelona. La intervención se basó en el incremento del acceso a los servicios sociosanitarios de las mujeres em-

(13) Díez, E.; Villalbí, J. R.; Benaque, A.; Nebot, M.: «Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención». *Gac. Sanit.*, 1995; 9: 224-31.

barazadas y para sus hijos mediante la detección precoz y el seguimiento activo del embarazo y del puerperio por parte de enfermeras y trabajadores sociales. El objetivo concreto fue disminuir la tasa de mortalidad infantil en ese distrito de la ciudad, que en el momento de inicio del programa era la más alta de la ciudad. El grupo diana fueron las mujeres embarazadas y los recién nacidos del distrito. Este distrito se caracteriza por tener casi un 25% de inmigrantes entre su población, que es mayoritariamente de nivel socioeconómico desfavorecido. Las estrategias utilizadas por los trabajadores sociales y las enfermeras consistieron en la identificación precoz de las mujeres embarazadas, el cribado de factores sociales y de salud de riesgo, la derivación hacia profesionales concretos del sistema socio-sanitario (asistentes sociales, pediatras, planificadores familiares, etc.) y las visitas en los domicilios y la educación para la salud. La evaluación del programa consistió en el análisis de las tasas de mortalidad infantil antes y después de su implementación, con el resultado de que la tasa en ese distrito pasó de 17,7 defunciones/1.000 nacimientos en 1983-1986 a 11,1 defunciones/1.000 nacimientos.

5

EL PROYECTO EUROPEO SOBRE EL PAPEL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA ABORDAR LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Recientemente se ha desarrollado un proyecto financiado por la Comisión Europea, centrado en examinar el papel clave que puede desempeñar la promoción de la salud en el desarrollo de políticas y programas que reduzcan estas diferencias. Este proyecto, de dos años de duración, ha sido coordinado por el Instituto Flamenco de Promoción de la Salud (VIG) en colaboración con la Red Europea de Agencias Promotoras de la Sa-

lud (14) . En él han participado expertos de 13 países comunitarios y Noruega. El proyecto ha ofrecido una serie de recomendaciones para desarrollar enfoques políticos a escala nacional y local dirigidos a este tema, así como una serie de modelos de buenas prácticas de toda Europa. Las recomendaciones de los expertos están centradas en identificar estrategias de promoción sanitaria para las personas socialmente desfavorecidas, a fin de reducir las desigualdades en materia de salud.

Los objetivos genéricos del Proyecto fueron: a) examinar la disponibilidad y alcance de la información referente a desigualdades sociales relacionadas con la promoción de la salud en diferentes países europeos; b) desarrollar políticas y estrategias relacionadas con la reducción de las desigualdades sociales en salud a través de la promoción de la salud, y c) promover el consenso de las acciones a desarrollar en el ámbito europeo. Para ello, se desarrolló una doble estrategia de trabajo. Por un lado, un revisión sistemática de la literatura sobre sistemas de información y monitorización de la salud, y por otro lado, se seleccionaron expertos en los diferentes países que, a través de la redacción de unos informes nacionales, contribuyesen con la información sobre el abordaje de las desigualdades en salud a través de la promoción de la salud y del ambiente político.

Los principales resultados de este proyecto se han concretado en una serie de recomendaciones para los agentes políticos, estructurados en diferentes ámbitos, como son el de monitorización de las desigualdades sociales en salud, el modo en que las circunstancias políticas en cada país influyen sobre la promoción de la salud, el trabajo intersectorial y la planificación local integrada, la mejora del acceso a los servicios sanitarios, el desarrollo co-

(14) *Web* del Ministerio de Sanidad y Consumo. Página sobre la Red Europea de Agencias Promotoras de la Salud. Disponible en: www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/red_europea.htm

munitario, las migraciones, la evaluación de intervenciones. La relación exhaustiva de estas conclusiones y recomendaciones va más allá de las pretensiones de este trabajo. El Informe final completo del proyecto se puede consultar en la página *web* de la Red Europea de Agencias Promotoras de la Salud (www.enhpa.org).

6 CONCLUSIONES

La promoción de la salud procura desarrollar habilidades en las personas para la toma de decisiones que les permitan llevar una vida saludable en forma sostenida. Comprende acciones dirigidas a informar sobre las posibilidades de decisión individual y familiar, así como a fomentar la participación responsable de los ciudadanos en actividades comunitarias decisivas encaminadas a proteger su derecho a la salud. Este enfoque tiene como fin alcanzar la equidad en materia de salud y, para ello, promueve un paradigma de salud a lo largo de toda la vida de las personas, que incluye los lugares en los que se desarrolla y congrega (15). Por ello, la Promoción de la Salud tiene un importante papel en la reducción de las desigualdades en salud, a partir del abordaje transversal en diferentes ámbitos, como el de la salud reproductiva de las mujeres, la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes, el envejecimiento, la nutrición, la salud mental o la prevención y control del tabaquismo, entre otros. Ya en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1998 se recogía entre sus acuerdos y recomendaciones al Director General de la OMS que «aplique estrategias para la promoción de la salud durante toda la vida, prestando particular atención a los grupos vulnerables, con objeto de reducir las desigualdades en la salud».

(15) Informe anual del Director. Promoción y protección de la salud. Organización Panamericana de la Salud, 1998. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/D/p43.pdf>

Promoción de la salud para todos: Experiencias nacionales e internacionales

Begoña Merino Merino

Consejera Técnica de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo

Sumario

1. ¿Qué es la promoción de la salud?—2. Importancia de la promoción de la salud en España y en la Unión Europea.—3. Experiencias nacionales e internacionales.—4. Promoción de la salud para todos.

RESUMEN

La promoción de la salud es una estrategia para conseguir salud, calidad de vida y equidad. La ordenación jurídica de nuestro país da un gran valor a la promoción de la salud. En la Unión Europea va adquiriendo paulatinamente una mayor importancia. Las actividades de promoción de la salud tienen que desarrollarse mucho más en nuestro país y alcanzar niveles suficientes para toda la población. Las estrategias de promoción de la salud son multisectoriales e interdisciplinarias y requieren una sólida metodología y evaluación. Las experiencias de salud eficaces están bien definidas y deberían ser difundidas. El intercambio de buenas prácticas y la colaboración para la salud son claves. La equidad es uno de los ejes centrales de la pro-

moción de la salud. El abordaje del impacto en la salud de los factores económicos, sociales y culturales es clave para evitar las desigualdades y conseguir la salud para todos.

ABSTRACT

Health promotion is an strategy to achieve health, quality of life and equity. The legislation of our country gives a great importance to health promotion. In the European Union is gradually getting more importance. Promotion activities must be developed more and more in our country to reach adequate levels for all people. The health promotion strategies are multisectorial and interdisciplinary and require a solid methodology and evaluation. The efficient health experiences are clearly defined and must be diffused. The interchange of good practices and health collaboration are the keys. Equity is one of the central axis for health promotion. The influence on health of economic, social and cultural factors is essential to avoid disparities and to achieve health for all people.

1 ¿QUÉ ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD? (1)

La práctica profesional de la promoción de la salud obtuvo su primer reconocimiento internacional y un marco de desarrollo con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986.

Al comienzo de los setenta, el Ministro de Sanidad y Bienestar Social de Canadá lanzó un controvertido informe (Informe Lalonde) que sostenía que la Medicina y el sistema de atención sanitaria desempeñaban un papel escaso en la determinación del estado de salud y presentaba a la promoción de la salud como estrategia clave para la mejora de la salud y la calidad de vida.

La Carta de Ottawa identificaba cinco estrategias clave para la promoción de la salud:

- Creación de una política pública saludable.
- Creación de entornos que apoyen la salud.
- Fortalecimiento de la acción comunitaria.
- Desarrollo de habilidades personales y
- Reorientación de los servicios sanitarios.

La Carta definía la promoción de la salud como:

«El proceso que permite que las personas ejerzan control sobre los determinantes de la salud, mejorando así su salud.»

Es importante reconocer que la promoción de la salud es un «proceso», no es un acto instantáneo. Por ejemplo, si alguien

(1) Libro *La Evidencia de la Eficacia de Promoción de la Salud*. Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (IUHPE). Traducido y editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Esta publicación puede solicitarse al MSC o consultarse e imprimirse íntegramente en la web: http://www.msc.es/salud/epidemiologia/promocion/indice_pro.htm

deja de fumar, ¿lo hace porque ha visto un anuncio, ha hablado con un médico, sus amigos le han presionado, como resultado de iniciativas especiales, o ha tenido un pariente que ha muerto de cáncer de pulmón? Es muy difícil atribuir este cambio a un solo factor, posiblemente no se produjo de manera instantánea, en general, los cambios son procesos.

Sin embargo, lo importante es que esta persona ha dejado realmente de fumar. La promoción de la salud está, en consecuencia, dirigida al logro de un resultado. Los resultados específicos difieren, pero implican casi siempre una mejora de la calidad de vida y a veces los resultados más tangibles tardan años en aparecer (Tabla 1).

Tabla 1. Un modelo de resultados de la promoción de la salud

Resultados sociales y de salud (a largo plazo)	Resultados sociales Las medidas incluyen: calidad de vida, independencia funcional, equidad.	Resultados de salud Las medidas incluyen: reducción de la morbilidad, discapacidad, mortalidad evitable.	
Resultados intermedios de salud (<i>determinantes de la salud modificables</i>)	Estilos de vida saludables Las medidas incluyen: consumo de tabaco, elecciones alimenticias, actividad física, consumo de alcohol y drogas.	Servicios sanitarios eficaces Las medidas incluyen: prestación de servicios preventivos, acceso a los servicios sanitarios y su adecuación.	Entornos saludables Las medidas incluyen: entorno físico seguro, condiciones económicas y sociales que apoyen la salud, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y al alcohol.
Resultados de la promoción de la salud (<i>medidas del impacto de las intervenciones</i>)	Alfabetización para la salud Las medidas incluyen: conocimiento relacionado con la salud, actitudes, motivación, intenciones conductuales, habilidades personales, autoeficacia.	Acción e influencia sociales Las medidas incluyen: participación comunitaria, «empoderamiento» de la comunidad, normas sociales, opinión pública.	Políticas públicas saludables y prácticas organizativas Las medidas incluyen: declaraciones políticas, legislación, reglamentación, asignación de recursos, prácticas organizativas.

Tabla 1. (Continuación)

Acciones de promoción de la salud	Educación Se pueden citar como ejemplos: educación de los pacientes, educación escolar, comunicación con los medios de comunicación y la prensa escrita.	Movilización social Se pueden citar como ejemplos: desarrollo de la comunidad, facilitación de los grupos, asesoramiento técnico.	Abogacía Se pueden citar como ejemplos: <i>lobbying</i> , organización y activismo políticos, superación de la inercia burocrática.
-----------------------------------	--	---	---

Una promoción de la salud eficaz fortalece las habilidades y capacidades individuales para emprender una acción, así como la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud.

La promoción de la salud eficaz produce cambios en los determinantes de la salud, tanto en aquellos que las personas pueden controlar (como las conductas orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios), como en aquellos que están fuera de su control directo, como las condiciones sociales, económicas y del entorno.

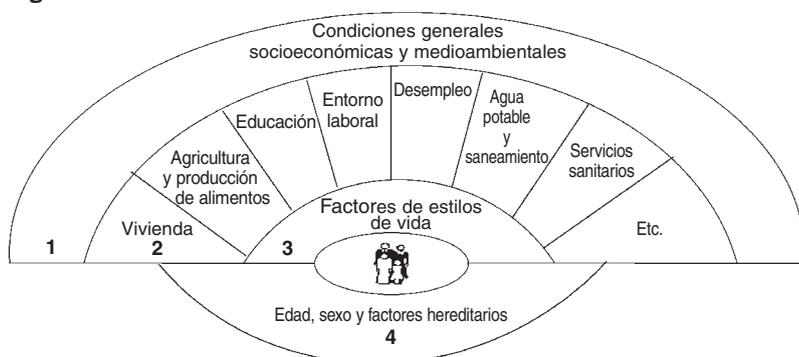
El modelo actual de salud y sus determinantes ha evolucionado desde aquel Informe Lalonde y en la última década los modelos que explican la salud en relación con sus determinantes son mucho más complejos, tal y como el que ha inspirado la estrategia europea Salud XXI (Figura 1).

La plataforma que estableció la Carta de Ottawa se ha consolidado poco a poco en conferencias internacionales celebradas en Adelaida (Australia, 1988), Sundsvall (Suecia, 1991), Yakarta (Indonesia, 1997) México (2000). Durante este tiempo, han sido clarificados varios ingredientes clave destinados a mejorar el estado de salud de las personas, mejorar su calidad de vida y ofrecer soluciones rentables a los problemas de salud. La evidencia indica con claridad que:

- Los enfoques de gran alcance que utilizan las cinco estrategias de Ottawa son los más eficaces.
- Algunos «escenarios», como los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, las ciudades y las comunidades locales, ofrecen oportunidades prácticas de promover la salud con eficacia.
- Para garantizar una eficacia real, es necesario que las personas, incluidas las más afectadas por las cuestiones sanitarias, sean el punto de mira tanto de los programas de acción en materia de promoción de la salud, como de los procesos de toma de decisión.
- Es decisivo ofrecer un acceso real a la educación y a la información, con un lenguaje y estilo adecuado
- La promoción de la salud es una «inversión» clave –un elemento esencial del desarrollo social y económico.

A través de la investigación y la evaluación se ha ido estableciendo una metodología y paulatinamente se va cuantificando la influencia en la salud de los distintos determinantes, lo que permite identificar áreas de intervención prioritaria.

Figura 1



FUENTE: DAHIGREN, G., y SHITEHEAD, M.: *Policies and Strategies to promote social equity in health* («Políticas y estrategias para promover la equidad social en salud»). Stockholm, Institute for Future Studies, 1991.

2 IMPORTANCIA DE LA «PROMOCIÓN DE LA SALUD» EN ESPAÑA Y EN LA UNIÓN EUROPEA

Un análisis de las políticas y estructuras de promoción de la salud en la Unión Europea identificó que los países en los que la promoción de la salud es una prioridad cuentan con seis elementos clave (2):

- Una legislación o estrategia nacional que la respalde.
- Un compromiso gubernamental de apoyo a estas actividades.
- Una conciencia pública e interés por parte de los medios de comunicación.
- Un Ministerio de Sanidad fuerte o un Centro Nacional de Promoción de la Salud.
- Responsabilidades acordadas para la promoción de la salud a escala nacional, regional y local.
- Organizaciones No Gubernamentales eficaces, e incentivos tanto para el sistema público como para el privado para promocionar la salud.

Analizando estos elementos clave en España observamos que nuestro país cuenta con una **legislación** nacional (Constitución y Ley General de Sanidad –LGS–) y normativa autonómica que recoge suficientemente el papel de la promoción de la salud. Leyes sectoriales como la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y la LOGSE (Ley de Ordenación General del Sistema Educativo) recogen explícitamente la promoción y la educación para la salud en el ámbito laboral y educativo, respectivamente. Otras leyes o estrategias regulan derechos o servicios con impacto en la salud de poblaciones específicas (mayores, jóvenes, niños, minusválidos...) o en áreas de necesidades básicas que

(2) Informe HUNRINGTON, J.; BAGNALL, A.; NATARIO, E.; VERVOORDELDONGK, J.: *Overview of health promotion policy and structure in the EU-Member States*. Summary Report. IUHPE/EURO, 1996.

constituyen prerequisites para la salud (agua potable, vivienda, salarios mínimo...).

Pero, a pesar de la importancia de estas legislaciones para la salud y la calidad de vida, ha habido un escaso desarrollo de los aspectos relacionados con la promoción de la salud (Ley General de Sanidad, LOGSE...) lo que ha frenado el potencial de salud de su aplicación práctica.

Por ejemplo, la Ley General de Sanidad (1986) establecía en su artículo 3: «Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción y a la prevención de enfermedades.» Aunque los centros de salud han mejorado enormemente la asistencia sanitaria y han incorporado determinadas prácticas preventivas, la presión asistencial no posibilita suficientemente el desarrollo de actividades de promoción de la salud comunitaria, ni se han habilitado los recursos humanos y materiales para llevarlas a cabo de manera generalizada. Los Consejos de Salud, que se consideraron los foros de participación comunitaria representativa y reglada, no han desarrollado su auténtico potencial, salvo en escasas situaciones donde alguna institución u Organización No Gubernamental se ha encargado de su gestión y mantenimiento. Respecto a la inclusión de la educación para la salud en la escuela, aunque ha habido avances sensibles, no se ha posibilitado la formación básica del profesorado, ni se ha apoyado suficientemente de manera estructural o concreta su trabajo en el aula. La ley de prevención de riesgos laborales nace más de nueve años después de que fuese previsto el desarrollo de la salud laboral en la LGS y fundamentalmente por imperativos europeos.

Los *compromisos gubernamentales* han sido muy diversos según los ámbitos territoriales, la presión o alarma social y la oportunidad del momento. Todas las administraciones sanita-

rias tienen documentos programáticos de alto nivel que proclaman determinadas estrategias derivadas del análisis de la situación para actuar sobre los determinantes de la salud. Sin embargo esos planes están escasamente respaldados por los recursos humanos, materiales y económicos necesarios para llevarlos a cabo.

Ante la alarma social se ponen en marcha actividades con una visibilidad notable, cuya eficacia algunas veces no ha sido demostrada. Otras veces las actividades que se emprenden no son mantenidas el tiempo necesario para producir resultados mensurables. A veces las acciones no son evaluadas, con lo que se pierde la legitimidad que unos resultados positivos supondrían para el mantenimiento de estas acciones. También puede ocurrir que las acciones se apliquen a dosis homeopáticas, sin que su impacto pueda diferenciarse del desarrollo natural que el tema hubiese seguido sin esa intervención. Un dato ilustrativo de este compromiso se refleja en la contabilidad nacional, en donde se constata que el dinero destinado a la Salud Pública, en el último año analizado, representó el 0,8% del gasto sanitario público. Si tenemos en cuenta que la promoción de la salud viene a ser una hija pequeña de la Salud Pública, podemos deducir que la inversión en promoción de la salud es insignificante.

La concienciación pública y el interés de los medios de comunicación está más centrado en la enfermedad que en la salud. Cuanto más aguda sea una enfermedad mayor será la alarma social. Se ha producido la transición epidemiológica en los países desarrollados y en la mayoría de países en desarrollo. Las principales causas de muerte y discapacidad han pasado a ser las enfermedades no transmisibles y crónicas en vez de la enfermedad transmisible. Este hecho no parece internalizado ni en la sociedad, ni en las estructuras de respuesta a las enfermedades. Aunque la prevención de las enfermedades esta cada vez

más desarrollada, la idea de la promoción de la salud no ha caído en todo el entramado social, parece innecesario acumular un «capital de salud». Este capital de salud estaría compuesto por los conocimientos necesarios para conservar y promover la salud, por las actitudes y habilidades necesarias para conseguirlo y en definitiva por la capacidad de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Aunque ciertos factores están fuera del control de la persona, está claro que una fuerte prioridad social puede poner en marcha estrategias de promoción de la salud, como una política pública saludable, una medida legislativa o un entorno laboral que favorezca la salud o que evite determinado riesgo.

Los medios de comunicación potencian esta visión generalizada, son creadores de opinión, presentan modelos de conducta que pueden ser imitables y pueden actuar tanto a favor como en contra de la salud pública.

Un Ministerio de Sanidad fuerte o un Centro Nacional de Promoción de la Salud. Las Comunidades Autónomas (CC.AA.) fueron recibiendo las competencias en materia de Salud desde 1982. El Estado conservó la representación internacional, la coordinación y legislación básica en esa materia. Concretamente la Salud Pública (donde se incluye promoción de la salud) fue transferida a la última C.A. hace más de diez años. Se han desarrollado estructuras específicas de coordinación a alto nivel como el Consejo interterritorial (Ministro de Sanidad y Consejeros de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas, 1987) y la Comisión de Salud Pública (Directores Generales de Salud Pública, 1992). De estas estructuras surgen progresivamente grupos de trabajo para el análisis de problemas, la toma de decisiones e intervenciones conjunta, el intercambio de información..., etc. En el caso de la promoción de la salud no se crea un grupo de coordinación en promoción de la salud hasta 1998.

Aunque la descentralización de la promoción de la salud ha sido muy positiva e incluso debería profundizarse en este proceso para llegar más cerca del ciudadano (Administración local), la falta de coordinación y reglamentación de estos aspectos ha producido un desarrollo de la promoción de la salud muy heterogéneo (diferentes estructuras, recursos, prioridades, enfoques...). La descentralización sanitaria potenció la creación de Agencias y centros nacionales en el área de salud pública: Centro Nacional de Epidemiología, de Microbiología, de Salud Ambiental..., sin embargo no existe un Centro Nacional de Promoción de la Salud. La mayoría de los países europeos tiene un centro nacional de este tipo, sean o no países descentralizados.

Responsabilidades acordadas para la promoción de la salud a escala nacional, regional y local. La necesidad de intersectorialidad para mantener y potenciar la salud añade complejidad a la práctica diaria. Para desarrollar una auténtica intersectorialidad son necesarios acuerdos y planes concretos coordinados en los diferentes ámbitos de actuación. En relación con la educación para la salud en la escuela ha habido numerosos avances en los últimos diez años, también se ha avanzado respecto a la intervención con determinadas poblaciones mayores, jóvenes, mujeres... a través de documentos consensuados que han contemplado también la salud de estas poblaciones. La separación institucional entre el sector sanitario y social en la mayoría de ámbitos territoriales, la falta de una cultura común de intervención, el desconocimiento mutuo de los diferentes sectores, restan potencial a numerosas intervenciones que se dirigen a las mismas poblaciones desde diferentes sectores con una visión poco integral.

Las Organizaciones No Gubernamentales eficaces reflejan la articulación de la sociedad para la participación y la intervención social organizada. La participación comunitaria se ha

desarrollado con intensidad en los últimos años, sin embargo nuestro país es una democracia aún joven en comparación con otros países de nuestro entorno y serían necesarios más incentivos para la capacitación, el desarrollo y la participación de la sociedad civil. Los incentivos también deberían facilitarse a empresas y otras instituciones con objetivos de impacto en la salud pública, sobre todo las que no tienen ánimo de lucro.

La valoración general de estos seis puntos nos indica que a pesar de todo, *en la práctica la promoción de la salud en nuestro país no es importante* o lo es menos que otros temas sanitarios cuyo abordaje tiene mucho menos impacto en la salud y la calidad de vida.

Esta valoración coincide con las conclusiones de un panel de expertos nacionales que ha valorado las posibilidades de aplicación a nuestro país del informe europeo «La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud» (3). Los expertos informaron que los problemas y desafíos europeos son similares en España y según su opinión las actuaciones realizadas hasta el momento en nuestro país son escasas y existe un amplio campo para implantar acciones eficaces de promoción de salud. Tradicionalmente se ha desarrollado más la atención sanitaria y la prevención que las actividades y programas de promoción de la salud. Para ganar salud y calidad de vida, la atención sanitaria de calidad debe complementarse con la prevención y promoción de la salud a lo largo del ciclo vital. Otras cuestiones sobre las que los expertos hicieron hincapié fue la necesidad de:

- Dirigirse a poblaciones y entornos y no sólo centrarse en enfermedades o factores de riesgo.

(3) Informe: «Difusión de determinadas acciones europeas relativas a la promoción de la salud en España». Informe encargado por el MSC a la EASP, 2002.

- Fomentar y favorecer el trabajo intersectorial e implicar en los temas relacionados con la salud a sectores distintos del sanitario.
- Centrarse en la movilización social y no sólo en la educación para la salud.
- Difundir las acciones que se están desarrollando en nuestro país.

Aparte de la situación nacional es necesario considerar la *situación europea* ya que en los últimos años la influencia de la UE en las políticas de salud pública es cada vez mayor. Aunque el primer esbozo de la Unión Europea actual fue un mercado común del acero y el carbón, con la adhesión de otros países y nuevas áreas de actividad económica común, surgieron las primeras ideas acerca de cómo conservar la salud de la fuerza laboral de este mercado. El cáncer estaba creciendo como una nueva epidemia que afectaba a población en edad laboral y este fue el primer programa de salud que surgió. Después fueron surgiendo el programa llamado de promoción de la salud, el del SIDA, el de prevención de la toxicomanía, el de vigilancia de la salud, el de prevención de lesiones, el de enfermedades poco comunes y el de enfermedades relacionadas con la contaminación. Con las sucesivas modificaciones del Tratado de constitución de la Unión Europea, la salud fue adquiriendo importancia legal, y en la actualidad el artículo 152 del Tratado posibilita una amplia intervención en materia de Salud Pública. Dice así: «Al definirse y ejecutarse todas las políticas y medidas de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección a la salud humana.» Lo que significa que en otros ámbitos de la actividad comunitaria (mercado interior, asuntos sociales, agricultura...) deberá fomentarse de manera activa la protección de la salud. En la UE, este rápido desarrollo de la Salud Pública, la experiencia acumulada de los

programas de salud puestos en marcha, los nuevos retos y prioridades en materia de salud y la evolución demográfica han posibilitado la creación de un Programa de acción en el ámbito de la Salud Pública de seis años de duración, que se iniciara este año. El programa establece tres líneas prioritarias. Una de ellas es abordar los factores determinantes de la salud mediante medidas eficaces de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Se prevé actuar sobre los determinantes de la salud vinculados al modo de vida, los socio-económicos y los relacionados con el medio ambiente. La salud sigue siendo una competencia de los Estados miembros, pero por el principio de subsidiariedad pueden realizarse determinadas acciones cuyo desarrollo es más eficaz en el ámbito europeo. Este principio de subsidiariedad es el que se aplica y orienta la mayoría de las acciones de Salud Pública al análisis de causas, a la búsqueda de metodología, al intercambio de datos y experiencias... y sólo en algunos casos, las acciones se orientan a la intervención en la población. No obstante la financiación de este programa con un mínimo de 300 millones de euros repercutirá muy positivamente en el desarrollo de la promoción de la salud en Europa y en nuestro país.

3 EXPERIENCIAS NACIONALES E INTERNACIONALES

La descentralización de la Salud Pública ha creado una enorme variedad de experiencias de intervención en promoción de la salud y prevención de las enfermedades. La intersectorialidad de las acciones y la escasa permeabilidad entre los sectores ha limitado su impacto. Esto ha impedido en general que las acciones que han resultado efectivas puedan ser conocidas y puestas en práctica en otros lugares. Por otro lado, una gran

mayoría de las acciones no están suficientemente documentadas y evaluadas (4) y además la falta de prioridad de la promoción de la salud ha influido en la escasa visibilidad de acciones efectivas. Por todo esto, en lugar de elegir algunas de las acciones eficaces existentes, que no podrían ser adecuadamente documentadas por la necesaria brevedad de este artículo, se ha seleccionado una experiencia nacional que trata de responder a las deficiencias detectadas. Por otro lado la experiencia seleccionada está de acuerdo con las prioridades para el siglo XXI recogidas en la Declaración de Yakarta (5):

Establecer una alianza con los siguientes objetivos:

- Tomar conciencia sobre el cambio de los determinantes de la salud.
- Apoyar el desarrollo de la colaboración y el mantenimiento de redes.
- Movilizar recursos para la promoción de la salud.
- Acumular conocimientos sobre las mejores prácticas.
- Hacer posible compartir el aprendizaje.
- Promocionar la solidaridad en la acción.
- Fomentar la transparencia y la responsabilidad pública en promoción de la salud.

La constitución de una estructura mínima de coordinación dentro de la Comisión de Salud Pública y las propuestas llevadas a cabo dentro de ella es la experiencia seleccionada. La constitución de infraestructura y el establecimiento de colaboraciones (redes, grupos...) se ha realizado a muchos niveles en los últimos

(4) Informe: *Project on quality indicators and health promotion interventions*. Spain. MERINO, B.; HERNÁN, M.; ARANDA, J. M. En *Report: «Presentation of existing standards for evaluation and quality assessment of health promotion interventions in EU-Member States»*, IUHPE, UE, 1996.

(5) Libro: «Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud en el siglo XXI». En *Promoción de la salud*. Glosario. OMS, MSC, 1999.

años, con la finalidad de intercambiar buenas prácticas, compartir información y servicios y desarrollar objetivos comunes.

El Grupo de Promoción de la Salud nació con los siguientes objetivos:

- El intercambio de experiencias de buenas prácticas.
- El análisis de problemas comunes.
- El impulso de las actividades necesarias para la mejora de la calidad (incluida la evaluación).
- Proporcionar la información necesaria para participar activamente a nivel europeo.

El Grupo priorizó temas de actuación. Una de las prioridades fue la creación de un *Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud (SIPES)*, con los siguientes objetivos:

- Intercambiar información y experiencias.
- Facilitar la gestión de las iniciativas y demandas de educación para la salud existentes mejorando la toma de decisiones en promoción de la salud.
- Proporcionar una referencia cualificada de información en promoción de la salud accesible a los centros y profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la información sobre salud dirigida a la población general, usuarios, colectivos y entidades sociales.

Este sistema, basado en la tecnología *web*, se está construyendo en la actualidad. Consta de varias bases de datos relacionadas entre sí (acciones puestas en marcha, directorio de personas e instituciones, formación, publicaciones y módulo de comunicación). Será alimentado por los propios usuarios y ad-

ministradores del sistema (CC.AA.-MSC) y permitirá un intercambio de información para la intervención de una manera rápida y precisa.

Otras de las prioridades que estableció este grupo fue la elaboración de un Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, de una estrategia para ganar salud con los jóvenes y la revisión de la formación en promoción de la salud. Todas estas actividades están ya en marcha y están produciendo sus primeros resultados.

En la Unión Europea la tendencia ha sido la misma que a nivel nacional y las experiencias de mayor impacto han tendido a la consolidación de redes, el desarrollo de proyectos de recopilación de buenas prácticas, el análisis de los determinantes de salud y la propuesta de estrategias para abordarlas. Dentro de las estrategias comunes de abordaje destaca la prioridad concedida a las desigualdades en salud (un proyecto fue llevado a cabo por la ENHPA y es comentado en el tema 11). Otras prioridades han sido la salud mental y la nutrición saludable.

En el nivel internacional es de destacar el interés despertado por el abordaje de las relaciones entre la salud y los factores económicos, sociales y culturales. Aunque aún son escasas las experiencias concretas documentadas o intervenciones tipo que puedan ser puestas en práctica fuera del contexto donde se han producido, existen numerosas evidencias que indican que si no se hace frente a las desigualdades no podrán conseguirse los objetivos de salud para todos. No sólo hay que medir los progresos por las cifras medias, sino por las diferencias en esas cifras que se presentan en los diferentes colectivos. *Para apoyar la política de salud para todos, la OMS ha compilado la evidencia de la influencia de algunos de los determinantes sociales en la*

salud de la población (6). Las evidencias que a continuación se resumen han surgido de intervenciones y otro tipo de investigaciones y deben trasladarse a la práctica y generalizarse. Estas evidencias aconsejan:

Evitar la desventaja prolongada y acumulativa (la pendiente social)

Las personas que están situadas en la parte más baja de la escala socioeconómica corren al menos el doble de riesgo de enfermedad grave y muerte prematura que los situados en la escala socioeconómica más alta.

Además, la variedad de condiciones socioeconómicas difíciles tienden a concentrarse en las mismas personas y se ha demostrado que sus efectos para la salud son acumulativos a lo largo de la vida.

Minimizar el impacto en la salud del medio ambiente psicológico y social (el estrés)

La ansiedad, la inseguridad, la baja autoestima, el aislamiento social y la falta de control sobre las condiciones de trabajo y de vida, tienen importantes efectos en la salud. Estos riesgos psicológicos se acumulan a lo largo de la vida e incrementan las posibilidades de una salud mental deficiente y una muerte prematura. La manera en que estos factores biológicos afectan la salud está bien demostrada. La respuesta al estrés activa una variedad de hormonas que afectan al sistema cardiovascular y

(6) Libro: *Social determinants of health. The solid Facts. OMS. Healthy Cities*. International Centre Health and Society, 1998.

al sistema inmune. Nuestras hormonas y el sistema nervioso nos preparan para hacer frente a amenazas físicas inmediatas, aumentando el ritmo cardíaco, desviando sangre a los músculos e incrementando la ansiedad y la alerta. Sin embargo, cuando esta respuesta es demasiado frecuente o demasiado larga, conlleva múltiples problemas de salud, que incluyen: aumento de la susceptibilidad de infecciones, diabetes y patrones desfavorables de colesterol y lípidos, hipertensión y se acompaña de riesgo de ictus e infarto de miocardio. Estas reacciones al estrés han sido también comprobadas en primates. Los de la escala social más baja presentaban con mayor frecuencia obstrucciones vasculares y cambios metabólicos, mientras que los humanos de las clases más bajas presentan un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Asegurar apoyo al comienzo de la vida

Los cimientos de la salud adulta se establecen durante la etapa prenatal y en la niñez. El crecimiento lento y la falta de apoyo emocional durante este período eleva el riesgo a lo largo de la vida de una salud física deficiente y disminuye el funcionamiento físico, cognitivo y emocional en la etapa adulta. Las circunstancias socioeconómicas desfavorables presentan una gran amenaza para el desarrollo infantil y empujan en muchas ocasiones al niño a emprender una pobre trayectoria educativa y social.

El crecimiento lento está asociado con una reducida función renal, cardiovascular, respiratoria y pancreática en la vida adulta. Los padres fumadores dificultan el desarrollo respiratorio de sus hijos, incrementando su vulnerabilidad respiratoria en la vida adulta.

La nutrición y el desarrollo físico deficiente afecta negativamente al desarrollo cognitivo infantil. La fatiga mental y la depresión asociada con la pobreza reduce la estimulación paterna de los niños y puede interrumpir los lazos emocionales.

La pobreza parental inicia una cadena de riesgos sociales. Su comienzo en la niñez aumenta el fracaso escolar y la alteración conductual aumenta la posibilidad de desempleo, la marginalidad y el bajo estatus, así como un escaso control laboral en la vida adulta. Estos patrones de educación y empleo deficiente dañan la salud y finalmente la función cognitiva en la vejez.

Evitar la exclusión social

El proceso de la exclusión social y las consecuencias de la privación relativa tienen un impacto importante en la salud y la muerte prematura. El daño a la salud se produce no sólo por la privación material, sino también por los problemas psicológicos y sociales ligados a la pobreza.

Los emigrantes, las minorías étnicas y los refugiados son los principales grupos vulnerables a la exclusión social.

La comunidad margina con más probabilidad a la gente enferma, discapacitada o emocionalmente vulnerable, como los antiguos residentes en orfanatos y casas de acogida, prisiones, psiquiátricos y hospitales.

Además, las personas con problemas físicos y mentales a menudo tienen dificultades para conseguir una educación adecuada y para ganarse la vida.

Las enfermedades mentales, las discapacidades físicas o enfermedades como el SIDA, produce estigmatizaciones de las perso-

nas. Las personas sin hogar suelen sufrir una combinación de estas condiciones y presentan ratios altísimos de muerte prematura.

Controlar el impacto del trabajo en la salud

El estrés en el trabajo juega un papel importante en las diferencias en salud, absentismo y muerte prematura y está relacionado con el estatus social.

Numerosos estudios en población laboral europea muestran que la salud se deteriora cuando tienen pocas oportunidades de usar las habilidades personales y se tiene un escaso control sobre las decisiones.

Tener un escaso control sobre el propio trabajo está fuertemente relacionado con un incremento de la lumbalgia, el absentismo y la enfermedad cardiovascular.

Se ha demostrado que estos riesgos son independientes de las características psicológicas de las personas. En el corto plazo, parecen estar relacionados con el ambiente de trabajo. Una ocupación con muchas exigencias (requerimientos) en el trabajo y un bajo control supone un especial riesgo. Algunas evidencias indican que el apoyo social en el trabajo puede reducir estos efectos.

No recibir la recompensa adecuada (en dinero, estatus o autoestima) al esfuerzo desarrollado en el trabajo, se ha asociado a un incremento del riesgo cardiovascular.

Disminuir el desempleo y el trabajo precario

La seguridad en el empleo incrementa la salud, el bienestar y la satisfacción con el trabajo.

Los efectos en la salud del desempleo está ligado con las consecuencias psicológicas y con los problemas financieros. Los efectos comienzan cuando la gente se siente amenazada por el desempleo, antes de que la situación ocurra.

La inseguridad en el trabajo incrementa los problemas de salud mental particularmente la ansiedad y la depresión.

Fomentar la cohesión y el apoyo social

La amistad, las buenas relaciones sociales y las redes de apoyo social mejoran la salud en el hogar, el trabajo y la comunidad.

El apoyo social proporciona a las personas los recursos prácticos y emocionales que necesitan. Pertenecer a una red social de comunicación y ayuda mutua hace que las personas se sientan queridas, estimadas y valoradas. Esto tiene un poderoso efecto en la salud.

El aislamiento social y la exclusión están asociados con mayores ratios de muerte prematura y menores probabilidades de sobrevivir después de un ataque cardíaco. Las personas con menor apoyo social emocional tienen menos bienestar, mayor depresión y gran riesgo de complicaciones en el embarazo.

Evitar el alcohol y otras drogas

El uso de droga es una respuesta al fracaso social y un factor importante de agravación de las desigualdades en salud. La adicción ofrece el espejismo a los usuarios de escapar de estrés y la adversidad, pero sólo se consiguen problemas peores.

La dependencia alcohólica, el uso de drogas ilegales y fumar cigarrillos están fuertemente ligados con indicadores de desventaja socioeconómica.

Encuestas sobre el uso de tabaco en una población de personas sin techo muestran porcentajes de uso más de dos veces superiores a los encontrados en población del mismo grupo de edad, los mismos hallazgos se encuentran en relación al alcohol y otras drogas.

Asegurar comida saludable para todos

La escasez de comida y la poca variedad causa malnutrición y enfermedades deficitarias alimentarias.

El exceso de ingesta contribuye a la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, las enfermedades oculares degenerativas, la obesidad y la caries dental. La pobreza alimentaria coexiste junto con la sobrealimentación. El factor más importante de salud pública es la disponibilidad y el coste de la comida nutritiva y saludable.

La industrialización trae la transición epidemiológica desde la enfermedad infecciosa a la enfermedad crónica, particularmente enfermedad cardíaca, ictus y cáncer, y está asociada a la transición nutricional, en la que la dieta cambia hacia un sobreconsumo energético proveniente de las grasas y el azúcar que produce más obesidad. Al mismo tiempo, la obesidad se hace más común entre los pobres que entre los ricos. Otras de las diferencias encontradas entre las clases sociales son los tipos de nutrientes. Los más pobres sustituyen la comida fresca por la comida procesada, más barata. La alta ingesta de grasas es una característica de todos los grupos sociales, pero

la gente con bajos ingresos tiene menos probabilidades de comer bien.

Fomentar un sistema de transporte saludable

Caminar, usar la bicicleta y el uso de los transportes públicos promueve la salud de cuatro maneras: proporciona ejercicio, reduce los accidentes, incrementa el contacto social y reduce la polución del aire.

La mecanización ha reducido el ejercicio que conllevaban los trabajos, las tareas domésticas y la vida diaria. Se necesita encontrar nuevas formas de introducir ejercicio en la vida diaria.

4 PROMOCIÓN DE LA SALUD PARA TODOS

La promoción de la salud es un elemento esencial para el desarrollo económico y social y ayuda a evitar las desigualdades en salud. Siendo así, es preciso definir unos mínimos objetivos en términos de capital de salud a conseguir a lo largo de cada etapa del ciclo vital para todos.

Las políticas públicas y los entornos donde la gente vive y trabaja deben favorecer la salud. Las intervenciones para la promoción de la salud deben centrarse en las necesidades específicas de las personas y contar con su participación para la puesta en marcha de las acciones necesarias. Los servicios sanitarios y sociales no deben ser sólo servicios de reparación y deben orientarse hacia la prevención y la promoción de la salud.

Salud y género

Lucía Artazcoz

*Especialista en Medicina Preventiva
y Salud Pública.*

*Institut Municipal de Salut Pública,
Barcelona.*

Sumario

1. Evidencias sobre las desigualdades de género en salud. 1.1. Salud y género, ¿es cosa de mujeres? 1.2. Diferencias biológicas entre hombres y mujeres y salud.—2. Limitaciones de la investigación clásica sobre las desigualdades de género en salud. 2.1. ¿Análisis de género o análisis de las mujeres? 2.2. La insuficiente caracterización de los roles sociales. 2.3. El trabajo remunerado y el estado de salud. 2.4. Las características de los roles familiares. 2.5. La clase social. 2.6. La interacción entre determinantes sociales. 2.7. Los indicadores de salud. 2.8. El género y la salud de los hombres.—3. La combinación de la vida laboral y familiar y el estado de salud.—4. Conclusión.—5. Referencias.

RESUMEN

Objetivos: Presentar la evidencia existente sobre las desigualdades de género en salud, analizar las limitaciones del abordaje de investigación clásico y profundizar en las desigualdades de género en salud derivadas de la combinación de la vida laboral y familiar, haciendo especial hincapié en la situación en España.

Evidencia sobre las desigualdades de género en salud. *Aunque la investigación sobre las desigualdades de género en salud se ha centrado fundamentalmente en los problemas de salud de las mujeres derivados de sus desfavorables posiciones sociales, emerge ahora la preocupación por los efectos negativos del género en la salud de los hombres.*

Limitaciones de la investigación clásica sobre las desigualdades de género en salud. *Debe hacerse un esfuerzo por desarrollar modelos teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad.*

Combinación de la vida laboral y familiar y estado de salud. *La incorporación de las mujeres al mercado laboral no se ha visto acompañada por una redistribución de las tareas domésticas entre los dos sexos. Estudios recientes en España muestran el efecto negativo de la doble jornada en la salud de las mujeres ocupadas.*

ABSTRACT

Objectives: *To present the evidence about gender inequalities in health; to analyze the limitations of the classic gender research; and to go in depth in gender inequalities in health derived from the combination of job and family, focusing on the Spanish situation.*

Evidence about gender inequalities in health. *Although the research on gender inequalities in health has focused on female's health problems related to their unfavorable social positions, a new concern has recently emerged about the negative effects of gender in male's health.*

Limitations of the traditional research on gender inequalities. *An effort should be made in order to develop theoretical models sensitive to the structural dimensions of gender relations if we want to fully understand the complexity of gender patterns of health and illness.*

Combination of job and family and health status. *The entrance of women in the labor market has not been paralleled with a higher involvement of men in family responsibilities. Recent studies carried out in Spain show the negative effect of the double burden in female workers'.*

1

EVIDENCIAS SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD**1.1. Salud y género, ¿es cosa de mujeres?**

Hasta hace aproximadamente 25 años la investigación sobre la salud de las mujeres era muy escasa. Se asumía que, a excepción de los trastornos de salud relacionados con la reproducción, los problemas de salud de las mujeres, sus necesidades y soluciones eran esencialmente los mismos que los de los hombres. Estudios realizados en las tres últimas décadas ponen de manifiesto sin embargo cómo las diferentes posiciones sociales de hombres y mujeres determinan en gran medida un exceso de morbilidad femenina [1, 2, 3]. Pese a que en ocasiones se ha atribuido este hecho a las diferencias biológicas entre ambos sexos, el distinto comportamiento en el uso de servicios sanitarios o en la verbalización de los problemas de salud, cada vez parece más claro que el peor estado de salud de las mujeres se explica en buena parte por unos roles sociales determinados por el sexo, más desfavorables para ellas [4].

No obstante, a pesar de que los hombres tienen la mayor parte de los determinantes sociales a su favor, ellos tienen tasas de mortalidad más altas para las 15 primeras causas [5] y su esperanza de vida es aproximadamente siete años más corta que la de las mujeres. Padecen con más frecuencia problemas de salud potencialmente mortales como trastornos cardíacos, diabetes, alcoholismo, úlceras duodenales o cáncer de pulmón, mientras las mujeres tienen una mayor incidencia de trastornos de-

presivos, de la alimentación y musculoesqueléticos, trastornos que no matan pero que no dejan vivir [6].

Frente a la línea tradicional de investigación de las desigualdades de género en salud que pone el acento en las posiciones sociales desfavorables de las mujeres y su impacto en la salud, recientemente ha emergido la preocupación por el efecto del género, de la masculinidad, en el estado de salud de los hombres [7, 8]. Entender la paradoja de la mayor longevidad de las mujeres y el mejor estado de salud de los hombres requiere una mejor comprensión del impacto del sexo y del género en la salud, lo que facilitará el desarrollo de políticas adaptadas a las necesidades de hombres y de mujeres.

1.2. Diferencias biológicas entre hombres y mujeres y salud

Las diferencias en los sistemas reproductivos de hombres y mujeres son parcialmente responsables de las desigualdades en salud entre los dos sexos. La mejora de los servicios de planificación familiar y de asistencia obstétrica ha tenido una gran repercusión en la salud de las mujeres, si bien, todavía en nuestros días, alrededor de medio millón de mujeres continúan muriendo como consecuencia directa del embarazo y el parto y un número 10 veces superior queda con serias secuelas [9].

No obstante, las diferencias biológicas entre ambos sexos van más allá de las reproductivas. Un amplio abanico de diferencias genéticas, hormonales y metabólicas juegan un papel importante en los distintos patrones de morbilidad y mortalidad de hombres y mujeres. Enfermedades específicas de cada sexo como los cánceres de cuello uterino o de próstata son el ejemplo más obvio. Pero existen también diferencias de sexo en la vulnerabilidad, síntomas y pronóstico de varios problemas de

salud como el SIDA, la tuberculosis, las enfermedades autoinmunes o la enfermedad coronaria, entre otros [6]. Una de las más importantes diferencias de sexo en salud es la mayor propensión biológica de los hombres a padecer problemas cardiacos en edades jóvenes.

Evidentemente, si los servicios sanitarios quieren atender con éxito las necesidades de salud de hombres y mujeres deben tener en cuenta estas diferencias de sexo en la planificación y provisión de asistencia sanitaria. Pero las diferencias biológicas sólo explican parte de los diferentes patrones de salud y enfermedad de hombres y de mujeres. Un estudio reciente documentaba que no existe ninguna sociedad en que las mujeres sean tratadas igual que los hombres, lo que inevitablemente se traduce en que los determinantes sociales de la salud de hombres y mujeres son distintos [10]. Estas diferencias de género socialmente construidas son también importantes determinantes del estado de salud de unas y otros.

2 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN CLÁSICA SOBRE LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD

Existe una amplia literatura sobre la relación entre las divisiones de género y el estado de salud de las mujeres, pero a pesar de tres décadas de investigación sobre las desigualdades de género en salud queda aún mucho camino por recorrer, muchos puntos por aclarar, en la comprensión de las desigualdades de género en salud.

Los determinantes sociales de la salud de hombres y mujeres han sido analizados desde perspectivas diferentes. Mientras en los primeros la investigación se ha centrado en las diferencias relacionadas con la clase social, habitualmente medida a

través de la ocupación, en las mujeres el análisis se ha basado en un marco dominado por los roles —esposa, madre y trabajadora—, en el que los papeles familiares se han considerado centrales y el empleo un rol adicional.

2.1. ¿Análisis de género o análisis de las mujeres?

Una de las debilidades de la investigación de género tradicional es que en realidad en muchos casos se ha tratado del análisis de la situación de las mujeres, de modo que poco se sabe sobre el efecto de los roles familiares en la salud de los hombres o sobre las diferencias de género en los determinantes sociales de la salud.

2.2. La insuficiente caracterización de los roles sociales

Muchos estudios han documentado un mejor estado de salud en las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa, lo que se ha interpretado en términos de un efecto beneficioso de la ocupación de diferentes roles que podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar: cuando existen problemas en uno de ellos es sustituido por el otro. No obstante, parece razonable pensar que el análisis debe ir más allá de la conclusión de que para mejorar el estado de salud de las mujeres basta con darles algo más que hacer. De hecho algunos estudios apoyan la hipótesis contraria, la del conflicto de rol: la ocupación de varios roles tiene efectos negativos sobre la salud de las mujeres, tanto por la sobrecarga que supone como por la dificultad para compaginarlos [11].

Los resultados contradictorios en la literatura de roles son debidos en gran medida a la insuficiente caracterización de cada

uno de los roles, así como a la falta de consideración de posibles interacciones entre ellos. En algunos casos se considera únicamente el número de roles y en otros el tipo de rol, pero sin profundizar en el significado de cada uno de ellos.

2.3. El trabajo remunerado y el estado de salud

La situación laboral se conceptualiza con frecuencia como una variable dicotómica –tener un trabajo remunerado frente a no tenerlo– sin distinguir entre las personas que están en desempleo y las que son amas de casa. No se ha profundizado suficientemente en las características del trabajo remunerado. Obviamente no es lo mismo trabajar en una ocupación muy calificada que hacerlo, por ejemplo, como mujer de la limpieza. Mientras la primera situación puede ser fuente de satisfacción, la segunda puede serlo de riesgos para la salud.

En cuanto a las personas que no tienen un trabajo remunerado, se han estudiado muy poco las posibles diferencias de género en el impacto del paro sobre el estado de salud y de hecho muchos estudios sobre desempleo y salud han incluido sólo hombres [12, 13]. Frente a la escasez de estudios sobre la influencia del paro en el estado de salud de las mujeres, hay una amplia literatura que documenta un mejor estado de salud de las mujeres ocupadas en comparación con las amas de casa, cosa que se explica por el hecho de que los diferentes roles podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar y por el efecto beneficioso del trabajo remunerado, que proporcionaría independencia económica, una red de relaciones sociales, satisfacción por el propio trabajo o sentido de control sobre la propia vida [11]. Argumento de modificador desconocido. Pero, ¿hasta qué punto este efecto positivo es universal?

Las dificultades para combinar la vida laboral y familiar bien pueden neutralizar estos posibles beneficios que, en cualquier caso, serían muy dudosos en el caso de trabajos poco cualificados en situaciones de precariedad. Algunos estudios muestran que los efectos positivos del trabajo remunerado se limitan a las mujeres con pocas responsabilidades familiares. BARTLEY y col. [14] observaban que mientras las mujeres con trabajo a tiempo completo tenían mejor estado de salud que las amas de casa, se producía el efecto contrario en las trabajadoras con hijos. Las madres ocupadas a tiempo completo tenían peor estado de salud que las que trabajaban a tiempo parcial o que las que no estaban ocupadas. En otro estudio, las mujeres ocupadas, a tiempo parcial o completo, tenían mejor estado de salud que las amas de casa, aunque el trabajo a tiempo parcial parecía ser más beneficioso [15]. En un estudio realizado en población representativa de Catalunya (1.190 mujeres ocupadas y 1.675 amas de casa, casadas o que vivían en pareja), las mujeres ocupadas tenían peor estado de salud percibido y más limitación crónica de la actividad que las amas de casa, pero no se observaban diferencias en el estado de salud mental e incluso entre las mujeres de mejor posición socioeconómica las amas de casa tenían menos trastornos crónicos que las trabajadoras [16].

Puesto que la mayoría de los estudios que comparan el estado de salud de mujeres ocupadas y amas de casa son de naturaleza transversal, debe tenerse en cuenta la existencia de un posible sesgo de selección. Entre las amas de casa hay mujeres que no han entrado en el mercado laboral o lo han abandonado por motivos de salud. Este sesgo, cuya magnitud probablemente es superior en los países con mayor presencia de mujeres, en el mercado de trabajo —en otros más tradicionales la opción de ser ama de casa puede no estar relacionada con problemas de salud— debería tenerse en cuenta con mayor seriedad.

Faltos de un marco teórico consistente, muchos estudios sencillamente analizan en poblaciones generales las diferencias en el estado de salud entre amas de casa y mujeres ocupadas, sin tener en cuenta que mientras la mayoría de las primeras son responsables de la unidad familiar, las segundas constituyen un grupo heterogéneo en el que se mezclan desde hijas que viven con sus padres sin prácticamente exigencias familiares, mujeres que viven solas y otras que, viviendo en pareja, deben hacer frente a la «doble jornada». Dado que lo que realmente se pretende es comprobar si la ocupación supone un beneficio para las mujeres, deben controlarse variables de confusión como el estado de convivencia, con el que la situación laboral está estrechamente asociada, esto es, restringir el análisis a mujeres casadas o que viven en pareja, en las que se compara el efecto de la situación laboral.

2.4. Las características de los roles familiares

Los roles familiares deben ser analizados también en mayor profundidad. Con frecuencia la maternidad o paternidad se han conceptualizado como convivir con hijos o no, o hacerlo con hijos por debajo de una edad determinada, pero es bien distinto convivir con un hijo o hija de 12 años que con tres criaturas pequeñas, por ejemplo. Debería tenerse en cuenta también la convivencia con personas mayores o con discapacitados.

2.5. La clase social

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de las desigualdades de género en salud es la clase social, dimensión transversal a los tres roles analizados habitualmente. Las des-

igualdades de género en los ingresos económicos exponen a más mujeres que hombres a situaciones de pobreza. Por otro lado, se ha documentado que las desigualdades en salud relacionadas con la clase social ocupacional son más pronunciadas en los hombres, cosa que se explica por el papel central que el trabajo remunerado tiene en la vida de los varones, mientras en las mujeres, aun estando empleadas, las responsabilidades familiares juegan un rol igualmente importante [17].

2.6. La interacción entre determinantes sociales

Además de la mejor caracterización de cada uno de los roles y de la consideración de la clase social, es fundamental también tener en cuenta las interacciones entre el género y las diferentes dimensiones sociales: la situación laboral, el estado civil o de convivencia, la maternidad o paternidad y la clase social. ¿Es lo mismo ser madre de dos criaturas y ama de casa que ser madre de dos criaturas y además realizar un trabajo remunerado? Probablemente no. En el estudio de mujeres ocupadas y amas de casa antes mencionado [16], mientras las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar y la convivencia con hijos o hijas menores de 15 años representaban un factor de riesgo para las mujeres ocupadas de clases sociales desfavorecidas, no lo eran para las amas de casa, e incluso convivir con criaturas o con mayores de 65 años tenía un efecto protector sobre el estado de salud mental de las amas de casa de clases privilegiadas. Resultados así ponen de manifiesto la interacción entre los roles familiares, la situación laboral y la clase social.

Se ha documentado el efecto positivo del matrimonio o la convivencia en pareja para la salud de los hombres pero no

para la de las mujeres [18, 19, 20]. Considerando de nuevo una posible interacción, ¿hasta qué punto estar casado o vivir en pareja puede tener un efecto beneficioso en hombres en situación de desempleo? En un estudio reciente sobre población activa representativa de Catalunya, entre los hombres parados de clases manuales el estado de salud mental era peor entre los casados o que vivían en pareja que entre los solteros, mientras no se apreciaba asociación entre el estado civil y la salud mental en parados de clases más favorecidas. Además en las mujeres casadas el paro tenía menos impacto sobre la salud mental que entre las solteras [21]. Estos resultados muestran, una vez más, la necesidad de considerar la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social.

EMSLIE [22] subraya que muchos estudios sobre género y salud han analizado poblaciones generales, pero dado que las divisiones de género son tan marcadas en la sociedad contemporánea, las comparaciones entre hombres y mujeres pueden ser confundidas por comparaciones con otros ejes de diferenciación social como el empleo y los roles familiares. Más aún, el efecto de los roles familiares puede depender de la situación laboral, del estado de convivencia y de la clase social. Por esta razón, el análisis de las desigualdades de género en salud debería considerar la restricción de las poblaciones de estudio según algún eje social de interés, con el fin de evitar analizar un número excesivamente elevado de interacciones que dificultaría la interpretación de los resultados.

2.7. Los indicadores de salud

Además de las limitaciones ya expuestas, los indicadores de salud utilizados en el estudio de las desigualdades de género

merecen una reflexión adicional. Se han analizado indicadores muy diferentes, en algunos casos de difícil interpretación. Por ejemplo, uno de los más usados, la limitación crónica de la actividad habitual por motivos de salud [2], depende no sólo de la existencia y gravedad del trastorno de salud, sino también de cuál es la actividad habitual, de modo que obviamente será más prevalente en las personas que necesitan realizar mayor actividad. Por otro lado, muchos estudios analizan un solo indicador de salud [23], cuando se ha documentado un diferente comportamiento de los determinantes sociales de la salud según el indicador analizado [24].

2.8. El género y la salud de los hombres

Hasta ahora se ha prestado muy poca atención al impacto del género sobre el estado de salud de los hombres, pero la situación está cambiando a medida que crece la evidencia de la relación entre la masculinidad y el estado de salud. En párrafos anteriores se describía entre los hombre parados de clases sociales desfavorecidas el efecto negativo de estar casado o vivir en pareja sobre la salud mental, cosa que se explica por el papel de principal proveedor de recursos del hogar, asignado tradicionalmente al hombre.

A través de las culturas, la identidad masculina se caracteriza por la toma de riesgos para la salud [10]. Por ejemplo, en el mercado laboral actual los hombres trabajan en las ocupaciones con mayor riesgo de accidentes. Pero además de estos riesgos asociados a la actividad laboral, las normas de comportamiento masculino implican riesgos para la salud. Los hombres tienen mayor mortalidad por accidentes de tráfico o deportivos y, si bien los patrones de género están cambiando, en la mayo-

ría de las sociedades los hombres fuman y beben más alcohol que las mujeres, lo que incrementa su riesgo de padecer trastornos cardíacos o cánceres que pueden conducirlos a una muerte prematura.

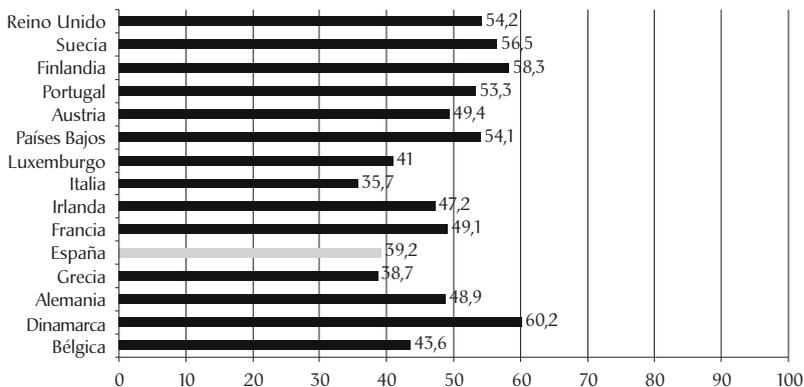
Además las implicaciones de la masculinidad para la salud mental están recibiendo creciente atención. La necesidad de ser «duro», por ejemplo, hace que muchos varones no desarrollen su potencial emocional o se nieguen a reconocer sus debilidades, lo que se puede traducir en no usar los servicios sanitarios cuando los necesitan o no prestar atención a los mensajes de promoción de la salud [25].

3 LA COMBINACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR Y EL ESTADO DE SALUD

Por la preocupación creciente que suscita, se dedica este apartado al análisis de las desigualdades de género en salud asociadas a la combinación de la vida laboral y familiar.

Una de las grandes revoluciones sociales de la segunda mitad del siglo xx ha sido el cambio en la situación de hombres y mujeres en el trabajo, tanto por las modificaciones en la composición del mercado laboral como por la introducción de un debate muy vivo sobre los roles y responsabilidades de unos y otras en el ámbito doméstico. Las mujeres han dejado de orientarse preferentemente hacia la vida en pareja y han comenzado a hacerlo hacia el mercado laboral. Este cambio ha comportado importantes transformaciones sociales y está exigiendo una adaptación de las dos principales esferas en las que hasta hace poco se dividía de manera rígida la vida social: el trabajo remunerado y la vida familiar.

Figura 1. Tasa de actividad en mujeres de la Unión Europea en el año 2000 (en porcentajes).



FUENTE: MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000*.

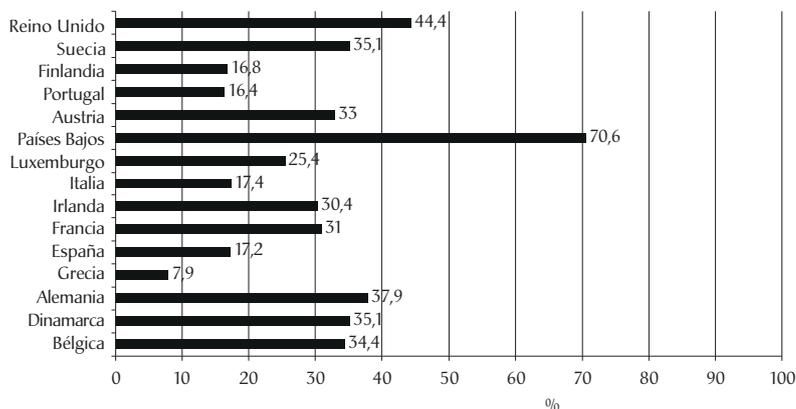
Como se aprecia en la figura 1, España es, tras Italia y Grecia, el país de la Unión Europea con menor tasa de actividad femenina. Pero ni en España ni en otros países de la Unión Europea (UE) con actitudes menos tradicionales en relación con el papel de la mujer, la irrupción de la mujer en el mercado laboral se ha visto acompañada por una redistribución equitativa del trabajo doméstico. La reciente Encuesta de Salud de Barcelona [26] ilustra esta afirmación. Entre los trabajadores y trabajadoras de 25 a 64 años, casados o que viven en pareja, la dedicación media semanal al trabajo doméstico en mujeres es de 20,1 horas (D.E.=10,9), más del doble que en los hombres (media=8,0; D.E.=7,7). Además, mientras en los hombres no existen diferencias según la clase social, las mujeres de clases más desfavorecidas son las que trabajan más horas en casa. Si las de clase I, las más privilegiadas, dedican al trabajo doméstico una media de 17,1

horas semanales (D.E.=10,0), la media en las de clase V es de 26,0 (D.E.=13,0).

Además de la corresponsabilidad en el trabajo del hogar, otras estrategias para la conciliación de la vida laboral y familiar son el trabajo a tiempo parcial o la utilización de recursos comunitarios para el cuidado del hogar, como las guarderías, los servicios de atención domiciliaria o las residencias de ancianos.

Como se observa en la figura 2, España es uno de los países con menor proporción de mujeres trabajando a tiempo parcial [27]. Aunque esta modalidad de empleo se considera a menudo una de las soluciones más efectivas a corto plazo para combinar el trabajo doméstico y el remunerado, en la medida en que continúa siendo una alternativa casi exclusiva para las mujeres, a medio y largo plazo tiene otros efectos no deseados,

Figura 2. Empleo a tiempo parcial en la Unión Europea en mujeres en el año 2000 (en porcentajes).



FUENTE: MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000*.

como la limitación de la carrera profesional, la reducción de la cuantía de las pensiones de jubilación, calculada según la base de cotización a la Seguridad Social, o la disminución de la presencia de las mujeres en la vida pública y por tanto en los ámbitos de toma de decisiones, lo que se traduce en que sus necesidades y puntos de vista continúan ausentes en los ámbitos de decisión políticos y económicos. Además se han documentado peores condiciones de trabajo en los empleos a tiempo parcial [28].

Los recursos comunitarios para la atención infantil varían mucho entre los diferentes países europeos, lo que depende, entre otras razones, de las creencias de la sociedad sobre la conveniencia de que en los primeros años de vida de las criaturas sea la madre la encargada de atenderlas, cosa que se asocia con la idea de que las madres con hijos o hijas pequeños no deberían trabajar fuera de casa. Este punto de vista incluso podría convertirse en un incentivo para el desarrollo de programas de excedencias parentales [29]. Como se aprecia en la Tabla 1, los países con mayor cobertura en la educación preescolar son Francia, Bélgica y la antigua Alemania oriental. No obstante, Dinamarca y Suecia están más avanzados en la atención a la primera infancia.

En España, los índices de escolarización para niños y niñas de 3 a 6 años son aceptables en términos comparativos, pero la oferta para los menores de esa edad, los que mayor carga de trabajo suponen, es muy escasa. Y es que en nuestro país las políticas de desarrollo de la educación infantil no se han concebido para que los padres (fundamentalmente las madres) puedan compaginar las responsabilidades profesionales y familiares en el marco de las políticas de igualdad de oportunidades para las mujeres.

Tabla 1. Cobertura de los servicios públicos de atención Infantil (%). Europa 1990-94.

	Hasta 3 años	De 3 a 6 años
Alemania occidental	2	78
Alemania oriental	50	100
Austria	3	75
Bélgica	30	95
Dinamarca	48	82
España	2	84
Finlandia	21	53
Francia	23	99
Grecia	3	70
Holanda	8	71
Irlanda	2	55
Italia	6	91
Portugal	12	48
Reino Unido	2	60
Suecia	33	72

FUENTE: FLAQUER, Lluís: *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa, 2000.

El período de 0 a 6 años de edad está comprendido dentro del ámbito del sistema educativo, tiene carácter voluntario y se divide en dos ciclos: el primero, hasta los tres años de edad, y el segundo hasta los 6, edad en que comienza la educación obligatoria. Así, mientras las tasas de escolarización en centros públicos para niños y niñas de 4 a 5 años son bastante elevadas, el número de plazas para menores de tres años es muy reducido ya que el Ministerio de Educación no gestiona centros para niños de esta edad. Esto significa que la provisión de estos centros se deja en manos de las Autonomías, de los ayuntamientos o de la iniciativa privada, y que se trata generalmente de servi-

cios de pago en contraste con las ofertas en centros educativos públicos [29].

El escaso desarrollo de centros públicos para la atención de niños y niñas de 0 a 3 años se explica por razones políticas, pero también por la falta de demanda debida a dos razones: 1) las elevadas tasas de paro de la población femenina joven, que hace que muchas madres no necesiten estos servicios, y 2) la existencia de un gran número de abuelas que viven cerca del domicilio de sus hijas o nueras y cuidan las criaturas mientras las madres trabajan fuera de casa. Esta situación podría cambiar si mejora la situación del mercado laboral para las mujeres, por lo que tanto madres como abuelas en edad de trabajar podrían entrar en el mercado de trabajo [29].

Finalmente, el crecimiento de la población mayor de 65 años supone un nuevo reto. Si en 1960 los mayores de 65 años representaban en España el 8% de la población, en 1994, con el 15%, la proporción casi se había duplicado. Aunque algunos países perciben el cuidado de los ancianos como una responsabilidad central del Estado, otros, como España, Italia o Portugal, sitúan esta obligación en la familia, lo que finalmente significa en una mujer del núcleo familiar. Así se explica que España sea uno de los países europeos con menos servicios para los mayores de 65 años (Tabla 2) [29].

En un contexto en que la mujer española se incorpora de forma decidida al mercado laboral, los hombres continúan sin asumir la corresponsabilidad en el cuidado del hogar, el trabajo remunerado es habitualmente a tiempo completo, la población anciana crece y los recursos comunitarios para el cuidado de la familia son escasos, surge la preocupación por el posible efecto de la sobrecarga de trabajo y la dificultad para conciliar

Tabla 2. Servicios de cuidado para ancianos en 13 países de la UE (1985-91).

	% de mayores de 65 años en residencias de ancianos	% de mayores de 65 años que reciben atención domiciliaria
Holanda	10	8
Bélgica	4	6
España	2	1
Irlanda	5	3
Gran Bretaña	5	9
Italia	2	1
Grecia	0,5	—
Portugal	2	1
Francia	3	7
Suecia	5	12
Alemania	6	3
Finlandia	7	10
Dinamarca	6	20

FUENTE: FLAQUER, Lluís: *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa, 2000.

las responsabilidades familiares y laborales en la salud de las trabajadoras.

En España datos recientes ponen en evidencia las desigualdades de género en salud relacionadas con la asimetría en la distribución de las responsabilidades de casa. Un estudio sobre una muestra representativa de la población catalana que debe combinar vida laboral y familiar —casados o que viven en pareja— ilustra este hecho, así como la interacción entre el género, las exigencias familiares y la clase social. Mientras en hombres y en mujeres de las clases sociales más pudientes no se encontraba asociación entre el estado de salud y las exigencias familiares medidas a través del número de personas en el hogar,

en trabajadoras manuales el número de personas en el hogar se asociaba con un mayor riesgo de mal estado de salud percibido, de limitación crónica de la actividad, de padecer algún trastorno crónico y de dormir seis horas o menos al día. Además, la convivencia con menores de 15 años se asociaba con menor práctica de ejercicio físico en el tiempo libre [30]. También en Euskadi se ha encontrado asociación entre mal estado de salud percibido y número de personas en el hogar en trabajadoras manuales, pero no en hombres ni en trabajadoras más cualificadas. Además se ha descrito en población ocupada el efecto protector para la salud de las mujeres, pero no para la de los hombres, de disponer de una persona contratada para las tareas domésticas, independientemente de la edad y de la clase social [32].

Estos resultados ponen en evidencia el importante papel que puede tener la reducción de la carga de trabajo doméstico para mejorar la salud de las trabajadoras. En el contexto actual mientras tanto, las mujeres españolas que deciden permanecer en el mercado laboral, con frecuencia tienen que renunciar a su vida familiar (España era, junto con Italia, en 1993 el país con menor tasa de fecundidad y, tras Grecia, el que había experimentado un mayor descenso en la década 1983-1993). Las mujeres de clases pudientes, cuando intentan conciliar la vida laboral y familiar pueden costearse los recursos necesarios para hacerlo; las menos privilegiadas parece que «financian» la conciliación con su salud.

4 CONCLUSIÓN

La investigación sobre las desigualdades de género en salud debe aumentar el esfuerzo para desarrollar modelos

teóricos sensibles a las dimensiones estructurales de las relaciones de género si realmente se pretende entender la complejidad de los patrones de género de salud y enfermedad. El análisis debería abordarse desde la interacción entre el género, la situación laboral, los roles familiares y la clase social.

Desde el punto de vista de la acción, es necesario continuar fomentando políticas de no discriminación de las mujeres, pero también es urgente comenzar a intervenir sobre lo que se entiende por la educación en la «masculinidad» que expone a los hombres a comportamientos de riesgo que derivan en enfermedades y muertes evitables. Cambios de esta naturaleza, así como los relacionados con la distribución del poder en el ámbito familiar, no son fáciles porque obligan a una profunda redefinición de algunas de las áreas más íntimas del ser humano.

5 REFERENCIAS

- [1] LAHELMA, Eero; ARBER, Sara: «Health inequalities among men and women in contrasting welfare states. Britain and three Nordic countries compared». *European Journal of Public Health*, 1994, vol. 4, págs. 213-226.
- [2] Arber, Sara; LAHELMA, Eero: *Inequalities in women's and men's ill health: Britain and Finland compared*. *Social Science and Medicine*, 1993, vol. 37, págs. 1055-1068.
- [3] POPAY, Jennie; BARTLEY, Mel; OWEN, Charlie: *Gender inequalities in health: social position, affective disorders and minor morbidity*. *Social Science and Medicine*, 1993, vol 36, págs. 21-32.
- [4] LENNON, Mary Clare: «Work conditions as explanations for the relation between socioeconomic status, gender, and psy-

- chological disorders». *Epidemiologic Reviews*, 1995, págs. 120-127.
- [5] MATHERS, Colin; SADANA, Ritu; SALOMON, Joshua; MURRAY, Christopher; LÓPEZ, Alan. «Healthy life expectancy in 191 countries, 1999». *The Lancet*, mayo 2001, vol. 323, págs. 1685-1691.
- [6] KRAEMER, Sebastian: «The fragile male». *British Medical Journal*, diciembre 2000, págs. 1609-1612.
- [7] SIEGFRIED, Maryn; JADAD, Alejandro: «The future of men and their health». *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, págs. 1013-1014.
- [8] BAKER, Peter: «The international men's health movement has grown to the stage that it can start to influence international bodies». *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, págs. 1014-1015.
- [9] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global estimates of maternal mortality for 1995: results of in-depth review, analysis and estimation strategy*. Geneva: WHO, 1995.
- [10] DOYAL, Lesley: «Sex, gender, and health: the need for a new approach». *British Medical Journal*, noviembre 2001, vol. 323, págs. 1061-1063.
- [11] SORENSEN, Gloria; VERDRUGGE, Lois: «Women, work, and health». *Annual Review of Public Health*, 1987, vol. 8, págs. 235-251.
- [12] BARTLEY, Mel; OWEN, Charlie: «Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change, 1973-1993». *British Medical Journal*, agosto 1996, 13, págs. 445-449.
- [13] LEINO-ARJAS, Päivi; LIIRA, Juha; MUTANEN, Pertti; MALMIVAARA, Antti; MARTIKAINEN, Esko: «Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study». *British Medical Journal*, 1999, septiembre, vol. 319, págs. 600-605.

- [14] BARTLEY, Mel; SACKER, Amanda; FIRTH, David; *et al.*: «Social position, social roles and women's health in England: changing relationships 1984-1993». *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 48, págs. 99-115.
- [15] BARTLEY, Mel; POPAY, Jennie; PLEWIS, Irva: «Domestic conditions, paid employment and women's experience of ill-health». *Sociology of Health and Illness*, 1992, vol. 14, págs. 313-343.
- [16] ARTAZCOZ, Lucía; ROHLFS, Izabella; BORREL, Carme; CORTÈS, Imma: «Estado de salud de las mujeres: interacción entre la situación laboral, la posición socioeconómica y las exigencias familiares». *Gaceta Sanitaria*, octubre 2001, vol. 15, pág. 35.
- [17] BARTLEY, Mel: «Measuring women's social position: the importance of theory». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999, vol. 53, págs. 601-602.
- [18] ROSS, Catherine; MIROWSKY, John; GOLDSTEEN, Karen: *Journal of Marriage and the Family*, noviembre 1990, vol. 52, 1059-1078.
- [19] VERDRUGGE, Lois: «Marital status and health». *Journal of Marriage and Family*, 1979, vol. 41, págs. 267-85
- [20] WYKE, Susan; FORD, George: «Competing explanations for associations between marital status and health». *Social Science and Medicine*, 1992, vol. 34, págs. 525-532.
- [21] ARTAZCOZ, Lucía; CORTÈS, Imma; BENACH, Joan; BORRELL, Carme: «Desigualdades de género en salud mental: desempleo, clase social y roles familiares». *Gaceta Sanitaria*, noviembre 2001, vol. 15, pág. 52.
- [22] EMSLIE, Carol; HUNT, Kate; MACINTYRE, Sally: «Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees». *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 48, págs. 33-48.

- [23] ARBER, Sara: «Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status». *Social Science and Medicine*, 1991, vol. 32, págs. 425-436.
- [24] MACRAN, Susan; CLARKE, Linda; JOSHI, Heather: «Women's health: Dimensions and differentials». *Social Science and Medicine*, 1996, vol. 9, págs. 1203-1216.
- [25] GRIFFITHS, Sian: «Men's health: Unhealthy lifestyles and an unwillingness to seek medical help». *British Medical Journal*, 1996, vol. 312, págs. 69-70.
- [26] INSTITUT MUNICIPAL DE LA SALUT: *Document Tècnic Enquesta de Salut de Barcelona*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona, 2001.
- [27] MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES: *Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2000*. [página visitada: 5 de abril de 2002]. Accessible en URL: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>.
- [28] MATTEWS, Sharon; HERTZMAN, Clyde; OSTRY, Aleck; POWER, Chris: «Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health». *Social Science and Medicine*, 1998, vol. 46, págs. 1417-1424.
- [29] FLAQUER, Lluís: *Les polítiques familiars en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundació la Caixa, 2000.
- [30] ARTAZCOZ, Lucía; BORRELL, Carme; BENACH, Joan: «Gender inequalities in health among workers: the role of family demands». *Journal of Epidemiology and Community Health* 2001, vol. 55, págs. 639-647.
- [31] ARTAZCOZ, Lucía; GARCÍA-CAL, María del Mar; ESNAOLA, Santiago; BORRELL, Carme; SÁNCHEZ-CRUZ, José Juan; RAMOS, José Luis; MERINO, Jordi, y colaboradores: *Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar*. Informe SESPAS 2002 (en prensa).

- [32] ARTAZCOZ, Lucía; BORRELL, Carme; ROHLFS, Izabella; BENI, Carme; MONCADA, Albert; BENACH, Joan: «Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada». *Gaceta Sanitaria*, 2001, vol. 15, págs. 150-153.

Políticas sanitarias dirigidas a minorías étnicas y extranjeros en Gran Bretaña, Francia y España

Francisco Javier Moreno Fuentes

Amparo González Ferrer

Sumario

1. Los destinatarios: minorías étnicas, inmigrantes y extranjeros.—2. El acceso de los extranjeros a los sistemas sanitarios.—3. Políticas específicas de atención sanitaria a grupos étnicamente diferenciados.—4. Bibliografía.

RESUMEN

En este artículo realizamos un análisis comparado de las políticas sanitarias del Reino Unido, Francia y España respecto a sus poblaciones de origen inmigrante. Tras una breve introducción de los procesos migratorios que afectaron a estos países en la segunda mitad del siglo XX, se describen los mecanismos de acceso de los extranjeros a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos, contextualizándolos en los procesos de evolución de los respectivos sistemas de salud (en especial su rango de cobertura), así como en el papel desempeñado por la inmigración en la agenda política. Más allá de las cuestiones estrictamente relacionadas con el acceso a las prestaciones sanitarias, prestaremos atención a las desigualdades en materia

sanitaria que afectan de modo específico a las minorías étnicamente diferenciadas, vinculando directamente las políticas diseñadas por cada país para afrontar dichas demandas específicas con el modelo de incorporación de su propia diversidad interna.

ABSTRACT

In this article we compare the health policies developed in the United Kingdom, France, and Spain towards its populations of immigrant origin. After a brief description of the migratory processes that affected these countries in the second part of the XXth century, we analyse the mechanisms of entitlement to access the health care systems, placing them in the context of the evolution of the public health care systems (specially its coverage), as well as the degree of politicisation of immigration issues. Beyond the issue of access we pay particular attention to health inequalities that specifically affect minority ethnic groups, linking the policies aimed at reducing those inequalities to the model of incorporation of their own internal diversity implemented in each country.

Diferentes estudios realizados en países europeos (específicamente en el Reino Unido, donde existe mayor abundancia de datos estadísticos que permiten corroborar este tipo de hipótesis), han demostrado que pertenecer a grupos minoritarios étnicamente diferenciados conlleva desigualdades específicas en el nivel de salud que no son automáticamente atribuibles a variables socio-económicas (TOWNSEND, 1992; NAZROO, 1997; SMAJLE, 1995). Estas desigualdades se derivarían, al menos parcialmente, de problemas en el acceso a los servicios sanitarios en el país de residencia (acceso vedado, limitado o ilegalmente denegado), así como de problemas en la utilización efectiva de dichos servicios (por inadecuados o discriminatorios).

Hasta ahora se ha prestado escasa atención a la responsabilidad que las políticas sanitarias de cada país han tenido y tienen en la producción y mantenimiento de esas desigualdades o, por el contrario, en su reducción. En este artículo, tras realizar una breve descripción del fenómeno migratorio en el Reino Unido, Francia y España, trataremos de avanzar en este terreno a través de un análisis comparado de las políticas de sanidad dirigidas a estos colectivos.

1

LOS DESTINATARIOS: MINORÍAS ÉTNICAS, INMIGRANTES Y EXTRANJEROS

Las «poblaciones étnicamente diferenciadas» (1) que residen actualmente en Reino Unido, Francia y España presentan diver-

(1) Los criterios de clasificación estadística de las poblaciones de origen inmigrante difieren ampliamente entre países: los datos británicos nos hablan de «minorías étnicas», los franceses de «extranjeros» e «inmigrantes» y los españoles simplemente de «extranjeros». Por motivos de espacio y simplicidad usa-

gencias notables respecto a su procedencia geográfica y antigüedad de asentamiento que reflejan la distinta dinámica migratoria experimentada en estos países durante las últimas décadas. Aunque los tres países han formado tradicionalmente parte del «sistema migratorio europeo», en la segunda mitad del siglo xx lo hicieron desde diferentes posiciones dentro del mismo. Así, mientras los dos primeros lo hicieron como países receptores de inmigración, España fue durante la mayor parte de ese período un país emisor neto de flujos migratorios.

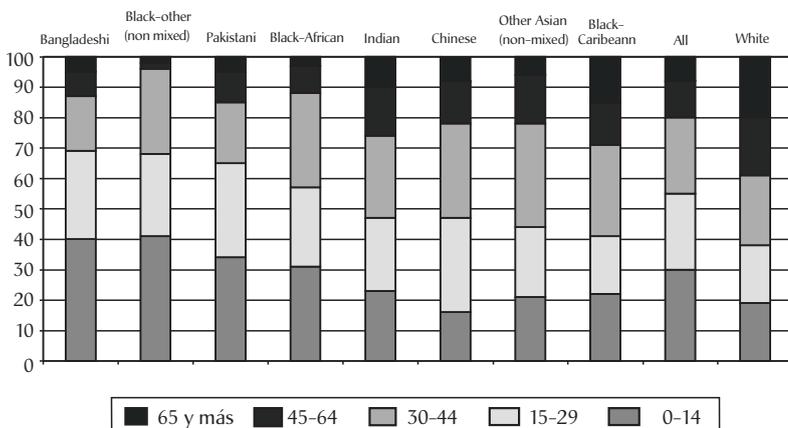
Gracias a la inmigración que llegaba desde las antiguas colonias atraída por la demanda de mano de obra, el Reino Unido pudo abandonar muy pronto los programas de reclutamiento de mano de obra extranjera que otros países, como Francia, mantuvieron hasta los años setenta. Mientras el Gobierno británico, preocupado por el continuo aumento de población «de color» en su territorio, imponía las primeras medidas restrictivas a la inmigración (1962, *Immigration Act*, y 1968, *Commonwealth Immigrant Act* [2]), Francia seguía reclutando trabajadores en la periferia europea (Italia, España, Portugal y Turquía), así como en sus antiguas colonias (CASTLES y MILLER,

remos el término «poblaciones o minorías étnicamente diferenciadas» o «de origen extranjero» para referirnos a todos ellos conjuntamente. Sin embargo, conviene tener presente que la elección del origen étnico, la nacionalidad o el lugar de nacimiento como criterios de clasificación, aparte de implicaciones numéricas, tiene una enorme significación política: la distinción entre población blanca y «minorías étnicas» refleja la trascendencia pública que en Gran Bretaña se reconoce a las particularidades culturales de los individuos, algo que resulta inaceptable para el universalismo republicano francés que opta por el criterio jurídico de la «nacionalidad» a la hora de clasificar a la población residente.

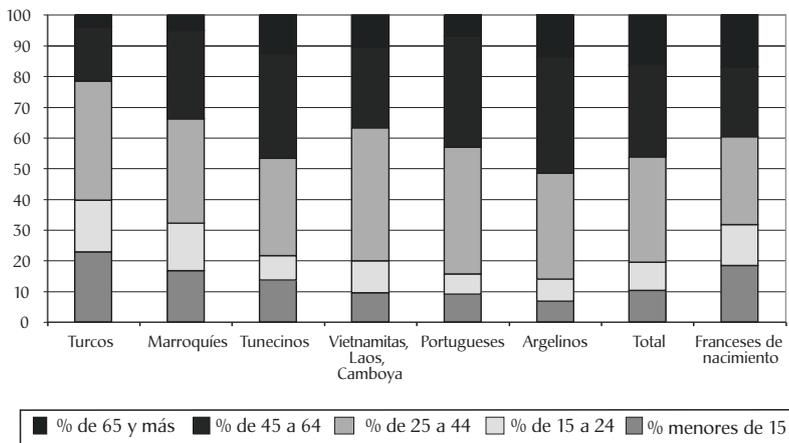
(2) La Ley de 1962 intentó reducir las nuevas entradas introduciendo en el concepto de ciudadanía británica la idea de «*belonging*» (pertenencia), que permitió restringir el derecho de entrada en el Reino Unido, hasta entonces garantizado para todos los súbditos británicos. Esto afectó a muchos blancos (tercera generación de canadienses, neozelandeses y australianos) pero iba fundamentalmente dirigido a la inmigración «de color». La Ley de 1968 se ocupaba ya de la reagrupación familiar: a partir de ella no sólo era necesario poseer pasaporte británico expedido en Gran Bretaña (o fuera por una autoridad británica —no colonial—), sino que al concepto de «*belonging*» se le añadía el requisito de «*ancestral link with the United Kingdom*» (antepasados nacidos en el RU).

1993). Con la crisis económica de los setenta, los franceses impusieron el cierre de fronteras que los británicos venían practicando desde la década anterior (3) pero, pese a ello, unos y otros experimentaron un crecimiento constante de las poblaciones de origen extranjero en su territorio. Las medidas restrictivas lograron acabar con las nuevas entradas de trabajadores, pero activaron los procesos de reagrupación familiar de los ya admitidos. La llegada de esposas e hijos convirtió en permanente una presencia que se había previsto como temporal y normalizó el perfil demográfico de la población inmigrante. Así, el predominio de varones en edad laboral dio paso a una estructura demográfica similar a la de la población autóctona, aunque algo más joven debido, generalmente, al mantenimiento de mayores tasas de fecundidad entre las mujeres extranjeras (ver Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Distribución por edad de las minorías étnicas en Gran Bretaña (1997-99).



(3) Circulares de la Secretaría de Inmigración francesa creada en 1974.

Gráfico 2. Distribución por edad de la población de origen extranjero en Francia (1999).

España se incorporó al grupo de países europeos receptores de inmigración en los años ochenta. Hasta entonces la salida de españoles al exterior había superado con creces la entrada de extranjeros en nuestro país. A finales de los setenta llegaron refugiados políticos que huían de las dictaduras del Cono Sur y los primeros trabajadores marroquíes. Desde entonces la inmigración laboral no ha dejado de aumentar y de diversificarse en cuanto a su origen y naturaleza. Como es consustancial a las primeras fases de asentamiento, la población extranjera en España presenta fuertes desequilibrios tanto por sexo (no siempre a favor de los varones), como por edad (predominio de personas en edad activa y escasez de menores de edad, sobre todo entre los colectivos de asentamiento más reciente), desequilibrios que se irán paliando a medida que avance los procesos de reagrupación familiar (Gráficos 3 y 4).

Gráfico 3. Distribución por edad de los principales colectivos extranjeros en España (2000).

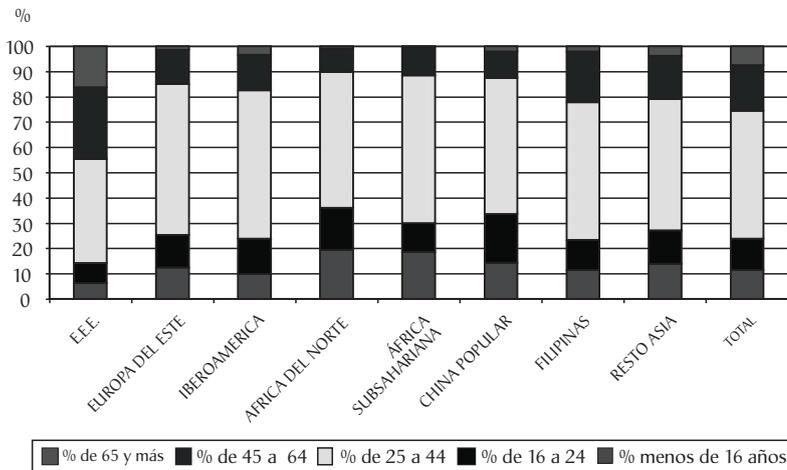
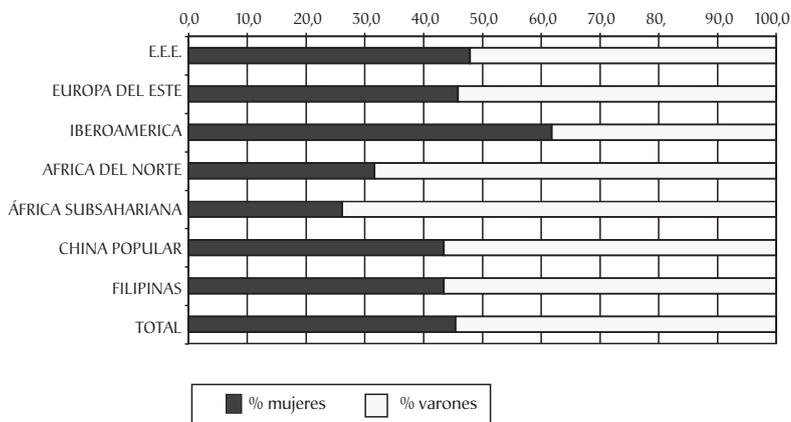


Gráfico 4. Distribución por sexo de los principales colectivos extranjeros en España (2000).



Este breve repaso nos ayuda a comprender el tamaño actual de las «poblaciones étnicamente diferenciadas» en los países seleccionados y su composición interna. En 2000, se estimaba que 4.053.000 individuos, el 7,1% de la población británica, pertenecía a alguna de las «minorías étnicas» oficialmente reconocidas, siendo las del subcontinente indio (984.000), la pakistani (675.000) y la afro-caribeña (529.000) las más numerosas (LFS, 2000). Por esas mismas fechas la población de origen extranjero residente en Francia ascendía a 4.820.000 personas, un 8,2% de la población total; entre ellas destacaban los magrebíes (1.507.584, la mayoría marroquíes y argelinos), portugueses (671.409), italianos (409.711), españoles (333.332) y turcos (231.817) (INSEE, 1999) (4). En la última década ambos países han acogido además una gran cantidad de solicitantes de asilo (454.445 el Reino Unido y 336.330 Francia, 1990-2000) cuya procedencia geográfica y perfil demográfico difiere considerablemente de lo que habían sido sus fuentes tradicionales de inmigración (5). En España, la novedad del fenómeno explica el escaso peso relativo de la población extranjera, 895.720 personas a fines de 2000, es decir algo más del 2% de la población. Esta cifra sólo incluye a algunos de los inmigrantes regularizados en el proceso extraordinario de 2000 y excluye a los regularizados en el procedimiento de regularización por arraigo de 2001. Las últimas cifras publicadas por el Ministerio del Interior situaban la cifra de extranjeros residentes en España de modo regular a finales de 2001 en 1.109.060, siendo los colectivos más

(4) Consideramos población de origen extranjero a la suma de extranjeros y franceses por adquisición, a pesar de que ni siquiera la unión de ambos grupos abarca totalmente la descendencia de quienes llegaron a Francia como extranjeros. En 1991 se estimaba que un 18% de la población nacida en Francia tenía un padre o abuelo que llegó a Francia como inmigrante (COHEN, 1995).

(5) Tan sólo en 2000, las solicitudes de Iraq, Yugoslavia, Sri Lanka, Afganistán e Irán sumaron 75.680 en el Reino Unido; mientras que las de China, Turquía, R.D. Congo, Mali y Sri Lanka sumaron 38.590 en Francia.

numerosos el marroquí (234.937), el ecuatoriano (84.699), el chino (33.758) y el colombiano (36.143).

2 EL ACCESO DE LOS EXTRANJEROS A LOS SISTEMAS SANITARIOS

El tema del acceso de los extranjeros a los sistemas públicos de salud constituye, en principio, un asunto relativamente periférico en el contexto general de la política sanitaria de un país. Sin embargo, su introducción en la agenda política en los casos analizados ha ido acompañada en buen número de ocasiones de enconados debates y ha tenido importantes consecuencias para los sistemas de salud y para los propios colectivos extranjeros, consecuencias que como veremos, han ido más allá de la definición de las condiciones de acceso de estos grupos a los sistemas sanitarios públicos.

Como describimos en la introducción, el asentamiento de poblaciones de origen extranjero se produjo de modo más o menos simultáneo en Francia y en el Reino Unido; pese a ello, el tema de su acceso al sistema sanitario público irrumpió en el debate político británico cuarenta años antes que en el caso francés. De hecho, esta cuestión adquirió relevancia pública en Francia prácticamente al mismo tiempo que en España, donde, como ya hemos mencionado, el fenómeno inmigratorio era mucho más reciente. Parece evidente, pues, que para explicar la politización de este asunto en cada país debemos valorar elementos distintos al estricto peso numérico de la población extranjera, en particular factores relacionados con la evolución de los respectivos sistemas de salud, el ciclo político de la politización de la inmigración y especialmente la evolución de sus respectivos procesos de expansión de la cobertura sanitaria.

El Reino Unido fue el primer país en instaurar un sistema sanitario público financiado con cargo a los presupuestos generales y que garantizaba una cobertura universal y gratuita en el momento de su uso. La lógica de aseguramiento que había presidido el *National Insurance Scheme* (NIS), vigente desde 1911, desapareció con la 1946 *National Health System Act*, que establecía para el nuevo sistema de salud británico (NHS) la obligación de asegurar la salud física y mental de «*of the people of England and Wales*». Esta fórmula universalista resultaba un tanto imprecisa para delimitar a los beneficiarios, y así lo señaló el Partido Conservador ya en 1948: un sistema sanitario que presupone el derecho de acceso se presta al uso abusivo por parte de determinados grupos, como los «*overseas visitors*», o residentes no habituales. Usando este argumento, dicho partido intentó introducir un criterio de «estabilidad en la residencia» que actuara como filtro para el acceso y permitiera al sistema de salud británico ahorrarse los costes —muy elevados, según sus cálculos— provocados por tales abusos. Aunque en aquella ocasión el partido Tory no logró imponer un mecanismo de control de elegibilidad para el acceso al NHS, sí consiguió introducir una cláusula (Sección 17 de la *NHS Act*) que otorgaba base jurídica para aprobar una normativa que impusiera el cobro de servicios sanitarios a los «residentes no habituales».

Así, a principios de los ochenta, y en un contexto de fuerte politización del fenómeno de la inmigración (6), el Gobierno conservador de Margaret Thatcher retomó el tema de los «*overseas visitors*» y aprovechó la citada Sección 17 para aprobar las 1982 *NHS Charges to Overseas Visitors Regulations*. En principio se trataba sólo de imponer el cobro de servicios sanitarios a los

(6) En 1981 se aprobó la *British Nationality Act*, que consagró definitivamente la mezcla de los conceptos «nacionalidad» y «control migratorio».

extranjeros que llevasen residiendo en el Reino Unido menos de un año (ver Tabla), pero en la práctica, la introducción de dicha medida suponía alterar dos características básicas de funcionamiento del NHS: la gratuidad en el momento del uso y la inexistencia de mecanismos de control de elegibilidad en un sistema de vocación abiertamente universalista, y todo ello sin coste electoral alguno para un Gobierno que se proponía expandir el papel del mercado en la provisión de servicios sanitarios (7).

Francia y España, por su parte, siguieron una estrategia de expansión gradual de la cobertura sanitaria a partir de sus esquemas de aseguramiento profesional vinculados a los sistemas de «seguridad social» (8). Ello supuso el mantenimiento de los mecanismos de control de elegibilidad para acceder a las prestaciones de sus sistemas sanitarios públicos, lo cual tuvo claras implicaciones en relación a la cuestión del acceso de los extranjeros a los sistemas sanitarios. En primer lugar, la preexistencia de controles legitimó el establecimiento y posterior conservación de una multiplicidad de regímenes de acceso para los extranjeros en función de su nacionalidad y estatus jurídico, quedando la residencia efectiva sólo como criterio residual para los no acogidos a ningún régimen específi-

(7) Es cierto que la propia inercia institucional de un sistema gestionado tradicionalmente de acuerdo al criterio de presencia en el territorio ha impedido en la práctica un verdadero control en el acceso. El efectivo cumplimiento de las *NHS Regulations* quedó en manos de las autoridades sanitarias locales y regionales y de los gestores de los hospitales que, por lo general, no encontraron incentivos suficientes para aplicar sistemáticamente el cuestionario de elegibilidad que les permitiría distinguir los pacientes con derecho a la asistencia gratuita de los obligados a pagar por ella.

(8) Dicho gradualismo fue explícitamente consagrado en la propia Ley General de Sanidad española de 1986 que, en su exposición de motivos, afirmaba «por razones de crisis económica que no es preciso subrayar, (esta Ley) no generaliza el derecho a obtener gratuitamente dichas prestaciones sino que programa su aplicación paulatina, de manera que sea posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes».

co (9). En segundo lugar, la lógica de aseguramiento que subyacía a la concesión del derecho de acceso a las prestaciones de los sistemas sanitarios públicos para la mayoría de los extranjeros confería una legitimidad a dicho acceso que reducía considerablemente los incentivos electorales para la politización de este tema.

Esa ausencia de incentivos explica que el tema del acceso de los extranjeros no entrase en la agenda política de estos países hasta la segunda mitad de los años noventa, cuando los respectivos sistemas sanitarios estaban tratando de alcanzar la práctica universalización a través de la creación de esquemas residuales que incorporasen a los grupos aún no cubiertos. En todo caso la politización nunca alcanzó la intensidad del caso británico. En Francia, porque la movilización en torno al tema del acceso de los extranjeros se produjo de abajo a arriba, es decir, desde la sociedad civil al ámbito de la lucha partidista, en el marco de un movimiento reivindicativo más amplio contra la exclusión social que, si bien logró la efectiva universalización de la cobertura sanitaria con la aprobación de la *Loi Couverture Maladie Universelle* en 1999, no pudo suprimir el requisito de la «legalidad de residencia» como barrera de acceso para los extranjeros (10) (ver Tabla). En España, porque los hechos que precedieron y determinaron

(9) En Francia, la *Loi de Generalisation de la Sécurité Sociale* de 1978 inauguró un sistema de acceso completamente asimétrico según se tratara de refugiados, solicitantes de asilo, nacionales de la CE, nacionales de antiguos territorios coloniales, trabajadores con permiso de trabajo, familiares, etc. De modo residual, reconoció el derecho de asistencia hospitalaria y domiciliaria a los que sin estar sujetos a ningún régimen especial hubiesen residido en Francia por más de tres años (de forma regular o no). A los que llevasen menos de tres años, sólo asistencia hospitalaria. En España, la escasa entidad numérica de la inmigración explica que la legislación sanitaria de los ochenta (LGS de 1986 y Decreto de Universalización de 1989) ignorara completamente la cuestión de los extranjeros. Esto provocó importantes incoherencias y huecos en la cobertura que la normativa de extranjería trató de ir reparando al menos parcialmente, siendo la nueva Ley de Extranjería (LO 4/2000) y su posterior reforma (LO 8/2000) las que abordaron finalmente esta cuestión de modo global.

(10) Esto reflejaría la adaptación de las propias organizaciones francesas a la filosofía republicana universalista (SOYSAL, 1994: 5).

su introducción en la agenda (11) habían generado un clima de opinión favorable a la expansión del derecho de acceso a los servicios sanitarios a los colectivos irregulares (inicialmente menores y embarazadas, y posteriormente al conjunto de los inmigrantes en dicha situación) que hizo poco atractivo para los partidos políticos polemizar sobre esta cuestión. De hecho resulta curioso comprobar que, pese a la virulencia del debate partidista sobre la Ley de Extranjería (LO 4/2000), y su posterior reforma (LO 8/2000), y pese algunos atisbos de introducción de restricciones al respecto por parte del Gobierno del Partido Popular, el artículo relativo a la asistencia sanitaria dispensada a los extranjeros mantuvo la redacción del primer borrador de Ley elaborado en 1999 por la Comisión Constitucional del Congreso, que establecía el empadronamiento como criterio de elegibilidad para el acceso al Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, la residencia *de facto* en territorio español (ver Tabla).

Podemos concluir que la cuestión del acceso de los extranjeros a los sistemas sanitarios de los países estudiados ha tenido, pese a su carácter relativamente periférico, importantes consecuencias. En el Reino Unido, y dentro de un esquema universalista, sirvió como arma estratégica para facilitar la introducción de mecanismos de mercado (fijación de precios y establecimiento de co-pagos) en un sistema hasta entonces gestionado de modo integrado y financiado íntegramente con cargo a los presupuestos generales del Estado. En Francia y España, sirvió como catalizador para los movimientos sociales (ONG, asociaciones, etc.) que reivindicaban la expansión de los derechos básicos, entre ellos el derecho a la sanidad, a toda persona presente en el territorio nacional independientemente de su estatus jurídico.

(11) Especial importancia tuvieron en ese sentido las denuncias de la Fiscalía de Menores del TSJ de Madrid acerca de la negación repetida de asistencia sanitaria a menores extranjeros indocumentados afectados por afecciones crónicas por parte de diversos hospitales situados en la Comunidad de Madrid, a finales de enero de 1999.

TABLA 1. DERECHOS DE ACCESO A LA SANIDAD PÚBLICA PARA POBLACIONES DE ORIGEN EXTRANJERO*

	REGULARES			IRREGULARES			OTROS			
	Cotizante Social	Dependiente de Seg. Social	Empadronados	No empadronados			Admitida trámite	Protección Subsidiaria	Rechazado	Refugiado
	= españoles	= españoles	= españoles	Asistencia sanitaria pública de urgencia y continuación hasta el alta médica + Enfermedades infectocontagiosas			= españoles	= españoles	= irregulares (empadron)	= españoles ^z
ESPAÑA (Ley 4/2000 reformada por Ley 8/2000)										
FRANCIA (Ley Chevément de 1998, Ley de la CMU de julio de 1999 y Guide de la CMU)	Ingresos suficientes = franceses Afilación al Régime General de Assurance Maladie ^u	Ingresos insuficientes ^m = franceses Afilación al sistema de SS a través de la CMU y CMU complementaria ^l	Residencia regular > 3 meses Residencia regular < 3 meses	Más de 3 años	De 3 meses a 3 años	Irregulares	Cobertura total sin necesidad estabilidad residencia (5 meses)	????	Como irregulares (según tiempo de residencia)	= franceses
REINO UNIDO (1949) NHS Act, NHS Regulations 1982 y Convenios ^{vi}	Residencia Regular = residentes	Residencia Irregular > un año	«Overseas Visitors»: Residencia inferior a un año sin ningún tipo de permiso	Necesitan seguro privado de viaje y tendrán acceso al NHS en las mismas condiciones que los pacientes privados del sistema sanitario público ^o			= residentes	= residentes	= overseas visitors	= residentes

* La regulación de los tres países comparte algunos elementos. Por una parte, las urgencias médicas son siempre asumidas por el sistema de salud pública, con independencia del estatus legal de la persona enferma. Por otra, tanto los menores de edad, como las mujeres embarazadas, con independencia de su estatus legal, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los nacionales (o residentes en el caso británico), por virtud de las disposiciones de la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, en la que son parte los tres Estados objeto de este artículo. En el caso español, la Ley 41/2000, reformada por la LO 8/2000, recoge expresamente dichos derechos, acotando la duración del mismo para las embarazadas al período de embarazo, parto y postparto. El régimen para los extranjeros provisto de visado de turista en España (válido por tres meses, salvo prórroga) y de los visitantes ocasionales en Francia.

^l El regimiento para los extranjeros provisto de visado de turista en España (válido por tres meses, salvo prórroga) y de los visitantes ocasionales en Francia.

^m Proporciónado por Cruz Roja en virtud del Convenio firmado desde 1974 con el Ministerio de Asuntos Sociales.

ⁿ Este nivel de recursos económicos por debajo del cual se tiene derecho a la CMU Complementaire es fijado a nivel nacional.

^o Los afiliados al Régimen General, deben adelantar el importe de los servicios sanitarios recibidos, que le será reembolsado a posteriori, salvo lo correspondiente al «ticket moderador», no cubierto por el sistema de SS.

^p Acceso a todas las prestaciones sin necesidad de adelantar el importe y eventos del pago del ticket moderador y del forájar journalier hospitalario.

^q En caso de existir algún Convenio bilateral en vigor con el país de origen del extranjero, su atención sanitaria se regirá por lo dispuesto en éste.

^r Excepciones: tratamientos psiquiátricos o de enfermedades infecto-contagiosas de reclusos.

3 POLÍTICAS ESPECÍFICAS DE ATENCIÓN SANITARIA A GRUPOS ÉTNICAMENTE DIFERENCIADOS

Más allá de los efectos que los límites legales al acceso a la sanidad analizados en el epígrafe anterior pueden tener sobre las desigualdades en materia sanitaria, las minorías étnicamente diferenciadas presentan una serie de particularidades que pueden actuar como barreras en el acceso efectivo a unos servicios sanitarios pensados para la población mayoritaria. Señalaremos esquemáticamente algunas de ellas:

- **Peculiaridades lingüísticas y culturales:** Incluso aunque se conozca el idioma del país de acogida (lo cual no es ni mucho menos el caso de buen número de personas pertenecientes a estos grupos, especialmente inmigrantes llegados recientemente, ancianos, mujeres básicamente recluidas en el ámbito doméstico o comunitario), el sistema de salud representa una subcultura particular con su propia estructura organizativa, lógica, y dinámicas de funcionamiento que pueden constituirse en barreras de acceso para estos colectivos. Aun superando los obstáculos iniciales de acceso al sistema sanitario, los malentendidos y las malinterpretaciones en general (respecto a prácticas y expectativas relativos a los roles de paciente y profesional sanitario, diferentes percepciones de los conceptos de salud y enfermedad, de la diagnosis o el tratamiento, etc.), pueden dificultar la atención adecuada por parte del personal sanitario. De hecho, el desconocimiento cultural mutuo propicia el triunfo de los prejuicios, acompañados con frecuencia de discriminación más o menos directa.
- **Peculiaridades biológicas, genéticas o sintomatológicas:** Por su origen geográfico, trayectoria migratoria,

ámbito de actividad, historia de vida, etc., estas minorías pueden presentar cuadros médicos de muy diferente naturaleza a los habituales entre la población autóctona y para los que los servicios de salud del país de acogida suelen no estar preparados.

No tener en cuenta estas particularidades a la hora de diseñar e implementar políticas de salud provoca un desajuste entre la oferta de prestaciones sanitarias y la demanda de dichos servicios por parte de estos colectivos, lo cual redundará en última instancia en una perpetuación de las desigualdades en los niveles de salud. Por ello la conveniencia, o más bien la necesidad, de políticas específicas resulta evidente. Sin embargo, no todos los países afrontan dicho reto desde las mismas premisas de partida. La «filosofía de integración» (FAVELL, 1998: 2) imperante en cada país, es decir, la posición que se adopta en el debate universalismo-particularismo, condiciona en gran medida las posibilidades realmente disponibles a la hora de adoptar políticas concretas que se ajusten a las especificidades de las minorías étnicamente diferenciadas en cualquier campo, incluyendo el sanitario. Sociedades como la británica, que abordan la diversidad interna de sus poblaciones desde la idea de multiculturalidad, y reconocen la existencia de diferencias que merecen ser tenidas en cuenta, ofrecen menor resistencia a la planificación y puesta en práctica de programas que permiten facilitar el uso de los servicios sanitarios generales por parte de las minorías étnicas residentes en su territorio. Así, las autoridades sanitarias regionales y locales británicas han desarrollado durante los últimos años un gran número de iniciativas (con frecuencia en colaboración con ONG y asociaciones de los propios colectivos étnicos minoritarios) encaminadas a responder a demandas diferenciadas. Entre ellas merece destacarse la con-

tratación de intérpretes de las principales lenguas minoritarias, así como de mediadores culturales, por parte del NHS; el establecimiento de mecanismos de supervisión de posibles prácticas discriminatorias en el sistema sanitario público; el desarrollo de campañas de prevención específicas dirigidas a los principales grupos minoritarios; el énfasis puesto en la presencia de personal sanitario procedente de las distintas minorías étnicas en todos los niveles del NHS (no únicamente entre el personal menos cualificado); o los esfuerzos encaminados a incorporar representantes de las minorías étnicas a los mecanismos consultivos habilitados en el sistema sanitario público británico para la participación de los ciudadanos.

En cambio, sociedades como la francesa, que afrontan su diversidad interna desde una filosofía republicana que rechaza la mediación de grupos intermedios entre el ciudadano y el Estado, ofrecen resistencias a menudo insalvables a la puesta en marcha de tales esquemas, y tratan de incorporar a sus minorías en los programas de carácter general («*mainstreaming*»), sin ningún tipo de matiz o adaptación particularista. En la práctica, dichas resistencias llegan a imposibilitar incluso un adecuado conocimiento de las especificidades de estos grupos en términos sanitarios, al impedir la generación de datos relativos a dichos colectivos de modo diferenciado.

En España esta cuestión, así como muchas otras relacionadas con la incorporación de los colectivos inmigrantes asentados en los últimos años, está aún por dilucidar, pero sin duda la experiencia de otros países debería ser tomada en consideración a la hora de definir una política sanitaria que ya no tiene por destinataria una población étnicamente homogénea. Por el momento algunas iniciativas, como el establecimiento de centros sanitarios especializados en la atención a las necesidades

específicas de los grupos étnicamente minoritarios (*Unitat de Medicina de la Immigració* –antiguamente conocida como *Unitat de Minories Ètniques*– del hospital *Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró*, la *Unitat de Malalties Tropicals i Importades del Centre d'Atenció Primària de Drassanes* en Barcelona, o el departamento de Medicina Tropical del hospital Ramón y Cajal de Madrid); la reconversión de las ONG sanitarias a la prevención especializada en estos colectivos tras la universalización de la cobertura y la pérdida de su función como proveedores de asistencia primaria, o el esquema de formación de mediadores interculturales en salud puesto en marcha por la Comunidad Autónoma de Madrid, apuntan hacia unas prácticas relativamente flexibles en cuanto a la aplicación de esquemas específicos para los colectivos étnicamente diferenciados.

4 BIBLIOGRAFÍA

- COHEN, A. (1996): «Un congreso demográfico y otros trabajos recientes sobre la inmigración en Francia», *Boletín de la AGE*, n.º 23, 1996, págs. 61-73.
- CASTLES, S., y MILLER, J. (1993): *The age of migration: international population movements in the modern world*, Hampshire, McMillan.
- INSEE (1999): *Tableaux Thématiques*. Exploitation Complémentaire. Population immigrée. Population étrangère.
- JUSS, Satvinder S. (1993): *Immigration, nationality and citizenship*, London, Mansell.
- LAPEYRONNIE, D. (1993): *L'individu et les minorities*, PUF, París.
- MINISTERIO DEL INTERIOR, DELEGACIÓN DE GOBIERNO PARA LA EXTRANJERÍA Y LA INMIGRACIÓN (2001): *Anuario de Extranjería 2000*.

NAZROO, J. (1997): *The health of Britain's Ethnic Minorities*, London, Policy Studies Institute.

SCOTT, A.; PEARCE, D., y GOLDBLATT, P. (2001): The sizes and characteristics of the minority ethnic populations of Great Britain - latest estimates. *Population Trends* 105: 6-15 en <http://www.statistics.gov.uk/products/p6303.asp>

SOYSAL, Y. (1994): *Limits of Citizenship*, The University of Chicago Press.

SMAJE, C. (1995): *Health, Race and Ethnicity: Making Sense of the Evidence*, London, King's Fund Institute.

TOWNSEND, P. (1992): *The Black Report. Inequalities in Health*, London, Penguin.

– «Los refugiados en cifras, 2001», *ACNUR*, en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0104.pdf>

Personas sin hogar y salud

Mercedes Portero Cobeña

María Jesús Utrilla Moya

Sumario

1. Descripción de las personas sin hogar—2. Calidad de vida asociada a la salud de las personas sin hogar—3. Atención sanitaria en el Centro Municipal de Acogida San Isidro.—4. Conclusiones.

RESUMEN

En este artículo pretendemos reseñar qué se entiende en nuestro ámbito cultural europeo por PSH. Y, en ese marco, qué ocurre con su calidad de vida relacionada con su salud.

Citaremos algunas de las obras más conocidas y documentadas en la materia y procuraremos aportar nuestras experiencias y datos procedentes del Centro de Acogida San Isidro.

ABSTRACT

In this article we shall try to review what is understood in our cultural European environment by PSH. And in that frame what happens with their quality of life in relation to health.

We shall mention some of better known and documented works about this matter and shall intend to relate our experiences and facts proceeding from the Centro de Acogida San Isidro.

1 DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

La definición de la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (Federación europea de entidades que trabajan con personas sin hogar, FEANTSA) describe a las personas sin hogar (PSH) como «aquellas que no pueden acceder o conservar un alojamiento digno, permanente, adecuado a la situación personal y que proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por razones económicas u otras barreras sociales, o bien porque presentan dificultades personales para llevar a cabo una vida autónoma».

En el estudio realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense (1) se señalan las siguientes funciones de una casa y las consecuencias de su carencia:

FUNCIÓN	CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA
Protección de los elementos naturales	Deshidratación, hipotermia, etc.
Protección del delito	Aumento del riesgo de delitos.
Lugar para descansar, recuperarse, mantener la higiene personal, lavar la ropa, arreglarse, etc.	Estrés, fatiga, irritabilidad, trastorno del sueño, desorientación, reacciones lentas, falta de higiene, aspecto de PSH, enfermedades vasculares periféricas y dermatológicas, etc.
Un lugar para guardar las pertenencias	Llevar encima las pertenencias.
Un lugar propio de espacio personal, estar con los amigos, que refleja la personalidad, el gusto, la creatividad, etc.	Anonimato, imposibilidad de vida social, intrusión de extraños, desmoralización, mayor exposición al consumo de alcohol y otras drogas, etc.

(Sigue)

(1) MUÑOZ LÓPEZ, M.; VÁZQUEZ VALVERDE, C., y CRUZADO RODRÍGUEZ, J.A.: *Personas sin hogar en Madrid*. Informe psicosocial y epidemiológico. Universidad Complutense de Madrid. Ed. Comunidad de Madrid, *Serie Informes Técnicos* n.º 7. Madrid, 1995. Resumen de las páginas 32 y 33.

(Continuación)

FUNCIÓN	CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA
Una dirección, un lugar donde contactar por teléfono o por correo con los amigos, el trabajo, etc.	Dificultad para la búsqueda de empleo, mantener amistades, recibir correspondencia personal e institucional, etc.
Símbolo de pertenencia a la comunidad	Disminución de la capacidad para participar en la vida comunitaria.
Un lugar que confiere estatus social	Bajo estatus social, baja autoestima.
Valor económico de la casa	Bajo estatus económico, capacidad económica disminuida para mejorar el estatus económico.

Carecer de vivienda no es accidental, han tenido que darse un cúmulo de circunstancias que se resumen en pérdidas sucesivas y, consecuentemente, en un proceso de deterioro personal. Así, si tenemos en cuenta la variable alojamiento, una PSH puede encontrarse en cualquier punto de un *continuum* que va desde el desarrollo de su cotidianeidad en la calle como hábitat habitual, lo que indica que sus capacidades están muy mermaidas para la convivencia y la gestión de su propia vida, hasta el alojamiento en una pensión o piso semitutelado, en cuyo caso cuenta con recursos personales casi suficientes para una vida autónoma.

El colectivo no es un todo homogéneo. Hay, como mínimo, una diferencia de grado en la evolución/desarrollo personal, al que, en la mayoría de los casos, se asocian adicciones a sustancias tóxicas o al juego, enfermedades físicas y mentales, prostitución, trastornos de la identidad, maltrato, etc. Esto es sólo la parte más visible. Independientemente de si estos emergentes son causa o efecto y de la necesidad del tratamiento específico que exige cada circunstancia citada, existe un denominador común, una suma de carencias que inhabilita circunstancialmente a la persona para ser autónoma.

De todos los aspectos que conforman el universo de las PSH señalamos algunas características que influyen y repercuten sobre el cuidado de su salud:

- a) *Incapacidad/imposibilidad para establecer relaciones personales debido a un desarrollo afectivo muy precario.*
Algunas consecuencias: Soledad, relaciones personales patológicas y/o conflictivas.
- b) *Falta de habilidades sociales.*
Algunas consecuencias: hace difícil la interacción con las personas y con las instituciones.
- c) *Dificultad/imposibilidad para cuidar de su propia higiene por falta de hábitos y/o por carencia de medios materiales.*
Algunas consecuencias: Aspecto externo desagradable para otras personas que provoca rechazo, propicia la aparición de enfermedades de la piel, etc.
- d) *Analfabetismo y carencia de información general común en nuestra sociedad.*
Algunas consecuencias: Dificultad para la comprensión de cualquier mensaje verbal o escrito y desconocimiento de las mínimas reglas de procedimiento de las instituciones: cartilla de la SS, asignación de médico, horas de consulta, etc.

Como consecuencia de todo lo anterior se produce:

- Una barrera casi infranqueable para acceder a los servicios sanitarios.
- Si se logra acceder, una gran dificultad para comprender un diagnóstico, tratamiento o consejo del profesional de la salud, si no desciende a un nivel ínfimo de explicación para la comprensión por parte del paciente.

2 CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD DE LAS PERSONAS SIN HOGAR

Es necesario profundizar algo más para comprender en qué situación se encuentran y, con ello, cuál es su calidad de vida en relación con la salud. La falta de alojamiento digno, estable y adecuado comporta otras carencias no sólo derivadas de esta ausencia sino de las circunstancias que les han llevado a este punto. Sin entrar en las causas, observamos déficits en las áreas de desarrollo que conforman la persona adulta.

Antes de iniciar el recorrido de los datos podemos afirmar, por tanto, que los factores específicos de las condiciones de vida de las PSH afectan negativamente a la calidad de vida de la salud, resumiéndolo en tres apartados (2):

- a) Las condiciones de vida de las PSH producen un efecto perjudicial para la salud física debido a:
 - dieta deficiente;
 - incorrecta acomodación para dormir o descansar;
 - higiene deficiente;
 - exposición a inclemencias meteorológicas;
 - debilitamiento general;
 - exposición a focos de infección.

Estos factores pueden exacerbarse por el estrés, carencia de apoyos sociales, enfermedades mentales y abuso de alcohol o drogas. En las PSH, por tanto, aumenta la exposición a factores de riesgo para contraer enfermedades.

(2) *Ídem*, págs. 99-100.

- b) La situación de calle obstaculiza la administración de cuidados sanitarios adecuados:
- falta de vivienda;
 - difícil seguimiento de prescripciones o cuidados médicos;
 - ausencia de familia u otros apoyos sociales.
- c) Las enfermedades físicas pueden ser la causa de la situación de las PSH ya que pueden incapacitar para trabajar u obtener recursos, así como para impedir la reinserción sociolaboral.

Por otra parte, en una revisión de la literatura sobre *la calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS), observamos cómo la expresión ha ido incorporando elementos hasta llegar a una valoración cada vez más «multidimensional, que debe incluir como mínimo los aspectos relacionados con: 1) el funcionamiento físico, incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas (p. ej., subir escaleras) y el desempeño de roles (p. ej., trabajo, estudios); 2) los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la misma (p. ej., diarrea, dolor); 3) los aspectos psicológicos, que abarquen desde la alteración emocional hasta el funcionamiento cognitivo, y 4) los aspectos sociales, que corresponden a la evaluación de las actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares u otros» (3). Si el estudio de estos aspectos es importante para todas las personas, lo es mucho más para las PSH que, más allá

(3) GURRA, L., y BADIA, X.: *Revisión de instrumentos de medición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con infección por el VIH. En calidad de vida asociada a la salud e infección por el VIH.* Jarpyo Editores. Madrid, 2000, pág. 20.

de la enfermedad, carecen de los elementos básicos que permiten mejorar la calidad de vida.

Datos de los estudios de investigación

Partiendo de la constatación de la escasez de estudios de investigación referidos a nuestro país sobre la salud física y mental de las personas sin hogar, en este apartado necesitamos hacer referencia al Informe Psicosocial y Epidemiológico de PSH en Madrid (4) realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (MUÑOZ, VÁZQUEZ CRUZADO, 1995) y al estudio *Huéspedes del aire. Sociología de las Personas sin Hogar en Madrid* (CABRERA, 1996) (5), porque aportan datos importantes que nos permiten conocer los problemas de salud que presentan las PSH.

Los resultados de la primera investigación citada están obtenidos en función de las variables de género (varón-mujer), lugar de residencia habitual (calle-no calle) y cronicidad de la situación (menos de un año, entre un año y 10 años y más de 10 años). En el capítulo de *salud física* se resumen los datos de los problemas de salud relacionados con las enfermedades transmisibles, los relacionados con trastornos de salud por sistemas o tipos, el índice de medicación y la comorbilidad de trastornos, que arrojan las siguientes conclusiones:

La comparación entre géneros resulta muy relevante ya que identifica a las mujeres como grupo especialmente vulnerable a la enfermedad. Éstas presentan más enfermedades de transmisión sexual, circulatorias, de huesos y músculos y

(4) MUÑOZ *et alii*. *Op. cit.*

(5) CABRERA CABRERA, P.J.: *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Universidad Pontificia de Comillas. *Col. Política, Trabajo y Servicios Sociales*, n.º 7. Madrid, 1996.

de la piel que los varones. Igualmente el grupo de mujeres sufre en mayor medida la acumulación de cinco o más trastornos.

Al comparar las personas que viven habitualmente en la calle con las que utilizan otros recursos para su alojamiento (no calle) se observa cómo la población que más utiliza los recursos de residencia disponibles para PSH es la menos favorecida en los aspectos relacionados con la salud física. Sobre la base de estos datos, parece razonable que dichas personas se mediquen en menor porcentaje, aunque la posible falta de contacto con los recursos asistenciales potencie esa diferencia.

En cuanto a la cronicidad de su situación de PSH, el estudio concluye que a mayor cronicidad mayor aparición de trastornos y mayor comorbilidad. Al estudiar el grupo de personas que lleva menos de un año en la calle, los resultados son especialmente importantes en lo relacionado con las enfermedades transmisibles: el SIDA y los trastornos hepáticos aparecen en porcentajes alarmantes, mientras que los demás disminuyen a cero.

El estudio de Cabrera obtiene los datos de salud a través de diversos indicadores como la causa que les impidió trabajar en algún momento de su vida, los ingresos hospitalarios y el uso de servicios médicos de especialistas que se detallan en las siguientes tablas:

Porcentaje de PSH que han sufrido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones incapacitantes (N=73)

SIDA	6	Minusvalía física	3
Accidente/Fractura	5	Hepatitis	2
Cardiovascular	3	Respiratoria (Neum./Tuberc)	2

Porcentaje de PSH que han estado ingresadas en un hospital durante más de dos días en los últimos cinco años, según número de ingresos

No han estado ingresadas	51
Un ingreso	26
Dos	8
Tres	6
Cuatro o más ingresos	9
TOTAL	100
(N)	(159)

¿Ha utilizado o utiliza actualmente, los servicios de...?

	AHORA	ANTES	NUNCA	TOTAL (N)
Dentista	13	56	31	100 (155)
Podólogo	4	10	86	100 (150)
Óptico	13	40	48	100 (152)
Dermatólogo	3	22	75	100 (151)

Especial mención merecen los resultados de la Evaluación de Atención del Programa de Tuberculosis del Ayuntamiento de Madrid, que en el año 2000 centra sus líneas de actuación en la población marginal sin hogar, tanto en albergues públicos como privados: se abrieron 1.034 historias clínicas, de las cuales el 31,43% correspondían a usuarios de albergues, centros de acogida y centros municipales de salud. Del total de pacientes con los que no se pudo continuar el seguimiento, sólo el 5,38 % correspondían a personas alojadas en centros, mientras el 14,24% correspondían a otros centros que no disponían de alojamiento. En el 48,44% de los casos se ha podido administrar quimioprofilaxis gracias al soporte de alojamiento y profesional de los albergues.

Los resultados del estudio de MUÑOZ, VÁZQUEZ y CRUZADO, en el capítulo dedicado al abuso de alcohol y drogas, son fundamentales, ya que durante décadas las PSH han sido considera-

das, desde un punto de vista social, como personas alcohólicas que se han visto abocadas a esta situación precisamente por el abuso en el consumo del alcohol. En épocas más recientes, estudios epidemiológicos de rigor referidos a otros países demuestran que el abuso del alcohol y/o drogas son un componente importante, sea causal o no, en la caracterización de las PSH.

A continuación se ofrecen datos de prevalencia puntual, es decir, el porcentaje de personas que en el momento de realización del estudio presentaban abuso de alcohol y/u otras sustancias:

Prevalencia puntual de abuso de alcohol y drogas

	TOTAL	VARONES	MUJERES
ALCOHOL			
SÍ	26	30	12
NO	68	65	77
Indeterminado	6	5	11
DROGAS			
SÍ	12	11	16
NO	81	84	70
Indeterminado	7	7	14

Porcentaje de personas sin hogar que presentan en la actualidad («prevalencia puntual») abuso de alcohol o de otras sustancias según la entrevista CIDI y criterios CIE-10 (1992).

Prevalencia puntual de abuso de alcohol y drogas según su residencia habitual

	CALLE (N=54)	NO CALLE (N=193)
ALCOHOL		
SÍ	35	24
NO	56	70
Indeterminado	9	5
DROGAS		
SÍ	17	11
NO	72	82
Indeterminado	11	7

Porcentaje de personas sin hogar que presentan en la actualidad («prevalencia puntual») abuso de alcohol u otras sustancias según la entrevista CIDI y criterios CIE-10 (1992).

Prevalencia puntual de abuso de alcohol y drogas en función de la cronicidad

	<1 AÑO (N=48)	1-10 AÑOS (N=134)	>10 AÑOS (N=59)
ALCOHOL			
SÍ	23	28	29
NO	75	66	66
Indeterminado	2	6	5
DROGAS			
SÍ	21	11	9
NO	77	81	85
Indeterminado	2	8	6

Porcentaje de personas sin hogar que presentan en la actualidad («prevalencia puntual») abuso de alcohol o de otras sustancias según la entrevista CIDI y criterios CIE-10 (1992).

El estudio de CABRERA estima entre el 22 y el 34% de PSH que han tenido o tienen problemas con el alcohol, distribuidas según la siguiente tabla:

Porcentaje de PSH con problemas de alcoholismo según diferentes categorías

	TASA DE ALCOHOLISMO INSTITUCIONAL			
	FAMILIA	TRABAJO	AMIGOS	Problemas a causa del alcohol con...
Sexo				
Varón	25	36	24	14
Mujer	10	21	5	16
Edad				
Menos de 40	15	63	81	86
40 y más	31	69	76	86
Se autodescribe como sin hogar				
Sí	25	41	24	15
No	20	16	13	13
Vive				
En la calle	22	40	30	24
En un albergue	25	34	24	14
En una casa	18	30	10	10
Tiempo total vivido sin hogar				
Un año o menos	14	62	81	91
Más de un año	33	57	71	82

En los datos referidos a drogas se estima que el 24% son personas politoxicómanas y/o adictos a las llamadas drogas duras.

Porcentaje de PSH que declaran haber tenido problemas serios de adicción a drogas, según diferentes circunstancias y características (% de adictos para cada categoría).

Sexo		Se autodescribe como sin hogar	
Varón	20	Sí	28
Mujer	52	No	13
Edad		Tiempo total vivido sin hogar	
Menos de 40	41	Un año o menos	34
40 y más	9	Más de un año	21
Vive		Percepción del estado de salud	
En la calle	32	Excelente/Buena	16
En un albergue	27	Regular	30
En una casa	9	Mala/Muy mala	64

Por último, vamos a hacer referencia a datos referidos a *trastornos mentales* (CIE 10, 1992) resumidos en trastornos de estado de ánimo (depresión mayor de episodio único, depresión mayor de episodio recurrente), esquizofrenia (sin indicar sus tipos) y trastornos mentales orgánicos.

No por obvio deja de ser importante afirmar que no todas las PSH tienen trastornos mentales. Un 55% no manifiesta ningún tipo de trastorno mental diagnosticable según criterios de la O.M.S. (CIE 10, 1992).

Partiendo de este hallazgo básico, se pueden resumir los datos indicando las prevalencias:

- Trastornos orgánicos cerebrales: 6%.
- Esquizofrenias: 6%.

- Depresiones mayores (recurrentes o no): 12%.
- Distimia: 6%.

Uno de los aspectos más llamativos de los resultados es confirmar que las mujeres padecen un peor estado de salud mental que los hombres; las tasas de prevalencia de las mujeres tienden a ser el doble de las halladas en los hombres. Posiblemente las causas de la situación de PSH son diferentes para hombres que para mujeres y éstas sólo lleguen a esa situación en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Cuando se analizan los resultados en función de la residencia habitual (Calle/No calle), los resultados son muy llamativos. Apenas existen diferencias en TOC, con la excepción de la subcategoría más grave, en cuyo caso, las personas de la calle presentan unas tasas mayores (11%) que las que no habitan en la calle (5%). Respecto a la Esquizofrenia, y en contra de lo quizá cabría esperarse, apenas hay diferencias, las personas que residen en instituciones presentan tasas ligeramente mayores (6%) de las que residen en la calle (4%). Esto es interesante porque parece indicar que, a pesar de lo llamativo que pueden ser los casos de PSH en la calle con trastornos psicóticos como la esquizofrenia, estos casos son relativamente escasos y, por otro lado, algo menos frecuentes que los que se observan en instituciones. La calle es un lugar que requiere ciertas habilidades mínimas de subsistencia y esto puede explicar que no esté poblada por personas extraordinariamente frágiles psíquicamente.

Si consideramos como trastornos incapacitantes los casos de esquizofrenia y los TOC graves, podemos apreciar que son padecidos por el 15% de las personas sin hogar que residen habitualmente en la calle y por el 11% de las que no residen habitualmente en ella.

En cuanto a los trastornos depresivos merece la pena señalar que las personas que habitan en la calle presentan unas tasas de la mitad (12%) de las que habitan en instituciones (23%). Estas tasas son realmente elevadas y sugieren la existencia de serios problemas anímicos en un sector importante de estas muestras.

El Grupo SMES (Salud Mental /Exclusión Social) de Madrid, es un grupo de profesionales especialistas en este tema que han reflexionado sobre la problemática de enfermos mentales sin hogar. En la Propuesta de Actuación Coordinada en la Atención a PSH con Trastornos Mentales, ofrecen los siguientes datos (6):

- Enfermos mentales detectados que viven en la calle sin tratamiento de salud mental: 100 casos. De ellos, entre 25 y 30 casos están en una situación de gran deterioro, con síntomas psicóticos activos, que requerirían una intervención coordinada urgente.
- Enfermos mentales que residen en centros de acogida, pensiones, etc., y que utilizan distintos recursos de la red de atención a personas sin hogar: unos 125 casos. Más de la mitad de éstos ya tienen algún tipo de tratamiento de salud mental.
- Enfermos mentales con dificultades de alojamiento, en condiciones psico-sociales precarias, en proceso de exclusión social. Este grupo, mucho más amplio, constituye aproximadamente el 15% de las personas con trastornos psicóticos, estando algunos de ellos en contacto irregular con los servicios de salud mental. Utilizan algunos de los recursos de la red de atención a PSH (comedores, talleres de inserción, IMI, centros de encuentro...).

(6) Publicada en el *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Primavera 2001. Págs. 7 y 8.

Pedro CABRERA incluye en la misma rúbrica las enfermedades mentales y las neurológicas, que suponen un 15%, porque la información está recogida de las afirmaciones de las entrevistas. Asimismo las hospitalizaciones psiquiátricas alcanzan el 15%.

3 ATENCIÓN SANITARIA EN EL CENTRO MUNICIPAL DE ACOGIDA SAN ISIDRO

El Centro de Acogida San Isidro (C.A.S.I.) es un servicio social especializado en la atención a las personas sin hogar de la Red Pública de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, que se define como un dispositivo puente entre la calle y la inserción social.

El objetivo general es configurarse como un espacio convivencial que permita estabilizar a las PERSONAS «SIN HOGAR» favoreciendo el desarrollo de vínculos personales y sociales y posibilitando el desarrollo de procesos individualizados de inserción social. Para lograr este objetivo ofrece un conjunto de servicios básicos: alojamiento, manutención, aseo y atención socio-sanitaria; además de programas de rehabilitación social dirigidos a colectivos específicos, como drogodependientes, alcohólicos y enfermos mentales.

La atención sanitaria, por tanto, garantiza la cobertura de prestaciones básicas y rehabilitadoras, que se articulan transversalmente con el resto de servicios del centro de una forma coordinada, ofreciendo la detección de problemas de salud y prestando el apoyo necesario para su seguimiento.

El objetivo general referido al área que nos ocupa es mejorar la situación sanitaria de las personas que acceden al Centro,

para aumentar su calidad de vida relacionada con la salud. Se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Posibilitar la detección y diagnóstico de enfermedades.
2. Facilitar el acceso a los servicios sanitarios comunitarios.
3. Garantizar los cuidados sanitarios adecuados para llevar a cabo tratamientos médicos.
4. Facilitar el mantenimiento del tratamiento y su seguimiento posterior.
5. Educar para la salud.

El personal especializado para la prestación de este servicio esta compuesto por un médico y cuatro enfermeras.

Las actividades que realiza el equipo sanitario son las siguientes:

1. Detección y diagnóstico de patologías. Primera atención y posterior derivación a los centros de salud de zona y hospitalarios de referencia.
2. Atención de urgencia durante las 24 horas, en coordinación con el servicio municipal de urgencias S.A.M.U.R.
3. Administración de tratamientos pautados: medicación y curas.
4. Seguimiento de los tratamientos médicos en coordinación con los servicios de salud de referencia: petición y control de citas para consultas y realización de pruebas diagnósticas.
5. Educación sanitaria, en relación a la prevención primaria en salud.

6. Indicación de dietas y su control posterior.
7. Atención específica a las 16 camas de enfermería ubicadas en el Centro destinadas a la recuperación de personas convalecientes o a aquellas que temporalmente necesiten mayor apoyo y supervisión por procesos gripales, traumatismos, etc.
8. Seguimiento hospitalario, mediante visitas a los enfermos.
9. Apoyo al servicio de podología.
10. Atención a los programas de rehabilitación de drogodependientes, alcohólicos y enfermos mentales, mediante la coordinación estable con los dispositivos especializados: Centros Municipales de Atención a Drogodependientes (C.A.D.), Centro Municipal de Prevención de Alcoholismo y Tabaquismo (C.P.A y T) y Centros de Salud Mental de la C.A.M., para el seguimiento de los tratamientos.
11. Atención específica en la detención de la T.B.C. como centro de apoyo para el Programa Municipal de la T.B.C., mediante la realización de la primera prueba diagnóstica (Mantoux) y seguimiento de las realizadas en el Centro Municipal de Especialidades Médicas.

Todas estas actividades se realizan según el modelo general de atención del C.A.S.I., basado en la flexibilidad, globalidad, adaptabilidad y permeabilidad, teniendo en cuenta que el acompañamiento es el eje fundamental en el proceso de atención e inserción social.

Por último, nos parece indicado aportar los datos cuantitativos de la evaluación del año 2001, recogidos en la memoria del C.A.S.I.

Actividades:

● Medicaciones administradas	76.190
● Curas realizadas.....	3.181
● Inyectables administrados.....	4.757
● Atenciones podológicas	219
● Atenciones de urgencia.....	990
● Peticiones de consultas externas.....	1.902

Personas atendidas en Programas de Rehabilitación:

P. Drogodependencias	231
P. Alcoholismo	210
P. Enfermedad Mental	248
Patología Dual	34

4 CONCLUSIONES

- Podemos resumir lo anteriormente expuesto concluyendo que las PSH tienen una deficiente calidad de vida relacionada con su salud, debido precisamente a la carencia de un domicilio estable, que a su vez comporta padecer las inclemencias del tiempo, malnutrición, falta de descanso adecuado, etc. Todo ello impide el desarrollo de una vida sana. Si a esta situación de base se añaden, además, la gran dificultad para acceder a los recursos sanitarios y las patologías más frecuentes ya mencionadas, es obvia la necesidad de establecer medidas con carácter de prevención secundaria que atajen la situación en la que

se encuentran, prevengan el avance de enfermedades y potencien la educación en salud.

- El alojamiento en centros de acogida y albergues se ha demostrado fundamental para la detección, seguimiento y prevención secundaria de enfermedades como la tuberculosis, constituyéndose en una herramienta de primer orden para evitar el contagio a la población general.
- El hecho de que la prevalencia de enfermedades en PSH sea superior en los albergues y centros de acogida que en la calle, significa que son un dispositivo eficaz para el diagnóstico y tratamiento, toda vez que a las personas que se encuentran en la calle les resulta poco menos que imposible obtener el diagnóstico de su enfermedad si no es puntualmente en los servicios de urgencia y, mucho más difícil, mantener el tratamiento adecuado.
- Las intervenciones de los profesionales son fundamentales en la gestión para el acceso al recurso, movilizándolo los medios de las instituciones como los acompañamientos y traslados, facilitando información a los profesionales de la Medicina, procurando la medicación, etc.
- Igualmente son fundamentales en el apoyo cotidiano al tratamiento para la comprensión del diagnóstico y tratamiento, importancia de las dietas y, en definitiva, en la educación y el cuidado de su salud.
- El establecimiento de programas específicos para las patologías añadidas en los centros de acogida y albergues, adaptados a las necesidades de las PSH son herramientas imprescindibles siempre que contemplen el principio de normalización, es decir, siempre que posibiliten el acceso a los recursos de igual manera que accede el resto de la población.

Asistencia integrada a los ancianos dependientes en España*

David Casado

*Departamento de Economía y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

Ana Rico

*Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios,
Madrid Hub, Madrid.*

Ramón Sabes

*Departamento de Economía y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES).
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona*

Sumario

1. Introducción—2. La asistencia a los ancianos dependientes: situación actual. 2.1. Vejez, dependencia y enfermedades crónicas. 2.2. Los cuidados de larga duración en España. 2.3. Servicios sanitarios y ancianos dependientes.—3. Innovaciones en la provisión integrada de asistencia. 3.1. La experiencia pionera: el programa *Vida als Anys*. 3.2. Otras experiencias innovadoras recientes.—4. ¿Hacia una asistencia integral a los ancianos dependientes?: obstáculos actuales y perspectivas de futuro.—5. Bibliografía.

* El presente trabajo está parcialmente basado en un artículo previo de los autores: «Reforming unintegrated long-term care for the elderly in Spain. The role of regional devolution and stronger primary health care». En: B. HARDY *et al.* (eds.). *Integrated care in Europe*. Amsterdam: Elsevier (*in press*).

RESUMEN

El actual proceso de envejecimiento demográfico, que sin duda constituye un logro social de primera magnitud, ha tenido sin embargo su contraparte negativa en el aumento del número de ancianos que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia. Tradicionalmente, las necesidades de este colectivo se han satisfecho mediante dos dispositivos asistenciales, el SNS y los servicios sociales, que han trabajado con escasa conexión entre sí. No obstante, en estos últimos años ha ido ganando fuerza en nuestro país la idea de que articulando ambos dispositivos podría mejorarse sustancialmente la atención recibida por estas personas. En este contexto, el presente trabajo reflexiona acerca del futuro de la provisión integrada de servicios para los ancianos vulnerables en España, así como sobre los obstáculos que habrán de superarse si se pretende avanzar en esa dirección.

ABSTRACT

The actual demographic process of increasing the number of old people, that certainly supposes a substantial social achievement, has, nevertheless, produced a negative counterpoint, because a great number of them spend their lives in a situation of dependence. Traditionally, the needs of this collective have been satisfied by two assistance devices: the SNS and the social services, that have worked with a small connection among them. However, during the last years, is taking more relevance the idea that articulating both devices could be improved the assistance given to this persons. In that context, the present article reflects on the future of an integrated provision of the services for vulnerable people in Spain, as well as the obstacles that must be overcome if it is intended to progress towards that direction.

1 INTRODUCCIÓN

Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes históricos. Las causas que hay detrás de este fenómeno son idénticas en todos los países: por un lado, un descenso muy acusado de la fecundidad, atribuible fundamentalmente al desarrollo económico, y, por otro lado, una reducción sostenida en las tasas de mortalidad, motivada por factores de distinto tipo (avances terapéuticos, mejoras nutricionales y de las condiciones de vida, etc.), que ha permitido que un mayor número de personas alcance edades cada vez más avanzadas. No obstante, a pesar del logro social que supone el aumento de la esperanza de vida de la población, el proceso de envejecimiento demográfico también ha tenido su contraparte negativa: un incremento en el número de ancianos que pasan los últimos años de sus vidas en situaciones de dependencia, padeciendo además en muchos casos enfermedades para las que no existen más que tratamientos paliativos (demencias, afecciones respiratorias, reumatismo, etc.).

Tradicionalmente, las necesidades asistenciales de estos ancianos dependientes se han satisfecho (además de a través de la importantísima ayuda que proporcionan las familias), mediante dos dispositivos públicos con desigual cobertura y que han trabajado con escasa conexión entre sí. Por un lado, los problemas de salud de estas personas, como los del resto de la población, han tratado de ser resueltos mediante los recursos asistenciales propios del sistema sanitario. Por otro

lado, los cuidados de larga duración (en adelante, CLD) que requieren las personas dependientes se han tratado de cubrir mediante distintos recursos desarrollados desde el ámbito de los servicios sociales (atención domiciliaria, Centros de día, Residencias...). No obstante, en estos últimos años, ha ido ganando fuerza la idea de que articulando ambos dispositivos, el sanitario y el social, se podrían satisfacer las necesidades de estos ancianos vulnerables de un modo más adecuado que mediante el actual esquema fragmentado.

En este contexto, el presente trabajo describe, en el primer apartado, las principales características de la asistencia sanitaria y social recibida por los ancianos dependientes en nuestro país. Tras ello, en el segundo apartado, se discute el alcance que han tenido algunas iniciativas recientes tendentes a desarrollar una asistencia más integrada para este grupo de población. Por último, en el tercer apartado, se reflexiona acerca del futuro de la provisión integrada de servicios en España, así como sobre los obstáculos que habrán de superarse para avanzar en esa dirección.

2 LA ASISTENCIA A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES: SITUACIÓN ACTUAL

2.1. Vejez, dependencia y enfermedades crónicas

En España, según las estimaciones más recientes de que disponemos (CASADO y LÓPEZ, 2001), existen actualmente 2.300.000 ancianos que precisan de la ayuda de otros individuos para poder realizar ciertas actividades cotidianas, lo que supone un 37% del total de españoles de más de 65 años. La inmensa mayoría de esos ancianos dependientes, un 94%, sigue vivien-

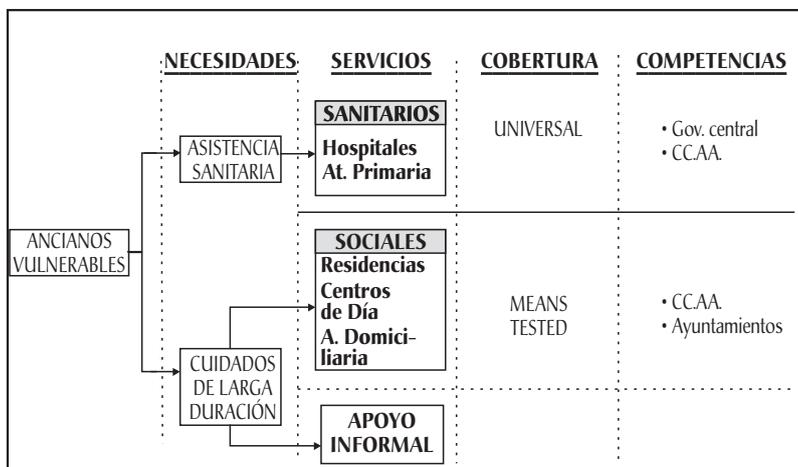
do en sus hogares, mientras el 6% restante ha sido ingresado en una Residencia pública o privada. Asimismo, en cuanto a las personas mayores dependientes no institucionalizadas (1), un 62% de las mismas sólo tiene problemas de dependencia leve: esto es, únicamente necesita de otros sujetos para poder realizar las denominadas «Actividades Instrumentales de la Vida Diaria» (AIVDs: cocinar, comprar...). Del 38% restante de ancianos no institucionalizados, que tiene problemas tanto en las AIVDs como en las «Actividades de la Vida Diaria» (AVDs: comer, bañarse, vestirse...), un 26% exhibe un nivel global de dependencia moderado y un 12% severo. En muchos casos, como decíamos anteriormente, los ancianos dependientes se caracterizan por padecer más enfermedades crónicas que el resto de personas mayores sin problemas de dependencia. Las siguientes cifras, extraídas de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (CASADO, 2001), ilustran a la perfección este extremo: mientras el número medio de condiciones crónicas entre los ancianos independientes es de 0,8, esta cifra asciende a 1,5 en el caso de aquellos sujetos mayores de 65 años con problemas de dependencia.

Así pues, según lo expuesto, podemos concluir que los ancianos vulnerables se caracterizan por el hecho de que en ellos suelen concurrir tanto problemas de incapacidad funcional (o dependencia), que les impiden realizar autónomamente un conjunto de actividades cotidianas, como problemas de salud derivados del padecimiento de enfermedades crónicas de distinto tipo. Las necesidades asistenciales de estas personas, por tanto, van a estar definidas sobre una doble dimensión

(1) Sobre los ancianos ingresados en Residencias, las fuentes de información disponibles en nuestro país no permiten conocer cuál es su grado de dependencia. No obstante, cabe esperar que éste sea superior al de las personas no institucionalizadas.

(Figura 1). Por un lado, los cuidados de larga duración (en adelante, CLD) constituyen el conjunto de actividades tendentes a que los ancianos vulnerables vean satisfechas las necesidades originadas por su incapacidad funcional. Por otro lado, puesto que estas personas suelen exhibir pobres estados de salud además de problemas de dependencia, cabe esperar por su parte una utilización frecuente de la asistencia sanitaria en sus diversas modalidades.

Figura 1. La atención a los ancianos vulnerables: situación actual en España

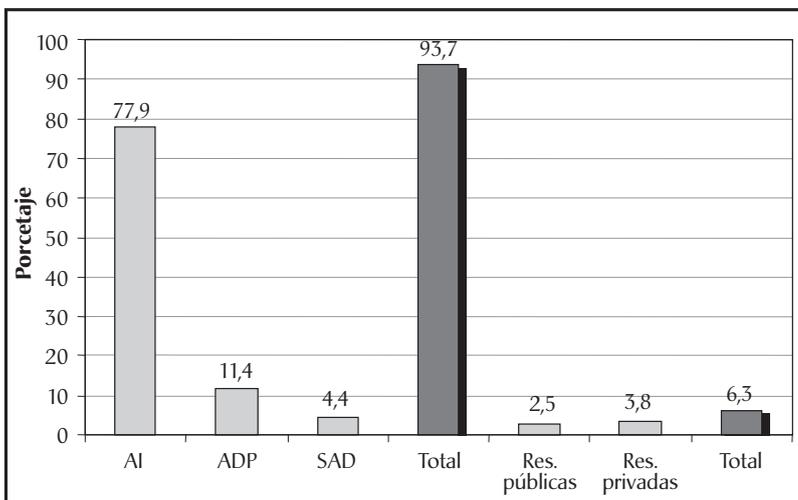


2.2. Los cuidados de larga duración en España

Hoy por hoy, como puede apreciarse en el gráfico siguiente, el grueso de los CLD que se proporcionan en nuestro país

tienen su origen en la familia. Así, de las 2.300.000 personas mayores dependientes que hay en nuestro país (incluyendo, por tanto, también a aquellas que viven en Residencias), casi un 78% de las mismas únicamente recibe ayuda de carácter informal. Asimismo, sólo una pequeña minoría –algo más de un 6%– vive en Residencias públicas y privadas. Finalmente, los servicios formales domiciliarios, ya sean éstos públicos o privados, apenas son utilizados por un 15% de la población dependiente (2).

Gráfico 1. Fuentes de ayuda utilizadas por los ancianos dependientes en España (1998)



FUENTE: CASADO y LÓPEZ (2001).

(2) A los recursos que aparecen en el gráfico anterior, habría que añadir los Centros de día. A este respecto, los únicos datos que se conocen proceden de un reciente estudio realizado por el IMSERSO (2001), en el que se ha cifrado en 7.103 las plazas de este servicio actualmente disponibles en nuestro país. En cualquier caso, esta exigua cantidad de plazas, respecto a las cuáles no es posible determinar cuántas son públicas y cuántas privadas, constituye un claro reflejo de que se trata de un recurso asistencial cuyo desarrollo no ha hecho más que empezar en España.

Así pues, en el caso de nuestro país, familia, mercado y Estado son, por este orden de importancia, los tres agentes que intervienen en la provisión de CLD. En términos económicos, agregando el gasto realizado por la Administración (150.000 millones) y por el sector privado (400.000 millones), el volumen total de recursos que España destina actualmente a proporcionar CLD formales (domiciliarios y residenciales) supera ligeramente el medio billón de pesetas, lo que viene a representar un 0.6% del PIB. Ese porcentaje es parecido al que se registra en los otros países mediterráneos, aunque se sitúa bastante por debajo de la tendencia observada en el resto de países de la Unión Europea (JACOBZONE, 1999).

No obstante, este pobre desarrollo de los cuidados formales que se observa en España con relación a otros países europeos, más que el reflejo de una inhibición por parte de los sectores público y privado en esta materia, quizá deba ser entendido como el resultado de la existencia de un «modelo familiar» que, hasta el momento, se ha revelado suficiente para atender gran parte de las necesidades de las personas mayores dependientes (SPING-ANDERSEN, 1999).

Así, en el caso de los servicios públicos, la escasa cobertura que éstos proporcionan constituye un resultado coherente con la idea de subsidiariedad que ha informado la actuación de la Administración en este campo: únicamente en el caso de aquellas personas que carecen de medios económicos y de apoyo familiar, o éste ha agotado su capacidad de respuesta, el sector público proporciona los cuidados que resulten necesarios. Este acceso restringido a los servicios públicos se produce tanto en el caso de la atención domiciliaria, de cuya gestión se encargan los Ayuntamientos, como en el caso de las Residencias, que constituyen una competencia exclusiva de los Gobiernos auto-

nómicos (Figura 1). En ambos casos, no obstante, los usuarios están obligados a realizar aportaciones económicas como contrapartida por la utilización de los recursos asistenciales públicos (3).

En lo que respecta al apoyo informal proporcionado por las familias, el Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado recientemente algunos cálculos sobre el impacto social y económico que representa (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999). Según estas estimaciones, en 1991 un tercio de los hogares españoles contaba con un residente mayor de 60 años entre sus miembros. El porcentaje de población mayor de 16 años que tenía a su cargo un familiar dependiente en la edición de 1995 del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) era cercano al 7% (un 3% de hombres y un 9% de mujeres), lo cual equivale a casi dos millones de personas. De acuerdo con esta misma fuente, tres cuartos de los cuidadores eran mujeres.

Según las últimas estimaciones de las series de estudios «Barómetros sanitarios», elaborados conjuntamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Centro de Investigaciones Sociológicas, la situación de los cuidadores informales es la siguiente: En 1998, el 12% de la población mayor de 18 años estaban al cargo de un familiar mayor dependiente; el 40% de los cuidadores informales llevaban más de cinco años realizando esta tarea y cada cuidador dedicaba una media de 8,8 horas diarias al cuidado de ese familiar mayor dependiente.

Prácticamente todos los cuidadores (95%) ayudaban a realizar tareas instrumentales de la vida diaria (como comprar o

(3) No se conoce con exactitud la cuantía de los copagos efectivos que soportan los usuarios de este tipo de servicios públicos. No obstante, según estimaciones recientes (CASADO Y LÓPEZ, 2001), las aportaciones realizadas por los beneficiarios de la atención domiciliaria y de las plazas residenciales supondrían, respectivamente, un 5 y un 30% del coste total de uno y otro tipo de recurso asistencial.

cocinar), el 65% también les ayudaba a llevar a cabo tareas básicas de la vida diaria (como higiene personal o comer) y el 60% también tenía que proporcionar asistencia sanitaria a la persona dependiente (curas, medicación). Un tercio de los cuidadores manifestaron haber sufrido problemas de salud derivados de su tarea como cuidadores; el 40% había sufrido un recorte en su vida social como consecuencia de su actividad de cuidadores; el 27% había experimentado dificultades a la hora de atender el resto de sus responsabilidades laborales y un 16% declaró que la tarea de cuidador/a había afectado la relación con su pareja (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999).

2.3. Servicios sanitarios y ancianos dependientes

Es de esperar que las personas mayores vulnerables hagan un mayor uso de los servicios sanitarios, pues como ya se ha indicado su estado de salud es manifiestamente peor que el del resto de la población. A este respecto, según un reciente trabajo realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (CASADO, 2001), la evidencia empírica parece concluyente: a pesar de representar sólo el 7% de la población española adulta, los ancianos vulnerables protagonizan un 17% del total de ingresos en hospitales y un 16,4% de las visitas al médico de cabecera.

A esta mayor frecuencia de uso hay que sumar una mayor intensidad de utilización de los recursos. Así, en 1998, un 65% del total de recetas financiadas públicamente fueron prescritas a pensionistas, siendo la cifra equivalente en términos de gasto farmacéutico del 75% (INSALUD, 1999). Esto significa que el nivel de consumo de las personas mayores es ocho veces superior al del resto de la población. Además, el tiempo de permanencia en el

hospital en el caso de las personas mayores es más prolongado que la media: en 1993, las cifras correspondientes eran de 18 días frente a 12. Sobre la base de esas cifras, la población mayor de 65 años absorbería más del 35% del total del gasto hospitalario (MSC, 2000). Así pues, a la vista de los distintos factores mencionados, es muy probable que la proporción de gasto sanitario público realizado por los ancianos dependientes ronde el 20%.

No obstante, a pesar de la mayor utilización de recursos realizada por este grupo de población, el sistema sanitario no ha adecuado las infraestructuras, los recursos humanos y los sistemas de dirección a esta coyuntura. Este hecho está relacionado con el precario desarrollo de la atención a los enfermos crónicos en España. Un detalle muy significativo a este respecto es que en el Catálogo de Prestaciones, aprobado en 1995, no se incluye la atención a los enfermos crónicos dentro de la lista de atribuciones de los médicos de atención primaria. Asimismo, la extensión de protocolos de prescripción para enfermos crónicos, que permitirían evitar muchas visitas innecesarias de carácter administrativo, aún no están lo suficientemente desarrollados. Tampoco se dispone de historiales electrónicos de los pacientes (ALONSO *et al.*, 2000), que resultan de gran utilidad en el control y seguimiento de aquellos enfermos que, como los ancianos vulnerables, acuden muy frecuentemente a la consulta (ALONSO *et al.*, 1996).

Los recientes análisis comparativos de la atención primaria en distintos países europeos revelan que los profesionales españoles de atención primaria han sido capaces de ampliar la cobertura de un importante conjunto de servicios preventivos (control de la hipertensión, de los niveles de colesterol...). Sin embargo, los resultados les dejaban por debajo de la media en cuanto a la atención a las personas mayores, los servicios

materno-infantiles y en el control de determinadas enfermedades crónicas, como el SIDA o la diabetes, o en algunas tareas de vigilancia y rehabilitación (BOERMA *et al.*, 1997).

Otros aspectos que confirman las dificultades que ha tenido nuestro país en el desarrollo de una atención primaria potentes son los siguientes. Los índices de visitas a domicilio, relativamente elevados en el pasado, han descendido a niveles muy bajos durante la década de los noventa en casi todas las regiones (menos del 2% del total de las visitas), siendo aún muy limitado el papel de las enfermeras de atención primaria en este campo (EL MÉDICO, 2001; INSALUD, 1998). Por todo ello, la atención primaria ha proporcionado una respuesta bastante limitada a las nuevas necesidades surgidas en la atención domiciliaria (aumento de las condiciones crónicas, mayor número de personas mayores dependientes, reducción de la estancia media hospitalaria, preferencia por la atención comunitaria para los enfermos terminales y mentales, etc.) (BENÍTEZ *et al.*, 2001). Por el contrario, los hospitales han sido relativamente más rápidos en desarrollar servicios domiciliarios y unidades de atención de carácter comunitario (GERVAS *et al.*, 2001).

La reforma paralela de las consultas externas ha resuelto de manera parcial algunos de los problemas de coordinación que afectaban más negativamente a los pacientes crónicos, aunque en algunos casos ha generado otros. La introducción de un nuevo sistema de rotación para los médicos de hospital, que obliga a éstos a turnarse entre visitas al centro de salud y consultas externas del propio hospital, ha mejorado el acceso de los médicos de cabecera a los recursos hospitalarios. No obstante, como contrapartida negativa, parece que la rotación ha generado problemas de continuidad asistencial, sobre todo en el tratamiento de enfermos crónicos.

En el sector hospitalario, como ya hemos señalado anteriormente, destacan algunos experimentos con unidades auto-organizadas de atención domiciliaria y comunitaria, relacionadas sobre todo con la atención a los ancianos y enfermos crónicos, que serán descritas más adelante. Globalmente, sin embargo, los recursos específicos para ancianos vulnerables están aún poco desarrollados. Así, uno de los mayores déficits estructurales de nuestro sector hospitalario es el pequeño porcentaje que representan las camas de larga estancia sobre el total. En 1999, por ejemplo, las camas de larga estancia somáticas (no psiquiátricas) representaban menos del 10% del total de camas disponibles. Asimismo, la proporción de este tipo de recurso se ha mantenido estable desde 1976 a nivel nacional, a pesar del rápido aumento de las necesidades. Las camas de larga estancia psiquiátricas, por otro lado, han descendido bruscamente a raíz de la reforma psiquiátrica iniciada en 1983 (GONZÁLEZ *et al.*, 2001). Finalmente, si bien es cierto que se ha producido un incremento paralelo en centros de día y en recursos hospitalarios de media y corta estancia, éste ha sido lento y territorialmente poco equilibrado (RICO Y SABÉS, 2000).

Estas carencias infraestructurales constituyen, probablemente, una de las razones de los bajos niveles de productividad del sector hospitalario español en comparación con otros países europeos. En 1998, España, con 3,1 camas por cada cien habitantes, registró 10,7 ingresos por cada cien camas y una media de 8,5 días de estancia. En ese mismo período, otros países europeos que contaban con un número *per cápita* de camas similar, como Noruega o Irlanda, mostraron unas tasas de productividad claramente superiores (14,7-14,9 ingresos y 6,5-6,7 días de estancia, respectivamente) (RICO Y SABÉS, 2000). En relación con este aspecto, ITURRIA *et al.* (1997) señalan que en España las necesidades de atención social de las personas mayores

tras la hospitalización no son adecuadamente atendidas, debido en su mayor parte a la falta de recursos sociales, pero también a la infrautilización de los existentes.

La falta de coordinación con la atención primaria para el tratamiento de pacientes crónicos y terminales es otro problema del sector hospitalario aún por resolver. Existen datos que demuestran la precaria comunicación entre los dos niveles de atención, algo que generalmente se puede atribuir a la falta de interés por parte de los médicos de los hospitales. RIVAS *et al.* (1997), por ejemplo, muestran cómo el nivel de cumplimentación de las hojas de interconsulta es muy superior entre los médicos de atención primaria que entre los médicos de hospital. Asimismo, en otro estudio sobre esta cuestión se señala que en el 60% de los casos los médicos hospitalarios no devuelven las hojas de interconsulta al nivel de atención primaria, y sólo un 20% de los que lo hacen incorporan información diagnóstica y terapéutica relevante (RODRÍGUEZ *et al.*, 1995).

3

INNOVACIONES EN LA PROVISIÓN INTEGRADA DE ASISTENCIA

3.1. La experiencia pionera: el programa *Vida als Anys*

Creado en 1986, el programa catalán «Vida als Anys» (en adelante, VA) se ha convertido en el contexto de nuestro país en un auténtico modelo de referencia para el resto de Comunidades Autónomas (4). Los denominados centros sociosanitarios

(4) Así, las pocas CC.AA que han empezado a desarrollar dispositivos asistenciales específicos para los ancianos vulnerables, han adoptado un enfoque que incorpora muchos de los elementos presentes en el modelo catalán (véase SEGG, 2000).

constituyen la piedra angular de este programa. Estos centros, que cuentan con tres tipos distintos de plazas (larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos), se encuentran desde un punto de vista asistencial a medio camino entre la atención que proporcionan los hospitales de agudos y las tradicionales Residencias de asistidos. Así, en comparación con los hospitales, la asistencia en los centros sociosanitarios se caracteriza por dispensar tratamientos médicos de menor intensidad, al tiempo que incorpora una serie de cuidados sociales que exceden los límites de la atención hospitalaria (ayuda en las AVDs, rehabilitación, apoyo psicológico a pacientes terminales y a sus familiares...). Por su parte, frente a las Residencias asistidas, los centros sociosanitarios están concebidos como un recurso asistencial que implica una mayor presencia de intervenciones médicas y de enfermería y un período de internamiento menor (5). Además de los centros sociosanitarios, los denominados Hospitales de Día completan la red de recursos asistenciales que conforman el programa VA (6), siendo el principal objetivo de éstos aumentar o mantener la capacidad funcional (rehabilitación) de aquellos pacientes que hayan superado la fase aguda de una enfermedad y no precisen de internamiento.

Finalmente, con el objetivo de ayudar a los hospitales de agudos y a los centros de atención primaria a resolver de un modo más satisfactorio los problemas específicos que plantean los pacientes geriátricos, el programa VA ha desarrollado sendas modalidades de equipos de apoyo. Así, en el ámbito hospitalario, las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Sociosanita-

(5) En 1998, según señalan SALVÁ *et al.* (1999), las estancias medias en los tres tipos de plazas de los centros sociosanitarios fueron las siguientes: larga estancia (159 días), convalecencia (44 días) y cuidados paliativos (22 días).

(6) En 1998 las plazas totales en los distintos recursos del programa eran las siguientes: larga estancia (4.464), convalecencia (1.029), cuidados paliativos (2.954) y hospitales de día (843).

rias (UFISS) están constituidas por equipos de profesionales que, de una parte, colaboran con el resto del personal sanitario del hospital en el tratamiento de los casos geriátricos más complejos, y de otra, planifican el alta de aquellos pacientes que pueden ser remitidos a otro nivel asistencial más adecuado (generalmente, un centro sociosanitario). Por su parte, los equipos de valoración y soporte a domicilio (PADES), cuya actuación se inicia a petición de los profesionales de un centro de atención primaria, no sólo colaboran con éstos en el tratamiento domiciliario de los pacientes geriátricos con mayores problemas, sino que también juegan un papel de coordinación con otros recursos sociosanitarios y sociales (atención a domicilio, Centros de día, Residencias...).

En cuanto a la financiación del Programa VA, ésta se lleva a cabo mediante un esquema en el que participan tanto el Servei Català de la Salut (SCS) como el Departament de Benestar Social (DBS). En concreto, para cada uno de los distintos recursos anteriormente señalados existe un módulo social y otro sanitario: el primero, que incluye los gastos de carácter hotelero y de soporte a las actividades de la vida diaria, corre a cargo del DBS (7); el segundo, cuya cuantía suele representar (dependiendo del recurso) entre un 70 y un 80% del total, corre a cargo del SCS. En 1998, agregando las aportaciones conjuntas realizadas por los dos organismos señalados, el Programa VA incurrió en unos gastos totales cercanos a los 20.000 millones de pesetas.

A pesar de la popularidad de que goza el Programa VA, lo cierto es que no se conoce de ningún estudio que haya valorado empíricamente hasta qué punto la existencia de éste ha per-

(7) No obstante, en el caso de las plazas de larga estancia, a partir del tercer mes de internamiento los usuarios están obligado a participar en la financiación del módulo social, siendo la cuantía de esas aportaciones una función creciente del nivel de ingresos.

mitido o no atender a la población anciana de un modo más coste-efectivo. Así pues, en ausencia de evaluaciones rigurosas, las valoraciones que por el momento puedan realizarse tendrán un carácter inexorablemente tentativo. No obstante, dicho lo anterior, hay dos reflexiones valorativas sobre el Programa VA que nos parece oportuno destacar:

Por un lado, conviene tener claro que el objetivo fundamental del Programa fue desde sus inicios la creación de un nuevo dispositivo de recursos de internamiento, al que acabaría dándose el nombre de «espacio sociosanitario», que pretendía atender a un tipo de pacientes cuyas necesidades sanitarias eran demasiado elevadas como para ingresar en una Residencia, pero demasiado bajas como para seguir ingresados en un hospital de agudos y no acabar convertidos en «bed blockers». Desde esta perspectiva, es más que probable que los centros sociosanitarios hayan permitido aumentar el grado de especialización de los recursos de internamiento que ya existían (hospitales y Residencias) y, de ese modo, contribuir a alcanzar un balance asistencial más adecuado en todo el sistema. Un efecto positivo al que, por otro lado, también deben de haber contribuido los hospitales de día en su labor de «parada intermedia» entre los recursos de internamiento (hospitales y centros sociosanitarios) y el retorno definitivo a la comunidad. Sí existe evidencia empírica de que los PADES pueden haber contribuido positivamente a mejorar la asistencia recibida por algunos grupos de pacientes. En concreto, mediante un estudio con caso control, *PICAZA et al.* (2000) demostraron que los enfermos terminales de cáncer tratados por los PADES tenían una probabilidad cuatro veces menor de ser internados en el hospital y un riesgo tres veces menor de ingresar en urgencias que aquellos otros pacientes no atendidos por los PADES. Todo ello, según el estudio, generaba un gasto por paciente entre 400 y 1.200 euros menor en el caso de los PADES.

No obstante, como han puesto de manifiesto algunos estudios realizados fuera de nuestro país (BERNABEI *et al.*, 1998), una mejor utilización de los recursos de internamiento no constituye la única vía para alcanzar una provisión más coste-efectiva de la atención a los ancianos vulnerables. En concreto, cuando éstos aún permanecen en la comunidad, los resultados disponibles muestran que es posible frenar su deterioro físico y cognitivo, incurriendo así en unos menores costes totales, mediante la intervención de equipos geriátricos que definan y monitoricen tanto la asistencia sanitaria como los servicios sociales a recibir en cada caso. Y a este respecto, desafortunadamente, tenemos la impresión de que el camino recorrido por el Programa VA ha resultado insuficiente. Así, la función de coordinación de los PADES a la que aludíamos con anterioridad, ha consistido básicamente en informar a los pacientes atendidos sobre la existencia de servicios sociales comunitarios (atención domiciliaria y Centros de día) y de internamiento (Residencias), y de cómo acceder a este tipo de recursos. Sin embargo, y ahí reside en nuestra opinión la principal debilidad del esquema, los PADES no han actuado como «gestores de casos» al estilo de los equipos de valoración geriátrica existentes en otros entornos.

3.2. Otras experiencias innovadoras recientes

Hoy por hoy, tras el reciente traspaso de la sanidad a las 10 CC.AA que aún no gestionaban esta competencia, los 17 Gobiernos autonómicos se han convertido en sus respectivos territorios en los únicos responsables tanto de la asistencia sanitaria como de la mayoría de servicios sociales (los Ayuntamientos continúan, no obstante, gestionando la atención domiciliaria).

Por ello, ante las posibilidades que brinda esta nueva realidad, son varias las CC.AA que han empezado a elaborar planes que pretenden ofrecer una respuesta integral a las necesidades asistenciales de sus ancianos vulnerables (8). En este sentido, Cantabria, probablemente por contar con la ventaja adicional de disponer de una única Consejería que se ocupa tanto de la asistencia sanitaria como de los servicios sociales, parece ser la Comunidad Autónoma que ha demostrado un mayor dinamismo hasta el momento.

El modelo cántabro, que se encuentra aún en fase experimental, ha optado por un enfoque que tiene tres características básicas (Fundación Marcelino Botín, 2000). En primer lugar, el acceso a los servicios sanitarios y sociales por parte de los ancianos vulnerables se realizará utilizando una única escala, que valorará tanto aspectos de salud como problemas sociales. Así, tanto si dichos ancianos acuden a un centro de salud como si se dirigen a un centro social del Ayuntamiento, la valoración de sus necesidades en ambos casos deberá realizarse mediante la utilización del mismo tipo de instrumentos.

La segunda característica esencial del modelo cántabro es que otorga un papel central a los gestores de casos en la determinación del tipo de servicios que cada anciano requiere. Así, una vez se ha producido la valoración del sujeto anteriormente mencionada, ésta es remitida a la «comisión sociosanitaria» del área geográfica en la que aquél reside. Dicha comisión, que tiene carácter multidisciplinar, decidirá, tras analizar el informe

(8) Asimismo, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que es un órgano en el que están representados las Consejerías de Sanidad de las distintas CC.AA, ha creado recientemente un grupo de trabajo que tiene la misión específica de desarrollar las grandes líneas de un futuro modelo común de asistencia a los ancianos vulnerables y a otros colectivos en los que también concurren problemas sanitarios y sociales (drogodependientes, inmigrantes...).

de valoración, cuál de los recursos disponibles es el más apropiado para cada paciente. Hay que añadir que la comisión sociosanitaria no realiza esta función de gestión únicamente con los ancianos provenientes del ámbito comunitario, sino también con aquellos ancianos cuya «vulnerabilidad» haya sido detectada durante un episodio de hospitalización. En ambas situaciones, no obstante, está previsto que los gestores de casos cuenten con interlocutores específicos dentro del hospital y del centro de salud: en el primer caso, los denominados «consultores de geriatría»; en el segundo, los llamados «responsables del programa del mayor». La última característica del esquema, y quizá la más importante, es que en la definición de los paquetes asistenciales los gestores de casos pueden elegir entre todos los servicios sanitarios y sociales existentes tanto de internamiento como comunitarios: desde hospitales de día a centros de larga estancia, pasando por atención domiciliaria o centros de día.

El resto de experimentos referidos en la bibliografía son proyectos a pequeña escala que se limitan en muchos casos a un solo hospital o a un centro de atención primaria. El primero de ellos consiste en la participación de un especialista de hospital, un internista, como persona de contacto con el equipo de atención primaria, que colabora en la emisión de diagnósticos y en los ingresos hospitalarios y pacientes crónicos (CUELLO *et al.*, 1999). En el segundo caso también se trata de un médico de hospital, un reumatólogo, que se encarga periódicamente de la asistencia externa en el nivel de atención primaria para enseñar a los médicos generalistas y para ayudarles a tratar los casos más complejos (PROS *et al.*, 1997). Un tercer ejemplo es el del equipo de Geriatría de un hospital que actúa de apoyo ante la peticiones de los médicos de atención primaria (BAZTAN *et al.*, 2000).

4 **¿HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRAL A LOS ANCIANOS DEPENDIENTES?: OBSTÁCULOS ACTUALES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO**

A pesar de las innovaciones llevadas a cabo en los últimos años, la asistencia integrada a los ancianos vulnerables continúa estando muy poco desarrollada en nuestro país. Así, debido a que los servicios sociales siguen limitados a los casos más graves, los puntos de contacto entre la asistencia sanitaria y social son escasos, y la incertidumbre ante el posible ahorro financiero resultante de una mejor coordinación desincentiva cualquier reforma en este sentido. Esta falta de coordinación intersectorial viene provocada también por la división del trabajo entre los actores gubernamentales, una situación que ha prevalecido durante todo el período de estudio. Los servicios sanitarios y sociales han estado bajo la autoridad de Ministerios y/o Consejerías diferentes y han sido financiados mediante esquemas independientes. En definitiva, la complicada estructura territorial del Estado español resulta en una fragmentación de responsabilidades que, si se pretende avanzar por la vía de la integración asistencial, precisará necesariamente de la participación de los tres niveles de gobierno existentes.

Otro conjunto de obstáculos institucionales para la consecución de una atención más integrada que la actual se derivan de la falta de coordinación entre los diferentes niveles del sistema sanitario, debido a la posición relativamente poco sólida de la atención primaria. A pesar de la impresionante expansión de la nueva red de atención primaria, los objetivos subyacentes de la reforma siguen sin alcanzarse en este sector: continúa absorbiendo el mismo porcentaje de fondos públicos que a mediados de los 80; el incremento de las atribuciones de los médicos

de familia sólo se ha hecho evidente en el caso de algunos tratamientos y de las actividades preventivas, y, por último, existe evidencia de que los profesionales de la atención primaria pierden terreno en el área de la asistencia a los ancianos vulnerables a medida que los hospitales desarrollan sus propias unidades de atención comunitaria. También hay evidencia de que existen problemas de coordinación entre niveles asistenciales en el tratamiento de enfermos crónicos, entre los que por supuesto cabe incluir a los ancianos vulnerables. Finalmente, la debilidad de la atención primaria acarrea aún más desventajas en el caso de los pacientes con necesidades de atención social, ya que la integración de los asistentes sociales dentro de los equipos sanitarios está más avanzada en la atención primaria que en la hospitalaria (ALONSO *et al.*, 1995; MARÍN ZURRO *et al.*, 2000).

Otros problemas que han hecho difícil la integración asistencial son de carácter técnico. Por un lado, tanto en el caso de los servicios sanitarios como en el de los sociales los actuales programas de formación y la configuración de las plantillas no promueven los perfiles profesionales que el desarrollo de una atención integrada requeriría. Tampoco el escaso grado de difusión de la telemática en este ámbito ayuda en esta dirección. Finalmente, hay que añadir que existen barreras culturales que también obstaculizan la coordinación. Concretamente, en el sector sanitario, dichas barreras aparecen por la falta de interés, y a veces de respeto, de los médicos hospitalarios respecto a los de atención primaria. Así lo demuestra el hecho de que la mayoría de las propuestas de colaboración entre los dos niveles provengan de asociaciones de profesionales de atención primaria. Unas barreras culturales parecidas se observan también entre los profesionales sanitarios y sociales.

No obstante, pese a la existencia de los obstáculos mencionados, cabe añadir que recientemente se han registrado distintos movimientos en este ámbito que invitan al optimismo en cuanto al posible desarrollo futuro de una atención más integrada a los ancianos vulnerables. En primer lugar, se han empezado a discutir nuevas regulaciones y planes para este sector. Así, en el año 2000, el Gobierno central empezó a diseñar un marco regulatorio que permitiera el desarrollo de seguros privados de dependencia. No obstante, tras su negociación con las compañías privadas de seguros, los sindicatos detuvieron el proceso al demandar una regulación paralela de la actuación del sector público para la atención de la dependencia. En relación con todo ello se ha dado un interesante paso adelante con el aseguramiento de la dependencia en el caso de MUFACE. Asimismo, el Consejo Interterritorial ha iniciado la discusión sobre un marco común para la atención integrada de las personas mayores y otros pacientes crónicos que precisen de asistencia social.

En segundo lugar, en diciembre de 2001 las competencias sanitarias han sido transferidas a las Comunidades que permanecían bajo la autoridad del Gobierno central. Esto significa el comienzo, dentro de esas 10 Comunidades, del control conjunto de los servicios sociales y sanitarios a nivel regional por primera vez, un hecho que abre nuevas perspectivas de reforma en el sector. De hecho, las pocas comunidades (Aragón, La Rioja, Cantabria y Castilla y León) que han fusionado los departamentos sanitario y social (antes separados bajo el Gobierno central), se encuentran asimismo entre las que poseen unos porcentajes más altos de personas mayores entre sus habitantes. Lo mismo ocurre en el caso de dos Comunidades que han realizado una importante reforma institucional en cuanto a la atención integrada: Cataluña y Cantabria.

Por tanto, se puede afirmar que las perspectivas de desarrollo de una atención integrada a los ancianos vulnerables son positivas, sobre todo a medio plazo. Ya se ha experimentado con algunas formas de asistencia integrada, con estructuras gubernamentales, institucionales y financieras, y existen también pruebas de difusión de modelos entre proveedores. Las competencias en materia social y sanitaria están en manos de las Comunidades Autónomas, las cuales pueden ahora decidir por sí mismas la distribución de los recursos. El camino emprendido hacia el federalismo fiscal ha hecho aumentar el presupuesto sanitario (preciso para garantizar el acuerdo de las Comunidades), que tiene especial incidencia en las Comunidades con más personas mayores.

No obstante, a pesar de lo anterior, el efectivo desarrollo de una atención integrada a los ancianos vulnerables deberá superar aún múltiples escollos. En primer lugar, como puso de manifiesto la experiencia de las comisiones sociosanitarias IMSER-SO-Insalud emprendida hace unos años (MARAVALL, 1999), el desigual nivel de cobertura de los servicios sanitarios y sociales fue, y sigue siendo, uno de los principales obstáculos para la existencia de una genuina coordinación entre ambos dispositivos. Por ello, si se pretende avanzar en esta dirección, es necesario que previamente nuestro país desarrolle un modelo de atención a las personas dependientes muy distinto al actual. En este sentido, como ha sugerido recientemente el propio Ministerio de Sanidad (2001), el reto consiste en «fortalecer» la red de recursos sociales destinados a la dependencia con que cuenta actualmente nuestro país. No obstante, para llevar a cabo este fortalecimiento, resulta prioritario definir un nuevo esquema de financiación de este tipo de prestaciones. A este respecto, al igual que ha ocurrido en otros países, también en España está ganando fuerza la idea de desarrollar un modelo de asegura-

miento social de la dependencia. Veremos qué nos depara el futuro en este sentido.

Un segundo obstáculo importante que continúa sin resolverse es el desarrollo de recursos humanos especializados. La especialidad en Geriátrica está todavía en un estado incipiente de desarrollo (aunque su presencia activa aumenta en este sector). La reciente propuesta de las asociaciones de enfermeros profesionales para crear una especialidad de cuidados geriátricos aún no ha recibido respuesta por parte del Ministerio. Otras prioridades en el campo de la oferta serían las de expandir el uso de las historias clínicas electrónicas como medio de comunicación entre sectores e incrementar el acceso de los médicos generalistas a los servicios de ingreso y diagnóstico de los hospitales, mediante la citación explícita con un médico o un equipo (p. ej. un internista o un geriatra) que actúe de contacto permanente con el nivel de asistencia primaria (ALONSO *et al.*, 2000; BAZTÁN *et al.*, 2000; SUBERVIOLA, 1999).

Finalmente, desde una perspectiva organizativa, existen buenas razones para sugerir que el centro de gravedad de un dispositivo asistencial más integrado que el actual debería residir en la nueva red de centros de salud. En efecto, en la medida en que la problemática que exhiben los ancianos vulnerables empieza a gestarse cuando éstos aún viven en sus domicilios, parece lógico que sean aquellos proveedores que actúan en el entorno más inmediato de estas personas los que asuman la responsabilidad inicial. No obstante, para poder llevar a cabo estas nuevas funciones, está claro que los actuales centros de salud deberán dotarse de nuevas estructuras. En concreto, como sugiere la experiencia comparada, la identificación de los ancianos vulnerables, la valoración de sus necesidades y la definición de los paquetes asistenciales, son tareas cuyo correcto

desarrollo precisa de la existencia de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) con formación geriátrica específica [BERNABEI *et al.* (1998); LEUTZ (1999); WHITE *et al.* (2000)]. Así pues, de cara a desarrollar estos objetivos, parece prioritario revertir el debilitamiento de la atención primaria al que nos hemos referido anteriormente.

5 BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, F.A.; CRISTOS, C.J.; BRUGOS, A.; GARCÍA, F.; SÁNCHEZ, L.; GUIJARRO, A., *et al.* (2000): «Informatización en atención primaria», *Atención Primaria*, 26: 488-507.
- ALONSO, F.A. (1996): «Análisis de la prescripción crónica informatizada mayores y menores de 65 años un Centro de Salud», *Atención Primaria*, 17: 555-558.
- ALONSO, M.; AYALA, S.; BUITRAGO, F. (coord.): ESTREMER, V.; GARCÍA, L.; MOLINA, M. A.; PEDREGAL, M.; SEGURA, E., y SUBERVIOLA V.J. (1995): *Relación entre niveles asistenciales*, Documentos Semfyc, Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, disponible en: <http://www.semfyc.es/Nueva/Actividades/Publicaciones/Documentos/Docum005.htm>
- BAZTÁN, J. J.; GIL, L., y ANDRÉS, E. (2000): «Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada», *Atención Primaria*, 26, 6: 374-382.
- BENÍTEZ, M.A.; CASTAÑEDA, P.; GIMENO, V.; GÓMEZ, M.; DUQUE, A.; PASCUAL, L.; PÉREZ, N.; SÁNCHEZ, M., y TORRUBIA, P. (2001): «Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer terminal el domicilio», *Atención Primaria*, 27, 2: 123-126.
- BERNABEI, R., *et al.* (1998): «Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community». *BMJ*, 316:1348-1351.

- BOERMA, W. G. W.; VAN DER ZEE, J., y FLEMING, D. M. (1997): «Service profiles of general practitioners Europe», *British Journal of General Practice*, 47, 481-6.
- CASADO, D., y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Barcelona: Fundación «La Caixa».
- CASADO, D. (2001): «¿Hacia una atención integral de los ancianos vulnerables?» *Ponencia presentada en las XXI Jornadas de Economía de la Salud*. Oviedo, 6-8 de junio de 2001.
- CUELLO, J.A.; OLLERO, M.; SANZ, R.; REQUENA, M., y CODINA, A. (1999): Evolución de la colaboración entre internistas y médicos de familia en un centro de salud, Comunicación presentada en las *XV Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria*.
- EL MÉDICO (2001): *Anuario de la Atención Primaria 2001*, Madrid: EL MÉDICO.
- ESPIG-ANDERSEN, G. (1999): *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- GÉRVAS, J.; PALOMO, L.; PASTOR-SÁNCHEZ, R.; PÉREZ-FERNÁNDEZ, M., y RUBIO, C. (2001): «Problemas acuciantes en atención primaria», en *Atención Primaria*, 28, 7: 472-477
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; BARBER, P.; PINILLA, J.; ALAMO, F., y CASADO, D., «Organización y gestión», LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (ed.) (2000): *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Bilbao, Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics.
- INSALUD (1998): *Memoria de Actividades*, Madrid: INSALUD.
- (1999): *Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud*, enero-julio 1998, Madrid: INSALUD.
- ITURRIA, J. A., y MÁRQUEZ, S. (1997): «Servicios sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un episo-

- dio de hospitalización». *Revista Española de Salud Pública*; 71: 281-291.
- JACOBZONE, S. (1999): «Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives». OECD: Labour market and Social. *Occasional papers*, n.º 38.
- KALISH, D. W., *et al.* (1998): «Social and health policies in OECD countries: a survey of current programmes and recent developments». OECD: Labour market and Social. *Occasional papers*, n.º 33.
- LEUTZ, W. N. (1999): «Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom». *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77-109.
- MARAVALL, H. (1999): «La coordinación sociosanitaria: necesaria y posible». *Revista de Administración Sanitaria*, 3(11): 393-404.
- MARIN ZURRO, A. (2000): «Compartir y coordinar la atención de los pacientes entre el hospital y la atención primaria: algunas propuestas practicas», *Atención Primaria 2000*, 26, 2: 26-27.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1999): *Barómetro sanitario*. Gabinete del Ministro, *un published internal document*, Madrid, 1999.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, INSTITUTO NACIONAL DEL CONSUMO (2000): *La Tercera Edad y el consumo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001): «Bases para un modelo de atención sociosanitaria». Madrid: MSC, mimeo.
- PICAZA, J. M.; SERRA-PRAT, M., y GALLO, P. (2000): *El consumo de recursos de los enfermos oncológicos durante el ultimo mes de vida: el papel de los PADES*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Generalitat de Catalunya. Octubre.
- PROS, A.; BENITO, P.; GRENZNER, V.; BLANCH, M.; CAMPILLO, M. A., y MARTI, N. (1997): «Análisis de la experiencia de un programa integrado de

asistencia hospitalaria reumatológica en atención primaria», *Anales de Medicina Interna*, 14, 12: 615-619.

RICO, A., y SABÉS, R. (2000): *Spain, Health Care Systems Transition series*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

RIVAS, J.C.; DE PABLO, R.; CORDERO, J. A., y BONILLA, J. (1997): «Coordinación medicina general-especializada. Evaluación el área de Burgos». *Atención Primaria*, 19, 5.

RODRÍGUEZ, R.; PEREIRO, I., y SANFELIX, J. (1995): «Valoración de la cumplimentación de la hoja de interconsulta entre los niveles de atención primaria y asistencia especializada», *Revista de Calidad Asistencial*, 10, 3: 105-110.

SALVÁ, A., et al. (1999): «Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro». *Revista de Administración Sanitaria*, 3(11): 413-427.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2000): *Geriatría XXI: Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Edimsa, 2000.

SUBSERVIOLA, V. J. (1999): «Programas de cooperación entre internistas y médicos de familia: una necesidad». *Atención Primaria*, 23, 2, 57-59.

WHITE, A., et al. (2000): «Evaluation of the Program of All-inclusive Care for the Elderly Demonstration». *Abt Associates Inc.*, October 2000.

Tuberculosis, tratamiento directamente observado (TDO) y población marginal

Enrique Terol García

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Máster en Salud Pública y Doctor en Medicina.
Ex responsable del programa «Tuberculosis
program for the homeless» en Orlando (EE.UU.).*

Natividad Gamarra Mendoza

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
y ex responsable del programa de tuberculosis,
VIH y metadona en el Área 4 del Insalud (Madrid).*

Sumario

1. Antecedentes: La tuberculosis, una vieja conocida de la Humanidad.—
2. La nueva epidemia.—3. Factores socioeconómicos y tuberculosis.—4. Derechos humanos y tuberculosis.—5. Situación en España.—6. Tratamiento directamente supervisado.—7. En qué consiste el TOD y cuáles son los enfermos susceptibles de ser incluidos.—8. Estrategia de DOTS en países de baja prevalencia.—9. Experiencias en España en programas y actividades de tratamientos directamente supervisados.—10. Reflexiones para el futuro.

RESUMEN

La tuberculosis es la enfermedad causante del mayor número de muertes en la historia de la Humanidad. Aun contando en la actualidad con tratamientos altamente efectivos y tratarse de una enfermedad prevenible y curable, representa la principal causa infecciosa de muerte en el mundo, por encima del SIDA, la malaria y el cólera.

La asociación entre factores socioeconómicos y tuberculosis es clara y evidente, siendo los grupos poblacionales con peores condiciones de vida los que presentan un mayor riesgo de padecer la enfermedad y de presentar peores resultados en cuanto a adherencia y cumplimiento del régimen terapéutico. Los tratamientos directamente supervisados constituyen una estrategia coste eficiente y han sido propugnados como la mejor alternativa para el control de la enfermedad por parte de la Organización Mundial de la Salud. En España, a pesar de ser uno de los países del mundo desarrollado con mayor incidencia de la enfermedad, no existe una estrategia de control de la enfermedad sistematizada a nivel nacional, aunque se han desarrollado experiencias basadas en el tratamiento directamente observado que han mostrado resultados alentadores. Un abordaje global e integrado parece imprescindible si se pretende erradicar uno de los problemas prioritarios de salud pública en nuestro país.

ABSTRACT

Tuberculosis is responsible of the biggest number of deaths in the humanity's history. Even having highly effective treatments at the present time and being a preventable and curable disease, it represents the main infectious cause of death in the world above AIDS, malaria and cholera. The association between poverty and tuberculosis is clear, being the population groups with worse life conditions those that present a higher risk of disease and worse results in terms of adherence and compliance of treatment. The directly observed therapy constitute a successful strategy and have been recommended as the best alternative for the control of the disease by the World Health Organization. In Spain, despite being one of the countries of the developed world with higher incidence of tuberculosis, doesn't exist a global and integrated strategy of control of the disease at national level, although several experiences based on the directly observed therapy have shown encouraging results. An integrated and seamless approach seems to be indispensable to eradicate one of the high-priority problems of public health in our country.

1

ANTECEDENTES: LA TUBERCULOSIS, UNA VIEJA CONOCIDA DE LA HUMANIDAD

La enfermedad tuberculosa (TBC) se remonta a la existencia del ser humano, siendo la causante del mayor número de muertes en la historia de la Humanidad. En la actualidad y a pesar de existir tratamientos efectivos para su eliminación, constituye un problema global prioritario de salud pública. Se calcula que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium Tuberculosis* y que entre 15 y 20 millones de personas presentan enfermedad activa. Es responsable de la muerte de más de dos millones de personas al año, siendo la principal causa infecciosa de muerte en el mundo en la actualidad, por encima del SIDA, la malaria y el cólera.

La infección se contagia por vía aérea, persona a persona, y la fuente de contagio la constituye el enfermo bacilífero —aquel que padeciendo enfermedad activa elimina el germen al hablar, reír, estornudar y, sobre todo, al toser— siendo el árbol respiratorio el principal órgano afectado por la enfermedad. El contagio se produce habitualmente entre personas que comparten espacios comunes tanto en su vida familiar como laboral.

No se debe confundir la infección tuberculosa con el desarrollo de la enfermedad tuberculosa. Se calcula que entre un 5-10% de los infectados desarrolla la enfermedad a lo largo de su vida. La enfermedad tuberculosa tiene un curso crónico y en muchos casos su diagnóstico es tardío, lo que favorece su contagio a las personas que conviven con el enfermo.

La TBC es una enfermedad prevenible y curable. La vía más efectiva para prevenir la expansión y el contagio de la enfermedad

es la identificación precoz de enfermos y su curación mediante el tratamiento apropiado y completo, así como la identificación y tratamiento de los infectados entre los contactos del enfermo.

2 LA NUEVA EPIDEMIA

En los países desarrollados se produjo un claro declive de la infección tuberculosa entre finales del siglo XIX y mediados del XX, relacionado con la mejora de las condiciones socioeconómicas (mejora de las condiciones de trabajo, vivienda y alimentación) de forma previa a la aparición de los antibióticos. Esta mejora de la situación unida a la generalización de los tratamientos antituberculosos efectivos condujo a un control de la epidemia. La idea de que este control se había debido básicamente al uso de antibióticos fue probablemente sobrevalorada en relación con la mejora de las condiciones de vida general.

En los países en desarrollo la prevalencia de la infección no sólo no ha disminuido sino que ha aumentado, produciéndose en estos países en la actualidad más del 95% de los casos y de las defunciones por TBC.

La disminución de la incidencia en Occidente, y también en España, condujo a un desmantelamiento de las estructuras específicas que se habían creado (básicamente programas verticales con recursos propios y separados del resto de los servicios sanitarios —consultorios antituberculosos, hospitales/residencias para TBC, médicos especializados en tratamiento de TBC)—. Esta situación cambió de forma imprevista en la década de los 80, coincidiendo con la aparición de la epidemia de SIDA (1)

(1) McCray, E.; Weinbaum, C.M.; Braden, C.R.; Onorato, I. M.: «The epidemiology of tuberculosis in the United States». *Clin Chest Med* 1997; 18: 99-113.

y otros factores condicionantes, produciéndose un importante incremento de nuevos casos en todo el mundo. Diversos organismos nacionales e internacionales reaccionaron ante la gravedad del problema (OMS [2], Unión Internacional contra la Tuberculosis –UNAID–, CDC), de forma que en la década de los noventa se desarrollaron múltiples intervenciones con objeto de controlar la expansión de la enfermedad.

3 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y TUBERCULOSIS

El incremento continuado de casos de TBC se ha asociado en general a grupos poblaciones que presentaban las peores condiciones de vida y padecían enfermedades debilitantes (Tabla I).

Tabla I. Causas del incremento de prevalencia de la enfermedad tuberculosa

- Aparición de la infección por VIH/SIDA.
- Movimientos migratorios.
- Uso de drogas.
- Aparición de bolsas de población marginal en las grandes ciudades.
- Envejecimiento poblacional con alta prevalencia de la enfermedad.

La situación socioeconómica de los individuos puede afectar tanto a su vulnerabilidad frente a la infección como al acceso a la información, a los servicios sanitarios y al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad. Esta situación se produce tanto en países en desarrollo como desarrollados evi-

(2) World Health Organization TB Program: *TB, a global emergency: WHO report on the TB epidemic*. Ginebra: WHO/TB, 1994; 94-117

denciándose en estos últimos un peor acceso a los servicios, un retraso en el diagnóstico y un mayor riesgo de abandono del tratamiento. La enfermedad tuberculosa, además, no sólo es causada por la pobreza, sino que a su vez es causa de ésta al estigmatizar a los individuos y disminuir su capacidad de trabajo e ingresos económicos, afectando principalmente a adultos en sus años más activos desde el punto de vista laboral y económico.

La población penitenciaria es reconocida (3) como uno de los grupos poblacionales de mayor riesgo de contraer tuberculosis en base a sus características sociales, condiciones de hacinamiento, hábitos tóxicos y elevada incidencia de infección por el VIH¹²⁻¹⁸.

En la población inmigrante los riesgos sobre la salud se ven potenciados por sus malas condiciones de vida, alojamiento y trabajo en sus países de acogida. La discriminación en los países de acogida en relación con el acceso a los servicios sanitarios y sociales propicia una situación de precariedad agravada por los problemas de disfunción social, normas culturales, problemas idiomáticos y racismo o xenofobia. Incluso cuando se contempla el derecho de acceso a los servicios sanitarios, como en teoría ocurre en nuestro país, los problemas de lenguaje, desconocimiento con los usos y costumbres del país y miedo ante las autoridades implican barreras significativas para el acceso a los cuidados. De esta forma, los nuevos casos de tuberculosis en los países desarrollados se producen en una elevada proporción en la población inmigrante, alcanzando en las grandes ciudades del Reino Unido y Estados Unidos porcentajes que oscilan entre el 25 y el 70% del total de casos.

(3) DROBNIWSKI, F.: *Tuberculosis in prisons-forgotten plague*. Lancet 1995; 346: 948-949.

La incidencia de la enfermedad en los sin techo, aunque difícil de estimar, por la ausencia de datos demográficos fiables, es elevada. La asociación entre esta condición y los factores relacionados con el riesgo de enfermar de tuberculosis es alta. En los países en los que esta circunstancia se ha analizado con mayor detalle se ha evidenciado que representan un porcentaje de los casos de tuberculosis que puede oscilar entre el 2 al 5% (4) (5) del total representando tasas de incidencia elevadas en esta población. En general su acceso a los servicios sanitarios se realiza a través de los servicios de urgencia existiendo una ausencia de seguimiento por parte de los servicios sanitarios de forma programada y estable. Los factores que hacen de estas personas un grupo de especial riesgo son entre otros:

- Alta prevalencia de: infección VIH/SIDA, alcoholismo, uso de drogas, malnutrición y malas condiciones higiénicas.
- Falta de autoestima y aceptación de la enfermedad o la mala situación en salud como algo inevitable.
- Dificultad en la realización de *screenings* poblacionales.
- Rechazo y desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios.
- Dificultad en el cumplimiento de las normas: mantenimiento de citas, toma de la medicación, acceso a los servicios.

(4) NOLAN, C. M.; ELARTH, A. M.; BARR, H.; SAEED, A. M.; RISSER, D.: «An outbreak of tuberculosis in a shelter for homeless men. A description of its evolution and control». *Am Rev Respir Dis* 1991; 143: 257-261.

(5) BARNES, P. F.; EL-HAJJ, H.; PRESTON-MARTIN, S.; CAVE, M. D.; JONES, B. E.; OTAYA, M., *et al.*: «Transmission of tuberculosis among the urban homeless». *JAMA*, 1996; 275: 305-307

4 DERECHOS HUMANOS Y TUBERCULOSIS

En general, y como se analiza con mayor detalle en otros artículos de la presente monografía, las peores condiciones socioeconómicas se relacionan con un peor estado de salud, siendo la tuberculosis (6) un claro ejemplo de ello. Recientemente la OMS ha publicado un excelente documento sobre derechos humanos y tuberculosis, que forma parte de la estrategia de su programa mundial contra la tuberculosis –*stop, TB*– en el que se analiza el problema de la enfermedad tuberculosa desde el punto de vista de los derechos humanos. Según la OMS, este abordaje es fundamental para abordar la epidemia de una forma integral y no exclusivamente desde el punto de vista sanitario, e implica el desarrollo de nuevas políticas y legislación que permitan la integración social y aborden de forma decidida la actual desigualdad en términos de salud basada en las características socioeconómicas de los individuos en riesgo de enfermedad tuberculosa.

5 SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España a pesar de la disminución en la incidencia de tuberculosis, la enfermedad ha persistido como una endemia, probablemente debido al retraso en la mejora de las condiciones generales de vida. Según uno de los estudios más ambiciosos realizados en nuestro país, «Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis – PMIT» (7), en el que se recogieron datos de 9.933 casos notificados en 13 Comunidades Autónomas durante un año (abril 1996 a abril 1997), la tasa de prevalencia

(6) World Health Organization: *A human rights approach to tuberculosis*. Ginebra: WHO/CDS/STB, 2001.

(7) Grupo de trabajo del PMIT: *Incidencia de la Tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. *Med Clin (Barc.)*, 2000; 114: 530-537.

de tuberculosis en España es de 4 a 8 veces superior a la de los países desarrollados (38,51 casos por 100.000 habitantes), siendo el segundo país de la Unión Europea (Gráficos I y II) con mayor número de casos (14.000 en el año 2000) después de Portugal. La tasa varía mucho entre las diferentes Comunidades

Gráfico I. Tasa de incidencia TB. Casos/100.000 hab/año. España y Unión Europea 1995-2000.

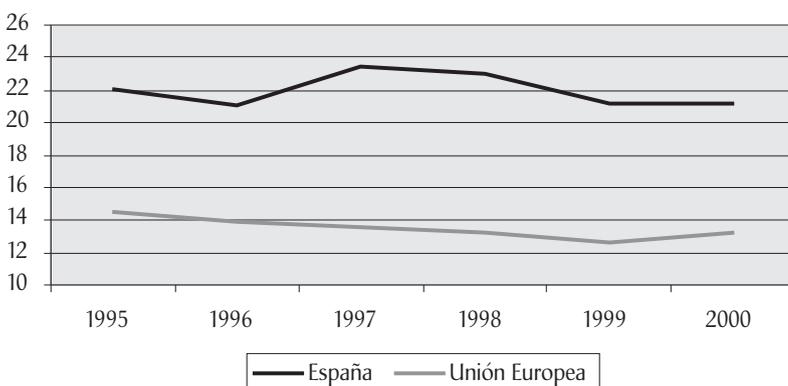
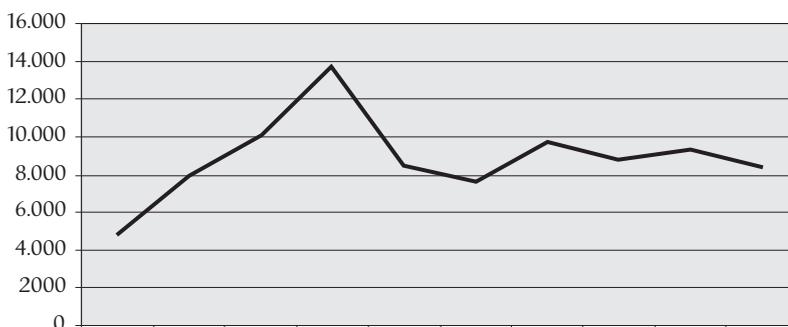


Gráfico II. Número absoluto de casos de TB notificados en España 1980-1999.



FUENTE: OMS Europa.

Autónomas. (16,20 a 70,75). Por otro lado se estima que la prevalencia de infectados puede llegar al 30% de la población general. Hay varias razones que pueden explicar esta situación:

- España es el país de la Unión Europea con mayor número de infectados por VIH. En el mundo desarrollado es el que presenta mayor proporción de la enfermedad en los infectados por VIH.
- La ausencia de un programa nacional coordinado de Tuberculosis.
- La falta de concienciación en la población y los profesionales sanitarios respecto a la enfermedad.
- Desconocimiento de la magnitud real de la enfermedad dada la considerable infranotificación de casos que se produce, existiendo poca información sobre la situación en grupos especialmente vulnerables y marginales.
- El retraso en el diagnóstico de la infección —una media de tres meses— y el incumplimiento del tratamiento —se calcula que sólo el 70% lo cumple frente al 90% recomendable.

Tuberculosis y pobreza: En varias ciudades y Comunidades Autónomas en España se han identificado zonas urbanas con incidencias de tuberculosis superiores a las de países en desarrollo, siendo dichas zonas las que presentan peores indicadores socioeconómicos (8).

Infección por VIH/SIDA: En nuestro país la infección por VIH está claramente relacionada con el uso de drogas y la marginalidad. La relación entre el resurgimiento de la tuberculosis y el SIDA/VIH es llamativa en las grandes ciudades y especialmente

(8) DÍAZ DE QUIJANO, E.; BRUGAL, T.; PASARIN, M.; GALDOS-TANGUIS, H.; CAYLA, J.; BORREL, C.: «Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona». *Rev Esp Salud Pública*, 2001; 75: 517-528.

en las zonas con peores indicadores socioeconómicos. El 71 % de los VIH positivos con tuberculosis tienen antecedentes de uso de drogas y el 12,8% son alcohólicos. La coinfección de tuberculosis y VIH se asocia, además, a antecedentes de ingreso en prisión (18,3% –cuatro veces más que en el resto de enfermos con tuberculosis–), residencia en centros cerrados (3,4% frente a 1,8%) y carencia de domicilio fijo (1,8% frente a 0,9%).

Usuarios de drogas por vía parenteral: Suponen el 15,3% de los casos de tuberculosis con una amplia variación según CC.AA. (Galicia 8,5%–Andalucía 26,2%). La prevalencia de VIH entre ellos es del 82,5%, lo que explica la similitud entre ambos grupos. Además un 21,3% tenían antecedente de ingreso en prisión.

Alcoholismo: Según el mismo estudio un 11,6% de los enfermos presentaban antecedentes de alcoholismo. En los alcohólicos existe, además, una mayor proporción que en población general de: infección por VIH (19,4% frente a 17,4%) y uso de drogas (17,4% frente a 15,1%), siendo llamativa la asociación entre alcoholismo y carecer de residencia fija (4,1% frente a 0,5%).

Antecedentes de prisión: Un 4% de los enfermos tuberculosos tienen antecedente de ingreso en prisión. Su asociación con los otros dos factores más importantes de riesgo, infección VIH (80,5%) y uso de drogas (81,5%) muestra de forma clara la agregación de factores que se produce en un mismo grupo poblacional, claramente relacionada con la marginación y desintegración social de estas personas. En otros estudios, como el realizado en prisiones de Madrid (9), se observa una tasa de incidencia de 693/100.000 casos/año, es decir, unas 20 veces la incidencia en población general. Destaca, además, que el 14% de

(9) JOSÉ IGNACIO FERNÁNDEZ-MARTÍN^a, KAROLINE FERNÁNDEZ DE LA HOZ^b, SUSANA CATALÁN^c, MERCEDES ALONSO SANZ^d, FERNANDO CHAVESE: «Transmisión de la tuberculosis en las prisiones de Madrid». *Med Clin* (Barc.), 2000; 115: 246-250.

los casos se dio entre inmigrantes, siendo la proporción de casos asociados a VIH y uso de drogas similar al del estudio PMIT.

Inmigrantes: Es llamativo que en el estudio PMIT realizado en España el porcentaje de inmigrantes entre los casos analizados haya sido escaso en comparación con otros países desarrollados. Esta situación puede deberse a diferentes causas (infranotificación, infradiagnóstico, cuidados proporcionados por centros y recursos sanitarios no institucionales, etc.), y aunque en la actualidad este grupo aparentemente no contribuya significativamente al global de casos, es seguro que lo hará en el futuro cercano.

5 TRATAMIENTO DIRECTAMENTE SUPERVISADO

A pesar de que desde hace 50 años existen tratamientos y métodos diagnósticos altamente efectivos para el tratamiento de la tuberculosis, según la OMS, este año morirán más personas por esta enfermedad que nunca antes en la Historia. La causa de esta aparente paradoja se debe básicamente a una ausencia o incompleta organización de los servicios sanitarios y a problemas de accesibilidad a dichos servicios por parte de gran parte de la población susceptible, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Existen multitud de factores relacionados con la enfermedad, las condiciones socioeconómicas y el tratamiento (Tabla II) que influyen en el mal cumplimiento terapéutico (10) circunstancia que se da entre el 20 y el 80% de los casos (11) (12).

(10) ENARSON, D. A.; GORSSE, J.; MWINGA, A.; HERSFIELD, E. S.; O'BRIEN, R.; COLE, S., *et al.*: *Lancet Conference: The challenge tuberculosis: statements on global control and prevention*. *Lancet*, 1995; 346: 809-819.

(11) POZSIC, C. J.: «Compliance with tuberculosis therapy». *Med Clin North Am*, 1993; 77: 1289-1301.

(12) BRUDNEY, K.; DOBKIN, J.: «Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness, and decline of tuberculosis control programs». *Am Rev Respir Dis*, 1991; 144: 745-9.

Tabla II. Factores asociados al mal cumplimiento del tratamiento en la tuberculosis.

<i>Debidos a la medicación</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Complejidad de la pauta. ● Elevado número de fármacos. ● Cantidad de comprimidos de cada fármaco. ● Duración del tratamiento. ● Intolerancia, toxicidad e interacciones.
<i>Debidos al curso natural de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausencia de síntomas tras tratamiento inicial. ● Curso crónico de la enfermedad.
<i>Debidos al sistema sanitario</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Coste de los medicamentos. ● Información incompleta o no adecuada. ● Falta de controles periódicos. ● Mala relación médico-paciente. ● Incomodidad de las visitas periódicas. ● Lejanía o mala comunicación del centro sanitario. ● Largas esperas. ● Cambios frecuentes de médico. ● Mala formación de los profesionales.
<i>Debidos a factores socioeconómicos y personales</i>	<ul style="list-style-type: none"> ● Pacientes psiquiátricos, alcoholismo, drogadicción, etc. ● Pobreza, inmigración, marginación, problemas económicos y familiares.

Un tratamiento incompleto o mal realizado tiene consecuencias perjudiciales no sólo para la salud del individuo, sino también en términos de salud pública para la comunidad, al propiciar la extensión de la enfermedad y la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos habituales.

La OMS inició en 1993 un ambicioso programa global contra la tuberculosis propugnando como estrategia clave el llamado «DOTS» o tratamiento directamente supervisado de corta duración (13). Para ello desarrolló una metodología y una serie

(13) World Health Organization TB Program: *What is DOTS. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS*. Ginebra: WHO/CDS/CPC/TB, 1999.

de herramientas de trabajo que incluyeron guías clínicas, programas de formación e información para los Gobiernos, población general y profesionales. El número de países que adoptaron esta estrategia en su lucha contra la enfermedad pasó de 10 en 1990 a 102 en 1997, siendo la cobertura actual de pacientes bajo tratamiento DOTS del 16% de los casos en 1997. Existe un creciente consenso —tal y como lo propugnan la OMS (14) o el CDC (15)— de que constituye la mejor alternativa para asegurar el cumplimiento del tratamiento y la curación de los enfermos. En la actualidad se propugna que se aplique DOT a cualquier enfermo de tuberculosis y no sólo a los grupos de riesgo de mal cumplimiento. Su éxito ha sido demostrado en países tales como China, Bangladesh, Vietnam, Perú, países del África occidental o Estados Unidos de América no sólo en términos de disminución de la letalidad, morbilidad y prevención de su transmisión en general, sino también en términos económicos, evidenciándose en diferentes estudios (16) su favorable coste-efectividad en comparación con las estrategias tradicionales.

Tabla III. Componentes claves de la estrategia DOTS.

- Compromiso del Gobierno sobre la estrategia ante la TBC
- Detección de casos mediante examen microbiológico de esputo en pacientes que demandan asistencia por síntomas claves.
- Tratamiento estandarizado de seis u ocho meses para todos los casos confirmados de esputo positivo, con supervisión directa del tratamiento durante al menos los dos primeros meses del tratamiento.
- Suministro regular, ininterrumpido de fármacos antituberculosos esenciales.
- Sistema estandarizado de notificación y registro de casos que permita la evaluación del resultado del tratamiento en cada paciente y para el programa en su conjunto.

(14) World Health Organization. TB.: *A crossroads. WHO Report on the Global Tuberculosis Epidemic, 1998*. Ginebra: WHO, 1999.

(15) CDC. «Approaches to improving adherence to antituberculosis therapy». *MMWR*, 1993; 42: 74-75,81.

(16) BURMAN, W. J.; DALTON, C. B.; COHN, D. L.; BUTLER, J. R. G.; REVES, R. R.: «A cost-effectiveness analysis of directly observed therapy vs self-administered therapy for treatment of tuberculosis». *Chest*, 1997; 112: 63-70.

7 EN QUÉ CONSISTE EL TOD Y CUÁLES SON LOS ENFERMOS SUSCEPTIBLES DE SER INCLUIDOS

Básicamente se trata de comprobar mediante la observación directa que el enfermo ha ingerido la medicación de la forma prescrita. Esta observación debe realizarla personal adiestrado y acompañarse de un sistema de registro e información exhaustiva con sistemas de alarma que identifiquen el incumplimiento o el abandono del tratamiento. Entre las indicaciones aceptadas y utilizadas en la actualidad podemos destacar las detalladas en la Tabla IV.

Tabla IV. Indicaciones para realizar TOD.

FACTORES SOCIALES	FACTORES SANITARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Incumplimiento previsible o petición del enfermo o familiares. ● Indigentes y sin domicilio. ● Población en prisión. ● Enfermos en edad pediátrica. ● Pacientes con desestructuración familiar o social. ● Problemas de acceso al sistema sanitario. ● Inmigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios de drogas. ● Enfermedad con bacterias multirresistentes. ● Antecedente de abandono de tratamiento. ● Alcohólicos. ● Enfermos mentales. ● Infección por VIH/SIDA.

La cobertura de enfermos de tuberculosis por DOT muestra una amplia variación entre países. En España su cobertura es baja, aunque ésta se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años, fundamentalmente dirigida a grupos de especial riesgo, destacando el de ingresados en instituciones penitenciarias (Tabla V).

Tabla V. Cobertura programa DOT según grupo poblacional con enfermedad tuberculosa en España.

	%
Global	5,4
Alcohólicos	9,9
VIH	12,3
Usuarios drogas	13,8
Prisiones	30,4

FUENTE: *Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre tuberculosis.*

La adecuada planificación y flexibilidad de la implementación del DOT, en función de las características personales del enfermo, debe incluir un rango de medidas de apoyo, tanto sanitarias como sociales, que se detallan en las Tablas VI y VII.

Tabla VI. Medidas de apoyo en el Tratamiento directamente supervisado.

- Acceso sencillo y rápido a los medicamentos.
- Flexibilidad en el lugar de la supervisión del tratamiento: Domicilio, centro sanitario, lugar de trabajo, etc.
- Proporcionar lugar de residencia estable y con condiciones higiénicas en caso de ausencia de éste.
- Proporcionar recursos sanitarios y sociales específicos en caso de otras condiciones acompañantes a la enfermedad: programas de deshabitación a drogas y alcohol, control de HIV/SIDA, ayuda domiciliaria a ancianos, acogida de inmigrantes, salud mental, etc.
- Disponer de profesionales o personal adiestrado (incluyendo familiares, ONGs o miembros de la comunidad) que sepan, puedan y quieran realizar la supervisión.
- Disponer de recursos que proporcionen de forma rápida, accesible, sencilla y en lenguaje adecuado información y consejo para los enfermos, sus familiares y los profesionales implicados.
- Desarrollar sistemas de incentivación especialmente orientados a las poblaciones con menor cumplimiento del régimen terapéutico.
- Disponer de un sistema de información que permita un acceso rápido a los datos de cumplimiento terapéutico y localización del enfermo en caso de sospecha de incumplimiento terapéutico.

Tabla VII. Lugares en los que puede realizarse DOT.

SIEMPRE	EN FUNCIÓN DE CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMO
<ul style="list-style-type: none"> ● Hospitalización. ● Instituciones penitenciarias. ● Dispositivos de asistencia a drogodependientes. ● Centros para alcohólicos o indigentes. ● Instituciones cerradas en general. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Centros de atención primaria. ● Dispensarios antituberculosos. ● Domicilio o alojamiento provisional. ● Centros de día. ● Hospitales y centros sociosanitarios.

8 ESTRATEGIA DE DOTS EN PAÍSES DE BAJA PREVALENCIA

Una de las claves fundamentales de la estrategia, en el caso de que el resto de los componentes se cumplan en mayor o menor medida (tabla III) —como es el caso de nuestro país—, es la supervisión del tratamiento en poblaciones marginales o con importantes problemas socioeconómicos y de integración social (ancianos, sin techo, usuarios de drogas, presos e inmigrantes) ya que presentan porcentajes de abandonos mucho más altos que en población general. Estas estrategias son en general complejas e implican una adecuada organización de los recursos de forma intersectorial y pluridisciplinar, evitando ofrecer exclusivamente soluciones «medicalizadas». La definición de esquemas organizativos eficaces y con sistemas de evaluación individual y global de las intervenciones continúa siendo una asignatura pendiente no resuelta en muchos países que tienen por otra parte elevados niveles de capacidad técnica y científica de sus sistemas sanitarios.

Un ejemplo de la efectividad de estas intervenciones, salvando las importantes diferencias sociales, culturales y de organización del sistema sanitario respecto en general a los países europeos, es sin duda lo ocurrido en los Estados Unidos de América, país en el que se introdujeron a principios de los noventa una serie de medidas organizativas y legislativas —especialmente en grandes ciudades con mayor prevalencia de la enfermedad—, así como un programa nacional de vigilancia epidemiológica que ha invertido y controlado la progresión de la epidemia (17) (18) (19).

En Estados Unidos los programas antituberculosos son de tipo vertical, es decir, existe una estructura específica con recursos suficientes para abordar todo el proceso diagnóstico y terapéutico de la enfermedad. En la mayoría de los casos esto incluye la figura del gestor de casos, protagonista del seguimiento y control del tratamiento directamente supervisado que coordina al resto de los profesionales y recursos necesarios para asegurar el cumplimiento terapéutico. Estos programas, en general muy agresivos, incluyen un seguimiento pormenorizado de cada paciente de forma prácticamente diaria e incluyen medidas tan drásticas como el ingreso en residencias específicas por un juez en caso de incumplimiento del tratamiento.

(17) CHAULK, C. P.; MOORE-RICE, K.; CHAISSON, R. E.: «Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis». *JAMA*, 1995; 274: 949-951.

(18) FRIEDEN, T. R.; FUJIWARA, P. I.: «Washko RM et al Tuberculosis in New York City—Turning the Tide». *N Engl J Med*, 1995; 333: 229-233.

(19) CHAULK, C. P.; POPE, D.: «The Baltimore City Health Department Program of Directly Observed Therapy for Tuberculosis». *Clinics in Chest Medicine*, 1997; 1: 149-154

9

EXPERIENCIAS EN ESPAÑA EN PROGRAMAS Y ACTIVIDADES DE TRATAMIENTOS DIRECTAMENTE SUPERVISADOS

En España existen bastantes experiencias de TDO (20) (21) (22) (23), aunque la mayoría son aisladas y basadas en la buena voluntad y entrega de los profesionales que las impulsan y llevan a cabo. Los buenos resultados obtenidos evidencian la necesidad de su generalización.

La aplicación de TDO en prisiones se ha generalizado tras el buen resultado de las primeras experiencias y en 1998 el 76,7% de las prisiones aplicaban TDO diario y un 13,7% más, de lunes a viernes, entregando al paciente las dosis del fin de semana. El mayor problema sigue siendo la falta de continuidad en el tratamiento debido a las excarcelaciones imprevistas (en un estudio hasta el 33% de los que iniciaron tratamiento fueron excarcelados antes de acabarlo) y a la dificultad para transferir el seguimiento del enfermo fuera de la prisión, ya que faltan canales de comunicación y derivación clara entre la sanidad intra y extrapenitenciaria. Sólo en los pacientes que están en programas de mantenimiento con metadona se logra una continuidad del tratamiento al estar definidos los cauces de derivación y funcionar la metadona como un «enganche».

(20) MARCO, A.; CAYLA, J. A.; SERRA, M.; PEDRO, R.; SANRAMA, C.; GUERRERO, R.; RIBOT, N.: «Pre-dictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release». *Eur Respir J*, 1998; 12: 967-971.

(21) CAMINERO, J. A.; PAVÓN, J. M.; RODRÍGUEZ DE CASTRO, F.; DÍAZ, F.; JULIA, G.; CAYLA, J. A.; CABRERA, P.: «Evaluation of a directly observed six month fully intermittent treatment regimen for tuberculosis in patients suspected of poor compliance». *Thorax*, 1996; 51: 1130-1133.

(22) PORTILLA, J.; BOIX, V.; SÁNCHEZ PAYA, J.; SANCHO, A.; PELLÍN, M. C.; TORRUS, D.; PRIEGO, M.: «Metadona más antituberculosos. Un programa observado directamente (TOD)». *SEISIDA*, 1997; 8 (suppl 1): 99.

(23) PRIEGO, M.; PELLÍN, M. C.; PORTILLA, J.; BOIX, V.; MARTÍNEZ, M. J.; REUS, S.; MERINO, E.; ROMÁN, F.; GIMENO, C.: «Tratamiento observado directamente de la tuberculosis en ADVP. Metadona más tuberculostáticos». *SEISIDA*, 1999; 10 (suppl 1): 85.

En Cataluña se llevan a cabo programas con administración de TDO, tanto a pacientes en régimen de ingreso como ambulatorios, con equipos para TDO ambulatorio que administran el tratamiento diariamente, a veces en la misma calle, con apoyo social e incentivos en algunos casos y que han comunicado cumplimientos del 91,8% en grupos de riesgo. En un programa desarrollado en Barcelona (24) los pacientes son atendidos por un equipo de enfermería que realiza encuestas epidemiológicas en el domicilio del paciente y estudia los contactos, promoviendo la adherencia al tratamiento. Los pacientes más necesitados eran ingresados en una residencia, donde recibían TDO. El programa se completaba mediante contactos mensuales con los médicos de cabecera de los pacientes, comprobando la adherencia y corrigiendo posibles anomalías. De esta manera se realiza una supervisión indirecta del tratamiento.

En Canarias se han realizado TDO a personas con factores de riesgo: indigencia, alcoholismo, adicción a heroína e historia de abandonos anteriores de tratamiento, con buenos resultados también (25). En Galicia, el programa de control de tuberculosis contempla la posibilidad de TDO o control de la adherencia semanal acercándose a la realidad del paciente, sobre todo en el medio rural, en el que la población está muy dispersa, apoyándose en la red social del paciente (farmacéutica de la aldea, el dueño del bar, un familiar cercano... se responsabilizan de la administración de la medicación). Experiencias similares se han realizado en Andalucía (26), con cumplimientos del 96%.

(24) ALCAIDE, J.; PASCUAL, J.; ALTET, M. N.; MALDONADO, J.; LÓPEZ, F.; SALLERAS, LI. «Resultados e impacto epidemiológico de una unidad de tratamiento directamente observado de la tuberculosis». *Arch Bronconeumol*, 1999; 35: 267-274.

(25) FONTAN, L.; DÍAZ, D.; CARBALLAL, J.; MOLINA, F.; VAREA, H.: «Tratamiento directamente observado en una unidad de TB». *Arch Bronconeumol*, 1999; 35 (2): 77.

(26) LOBO BARRERO, C. A.; PÉREZ ESCOLANO, E.: «Tratamiento de la tuberculosis: cumplimiento, abandono y tratamientos supervisados». *Arch Bronconeumol*, 1997; 33: 588-590.

En Madrid la mayoría de las personas en TDO están en programas de mantenimiento con metadona. En algunas áreas sanitarias en las que la prevalencia de la enfermedad es más elevada el sistema público sanitario y especialmente la red de atención primaria ha puesto en marcha diferentes iniciativas. En el Área 4 del Insalud se lleva a cabo un programa que incluye dos modalidades de control: el TDO propiamente dicho y una supervisión indirecta, semanal o quincenal, realizada en atención primaria, con un sistema de alerta ante los posibles abandonos. Médicos Sin Fronteras ofrece un servicio de TDO «a domicilio» en el distrito Centro, dirigido sobre todo a personas inmigrantes con dificultad para el seguimiento continuado de un tratamiento tan largo, por diversas razones.

10 REFLEXIONES PARA EL FUTURO

Las mayores dificultades para aplicar y desarrollar con éxito programas de tratamientos directamente supervisados radican en la ausencia de una política sanitaria global e integradora que aborde el control de la tuberculosis en España. Es, pues, preciso desarrollar una política sanitaria antituberculosa coordinada, estableciendo criterios homogéneos para el control de la tuberculosis entre todas las Administraciones y organizaciones relacionadas (Servicios de Salud Pública, servicios asistenciales, Atención Primaria y Especializada, servicios sociales, servicios penitenciarios, autoridades de inmigración y policía, sistema judicial, Organizaciones No Gubernamentales, etc.).

Las medidas organizativas, especialmente aquellas dirigidas a asegurar la continuidad de la asistencia entre niveles del sistema sanitario, la coordinación intersectorial y la aplicación de técnicas de gestión de enfermedades y cuidados compartidos

dirigidas a la población con factores socioeconómicos de riesgo son áreas en las que es preciso trabajar de forma urgente. La disponibilidad de medios para rastrear los abandonos de tratamiento y conseguir incentivos que favorezcan la adherencia implican cambios en la actual cultura de los gestores y profesionales sanitarios, así como, probablemente, financiación específica para estas intervenciones.

La generalización de esta estrategia debe incluir la formación y motivación de todos los profesionales implicados. Asimismo la creación de nuevas figuras, como los gestores de casos o agentes del paciente, facilitarían la coordinación de profesionales y recursos necesarios, asumiendo funciones asistenciales en aquellos casos con mayor riesgo de abandonos. El sistema sanitario en general, ocupado en que el paciente sea autónomo y responsable de su propia salud, encaja mal el tener que hacerse corresponsable de la curación de alguien que parece «no desea curarse», aunque parece existir cada vez más un consenso (27) en nuestro país sobre las actuaciones a desarrollar, que necesariamente precisan de una visión más integral del problema al que nos enfrentamos.

(27) VIDAL PLA, R.: «Utilidad del Tratamiento observado directamente (TOD) en la tuberculosis. ¿Qué hay que hacer en nuestro país?» *JANO*, junio 1998, 55, 1261, pág. 50.

Contraste rural-urbano sobre hábitos en niños de 10-11 años

Francisco Angora Mazuecos

*Médico de familia. Centro de Salud Pío XII
(Ciudad Real)*

M.^a Jesús Salve Díaz-Miguel

*Enfermera, DUE. Hospital Nuestra Señora
de Alarcón (Ciudad Real)*

M.^a de los Ángeles Rodríguez Torres

*Enfermera, DUE. Centro de Salud de Alcoba
de los Montes (Ciudad Real)*

Manuel Arenas Fernández

*Médico de familia.
Centro de Salud Piedrabuena
(Ciudad Real)*

Sumario

1. Introducción. 1.1. Población de estudio. 1.2. Método. 1.3. Cuestionario. 1.4. Diseño. 1.5. Análisis estadístico.—2. Resultados. 2.1. Alimentación. 2.2. Conocimiento visual directo de animales. 2.3. Hábitos referidos a los juegos. 2.4. Primer contacto con hábitos tóxicos de extensión social. 2.5. Visualización de televisión. 2.6. Hábitos de aseo personal. 2.7. Higiene del descanso. Hora de acostarse.—3. Discusión.—4. Agradecimientos.

RESUMEN

Hemos contrastado los hábitos de niños de entre 10 y 11 años del MU con los del MR, a través de encuesta sobre muestreo aleatorio simple en una población de 678 niños de 10 colegios públicos de

Ciudad Real capital y de la zona oeste de la provincia. Encontrando diferencia estadísticamente significativa. En cuanto a que los niños del MR conocen mejor la procedencia de los alimentos básicos, comen menos golosinas, comienzan a fumar antes y se inician después al alcohol, tienen menos interés por los programas informativos y deportivos de televisión y su higiene es más deficiente que la de los niños del MU. Otros resultados de interés para ambos medios: 1/3 de los niños se alimenta inadecuadamente por las mañanas, la mayoría ve televisión mientras come y cena y en compañía de sus padres, 1/3 tiene televisión en su habitación, 1/4 se acuesta pasadas las 23 horas las vísperas de lectivo y 2/3 refieren leer antes de dormir. Conclusiones. Constatamos escasa diferencia de hábitos entre los niños del MU y el MR. Mayoritaria coincidencia de hábitos, en algunos casos poco saludables, y tendencia a la homogeneización cultural.

ABSTRACT

We have contrasted the habits of children between 10 and 11 years of MU with the same of MR, through a poll of random sampling in a population of 678 children of public schools in Ciudad Real capital and in the west region of the province. The MR children know better the origin of basic food, eat less sweets, start smoking before and are initiated in alcoholic drinking afterwards, show less interest for informative and sport television programs and their hygiene is more deficient than that of children of MU. Some interesting results on the two groups: 1/3 of children feed inadequately at the mornings, the majority watch television while they eat and have supper with their parents, 1/3 have television set in their room, 1 / 4 go to sleep after 23 hour on the eve of school days and 2/3 prefer reading before sleeping. Conclusions. We deduce a small difference of habits among MU and MR children, a great coincidence of habits, sometimes unhealthy and a trend to cultural homogeneity.

1 INTRODUCCIÓN

Se conocen discrepancias notables en modos de vida y costumbres en las áreas rurales y urbanas de nuestro país, no sólo en cuanto a relación social, sino en cuanto a hábitos de alimentación, diversión, actividad deportiva, salud, cultura y economía, entre otros, como así lo muestra la literatura española y documentos sociológicos de carácter costumbrista.

Este fenómeno incluye a la población infantil que habita en ambos medios, y así estimamos que en el momento actual sigue habiendo diferencias de comportamientos y hábitos, lo que motiva nuestra investigación, que compara hábitos infantiles, de orden nutricional, lúdico, cultural y social en medio rural y urbano, confirniéndole mayor interés el hecho que más de la mitad de la población española habita en localidades pequeñas.

Hemos encontrado escasas publicaciones comparativas entre lo urbano y rural en niños de 10 años, todas de carácter divulgativo o informativo y no metodológico, haciendo referencia la mayoría a alguno de los aspectos del presente trabajo, como el alimentario, hábitos tóxicos y televisión, pero orientados a toda la comunidad global de niños.

Entendemos que es la edad idónea puesto que saben leer y escribir con soltura, entienden los conceptos y tienen un nivel de comprensión suficiente para responder con criterio personal dentro de su grado académico, teniendo aún pocos prejuicios.

El objetivo principal es el estudio comparativo de poblaciones urbana y rural de niños de quinto curso de enseñanza primaria (10-11 años) en aspectos alimentarios, conocimiento básico de su entorno, higiene personal, ocio, deporte, contacto con hábitos tó-

xicos y consumo de televisión. Se trata de poner de manifiesto, si es que existen, diferencias entre ambos colectivos, y en su caso actuar en consecuencia. Perseguimos al mismo tiempo la detección de problemas de salud reales o en ciernes, de forma conjunta o diferenciada en los dos ambientes, para promover las oportunas medidas preventivas o correctoras, en sintonía con la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1).

1.1. Población de estudio

Se trata de una población de 678 niños de 10 y 11 años, de quinto curso de educación primaria, pertenecientes a siete centros escolares en ámbito rural (menos de cinco mil habitantes) del oeste de la provincia y tres obtenidos al azar de los ubicados en Ciudad Real capital.

Centros Escolares Rurales y encuestas realizadas: Luis Vives, de Piedrabuena (20); Miguel de Cervantes, de Piedrabuena (35); Centro Escolar de Alcoba de los Montes (8); Centro Escolar de Horcajo de los Montes (9); Centro Escolar de Arroba de los Montes (16); Centro Escolar de Picón (4); Centro Escolar de Navalpino (9). En total 101 encuestas sobre el 47,4% de la población objeto de estudio.

Centros Escolares Urbanos y encuestas realizadas: Alcalde José Maestro, de Ciudad Real (25); Jorge Manrique, de Ciudad Real (49); Pío XII, de Ciudad Real (22). Total 91 encuestas sobre el 52,6% de la población objeto de estudio.

1.2. Método

Dirigimos sendas cartas de presentación y justificación del estudio a los directores de los centros escolares, garantizando la confidencialidad y la información posterior de los resultados. Ob-

tenida la autorización, los autores presentamos el cuestionario en cada uno de los centros escolares, haciendo una prueba piloto en tres de ellos a 30 individuos, que posteriormente se comparó al resultado de 15 entrevistas personales con alumnos no seleccionados, considerándolo así validado. La prueba definitiva se realizó mediante cuestionario autoadministrado, durante el mes de mayo del año 2001, en horario escolar, insertada en las actividades académicas y tutelada por su maestro habitual e investigadores.

1.3. Cuestionario

Quedó constituido definitivamente por 23 ítems, el primero de ellos con seis preguntas abiertas para respuestas escuetas y los otros 22 cerrados, de respuesta única 14 y múltiple ocho, todos ellos asequibles al grado de comprensión de los niños del estudio tras las oportunas modificaciones derivadas del proceso de validación.

1.4. Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo sobre corte transversal en la población referida, durante el segundo trimestre del año 2001, mediante cuestionario autoadministrado de 23 ítems asequibles a su grado de comprensión tras las modificaciones derivadas del proceso de validación y que se pasó a cumplimentar a un total de 192 niños alumnos de quinto de educación primaria, distribuidos en 10 colegios.

1.5. Análisis estadístico

El tratamiento estadístico de los datos está basado en un muestreo aleatorio simple sobre el total de sujetos incluidos

en la investigación. De las encuestas recogidas se extrae la información de las variables, cotejando proporciones sobre la misma variable recogida en ambos grupos y aplicando la prueba estadística de significación en cada una de ellas. Los datos se recogen tabulados. Al ser un estudio observacional, el posible punto de corte queda limitado por el tamaño de la muestra.

Se ha utilizado la aplicación del programa de análisis estadístico y epidemiológico Epiíinfo, versión 6.04. Los datos de la base han sido tabulados ordenadamente en cada uno de los grupos y sus variables con cálculo de los sujetos encontrados en cada variable, porcentajes, límites del intervalo de confianza del 95% y valor «p» para cada una de las variables. Las tablas y gráficos se han procesado con la aplicación Excel de Microsoft, perteneciente al paquete Microsoft Office.

2 RESULTADOS

2.1. Alimentación

2.1.1. CONOCIMIENTO SOBRE LA PROCEDENCIA DE ALIMENTOS DE CONSUMO HABITUAL

Tabla 1. Conocimiento sobre la procedencia de alimentos básicos

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		P
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	
a) Lácteos	39	38,61	29,1-48,8	22	24,18	15,8-34,3	61	31,77	0,0319
b) Cárnicos	90	89,11	81,3-84,4	60	65,93	55,3-75,5	150	78,13	0,0001
c) Pan	62	61,39	51,2-70,9	26	28,57	19,6-39,0	88	45,83	0,000005

LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

Variables: a) Lácteos. b) Cárnicos. c) Pan.

Resultados: Existen d.e.s. para las tres variables, siempre el conocimiento a favor de MR sobre el MU, con los siguientes porcentajes, para lácteos 39-24%, para cárnicos 89-66% y para el pan 61-20%.

2.1.2. ALIMENTACIÓN EN EL DESAYUNO

Tabla 2. Alimentación en el desayuno

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		P
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	
a) Lácteo	98	97,03	91,6-99,4	78	85,71	76,8-92,2	176	91,67	0,0046
b) Lácteo y sólido	62	61,39	51,2-70,9	58	63,74	53,0-73,6	120	62,50	0,7369
c) Fruta o zumos	7	6,93	02,8-13,8	13	14,29	07,8-23,2	20	10,42	0,0957

LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

VARIABLES: a) Toma de algún lácteo para desayunar. Incluye respuestas afirmativas a la toma de leche sola, leche con cacao, café con leche y yogur. b) Toma de un producto lácteo con un sólido hidrocarbonado. En las respuestas a esta variable se recoge la primera opción (a) más la toma de cereales, galletas o bollo industrial. c) Toma de fruta o zumo de frutas.

Resultados: El 92% toman lácteos con d.e.s. a favor del MR, el 63% toman lácteos más sólido y el 10% fruta o zumo sin d.e.s. en ambos casos.

2.1.3. ALIMENTACIÓN DURANTE EL RECREO ESCOLAR

VARIABLES: a) Ningún alimento en el recreo. b) Chucherías de bolsa (patatas, gusanitos, Chetos, Drakis, etc.). c) Frutas o zumo

de frutas. d) Sólido hidrocarbonado (bocadillo, bollo, sandwich o galletas).

Resultado: No toman nada el 32% MR y el 21% MU, con *p* casi significativa (0,0905). El 10% dice tomar chucherías y el 35% fruta o zumo, en ambos casos sin diferencia significativa entre MR y MU. Sí la hay en cuanto a la ingesta de sólidos, con el 41% MR y el 56% MU.

2.1.4. ALIMENTACIÓN DURANTE LA MERIENDA

Variables: a) Producto lácteo (leche con o sin cacao, café con leche o yogur). b) Lácteo más sólido (bocadillo, bollo industrial, cereales o galletas). c) Frutas o zumo de frutas. d) Bocadillo.

Resultados: Toman lácteos el 43 %, lácteo más sólido un 36% y bocadillo el 77%, en ninguno de los tres casos hay d.e.s. Sí la hay en la toma de fruta o zumo, con *p* = 0,0065, siendo para MR el 19% y para MU el 36%.

2.1.5. CONSUMO DE GOLOSINAS

Variables: a) Por la tarde, tras la merienda. b) Mientras se ve televisión.

Resultados: Toman golosinas después de la merienda y mientras ven programas de tv, sobre todo en el ambiente urbano, con diferencia altamente significativa para «por la tarde», con el 27% en MR por el 58% en MU y significativa para «mientras se ve la tv», con el 27% MR y el 42% MU.

2.2. Conocimiento visual directo de animales

Tabla 3. Conocimiento directo de animales

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		VALOR
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	P
a) A. Rurales	89	88,12	80,2-93,7	55	60,44	49,6-70,5	144	75,00	0,000009
b) A. Domésticos	99	98,02	93,0-99,8	90	98,90	94,0-100	189	98,44	0,6229

LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

(A. Rurales = animales rurales. A. Domésticos = animales domésticos.)

Variables: a) Propios del MR (vaca, oveja, caballo, burro, conejo, gallina), se considera variable afirmativa la totalidad de respuestas positivas. b) Domésticos urbanos y rurales: perro y gato.

Resultados: Los animales rurales son conocidos por el 88% de niños del MR, con d.e.s. sobre los del MU, 60%. Y los domésticos por el 98% de niños de ambos medios.

2.3. Hábitos referidos a los juegos

Variables extraídas de las preguntas 7, 8 y 9 del Cuestionario: a) Juegos en espacios exteriores, realizados en la calle, colegio, o parques. b) Juego en espacios interiores (en casa).

c) Juego individual (jugar solo/a). d) Juego compartido (jugar con otros niños). e) Deporte reglado, a través de asociación o club deportivo.

Resultados: Valores globales al no reflejar d.e.s. para ninguno de los tres ítems, así, juegan en el exterior el 64%, en casa el 53%, individualmente el 20%, compartido el 83% y hacen de-

porte reglado el 44%, sin que las cuestiones sean excluyentes entre sí.

2.4. Primer contacto con hábitos tóxicos de extensión social

Tabla 4. Primer contacto con hábitos tóxicos

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		VALOR P
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	
a) Alcohol	22	21,78	14,2-31,1	36	39,56	29,5-50,4	58	30,21	0,0073
b) Tabaco	17	16,83	10,1-25,6	3	3,30	0,70-09,3	20	10,42	0,0021
c) Ambos	13	12,87	07,0-21,0	2	2,20	0,30-07,7	15	7,81	0,0059

LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

Variables extraídas de las preguntas 17 y 19: a) Haber probado alguna bebida alcohólica. b) Probado a fumar. c) Probado ambas cosas.

Resultados: En relación con el alcohol existe d.e.s. a favor del MU 40% sobre el MR 22%. Con respecto al tabaco la d.e.s. está a favor del MR el 17% sobre el MU el 3%. En cuanto a ambos, también hay d.e.s. a favor del MR el 13% sobre el MU el 2%.

2.5. Visualización de televisión

2.5.1. TELEVISIÓN. BANDAS HORARIAS DE AUDIENCIA EN DÍAS LECTIVOS

Variables extraídas de las preguntas 10 y 12: a) Por las mañanas (antes de ir al colegio o antes de comer). b) Por las tardes (después de comer o después del colegio). c) Por las noches (después de cenar). d) En los tres casos (a+b+c). e) Durante la comida y/o la cena.

Resultados: Sin d.e.s. el 81% ven tv por la mañana antes de ir a la escuela y antes de comer al mediodía. Durante la tarde lo hace el 69%, por la noche el 66% y en los tres casos ven tv el 46% de los niños, ya sean en el MR o en el MU. Durante la comida y la cena la ven el 80% cercano a la significación estadística, con 85% para MR y 75% para MU.

2.5.2. TELEVISIÓN. ACOMPAÑADO DE LA MADRE/PADRE

Variables: a) Casi siempre. b) Casi nunca.

Resultados: la mayoría ven tv acompañados con d.e.s. entre MR el 86% y MU el 74 %.

2.5.3. TELEVISIÓN-ACCESIBILIDAD. NÚMERO DE RECEPTORES POR FAMILIA

Tabla 5. Número de receptores por familia

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		VALOR P
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	
a) Un receptor	21	20,79	13,4-30,0	9	9,89	04,6-17,9	30	15,63	0,0377
b) Dos receptores	51	50,50	40,4-60,6	40	43,96	33,6-54,8	91	47,40	0,3648
c) Tres o más	29	28,71	20,1-38,6	42	46,15	35,6-56,9	71	36,98	0,0124
d) TV habitación	32	31,68	22,8-41,7	24	26,37	17,7-36,7	56	29,17	0,4189

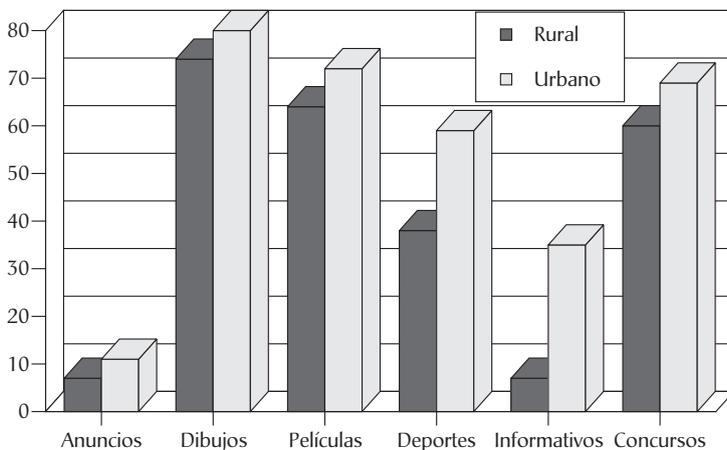
LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

Variables de preguntas 13 y 14: a) Un receptor. b) Dos receptores. c) Tres o más receptores. d) Receptor en la habitación del niño.

Resultados: Hay más hogares con un solo receptor de tv en el MR el 21%, con d.e.s., que en el MU el 10%. Con dos receptores encontramos el 50% sin d.e.s. Con tres o más registramos d.e.s. pero a favor del MU 46% sobre el MR 29%. El 29% de todos los niños dicen tener tv propia.

2.5.3. TELEVISIÓN. PREFERENCIAS DE PROGRAMACIÓN

Gráfico 1. Preferencias de la programación televisiva



Variables: a) Anuncios. b) Dibujos Animados. c) Películas. d) Deportes. e) Informativos. f) Concursos.

Resultados: Para ambos medios sin d.e.s., por orden de preferencias: 78% dibujos animados, 69% películas, 65% concursos, 48% deportes, 20% informativos y 9% anuncios. Arroja d.e.s. en deportes con 39% en el MR, siendo 59% en el MU, y en informativos con 6% para MR y 36% para MU.

2.6. Hábitos de aseo personal

Tabla 6. Aseo Personal

VARIABLE	MEDIO RURAL			MEDIO URBANO			TOTAL		VALOR P
	N	%	95% LC	N	%	95% LC	N	%	
a) 1-2 duchas	38	37,62	28,2-47,8	26	28,57	19,8-39,0	64	33,3	0,1839
b) 3 o más duchas	63	62,38	52,2-51,8	65	71,43	61,0-80,4	128	86,67	0,1839
c) Lavar manos AC	96	95,05	88,8-98,4	86	94,51	87,6-98,2	182	94,79	0,8654
d) Aseo dental/d	83	82,18	73,3-89,1	87	95,60	89,1-98,8	170	88,54	0,0035
e) Aceptable (b+c+d)	52	51,49	41,3-61,6	60	65,93	55,3-75,5	112	58,33	0,0425

LC: Límites de confianza establecidos para una precisión del 95%.

Variables de las preguntas 16 y 21: a) Uno o dos baños o duchas semanales. b) Tres o más baños o duchas semanales. c) Aseo de las manos antes de las comidas. d) Aseo bucodental al menos una vez al día. e) Aseo aceptable (Respuestas afirmativas b+c+d).

Resultados: Dice ducharse 1-2 veces a la semana el 33% de todos los niños, con mayoría del MR aunque sin d.e.s. El 67% lo hace tres o más veces por igual. Se lavan las manos antes de las comidas el 95% en ambas situaciones. Obtenemos d.e.s. en cuanto al lavado dental con 96% en MU –82% en MR. Además hay d.e.s. en lo que hemos considerado «aseo aceptable» con 66% en el MU y 51% en el MR.

2.7. Higiene del descanso. Hora de acostarse

Variables recogidas de las preguntas 20, 22 y 23: a) Antes de las 23 horas. b) Después de las 23 horas. c) Más tarde vísperas de días no lectivos. d) Lectura antes de dormir.

Resultados: En general en vísperas de lectivo el 78% se acuestan antes de las 23 horas y el 22% más tarde, tanto en el MR como en el MU. En vísperas de no lectivo se acuestan más tarde que en vísperas de lectivo el 84% del MR y el 92% de MU, cercano a la d.e.s. Antes de dormir tiene costumbre de leer el 64% de todos.

3 DISCUSIÓN

En el bloque de variables sobre alimentación llama la atención los pocos niños que conocen el origen de la leche y el pan, significativamente peor en el MU. Los del MR toman más lácteos y los del MU más fruta, pero también más golosinas al contrario que lo referido en otros trabajos (2,3,4). Si queremos garantizar crecimiento, actividad y atención en clase es necesario aportar en el desayuno al menos el 25-30% de las calorías diarias en forma variada de principios inmediatos, no sólo lácteos. Contemplando además lo que toman en el recreo, podemos concluir que el 35% de los niños no se alimentan adecuadamente durante la mañana.

Las diferencias tradicionales en la manera de jugar entre MR y MU no aparecen en nuestra encuesta. Es alentador el porcentaje, el 44% que ya hacen deporte reglado a esta edad, siendo de gran importancia para conseguir el desarrollo psicofísico adecuado (5).

Nos interesan las d.e.s. halladas para alcohol (más en MU), para tabaco y ambas cosas a la vez (más en MR). En ambos casos en porcentajes preocupantes para la edad. Referencias bibliográficas (6, 7, 8, 9, 10) nos hablan de mayor dependencia alcohólica entre adultos del MR contrario a nuestros datos y dan como «fumadores ocasionales» al 26% de niños a esta

edad (11), donde nosotros detectamos sólo un 10,5% y casi a expensas del MR. La deshabitación tabáquica y alcohólica es una lucha desalentadora en adultos que justifica la prevención a tempranas edades para poder influir en sus hábitos y comportamientos posteriores.

Nuestros chicos sujetos de estudio ven mucho la tv y a todas horas, incluso preside las reuniones familiares de comida y cena en el 80 % de los casos, quizá por eso nos dicen que suelen estar acompañados por adultos principalmente en MR.

Según la Fundación Encuentro (1999), el 52 % de los hogares españoles tenía más de un televisor, en nuestro trabajo detectamos dos tv en el 47,5% y tres o más en el 37% con d.e.s. a favor del MU. La Fundación refería 31,5% de niños con tv en su cuarto, nosotros el 29%. También coincidimos en los que ven tv más tarde de las 23 horas entre semana, ellos 23 y nosotros 22%.

Las preferencias de la programación coinciden en general con otros trabajos (12, 13, 14, 15), destacando en el presente la d.e.s. por los programas informativos y deportivos a favor de los niños del MU, a los que en realidad gustan más todos los programas, incluso la publicidad, que a los del MR.

Con respecto al «aseo aceptable» y al aseo dental hay d.e.s. a favor del MU, discrepante con otros trabajos (4, 16, 17, 18) en los que la higiene bucodental es mejor en el MR.

Para nuestra alegría y sin d.e.s. encontramos que el 64% leen antes de dormir, ¿será que al final del Cuestionario comenzaron a guardar las apariencias?, confiemos que no, pero este resultado junto al de que ven tv acompañados de sus padres en el 89% de los casos, nos provocan ciertas dudas (19).

Los datos bibliográficos no están a veces en consonancia con los resultados de nuestro estudio. Las discrepancias proba-

blemente sean atribuibles al hecho de tratarse de comunidades infantiles de entornos diferentes, donde los datos socioculturales y económicos son notablemente distintos a los existentes en nuestra zona.

A pesar de ser el fenómeno contemporáneo de mayor influjo en la vida humana en cuanto a transmisión de valores y socialización, en cuanto a la promoción de modas y costumbres, no se hace gran cosa para que los niños vean televisión con sentido crítico y que la razón compita con los poderosos estímulos sensoriales que nos transmite. Precisamente, ¿no deberíamos interferir en los hábitos de ver tv que tienen nuestros chicos?, en la escuela, utilizándola como un método complementario de aprendizaje, y en la familia, regulando el tiempo y el tipo de programas así como acostumbrándolos a hacer análisis.

Entendemos que la globalización cultural de nuestra sociedad esta eliminando las características diferenciales entre el ambiente rural y urbano para bien, facilitando el acceso de niños rurales más o menos aislados y también a los de nivel socio-cultural bajo a la información, lo que mejora los cocimientos generales y la sensibilización en su conjunto, y para mal, desenraizando a los niños de su propia cultura e imponiéndoles todo tipo de normas, modas, costumbres y tics, como se deduce también modestamente de nuestro trabajo.

Así pues proponemos la organización de bastos programas que regeneren «lo rural» como riqueza indispensable en el acervo cultural del Estado español, que siendo cultos no quedemos huérfanos de raíces, que siendo iguales compartamos peculiaridades diferentes. A escala real la propuesta consiste en elaborar proyectos cercanos que potencien «lo nuestro» para cada población, inmersos en el contexto actual, pero huyendo de tópicos y falsos complejos.

4 AGRADECIMIENTOS

A Juan Antonio González Mateos, pediatra consultor. A Marta Vaquero Trujillo, nuestra traductora de inglés. A los compañeros de la zona de los montes por su desinteresada colaboración. A los maestros y a los directores de los Colegios participantes en el estudio. A todos los niños que rellenaron las encuestas.

5 BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS. «Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud». *Rev. San. Hig. Pub.*, 1987; 61: 129-133.
- (2) DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SANITARIA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 1988. «Desayuno del niño en edad escolar». *Folleto Monográfico de Divulgación Sanitaria*.
- (3) PAZ GARMELO, J. A.: «Crecimiento y Desarrollo». *Ped. Prev. y Social*, 1994, cap. 21: 117-125.
- (4) GONZÁLEZ, J.: «Estudio de hábitos de higiene bucodental en preadolescentes y adolescentes de dos colegios urbanos y dos rurales». *An Esp Pediatr.*, 1996; 45: 14-20.
- (5) NOGALES, A.: «El Niño y el Deporte». *Ped. Prev. y Social*, 1994, cap. 28: 175-177.
- (6) BARRUECO, M.: «Veracidad en las respuestas de niños, adolescentes y jóvenes a las encuestas realizadas en los centros escolares», *Med. Clínic.* (Barc.) 1999; 112: 251-254.
- (7) LÓPEZ, F.: «El hábito del tabaco entre la población infantil», *Anales Españoles Pediátricos*, 1985; 4: 241-245.
- (8) NOGALES, A.: «El alcohol en la infancia y en la adolescencia», *Ped. Prev. y Social*, 1994, cap. 103: 671, 677.

- (9) LÓPEZ, F.: «Hábitos de consumo de alcohol entre la población infantil gallega», *An. Esp. Pediatr.*, 1985, 23, 8: 573-578.
- (10) BUENDÍA, J.: «Alcohol-dependencia y actitudes frente al consumo de alcohol en las familias de Murcia», *Psiquis*, 1987; 25-38.
- (11) SALA, J.: «Tabaquismo en escolares asturianos de EGB», *Arch. Bronconeumol.*, 1988; 24: 134-135.
- (12) GALDÓ MUÑOZ, C.: «La Televisión y los niños», *Pediatría Práctica, Prou Science*, 1997, páginas 65-76.
- (13) RICO, L.: *El buen telespectador*, Espasa, Madrid, 1994.
- (14) CLIFFORD, B. R.; GUNTER, B.; MCCALEER, J.: *Program evaluation, comprehension and impact. Television and Children*, 1995, cap. 8, páginas 200-227.
- (15) BRIAN, R.: *Children and TV*, 1998, 35-38.
- (16) CORTÉS, J.: *La caries dental de los escolares navarros según su medio de residencia y su nivel socioeconómico. Evolución en el período 1987-1997*, Universidad de Barcelona, Unidad de Odontología Preventiva y Comunitaria.
- (17) SICILIA, A., et al.: «Presencia de caries y enfermedad periodontal en los escolares españoles, visión global de los resultados obtenidos en las distintas localidades», *Avances en odontostomatología*, 1990, 6: 353-357.
- (18) SÁNCHEZ, A.: «Conocer los hábitos higiénicos de los escolares: cauce de colaboración ciudadana en salud», *Atención Primaria*, vol. 9, núm. 1, enero de 1992.
- (19) BARRUECO, M.: «Veracidad en las respuestas de niños, adolescentes y jóvenes a las encuestas realizadas en los centros escolares», *Med. Clíin.* (Barc.), 1999; 112: 251-254.

El acceso y las donaciones apropiadas de medicamentos

Javier Fonseca García-Donas
*Programa de Educación para el Desarrollo
de Cáritas Española (1)*

Sumario

1. El acceso a medicamentos esenciales.—2. Las donaciones de medicamentos.—3. Saber Donar. 3.1. ¿Por qué no sirven los medicamentos que nos sobran para enviarlos al Tercer Mundo? 3.2. ¿Cómo podemos realizar una donación apropiada de medicamentos? 3.3. ¿Qué podemos hacer con los restos de medicamentos?

RESUMEN

La promoción de la salud es una estrategia para conseguir salud, calidad de vida y equidad. La ordenación jurídica de nuestro país da un gran valor a la promoción de la salud. En la Unión Europea va adquiriendo paulatinamente una mayor importancia. Las actividades de promoción de la salud tiene que desarrollarse mucho más en

(1) Este artículo nace de los documentos elaborados por la Campaña Saber Donar a favor del acceso y las donaciones apropiadas de medicamentos. A ella y a las quince organizaciones sociales españolas que participan en la misma nos referiremos más adelante.

nuestro país y alcanzar niveles suficientes para toda la población. Las estrategias de promoción de la salud son multisectoriales e interdisciplinarias y requieren una sólida metodología y evaluación. Las experiencias de salud eficaces están bien definidas y deberían ser difundidas. El intercambio de buenas prácticas y la colaboración para la salud son claves. La equidad es uno de los ejes centrales de la promoción de la salud. El abordaje del impacto en la salud de los factores económicos, sociales y culturales es clave para evitar las desigualdades y conseguir la salud para todos.

ABSTRACT

There are 2.000 millions of persons in the world having no access to those medicines that cover their basic health needs. In front of this situation we ask the causes of this serious lack of supplies and the way to resolve it.

With that purpose, the article proposes the duty that all countries must have access to a list of essential medicines previously defined by local sanitary authorities, and following the directives of the O.M.S.

Given that this process requires time and political and business corporations will, we suggest a complementary way of solution to this problem: the revision of these donations of medicines, following also O.M.S. directives to achieve a quality of them and on the premises that donate does not mean to give leavings.

1 EL ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una tercera parte de la población mundial (más de 2.000 millones de personas) no tiene asegurado el acceso a aquellos medicamentos que satisfagan sus necesidades sanitarias esenciales. Esta cifra es todavía más explícita si consideramos que las principales causas de mortalidad en los países más pobres están causadas por enfermedades para las que hay tratamientos eficaces. En la falta de acceso a estos medicamentos y tratamientos preventivos y paliativos está el origen de una gran parte del millón de muertes anuales por malaria, o de una no menos despreciable porción de los dos millones de fallecimientos por causa de la tuberculosis que se dan cada año.

La OMS define los medicamentos esenciales como *aquellos que cubren la mayoría de las necesidades de salud en prevención, tratamiento y diagnóstico, de la mayor parte de la población. Su eficacia está comprobada, su rango de seguridad es aceptable y son económicamente accesibles*. Se trata, pues, de medicamentos que deben estar disponibles en todo momento en cantidades adecuadas y presentación apropiada y a un precio asequible para el individuo y la comunidad.

Este año se cumple el 25 aniversario de la primera lista de medicamentos esenciales, compuesta por aproximadamente 200 sustancias, elaborada por la OMS. Se trata de una lista que se actualiza periódicamente —cada dos años— y actualmente supera las 300 sustancias. Los países, tomando como referente esta Lista Modelo, asesorados por comités de expertos sanita-

rios internacionales y teniendo en cuenta sus patrones de mortalidad, elaboran sus propias listas nacionales. Para que un medicamento forme parte de la lista de esenciales de un país es preciso que cumpla con una serie de criterios de calidad, inocuidad, estabilidad en las condiciones de almacenamiento del país, coste por tratamiento, y se suele dar preferencia a medicamentos simples (con un solo principio activo) frente a los compuestos, salvo que éstos ofrezcan alguna ventaja terapéutica decisiva. La última revisión de la lista de la OMS fue llevada a cabo en 1999 –actualmente se está finalizando una nueva revisión– y en esa fecha 146 países habían establecido una lista nacional propia.

Buscando las razones principales de que se den problemas en el acceso a los medicamentos esenciales es posible distinguir al menos tres causas principales (2). Y detrás de todas ellas, una razón recurrente: el beneficio económico.

Es evidente *la falta de interés en la inversión e investigación de nuevos fármacos para tratamientos de aquellas enfermedades que afectan casi exclusivamente a los países menos desarrollados*. Entre 1975 y 1999 se comercializaron 1.393 nuevas entidades químicas, de las que sólo 13 eran específicas para enfermedades tropicales. ¿Por qué ocurre esto? El 80% de los beneficios que obtienen las industrias farmacéuticas tiene su origen en las ventas realizadas en Estados Unidos, Japón y Europa, y ninguno de estos clientes demanda tratamientos para enfermedades tropicales.

En otros casos, el problema no es la falta de medicamentos sino su *elevado precio*. Y el ejemplo más significativo podemos encontrarlo en el coste de la terapia antirretroviral que frena la

(2) HERRANZ, Emilia: «2.000 millones de personas sin acceso a medicamentos esenciales», en *Hacia una cooperación eficaz*. Informe de la Campaña Saber Donar. Madrid, Prosalus, pág. 4.

progresión del VIH-SIDA. El coste anual de la misma para una persona supone de cuatro a seis meses de salario si vive en un país desarrollado, mientras que si vive en un país en vías de desarrollo le costaría, en caso de estar disponible, el equivalente a 30 años de salario.

Por supuesto, antes de que un medicamento esté a disposición de la población debe seguirse un camino que irá desde la investigación hasta la comercialización, pasando por ensayos, registro, distribución... y este es un proceso caro. Pero de todo este itinerario, el coste de producción no suele superar el 1%. Una política de diferenciación de precios, que permitiera cargar los costes totales a los países ricos y tan sólo los de producción a los más empobrecidos, facilitaría el acceso de estos últimos a unos medicamentos imprescindibles para muchos de sus habitantes. Estamos hablando de países como los que conforman el África Subsahariana, cuya cuota de mercado respecto al comercio mundial de medicamentos es apenas un 1%. Luego el hecho de que estos países accedieran a ciertos medicamentos a un precio reducido casi pasaría inadvertido para los resultados de las grandes empresas farmacéuticas. Frente a esto, ¿qué es lo que ocurre en la actualidad?

La liberalización económica ha reducido considerablemente la capacidad de garantizar el acceso a los medicamentos esenciales por parte de los Gobiernos de países en desarrollo. Las grandes diferencias entre oferta y demanda encarece los precios de los medicamentos en estos países de forma considerable. Una investigación llevada a cabo por Acción Internacional por la Salud (AIS) en 1998 sobre precios de medicamentos, que comparaba los precios al por menor de 100 unidades (cápsulas o tabletas) de 21 medicamentos comúnmente usados en 42 países, reveló, entre otros datos, que la Amoxicilina de 250 mg.

cuesta en España 3,4 euros, mientras que en Bolivia alcanza los 18,18 (3).

A estas razones debe añadirse una más, de gran peso e importante calado económico y político. Todos los países pertenecientes a la Organización Mundial del Comercio deben adherirse al Acuerdo sobre *Derechos de la Propiedad Intelectual con el Comercio* (ADPIC/TRIPS en inglés). Por este Acuerdo que, además, dentro de unos plazos establecidos, debe incorporarse a la legislación nacional de los Estados miembros, la empresa que patente un medicamento goza de exclusividad de mercado para el mismo durante 20 años. Esto le otorga el derecho a fijar su precio e impide la fabricación o importación de genéricos —el mismo medicamento sin marca comercial—. En otras palabras, hace desaparecer la competencia y, con ella, la posibilidad de que los precios bajen. En los mismos acuerdos se abre una posibilidad a que el Gobierno de un país que se encuentre en una situación de Emergencia Nacional para la Salud Pública pueda autorizar mediante una Licencia Obligatoria la producción propia de los medicamentos necesarios, a pesar de que éstos estén protegidos por una patente; o a través de Importaciones Paralelas la adquisición del medicamento en cuestión del país donde se comercialice más barato. Pero, a pesar de estar así regulado y de constatarse la eficacia de estas medidas —en Brasil, la producción propia de genéricos, unida a una buena planificación sanitaria, ha reducido a la mitad la mortalidad a causa del SIDA—, con demasiada frecuencia este derecho se ve coartado por presiones de las industrias y laboratorios farmacéuticos. Aunque, si queremos ser objetivos, es preciso matizar esta última afirmación, ya que hay casos... y casos.

(3) Datos tomados de documentos internos de la Campaña Saber Donar a favor del acceso y las donaciones apropiadas de medicamentos.

Probablemente recordemos el juicio en el que se vio implicado el Gobierno sudafricano al ser demandado por 39 multinacionales farmacéuticas, cuando intentó acogerse a las medidas comentadas para frenar la epidemia de SIDA que sufre su población. Sólo después de tres años de pleito —tiempo en el que miles de enfermos sudafricanos se vieron privados de tratamiento— y gracias a las presiones y campañas internacionales de la sociedad civil, a finales de 2001 las empresas farmacéuticas se retiraron del juicio.

Sin embargo, hace unos meses pudimos ver cómo no todas las emergencias sanitarias son igualmente tratadas.

En efecto, ante la amenaza que se extendió por los Estados Unidos de América de una «epidemia de antrax», el Gobierno no dudó en autorizar a través de una Licencia Obligatoria la producción de Ciprofloxacino, producto cuya patente tiene el laboratorio alemán Bayer. Por suerte no fue necesario llegar a esos extremos, ya que se pudo demostrar que dicha epidemia no existía —fue un efecto más del pánico provocado tras el atentado del pasado 11 de septiembre en Nueva York—. Además, antes de llegar a esa solución, el laboratorio Bayer se ofreció generosamente a proveer de dicho medicamento a los Estados Unidos de América a un menor precio, lo que puede considerarse una Importación Paralela.

La comparación de estos casos da bastantes y evidentes pistas del doble rasero que aplica la industria farmacéutica a sus clientes.

El acceso a los medicamentos esenciales exige, por tanto, la voluntad de organismos internacionales, industria farmacéutica, Gobiernos y sociedad civil para conseguir:

- Mayor inversión y prioridad, por parte de instancias políticas nacionales e internacionales y laboratorios farma-

céuticos, en Investigación y Desarrollo para las enfermedades olvidadas o poco rentables en términos económicos.

- Aplicación de una política de diferenciación de precios que permita que paguen menos los que menos tienen.
- Facilitar a los países que lo necesiten la posibilidad de acceder a los medicamentos a través de Importaciones Paralelas o de Licencias Obligatorias y flexibilización de las patentes.

2 LAS DONACIONES DE MEDICAMENTOS

Aparentemente, y mientras no se solucionen los problemas de acceso, la idea de recoger los medicamentos que nos sobran y enviarlos allí donde «puedan necesitarlos» no parece descabellada. Sin embargo, tras años de experiencia se ha podido comprobar que aproximadamente un 75% de los medicamentos recogidos se tiene que eliminar directamente. Del 25% restante, alrededor de un 70% son medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas de la tercera edad, mientras que los productos farmacéuticos que más se demandan en los países en desarrollo son los más ausentes (Farmacéuticos Mundi).

Junto a este dato, emergencias sanitarias producidas en los últimos años nos hacen igualmente replantear estas prácticas. La necesidad de disponer de medicamentos en el menor tiempo posible para responder a esas situaciones, ha dado casos nada deseables de donaciones problemáticas. Así, tras el terremoto que asoló El Salvador en 2001, aproximadamente el 37% de las 882 toneladas de medicamentos que se recibieron resultaron inapropiados, pese a la existencia de un listado de nece-

sidades establecido por el Gobierno salvadoreño. Algo parecido ocurrió en marzo de 2000 cuando el 69% de los medicamentos recibidos tras las inundaciones de Mozambique tuvieron que destruirse, pues no respondían a las necesidades identificadas por el país. Del 31% restante, menos de la mitad estaban incluidos en la lista de 33 medicamentos solicitados por las autoridades sanitarias mozambicanas.

No podemos olvidar que, al igual que en cualquier otro ámbito de la cooperación internacional, en materia de donaciones de medicamentos cooperar no es dar lo que sobra. Son necesarios una serie de criterios que permitan que las donaciones sean eficaces.

3 SABER DONAR

En España ha existido y existe una gran tradición de donaciones de medicamentos por parte de particulares a farmacias, parroquias, ONG... Obviamente, estas prácticas no pueden cambiarse de la noche a la mañana. Ni tampoco está la solución en oponerse a las donaciones de medicamentos. Se trataría, por un lado, de reorientar progresivamente la gran actividad solidaria que en este campo se viene realizando desde España hacia unas donaciones apropiadas y eficaces. Y por otro, de instar a los poderes públicos competentes para que agilicen la puesta en funcionamiento de las agencias encargadas en todo el Estado de gestionar adecuadamente los envases y residuos de medicamentos usados.

Con esta finalidad, en 1999 se inicia la campaña *Saber Donar* en España con el objetivo de mejorar la calidad de las donaciones de medicamentos que salen de las distintas organizaciones en España, y también desde 2001 defender el derecho al

acceso a medicamentos esenciales. Se trata de un proyecto que se enmarca en el consorcio europeo «*Medicines crossing borders*» y en el que participan en la actualidad 15 organizaciones españolas (4).

Para lograr estos objetivos es preciso responder a las siguientes cuestiones:

3.1. ¿Por qué no sirven los medicamentos que nos sobran para enviarlos al Tercer Mundo?

Las enfermedades más frecuentes o de mayor prevalencia no son siempre las mismas en todos los países. Por eso, muchos de los medicamentos que aquí usamos no se necesitan en otros lugares. Es muy frecuente, como ya hemos señalado, que aquellos realmente necesarios no lleguen a su destino, pues las donaciones se convierten en «limpiezas de botiquín» en las que simplemente nos desprendemos de lo que nos sobra. Esto provoca casos extremos, como el envío de solución para lentillas a Sudán en 1990; o de cacao de labios y parches antinicotina a los campos de refugiados albanokosovares en 1999. Una donación cuyo contenido no sirve para nada y el receptor tiene que gastar dinero en destruirlo es una donación perjudicial.

A la hora de hacer una donación es necesario valorar la adaptación de los medicamentos donados a cada circunstancia. Por ejemplo, los supositorios no resisten bien en zonas con cli-

(4) Organizaciones pertenecientes a la campaña Saber Donar: Cáritas, Colegio de Farmacéuticos de Bizkaia, Colegio de Farmacéuticos de Murcia, Colegio de Farmacéuticos de Zaragoza, Cruz Roja Española, CUSAD, Farmacéuticos Mundi, Farmacéuticos sin Fronteras, Fundación para el Desarrollo de la Enfermería, Fundación Farmacia Siglo XXI, Instituto de Salud Carlos III, Médicos del Mundo, Médicus Mundi, Médicos sin Fronteras y Prosalus (coordinadora).

mas cálidos ni son fácilmente aceptados en muchas áreas; los sobres de polvos son menos estables y necesitan agua para su disolución; los inyectables necesitan jeringuillas y agujas estériles, no siempre disponibles para su administración... Desprendernos de estos productos vía donaciones genera un proceso de recogida, selección, transporte y distribución mucho más costoso que adquirir los medicamentos que el país receptor ha identificado como necesarios en una central de compra especializada.

Por otro lado, una vez el medicamento sale del control farmacéutico no se puede garantizar su calidad. Puede no haber tenido las condiciones óptimas de conservación, es posible que ya esté empezado, o que no sea suficiente para un tratamiento completo...

3.2. ¿Cómo podemos realizar una donación apropiada de medicamentos?

En 1996, la OMS estableció una serie de directrices, recomendadas en nuestro país por la Agencia Española del Medicamento, que exigen que las normas de calidad de los medicamentos deben ser iguales para todos. En otras palabras: *«no deben donarse medicamentos ya usados o muestras gratuitas»*. Estas directrices fueron revisadas y ratificadas en 1999 por la propia OMS, organizaciones sociales y organismos internacionales como Cáritas Internationalis, Iglesias para la acción de la salud del Consejo Mundial de Iglesias, Cruz Roja Internacional, OXFAM, ACNUR, UNICEF, Banco Mundial... entre otros.

Constan de doce artículos que se resumen en cuatro principios esenciales (ver cuadro).

POR LINAS DONACIONES APROPIADAS (OMS)	
>	Beneficio máximo para el receptor: Todo donativo debe basarse en las necesidades expresadas por el receptor y se deben evitar los donativos de medicamentos no solicitados.
>	Respeto de los deseos y la autoridad del receptor: Los donativos deberán ser conforme a las políticas sanitarias oficiales y las disposiciones administrativas existentes en el país receptor.
>	Idénticas normas de calidad para todos: No estamos eliminando desechos. Si la calidad de un artículo es inaceptable para el país donante, será también inaceptable como donativo.
>	Comunicación eficaz entre donantes y receptores: Los donativos tienen que basarse en la necesidad expresada y no deben enviarse sin previo aviso.

En virtud de estas directrices, los medicamentos deberán ser nuevos; cumplir normas internacionales de calidad; tener fecha de caducidad superior a un año; sus envases estarán adaptados a las condiciones del país receptor para facilitar su transporte, almacenamiento y manejo, y la información del envase y el prospecto estará en un idioma comprensible para el receptor.

Además, deberán estar incluidos en las listas legales del país receptor. Y para adquirirlos se puede acudir a laboratorios de genéricos, donde se encontrarán más baratos y sin nombre comercial que pueda confundir al receptor, evitando así casos como el ocurrido en 1998, tras el paso del huracán «Mitch», cuando llegaron a Centroamérica donaciones de medicamentos con etiquetas ilegibles y nombres de marcas comerciales, que no pudieron utilizarse.

Otra alternativa es la adquisición de estos medicamentos genéricos en laboratorios especializados, bien de países en desarrollo –resultan más económicos y están adaptados a las necesidades de estos países–, bien del propio país receptor –si los fabrica–, con lo que, una vez asegurada la calidad del medicamento, se evitan problemas de transporte y aduanas y se incentiva el comercio y la industria local.

Todos estos criterios acelerarían el proceso de las donaciones y asegurarían que los medicamentos recibidos van a responder a las verdaderas necesidades de los beneficiarios.

3.3. ¿Qué podemos hacer aquí con los restos de medicamentos?

Muchas de las donaciones inapropiadas son consecuencia del uso irracional de los medicamentos que hacemos en los países más desarrollados. España es uno de los países que más gasto sanitario público destina a medicamentos. En 1999 se superaron los 6.000 millones de euros de gasto farmacéutico. Y en muchos casos los pacientes dejan de tomar los medicamentos antes de completar el tratamiento señalado por el médico. Esto puede traer consigo consecuencias para la salud —enfermedades mal curadas, resistencia a ciertos microorganismos en el caso de los antibióticos...— y significa también un gasto extraordinario y una fuente de residuos médicos.

No obstante, aun en el supuesto de que los hábitos de consumo médico cambiaran, hay que contar con que seguiríamos teniendo medicamentos en casa que ya no nos sirven, pues han caducado, sobran porque el envase que compramos tenía más comprimidos que los necesarios para el tratamiento...

Es necesario, pues, un cambio en los hábitos de consumo de medicamentos. Evitar la automedicación y aprender a «limpiar» los botiquines correctamente. Los medicamentos que ya no utilizamos se convierten en residuos, la mayoría de las veces tóxicos, y deben ser convenientemente eliminados para evitar la contaminación medioambiental.

Y si no podemos donarlos, ¿qué haremos con ellos?

En mayo de 1999, Farmaindustria, Fedifar (Asociación de Distribuidoras) y el Consejo General Farmacéutico crearon una sociedad limitada sin ánimo de lucro denominada SIGRE (Sistema Integrado de Gestión y Recogida de Envases). Su objetivo es constituir y administrar un sistema para la recogida, tratamiento, recuperación, reciclado y/o destrucción de los envases y sus residuos. El SIGRE responde a la Directiva de la Unión Europea 94/62 sobre gestión de envases, asumida por el ordenamiento español. La aplicación de esta normativa al sector farmacéutico exige que éste se responsabilice del reciclado de los envases y la eliminación de los residuos medicamentosos.

Los residuos recogidos se clasificarán y separarán por materiales básicamente en dos tipos: por un lado residuos asimilables a urbanos –cartón, papel, aluminio, vidrio, plástico...– que se entregarán a entidades especializadas para su reciclado, y por otro residuos peligrosos, de acuerdo a la ley 10/98 de Residuos, que están constituidos por el propio medicamento y aquellos materiales que hayan estado en contacto directo con el fármaco. En este caso, se procederá a su eliminación, en un principio de dos formas: inertización y depósitos de seguridad por tratamiento térmico (termólisis) e incineración con recuperación energética.

En este proyecto, que poco a poco se está implantando en todo el territorio estatal, están implicados la industria, las oficinas de farmacia y los distribuidores. La industria se responsabiliza de la financiación del sistema y de la identificación de los envases de sus medicamentos con el logo de SIGRE. Por su parte, los distribuidores aportan la logística necesaria para la recogida, transporte y almacenamiento de los medicamentos y su posterior entrega en las plantas de selección y clasificación. Y las oficinas de farmacia tendrán un contenedor identificado

con el sello del SIGRE en el que podrán depositarse los envases, vacíos o con medicamentos. Junto a esto, llevarán a cabo una función asesora e informativa para los consumidores, resolviendo sus dudas respecto a la recogida y eliminación de medicamentos.

Bibliografía *

Servicio de Documentación
de Cáritas Española

A) SALUD Y POBLACIÓN

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD; LÓPEZ CASANOVAS, Guillem; CALLAU PUENTE, Javier: *Jornadas de economía de la salud (19.ª Zaragoza, 1999): necesidad sanitaria, demanda y utilización*. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud, 1999.

ASOCIACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE GERONTOLOGÍA, ESPAÑA. Defensor del Pueblo: *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*. Madrid: Defensor del Pueblo, 2000.

BALLESTER BRAGE, Luis. *Las necesidades sociales: teorías y conceptos básicos*. Madrid: Síntesis, 1999.

BARRANCO, A. (et al.): *Poblaciones y bienestar*. Zaragoza: Mira, 1999.

BERNABEU MESTRE, Josep; ROBLES GONZÁLEZ, Elena: «Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria». *Política y sociedad*, septiembrediciembre 2000, n.º 35, págs. 45-54.

* Agradecemos la colaboración de la Biblioteca del Instituto de Salud Carlos III, de la Biblioteca de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Servicio Aragonés de Recursos en Salud.

- DURÁN HERAS, M.^a Ángeles: *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV, D. L. 1999.
- ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, MÉDICOS DEL MUNDO: *Evaluación de necesidades en salud pública: proyecto integral de salud pública en BiH*. Granada: EASP, 1999.
- FELBER, Christian: *Hacia un futuro ecológico: el paciente España*. Madrid: Fundamentos, 1998.
- GIL LÓPEZ, Enrique; GONZÁLEZ ALONSO, Julia; VILLAR ÁLVAREZ, Fernando (coords.): *Informe sobre la salud de los españoles, 1998*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, D.L. 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Madrid: IMSERSO, 2001.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité Regional de Europa: *La pauvreté et la santé*. [s. l.]: [sin editar], 2001.
- PÉREZ DÍAZ, Víctor; CHULIÁ, Elisa; ÁLVAREZ-MIRANDA, Berta: *Familia y sistema de bienestar: la experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*. Madrid: Fundación Argentaria; Visor, 1998.

A.1. Salud e infancia

- BARÓ SANTAMARTA, Concepción; LASSALETTA GARBAYO, Elvira: «Atención a la Salud Mental de niños y adolescentes: una visión desde el trabajo social». *Trabajo social hoy*, primer semestre 2000, monográfico, págs. 53-64.
- BARTLETT, Sheridan (*et al.*): *Ciudades para los niños: los derechos de la infancia, la pobreza y la administración urbana*. Madrid: Unicef, Comité Español; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, D.L. 2001.

- BENÍTEZ ROBREDO, M.^a Teresa; LANGUÍN ROCHA, Almudena; SÁNCHEZ DÍAZ, Mercedes: *Programa de atención al niño en situación social de riesgo*. Madrid: Ayuntamiento, 2000.
- ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo: *Catálogo de programas en el área de la salud de la mujer y del niño desarrollados por las Comunidades Autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
- UNIVERSIDAD DE GIRONA: Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida: *Riesgo y protección en la población infantil : factores sociales influyentes según los profesionales de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Servicio de Documentación de la CAM, 2000.

A.2. Salud y jóvenes

- Guía de salud, apuntes para que tú decidas: sexualidad, sida, anorexia-bulimia, drogas*. Córdoba: Cruz Roja Juventud, Plan Joven, Ayuntamiento, D.L. 1999.
- COMUNIDADES EUROPEAS: *Comisión. Informe sobre la salud de los jóvenes en la Unión Europea*, 2000.
- JORNADAS SOBRE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (2001, Murcia): «Educación para la salud y juventud» / María SAINZ MARTÍN... [et al.]. *Revista de estudios de juventud*, diciembre 2001, n.º 55, monográfico.
- MADRID. Consejería de Sanidad: *Las Representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños: segunda monografía del «Sistema de información de indicadores de salud de carácter sociocultural»*. Madrid: Comunidad Autónoma, 1997.
- MOLLEJO APARICIO, Encarnación: «Situación de la atención en Salud Mental infanto-juvenil en la Comunidad de Madrid en el año 2000». *Trabajo social hoy*, primer semestre, 2000, monográfico, págs. 45-52.

A.3. Salud y género

ANTOLÍN, Luisa: *Cooperación en salud con perspectiva de género*. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España, 1997.

BAYT AL-THAQAFÁ, BARCELONA. Ayuntamiento: *Aixa: salut materno-infantil en dones marroquies*. Barcelona: Ayuntamiento, 1993. Vídeo (VHS) 23 min.

CASTRILLO RODRÍGUEZ, Susana (et al.): *Guía de autocuidados para las mujeres inmigrantes*. Madrid: ENS, ISCIII, 1999.

COLOM, Dolors (et al.): Estudio sobre la Mujer en el Sistema Socio-Sanitario». *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, primer trimestre, 1999, n.º 45, págs. 41-59.

CONGRESO INTERNACIONAL MUJERES, TRABAJO Y SALUD (1996, Barcelona): *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1997.

MIQUEO, C. (et al.): *Perspectivas de género en salud: Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, 2001.

MOLINA GONZÁLEZ, Montserrat: *Adaptaciones etno-culturales en pautas de salud reproductiva de mujeres inmigrantes marroquíes en Granada*. Granada: EASP, 1999.

PALACIOS, Santiago: *Salud y Medicina de la Mujer*. Barcelona: Ediciones Harcourt, 2001.

Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial. Madrid: Instituto de la Mujer, 1999.

A.4. Salud y mayores

CENTRO DE HUMANIZACIÓN DE LA SALUD: *Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*. Madrid: Cáritas Española, 1999.

- Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles, análisis prospectivo*. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2000.
- ESCUADERO ESPINOSA, María Cecilia: *Opinión de adultos mayores sobre accesibilidad a un centro de salud*. Granada: EASP, 99.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, Rocío: «Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales». *Intervención psicosocial*, 1997, vol. 6, n.º 1, págs. 21-35.
- (dir.): *Gerontología social*. Madrid: Pirámide, 2000.
- GARCÍA ARROYO, María Jesús: *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez: un modelo alternativo de educación para la salud*. Salamanca: Amarú, 1995. Vídeo (VHS), 25 min.
- HAYFLICK, Leonard: *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder, 1999.
- IMSERSO: *Atención a personas mayores que viven en Residencias: protocolos de intervención psicosocial y sanitaria*. Madrid: IMSERSO, D. L. 1998.
- LÓPEZ NAVARRETE, Ester: *Factores relacionados con la utilización de servicios sanitarios de atención primaria por población anciana*. Granada: EASP, 1995.
- MARTÍNEZ MAROTO, Antonio (coord.): *Gerontología y derecho: aspectos jurídicos y personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
- MARTÍNEZ ZAHONERO, José Luis: *Economía del envejecimiento: calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos*. Madrid: CES, 2000.
- MONTIEL TORRES, Ana María: «Calidad de vida y tercera edad: algunos indicadores». *Revista de Fomento Social*, abril-junio 1997, n.º 206, págs. 215-236.
- MORAGAS MORAGAS, Ricardo (ed.). *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona: Herder, 1999.

- NEUGARTEN, Bernice L.: *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder, 1999.
- PEÑALVER CASTELLANO, Rafael: «Evolución de la salud y coordinación sociosanitaria en el anciano». DOCUMENTACIÓN SOCIAL, julio-septiembre 1998, n.º 112, págs. 85-95.
- PÉREZ ORTIZ, Lourdes; IMSERSO: *Las necesidades de las personas mayores: vejez, economía y sociedad*. Madrid: IMSERSO, 1998.
- RUIPÉREZ CANTERA, Isidoro: *Salud y enfermedad en los mayores*. Barcelona: Glosa, 1999.
- SHARMA, Himanshu S.; MOUTON, Charles P.; BEHL, Rajesh: *Enfermedades seleccionadas en ancianos*. Barcelona: Medical Trends, 1999.
- WALTERS, Rhiannon (et al.): *Estrategias probadas para mejorar la salud de las personas mayores: un informe de Eurolink Age para la Comisión Europea*. Bruselas: Eurolink Age, 1999.

B) SALUD Y EXCLUSIÓN

- AMO, Julia del (dir.): *Prevención del VIH/SIDA en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida, D. L. 2001.
- ANDALUCÍA. Defensor del Pueblo: *Estudio sobre la atención socio-sanitaria a los enfermos de SIDA en Andalucía*. [S.l.]: Defensor del Pueblo, 199?.
- ANDALUCÍA ACOGE (et al.): *Carpeta de salud para inmigrantes*. Andalucía Acoge; Cruz Roja Española, Médicos del Mundo, Fundación Progreso y Salud, Delegación de Salud de Almería, CC.OO. Sevilla: Fundación Progreso y Salud, 2001.
- COMISIONES OBRERAS. Consejo Confederal: *Los servicios de atención a las personas dependientes: propuestas de inclusión en la renovación del Acuerdo de Pensiones*. Madrid: CC.OO., 2000.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL.: *La pobreza y la exclusión social en España: propuestas de actuación en el marco del Plan nacional para la Inclusión Social*. Madrid: CES, 2001.

- CUADROS RIOBÓ, Alfonso: «Salud e inmigraciones: la experiencia del programa de atención sociosanitaria a inmigrantes de Médicos del Mundo en Madrid». *Migraciones*, 1997, n.º 2, págs. 237-248.
- «Salud y fenómeno migratorio: respuestas a las necesidades sociosanitarias de la inmigración». *Revista de estudios de juventud*, junio, 2000, n.º 49, págs. 81-89.
- HOROVITZ, Menachem: «Después de 2000. La droga: ¿un problema de delincuencia o un problema de salud?». *Revista de Treball Social*, septiembre 1999, n.º 155, págs. 140-147.
- IMSERSO. *Tu salud es lo que importa: guía de salud para inmigrantes y refugiados*. Madrid: IMSERSO, 1999.
- MEJÍAS VALENZUELA, Eusebio (coord.): *La atención primaria de salud ante las drogodependencias*. Madrid: FAD, D. L. 2001.
- MITJANS PERELLÓ, Esther (et al.): «Salud mental y trabajo social». *Revista de Treball Social*, marzo 1997, n.º 145, monográfico.
- PAÍS VASCO. Defensor del Pueblo: *Atención comunitaria de la enfermedad mental: personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la CAPV*. Vitoria: Ararteko, 2000.
- PÉREZ PÉREZ, Marisa: «Programa de Rehabilitación en los Servicios de Salud Mental». *Trabajo social hoy*, primer semestre 2000, monográfico, págs. 71-76.
- Seminario Salud Mental y Exclusión Social (1997, El Escorial)*. Organizado por Cáritas Española, Departamento de Acción Social. Madrid: Cáritas Española, 1997.
- SOLAS GASPAR, Olga; UGALDE, Antonio (ed. lits.): *Inmigración: salud y políticas sociales*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
- VALTUENA BORQUE, Óscar. «Medidas para proteger y promover la salud de los inmigrantes en España». *Migraciones*, diciembre 2000, n.º 8, págs. 231-249.

C) SALUD Y DESIGUALDAD

BARONA, Josep Lluís: «Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar». *Política y sociedad*, septiembre-diciembre 2000, n.º 35, págs 31-44.

BENZEVAL, Michaela; JUDGE, Ken; WHITEHEAD, Margaret (ed. lits.): *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. Londres: King's Fund, 1996.

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.

DURÁN HERAS, María Ángeles: «La nueva división del trabajo en el cuidado de la salud». *Política y sociedad*, septiembre-diciembre 2000, n.º 35, págs. 9-30.

GAKIDOU, E.; MURRAY, C. J. L., y FRENK, J.: «Definición y medición de desigualdades en salud: una metodología basada en la distribución de la esperanza de salud». *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos n.º 3, 2000.

GWATKIN, D. R.: «Desigualdades sanitarias y salud de los pobres: ¿Qué sabemos al respecto? ¿Qué podemos hacer? Reflexión crítica». *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos n.º 3, 2000.

REGIDOR POYATOS, Enrique; GUTIÉRREZ-FISAC, Juan L.; RODRÍGUEZ, Carmen: *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.

REXACH CANO, Lourdes (et al.): «Nivel socioeconómico, exclusión social y salud». *DOCUMENTACIÓN SOCIAL*, enero-marzo 1997, n.º 106, págs. 149-180.

RONDA PÉREZ, Elena: *Desigualdades sociales en salud: Situación en España en los últimos años del siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante, 2002.

D) SALUD Y EDUCACIÓN

BUÑUEL HERAS, Enrique (*et al.*): *Esto es vida: una propuesta didáctica para trabajar educación para la salud en coeducación*. Madrid: Caja Madrid, Obra social; CAM, Dirección General de Salud Pública; Fundación de Ciencias de la Salud, 1998.

PÉREZ ANDRÉS, C.: «Conocer para transformar: La información y el conocimiento para la equidad de la salud». *Revista Española de Salud Pública*, vol. 75, n.º 2, 2001.

PÉREZ DE AYALA MORENO, Elisa: *Trabajando con familias: teoría y práctica*. Zaragoza: Certeza; Consejo General de Diplomados en Trabajo Social, 1999.

SERRANO GONZÁLEZ, María Isabel (coord.): *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1998.

E) SALUD Y NUTRICIÓN

COMITÉ MIXTO FAO/OMS DE EXPERTOS EN ADITIVOS ALIMENTARIOS: *Safety evaluation of certain food additives and contaminants*. Geneva: World Health Organization, 2000.

Healthy eating during pregnancy and breastfeeding: booklet for mothers. [Copenhagen]: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2001.

Infórmate y exige: campaña de seguridad alimentaria. [Madrid]: Consorcio para la Seguridad Alimentaria [ca. 1999]. Vídeo (VHS); (10 min.).

MARTÍN-MONTALVO RECIO, Jesús: *Cuaderno didáctico sobre seguridad alimentaria en enseñanza secundaria: campaña de educación sobre seguridad alimentaria*. Madrid: CEACCU, 2001

OMS. Euro: *Food, nutrition and health policy for women and their families*. Copenhagen: OMS, 1999.

PEDERSON, Robert M.: *Urban food and nutrition security: participatory approaches for community nutrition*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2001.

POLO RODRÍGUEZ, Rosa: *Manual de nutrición y sida*. Madrid: Fundación Wellcome, 2000.

REQUEJO, Ana M.; ORTEGA, Rosa M.: *Nutriguía: Manual de nutrición clínica en atención primaria*. Madrid: Complutense, 2000.

VALENCIA. Generalidad; BRINES, Juan: *Introducción a la nutrición infantil*. Valencia: Consejería de Sanidad, 1999.

F) POLÍTICA DE SALUD

CORTÉS ALCALÁ, Luis; LÓPEZ MADERUELO, Óscar: *España y el desarrollo social: balance y propuestas ante los compromisos de la Cumbre de Copenhague 95*. Madrid: Cáritas; INTERMON, 1999.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Salud 21: una introducción al marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Madrid: MSC, 1999.

GARDE, Juan Antonio (ed lit.): *Políticas sociales y Estado de Bienestar en España. Informe 2000*. Madrid: FUHEM; Trotta, 1999.

GIL LACRUZ, Marta; PONS DÍEZ, Javier: «Alternativas psicosociales al Estado de Bienestar». *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 1999, n.º 15, págs. 97-121.

GONZÁLEZ TEMPRANO, Antonio (dir.): *La política de gasto social 1984-1996 en la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas*. Madrid: Consejo Económico y Social, 1998.

GUTIÉRREZ-SOLAR CALVO, Beatriz: *El deber de Seguridad y Salud en el trabajo: un estudio sobre su naturaleza jurídica*. Madrid: Consejo Económico y Social, 1999.

JORNADAS NACIONALES DE DEBATE SOBRE LA SANIDAD PÚBLICA (16, 1996. Ciudad Real): *El sistema sanitario 10 años después de la Ley General de*

- Sanidad*, organizadas por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Ciudad Real: ADSP, 1996.
- LANDA ZAPIRAIN, Juan Pablo: *La reforma de la Sanidad Pública y del Régimen Jurídico de su personal*. Madrid: Consejo Económico y Social, 1999.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, Guillem: «Financiación y gasto sanitario público: evolución reciente». *Economistas*, 1988, n.º 77, extra, págs. 233-242.
- MADRID. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio de Coordinación y Apoyo Técnico: *Correspondencias entre la zonificación de servicios sociales 1998 y la zonificación de salud 1998*. Madrid: Comunidad de Madrid, 1999.
- MEHROTRA, Santosh; VANDEMOORTELE, Jan; DELAMONICA, Enrique: *¿Servicios básicos para todos?: el gasto público y la dimensión social de la pobreza*. Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2000.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: OMS, 2000.
- INSTITUTO DE SALUD CARLOS III: *Eliminar obstáculos al desarrollo saludable: informe sobre las enfermedades infecciosas*. [s. l.]: [s. n.], 1999.
- SEGURA BENEDICTO, Andreu: «La salud pública y las políticas de salud». *Política y sociedad*, septiembre-diciembre 2000, n.º 35, págs. 55-64.
- Políticas sociales contra la exclusión social: actas del simposio, Madrid, 1997*, organiza Cáritas Española; equipo técnico: Francisco SALINAS RAMOS, Víctor RENES. Madrid: Cáritas Española, 1997.
- TAMAYO LORENZO, Pedro Antonio: *Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España: un estudio desde la perspectiva de la equidad*. Madrid: CES, 2001.
- MITTELMARK, M. B.: *Evaluación del impacto sobre la salud y política pública en favor de la salud a nivel de la comunidad: Promoción de*

la responsabilidad social en materia de salud. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 2001.

MOODIE, R.; PISANI, E.; DE CASTELLNAU, M.: *Infraestructura para la promoción de la salud: el arte de lo posible. Zaragoza: Asociación Trabajo Social y Salud, 2001.*

Últimos títulos publicados

	Euros
N.º 107 Arte y sociedad (Abril-junio 1997)	9,02
N.º 108 Informática, información y comunicación (Julio-septiembre 1997)	9,02
N.º 109 Trabajando por la justicia (Octubre-diciembre 1997)	9,02
N.º 110 Educación y transformación social (Enero-marzo 1998)	9,56
N.º 111 La España que viene (Abril-junio 1998)	9,56
N.º 112 Las personas mayores (Julio-septiembre 1998)	9,56
N.º 113 El despertar de América Latina (Octubre-diciembre 1998)	9,56
N.º 114 Derechos Sociales y Constitución Española (Enero-marzo 1999)	9,92
N.º 115 España y el Desarrollo Social (Abril-junio 1999)	9,92
N.º 116 El trabajo, bien escaso (Julio-septiembre 1999)	9,92
N.os 117-118 Las Empresas de Inserción a debate (Octubre-diciembre 1999-Enero-marzo 2000)	15,03
N.º 119 Ciudades habitables y solidarias (Abril-junio 2000)	9,92
N.º 120 Adolescentes y Jóvenes en dificultad social (Julio-septiembre 2000)	10,82
N.º 121 El desafío de la migraciones. (Octubre-diciembre 2000)	10,22
N.º 122 2001 Repensar el voluntariado. (Enero-marzo 2001)	10,22
N.º 123 Europa: proyecto y realidad (Abril-junio 2001)	10,22
N.º 124 Jóvenes del siglo xxi. (Julio-septiembre 2001)	10,22
N.º 125 Las otras caras de la globalización (Octubre-diciembre 2001)	10,22
N.º 126 Deuda externa y ciudadanía (Enero-marzo 2002)	10,76
N.º 127 Salud y Equidad (Abril-junio 2002)	10,76

Próximos títulos

N.º 128 Calidad en la Acción Social (Julio-septiembre 2002)	10,76
N.º 129 Trabajo en Red (Octubre-diciembre 2002)	10,76