

ÍNDICE

Presentación	13
Prólogo	15

MÓDULO 1

INTRODUCCIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Introducción a la salud pública. Antonio Sarría Santamera	21
2. Promoción de la salud. Concepto. Antonio Sarría Santamera	47
3. Modelos en promoción de la salud. Antonio Sarría Santamera	69
4. Promoción de conductas saludables. Bases teóricas. Pilar Nájera Morrondo	89

MÓDULO 2

PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

1. Epidemiología y sistemas de información sanitaria. Antonio Sarría Santamera	117
2. Metodología cualitativa en promoción de la salud. Eva Bolaños Gallardo	139

3. **Planificación en promoción de la salud.** Antonio Sarría Santamera 155
4. **Evaluación de programas de salud.** Antonio Sarría Santamera ... 173

MÓDULO 3

MÉTODOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD: PREVENCIÓN Y ESTILOS DE VIDA

1. **Educación para la salud.** Pilar Nájera Morrondo, M.^a del Carmen Hernández Martínez 197
2. **Comunicación para la salud. Marketing social.** Antonio Sarría Santamera 211
3. **Responsabilidad por la salud. El empoderamiento.** M.^a Rosa Munugarren Homar, M.^a del Carmen Hernández Martínez 231
4. **La comunidad. La acción comunitaria.** M.^a Rosa Munugarren Homar 253

MÓDULO 4

MÉTODOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD: ENTORNO, SOCIEDAD Y SALUD

1. **Escuelas promotoras de salud.** M.^a Rosa Munugarren Homar ... 279
2. **Ciudades sanas.** Carlos Aibar Remón 291
3. **Políticas públicas saludables. El caso del tabaco.** John Elder. Manuel Cortés Blanco 309
4. **Desigualdades sociales y promoción de la salud.** Lucía García de Dueñas Geli 339

MÓDULO 5

PROGRAMAS DE SALUD

1. **La salud de la población inmigrante.** Alberto Torres Cantero 367

2. Violencia y salud pública. Florentino Moreno Martín	391
3. Accidentes de carretera. M. ^a Rosa Munugarren Homar. Antonio Sarría Santamera	411
4. Prevención y control de las enfermedades crónicas. Antonio Sarría Santamera	427
ANEXOS	447

Tema 4

DESIGUALDADES SOCIALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

LUCÍA GARCÍA DE DUEÑAS GELI

CONTENIDOS

1. Salud y sociedad
 - 1.1. La importancia del estudio de las desigualdades sociales en salud
 - 1.2. Razones para reducir las desigualdades sociales en salud
2. El concepto de desigualdad
 - 2.1. La clase social
3. Desigualdades sociales y salud
 - 3.1. Evidencia sobre la existencia de las desigualdades sociales en salud
 - 3.2. Explicación a la relación entre desigualdades sociales y salud
4. Intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud
5. Conclusiones

«no entendiéndolo como compasión sino como justicia, si la propiedad del hombre pobre —su salud, su fortaleza, su resistencia, su capacidad de trabajar— las únicas propiedades del hombre pobre, no fuesen protegidas del mismo modo que las propiedades del rico, *si no protegieran esas propiedades, se estaría haciendo justicia al hombre pobre?*». (RA SLANEY, *Hansard's Parliamentary Debates*, 3rd series, 96 1848 Feb 10, 413).

1. SALUD Y SOCIEDAD

En esta sección se discute la responsabilidad que la promoción de la salud tiene en cuanto a la aparición, mantenimiento o disminución de las desigualdades sociales en salud. Aunque las desigualdades sociales en salud han existido siempre, hoy en día están en el punto de mira de muchos gobiernos y es que existen motivos sociales, morales y económicos para que su persistencia nos preocupe. Los estudios sobre las desigualdades sociales en salud contribuyen a determinar las causas de las mismas lo que a su vez es la base para diseñar estrategias de intervención.

En primer lugar, se aclararán una serie de conceptos esenciales para la comprensión del tema; a continuación se revisarán brevemente algunos estudios que muestran la magnitud de las desigualdades sociales en salud; posteriormente, se profundizará en cómo los determinantes de la salud repercuten de forma diferente en los diversos grupos de la sociedad, generando así desigualdades sociales en salud. Por último, se verán ejemplos de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud dentro del marco de la promoción de la salud.

1.1. La importancia del estudio de las desigualdades sociales en salud

El estudio y monitorización de las desigualdades sociales en salud contribuye a:

- Identificar aquellas zonas geográficas más desfavorecidas, poblaciones más vulnerables a la enfermedad y enfermedades más prevalentes en estas poblaciones, es decir enfermedades que se distribuyen de modo desigual entre las poblaciones.
- Identificar aquellos determinantes de la salud que, al afectar de modo desigual a los grupos de la sociedad están originando o manteniendo las desigualdades.

Ambos puntos son fundamentales a la hora de establecer estrategias de intervención.

1.2. Razones para reducir las desigualdades sociales en salud

A nivel institucional, tanto las instituciones sanitarias como las no sanitarias declaran una preocupación por la equidad en salud si bien los resultados distan de ser satisfactorios. Recordemos que el primero de los objetivos adoptados por la OMS en su estrategia «Salud para todos en el año 2000» es el siguiente: *«Para el año 2000, las diferencias en el estado de salud entre los países y entre los grupos dentro de cada país deberían haberse reducido por lo menos en un 25%, mejorando el nivel de salud de los países y grupos menos favorecidos»*. Además, la igualdad es un concepto que subyace en muchos otros objetivos de esta estrategia. Aunque los objetivos se han ido revisando, el concepto de igualdad se ha considerado tan importante para la década de 1990 como lo era cuando comenzó el programa, en 1984. Sin embargo, a pesar de que la estrategia ha sido adoptada por todos los países miembros, las últimas revisiones sobre la evolución de los objetivos siguen mostrando la persistencia de desigualdades. Por ello, la equidad en salud sigue siendo un objetivo clave de «Salud 21: salud para todos en el siglo 21» documento que describe el marco teórico de la estrategia de la OMS en la región europea para el nuevo milenio.

En España, la constitución de 1978 establece el derecho de todos los ciudadanos a la salud y el libre acceso a la asistencia sanitaria. A su vez, la Ley General de Sanidad de 1986 por la que se establece el Sistema Nacional de Salud, tiene la equidad como uno de los criterios nacionales a tener en cuenta en la planificación.

Aparte de los motivos sociales y éticos que justificarían el esfuerzo para reducir las desigualdades sociales en salud, existen otros motivos de tipo más pragmático: desde el punto de vista económico estas desigualdades representan un gasto innecesario de recursos humanos y sanitarios y un desperdicio de talento que podría ser utilizado para aumentar la productividad, y, en último término la riqueza de un país. Ahora bien, ¿a qué llamamos desigualdad?

2. EL CONCEPTO DE DESIGUALDAD

No todas las diferencias en el estado de salud pueden considerarse desigualdades. El término **desigualdad** se refiere a *diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran injustas*. Un criterio muy utilizado para considerar cuan injusta es una situación es ver el grado de libertad que se pone en juego. Allí donde la gente apenas tiene posibilidades de elegir sus condiciones de vida y de trabajo las diferencias de salud resultantes pueden ser consideradas más injustas que las que se derivan de situaciones donde existe una posibilidad de libre elección. Por ejemplo, la práctica del esquí puede considerarse una actividad voluntaria, por tanto, una lesión producida por un accidente de esquí no se consideraría una situación injusta. La distinción es más difícil en otros casos: ¿hasta qué punto unos hábitos dietéticos poco saludables son consecuencia de la libre elección o más bien se deben a una información deficiente, unos recursos escasos y/o una educación insuficiente?

Basándose en la definición de desigualdad, el objetivo de la política para conseguir la igualdad en materia de salud no es eliminar todas las diferencias sanitarias, sino eliminar o cuando menos reducir las que resulten de factores que se consideran evitables e injustos.

2.1. La clase social

Existen diferentes medidas de la clase social (llámese clase social o situación, posición, o clase socioeconómica); no hay unas mejores que otras, la elección de una u otra depende de los propósitos del estudio. Al fin y al cabo, la medición de la clase social en el estudio de las desigualdades en salud implica un reconocimiento de que los factores sociales y económicos influyen sobre la salud. Por ello es interesante observar cuáles son los determinantes socioeconómicos que están más relacionados con cada problema de salud de cara a actuar sobre ellos.

Cuando se estudia la salud de las mujeres se pone de relieve la importancia que tiene elegir un indicador u otro; en los primeros estudios realizados en Gran Bretaña, se encontraron desigualdades en salud mayores en los hombres que en las mujeres, probablemente debido a la mala elección de la medida de clase social de las mujeres.

Para medir el nivel socioeconómico de la mujer puede resultar más aproximado preguntar por la ocupación (o el nivel de estudios) del marido que recoger esta información de la mujer propiamente dicha. Esto se debe a que el nivel socioeconómico del marido refleja muchas veces mejor el nivel de vida de la familia, y por ende, de la mujer.

De hecho, dos estudios realizados en Noruega e Inglaterra que utilizan como indicador socioeconómico de las mujeres la ocupación del marido, revelan una asociación mayor con la salud que cuando se utiliza la propia ocupación de las mujeres.

No obstante, las medidas que eran apropiadas para entender las desigualdades en salud en las mujeres hace una década pueden no serlo tanto en la actualidad, habida cuenta de la nueva estructura del mercado de trabajo, donde un número creciente de mujeres tienen empleo, aunque éste sea frecuentemente a tiempo parcial o de un rango social bajo.

Los indicadores que se suelen utilizar para medir la clase social son la ocupación, la educación y los ingresos.

Tradicionalmente, las medidas de la clase social se han basado en la **ocupación**, ya que está asociada a los riesgos físicos del trabajo, el estrés laboral, la satisfacción, la estabilidad laboral y el prestigio social. Esta medida, al estar relacionada con los ingresos, también refleja en cierta medida el acceso a los servicios sanitarios y la posibilidad de tener una vivienda adecuada. En España, la Sociedad Española de Epidemiología hizo en 1995 una propuesta de clasificación socioeconómica basada en la ocupación con objeto de que todos los estudios utilizaran las mismas categorías y pudieran ser comparados. Esta clasificación puede ser empleada con diferentes fuentes de datos (boletín estadístico de defunción, boletín estadístico de nacimientos, Conjunto mínimo Básico de Datos, historias clínicas, registros de enfermedades, censo...).

En cuanto a la **educación**, el indicador más utilizado es el nivel de estudios alcanzado. La educación puede influir en el estado de salud a través de los estilos de vida, la capacidad de resolver problemas y los conocimientos, valores y actitudes que se tengan respecto a la salud, por ejemplo, respecto a las prácticas preventivas. En la medida en que la educación proporciona la cualificación requerida para ciertas ocupaciones, podría también reflejar aspectos similares que los indicadores de ocupación.

Por último, el **nivel de ingresos** puede afectar a la salud en cuanto que está relacionado con el acceso a los servicios sanitarios, a viviendas adecuadas, a una nutrición equilibrada, buenas condiciones de trabajo, estilos de vida saludables o instalaciones recreativas. El problema de este indicador es que a veces es difícil conseguirlo: en la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) de 1983 la pregunta que recogía el nivel de ingresos de la familia y del encuestado obtuvo una tasa de no respuesta próxima a un 40% por lo se tuvo que retirar la pregunta del cuestionario de la ENSE de 1993.

Como ya hemos sugerido en los párrafos anteriores, existen muchos solapamientos entre estos tres tipos de indicadores y sus relaciones con la salud.

3. DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD

3.1. Evidencia sobre la existencia de las desigualdades sociales en salud

El hecho de que los grupos sociales difieren en sus condiciones de vida no resulta desconocido; no hay más que pensar en las condiciones de vida de la clase obrera en Europa durante la revolución industrial: un estudio realizado en Francia en 1842 muestra que mientras la mitad de los hijos de los obreros de las fábricas textiles morían antes de los 2 años, la mitad de los hijos de los gerentes de estas mismas fábricas podían llegar a alcanzar los 29 años. 100 años después seguimos encontrando diferencias sociales en mortalidad, morbilidad, y acceso a servicios sanitarios cualesquiera que sean los indicadores socioeconómicos que se utilicen y cualquiera que sea el país o región objeto de estudio.

No es el objetivo de este capítulo hacer una revisión exhaustiva de la evidencia que existe respecto a las desigualdades sociales en salud; sí que nos parece interesante, no obstante citar algunos ejemplos para dar una idea del alcance que pueden tener estas desigualdades en cuanto a exceso de morbilidad y mortalidad.

A principios de los años 80 se publica un estudio sobre las desigualdades sociales en salud en Gran Bretaña conocido como el «**Black Report**». Su importancia radica tanto en su contenido como en la repercusión social y científica que tuvo a nivel nacional e internacional. El informe revela que a pesar de la existencia del Sistema Nacional de Salud desde 1948, la mortalidad en la clase obrera era de más del doble que la de los profesionales con titulación superior (clase I). También se observa la falta de mejora, y en algunos aspectos deterioro, de la salud de las clases de trabajadores manuales (IV y V), comparada con la de la clase I, a lo largo de los años 60 y principios de los 70. En cuanto a la utilización de servicios sanitarios las mayores diferencias por clase social se dan en el uso de servicios preventivos. A raíz de este informe se abre un debate social y científico que ha perdurado hasta nuestros días y diversos países comienzan a hacer estudios similares.

La OMS dedicó el informe anual de 1995 a revisar la brecha que separaba los países pobres y los países ricos: 11 años después de la formulación de sus objetivos, mientras la esperanza de vida en el país con un mayor producto nacional bruto (PNB), Japón, era de 79 años, en Uganda, el país con un menor PNB, ésta era de tan sólo 42 años. En análisis posteriores se ha observado que la esperanza de vida ha aumentado en los países de la Europa Occidental en los últimos 30 años mientras que en Europa Central y del Este ha disminuido. Este deterioro del estado de salud ha ido de la mano de la crisis económica y la consecuente disminución del estándar de vida en estos países. Las consecuencias trágicas de la crisis se han sentido incluso con más fuerza en los grupos menos privilegiados dentro de estos países.

En un estudio que compara 11 países europeos se ve que la morbilidad percibida es mayor en los grupos con un menor nivel educativo. La desigualdad es máxima en Noruega donde los grupos con menor nivel educativo tienen una probabilidad de percibir su salud como regular o mala 2.5 veces mayor que los grupos con mayor nivel educativo.

Estudios recientes empiezan a apuntar que la desigualdad en la distribución de la riqueza existente en una sociedad influye por sí misma en el estado de salud de esa sociedad con independencia de la riqueza absoluta. Dicho de otro modo, en los países donde las diferencias en ingresos son máximas, el nivel de salud de los grupos más pobres es peor que el nivel de salud de un grupo con esos mismos ingresos pero que resida en una sociedad donde las diferencias económicas son menores. Una explicación podría ser que las sociedades que toleran que exista mucha desigualdad socioeconómica probablemente también dediquen pocos recursos al bienestar social, la educación pública o el acceso a la asistencia sanitaria. En cualquier caso, es interesante la observación de que las políticas que signifiquen una mayor desigualdad en la distribución de la riqueza pueden tener un impacto considerable en la salud de la población.

En España existen una serie de limitaciones para realizar este tipo de estudios. En primer lugar, existe una menor tradición en investigación, máxime en estos aspectos; aunque en los últimos años el número de estudios y publicaciones ha aumentado considerablemente. En segundo lugar, existen una serie de deficiencias en las fuentes de información; las fuentes de datos sanitarias carecen de información socioeconómica y las fuentes de datos administrativas carecen de datos sanitarios. Así ocurre en el Movimiento Natural de la Población donde la variable de ocupación no se cumplimenta correctamente, en la encuesta de Morbilidad Hospitalaria, que no recoge ninguna variable social o en el censo donde no se recoge información sanitaria; esto no es así en otros países; en Inglaterra, por ejemplo, se han incorporado a las preguntas del censo una serie de preguntas sobre enfermedades crónicas.

En España, en cambio, las únicas fuentes de información que recogen datos sanitarios y socioeconómicos son las Encuestas de Salud. En tercer lugar la legislación impide que se puedan obtener registros individualizados e imposibilita que se puedan cruzar fuentes de datos de diversa procedencia (administrativa y sanitaria) para obtener información al nivel del individuo.

Debido a estas limitaciones, la mayoría de los estudios españoles utilizan bien las encuestas de salud, bien datos procedentes de dos o más fuentes —unas aportan los datos sanitarios, otras los datos socioeconómicos— agregados por zonas geográficas determinadas (Comunidad Autónoma, provincia, municipios, barrios, etc.). En un informe realizado con esta última metodología, se analizan las diferencias entre zonas geográficas pequeñas en

España y se detecta un patrón «Norte-Noroeste» y « Sur-Suroeste» donde se encuentran desigualdades en dos indicadores de privación material —analfabetismo y desempleo— siendo las Comunidades Autónomas que presentan mayor privación las siguientes: Extremadura, Andalucía, Canarias, Murcia, parte de Castilla La Mancha, Ceuta y Melilla. Estas mismas Comunidades, junto con la Comunidad Valenciana, son las que presentan peor situación en lo que a mortalidad se refiere. En este mismo estudio se observa una asociación positiva entre los indicadores de privación material y los de mortalidad, tanto en las zonas de más de 50.000 habitantes como en las más pequeñas.

Diversos estudios realizados en zonas urbanas también han empleado el análisis de áreas pequeñas, utilizando como unidad de estudio bien el barrio, bien el distrito. En un estudio de este tipo realizado en Barcelona en 1991 se detecta un distrito, Ciutat Vella, cuya razón de mortalidad comparativa es 29% mayor que el del conjunto de la ciudad de Barcelona, y cuya razón de años potenciales de vida perdidos es un 82% mayor.

Puntos clave:

- Las desigualdades en salud, aunque más acusadas en los países en vías de desarrollo, no son un fenómeno restringido a ellos: existen entre todos los países, y dentro de éstos entre todos los grupos sociales.
- La relación entre nivel socioeconómico y salud es lineal, es decir que no son sólo los más pobres los que tienen peor salud sino que a medida que se prospera socioeconómicamente el estado de salud también mejora.
- Las diferencias sociales en salud no son un fenómeno estático; de hecho, en algunos casos están aumentando. Por el mismo motivo es posible reducirlas a través de intervenciones.

3.2. Explicación a la relación entre desigualdades sociales y salud

Los estudios de desigualdades sociales, además de identificar zonas prioritarias de actuación y/o grupos vulnerables, contribuyen a esclarecer las causas de estas desigualdades.

Aunque las causas son múltiples y están interrelacionadas, es interesante establecer una clasificación para ordenar conceptos y planificar intervenciones concretas.

Antes de comenzar con los determinantes de las desigualdades es preciso mencionar dos explicaciones que algunos autores encontraron para las desigualdades descritas en el informe Black:

1. *Errores metodológicos.* Se producen por los sesgos numerador-denominador (la información de los casos y de la población a riesgo procede de fuentes distintas), los cambios en la clasificación de las clases o en el tamaño de las clases (la composición de las clases sociales puede variar con el paso del tiempo, pueden incorporarse nuevas ocupaciones y/o desaparecer otras, por ejemplo, puede disminuir la proporción de individuos en la clase más baja, convirtiéndose ésta en una clase de mayor exclusión social) o las limitaciones propias de las medidas de salud o de clase socioeconómica empleadas. Los autores que defienden esta hipótesis piensan que los responsables de las desigualdades encontradas en los estudios son estos errores metodológicos y que no existe, pues, una verdadera relación entre las diferencias en salud y el nivel socioeconómico. Tras la publicación del informe Black se comenzó a hablar de estos errores pero diversos autores refutaron la hipótesis demostrando que los errores metodológicos podrían explicar parte de las desigualdades encontradas, pero no todas; además, en estudios subsiguientes se han subsanado este tipo de errores y no obstante se han seguido encontrando diferencias sociales en salud.
2. *Teoría de la selección social.* Según ella, son los individuos enfermos los que descienden en la escala social, y no las condiciones sociales las que hacen que los individuos enfermen.

Aunque está aceptado que puede existir algún tipo de movilidad social hacia los estratos socioeconómicos más bajos para determinadas condiciones (esquizofrénicos, enfermos crónicos e incapacitados) estudios longitudinales recientes no han hallado evidencias de que un efecto de selección a causa de la salud sea el responsable de las diferencias por clase social en la mortalidad.

¿Cuáles son, pues, los factores que determinan la existencia de las desigualdades que no son fruto de errores metodológicos ni de la selección social? La literatura muestra que tanto los factores estructurales, como los psicosociales, los estilos de vida y los servicios sanitarios contribuyen a la existencia de desigualdades. Vamos a ir viéndolos con más detalle:

1. *Factores estructurales.* Son los factores de tipo material y estructural tales como los ingresos, las condiciones de vida y las del trabajo. Es preciso aclarar que en este punto nos ocuparemos de las condiciones de vida y de trabajo de tipo físico tales como contaminación medio-

ambiental, condiciones de la vivienda, hacinamiento, desnutrición o seguridad laboral en contraposición a los factores psicosociales que veremos en el siguiente apartado.

En los países industrializados ha habido una mejora importante del estado de salud debido a este tipo de factores, en concreto a la mejora del estándar de vida, los desarrollos en la agricultura y a diversas medidas de salud pública tales como la introducción de sistemas mejores de distribución y conservación de alimentos, la mejora de la provisión de agua no contaminada por heces, los programas de planificación familiar o las campañas de inmunización.

A pesar de estos grandes logros, no se puede bajar la guardia, como demuestra el resurgimiento de la tuberculosis en algunas zonas urbanas de Gran Bretaña y del cólera y otras enfermedades infecciosas en Europa Central y del Este.

Antes de la transición epidemiológica, cuando la mayor parte de la mortalidad era atribuible a enfermedades infecciosas, las desigualdades sociales en salud eran fáciles de explicar por este tipo de factores pero ahora, cuando las enfermedades crónicas son las responsables de la mayor parte de la morbilidad existente, es necesario encontrar nuevos factores que ayuden a explicar la permanencia de dichas desigualdades.

2. *Factores psicosociales.* Es fácil entender que unos ingresos bajos pueden influir en la salud a través de la carencia de necesidades materiales como son la incapacidad para comprar alimentos adecuados, tener una vivienda digna o disponer de calefacción pero un nivel de renta bajo también puede influir sobre la salud a través de factores psicosociales tales como la incapacidad para participar en la vida de la comunidad, el aislamiento social, la falta de redes de apoyo social o una baja autoestima, todo ello asociado a efectos perniciosos para la salud.

El objetivo del estudio Whitehall es precisamente determinar la asociación entre las características psicosociales del trabajo y el riesgo de enfermedad coronaria. Este estudio sigue a una cohorte de 10.315 funcionarios británicos durante una media de 5.3 años. Los individuos no diferían en gran medida en cuanto a su situación laboral: tenían un empleo estable, con riesgos físicos laborales similares, podían acceder a una vivienda, a servicios sanitarios, etc). Tras ajustar por el nivel del funcionario (controlando así por las diferencias en ingresos y en educación) y los factores de riesgo coronarios conocidos, se encontró una asociación entre la morbilidad co-

ronaria y la falta de control sobre el trabajo —poca capacidad de decisión sobre cómo realizar el trabajo, un ritmo de trabajo impuesto con pocas pausas voluntarias— combinado con una falta de retroalimentación por parte de compañeros y superiores. Estas dos características eran más frecuentes entre los funcionarios de niveles más bajos.

3. *Estilos de vida.* Los estilos de vida relacionados con la salud no se distribuyen por igual en los distintos estratos sociales; en las clases sociales más bajas hay una mayor proporción de individuos que fuman, tienen una dieta menos saludable o no hacen ejercicio físico.

Aunque los estilos de vida sean individuales, el hecho de que los comportamientos de los diferentes grupos sociales sean diferentes demuestra la influencia que los factores socioeconómicos tienen en la «elección» de dichos estilos de vida. Esto es de vital importancia en nuestro discurso, ya que uno de los criterios para valorar si unas diferencias son injustas es considerar el grado de libertad que se pone en juego. Si consideramos que los estilos de vida no saludables son comportamientos de libre elección, estamos culpabilizando a la víctima, cuando la evidencia muestra que existen ciertas presiones en la sociedad que están condicionando los comportamientos de estos individuos.

4. *Los servicios sanitarios.* Los servicios sanitarios, en lo que a prevención secundaria y terciaria se refiere, por definición, no pueden ser motivo de la aparición de desigualdades sociales en salud; sin embargo, si el acceso no es equitativo, sí pueden considerarse responsables de la permanencia de las desigualdades y de su aumento. En cambio la prevención primaria sí que puede ser responsable de la aparición de desigualdades en salud y es precisamente aquí donde más diferencias se encuentran por grupos socioeconómicos. En España, gracias al Sistema Nacional de Salud, la utilización de los servicios de atención primaria y hospitalaria es parecida entre los grupos socioeconómicos. No obstante, se han encontrado diferencias en la utilización de servicios preventivos: las mujeres con estudios de tercer grado iban 2,5 veces más que las mujeres sin estudios a la consulta del ginecólogo por motivos diferentes al embarazo o parto.

En resumen, los determinantes de la salud (estructurales, psicosociales, conductuales o sanitarios) pueden convertirse en causa de desigualdades en salud si se distribuyen heterogéneamente entre los distintos grupos de la sociedad. Como hemos visto, esto ocurre en la mayoría de los casos.

Relaciones entre los determinantes

Tanto los factores estructurales, como los psicosociales y los estilos de vida, así como la asistencia sanitaria están muy interrelacionados; ninguno origina por sí sólo desigualdades en salud sino que se refuerzan los unos a los otros.

El hecho de que las diferencias en salud persistan aunque los patrones de morbilidad hayan cambiado tanto, y el de que exista un gradiente social lineal en la enfermedad: (no son sólo los individuos por debajo de unos mínimos los que padecen más enfermedades sino que a medida que se asciende en la escala social la salud mejora) hace pensar que exista una vulnerabilidad a la enfermedad que está relacionada con el rango que se ocupa en la sociedad y que hace que los individuos en determinados grupos sean más propensos a caer enfermos cualquiera que sea la enfermedad de que se trate.

Existen muchos estudios que se centran en el estrés como factor determinante de la salud. El estrés, como mecanismo de respuesta ante situaciones externas, constituiría el eslabón de la cadena causal entre factores externos (estructurales y psicosociales), y salud; también se podrían explicar la adopción de determinados estilos de vida como respuesta ante el estrés. Ante una situación estresante, se ponen en marcha procesos biológicos en los que están involucrados el sistema nervioso, endocrino e inmune; Las alteraciones fisiológicas que se producen no tienen porqué ser perjudiciales a menos de que el proceso se cronifique. Los procesos biológicos que se ponen en marcha por el estrés crónico parecen proporcionar una explicación plausible a los que se ha dado en llamar el «factor de vulnerabilidad general» que podría explicar por qué hay tantas causas de muerte que son tanto más comunes cuanto más baja es la posición en la jerarquía social.

El restablecimiento de valores fisiológicos normales tras una situación de estrés depende de las características inherentes al individuo (genética), del aprendizaje de este individuo para reaccionar ante el estrés, tanto en la infancia como en períodos posteriores (medio ambiente social), y del apoyo que este individuo tenga para afrontar las tensiones producidas por el estrés; el individuo puede conseguir este apoyo mediante medios materiales (asistencia sanitaria, tiempo de ocio, estilos de vida...) o con las propias relaciones personales del individuo (medio ambiente social).

Parece ser que los individuos en grupos más desaventajados tienen menos habilidades para enfrentarse al estrés, de tal modo que además de desenvolverse en un medio más estresante, su capacidad de respuesta se ve reducida, bien porque no han aprendido sus mecanismos de respuesta, bien porque carecen de los recursos, tanto materiales como de relaciones personales, para enfrentarse a estas situaciones satisfactoriamente.

Por ejemplo, los efectos del abuso del alcohol suelen ser más graves en los grupos desfavorecidos porque normalmente sus redes de apoyo sociales y profesionales son más débiles y tienen menos recursos materiales para amortiguar la pobreza en caso de perder sus trabajos por el abuso del alcohol.

También en las ciudades actuales se puede observar la concurrencia de varios determinantes en un barrio: Las personas que están obligadas a vivir, por motivos económicos, en zonas con altas tasas de drogadicción, crimen, problemas sociales y paro, no sólo encuentran más difícil mantener un estilo de vida sano, sino que además, sus redes de apoyo social suelen ser mucho más débiles; Las áreas deprimidas suelen tener menos servicios sociales e instalaciones para actividades de la comunidad, existe menos seguridad en las calles, y los espacios para los niños o los ancianos suelen ser inadecuados o peligrosos, lo que aumenta el aislamiento y la soledad.

4. INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

La promoción de la salud dado su carácter multisectorial se presenta como una de las intervenciones más eficaces en materia de desigualdades sociales en salud ya que, como hemos visto, los determinantes de dichas desigualdades son múltiples y se encuentran repartidos por todos los sectores de la sociedad.

«La investigación y los estudios de casos alrededor del mundo proporcionan evidencia convincente de que la promoción de la salud funciona. Las estrategias de promoción de la salud pueden desarrollar y cambiar los estilos de vida y las condiciones sociales, económicas y medioambientales que determinan la salud. La promoción de la salud es un enfoque práctico para alcanzar una mayor equidad en salud.»

Las cinco estrategias de la carta de Ottawa son esenciales para el éxito:

- 1. Establecer una política pública sana*
- 2. Crear ambientes de apoyo*
- 3. Fortalecer la acción comunitaria*
- 4. Desarrollar habilidades personales*
- 5. Reorientar los servicios de salud*

Ahora hay una clara evidencia de que: los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más efectivos. Aquéllos que usan combinaciones de las cinco estrategias son más eficaces que los enfoques en una única dirección.» (Declaración de Jakarta para la Promoción de la Salud en el siglo XXI; 1997).

Las intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud no son más que estrategias de promoción de la salud que bien por el problema de salud al que se refieren (cuya frecuencia sea mayor en grupos más desfavorecidos), bien por el determinante de salud/situación que desean modificar (determinantes/situaciones que afectan por desigual a los grupos sociales), bien por el grupo al que se dirigen o bien por la sensibilidad que manifiestan respecto de las circunstancias socioeconómicas de la población, van a tener como consecuencia la reducción de las desigualdades sociales en salud.

En este apartado vamos a integrar los ejemplos de intervenciones dentro de las 5 estrategias de Promoción de la Salud propuestas en la Carta de Ottawa).

Construir políticas públicas saludables: *«La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos en todos los sectores y en todos los niveles con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto.»* (Carta de Ottawa para la promoción de la salud).

Aquí estarían incluidas las políticas fiscales, de impuestos, los cambios organizativos y la legislación. Las políticas encaminadas a reducir la pobreza y asegurar una vivienda digna, disponibilidad de alimentos en buenas condiciones, lugares de trabajo más seguros y una distribución más equitativa de la educación, de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, son los medios más adecuados para disminuir las diferencias socioeconómicas en salud, porque, si bien afectan a toda la población, en general afectan más a los que viven en peores condiciones.

Por ejemplo, al evaluar los efectos de la escolarización de niños a edades tempranas se comprueba que aunque todos los niños se benefician de una educación de calidad a esas edades, los que más acusan los efectos son los niños de entornos más desfavorecidos.

El control de los precios del tabaco y el alcohol a través de impuestos puede ser muy efectivo para disminuir el consumo de estos productos, sin embargo, es importante evaluar cómo influye esto en las distintas clases sociales. También se ha visto que algunas campañas publicitarias de estos dos productos estaban orientadas a la clase obrera; una legislación más restrictiva respecto a la publicidad de dichos productos ayudaría a no discriminar a estos sectores.

También las políticas de precios sobre alimentos condicionan los hábitos dietéticos de la población; los productos que son más baratos no son necesariamente los más sanos. Esto afecta principalmente a aquéllos con menor poder adquisitivo y, por tanto menos capacidad de elección. Aunque muchos de los objetivos perseguidos por estas políticas han mejorado mucho

en el último siglo, es importante conocer todo lo que han significado en el pasado y tener en cuenta que lo que se ha logrado se puede volver a perder como ha ocurrido en los países de Europa del Este.

La misión de la promoción de la salud en este punto sería evaluar los efectos que tienen las políticas sobre la salud de los subgrupos de población e informar a los políticos y a la sociedad en general de la influencia que sus decisiones pueden tener en la salud de la población en general y de los subgrupos en particular.

Crear ambientes favorables: *«El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud. El trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. El modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable.»* (Carta de Ottawa para la promoción de la salud).

La extensión de este trabajo no permite profundizar en todos los entornos; nos centraremos en uno de ellos: el entorno laboral.

A lo largo de este siglo se han conseguido mejoras importantes de los factores físicos del trabajo como por ejemplo la seguridad, la exposición a sustancias nocivas, la explotación infantil y las horas excesivas de trabajo. Sin embargo, como hemos visto, los factores psicosociales en el medio laboral juegan un papel importante en el proceso salud-enfermedad. También hemos visto que los individuos más expuestos a dichos factores psicosociales se concentran en las categorías de ocupación más bajas.

Parece ser que el mayor estrés laboral podría desencadenar mayor enfermedad cardiovascular a través de mecanismos neuroendocrinos o a través de estilos de vida. Por ejemplo, el mayor consumo de tabaco en clases sociales más bajas puede ser un modo de huir del estrés producido por unas condiciones de trabajo más estresantes.

Diversas empresas han llevado a cabo acciones para reducir el estrés laboral, tales como aumentar la variedad de las tareas a realizar así como la comprensión de las mismas por parte de los trabajadores, conseguir la participación de los empleados en la identificación de los problemas y sus soluciones o modificar los turnos de trabajo para que sean menos cansados y más llevaderos.

Fortalecer la acción comunitaria: *«La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud [...] el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la Comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social así como para desarrollar*