

INÉS PALANCA SÁNCHEZ

Desigualdades en salud y exclusión social

El artículo de fondo de este número es la ponencia que Inés Palanca Sánchez, médico especialista en Salud Pública y Atención Primaria (Madrid), presentó en la sesión inaugural de las VII Jornadas Europeas "Salud y Comunidad Gitana" que se celebraron en Madrid los pasados días 8, 9 y 10 de mayo, organizadas por la Red Sastipen (ver Dossier de este mismo número).

En esta ponencia la autora abordó, desde una perspectiva general, cómo la deficiente situación sanitaria de los colectivos sociales más vulnerables constituye un nuevo indicador de desigualdad y de falta de ejercicio de los derechos que otorga la ciudadanía, y cómo los distintos agentes sociales y la administración pública deben garantizar la puesta en marcha de medidas adaptadas que compensen esta situación.

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). Podemos afirmar, por lo tanto, que la salud no es un fenómeno exclusivamente biológico.

Está, además, plenamente aceptado 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, de manera que ninguna persona se encuentre en situación de desventaja a la hora de alcanzar dicho potencial de salud.

La Organización Mundial de la Salud (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.

Para desarrollar una estrategia frente a la inequidad es necesario, por tanto, definirla con precisión, que se llegue a acuerdos sobre la forma de detectarla, que se conozcan sus orígenes y sus causas; y que se desarrollen e implanten planes para reducirla o eliminarla con los medios más efectivos.

El mayor interés internacional por el estudio de las desigualdades de salud fue suscitado por la publicación del *Black Report* en 1980 en Gran Bretaña, que concluye que las desigualdades sociales de salud y en el uso de los servicios sanitarios y preventivos

por clase social son claras y están aumentando, tras treinta años de existencia del Servicio Nacional de Salud Británico.

En 1996 se presentó en España el *Informe de la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España*, elaborado por Vicente Navarro y colaboradores por encargo del Ministerio de Sanidad y Consumo y denominado "Desigualdades Sociales en Salud en España". En el mismo se señala que, a pesar de la importancia de los estudios realizados en varias ciudades españolas, no existe una visión global de las desigualdades sociales en salud y de sus posibles explicaciones, así como de las políticas de reducción de las mismas.

Los principales aspectos que se estudian para conocer las desigualdades de salud son el acceso a los servicios de salud y la utilización de los mismos, la morbilidad y la mortalidad.

Acceso y utilización de los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud en nuestro país está enmarcado por la Ley General de Sanidad y la normativa específica desarrollada para colectivos de inmigrantes. Éste acceso a los servicios está garantizado para todos los españoles y los residentes empadronados; sin embargo, no está suficientemente regulado para la atención de pacientes sin residencia fija o desplazados de su domicilio habitual, pudiendo presentarse dificultades para la atención de pacientes que lo requieren en una comunidad autónoma diferente de la de residencia.

Tampoco se han analizado con detalle las limitaciones culturales en el acceso a los recursos de salud, y, aunque son evidentes (por ejemplo, los condicionantes planteados por la población femenina musulmana para recibir atención por personal sanitario masculino, muy especialmente en servicios de tocoginecología), otras limitaciones no son tan claras, por estar derivadas de la forma de entender la salud, muy diferente en cada cultura o grupo étnico.

El acceso a los recursos de salud puede estar condicionado por la distribución geográfica o por aspectos de la gestión de los mismos. Se observan importantes desigualdades en el acceso a los recursos de salud en el medio rural (especialmente en algunas regiones de nuestro país) y urbano. También hay importantes diferencias en la disponibilidad de algunos recursos, como pueden ser la odontología o la práctica de mamografías o la posible existencia de importantes listas de espera, que limitan el acceso a intervenciones quirúrgicas que condicionan la calidad de vida de grupos de pacientes (por ejemplo, en cirugía de las cataratas en ancianos).

Los servicios programados de atención domiciliaria están diseñados en base a condiciones de vida que, en ciertas ocasiones (por ejemplo para la atención de pacientes terminales, diálisis domiciliaria, hospitalización a domicilio o unidades domiciliarias de control del dolor) se facilitan casi exclusivamente a pacientes pertenecientes a una clase media acomodada, ya que los criterios técnicos de inclusión en el programa suponen, en muchos

casos, la exclusión de los pacientes más desfavorecidos (por ejemplo, además de buenas condiciones de vivienda, la presencia de un cuidador principal que va a ser el interlocutor con el personal técnico, sanitario y de apoyo, por lo que se le exige disponibilidad así como un cierto nivel de educación para que participe en el proceso de prestación de cuidados en el domicilio. Esta exigencia determina la menor inclusión de mujeres en programas de atención domiciliaria –exclusión de género–).

Asimismo la continuidad de tratamientos, la derivación de pacientes a servicios especializados o a unidades de apoyo al diagnóstico, su seguimiento hasta el alta o de forma indefinida cuando presentan una patología crónica y de carácter más complejo, suele encontrarse con limitaciones cuando se trata de pacientes desfavorecidos. Se utilizan términos como que el paciente "no colabora" y se le excluye de determinados tratamientos que quedan de esa forma "reservados" a personas con nivel cultural y socioeconómico más favorable. Esto ocurre con tratamientos como la diálisis domiciliaria, por ejemplo. En otras ocasiones, para garantizar que se completa el tratamiento es necesaria la puesta en marcha de programas especiales, como por ejemplo ocurre con el tratamiento supervisado en pacientes tuberculosos en las grandes ciudades (asociado a enfermos sin residencia fija o en condiciones de hacinamiento, movilidad laboral – inmigrantes nor-



Foto: Sean Sprague (UNICEF)

tefricanos-, usuarios de drogas por vía parenteral) para los que no siempre existe dotación presupuestaria.

También se describen desigualdades de género en el seguimiento de determinados procesos, como la lepra en Brasil. Las mujeres enfermas son infradiagnosticadas, siguen menos el tratamiento y reciben menos apoyo de su entorno durante su enfermedad, lo que claramente tiene una importante y desfavorable repercusión en las mujeres enfermas.

En nuestro país, por ejemplo, existe un claro patrón de desigualdad en la utilización de servicios dentales demostrado en múltiples encuestas de salud. La proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que descendemos en la escala social. Además esa desigualdad entre clases sociales parece haber aumentado entre las encuestas de 1987 y 1993.

No se observa a través de las encuestas de salud diferencias en la utilización de los recursos de Atención Primaria entre las clases sociales. Sin embargo hay pocos estudios de desigualdades en actividades preventivas (las vacunaciones o las consultas de seguimiento del niño sano) y se ha observado infrautilización de estos servicios por colectivos desfavorecidos, como por ejemplo en la encuesta realizada en Madrid en hogares de perceptores de Ingresos Mínimos de Inserción en 2000-2001, en la que la utilización de consultas de atención primaria por los menores de 2 años está por debajo de la media y de lo indicado en los programas de salud.

En servicios especializados como unidades de ginecología o de mamografías la utilización de recursos suele ser superior en niveles socioeconómicos y educativos más elevados.

También se describen desigualdades en los tiempos de acceso a la consulta. Personas con niveles superiores de educación suelen esperar menos para acceder a los recursos especializados que personas de niveles inferiores.

Mortalidad

Son clásicos los estudios que describen diferencias en las tasas de mortalidad entre los diferentes grupos sociales. Ya en el siglo XVII en Ginebra, se describieron diferencias de mortalidad con una menor esperanza de vida al nacer de los niños de las clases sociales más desfavorecidas frente a los que provienen de familias con mejores condiciones.

Durante el siglo XIX se incrementa notablemente el número de estudios, que describen, por ejemplo, las más altas tasas de mortalidad en los distritos pobres frente a los más favorecidos socioeconómicamente (Paris, Villermé, 1826) o de las familias de trabajadores en comparación con las de los propietarios de las fábricas (Villermé, 1840).

Los trabajos utilizan indicadores como clase social, nivel de educación, actividad laboral o desempleo, pobreza, etc., describen el incremento asociado de las tasas de mortalidad general o por grupos de edad o sexo, o por causa de muerte (tuberculosis o suicidio) y de esperanza de vida.

El *Black Report* (Black, 1980) señala claras diferencias en las tasas de mortalidad por clases sociales, para ambos sexos y todas las edades. La mortalidad en Gran Bretaña de la clase social más desfavorecida es 2,5 veces superior a la de la que posee mejores condiciones de vida. Los estudios publicados en nuestro entorno también describen esta situación.

Hábitos de riesgo

El comportamiento de la población frente a factores que influyen muy claramente en el desarrollo de enfermedades, no es homogéneo. El género, el grupo de edad, el nivel de educación, entre otros, son factores que modifican el comportamiento ante el consumo de tabaco, alcohol o drogas no legales, la práctica habitual de actividad física o prácticas de riesgo frente a enfermedades de transmisión sexual. Estos comportamientos condicionan la aparición de enfermedades a lo largo de la vida de los individuos.

Por poner algunos ejemplos, podemos decir que:

- Los datos obtenidos a través de las Encuestas de Salud señalan que el hábito del tabaquismo es más frecuente en varones sin estudios que en los que tienen el nivel más alto de estudios. El comportamiento de las mujeres no es igual que el de los varones, ya que se observa que es más frecuente que fumen las mujeres pertenecientes a niveles superiores de estudios.
- En hombres, la prevalencia de quienes beben alcohol en exceso aumenta conforme disminuye la clase social. En mujeres no se observa un patrón claro de comportamiento.
- En cuanto al ejercicio físico durante el tiempo libre, existe una clara relación entre clase social y sedentarismo. Tanto en hombres como en mujeres, a medida que disminuye la clase social aumenta el porcentaje de personas que no practican ejercicio físico.
- Los hábitos de consumo de drogas no legales están claramente influidos por la edad, género, nivel de educación, etc.

“

El mayor interés internacional por el estudio de las desigualdades de salud fue suscitado por la publicación del *Black Report* en 1980 en Gran Bretaña, que concluye que las desigualdades sociales de salud y en el uso de los servicios sanitarios y preventivos por clase social son claras y están aumentando

”

Estas diferencias, que se modifican en el tiempo y con los grupos de edad, obligan a diseñar intencionadamente las intervenciones de promoción de salud hacia los diferentes tramos de edad, sexo o grupo social, de forma que se incrementen los hábitos saludables sin que aumenten las desigualdades de género y clase social.

Está claro, por tanto, que para cada colectivo debemos analizar sus riesgos específicos y adaptar el diseño de intervenciones para alcanzar el mayor nivel posible de salud.

Morbilidad

Existen muchas diferencias en la morbilidad que sufren distintos colectivos. Los accidentes no se distribuyen de una forma homogénea en nuestra sociedad y en los ámbitos laborales, deportivos y domésticos se producen muchos accidentes que afectan de forma diferente a las personas. En el medio laboral se producen intoxicaciones vinculados con actividades de determinados sectores de producción, como puede ser la agricultura o la construcción, en la que los accidentes afectan a los trabajadores más desfavorecidos (por ejemplo los eventuales en el caso de la construcción o los inmigrantes sin papeles en el caso de la agricultura). En el ámbito doméstico muchas veces tienen que ver con las deficientes instalaciones de las viviendas (sistemas de calefacción) y afectan claramente a los sectores sociales más vulnerables.

La aparición de enfermedades infecciosas vinculadas con malas condiciones de vida es habitualmente descrita en la literatura médica de nuestro entorno (por ejemplo, la tuberculosis). Como ejemplo diremos que en 1998 los responsables de salud pública informaron de la aparición de 29 casos de shigelosis en el área I de Madrid, que en un 77,7 % de los casos afectaban a población de etnia gitana, cuando en 1997 no se había declarado ninguno. También en Madrid, recientemente se ha informado de la aparición de casos de meningitis C en población inmigrante y de etnia gitana. Si nos referimos a la salud bucodental en niños vemos

“

En nuestro país, por ejemplo, existe un claro patrón de desigualdad en la utilización de servicios dentales demostrado en múltiples encuestas de salud. La proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que descendemos en la escala social

”

cómo una peor situación ha sido asociada a desempleo en su familia

Los datos obtenidos a través de las encuestas de salud indican que las clases sociales más desfavorecidas tienen un nivel de salud percibida peor que el correspondiente a la clase social mejor situada (CIRES 1990; Barcelona, 1986).

Intervenciones para disminuir las desigualdades de salud en el sector sanitario

La adaptación cultural de los servicios de salud es un punto de partida básico para la disminución de las desigualdades en la atención. Esta adaptación cultural se consigue cuando los servicios públicos, en este caso los de salud, son considerados por los colectivos minoritarios de usuarios como respetuosos hacia sus características socioculturales.

Es importante que, para conseguir estos objetivos, se supriman de los servicios sanitarios los elementos que son interpretados como de rechazo por los usuarios de los mismos, especialmente por aquellos que presentan situaciones más desfavorables de salud. Esto exige que se forme a los profesionales, que suelen pertenecer al colectivo culturalmente dominante, en las características (hábitos de vida, actividad física, consumo de sustancias tóxicas, recomendaciones dietéticas culturalmente adaptadas, relaciones entre los miembros de la familia, etc.) de los colectivos minoritarios de la población que atienden. Exige así mismo la adaptación de los programas y protocolos en uso en los centros para su aplicación sobre estos colectivos e investigar los elementos que condicionan la salud de los colectivos minoritarios.

En ciertos casos este proceso se ha producido lentamente de una forma espontánea y es necesario seguir potenciándolo y acelerarlo, fundamentalmente en los recursos sanitarios de atención primaria, para adaptarlo a una realidad social cada vez más heterogénea.

Así mismo, debe facilitarse a los profesionales, como herramientas de trabajo para el conocimiento de la población a la que atienden (fundamentalmente de los colectivos más desfavorecidos) el acceso a mediadores socioculturales o a intérpretes, la elaboración de documentos informativos y de educación para la salud adaptados a las características y hábitos de vida de los colectivos (por ejemplo la adaptación de las recomendaciones dietéticas para pacientes pertenecientes a culturas minoritarias).

El conocimiento de las desigualdades de salud de estos colectivos es el punto de partida para el diseño de las intervenciones orientadas a su disminución. Las acciones que se pongan en marcha, tienen que desarrollarse mediante la adaptación de los programas existentes, mediante al desarrollo de programas de actuación específicamente orientados a su atención o mediante el desarrollo de unidades específicas de atención sanitaria siempre enmarcadas en programas generales del Sistema de Salud. Estas intervenciones deben formar parte, además, de políticas generales e intersectoriales de disminución de las desigualdades o de inclusión para los colectivos más desfavorecidos.

Las intervenciones de mejora de las condiciones de vida (acceso y calidad de los alimentos, agua potable o la reducción de la contaminación ambiental) y de trabajo de la población, especialmente en los colectivos más desfavorecidos, interviene mejorando de forma clara su salud. La eliminación de núcleos de infravivienda en el centro deteriorado de las grandes ciudades o en los núcleos chabolistas de áreas degradadas, interviene de forma decisiva en el control de procesos infecciosos y accidentes en su población, e incluso puede facilitar el acceso a servicios sanitarios al facilitar su integración.

Determinadas actuaciones sectoriales han disminuido inequidades evidenciadas desde el sistema de salud. La mayor utilización, por ejemplo, de servicios de salud bucodental por parte de las clases sociales más favorecidas observada en 1986 a través de la encuesta de salud realizada en el País Vasco, determinó la puesta en marcha del Plan de atención bucodental infantil en esta comunidad en 1989. Los resultados del plan en 1997 muestran un incremento de la utilización de los recursos odontológicos en todas las clases sociales, así como una aproximación de las clases sociales más desfavorecidas a las clases más altas, aunque se mantienen diferencias entre ellas.

Otro ejemplo de intervención sobre colectivos desfavorecidos ha sido consecuencia de evidenciar el incremento de pacientes sin techo o sin residencia fija que sufren graves problemas de salud, especialmente de salud mental, con dificultades para acceder a la red sanitaria existente en Madrid. La prevista puesta en marcha de recursos específicos integrados en la red de salud men-

tal pública de la comunidad y coordinados con la red de intervención social existente, y adaptados en su funcionamiento a las condiciones de vida del colectivo para 2002, deben mejorar la atención y el acceso de este colectivo a los recursos convencionales.

Otro colectivo heterogéneo en el que se observa la aparición de desigualdades es el de población inmigrante desfavorecida socioeconómicamente. Comienza a observarse, por ejemplo, que la atención de mujeres en el parto que no han sido atendidas por el sistema a lo largo del embarazo supone un posible incremento de la patología de la madre y del recién nacido. Desde el sistema de salud es obligada la modificación del sistema de información existente para investigar esta realidad, identificar a los colectivos afectados y diseñar intervenciones orientadas a la captación precoz de la mujer embarazada para analizar sus condiciones de salud y de acceso y utilización de los recursos. Esto puede permitir la introducción de medidas para garantizar su salud y asistencia.

Para concluir diremos que el estudio de las desigualdades, la identificación de colectivos desfavorecidos y el diseño y la puesta en marcha de intervenciones generales y desde el sector sanitario para su reducción debe guiar las políticas del sector de salud. Cualquier programa que se ponga en marcha debe ser atentamente observado para garantizar que mejore la salud de la población a la que va dirigido y para evitar que incremente las desigualdades sociales en salud entre los grupos sociales extremos o los colectivos más desfavorecidos.

“

La adaptación cultural de los servicios de salud es un punto de partida básico para la disminución de las desigualdades en la atención. Esta adaptación cultural se consigue cuando los servicios públicos, en este caso los de salud, son considerados por los colectivos minoritarios de usuarios como respetuosos hacia sus características socioculturales

”