

Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español

Carme Borrell^{a,c} / Rosana Peiró^{c,d} / Nieves Ramón^d / M. Isabel Pasarín^{a,c} / Concha Colomer^{c,e} / Eduardo Zafra^f / Carlos Álvarez-Dardet^{c,g}

^aAgencia de Salud Pública de Barcelona, Barcelona, España; ^bRed de Centros de Epidemiología y Salud Pública; ^cRed de temática de Investigación de Salud y Género, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España; ^dCentro de Salud Pública de Alzira, Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Alzira, Valencia, España; ^eEscuela Valenciana de Estudios para la Salud. Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España; ^fServicio de Asistencia sociosanitaria, Consejería de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España; ^gObservatorio de Políticas Públicas de Salud (OPPS). Universidad de Alicante, Alicante, España.

(Socioeconomic inequalities and health plans in the Autonomous Communities of Spain)

Resumen

Objetivo: Analizar la sensibilidad a las desigualdades de nivel socioeconómico (NSE) en los planes de salud en vigor de las comunidades autónomas (CCAA) del Estado español.

Métodos: Revisión sistemática de 14 planes de salud. Los contenidos introductorios se denominaron «contenidos simbólicos» y las propuestas de acción «contenidos operativos». En los contenidos simbólicos se valora la presencia de desagregación por NSE del análisis de la situación de salud, de principios y valores para reducir las desigualdades y de objetivos generales enunciados con este fin (índice de sensibilidad simbólica, rango 0-3). En los contenidos operativos se evalúa la consideración del NSE en el análisis de situación y en las intervenciones propuestas.

Resultados: El País Vasco y Extremadura obtuvieron el máximo índice de sensibilidad simbólica (ISS = 3). Otras 6 CCAA (Canarias, Cataluña, Castilla y León, Galicia, Murcia y Navarra) presentan ISS = 0. En cuanto a los contenidos operativos destacan el País Vasco, Galicia y Canarias por ser las CCAA que más tienen en cuenta las desigualdades de NSE. El alcohol, las drogas y la salud reproductiva son las áreas relacionadas con la salud en las que con mayor frecuencia se analiza la situación teniendo en cuenta el NSE.

Conclusiones: Se pone de manifiesto la escasa atención que se presta al NSE en los planes de salud, con excepción del País Vasco. Es necesario que el Gobierno del Estado español y los de las comunidades autónomas sitúen las desigualdades en salud por NSE más claramente en la agenda política, lo que se traduciría también en su presencia en los planes de salud.

Palabras clave: Políticas de salud. Desigualdades. Planes de salud. Clase social. España.

Abstract

Objective: To systematically examine sensitivity to socio-economic (SE) inequalities in the policies formulated in the health plans of the Autonomous Communities of Spain.

Methods: We performed a systematic review of 14 health plans. The introductory content of the health plans was called the «symbolic content» and was separated from specific interventions, or «operative content». The symbolic content was analyzed through the presence or absence of SE description of the health areas, the principles and values to reduce SE inequalities in health, and the general objectives for this topic (sensitivity index, range 0-3). To review the operative content, consideration of SE inequalities in the description of health areas and proposed interventions were evaluated.

Results: The Basque Country and Extremadura had a sensitivity index of 3 for symbolic content. Six Autonomous Communities had an index of 0 (Canary Islands, Catalonia, Castilla-León, Galicia, Murcia and Navarre). Regarding operative content, the Autonomous Communities that most clearly took SE inequalities into account were the Basque Country, Galicia and the Canary Islands. The specific health-related areas most frequently analyzed according to SE inequalities were alcohol and drug consumption and reproductive health.

Conclusions: This study shows that little attention is paid to SE inequalities in the health plans of the various Autonomous Communities, with the exception of the Basque Country. The national and regional governments of Spain should prioritize inequalities in health in the political agenda, which would translate into their presence in the health plans.

Key words: Health policy. Inequalities. Health plans. Social class. Spain.

Correspondencia: Dra. Carme Borrell.
Agencia de Salud Pública de Barcelona.
Pça Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: cborrell@aspb.es

Recibido: 29 de octubre de 2004. *Aceptado:* 14 de marzo de 2005.

Introducción

La desigualdad en salud tiene su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales que hay en la sociedad¹. En la mayoría de los países del mundo, incluido el Estado español, se ha puesto de manifiesto la presencia de desigualdades socioeconómicas en salud, y la población menos favorecida es la que presenta peor salud²⁻⁵. Es importante señalar que el impacto de estas desigualdades es enorme ya que causa un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos, y también destacar que las desigualdades están aumentando en la mayoría de países donde se han estudiado debido a que la salud mejora más en las clases sociales más aventajadas⁶. Hoy día se dispone de evidencias suficientes que demuestran que las desigualdades en salud son evitables, ya que pueden reducirse mediante políticas públicas sanitarias y sociales^{7,8}.

En nuestra sociedad, la desigualdad suele estar legitimada mediante la ideología (sistema de significado y práctica en una cultura que guía la interpretación de la vida diaria) y parece que ocurre como el resultado de fuerzas naturales. La ideología está incorporada en la estructura social y política, y también desempeña un papel importante en la legitimación y el ocultamiento de las estructuras de poder asociadas con factores sociales, como la clase, la etnia o el género⁹. Ello repercute en la invisibilidad de las desigualdades sociales, incluidas también las de salud. En consecuencia, las políticas de salud no suelen priorizar estos temas.

Las políticas de salud se concretan de forma explícita en un documento público que constituye el plan de salud y que puede ser objeto de escrutinio científico¹⁰. El plan contiene, para un período determinado, los principios y valores que lo rigen, los objetivos y las estrategias e intervenciones que se pretenden llevar a cabo para conseguirlo. El plan de salud es parte del proceso de la denominada «construcción de una política»¹¹⁻¹³ y nunca se cumple completamente. El interés de su estudio estriba más en su valor predictivo negativo —es muy raro que se implementen programas que no se formulan— que en su valor predictivo positivo —muchas de las propuestas nunca llegan a ser políticas.

El objetivo de este estudio es analizar sistemáticamente la sensibilidad a las desigualdades de nivel socioeconómico en los planes de salud de las comunidades autónomas (CCAA) del Estado español que disponen de ellos.

Métodos

Diseño del estudio

Estudio transversal que describe la sensibilidad de nivel socioeconómico (NSE) de los planes de salud de las CCAA a partir de la revisión sistemática de dichos planes, siguiendo el método utilizado previamente para analizar la sensibilidad de género¹⁴. La sensibilidad ante las desigualdades de NSE se refiere a en qué medida los planes de salud tienen en cuenta la presencia del NSE como categoría de análisis al describir la situación de salud de la población y formulan objetivos y acciones para aminorar las desigualdades de NSE.

Planes de salud analizados y su estructura

La búsqueda de planes de salud se llevó a cabo entre marzo de 2003 y mayo de 2004. Se han analizado los planes de salud de las 14 CCAA que los tenían en el período referido (Andalucía¹⁵, Aragón¹⁶, Baleares¹⁷, Canarias¹⁸, Castilla-La Mancha¹⁹, Castilla y León²⁰, Cataluña²¹, Extremadura²², Galicia²³, La Rioja²⁴, Murcia²⁵, Navarra²⁶, País Vasco²⁷ y Comunidad Valenciana²⁸). En dicho período, Cantabria y la Comunidad de Madrid no tenían plan de salud disponible y en Asturias estaba en proceso de realización. Siempre se seleccionó el último plan de salud disponible.

Los planes de salud se han obtenido mediante una búsqueda a través de Internet en las consejerías de salud de las diferentes CCAA, donde se han localizado 12 de ellos. Posteriormente, se localizaron 2 más a través de contacto telefónico.

Los planes de salud comienzan con un apartado introductorio en el que se describe la situación socioeconómica, cultural y de estado de salud y se enuncian objetivos, valores y principios generales. En una segunda parte se describen las áreas de salud priorizadas, se plantean objetivos cuantificados en el porcentaje de cambio que se pretende conseguir y se enuncian las intervenciones con las que se pretende alcanzar estos objetivos. A continuación se suele incluir un apartado en el que se especifica dónde se llevarán a cabo las intervenciones, es decir, en qué entornos se actuará, entendiendo los entornos como los contextos sociales (escuela, ciudad, centro de salud, lugar de trabajo, etc.) en los que las personas desarrollan sus actividades diarias y en los que interactúan factores ambientales, organizativos y personales que determinan la salud y el bienestar²⁹. Por último, suelen incluir un apartado con objetivos de apoyo (sistemas de información, investigación o docencia, entre otros). Algunos planes tienen capítulos específicos relacionados

con las desigualdades como, por ejemplo, un capítulo de desigualdades en salud o uno de exclusión y vulnerabilidad social.

Instrumento de recogida de información e índices de sensibilidad de NSE

Para describir y comparar de manera sistemática los diferentes planes de salud de las CCAA se diseñó un cuestionario que sirviera como guía de lectura para recoger la información relevante (tabla 1). Cada una de las preguntas incluidas en el cuestionario se responde con sí/no.

Al apartado introductorio de los planes de salud lo hemos denominado «contenido simbólico», y a las propuestas de acción concretas, «contenido operativo». Las 3 preguntas que revisan la sensibilidad de NSE en los contenidos simbólicos abordan la desagregación por NSE del análisis de la situación de salud, si se incluyen principios y valores para reducir las desigualdades y si se enuncian objetivos generales para ello. El «índice de sensibilidad simbólica» tiene un rango de 0 a 3 según el número de respuestas afirmativas.

Para la revisión de los contenidos operativos se plantea, para cada aspecto relacionado con la salud o área de salud, para el ámbito o entorno de acción y para los objetivos de apoyo, una pregunta sobre cómo se recoge el NSE en el análisis de la situación de salud y 3 preguntas sobre cómo se contempla en los objetivos, en las líneas de actuación y en los objetivos o líneas de actuación para grupos de exclusión social. Se construyeron 2 índices: el «índice de sensibilidad operativa para la descripción de la situación», que tiene un rango de 0 a 1, y el «índice de sensibilidad operativa para la intervención», con un rango de 0 a 3 (según el número de respuestas afirmativas a las correspondientes preguntas del cuestionario).

Por último, se recoge la existencia, en su caso, de capítulos específicos sobre desigualdades.

Los 14 planes de salud fueron revisados por una misma persona (NR). Para identificar desacuerdos, consensuar decisiones para las situaciones dudosas y sistematizar más la utilización del cuestionario, 2 planes fueron revisados, además, por RP y 1 por RP y CB.

Resultados

Índice de sensibilidad simbólica de NSE

Tanto el País Vasco como Extremadura tienen un índice de sensibilidad simbólica alto (igual a 3), lo que significa que realizan la descripción social y de salud

Tabla 1. Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de nivel socioeconómico (NSE) en los planes de salud (en todos los casos, respuestas dicotómicas: sí/no)

Contenidos simbólicos	
¿Se describe la situación general de los determinantes sociales y de las áreas de salud desagregada por NSE?	
Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de NSE es uno de los ejes?	
Entre los objetivos generales, ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de NSE?	
Contenidos operativos	
En las áreas de salud	
¿Describe el área de salud desagregada de NSE?	
¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de NSE en la población ^a ?	
¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de NSE en la población ^a ?	
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?	
En los entornos para la salud	
¿Describe la situación de salud en el entorno específico desagregada por NSE?	
¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de NSE en la población?	
¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de NSE en la población?	
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?	
En los objetivos de apoyo al desarrollo del plan	
¿Describe la necesidad de su desarrollo y sus implicaciones con respecto al NSE?	
¿Propone objetivos para su desarrollo con implicación de NSE para la población?	
¿Propone líneas de actuación con implicación de NSE para la población?	
¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?	
En capítulos específicos	
¿Incluye un apartado sobre desigualdades en salud?	
¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?	

^aIncluye propuestas de aumento de la cobertura de los programas en más de un 90%.

por NSE y que entre sus valores, principios y objetivos generales se encuentra la reducción de las desigualdades de NSE. Por el contrario, hay 6 CCAA con un índice de sensibilidad simbólica de 0 (Canarias, Cataluña, Castilla y León, Galicia, Murcia y Navarra). El resto de CCAA presentan puntuaciones de 2, excepto Castilla-La Mancha, que puntúa 1 en este índice (tabla 2).

Índices de sensibilidad operativa de NSE por áreas de salud

En la tabla 3 se muestran los índices de sensibilidad operativa de NSE para los 18 aspectos o áreas de salud

Tabla 2. Contenidos simbólicos e índice de sensibilidad simbólica según el nivel socioeconómico (NSE) en los planes de salud de las comunidades autónomas

	Aspectos evaluados			Índice de sensibilidad simbólica de NSE ^a
	Descripción general del estado de salud desagregada por NSE	Entre los principios y valores la reducción de las desigualdades de NSE es uno de los ejes	Entre los objetivos generales se menciona la reducción de las desigualdades de NSE	
Andalucía	θ	θ		2
Aragón		θ	θ	2
Baleares		θ	θ	2
Canarias				0
Castilla-La Mancha		θ		1
Castilla y León				0
Cataluña				0
Comunidad Valenciana	θ		θ	2
Extremadura	θ	θ	θ	3
Galicia				0
La Rioja		θ	θ	2
Murcia				0
Navarra				0
País Vasco	θ	θ	θ	3

θ: respuesta afirmativa en la pregunta del cuestionario (v. tabla 1) correspondiente al aspecto referido.

^aÍndice de sensibilidad simbólica: sumatorio de respuestas afirmativas (rango 0-3).

analizados en los planes. La barra diagonal indica la consideración de la correspondiente área de salud en el plan de salud, a la izquierda de la barra se muestra si el área de salud se ha analizado por NSE y a la derecha, 3 símbolos muestran si hay objetivos e intervenciones específicas para disminuir las desigualdades por NSE o para grupos de exclusión social.

Se observa que es más frecuente la descripción de las áreas de salud por NSE que la presencia de objetivos y líneas de actuación específicos. Debemos destacar el caso del País Vasco, que analiza por NSE 7 de las 14 áreas de salud incluidas en su plan y propone objetivos y/o intervenciones teniendo en cuenta el NSE para 9 de estas áreas; Galicia, que lo hace para 6 de las 17 áreas de salud tratadas (tanto de descripción como de intervención), y Canarias, que analiza por NSE 5 de las 17 áreas en su plan y propone intervenciones y/o objetivos en este aspecto para 7 áreas. Extremadura propone objetivos y/o intervenciones para 7 de las 16 áreas de salud y Baleares analiza los datos según NSE para 4 de las 9 áreas de salud en su plan.

Hay 5 CCAA (Andalucía, Castilla-La Mancha, Cataluña, Navarra y la Comunidad Valenciana) que no describen la situación de salud por NSE pero, en cambio, tienen alguna área con objetivos y/o intervenciones específicos, en su mayoría propuestas referidas al aumento de cobertura de los programas (p. ej., conseguir el cribado de cáncer de mama para el 100% de las mujeres) o a la población excluida o vulnerable

(minorías étnicas, inmigrantes, etc.). El resto de CCAA analiza alguna área de salud según NSE y propone algún objetivo y/o intervenciones específicos.

Si tenemos en cuenta los resultados para cada área de salud, el alcohol y las drogas y la salud reproductiva, son las áreas en las que con mayor frecuencia se analiza la situación según NSE (en 4 de las 11 CCAA que incluyen alcohol y drogas, y en 5 de las 12 CCAA que incluyen salud reproductiva). En cambio, la diabetes, la enfermedad osteoarticular, la enfermedad neurodegenerativa y las lesiones por accidentes de tráfico no se analizan según NSE en ninguna CCAA. Respecto a los objetivos y/o intervenciones por NSE o población excluida, en 4 CCAA están formulados para las áreas de alcohol y drogas, enfermedad oncológica, enfermedades infecciosas, enfermedades prevenibles por vacunación, VIH/sida, salud reproductiva y envejecimiento.

Índices de sensibilidad operativa de NSE por entornos para la salud y objetivos de apoyo

Sólo en Extremadura, y para el entorno «medio ambiente», se dispone de análisis por NSE. En La Rioja y Extremadura hay objetivos y/o intervenciones específicos para la reducción de las desigualdades en salud por NSE en medio ambiente, salud escolar, ciudades saludables y atención primaria (tabla 4).

Tal como se observa en la tabla 5, en los objetivos de apoyo los índices son muy bajos. Sólo en el caso de Aragón y Extremadura hay alguna línea de actuación

Tabla 3. Índices de sensibilidad operativa para cada área de salud con respecto a la descripción de la situación y a las intervenciones específicas que constan en los planes de salud de las comunidades autónomas^a

Áreas de salud	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Total comunidades autónomas (n/n) ^b
Tabaco	/	/	θ/	/	/	/	/	/	θ/	/	/	/	/	θ/θθ	13 (3/1)
Alcohol y drogas	/	/	/	θ/	/θ	/	/	/θ	θ/	θ/θ	/	/	/	θ/θ	11 (4/4)
Alimentación	/	/	/	θ/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	θ/θθ	9 (2/1)
Ejercicio físico	/	θ/	/	/	/	/	/	/	/θ	/	/	/	/	θ/θ	13 (2/2)
Diabetes	/	/	/	/θ	/	/	/	/	/θ	/	/	/	/	/	11 (0/2)
Enfermedades cardíacas y cerebrovasculares	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	θ/θθ	14 (1/1)
Enfermedades oncológicas	/	/	θ/θ	/θ	/	/	/θ	/	/θ	/	/	/	/	θ/θ	14 (2/5)
Enfermedades osteoarticulares	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	4 (0/0)
Enfermedades neurodegenerativas	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/θ	/	4 (0/1)
Accidentes de tráfico	/	/	/	/θ	/	/θ	/	/	/	/	/	/	/	/	14 (0/3)
Violencia	/	/	θ/	/	/	/	/	/	/θ	/	/	/	/	/	10 (1/1)
Enfermedades respiratorias	/	/	/	/θ	/	/	/	/θ	/	θ/	/	/	/	/	7 (1/2)
Enfermedades infecciosas	/θθ	/	/	/	/	θ/θ	/θ	/	/	/θ	/	θ/θ	/	/	11 (2/5)
Enfermedades prevenibles por vacunación	/θ	/	/	/θ	/θ	/	/θ	/θθ	/θ	θ/θθ	/	/	/	/	11 (1/7)
VIH/sida	/θθ	/θ	/	/	/	/θ	/θ	/θ	/θ	θ/θ	θ/	θ/θθ	/	/θ	12 (3/8)
Salud mental	/	/	θ/	θ/	/	/	/	/θ	/	/θ	/	/	/	θ/θ	12 (2/3)
Salud reproductiva	/	θ/	θ/	θ/θ	/	/	/θ	/	θ/	θ/θθθ	/θ	/θ	/	/θ	12 (5/6)
Área sociosanitaria envejecimiento	/	/	/	θ/θθ	/θθ	/	/	/θ	/θ	θ/	/	/	/	/	12 (2/4)
Total áreas de salud (n/n) ^c	13 (0/3)	14 (2/1)	9 (4/1)	17 (5/7)	15 (0/3)	9 (1/2)	18 (0/6)	15 (0/6)	16 (3/7)	17 (6/6)	15 (1/1)	13 (2/3)	9 (0/1)	14 (7/9)	

^aCada celda se encuentra dividida por el símbolo «/», que indica la inclusión de aquella área de salud en el plan de salud; a la izquierda de la barra, el símbolo «θ» representa la existencia de información en la descripción de las áreas de salud desagregada por nivel socioeconómico (NSE); a la derecha de la barra aparecen hasta un máximo de 3 símbolos «θ», referidos a los siguientes ítems: presencia de objetivos específicos para reducir desigualdades de NSE, líneas de actuación para reducir desigualdades de NSE y presencia de objetivos específicos y/o líneas de actuación para grupos de exclusión social; en blanco: no hay información.

^bTotal de comunidades autónomas: número de comunidades autónomas que tratan este área de salud; n/: número de comunidades autónomas que describen la situación por NSE en esta área de salud; /n: número de comunidades autónomas que proponen intervenciones por NSE.

^cTotal de áreas de salud en el plan de salud de la comunidad autónoma; n/: número de áreas de salud en la comunidad autónoma que aportan información por NSE; /n: número de áreas de salud en que la comunidad autónoma propone intervenciones por NSE.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tabla 4. Índices de sensibilidad operativa de cada entorno para la salud con respecto a la descripción de la situación y a las intervenciones específicas que constan en los planes de salud de las comunidades autónomas^a

Entorno para la salud	Andalucía	Aragón	Balears	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Total comunidades autónomas (n/n) ^b
Salud laboral	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	12 (0/0)
Medio ambiente	/	/	/	/	/	/	/	/	0/0	/	/	/	/	/	11 (1/2)
Salud en el medio escolar	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	6 (0/2)
Ciudades saludables	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	4 (0/1)
Prisiones	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	2 (0/0)
Servicios de atención primaria	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	8 (0/1)
Servicios hospitalarios	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	9 (0/0)
Total entornos para la salud (n/n) ^c	3 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/0)	5 (0/0)	4 (0/0)	4 (0/0)	4 (0/0)	6 (1/3)	2 (0/0)	6 (0/3)	4 (0/0)	0 (0/0)	5 (0/0)	

^aCada celda se encuentra dividida por el símbolo «/», que indica la existencia de aquel entorno para la salud en el plan de salud; a la izquierda de la barra el símbolo «Φ» representa la existencia de información en la descripción de los entornos para la salud desagregada por nivel socioeconómico (NSE); a la derecha de la barra aparecen hasta un máximo de 3 símbolos «Φ» referidos a los siguientes ítems: existencia de objetivos específicos para reducir desigualdades de NSE, líneas de actuación para reducir desigualdades de NSE y presencia de objetivos específicos y/o líneas de actuación para grupos de exclusión social; en blanco: no hay información.

^bTotal comunidades autónomas: número de comunidades autónomas que tratan este entorno para la salud; n/: número de comunidades autónomas que describen la situación por NSE en este entorno para la salud; /n: número de comunidades autónomas que proponen intervenciones por NSE.

^cTotal entornos para la salud en el plan de salud de la comunidad autónoma; n/: número de entornos para la salud en la comunidad autónoma que aportan información por NSE; /n: número de entornos para la salud en que la comunidad autónoma propone intervenciones por NSE.

Tabla 5. Índices de sensibilidad operativa para cada objetivo de apoyo con respecto a la descripción de la situación y a las intervenciones específicas que constan en los planes de salud de las comunidades autónomas^a

Objetivos de apoyo	Andalucía	Aragón	Balears	Canarias	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Galicia	La Rioja	Murcia	Navarra	País Vasco	Total comunidades autónomas (n/n) ^b
Sistemas de información	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	11 (0/2)
Formación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	12 (0/0)
Investigación	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	11 (0/0)
Total objetivos de apoyo (n/n) ^c	3 (0/0)	3 (0/1)	3 (0/0)	2 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/0)	2 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/1)	1 (0/0)	3 (0/0)	3 (0/0)	2 (0/0)	0 (0/0)	

^aCada celda se encuentra dividida por el símbolo «/», que indica la existencia de aquel objetivo de apoyo en el plan de salud; a la izquierda de la barra el símbolo «Φ» representa la existencia de información en la descripción de los objetivos de apoyo desagregada por nivel socioeconómico (NSE); a la derecha de la barra aparecen hasta un máximo de 3 símbolos «Φ» referidos a los siguientes ítems: existencia de objetivos específicos para reducir desigualdades de NSE, líneas de actuación para reducir desigualdades de NSE y presencia de objetivos específicos y/o líneas de actuación para grupos de exclusión social; en blanco: no hay información.

^bTotal comunidades autónomas: número de comunidades autónomas que tratan este objetivo de apoyo; n/: número de comunidades autónomas que describen la situación por NSE en este objetivo de apoyo; /n: número de comunidades autónomas que proponen intervenciones por NSE.

^cTotal objetivos de apoyo en el plan de salud de la comunidad autónoma; n/: número de objetivos de apoyo en la comunidad autónoma que aportan información por NSE; /n: número de objetivos de apoyo en que la comunidad autónoma propone intervenciones por NSE.

específica referida a los sistemas de información; en concreto se evidencia la necesidad de incluir las desigualdades en estos sistemas.

Índices de sensibilidad operativa frente a índice de sensibilidad simbólica

De las 2 CCAA con mayor índice de sensibilidad simbólica, sólo 1 (País Vasco) lo traduce también en mayor sensibilidad operativa. Además, el Plan de Salud del País Vasco tiene un apartado específico sobre desigualdades sociales en salud. Galicia y Canarias, con índices de sensibilidad simbólica de 0, son las CCAA, después del País Vasco, con índices de sensibilidad operativa más elevados.

En las 5 CCAA con un índice de sensibilidad simbólica medio (Andalucía, Aragón, Baleares, La Rioja, la Comunidad Valenciana), los índices de sensibilidad operativa son, sin embargo, bajos. De todos modos, los planes de salud de Andalucía y Aragón tienen apartados específicos dirigidos hacia la reducción de la exclusión y la vulnerabilidad social.

El resto de CCAA (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Murcia, Navarra) tienen tanto los índices de sensibilidad simbólica como los operativos muy bajos, aunque los planes de salud de Murcia y Castilla-La Mancha tienen apartados específicos referidos a la exclusión y la vulnerabilidad social.

Discusión

Este trabajo pone de manifiesto la escasa atención que se presta a la desigualdad según NSE en los planes de salud. Son una minoría los planes que la tienen en cuenta e incluso, en los casos en que se tiene en cuenta, hay muchas áreas de salud para las que no se valora este aspecto. En el apartado introductorio del plan de salud de 6 CCAA no se hace ninguna mención a este tema. La descripción de las áreas de salud y la propuesta de intervenciones por NSE es muy poco frecuente, y sólo 3 CCAA valoran el NSE para más o menos la mitad de las áreas de salud. Por otro lado, muchas de las intervenciones se dirigen hacia grupos excluidos. Para la descripción y la intervención de los entornos para la salud y los objetivos de apoyo, los índices también son muy bajos. En esta situación generalizada destaca como excepción el País Vasco²⁷, en cuyo plan de salud se consideran frecuentemente, para todos los aspectos analizados, las desigualdades de NSE y, además, se incluye un capítulo específico de desigualdades en salud. Por otro lado, en el momento de llevar a cabo este estudio había 2 CCAA sin plan de salud explicitado.

No hemos encontrado estudios semejantes con los que poder comparar estos resultados. Si lo hacemos con un estudio en el que se analizaba la sensibilidad de género mediante una metodología similar¹⁴ observamos que los resultados relativos a la sensibilidad simbólica son bastante parecidos, pero los índices de sensibilidad operativos para la descripción y la intervención de las áreas de salud son más altos para la sensibilidad de género, sobre todo en el caso de la descripción de las áreas de salud, ya que todas las CCAA excepto 1 analizaban los datos por sexo y todas ellas planteaban intervenciones. Los índices de sensibilidad operativa para los entornos y los objetivos de apoyo también son muy bajos en este otro estudio de sensibilidad de género.

Se han descrito distintas fases en la voluntad de actuar sobre las desigualdades socioeconómicas en salud en Europa^{30,31}. La primera fase ocurre cuando en un país no se miden o se empiezan a medir las desigualdades en salud (Grecia sería un ejemplo); la segunda fase es la de la negación e indiferencia ante el tema, a pesar de que ya hay cierto conocimiento (Estado español); la tercera es la de preocupación por el tema (Francia e Italia), y la cuarta se produce cuando ya hay acciones coordinadas y estructuradas para reducir las desigualdades (los Países Bajos, Suecia, el Reino Unido). Aunque ha aumentado el conocimiento sobre las desigualdades socioeconómicas en salud en el Estado español en las últimas décadas^{2,4}, el tema todavía no está en la agenda política, las políticas puestas en marcha para reducirlas son escasas³² y una parte importante de las que hay están dirigidas a poblaciones excluidas socialmente, como hemos descrito en este trabajo.

Según Whitehead et al^{33,34}, el Estado español se encontraría, pues, en una fase muy inicial del proceso de establecimiento de políticas apropiadas para reducir las desigualdades en salud, previa a la del reconocimiento de esta situación como injusta y necesaria de abordar. No es extraño, entonces, que tal como se ha observado en este trabajo, la mayoría de los planes de salud no tengan en cuenta las desigualdades según el nivel socioeconómico al describir la salud de la población, lo que sería la segunda fase del proceso.

Dalghren y Whitehead proponen un modelo³⁵ que define los factores que influyen en las desigualdades de NSE en la salud y los sitúa en «capas» de influencia, desde las más cercanas al individuo a las más lejanas o factores estructurales. En este sentido, los factores más cercanos al individuo son los inmodificables (factores constitucionales o genéticos, edad, sexo), pero estos factores están influidos por otros que sí se pueden modificar con las políticas. Así, se podrían modificar los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y trabajo

(producción de alimentos, educación, medio de trabajo, desempleo, medio ambiente, barrio de residencia, vivienda y servicios sanitarios) y los factores socioeconómicos, culturales, medio ambientales y políticos. Esto nos lleva a concluir que se puede intervenir sobre las causas de las desigualdades en salud, pero que para ello es necesario partir de un modelo conceptual de las desigualdades y actuar teniendo en cuenta.

El modelo anterior pone de manifiesto la necesidad de tener en cuenta los contextos o entornos de los individuos para poder abordar las desigualdades de NSE en salud, lo que implica también analizar los factores macroeconómicos y políticos. Tal como se ha descrito en este estudio, en los planes de salud de las CCAA hay muy pocos objetivos e intervenciones focalizados hacia los factores contextuales o estructurales, probablemente porque se considera que estas intervenciones deben ser llevadas a cabo por otros sectores de las administraciones públicas distintos del sanitario (como el económico, social, de trabajo, etc.). De todos modos, Navarro y Quiroga³⁶ han descrito que el Estado español tiene un gasto destinado a las políticas públicas inferior al de la mayoría de los países de la Unión Europea.

Hofrichter⁹ sostiene que la ideología actual respecto a las desigualdades en salud se basa en el rechazo de sus orígenes, causas o lógica y, por tanto, en los intentos de explorar la relación de los poderes político y económico con las desigualdades en salud. Las intervenciones suelen referirse a las consecuencias o los efectos de la desigualdad más que a la desigualdad en sí misma, perpetuando las instituciones que le dan apoyo. Según este autor, los cambios estructurales requieren acciones a largo término que apoyen la igualdad en salud. Las intervenciones serán más efectivas si forman parte de un plan de acción integral y a largo plazo que lleve a amplios cambios que eliminen las explotaciones de orden social (clasismo, racismo, sexismo, etc.)⁹.

En este trabajo no se pretenden cuantificar los resultados encontrados, sino valorar la sensibilidad de los planes de salud respecto a las desigualdades de NSE. Cabe señalar que el análisis que se hace se basa en las formulaciones del Plan de Salud, o sea, en la declaración de intenciones³⁷, y en nuestro país es frecuente que los planes de salud sean elaborados por profesionales técnicos, lo que determina que no siempre representen la voluntad política. En este artículo no se analiza si las intervenciones propuestas posteriormente se llevan a cabo, aunque parece lógico suponer que si una intervención no consta en el plan de salud, lo más probable es que no se implante, ya que el plan informa sobre los ejes en los que se mueven las políticas y que, finalmente, inspirarán las acciones que se lleven a cabo.

Este trabajo ha mostrado la escasa sensibilidad a las desigualdades de NSE en los planes de salud del Estado español, con la excepción del País Vasco. Los

gobiernos del Estado español y de las CCAA deberían situar las desigualdades en salud en la agenda política, lo que se traduciría en acciones específicas en los planes de salud. Hay modelos de buena práctica, como los llevados a cabo en otros países europeos (los Países Bajos, Suecia o el Reino Unido^{30,31,33}) que podrían ser utilizados. Además, sería interesante establecer puentes entre los investigadores y las personas que toman decisiones políticas³⁸ para potenciar planes de salud con mayor sensibilidad de NSE.

Agradecimientos

Este estudio ha sido parcialmente financiado por una beca educativa libre de Merck Sharp & Dohme.

A Antoni Plasència y Carmela Moya como miembros del Grupo de Metodologías de Aproximación Rápida al Análisis de las Políticas de Salud (Grupo MAR).

Bibliografía

1. Peter F, Evans T. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001.
2. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidem Community Health*. 1999;53:388-9.
3. Borrell C, Benach J, coordinadores. *CAPS i Fundació J. Bofill. Les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
4. Borrell C, Benach J, coordinadores. *CAPS i Fundació J. Bofill. L'evolució de les desigualtats en salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
5. Benach J, Daponte A, Borrell C, Artazcoz A, Fernández E. *Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España*. En: Navarro V, editor. *El estado de bienestar en España*. Madrid: Tecnos; 2004.
6. Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. *Gac Sanit*. 1997;11:255-7.
7. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. *Challenging inequities in health. From ethics to action*. Oxford: Oxford University Press; 2001.
8. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429-45.
9. Hofrichter R. The politics of health inequalities. En: Hofrichter R, editor. *Health and social justice. Politics, ideology and inequality in the distribution of disease*. San Francisco: Jossey-Bass & Willey; 2003.
10. Peiró R, Álvarez-Dardet C, Plasencia A, Borrell C, Colomer C, Moya C, et al. Rapid appraisal methodology for «health for all» policy formulation analysis. *Health Policy*. 2002;62:309-28.
11. Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. London: Zed Books; 1994.
12. Subirats J. El análisis de las políticas públicas. *Gac Sanit*. 2001;15:259-64.
13. Meny I, Thoening JC. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel Ciencia Política; 1992.
14. Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 2:36-46.

15. II Plan Andaluz de Salud 1999-2002. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla: Dirección General de Salud Pública y Participación; 1999.
16. Plan de Salud de Aragón. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo, Dirección General de Salud Pública; 1999.
17. Pla de Salut de les Illes Balears. Palma de Mallorca: Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública i Participació; 2003.
18. Plan de Salud de Canarias 1997-2001. Servicio del Plan de Salud e Investigación [Citado 22 Mar 2003]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org>
19. Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad [citado 5 Ago 2003]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web/usuarios/home/Plan_de_Salud_de_Castilla-La_Mancha.pdf
20. 2.º Plan de Salud de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social; 1998 Decreto 212/1998, de 8 de octubre, por el que se aprueba el segundo Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León.
21. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Estratègies de salut per a l'any 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2002.
22. Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Badajoz: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitaria; 2001.
23. Plan de Salud de Galicia 2002-2005. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Secretaría General; 2002.
24. Plan de Salud de la Rioja. Comisión para la elaboración del Plan de Salud. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de la Rioja; 1998.
25. III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia; 2003 [Citado 12 May 2003]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es>
26. II Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Gobierno de Navarra. Departamento de Sanidad. Anales Sis San Navarra. 2001;24 Supl 3:175-90.
27. Políticas de salud para Euskadi. Plan de Salud 2002-2010. Vitoria: Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad; 2002.
28. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Valencia: Dirección General para la Salud Pública; 2001.
29. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
30. Whitehead M. Diffusion of ideas on social inequalities in health: a European perspective. *Milbank Quarterly*. 1998;76:469-92.
31. Mackenbach JP, Bakker MJ, European Network on Interventions and Policies to reduce inequalities in Health. Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. *Lancet*. 2003;362:1409-14.
32. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:158-67.
33. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to Inequalities in health: a global perspective. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health. From ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001.
34. Whitehead M, Scott-Samuel A, Dahlgren G. Setting targets to address inequalities in health. *Lancet*. 1998;351:1279-82.
35. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
36. Navarro V, Quiroga A. Políticas de estado de bienestar para la equidad. En: Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe SESPAS 2004. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:147-57.
37. Gisbert R, Van der Water HPA, Van Herten LM. La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. *Gac Sanit*. 2000;14 Supl 3:34-44.
38. Moss N. Socioeconomic disparities in health in the US: an agenda for action. *Soc Sci Med*. 2000;51:1627-38.

Comentario: La necesaria búsqueda de objetivos para evaluar las intervenciones sobre las desigualdades socioeconómicas en salud

(Comment: the necessary search of objectives to evaluate the interventions upon socioeconomic health inequalities)

Enrique Regidor

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Dos revistas de investigación biomédica de prestigio internacional han recordado recientemente la persistencia del gradiente social en salud en los países ricos^{1,2}. No es un hecho aislado: en las 2 últimas décadas han incorporado multitud de artículos y comentarios sobre ese tema. Resulta paradójico que el efecto de la posición socioeconómica de los individuos sobre su salud sea evocado periódicamente por revistas dedicadas a difundir conocimientos sobre la práctica clínica,

pero ignorado en los documentos-planes de salud elaborados en España, como han constatado Borrell et al³.

La sorpresa es mayor si se tiene en cuenta que la decisión de elaborar un Plan de Salud es política, pero su contenido es ideado y redactado por técnicos. De hecho, ese contenido es presentado en sociedad con ninguna o mínima alteración, como sabe cualquiera con experiencia en la administración sanitaria. Por ello, considero un motivo importante de preocupación que los profesionales sanitarios incorporen únicamente valores y creencias dominantes sobre los determinantes de los problemas de salud e ignoren la acumulación de conocimiento científico acerca del origen social de la enfermedad.

Aunque también podría ser que esa ignorancia no sea tal, sino un aviso a los que nos dedicamos a generar conocimiento sobre este asunto, para que traslademos menos ambigüedad en los mensajes. Borrell et al³ recomiendan establecer puentes entre investigadores y políticos para apoyar la inclusión de las desigualdades en salud en la agenda política, de manera similar a lo realizado en los Países Bajos, Suecia y el Reino Unido. Sin embargo, después de leer las propuestas de intervenciones