

Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades

Ferran Daban^a, M. Isabel Pasarín^{a,b}, Maica Rodríguez-Sanz^a, Anna García-Altés^a, Joan R. Villalbí^a, Gemma Cano-Serral^a y Carme Borrell^a

Objetivo. Evaluar la reforma de la atención primaria (RAP) en Barcelona durante el año 2000 mediante 3 prácticas preventivas: el consejo antitabaco, la toma de la presión arterial y la vacunación antigripal. Además, se quiere evaluar las desigualdades de sexo, edad o clase social en la recepción de estas prácticas.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Encuesta de Salud de Barcelona del año 2000, atención primaria de salud.

Participantes. Personas mayores de 15 años no institucionalizadas residentes en la ciudad de Barcelona el año 2000 (n = 10.000 personas).

Mediciones principales. Los indicadores utilizados fueron las prevalencias de recepción de las 3 prácticas preventivas. Se realizaron análisis descriptivos y de regresión logística multivariante.

Resultados. La recepción de las prácticas preventivas estudiadas es mayor en las áreas con mayor tiempo de instauración de la RAP respecto a los centros no reformados (el 63,7 frente al 53,2%, respectivamente). El consejo antitabaco, en el caso de las mujeres, es menos frecuente en las clases sociales más desfavorecidas (odds ratio [OR] = 0,72; intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,55-1).

Conclusiones. La RAP es un factor asociado con la realización de las prácticas preventivas. No se han encontrado desigualdades significativas de clase social o sexo en la recepción de las 3 prácticas preventivas.

Palabras clave: Reforma de atención primaria. Prácticas preventivas. Desigualdades en salud.

EVALUATION OF THE PRIMARY HEALTH CARE REFORM: PREVENTIVE PRACTICES AND INEQUALITIES

Objective. To evaluate primary care reform (PCR) in Barcelona during the year 2000 using 3 preventive practices: anti-smoking advice, blood pressure measurement, and flu vaccination. Any inequalities of gender, age, or social class in receiving these practices are also assessed.

Design. Cross-sectional, descriptive, observational study.

Setting. Barcelona Health Survey, primary health care, Spain, year 2000.

Participants. Non-institutionalised residents of the city of Barcelona over 15 years old in the year 2000 (N=10 000 people).

Main measurements. The indicators used were the prevalences of receiving the 3 practices. Descriptive and multivariate logistic regression analyses were performed.

Results. Receiving the preventive practices studied is greater in areas where PCR was established longer, compared to the centres that had not begun the reforms (63.7% as opposed to 53.2%, respectively). Anti-smoking advice, for women, is less frequent in the more disadvantaged classes (odds ratio [OR] =0.72; 95% confidence interval [CI], 0.55-1).

Conclusions. PCR is a factor associated with carrying out preventive practices. No significant disparities between social class or gender were found for those who received the preventive practices.

Key words: Primary care reform. Preventive practices. Inequalities in health.

English version available at
www.doyma.es/213.394

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 346)

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

^bPrograma de Doctorado de Salud Pública de la Universidad Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: M.I. Pasarín
Rua.
Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.
España.
Correo electrónico:
mpasarin@aspb.es

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por la Red de Centros de Epidemiología y Salud Pública (número C03/09).

Manuscrito recibido el 6-6-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 22-11-2006.

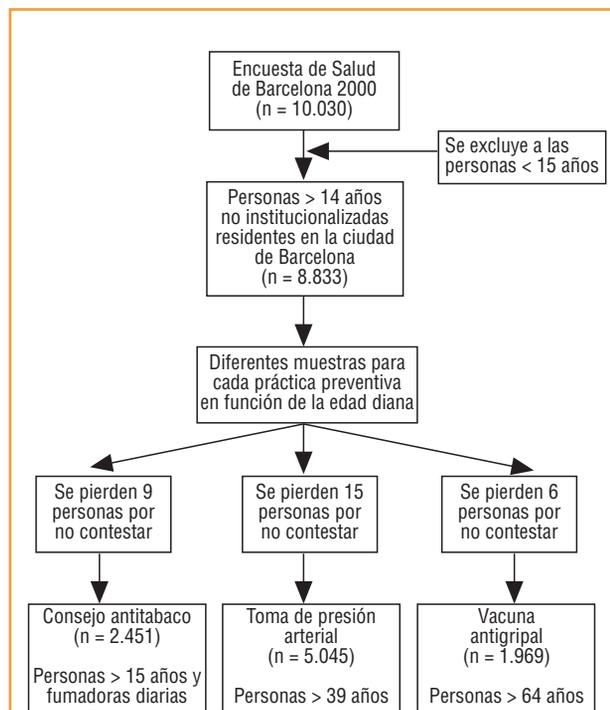
Introducción

La reforma de la atención primaria (RAP) favoreció que la atención primaria de salud (APS) incluyera la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, a las funciones ya indicadas de tratamiento y rehabilitación. Se trataba de dar un servicio de salud continuo e integral hacia la persona, la familia y la comunidad. Se introdujeron importantes cambios organizativos (trabajo en equipo, horarios más amplios, uso de historia clínica, etc.)¹⁻³. En Cataluña, la RAP se inició a finales del año 1986⁴ y se concluyó en 2003⁵. La RAP se ha evaluado en diferentes estudios y muchos de ellos han llegado a conclusiones muy positivas en diferentes aspectos económicos y de salud: reducción de costes mediante la disminución de las visitas y los ingresos en la atención especializada⁶⁻⁸, mejora de la calidad en la atención y la equidad en la distribución de los servicios^{9,10}, y un impacto en la reducción de la mortalidad por todas las causas y por algunas de las causas prevenibles desde la atención primaria¹¹. Aun así, otros estudios muestran que algunos aspectos no han mejorado o que han empeorado, el más destacable de los cuales es la accesibilidad de la visita, ya que el usuario tiene que pedir hora antes de ser visitado por algún profesional sanitario^{9,12,13}.

Tres de las prácticas preventivas más destacables y que utilizaremos en este trabajo son: el consejo antitabáquico, la toma de la presión arterial y la vacunación antigripal. Diferentes estudios han demostrado los beneficios de estas prácticas^{10,12,14}. En algunos estudios descriptivos se muestra que las prácticas preventivas aumentaron en los últimos años en buena parte debido a la incorporación de la RAP¹²⁻¹⁶. Sin embargo, la provisión privada de APS (mutuas privadas u obligatorias) también ha influido en este aumento¹⁶. En consecuencia, es importante considerar que la población de Barcelona, ciudad en la que se realiza este estudio, utiliza servicios públicos y privados de APS simultáneamente¹⁷.

Las desigualdades en la salud también se tienen en cuenta. Estas son debidas a causas sociales y económicas principalmente, pero también hay causas psicosociales, de servicios sanitarios y de perspectiva de vida^{18,19}. En el estudio que se presenta intentaremos detectar las desigualdades en salud según la edad, el sexo y la clase social. En estudios previos se ha puesto de manifiesto la existencia de estas desigualdades¹⁸⁻²¹, pero en este estudio se quiere analizar si también las hay en la provisión de servicios, concretamente en las 3 prácticas preventivas citadas con anterioridad.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la RAP en Barcelona durante el año 2000 mediante 3 prácticas preventivas: el consejo antitabaco, la toma de la presión arterial y la vacunación antigripal. Además, se pretenden,



Esquema general del estudio

Estudio observacional, descriptivo, transversal para evaluar las reformas de atención primaria en Barcelona en función de 3 prácticas preventivas: el consejo antitabaco, la toma de la presión arterial y la vacunación antigripal.

evaluar también las desigualdades de sexo, edad o clase social en estas prácticas.

Métodos

Diseño, población y fuentes de información

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La población de estudio estuvo compuesta por las personas mayores de 14 años no institucionalizadas residentes en la ciudad de Barcelona durante el año 2000. La fuente de información fue la Encuesta de Salud de Barcelona realizada en el año 2000. La muestra de la encuesta estaba formada por 10.000 personas²². Para este trabajo se incluyó un número distinto de personas para cada práctica preventiva, debido a que la edad de la población diana de cada una de ellas era diferente. Por lo tanto, las muestras estudiadas fueron las siguientes: 2.451 personas para el consejo antitabaco (> 14 años fumadoras diarias), 5.045 personas para la toma de la presión arterial (> 39 años) y 1.969 personas para la vacuna antigripal (> 65 años).

Variables estudiadas

Como variables dependientes se utilizaron las prácticas preventivas que declaró haber recibido la persona entrevistada.

Se utilizaron como variables independientes la clase social y el tipo de centro de APS. La clase social se asignó según la propuesta realizada en el año 1995 por un grupo de expertos de la Sociedad Española de Epidemiología²³. La clasificación va desde la «I» como la clase más bienestante a la «V», la más desfavorecida.

Respecto al tipo de APS, se clasificó en función del centro al que pertenecía el médico de la persona entrevistada y que fue identificado por ésta como fuente de APS habitual. Se estratificó la variable en 5 categorías: *a*) usuarios de los centros públicos del Servicio Catalán de la Salud (SCS) que residían en áreas básicas de salud (ABS) –zonas básicas de salud en el resto del Estado español– en las que se había implantado la RAP entre los años 1984 y 1993; *b*) usuarios de los centros públicos del SCS que residían en ABS en las que se había implantado la RAP entre 1994 y 1998; *c*) usuarios de los centros públicos del SCS que residían en ABS en las que no se había implantado la RAP o se implantó a partir de 1999; *d*) usuarios de mutuas obligatorias o mutuas privadas, y *e*) personas que no habían identificado a un médico de cabecera como fuente de atención habitual.

Diferentes estudios muestran que hay desigualdades en salud en función de la edad, el estado de salud percibido (ESP) y la cobertura sanitaria^{19,24-26}, motivo por el que se estudiaron como variables de control. El ESP se dividió en 2 categorías: «muy bueno-bueno» y «regular-malo-muy malo». La cobertura sanitaria se dividió en categorías «pública» y «mixta/privada». En el análisis del impacto de la RAP se controló también la clase social, ya que la RAP en Barcelona se inició en las ABS de los barrios más desfavorecidos²⁷.

Análisis de datos

Se describió la relación entre la APS, la cobertura sanitaria y la clase social.

También se estudió cada una de las prácticas preventivas según las variables independientes y de control, y todos los resultados se estratificaron por sexos. Se calcularon los porcentajes de realización de dichas prácticas estandarizados por edad y clase social, según el método de estandarización directa, para lo cual se utilizó como población de referencia la del total de la muestra. Se realizaron análisis bivariantes, mediante modelos de regresión logística binaria, entre las prácticas preventivas y las variables independientes y de control. Se obtuvieron las *odds ratio* (OR) y su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%).

Finalmente, se construyeron modelos de regresión logística multivariante para estudiar la asociación entre las variables dependientes con el tipo de APS y la clase social. Estas dos varia-

bles no se incluyeron conjuntamente porque tienen una elevada colinealidad. Así pues, en todos los modelos se incluyeron sólo la edad y el ESP como variables de confusión. La cobertura sanitaria se incluyó en función de la significación en los análisis bivariantes. Se estudió la interacción entre el ESP y la clase social.

Resultados

En las figuras 1 y 2 se muestra la distribución de las clases sociales según el tipo de APS y el tipo de cobertura sanitaria. Entre las personas que tenían solamente cobertura

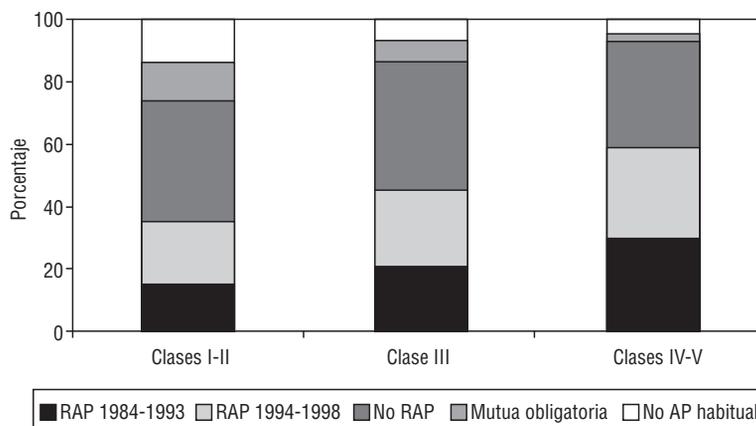


FIGURA 1

Distribución de la muestra en personas mayores de 15 años de la Encuesta de Salud de Barcelona 2000 según la clase social y el tipo de atención primaria. Personas con cobertura sanitaria sólo pública. AP: atención primaria; RAP: reforma de la atención primaria.

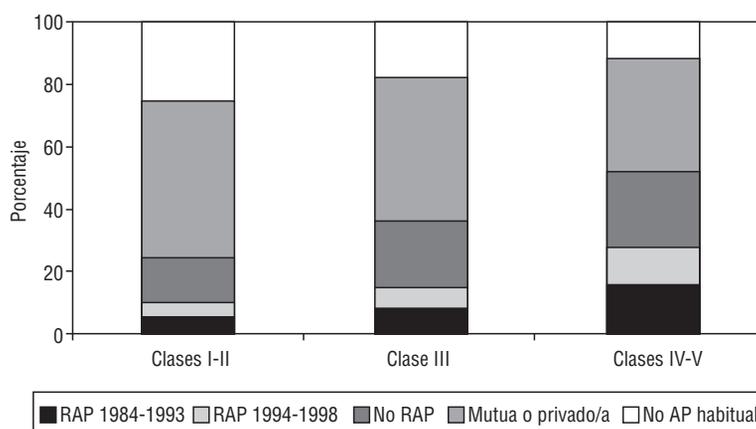


FIGURA 2

Distribución de la muestra en personas mayores de 15 años de la Encuesta de Salud de Barcelona 2000 según la clase social y el tipo de atención primaria. Personas con cobertura sanitaria mixta o privada. AP: atención primaria; RAP: reforma de la atención primaria.

TABLA 1 Descripción de las variables de estudio y asociación bivariante entre las prácticas preventivas y las variables independientes en las mujeres. Encuesta de Salud de Barcelona, 2000

	Consejo antitabaco				Toma de la presión arterial				Vacuna antigripal					
	%	n ^b	OR	IC del 95%	%	n ^b	OR	IC del 95%	%	n ^b	OR	IC del 95%		
Edad (años) ^a														
Tabaco	PA	Gripe												
15-44			45,2	380	1	-	-	-	-	-	-	-		
45-64	40-64	65-74	53,9	104	1,41	1,03-1,93	59,1	968	1	51,2	351	1		
≥ 65	≥ 65	≥ 75	56,5	13	1,61	0,70-3,70	82	982	3,15	2,64-3,76	58,4	299	1,33	1,06-1,68
Clase social														
I-II			53,3	129	1		62,3	235	1		47,8	44	1	
III			41,2	141	0,61	0,44-0,85	66,2	486	1,18	0,91-1,53	47,9	104	1,01	0,61-1,63
IV-V			48,3	221	0,81	0,59-1,11	70,3	1076	1,43	1,13-1,81	55,9	407	1,38	0,89-2,14
Tipo de APS														
RAP 1984-1993			55,7	113	1		74,5	426	1		59,3	144	1	
RAP 1994-1998			44,1	94	0,63	0,42-0,92	67,2	430	0,70	0,54-0,90	57,5	142	0,92	0,64-1,33
Sin RAP			46,9	143	0,70	0,49-1	66,8	608	0,69	0,54-0,87	53,8	239	0,80	0,58-1,09
Mutua o privada			50	101	0,79	0,53-1,17	75,1	365	1,03	0,78-1,37	51,3	99	0,72	0,49-1,05
Sin APS habitual			35,2	43	0,43	0,27-0,68	52	103	0,37	0,26-0,52	30,9	17	0,30	0,16-0,56
Estado de salud percibido														
Bueno			44	394	1		61,5	1.013	1		46,6	227	1	
Regular-malo			63,9	101	2,25	1,58-3,20	78,5	925	2,29	1,93-2,71	59,4	419	1,68	1,33-2,12
Cobertura sanitaria														
Pública			47,2	330	1		68,2	1.321	1		56,3	479	1	
Mixta/privada			46,8	167	0,98	0,76-1,27	69,9	629	1,08	0,91-1,28	49	170	0,74	0,58-0,95

APS: atención primaria de salud; IC: intervalo de confianza; n: número de casos; OR: *odds ratio*; PA: presión arterial; RAP: reforma de atención primaria.

^aLa agrupación de la edad cambia para cada variable dependiente.

^bEl número de casos no coincide para cada variable independiente debido a los valores faltantes (*missing*).

pública, el porcentaje con RAP era mayor entre las clases más desfavorecidas (59,3%), y también eran las que en menor proporción no identificaron una APS habitual (4,3%). Las clases más aventajadas tenían más centros sin la reforma y utilizaron más las mutuas obligatorias o privadas (12%); también hubo más personas (15%) que no identificaron una APS habitual. Las personas con una cobertura mixta o sólo privada (fig. 2) tuvieron en general un menor porcentaje de centros reformados. En las clases más favorecidas hubo un porcentaje más elevado de mutuas o médicos privados (50%), y fueron las que identificaron menos una APS habitual y las ABS donde hubo menos centros reformados.

En las tablas 1 y 2 se observa que las 3 prácticas preventivas tienen mayor implantación en los grupos de edad más avanzados. Para el consejo antitabaco, los varones fumadores mayores de 65 años fueron los que declararon en mayor proporción que su médico les había aconsejado dejar de fumar (el 66,2 frente al 56,5% en el caso de las mujeres). Se observan mayores diferencias según edad en la toma de la presión arterial y la recepción de la vacunación antigripal. Respecto a la primera, podemos observar que la diferencia entre edades es del 59,1 al 82% en las mujeres y del 56 al 77,6% en los varones. Estas diferencias son significa-

tivas en ambos sexos. Respecto a la vacuna antigripal, las personas mayores de 75 años se vacunaron con mayor frecuencia contra la gripe, y más los varones que las mujeres (el 68,5 en los varones frente al 58,4% en las mujeres).

En el análisis según el tipo de cobertura sanitaria se observan diferencias significativas en las mujeres de cobertura únicamente pública, ya que se vacunaron más (el 56,3, frente a la cobertura mixta/privada, que fue del 49%). También se observaron diferencias en el consejo antitabaco en varones con cobertura mixta/privada, que declararon haberlo recibido con mayor frecuencia (el 54,1 frente al 46,8% en la pública).

En la tabla 3 se muestran las diferencias en la recepción de las prácticas según el tipo de atención primaria tras controlarlas por la edad y el estado de salud percibido. Se observa que las personas (varones y mujeres) cuyo médico de cabecera se encontraba en un centro en el que la RAP se había instaurado en las etapas más tempranas recibieron las 3 prácticas preventivas en mayor proporción que las que tenían el médico de cabecera en otras áreas o bien no tenían un médico de cabecera como fuente de atención habitual. Se observó que todas las OR son < 1 de forma significativa, excepto para la vacunación antigripal en el caso de las mujeres.

TABLA 2

Descripción de las variables de estudio y asociación bivariante entre las prácticas preventivas y las variables independientes en los varones. Encuesta de Salud de Barcelona 2000

	Consejo antitabaco				Toma de la presión arterial				Vacuna antigripal			
	%	n ^b	OR	IC del 95%	%	n ^b	OR	IC del 95%	%	n ^b	OR	IC del 95%
Edad (años) ^a												
Tabaco												
PA												
Gripe												
15-44	43,2	358	1		–	–	–	–	–	–	–	–
45-64	53,8	219	1,53	1,20-1,94	56	806	1		48	241	1	
≥ 65	66,2	104	2,58	1,80-3,69	77,6	598	2,70	2,22-3,30	68,1	184	2,31	1,70-3,16
Clase social												
I-II	50,6	159	1		65,4	334	1		51,9	68	1	
III	47,9	190	0,89	0,66-1,20	62,1	453	0,86	0,68-1,09	51,7	136	0,99	0,65-1,50
IV-V	48,8	327	0,93	0,71-1,21	63,4	601	0,91	0,73-1,14	59,3	219	1,35	0,90-2,01
Tipo de APS												
RAP 1984-1993	55,7	156	1		69,9	293	1		70,6	108	1	
RAP 1994-1998	44	129	0,62	0,45-0,87	58,5	257	0,60	0,45-0,80	56,8	84	0,54	0,33-0,87
Sin RAP	47,2	201	0,71	0,52-0,96	61,3	451	0,68	0,52-0,88	47,9	137	0,37	0,25-0,57
Mutua o privada	56,9	124	1,05	0,73-1,50	72,4	291	1,12	0,83-1,52	55,7	73	0,52	0,32-0,85
Sin APS habitual	40,6	69	0,54	0,37-0,80	51,5	104	0,45	0,32-0,64	44	22	0,31	0,16-0,56
Estado de salud percibido												
Bueno	43,9	503	1		57,9	884	1		47,5	198	1	
Regular-malo	71,5	173	3,22	2,38-4,36	75,9	506	2,29	1,87-2,81	64,2	224	1,97	1,47-2,64
Cobertura sanitaria												
Pública	46,8	464	1		62,6	932	1		57,4	303	1	
Mixta/privada	54,1	218	1,34	1,06-1,69	65,4	471	1,12	0,93-1,36	50,2	122	0,74	0,54-1

APS: atención primaria de salud; IC: intervalo de confianza; n: número de casos; OR: *odds ratio*; RAP: PA: presión arterial; reforma de atención primaria.

^aLa agrupación de la edad cambia para cada variable dependiente.

^bEl número de casos no coincide para cada variable independiente debido a los valores faltantes (*missing*).

En la figura 3 se presenta la asociación entre las prácticas y la clase social, tras controlar también por edad y estado

de salud percibido. Se observa que el consejo antitabaco en el caso de las mujeres es más frecuente en las clases socia-

les más favorecidas (OR = 0,57 para la clase social III y OR = 0,72 para las clases sociales IV-V, respecto a las clases sociales más bienestantes). Respecto a la toma de la presión arterial en las mujeres, se observa una interacción significativa con el estado de salud percibido, de tal forma que en las mujeres con peor estado de salud es más frecuente haber recibido la práctica preventiva que en las mujeres de clases más desfavorecidas (OR = 1,75 para las clases IV-V).

TABLA 3

Asociación entre haber recibido consejo antitabaco (en fumadores), la toma de la presión arterial (en mayores de 40 años) y la vacunación antigripal (en mayores de 65 años), y el tipo de atención primaria de salud. Modelos multivariantes de regresión logística (variables de control: edad y estado de salud percibido). Encuesta de Salud de Barcelona, 2000

	Consejo antitabaco		Toma de la presión arterial		Vacuna antigripal	
	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%	OR	IC del 95%
Mujeres						
Tipo de APS						
RAP 1984-1993	1		1		1 ^a	
RAP 1994-1998	0,63	0,43-0,94	0,72	0,56-0,94	0,93	0,65-1,34
No RAP	0,71	0,49-1,02	0,64	0,50-0,81	0,84	0,61-1,15
Mutua o privada	0,85	0,57-1,27	1,21	0,90-1,61	0,90	0,58-1,40
No APS habitual	0,47	0,29-0,75	0,47	0,33-0,67	0,35	0,18-0,68
Varones						
Tipo de APS						
RAP 1984-1993	1		1 ^a		1 [*]	
RAP 1994-1998	0,62	0,44-0,88	0,62	0,46-0,83	0,55	0,33-0,90
No RAP	0,72	0,52-0,99	0,66	0,50-0,86	0,39	0,25-0,61
Mutua o privada	0,87	0,57-1,32	1,29	0,94-1,76	0,62	0,35-1,08
No APS habitual	0,55	0,36-0,84	0,56	0,39-0,80	0,42	0,21-0,84

APS: atención primaria de salud; IC: intervalo de confianza; n: número de casos; OR: *odds ratio*; RAP: reforma de atención primaria.

^{*}En este modelo se ha incluido como variable de control la cobertura sanitaria.

Discusión

Según este estudio, entre personas que identificaron a su médico de APS en los servicios públicos, el número de personas que recibieron las prácticas preventi-

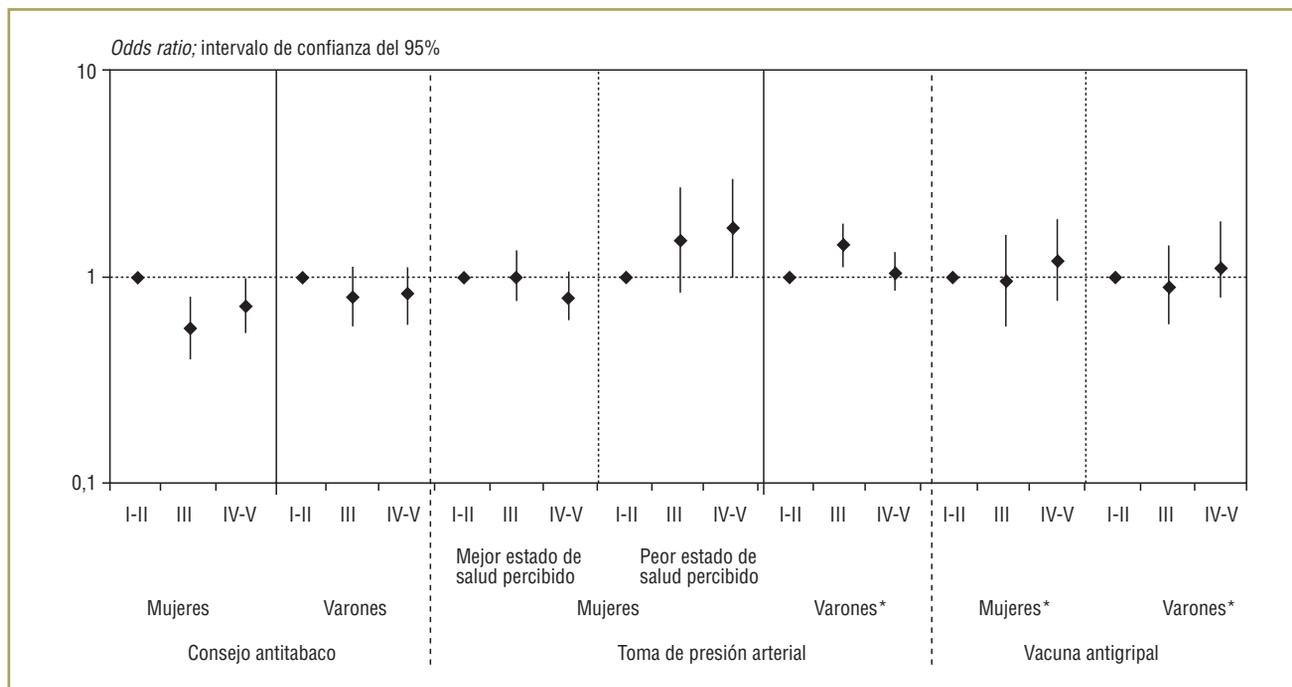


FIGURA 3

Asociación entre haber recibido consejo antitabaco, toma de la presión arterial y vacunación antigripal, y la clase social. Modelos multivariantes de regresión logística (variables de control: edad y estado de salud percibido). Encuesta de Salud de Barcelona 2000.

*En vacuna antigripal y toma de presión arterial en varones, se ha agregado cobertura sanitaria en el modelo.

vas estudiadas es mayor en las áreas con más tiempo de RAP. También las mutuas tuvieron un papel determinante en las prácticas preventivas, ya que en ellas el porcentaje en la realización de dichas prácticas fue mayor, a excepción de la vacuna contra la gripe, donde el peso de la mutua fue menos importante, sobre todo en varones. No se han encontrado desigualdades significativas de clase social o sexo en la recepción de dichas prácticas. Las personas mayores recibieron más las prácticas, hecho que puede estar asociado a su mayor frecuentación de los centros de salud. Está constatado que el incremento de las prácticas preventivas se asocia con una disminución de las principales causas de mortalidad médicamente evitables (enfermedades cerebrovasculares o por causas de la hipertensión) relacionadas con la RAP¹¹. En la ciudad de Barcelona se inició la reforma en los barrios con peores indicadores sociales y de salud, lo que posteriormente se tradujo en mejoras selectivas de los indicadores de mortalidad¹⁸.

Según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), la declaración de haberse tomado la presión arterial entre 1994 y 2002 aumentó de forma considerable, con un 26,3% de varones y un 29% de mujeres en 1994, y un 48 y un 50,8% en 2002, respectivamente^{19,28}. En nuestro estudio, la prevalencia fue del 66,8% en varones y del 70,5% en mujeres, pero el rango de edad utilizado en este caso es más estrecho. En el consejo antitabaco tene-

mos la misma variación positiva: en el trabajo que presentamos podemos observar que se ha realizado la práctica en el 54,4% de los varones y en el 51,8% de mujeres que fuman a diario; en cambio, en 1992 no se aconsejó ni a una tercera parte de las personas fumadoras que recibieron consejo en el año 2000¹⁶.

La única práctica que muestra desigualdad por clase social es el consejo antitabaco ya que, ante una necesidad igual, parece que se dio más en clases bienestantes. Un hecho interesante es estudiar la evolución de la toma de la presión arterial en función de la clase social y el sexo. En 1994 no se contemplaban diferencias entre clases sociales en el caso de los varones, mientras que las mujeres de las clases sociales IV y V declararon que se la tomaban menos¹⁶; curiosamente, en el presente estudio las mujeres de las clases IV-V declararon que se la tomaban más. El hecho de que la RAP se iniciara en Barcelona en las clases sociales más desfavorecidas puede haber influido en el cambio de resultados entre clases¹⁸.

En 1998 se observó que los varones habían dejado de fumar más que las mujeres, y también las personas con un nivel de estudios más elevado^{19,25,29}. En las mujeres hubo una disminución del hábito en las clases bienestantes y un aumento en las clases más desfavorecidas¹⁹. Los resultados de nuestro estudio nos indican que las

Lo conocido sobre el tema

- En algunos estudios se demuestran mejoras en la atención primaria en los últimos años, en buena parte por la incorporación de la reforma.
- El incremento de prácticas preventivas concuerda con una disminución de las principales causas de mortalidad médicamente evitables.
- Numerosos estudios evidencian desigualdades en salud en la edad, el sexo y la clase social.

Qué aporta este estudio

- En los servicios públicos de Barcelona ha aumentado el número de personas que han recibido las 3 prácticas preventivas estudiadas.
- Este aumento se ha contemplado en función del tiempo de la reforma: los centros con más tiempo de reforma realizaron más dichas prácticas.
- No se han encontrado desigualdades claras según el sexo y la clase social en la recepción de las prácticas preventivas, pero sí en la edad: las personas con edades más avanzadas recibieron más las prácticas.

mujeres de clase I-II recibieron más consejo antitabaco que las de clases más desfavorecidas. La prevalencia de ex fumadores fue, en 1998, del 31,9% en varones y del 27,3% en mujeres³⁰. Otros trabajos nos indican que en ambos sexos hay más ex fumadores en las clases I-II y entre las personas con un nivel de estudios más elevado^{16,29}. Por tanto, es muy importante reforzar la práctica del consejo para dejar de fumar en las clases más desfavorecidas.

Una limitación del estudio es que el consejo antitabaco se midió sólo en fumadores y no en ex fumadores. Eso hizo que no se tuviera en cuenta a las personas en las que se supone que el consejo fue efectivo.

La RAP ha influido claramente en promocionar las prácticas preventivas en la atención primaria en el sector público. Creemos que es positivo que se continúe potenciando y promocionando la prevención desde los servicios públicos, ya que su universalidad permite el acceso a las personas de todas las clases sociales. Al mismo tiempo, se debe potenciar los cambios que favoreció la reforma, ya que se han obtenido resultados positivos. Consideramos también importante seguir controlando el impacto de la actuación del sistema sanitario, así como la posible producción de desigualdades.

Bibliografía

1. Starfield B. Atención primària: equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia. 2.ª ed. Masson: Barcelon., 2001.
2. World Health Organization. Primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
3. Rico A, Saltman R. ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Rev Administración Sanit. 2002;6:39-67.
4. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. Fulls Econòmics del Sistema Sanitari. 1997;30:7-11.
5. Villalbí JR, Farrés J. Culminar la reforma de la atención primaria de salud: gestión del cambio en Barcelona, 1998-2003. Aten Primaria. 2005;35:484-8.
6. Villalbí JR, Pasarín MI, Montaner I, et al. Evaluación de la atención primaria de salud. Aten Primaria. 2003;31:382-5.
7. Caminal J, Casanova C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;31:61-5.
8. Guarga A, Gil M, Villalbí JR, Pasarín MI, Manzanera R, Armengol R, et al. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. Aten Primaria. 2000;26:600-6.
9. Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. Health Policy. 1997;41:121-37.
10. Morera R. L'avaluació de la RAP i dels models de gestió de l'atenció primària. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. 2003;21:90.
11. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. Aten Primaria. 1999;24:468-74.
12. Pasarín MI, Borrell C, Salvador J, Rodríguez M, Artazcoz L, Arqués J, et al. Canvis rellevants en la salut i els seus determinants. En: Institut Municipal de Salut Pública, editors. La salut a Barcelona 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002. p. 9-31.
13. Pasarín MI, Villalbí JR, Rodríguez M, Borrell C. Els serveis d'atenció primària de salut a la ciutat de Barcelona. En: Institut Municipal de Salut Pública, editors. La salut a Barcelona 2000. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002. p. 53-6.
14. Torrecilla M, Barrueco M, Maderuelo JA, Jiménez A, Plaza MD, Hernández MA. El abordaje del tabaquismo en atención primaria y especializada, una oportunidad real y una necesidad de salud pública. Aten Primaria. 2002;30:197-206.
15. Fernández JL, Bolívar Ribas I, Lopez J, Sanz E, Grupo de trabajo sobre la utilización de los servicios sanitarios. El impacto de la reforma de atención primaria en la utilización de los servicios médicos y de enfermería. Aten Primaria. 1996;18:52-7.
16. Borrell C, Rodríguez M. Enquesta de salut de Barcelona 2000. Resultats principals. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
17. Villalbí JR, Manzanera R. Comparar centros y proveedores de atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2000;6:128-37.
18. Villalbí JR, Borrell C. Desigualdades sociales y salud. Actualizaciones. Agència de Salut Pública de Barcelona. FMC. 2003;10:89-96.
19. Borrell C, Benach J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Fundació Jaume Bofill i CAPS (Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris). 1.ª ed. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2003.
20. Gispert R, Rué M. Esperança de vida sense incapacitat. Catalunya i regions sanitàries 1994. Barcelona: Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya; 1996.
21. World Health Organization-Regional Office for Europe. What evidence is there about the effects of health care reforms on gen-

- der equity, particularly in health? Health Evidence Network (HEN) [revista electrónica] 2005 [citado 5 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87674.pdf>
22. Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000-2001. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; 2002.
 23. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-63.
 24. Hibbard JH, Pope CR. Gender roles, illness orientation and use of medical services. Soc Sci Med. 1983;17:129-37.
 25. Ross CE, Bird C. Sex stratification and health lifestyle: consequences for men's and women's perceived health. J Health Soc Behav. 1994;35:161-78.
 26. Sweeting H. Reversals of fortune. Sex differences in childhood and adolescence. Soc Sci Med. 1995;40:77-90.
 27. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de atención primaria como estrategia. Aten Primaria. 1998;21:91-106.
 28. Borrell C, Benach J. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya Fundació Jaume Bofill i CAPS. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris. 1.ª ed. Barcelona: Editorial Mediterrània, 2005.
 29. Fernández E, Schiaffino A, Borràs JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia (Spain). Prev Med. 2001;32:218-23.
 30. Jané M, Salto E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Catalunya, 1982-1998: una perspectiva de género. Med Clin (Barc). 2002;118:81-5.

COMENTARIO EDITORIAL

Evaluación de la reforma de atención primaria

Josep M. Argimon

División de Evaluación de Servicios Sanitarios. Servicio Catalán de la Salud. Barcelona. España.

El estudio «Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades»¹ presenta unos resultados muy interesantes que aportan un mayor conocimiento al hasta ahora disponible sobre el tema de desigualdades de salud. Los autores no han encontrado desigualdades significativas según la clase social o el sexo en la recepción de determinadas prácticas preventivas, a excepción del consejo antitabaco, que se dio más en las clases acomodadas. El trabajo tiene, además, la virtud de plantear, desde la perspectiva de una evaluación de la reforma de la atención primaria, un tema realmente poco analizado en nuestro país.

El término «desigualdad» (*inequity*) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El concepto «desigualdad en salud» se relaciona con las distintas oportunidades y recursos al alcance de las personas en función de su clase social, sexo, área geográfica o etnia, que pueden mejorar su salud². En las últimas décadas se han publicado múltiples estudios dedicados a las desigualdades, basándose principalmente en el análisis de la mortalidad y las encuestas de salud. En España, uno de los grupos pioneros es, precisamente, el que firma el presente artículo^{3,4}. Estos estudios muestran que las desigualdades en salud son enormes y en muchos casos causan

un exceso de mortalidad y una morbilidad superior a la de la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Los resultados también muestran que las desigualdades son graduales, ya que se extienden a lo largo de la escala social y no se reducen a un problema de las personas más pobres. Además, lejos de disminuir con el tiempo, aumentan, ya que la población de las clases más privilegiadas mejora más sus niveles en comparación con las otras clases sociales, probablemente porque se benefician antes y en mayor proporción de las acciones dirigidas a mejorar la salud.

En el presente estudio no se han encontrado diferencias sustanciales en la recepción de actividades preventivas. Estos resultados son prometedores, ya que diversos estudios han demostrado que el incremento de estas prácticas preventivas se corresponde con una disminución de las principales causas de mortalidad médicamente evitables. Sin embargo, hay que recordar que el acceso a una atención sanitaria de calidad no asegura la disminución de las desigualdades en salud⁵. Los determinantes políticos, económicos, ecológicos, sociales, demográficos e históricos, además de los biológicos o psicológicos, afectan a nuestra salud. De hecho, en el informe de Acheson et al⁶ se analizan 39 intervenciones basadas en la evidencia para reducir