



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

ISSN: 1851-8265

Universidad Nacional de Lanús

Campanera, Mireia; Gasull, Mercè; Gracia-Arnaiz, Mabel
Desigualdad social y salud: la gestión de la (in)seguridad alimentaria en atención primaria en España
Salud Colectiva, vol. 17, e3461, 2021
Universidad Nacional de Lanús

DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3461>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73166595024>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Desigualdad social y salud: la gestión de la (in)seguridad alimentaria en atención primaria en España

Social inequality and health: Food (in)security management in primary health care in Spain

Mireia Campanera¹, Mercè Gasull², Mabel Gracia-Arnaiz³

¹**Autora de correspondencia.**

Doctora en Antropología Social. Investigadora postdoctoral, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. 

²Antropóloga Social. Profesora asociada, Departamento de Enfermería, Universitat Rovira i Virgili. Enfermera, Servei Català de Salut, Tarragona, España. 

³Doctora en Geografía e Historia. Catedrática de Antropología Social, Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. 

RESUMEN La equidad es un asunto pendiente en la agenda sanitaria española. Este artículo explora el papel que los profesionales sanitarios otorgan a los determinantes sociales de salud y a los medios que disponen para abordarlos. Analiza también las relaciones que establecen entre el incremento de ciertas enfermedades y la inseguridad alimentaria. Uno de sus objetivos es determinar el modo en que la incertidumbre creciente es abordada en los servicios de atención primaria. Presentamos un estudio cualitativo llevado a cabo entre 2018 y 2019 en seis centros de atención primaria de las ciudades de Reus y Tarragona, donde han participado 19 profesionales activos en las áreas de enfermería, medicina general y trabajo social. Los resultados indican que la falta de recursos de estos centros dificulta integrar el enfoque de los determinantes sociales de salud y amortigar así las desigualdades. Además, la falta de acciones estructurales reduce su respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía.

PALABRAS CLAVES Inequidad Social; Atención Primaria de Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Seguridad Alimentaria y Nutricional; España.

ABSTRACT Equity is an unresolved issue on the Spanish healthcare agenda. This paper explores the importance that health professionals give to social determinants of health and the means they possess to address them. It also analyzes the relationship between food insecurity and increases in certain diseases. One of its objectives is to ascertain how increasing uncertainty is being addressed in primary healthcare services. We present a qualitative study carried out in six primary care centers in the cities of Reus and Tarragona between 2018 and 2019, involving 19 practitioners active in the areas of nursing, family practice, and social work. Results indicate that the lack of resources in primary care centers makes it difficult to integrate a social determinants of health approach, and thus to mitigate inequalities. Furthermore, a lack of structural actions diminishes the ability to respond to citizens' healthcare needs.

KEY WORDS Social Inequity; Primary Health Care; Social Determinants of Health; Food and Nutrition Security; Spain.

INTRODUCCIÓN

La Declaración de Alma-Ata⁽¹⁾ de 1978 puso el foco sobre la responsabilidad de los gobiernos en el cuidado de la salud de toda la población, y enfatizó la importancia de la atención primaria. Años después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó las directrices sobre los determinantes sociales de la salud^(2,3), cuyo propósito era conseguir reducir las desigualdades sociales, y reconocer el impacto de los determinantes estructurales e intermedios en la salud⁽⁴⁾. A pesar de la priorización de la equidad en salud en la agenda europea, los efectos de la reciente crisis económica y las subsecuentes políticas de austeridad han alterado esta trayectoria en numerosos países⁽⁵⁾. En España, existen obstáculos específicos para abordar la desigualdad social en el sistema sanitario⁽⁶⁾. Si en los últimos años se ha incrementado el conocimiento sobre cómo los determinantes sociales afectan la salud, antes de la crisis económica de 2008, las políticas sanitarias –mayoritariamente hospitalocéntricas– no habían incluido objetivos ni recursos destinados a disminuirla⁽⁷⁾. Eran escasos los ejemplos de intervenciones que las tuvieran en cuenta⁽⁸⁾. Si bien, las encuestas de salud catalana y española ya daban cuenta de un aumento de problemas de salud mental entre la población más precarizada^(9,10).

Este artículo analiza cómo abordan los profesionales de atención primaria la desigualdad social y, de forma más específica, su intervención en el ámbito alimentario. En la última década, el mayor protagonismo internacional de los determinantes sociales de la salud ha favorecido que España los haya incluido en su agenda política⁽¹¹⁾. El actual marco estratégico estatal⁽¹²⁾ y, en particular, el *Pla de Salut 2016-2020 de Catalunya*⁽¹³⁾ reconocen el impacto de la recesión iniciada en 2008 en las condiciones de vida de las personas más vulnerables. Ambas políticas se definen como participativas e inclusivas.

En España, gran parte de las competencias en salud están descentralizadas y la gestión y políticas sanitarias son administradas

desde las comunidades autónomas. Por su parte, Catalunya está organizada en siete regiones sanitarias, con base en factores socioeconómicos, geográficos y demográficos. Cada región dispone de múltiples equipos de profesionales de atención primaria que atienden en centros de atención primaria (CAP) y en consultorios médicos en las zonas rurales⁽¹⁴⁾.

La limitada dotación de recursos⁽¹⁵⁾ de los CAP no permite integrar, más que de forma muy limitada, el enfoque de los determinantes sociales de la salud, lo que dificulta avanzar en la disminución de las desigualdades. La restricción de recursos durante este periodo⁽¹⁶⁾, la falta de acciones estructurales y concretas en la práctica y la invisibilización de ciertas expresiones de la desigualdad social –como la inseguridad alimentaria–, han limitado su capacidad para dar respuesta a las necesidades de salud de la ciudadanía. La pandemia de Covid-19 ha empeorado la situación^(17,18) pues ha obligado a un cambio brusco en la organización de la atención primaria, priorizando la atención a la pandemia, subalternizando la oferta sanitaria restante y asumiéndola únicamente desde el modelo biomédico. La falta de indicadores específicos sobre la situación de seguridad alimentaria en las encuestas de salud^(9,10) y de informes sectoriales son un primer obstáculo.

Entendiendo que la reducción de las desigualdades depende, en parte, de la aplicación de acciones sanitarias y sociales públicas, este texto analiza los discursos de los profesionales sanitarios y del trabajo social en varios CAP de Catalunya, sobre la falta de equidad social y sus prácticas profesionales en la mejora de la salud de los colectivos menos favorecidos. Por un lado, examinamos la relevancia otorgada al impacto de la creciente precarización y a los determinantes estructurales e intermedios de salud, fijándonos de forma específica en las relaciones que se establecen entre ciertas enfermedades y las prácticas alimentarias. Por otro, se da cuenta de los medios de que disponen estos profesionales para, una vez observada y/o identificada la influencia de los condicionantes socioeconómicos en la salud, plantear intervenciones clínicas y/o comunitarias. En particular, nos

centramos en cómo se formulan las prescripciones alimentarias y se abordan las posibles formas de inseguridad alimentaria, teniendo en cuenta que, a menudo, afflicciones como la obesidad se suelen concebir antes como una consecuencia de conductas basadas en el seguimiento de dietas poco sanas y falta de ejercicio físico⁽¹⁹⁾, que como un efecto de situaciones relacionadas con la gestión de la privación material y las incertidumbres. Entendemos seguridad alimentaria como el acceso a una alimentación segura, social y culturalmente adecuada, de forma estable, entendida como un derecho^(20,21).

El objetivo último de este trabajo es comprender cómo se está actuando en el primer nivel de atención respecto de los determinantes sociales de la salud y cuáles son, desde el punto de vista del personal de salud, las principales limitaciones y posibilidades de este modelo.

MÉTODOS

Se presenta un estudio cualitativo realizado entre 2018 y 2019, en seis CAP de las ciudades de Reus, Tarragona y Castellbisbal, en el que participaron 19 profesionales de forma voluntaria, formados en enfermería, medicina de familia y trabajo social y que estaban en actividad. El estudio forma parte de una investigación cualitativa más amplia que indaga la precarización de la vida cotidiana y sus consecuencias en la salud y la alimentación⁽²²⁾. Uno de sus objetivos es conocer cómo se está abordando este fenómeno en el ámbito de la atención primaria en Catalunya (España). Para ello, hemos analizado las percepciones y las prácticas de las profesionales de atención primaria –mayoritariamente mujeres– en torno a la desigualdad social, la salud y la alimentación de la población que atienden.

La metodología cualitativa resulta muy adecuada para analizar la relación entre los discursos y las prácticas de distintos actores sociales⁽²³⁾. Las técnicas de investigación aplicadas han sido la observación participante y la entrevista semiestructurada. Son técnicas

complementarias que no solo dan cuenta de lo que los actores dicen o expresan, sino también de lo que hacen. Dada su complementariedad, son muy útiles para recoger y analizar las narrativas de los profesionales de la salud, el contexto subjetivo e institucional, así como las prácticas cotidianas en atención primaria.

Las 19 entrevistas semiestructuradas realizadas nos han permitido profundizar en la percepción de las profesionales de atención primaria sobre las desigualdades sociales, la situación social y de salud de sus pacientes y en su actuación profesional, recogiendo las intervenciones en materia de salud comunitaria y de alimentación, que realizan dentro y fuera de la consulta. En este documento usamos la terminología “paciente” en el sentido de persona que recibe una atención médica.

Las seis personas que forman el equipo que realizó la observación y las entrevistas –entre ellas las autoras del texto–, están formadas en Enfermería y/o Antropología Social. El trabajo de campo se llevó a cabo en seis CAP que atienden a población de barrios con un elevado índice de privación socioeconómica, categoría usada en la clasificación del proyecto MEDEA⁽²⁴⁾ y la Generalitat de Catalunya⁽²⁵⁾, en las ciudades de Tarragona y Reus (Tabla 1). Este índice de privación tiene en cuenta los siguientes indicadores socioeconómicos: el tipo de ocupación, el desempleo y el nivel formativo, y ello permite detectar áreas pequeñas en grandes ciudades con una situación económica desfavorable⁽²⁴⁾. El informe de AQUAS⁽²⁵⁾, señalaba las cinco áreas básicas de salud más desfavorecidas, cuatro de ellas son las que participan en esta investigación. El área básica de salud es la unidad territorial elemental donde se presta la atención primaria de salud, de 5.000 a 25.000 habitantes, y cuenta como mínimo con un CAP y un equipo de atención primaria. Los CAP son centros donde se ubican los profesionales de atención primaria y se atiende a la población en un primer nivel asistencial. Están formados por equipo de atención primaria, profesionales sanitarios y no sanitarios de las ramas de medicina general, enfermería, trabajo social y administración, que conforman el núcleo básico. Algunos de estos centros

Tabla 1. Entrevistas realizadas en seis centros de atención primaria (CAP) de las ciudades de Reus, Tarragona y Castellbisbal, España, 2018-2019.

No.	Sexo	Perfil profesional	Años de experiencia	Ciudad
1	mujer	Medicina	11	Reus
2	mujer	Trabajo social	20	Reus
3	mujer	Enfermería pediátrica	14	Reus
4	mujer	Enfermería pediátrica	40	Reus
5	mujer	Enfermería	24	Tarragona
6	mujer	Trabajo social	16	Tarragona
7	mujer	Trabajo social	25	Tarragona
8	mujer	Medicina	12	Tarragona
9	mujer	Enfermería	16	Tarragona
10	mujer	Medicina	20	Tarragona
11	mujer	Medicina	12	Tarragona
12	mujer	Medicina	17	Tarragona
13	mujer	Medicina	6	Tarragona
14	mujer	Medicina	13	Tarragona
15	mujer	Medicina	34	Tarragona
16	mujer	Trabajo social	7	Tarragona
17	hombre	Enfermería	9	Tarragona
18	hombre	Enfermería pediátrica	13	Tarragona
19	mujer	Enfermería	20	Castellbisbal

Fuente: Elaboración propia.

también cuentan con profesionales especializados (radiología, atención sexual y reproductiva, odontología, salud mental, entre otros. Todos estos servicios se ofrecen a la población en el marco del sistema público de salud en Catalunya, y el Institut Català de la Salut es el máximo proveedor de servicios de salud. Entre los programas de salud que implementan, por su incidencia comunitaria, destacamos “Niño Sano”, “Salud y Escuela” (actividades de enfermería en los institutos), “Paciente Experto” y el de “Atención Domiciliaria”.

En la medida que el personal de atención primaria es uno de los colectivos más próximos a la ciudadanía a la hora de atender su salud, devienen un actor clave en esta investigación. Han participado profesionales de tres CAP de Tarragona y de tres CAP de la

ciudad de Reus. La selección de los centros de salud se hizo también con base en la residencia de la población precarizada que fue entrevistada en una fase anterior del estudio. Se buscó captar la perspectiva y experiencia de profesionales de la salud que atienden a esta misma población que vive en zonas socioeconómicamente desfavorecidas.

Aportamos algunos datos de caracterización socioeconómica de la población que atienden los tres CAP de Tarragona. Se trata de barrios con personas ocupadas sobre todo en el sector servicios, con aproximadamente un 25% de población extranjera –en su mayoría del continente africano–, que cuentan con estudios primarios o secundarios y un bajo nivel de estudios superiores; y con un promedio de ingresos muy por debajo del resto de ciudad, en algunas zonas incluso tres veces inferior. En 2019, esta ciudad tenía el índice de desempleo más alto que la media de Catalunya. Según datos de los barrios de Reus y Tarragona, cuatro de los seis CAP participantes contaban con más de un 30% de población con estudios primarios –o que no sabe leer y escribir– y, en cinco de ellos, más del 60% de ciudadanos/as tenían ingresos anuales inferiores a 18.000 euros⁽²⁶⁾.

A su vez, el proceso de selección de las profesionales se ha hecho mediante la técnica de la bola de nieve, a raíz de algunos contactos del equipo de investigación en dos CAP. Estos nos pusieron en contacto con personal que trabajaba en zonas con elevados índices de privación. Todas las entrevistas se realizaron donde ejercía el personal sanitario y las trabajadoras sociales. A lo largo de 2018 y 2019 se entrevistaron tres perfiles distintos de profesionales, dada su relevancia y complementariedad para el estudio: siete enfermeras (general y pediátrica), ocho médicas de familia (seis mujeres y dos hombres), y cuatro trabajadoras sociales. En total, diecinueve profesionales con más de diez años de experiencia. Tras la grabación y transcripción, las entrevistas se codificaron y analizaron mediante el programa de análisis cualitativo de datos Atlas-ti. Se crearon 14 códigos que identifican las principales variables de análisis, contribuyendo a desarrollar

Tabla 2. Matriz de codificación de entrevistas realizadas en seis centros de atención primaria (CAP) de las ciudades de Reus, Tarragona y Castellbisbal, España, 2018-2019.

Áreas temáticas	Categorías analíticas
Condiciones sociales y de vida de los pacientes	Condiciones sociales
	Desigualdad social
	Ayuda alimentaria
Estado de salud y precarización	Enfermedades vinculadas a la precariedad
	Sobrepeso y obesidad
	Problemas de nutrición
Intervenciones desde atención primaria	Herramientas de conocimiento social
	Intervención sanitaria
	Intervención comunitaria
	Intervención alimentaria
	Limitaciones de las intervenciones

Fuente: Elaboración propia

de forma sistemática la organización de las categorías y el análisis temático de forma inductiva (Tabla 2).

A lo largo del estudio también se ha realizado un análisis de documentación amplio, que abarca planes estratégicos de salud de carácter estatal y autonómico, informes y programas sectoriales y documentación específica de cada centro de salud, y herramientas específicas como son la escala social y los códigos Z⁽²⁷⁾. También, se ha considerado la pertinencia de contrastar y complementar los discursos profesionales con datos de las encuestas de salud a nivel nacional y autonómico, relativas al periodo 2006-2019, desde antes del inicio de la recesión de 2008. Con ello, se conseguía triangular los discursos de los profesionales de la salud con las encuestas periódicas de salud catalana y española, y otros informes sectoriales sobre salud, pobreza y desigualdad social. Dichas encuestas aportan datos cuantitativos sobre enfermedades desagregadas por sexo, edad, nivel formativo y clase social, que enriquecen las narrativas profesionales recopiladas en las entrevistas.

RESULTADOS

¿Cómo se identifica la situación social del paciente?

Enfermeras y médicas disponen de varias herramientas para plasmar la situación social de la ciudadanía que atiende. La historia clínica contiene un apartado con una escala de riesgo social que permite especificar aquellas situaciones que el profesional considera que afectan la salud de sus pacientes. Es una sección en la que se muestran seis ítems sobre vulnerabilidad económica, contexto familiar, condiciones de la vivienda y situación de dependencia. Las profesionales también hacen uso de los códigos Z, una lista de etiquetas que se pueden marcar para señalar problemáticas sociales como precariedad económica, laboral, familiar o violencia de género. Solo dos de las médicas entrevistadas reconocen que las usan esporádicamente, pero alegan que las trabajadoras sociales realizan una historia social más completa a la que tienen acceso.

La International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems de la OMS, reserva los códigos Z para los “factores que influyen en la salud y contactos con los servicios de salud”, sin ser enfermedades propiamente⁽²⁷⁾. Clasifican circunstancias –códigos del Z55 al Z65– relativas a cuestiones psicosociales, económicas o personales de los pacientes y que potencialmente afectan a su salud. Entre ellas, identifican problemas relacionados con la educación y la alfabetización, el trabajo y el desempleo, condiciones laborales de riesgo, contaminación ambiental, habitabilidad, situación económica, inseguridad alimentaria, falta de apoyo social y/o familiar, y circunstancias psicosociales entre otras.

La entrevista clínica es el medio más común utilizado en las consultas médicas o sociales para conocer el contexto del paciente. Según las profesionales, mediante preguntas directas o indirectas se puede conocer su situación social: qué tipo de trabajo realiza, con quién vive, qué dolencias padece, si tiene dificultades para llegar a final de mes, cuántas comidas hace al día, qué comió el

día anterior o el mismo día constituyen una muestra de las cuestiones más aludidas. Tanto médicas como enfermeras señalan que, para las personas en situación de precariedad, sus problemas de salud son un asunto más, añadido al conjunto de dificultades que, por su urgencia, consideran más graves.

Aunque algunas profesionales se interesan por el contexto, preguntando y escuchando, ello no significa que hablar sobre estas cuestiones sea una práctica muy común ni que necesariamente tenga como objetivo orientar la intervención y la prescripción. Desde enfermería, se destaca su propia incomodidad al preguntar sobre estos temas y la vergüenza que supone, para algunos pacientes, exponer "sus miserias" en la consulta. Se advierte rechazo a narrar tanto la dificultad de acceso a la comida, como la pérdida de capacidad adquisitiva o la necesidad de asistencia social. Las profesionales que se interesan tratan de contrarrestar el escaso tiempo que pueden dedicar a sus pacientes en cada visita, con una continuidad de visitas que les permite crear confianza y conocer con mayor profundidad la vida de aquellas personas dispuestas a compartirla. En las visitas a domicilio, a menudo hechas por enfermeras, se puede apreciar más claramente si una persona sufre dificultades económicas. En el hogar, pueden observar directamente qué recursos disponen para la higiene y el cuidado, las dificultades de movilidad para ir a la compra, si cocinan, si viven solos o qué comen, incluso pueden detectar los casos de malnutrición que a veces permanecen ocultos. Únicamente una enfermera considera que la situación social y económica de la población no afecta su salud y que, por tanto, no hay necesidad de indagar en ello.

Cuerpos que (in)corporan la precariedad

La mayoría de las profesionales afirman que la recesión económica ha llevado un peoramiento de la salud de los sectores más desfavorecidos. En las entrevistas preguntamos sobre los efectos de la precarización. "Hay problemas sociales que derivan en

problemas de salud" decía una enfermera de 64 años (P27.82, Tarragona). Las problemáticas de salud mental son las más citadas: se refieren al aumento del desánimo, la ansiedad y la depresión, y cómo la falta de trabajo, la precariedad laboral y la inestabilidad económica perjudican la salud. Otros estudios^(28,29) confirman un aumento del deterioro de la salud mental y de la autopercepción de la salud a raíz de los primeros años de recesión.

Por su parte, las encuestas de salud aquí analizadas señalan que tanto la ansiedad crónica como la depresión inciden mucho más en mujeres adultas, sin trabajo o inactivas. El diagnóstico de ansiedad y/o depresión tiene más incidencia en mujeres con formación primaria o sin ella, y alcanzó un 36,2% en 2012, mientras que en hombres fue del 15%, cuando la media de la población adulta estaba en 18,4%⁽⁹⁾. En la encuesta catalana se refleja que antes de la recesión, en 2006, el índice de depresión y/o ansiedad entre mujeres fue del 23,8% y entre los hombres del 11%. En ambos sexos aumentó hasta 2010, llegando a afectar a un 29,1% de las mujeres y un 13,2% de los hombres. En 2016, el índice había descendido al 8,1% en varones y a un 17,9% en mujeres. La encuesta de carácter estatal de 2011 y de 2017 también reflejan que son las mujeres adultas sin trabajo o inactivas las que más sufren de ansiedad crónica y depresión⁽¹⁰⁾.

La obesidad, el riesgo cardiovascular, la diabetes, el tabaquismo y el mayor consumo de alcohol se asocian también a la precarización por parte del personal sanitario. Una médica de familia explica que, en los años álgidos de la recesión, recibía solicitudes de incapacidad semanalmente. Ella lo vinculaba a peores condiciones laborales y económicas, y la Encuesta de Salud catalana⁽⁹⁾ da cuenta del aumento de incapacitaciones durante la crisis. En 2014, el índice de incapacidad laboral entre la población con estudios universitarios representaba el 1,8%, y entre personas con estudios primarios (acabados o inacabados) ascendía al 13,4%.

Aunque la mayoría de las trabajadoras de la salud dan pocos ejemplos sobre cómo las desigualdades sociales se reflejan en la salud,

algunas coinciden en que: “*La ansiedad siempre conduce al exceso de peso, en los casos que vemos aquí. Cuando acaban la ansiedad se ponen a perder peso, en parte aumentan al peso por la medicación y porque se mueven menos. La misma ansiedad les hace aumentar la ingesta*” (P27.82, Tarragona). Para ellas es difícil separar la salud mental de la metabólica, sobre todo cuando “*las personas que sufren dicen comer buscando una liberación de la ansiedad y una satisfacción inmediata*” (P27.82, Tarragona). Una médica que atendía una familia precarizada por la crisis vincula el continuum de contrariedades laborales/emoionales vividas por sus miembros a la salud mental de su paciente: incapacitación laboral y demencia psíquica de la madre, trabajo precario y posible caso de cáncer del padre y violencia intrafamiliar de la madre hacia la hija.

Otras dolencias que se han relacionado con la desigualdad social corresponden a enfermedades crónicas y malnutrición. Si bien no han detectado casos de desnutrición en las consultas de atención primaria, la obesidad y el sobrepeso, así como la diabetes responden frecuentemente a situaciones sociales precarias, según dicen. Pueden darse en personas mayores que viven solas con pocos recursos y que no siguen la dieta aconsejada, en familias con pocos ingresos que dependen de las donaciones alimentarias (con una sobre-representación de población de países que no son de la Unión Europea) y en hogares de familias extensas cuyo único ingreso es la pensión de jubilación. A la población mayor de 75 suelen pasárselas la prueba de malnutrición, registrándose a menudo resultados positivos. Son personas que comen poca carne, pescado y lácteos, muchas están en situación de dependencia o cocinan con dificultades y salen a comprar de forma irregular.

La alimentación en la consulta: orden, hábitos y responsabilidad individual

El área de enfermería es la que más interviene en la esfera alimentaria, dando recomendaciones con base en la situación de cada paciente. Aconsejan respecto al tipo

de alimentos, la cantidad, los productos a evitar o disminuir su consumo (azucarados, ultraprocesados, bollería), los horarios y el número de comidas diarias. Una de las técnicas más usadas es el llamado “método del plato”, que se basa en que, en una comida, la mitad del plato debe ser de verdura, un $\frac{1}{4}$ de hidratos de carbono y $\frac{1}{4}$ de proteínas, y así explican los grupos de alimentos y la cantidad de ingesta recomendable. También proponen realizar actividad física y modificar hábitos de compra. Cuando detectan diabetes, exceso de peso y obesidad, plantean también dietas específicas. Según una enfermera, se trata de “*ordenarles un poco la dieta [...] saber qué comer y saber a qué decir no, esto no entra en casa, esto no se compra*” (P12.62, Tarragona). Todas son intervenciones centradas en el comportamiento individual. Mayoritariamente, tanto médicas como enfermeras señalan la dificultad de conseguir el cambio de hábitos alimentarios y la dificultad que en el acompañamiento supone el poco tiempo de dedicación por paciente. Tres enfermeras destacan que los consejos pueden caer en saco roto porque “*la gente ya sabe qué debería de hacer y no lo hace*”. Otras dos profesionales dicen que aquellos pacientes que aplican los cambios de hábitos –aproximadamente un 30%– suelen ver resultados. Acostumbran a ser personas jóvenes o que tienen problemas de salud que se pueden agravar (diabetes, hipertensión) y, por tanto, ven la necesidad de un cambio de hábitos. Son personas motivadas, con recursos para dicha transformación, y que cuentan con el apoyo de su entorno social.

Como el actual *Pla de Salut* de Catalunya 2016-2020 incluye la promoción de la “dieta mediterránea”, que recomienda consumir alimentos vegetales en abundancia⁽³⁰⁾, en la consulta las enfermeras proponen comer cinco veces al día, con una ingesta diaria de tres piezas de fruta y dos de verdura, y reducir el consumo de productos hipercalóricos. En el espacio-tiempo de la consulta, sus prácticas se traducen, principalmente, en brindar información con base en consejos dietéticos y de actividad física a los pacientes, y en realizar controles de peso.

Prácticamente la mitad de los profesionales consideran necesaria la intervención comunitaria para modificar prácticas alimentarias de la población, aunque también señalan el rechazo de algunas colegas a la implantación de un modelo que implique salir de las consultas, aduciendo falta de tiempo e incentivos. Solderberg⁽³¹⁾ identifica las mismas limitaciones en atención primaria en EEUU. En esta línea, una enfermera participó en el programa “Salud y Escuela”⁽³²⁾ haciendo talleres de alimentación saludable en las escuelas, que replicaban mensajes similares adaptados a los menores. Otra intervino en el proyecto Dynamis de promoción de la actividad física y alimentación saludable en jóvenes con el índice de masa corporal alto, con la implicación de la familia y el profesorado, y lo consideró más efectivo que la “charla de 10 minutos en la consulta”. En la mayoría de los casos, la evaluación de los efectos de estas acciones se ha remitido solo a cambios en el corto plazo, o bien no se han realizado seguimiento y evaluaciones de forma sistemática y se desconoce el impacto del programa.

En casos de obesidad o diabetes, todas las profesionales destacan haber tratado a personas que no pueden seguir la dieta recomendada por dificultades económicas para acceder a una alimentación variada y nutricionalmente adecuada. “Yo como lo que me da la Cruz Roja”, le dijo un paciente a la médica tras escuchar su propuesta de dieta para la diabetes, dejándola perpleja. En las consultas, cuando se detecta falta de acceso a la comida, se recomienda ir a servicios sociales municipales, a Cáritas o a la Cruz Roja. En general, estas organizaciones brindan lotes de alimentos no perecederos, que solo esporádicamente incluyen frutas, verduras, carnes o pescados frescos, con lo que la dieta saludable recomendada, basada en la variedad, calidad y cantidad de ciertos ingredientes, resulta difícil de practicar^(33,34).

Los productos ultraprocesados son muy comunes en la alimentación cotidiana de las personas que viven en situación de precarización⁽³⁵⁾, no solo porque algunos son más baratos, sino porque forman parte de

las donaciones alimentarias⁽³⁶⁾. En cualquier caso, en los servicios de atención primaria se sugiere a algunos pacientes consumir los alimentos de donaciones asistenciales, pero no se analizan estos productos desde una perspectiva nutricional. A lo largo de la crisis del Covid-19, hemos observado un aumento de la fragilidad de este sistema de ayudas alimentarias que depende de donaciones empresariales y de la industria alimentaria⁽³⁷⁾.

Algunas enfermeras comentan que en las consultas han observado cambios generacionales en la cultura alimentaria. Relatan un elevado consumo de productos azucarados, altos en grasas y precocinados porque tienen precios accesibles. Aducen que “*hoy se cocina menos y que hay una mala alimentación por exceso de determinados ingredientes o por la calidad de estos*”. La generalización del uso excesivo de ingredientes de baja calidad nutricional es una situación que han detectado la mayoría de las médicas y enfermeras. Por su parte, el panel de consumo alimentario⁽³⁸⁾ y la encuesta de salud del estado confirman que entre 2008 y 2018 se produjo un descenso del consumo de fruta fresca, leche, carne y pescado y un aumento de alimentos procesados.

En relación con las prácticas alimentarias de sus pacientes, una médica destaca la importancia que, en ciertas culturas, se les da a los alimentos dulces (bollería, pastelería, chuchería) en celebraciones y actos de hospitalidad. Otra comentaba el valor del cuerpo corpulento para algunas mujeres marronas, como un valor positivo de salud, lo que dificultaba intervenir para disminuir la elevada prevalencia de obesidad en este colectivo. Únicamente dos enfermeras han señalado la responsabilidad de la industria alimentaria y las autoridades sanitarias en la accesibilidad de alimentos “no saludables”, tal y como proponen la OMS⁽³⁾ y la estrategia Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS)^(39,40).

En general, la mayoría de profesionales reconoce las limitaciones de sus acciones para reducir las desigualdades. En enfermería se valora la intervención comunitaria desde posiciones, a veces, dispares. Alguna

profesional considera que la población es reacia a seguir las prescripciones médico-nutricionales porque corresponden a un monólogo caduco y repetitivo y que hay que trabajar más en y con la comunidad. En cambio, otras optan por enfatizar la responsabilidad individual de los pacientes, juzgando sus hábitos como inapropiados y su escasa voluntad para incorporar las normas: “Les cuesta seguir dieta, les cuesta hacer ejercicio, les cuesta todo, [...] ¡uy! Tienes que perder peso porque ¿no ves que te sobra?” (P14.66, Reus). Esta posición diferencial se expresa después en su mayor o menor participación en acciones comunitarias.

Intervenciones en salud comunitaria

De los seis CAP participantes en Tarragona y Reus, solo dos realizan intervenciones comunitarias de forma sistemática y estructural. En el primero, un equipo multidisciplinar está elaborando un diagnóstico social del barrio y, en el otro, se está aplicando desde 2017 el programa COMSalut⁽⁴¹⁾ de la Generalitat de Catalunya, y mensualmente se presentan recursos sociales a todo el equipo de atención primaria. La “prescripción social” consiste básicamente en poner en contacto a pacientes de atención primaria con los recursos sociales de la comunidad, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar, como prescripción de salud validada por profesionales de salud. Un estudio sobre esta práctica en Reino Unido⁽⁴²⁾ destaca su potencial y la falta de evaluación de esta práctica sociosanitaria.

En ambos casos, las iniciativas estaban en una fase inicial cuando hicimos el trabajo de campo. En junio de 2019, el CAP de Reus analizado finalizó el diagnóstico social de salud del barrio y compartió los resultados de su diagnóstico en un vídeo publicado en YouTube. Este proyecto fue una colaboración entre atención primaria de salud, el Ayuntamiento de Reus, el centro comunitario del barrio y la Agencia de Salud Pública de Cataluña, un ejemplo del resultado del programa COMSalut.

En un tercer centro, desde el área de enfermería, se realizan talleres sobre alimentación en centros de enseñanza secundaria, en el marco del programa *“Salut i Escola”*. Tiene por objetivo mejorar la salud de la población adolescente, mediante acciones de promoción de la salud como la “Consulta Abierta”, que implica un desplazamiento periódico de personal de enfermería a los centros educativos. Una enfermera comparte que es una acción que en algunos centros la consideran una imposición y eso impide un trabajo conjunto.

El Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya ha implementado otros programas orientados a la salud comunitaria. *“Salut als Barris”* fue uno, pero las acciones y programas ahora vigentes son la Red AUPA –nacida en 2004–, formada por grupos de trabajo, apoyo y formación de profesionales de atención primaria y de salud pública en cada región sanitaria (en la zona de estudio, Camp de Tarragona y Terres de l’Ebre, hay nueve equipos de atención primaria implicados en dicha Red). Desde 2015, el proyecto de salud comunitaria, COMSalut, se ha implantado en 16 CAP de Catalunya⁽⁴¹⁾. Este último, se trata de una iniciativa que deriva del *Pla interdepartamental de Salut Pública* (PINSAP) en la línea de las recomendaciones de la OMS de impulsar la salud en todos los ámbitos y en todas las políticas. Entre sus objetivos, COMSalut se propone la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La formación en intervención comunitaria a personal sanitario sin formación social previa es una cuestión relevante, dado que implica un cambio de estrategia de intervención y de relación profesional-paciente. Según una enfermera que realiza un diagnóstico social, *“no es lo que tú crees que la gente necesita, lo que yo voy entendiendo de la comunitaria es que se trata de estar allí y que sean ellos lo que demanden [...] y ver qué es lo que ellos necesitan más”* (P12.62, Tarragona). Podemos entender este proceso de formación como un co-aprendizaje e incorporación de herramientas de diagnóstico e intervención social que puede dar resultados a medio plazo.

DISCUSIÓN

Según Hernández-Aguado *et al.*⁽¹¹⁾, el sistema de salud, por sí mismo, no puede eliminar las desigualdades en salud, pero sí debe contribuir a reducirlas. En Cataluña, el enfoque de los determinantes sociales de la salud sigue siendo minoritario en el primer nivel de atención sanitaria y la perspectiva social y comunitaria no se ha incorporado de forma generalizada en atención primaria salvo en proyectos piloto o incipientes. No es un caso aislado, pues a nivel mundial hay una escasa implementación de la propuesta del Comité de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS y faltan acciones específicas derivadas de la Declaración de Astaná de 2018^(43,44). Una declaración firmada por los 193 países miembros de la Organización de las Naciones Unidas que sella un compromiso internacional para fortalecer sus sistemas de atención primaria de la salud como paso esencial para lograr la cobertura sanitaria universal. En Catalunya, esta situación dificulta una mejor atención de la salud de la ciudadanía y sigue invisibilizando las desigualdades sociales crecientes.

La mayoría de las profesionales de atención primaria participantes en esta investigación son conscientes de la importancia de los determinantes sociales de la salud, aunque sus narrativas ante los efectos de la creciente precarización recogen dos posiciones distintas: la mayoritaria, reconoce la falta de herramientas para mejorar la equidad en salud pero cree que no está en sus manos hacerlo; la minoritaria, plantea la necesidad de crear estrategias que les permitan intervenir, junto a otros sectores no sanitarios, en la esfera social, para así mejorar los problemas de salud.

Las profesionales de atención primaria intervienen desde su limitado margen de actuación, desde las consultas y, esporádicamente, a través de actividades comunitarias en centros educativos y cívicos. Consideran que los instrumentos de que disponen para abordar los determinantes sociales de la salud son claramente insuficientes. El diálogo, la escucha y los instrumentos de categorización

de la situación socioeconómica y psicosocial del paciente en la consulta sirven únicamente para un diagnóstico. Como sucede en otros países^(45,46,47), la falta de tiempo, formación e incentivos son dificultades añadidas para unas profesionales sobrecargadas tras décadas de infrafinanciación a las que se sumaron los recortes presupuestarios posteriores a 2008^(48,49). Desde 2011 el Gobierno de Catalunya recortó el presupuesto público de Salud, y sigue aproximadamente dos puntos por debajo de la inversión en salud pública del resto de países de la Unión Europea⁽⁵⁰⁾ que dedican entre un 7,2-7,5% de su PIB al sistema público de salud. Estudios cualitativos como los de Cervero-Liceras *et al.*⁽⁴⁸⁾, refuerzan la hipótesis de la pérdida de calidad del sistema público de salud a raíz de los recortes en presupuestos de salud y protección social. Aunque el mayor obstáculo parece remitir a la organización misma de la atención primaria y a su articulación con el resto de los servicios sociales, un lastre que, según determina Comelles^(51,52), procede directamente de la Transición española, con la separación entre los departamentos de salud y de servicios sociales y la regionalización de los primeros y la municipalización de los segundos. Las trabajadoras sociales reciben las derivaciones de enfermería y medicina, pero también identifican las mismas dificultades del resto de profesionales: falta de tiempo, recursos y corto alcance de sus acciones en clave social.

Las respuestas de la atención primaria a las problemáticas de salud derivadas de la precarización de las condiciones de vida de la población han sido vagas y débiles. La razón principal es que, el modelo de atención primaria en España fue y es, por razones prácticas y burocráticas, un modelo de atención a la enfermedad, puesto que la limitación de recursos asignados hizo siempre imposible destinar el tiempo de los profesionales de los CAP a tareas de educación, promoción de la salud o salud comunitaria salvo en casos piloto como los reseñados o relativamente singulares. Asimismo, la cartera de servicios de medicina y de enfermería de primaria no permite liberar las horas necesarias para

esas actividades por la ratio de tiempos de visita muy limitados (entre 5 y 10 minutos), por plantillas de profesionales cortas y por el crecimiento de la demanda de atención primaria relacionado, sobre todo, con el envejecimiento poblacional.

En segundo lugar, la intervención en salud comunitaria y el abordaje de los determinantes sociales de la salud exige ir más allá de intervenir en la comunidad, requiriendo trabajar para y con la población. Realizar actividades fuera de la consulta, no implica *per se* que se esté desarrollando una estrategia de salud comunitaria. El mejor observatorio de las desigualdades es posible conocerlo con la observación sistemática en el espacio doméstico del paciente y de su red social y familiar. No solo interviniendo en centros cívicos o instituciones. Sin embargo, por razones de costos, la tendencia en atención primaria ha sido concentrar la demanda en los CAP, limitar al máximo las visitas domiciliarias –caras en términos de desplazamiento y de tiempo de profesionales– y utilizar los servicios de urgencias como puerta de entrada de los casos considerados por la propia población como más graves. Conocer primero, para comprender y actuar después, debería estar en la base de las acciones para avanzar en equidad, tanto en el sistema de atención primaria como entre órganos administrativos y organizaciones sociales.

Destacamos positivamente los programas COMSalut (a nivel de la Generalitat), y algunas iniciativas comunitarias, como los talleres de nutrición en las escuelas, el desarrollo de diagnósticos comunitarios, el inicio de la prescripción social (como complemento a la prescripción farmacológica), y el aumento de la presencia y el reconocimiento de los trabajadores sociales en la atención primaria.

Los dos CAP que han emprendido un proceso de trabajo comunitario iniciaron diagnósticos sociales de los barrios, identificando actores institucionales y ciudadanos, necesidades, demandas, problemáticas y agencialidad, para trabajar de forma conjunta. Se trata de un proceso de diagnóstico que fortalece los vínculos y el trabajo entre actores sociales que suelen actuar por

separado (y sin participación ciudadana), que crea redes de intervención propicias para el diseño de acciones holísticas y saludables en clave *bottom-up-bottom*. Acciones que pueden ser más perdurables en el tiempo y atractivas para los colectivos sociales a quien van dirigidas. Esta ha sido una estrategia común en los 16 CAP donde se ha implantado el proyecto COMSalut de la Generalitat de Catalunya⁽⁴¹⁾. Este programa demuestra que las prácticas holísticas y comunitarias siguen siendo excepcionales, pero a su vez, urgentes, en la medida que sirven para identificar y abordar problemáticas que quedaban invisibilizadas, desarticuladas o indebidamente tratadas. En la ciudad de Reus, por ejemplo, el CAP estudiado organiza grupos psicoeducativos dirigidos a personas diagnosticadas recientemente con depresión o ansiedad, de duración trimestral y con 42 plazas anuales⁽⁴¹⁾, lo que representa una acción comunitaria de salud mental.

En contextos de creciente precarización, la irregularidad en la implementación de la perspectiva social y comunitaria ha sido un obstáculo para desarrollar todo su potencial. Varios estudios⁽⁴⁷⁾ apuntan algunas líneas de intervención para reducir las desigualdades sociales en salud y para implementar una perspectiva comunitaria. Señalan la importancia de la sistematización de la información en determinantes sociales que faciliten la atención y la coordinación con otros servicios sociales y comunitarios, para mejorar la eficacia de la atención en perspectiva comunitaria; además de la relevancia de la participación, la capacitación, la interseccionalidad, la reorientación de la atención sanitaria y la relevancia de la evaluación de todas las intervenciones^(8,11).

Una de las limitaciones que manifiesta el personal sanitario de atención primaria es su poca capacidad de incidir positivamente en situaciones de sufrimiento social, entendiendo este como los malestares derivados de situaciones de desempleo o precariedad laboral, de dificultades por tener una vivienda digna o comer saludablemente o de la imposibilidad de afrontar gastos básicos o imprevistos. En lo que concierne a la

alimentación, su intervención se limita a dar pautas relativas a comer saludablemente dentro del paradigma clínico-terapéutico. Ordenar, controlar, reeducar, estructurar, restringir, cambiar son algunas de las acciones que caracterizan su actividad, lo cual demuestra que su práctica sigue encerrada en el modelo jerárquico experto-profano⁽⁵³⁾, según el cual los pacientes no saben y/o no pueden comer bien y deben aprender a hacerlo, pero que no permite avanzar hacia una coproducción de conocimiento compartido sensibles a los contextos "locales" del paciente, tanto culturales, como económicos y sociales. Además, esta estrategia contradice la autoatención y agencialidad del paciente en su propio bienestar⁽⁵³⁾. Los factores que provocan las desigualdades quedan en un segundo plano reducidas a etiquetas. Las actividades propuestas a los pacientes se siguen centrando en su autocontrol y responsabilidad, como si las elecciones y prácticas alimentarias no estuvieran condicionadas por la estructura social y un contexto en el que la autoatención en el ámbito de los grupos primarios, en la mayor parte de situaciones, incluso de las familias monoparentales se inscribe en prácticas sociales⁽⁵⁴⁾. Se proponen ingredientes, horarios o técnicas culinarias sin evaluar, entre otras cosas, quién cocina en la casa y si hay que hacerlo para uno o para todos, sin previamente evaluar ni la precariedad laboral y los ritmos de trabajo, las condiciones físicas de la vivienda y la cocina, la privación material, la dependencia de ayudas sociales, las aficiones mentales o la calidad de las redes de soporte. De este modo, se descontextualiza la comida del entorno social, despojándola de todo aquello que dificulta, en última instancia, el acceso regular a alimentos nutricional y culturalmente adecuados, reduciéndola a un conjunto de recomendaciones genéricas sobre alimentación saludable, y se contribuye a invisibilizar la inseguridad alimentaria también como un asunto de sanitario y político.

Las políticas de salud y alimentación deberían tener en cuenta los condicionantes sociales e implementar acciones que mitiguen la desigualdad desde una perspectiva de género interseccional e intercultural. Estas acciones,

que han de diseñarse con la participación de los grupos sociales más precarizados, deberían estar sistematizadas y evaluadas a lo largo de todo el proceso⁽⁵⁵⁾. En este ámbito, el Estado español tiene carencias identificadas no resueltas desde hace más de una década que debe resolver con urgencia^(8,56) y algunas de ellas son estructurales desde hace décadas. Nuestro trabajo muestra la relevancia (y la necesidad) de estudiar de forma pormenorizada la inseguridad alimentaria en el primer nivel de atención, especialmente, aquello que atañe al acceso regular a los alimentos adecuados, tanto desde un punto de vista nutricional como cultural. Dicha inseguridad no solo constituye un indicador de la desigualdad en sí misma, sino que está en la base de problemas de salud evitables. Se trata, sin embargo, de una cuestión pendiente en el *Pla de Salut 2016-2020* y en el *Pla de Seguretat Alimentaria de Catalunya* de 2009, y que se torna urgente en un contexto pos Covid-19.

En la medida en que las políticas de salud deben cumplir las directrices de la OMS en materia de equidad social, y disponer de herramientas suficientes para responder al aumento de la vulnerabilidad social en contextos adversos, las actuaciones en atención primaria en materia de determinantes sociales en los barrios más pobres, siguen siendo una asignatura pendiente desde la Transición democrática. El *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020* no establece una estrategia de intervención en la línea de las propuestas del Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de SESPAS⁽⁵⁶⁾, que sí se está planteando en Barcelona⁽⁵⁷⁾. Por tanto, concluimos que las iniciativas aquí recogidas y que están hoy vigentes responden más al empeño de un reducido número de profesionales de atención primaria –como viene sucediendo desde la década de 1980– que a una planificación integral, articulada, presupuestada, y encaminada a revertir las desigualdades sociales a medio y largo plazo por parte de las administraciones públicas.

Si bien en los últimos años se ha avanzado en la implantación de la salud comunitaria, en la identificación de los determinantes sociales de la salud y en la formación de profesionales de atención primaria, las políticas

de salud siguen sin asegurar una salud para todas y todos. En tiempos de pandemia por Covid-19, la labor de atención primaria en la mitigación de las desigualdades sociales se

vuelve todavía más necesaria y urgente dados los determinantes sociales de la salud que envuelven el avance de esta enfermedad.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto contó con la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad de España (grant number CSO2016-74941-P); Proyecto de Investigación I + D “La precarización de la vida cotidiana: (in)seguridad alimentaria, género y salud”, periodo 2016-2019.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 [Internet]. 1978 [citado 5 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/e7eyhbcd>.
2. Organización Mundial de la Salud. Los hechos probados. Los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2003.
3. Organización Mundial de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS; 2009.
4. Espelta A, Contentea X, Domingo-Salvanye A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villag T, Monge S, Ruiz-Cantero MT, Perez G, Borrell C, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*. 2016;30(Supl 1):S38-S44. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.05.011.
5. Nolan A, Barry S, Burke S, Thomas S. The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland. Copenhagen: WHO, European Observatory on Health Systems and Policies; 2014.
6. Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F, Cabeza E, Borrell C. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud, Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(S1):S124-S131. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.03.009.
7. López i Casasnovas G. Crisis económica, gasto sanitario y desigualdades en salud. Reflexiones desde la economía de la salud. Icade: Revista de la Facultad de Derecho. 2016;99(1):17-43. doi: 10.14422/icade.i99.y2016.001.
8. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(5):465-473. doi: 10.1157/13126929.
9. Departament de Salut. Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA) [Internet]. 2019 [citado 21 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4kw4n5cc>.
10. España, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Sistema Nacional de Salud: Indicadores clave [Internet]. 2020 [citado 1 ene 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ysnacbt>.
11. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Estebanc P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria: Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(S1):S6-S13. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.09.036.
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria [Internet]. 2019 [citado 19 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ma5ct9s>.
13. Departament de Salut. Pla de Salut 2016-2020 Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2016.
14. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut [Internet]. 2020 [citado 21 nov 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2aa8f4cp>.
15. Simó J, Gérvás J. Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales, Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26(S1):S36-S40. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.05.017.
16. Federeación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA, Informe 2019 [Internet]. 2019 [citado 21 nov 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/dehtneyu>.
17. Marí-Dell'Olmo M, Gotsens M, Pasarína MI, García de Olalla P, et al. Desigualtats socials i Covid-19 a Barcelona. *Barcelona Societat, Revista de Coneixement i Anàlisi Social*. 2020;(26):1-7.
18. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per COVID-19 a Catalunya [Internet]. 2020 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/22w5vaw>.
19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud (series 2011-2012, 2017) [Internet]. 2018 [citado 19 oct 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3c3eh4wk>.

20. Food and Agriculture Organization. Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria [Internet]. 2011 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/ybv7e27x>.
21. Aguirre P. Seguridad alimentaria: una visión desde la antropología alimentaria. En: Desarrollo integral en la infancia: el futuro comprometido. Córdoba: Fundación CLACYD; 2004.
22. Gracia-Arnaiz M. Eating outside the home: food practices as a consequence of economic crisis in Spain. En: Collinson P, Young I, Antal L, et al, eds. Food and sustainability in the Twenty-first Century: Cross-disciplinary perspectives. Oxford: Berghahn Books; 2019.
23. Denzin NK, Lincoln YS. The SAGE handbook of qualitative research. London: Sage; 2011.
24. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, Ramísc R, Sau-rinag C, Escolar-Pujolarh A. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(3):179-187.
25. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Revisió de la dimensió socioeconòmica de la fórmula d'assignació de recursos de l'atenció primària [Internet]. 2016 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4963w2df>.
26. Agència de Salut Pública de Catalunya. Anàlisi de la situació de la salut de la població: Àrea Bàsica de Salut Tarragona 2. Catalunya: Institut Català de la Salut; 2019.
27. World Health Organization. Persons with potential health hazards related to socioeconomic and psychosocial circumstances (Z55-Z65) [Internet]. 2016 [citado 5 jul 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2xkkfudt>.
28. Urbanos-Garrido R, López-Valcárcel B. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *European Journal of Health Economics*. 2015;16(2):175-184. doi:10.1007/s10198-014-0563-y.
29. Saez M, Barceló MA, Saurina C, et al. Evaluation of the biases in the studies that assess the effects of the great recession on health: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019;16(14):2479. doi: 10.3390/ijerph16142479.
30. Fundación Dieta Mediterránea. ¿Qué es la dieta mediterránea? [Internet]. 2020 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/df2b4xkw>.
31. Soldberg L. Theory vs practice: Should primary care practice take on social determinants of health now? *No. Annals of Family Medicine*. 2016;14(2):102-103. doi: 10.1370/afm.1918.
32. Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa Salut i Escola [Internet]. 2012 [citado 19 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/vy427yba>.
33. Aranceta Bartrina J, Arija Val V, Maíz Aldalur E, Martínez de Victoria Muñoz E, Ortega Anta RM, Pérez-Rodrigo C, et al. Guías alimentarias para la población española (SENC, diciembre 2016); la nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutrición Hospitalaria*. 2016;33(Supl. 8):1-48. doi: 10.20960/nh.827.
34. Dapcich V, Salvador Castell G, Ribas Barba L, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J, Serra Majem L. Guía de la alimentación saludable. Barcelona: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria; 2004.
35. Gracia-Arnaiz M, Casado L. Obesidad como epítome de la precarización: prácticas alimentarias y cuerpos precarios en Cataluña. En: Llobet M, Magaña C, Muñoz A, coords. (Re)pensando los retos alimentarios desde las ciencias sociales: Contexto de precarización, respuestas y actuaciones. Barcelona: Editorial UOC; 2019. p. 107-122.
36. Chica M. Aspectos nutricionales y socio-económicos de las familias con menores, incluidos los de 16 años, usuarias de la Red de Distribución de Alimentos de Reus. [Trabajo de Fin de Máster]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2015.
37. EFE. El Banco de Alimentos de Zaragoza lanza un SOS para atender a los necesitados. *Heraldo* [Internet]. 3 abr 2020 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/met9f29t>.
38. Ministerio de Alimentación, Pesca y Agricultura. Informe del consumo alimentario (serie 2008-2018). Madrid: MAPA; 2019.
39. Robledo de Dios T. 10 años estrategia NAOS ¡Come sano y muévete! [Internet] 2015 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/f2dyshkw>.
40. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad [Internet]. 2005 [citado 10 nov 2020]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3cm9z2ka>.
41. Agència de Salut Pública de Catalunya. COMSalut: comunitat i salut [Internet]. 2021 [citado 12 feb 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4xcpvwfy>.
42. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality: A systematic review of the evidence. *BMJ Open*. 2017;7(4):e013384. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013384.
43. Rasanathan K. 10 years after the Commission on Social Determinants of Health: social injustice is still killing on a grand scale. *The Lancet*. 2018;392(10154):1176-1177. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32069-5.
44. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *Journal of Global Health*. 2019;9(1):010313. doi: 10.7189/jogh.09.01.
45. Knowles M, Khan S, Palakshappa D, Cahill R, Kruger E, Poserina BG, Koch B, Chilton M. Successes, challenges, and considerations for integrating referral into food insecurity screening in pediatric settings. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2018;29(1):181-191. doi: 10.1353/hpu.2018.0012.

46. Baum FE, Legge DG, Freeman T, Lawless A, Labonté R, Jolley GM. The potential for multi-disciplinary primary health care services to take action on the social determinants of health: actions and constraints. *BMC Public Health.* 2013;13:460. doi:10.1186/1471-2458-13-460.
47. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, Gold R. Perspectives in primary care: A conceptual framework and path for integrating social determinants of health into primary care practice. *Annals of Family Medicine.* 2016;14:104-108. doi: 10.1370/afm.1903.
48. Cervero-Liceras F, McKee M, Legido-Quigley H. The effects of the financial crisis and austerity measures on the Spanish health care system: A qualitative analysis of health professionals' perceptions in the region of Valencia. *Health Policy.* 2015;119(1):100-106. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.11.003.
49. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Indicadores clave [Internet]. 2020 [citado 1 ene 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/46yee6y7>.
50. Servei Català de la Salut. Despesa sanitària a Catalunya [Internet]. 2020 [citado 21 feb 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/e749tnen>.
51. Comelles JM. La utopía de la atención integral en salud: Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en Salud Pública.* 1993;3:169-192.
52. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social.* 2005;14:33-69.
53. Perdiguer-Gil E, Comelles JM. The roots of the health reform in Spain. En: Abreu L, ed. *Health care and government policy.* Évora: Publicações do Cidehus; 2019.
54. Gracia-Arnáiz M. Learning to eat: Establishing dietary normality in the treatment of eating disorders. *Food, Culture & Society.* 2009;12(2):191-215. doi: 10.2752/175174409X400738.
55. De Marchis EH, Torres JM, Benesch T, Fichtenberg C, Allen IE, Whitaker EM, Gottlieb LM. Interventions addressing food insecurity in health care settings: A systematic review. *Annals of Family Medicine.* 2019;17(5):436-447. doi: 10.1370/afm.2412.
56. Benedé Azagra CB, Magallón Botaya R, Melgarejo TM, del-Pino-Casado R, Vidal Sánchez MI. ¿Qué hacemos y qué podríamos hacer desde el sistema sanitario en salud comunitaria? *Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria.* 2018;32(Supl 1):22-25. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.07.003.
57. Borrell C, Pasarín MI, Díez E, Pérez K, Malmusi D, Pérez G, Artazcoza L, Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona. Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gaceta Sanitaria.* 2020;34(1):69-76. doi: 10.1016/j.gaceta.2019.04.004.

FORMA DE CITAR

Campanera M, Gasull M, Gracia-Arnáiz M. Desigualdad social y salud: la gestión de la (in)seguridad alimentaria en atención primaria en España. *Salud Colectiva.* 2021;17:e3461. doi: 10.18294/sc.2021.3461.

Recibido: 23 feb 2021 | Versión final: 24 may 2021 | Aprobado: 22 jun 2021 | Publicado en línea: 13 jul 2021



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<https://doi.org/10.18294/sc.2021.3461>