

## Revisión bibliográfica

# Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva

*Inequalities in access to preventive programs in sexual and reproductive health*

Noemí Obregón Gutiérrez<sup>1</sup>, Josefina Goberna-Tricas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Matrona, antropóloga. Gestora asistencial de Enfermería de Sala de Partos. Corporació Sanitària. Parc Taulí. Sabadell. Profesora asociada. Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-Infantil. Doctoranda en el Programa de Doctorado en CC Enfermeras. Universitat de Barcelona. <sup>2</sup>Matrona, socióloga, doctora en Filosofía. Profesora titular de Universidad. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona

## RESUMEN

La presente revisión tiene como objetivos analizar si dentro de los programas preventivos europeos de salud sexual y reproductiva existen barreras de acceso, identificar qué grupos son más vulnerables respecto a la prevención y conocer estrategias que permitan un mejor acceso a dichos programas. El método es una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 10 años sobre iniciativas de prevención en salud sexual y reproductiva en Europa. Los resultados muestran la existencia de desigualdades en el acceso, y se identifican propuestas para contribuir a su disminución. La conclusión principal es que las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables tendrán un mayor riesgo de exclusión si no se aplican medidas correctoras en el diseño de los programas.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Factores socioeconómicos, salud de las mujeres, programas de salud sexual y reproductiva, desigualdades de género.

## ABSTRACT

This present review aims to analyze, within the European preventive programs of sexual and reproductive health: the existence of barriers to access, identify vulnerable groups, and recognize the proposed strategies to ensure a better access to such programs. The method is a literature review of references published in the last 10 years, about prevention efforts in reproductive health. The results identified inequalities in access, in the activities of prevention, and some proposes strategies to reduce inequalities of access, ranging from changes to the design and evaluation of programs and greater community participation. The principal conclusion is that the women with unfavorable socioeconomic conditions will have a higher risk of exclusion, if corrective measures are not applied in their design.

©2012 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

**Keywords:** Socioeconomic factors, leg length inequality, women's health, preventive health services, reproductive health services, gender inequalities.

## INTRODUCCIÓN

«Las mujeres viven más que los hombres en prácticamente todo el mundo, pero no son más sanas.» Esta frase, extraída del informe de la OMS «Las mujeres y la salud», de 2009, muestra que, en los cálculos sobre los años de vida con salud, en casi todos los países las mujeres tienen una vida saludable más corta que los varones<sup>1</sup>. ¿A qué se debe esta diferencia?

El abordaje clásico de este hecho se ha efectuado a nivel de política sanitaria, realizando una atención en salud diferenciada a las mujeres, la cual se fundamenta en que éstas tienen problemas específicos que requieren atención específica; problemas que guardan relación con su ciclo vital y producen morbilidad femenina diferencial: procesos de salud-enfermedad relacionados con la mens-

truación, la reproducción, la maternidad, la sexualidad, la anticoncepción, el climaterio, etc.<sup>2</sup>.

Pero a pesar de disponer de programas específicos de salud basados en las diferencias biológicas y que ofrecen una atención diferencial, encontramos que la salud de las mujeres continúa siendo peor que la de los hombres. Un ejemplo de ello son los datos extraídos de un informe del Ministerio de Sanidad sobre desigualdades en salud por género realizado en 2005; en él se muestra, por ejemplo, que el diagnóstico de angina de pecho tarda 1 hora más en mujeres que en hombres, y que las mujeres son más vulnerables al contagio por el VIH. Este mismo informe también ha evidenciado que las mujeres tienen un menor tiempo de vida libre de enfermedad y una menor percepción positiva de su salud<sup>3</sup>.

Fecha de recepción: 11/11/11. Fecha de aceptación: 17/06/12.

Correspondencia:

N. Obregón Gutiérrez. Correo electrónico: nobregon@tauli.cat

Obregón Gutiérrez N, Goberna-Tricas J. Desigualdades en el acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. *Matronas Prof.* 2012; 13(3-4): 83-89.

Estos hechos hacen necesario un nuevo abordaje que explique el porqué de las diferencias, más allá de los factores biológicos. Son muchos los estudios que trabajan actualmente en este nuevo enfoque y que muestran que las actitudes, las vivencias y las formas de vivir, enfermar, consultar y morir están influidas por los determinantes psicosociales de género, por lo que la situación social de los sexos es diferente y discriminatoria, y conlleva desigualdades<sup>1-4</sup>.

Las desigualdades en salud se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente<sup>5</sup>. Son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, su sexo, el territorio donde se encuentran o la etnia a la que pertenecen, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos<sup>6,7</sup>.

La existencia de desigualdades en salud y la influencia de las primeras sobre la segunda fue uno de los descubrimientos del famoso Black Report, elaborado por encargo del Ministerio de Salud inglés en 1980. En él se especificaba que el riesgo de morir antes de los 65 años era mayor en las clases sociales más desfavorecidas. Este estudio marcó un antes y un después en el mundo de la epidemiología, ya que a partir de él se empezaron a estudiar los factores sociales y su relación con la salud, descubriéndose que existen importantes desigualdades sociales en este ámbito. Los estudios actuales han demostrado que las desigualdades en salud son responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos<sup>8</sup>.

Estas desigualdades existen incluso en los países cuyos sistemas de salud se basan en la equidad y en políticas públicas. Los estudios demuestran que los servicios sanitarios no son los determinantes principales de la salud ni de las desigualdades en salud. Pero tanto la calidad como la cobertura que ofrecen dichos servicios constituyen uno de los principales indicadores de bienestar social<sup>9</sup>.

En nuestro país han sido varios los estudios e informes que han evidenciado que la posición socioeconómica, el género, el territorio y más recientemente la inmigración son ejes de desigualdad con un enorme impacto en la salud de la población. También se ha evidenciado que, aunque el acceso a muchos de los programas preventivos en nuestro país es universal y gratuito, ciertos colectivos con factores sociales más desfavorables acuden menos, de modo que se producen desigualdades ya en la prevención primaria<sup>4,9,10</sup>.

Encontramos así que sobre la salud de las mujeres pueden actuar dos factores generadores de desigualdad: el género y los factores socioeconómicos. Estos factores son los principales ejes en la génesis de las desigualda-

des en salud, ya que son transversales a todos los ámbitos de ésta. Tienen relación tanto con los aspectos determinantes de la salud y la esperanza de vida, las causas de mortalidad y las enfermedades, como con los aspectos de las conductas relacionadas con la salud y la utilización de los servicios sanitarios: disponibilidad, accesibilidad y calidad. Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud. Por ejemplo, un 55% de las mujeres de clase social V (ocupaciones no cualificadas) declaran un buen estado de salud, frente a un 85% de los hombres de clase social I (directivos y profesionales)<sup>11</sup>.

Estos dos ejes de desigualdad dibujan un grupo doblemente vulnerable: las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables. Este colectivo tendrá más riesgo de sufrir desigualdades en salud, provocadas no sólo por condiciones sociales sino también por factores socioculturales relacionados con el hecho de ser mujer.

En nuestro país existe un programa de salud específico para las mujeres, la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, básicamente integrado por actividades preventivas encaminadas a atender las necesidades de salud derivadas de las diferencias biológicas<sup>12</sup>. Pero existen pocos trabajos que analicen si existen o no barreras de acceso a las actividades preventivas que componen dicho programa. Por lo expuesto hasta ahora, es bastante probable la existencia de un acceso desigual a las actividades preventivas determinado por factores socioeconómicos.

Para ampliar los conocimientos relacionados con las desigualdades en salud relacionadas con los programas preventivos dirigidos a la salud sexual y reproductiva, se ha planteado la siguiente revisión.

## METODOLOGÍA DE LA BÚSQUEDA

En este trabajo se revisan los estudios dirigidos específicamente a detectar desigualdades en el acceso a los programas preventivos relacionados con la salud sexual y reproductiva motivadas por condiciones sociales desfavorables, así como posibles actuaciones para disminuir dichas barreras.

### Bases de datos seleccionadas

Las bases de datos seleccionadas para la búsqueda fueron las siguientes: MEDLINE, Cochrane, ISI Web of Knowledge, CINAHL, BDIE y Cuiden.

### Palabras clave

Para obtener las diferentes palabras clave se establecieron tres áreas temáticas de búsqueda:

1. Artículos relacionados con los programas de promoción y prevención de la salud.

**Tabla 1. Resultados de la revisión**

|                      | Promoción y prevención | Salud sexual-reproductiva | Desigualdades socioeconómicas | Búsqueda combinada | Límites | Lectura de abstract |
|----------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|---------|---------------------|
| MEDLINE              | 1.459.208              | 141.726                   | 278.028                       | 2.947              | 44      | 24                  |
| Cochrane             | 20.488                 | 9.497                     | 308                           | 13                 | 6       | 3                   |
| ISI Web of Knowledge | >100.000               | >100.000                  | 18.085                        | 168                | 10      | 5                   |
| CINAHL               |                        |                           |                               |                    | 13      | 8                   |
| <b>Total</b>         |                        |                           |                               |                    |         | <b>40</b>           |

- Artículos relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Artículos relacionados con desigualdades en salud causadas por factores socioeconómicos.

Mediante la herramienta MeSH se obtuvieron diferentes palabras clave relacionadas con las tres áreas de estudio utilizando la estrategia que se describe en el apartado siguiente.

### Estrategia de búsqueda

Se inició la revisión bibliográfica realizando una búsqueda por áreas temáticas generales (programas preventivos, salud sexual y reproductiva, y desigualdades socioeconómicas) uniendo las palabras clave de cada área mediante el boleano OR. Posteriormente, para identificar los artículos que combinasen las tres áreas temáticas se empleó la herramienta de búsqueda avanzada y el boleano AND combinando las tres búsquedas. Para acotar la búsqueda se establecieron como límites: artículos europeos, en lengua inglesa y de los últimos 10 años. Para la selección final de los artículos se hizo una lectura de los resúmenes aplicando como criterios de exclusión: la utilización de los factores sociales como descriptores, programas de salud no relacionados con la salud sexual y reproductiva y programas realizados en países no europeos.

Para completar la información, en una fase posterior se efectuó una nueva búsqueda en las bases de datos españolas BDIE y CUIDEN con las mismas palabras clave; se obtuvieron 10 artículos, que se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión.

## RESULTADOS

Según la estrategia planteada, se obtuvieron 40 artículos que analizan actividades preventivas relacionadas con la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta la existencia de desigualdades en el acceso a ellas (tabla 1). De ellos, 5 son revisiones sistemáticas, 15 son estudios de casos y controles aleatorizados, 12 son estudios observacionales y 8 son estudios cualitativos.

Para analizar los resultados se clasificaron los artículos en función de las preguntas iniciales de la revisión:

**Tabla 2. Artículos que presentan programas preventivos en los que se detectan barreras en el acceso**

Allen (2007), Artnik (2006), Banks (2002), Beck (2005), Borawski (2009), Borghi (2008), Brotto (2008), Calvocoressi (2008), Cassell (2006), Dal Maso (2010), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2007), French (2007), Haldre (2005), Hosli (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Lee (2009), Litaker (2007), Maddem (2003), Markovic (2002), Michie (2004), Molloy (2007), Newman (2008), Northeast (2000), O' Cathain (2002), Olsen (2008), Parazzini (2008), Rasch (2006), Remennick (2006), Rodvall (2005), Sabates (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002), Willoughby (2006)

**n= 40**

- La primera cuestión era si se detectaban desigualdades en el acceso a las actividades preventivas: todos los artículos seleccionados detectan, en mayor o menor medida y por diferentes colectivos (posteriormente analizados), un acceso desigual a las actividades que describen<sup>13-52</sup> (tabla 2).
- La segunda cuestión a analizar era determinar qué grupos eran detectados por la bibliografía como más vulnerables, es decir, con un riesgo mayor de tener dificultades en el acceso a las actividades preventivas. Los grupos que la revisión identificó como de riesgo son: mujeres con bajo nivel socioeconómico<sup>14,15,23-26,30,33-35,38,41,43,47,52</sup>, minorías étnicas<sup>16,18,19,23,28,30-32,36,39,45</sup>, mujeres jóvenes<sup>13,17,21,27,32,35,40,46,48,49,51,52</sup> y, en menor medida, mujeres mayores<sup>20</sup> y mujeres con patología asociada<sup>22,44</sup> (tabla 3).
- En cuanto a la tercera cuestión, observamos que se detectan desigualdades en el acceso tanto a las actividades de promoción de la salud y prevención primaria<sup>13,14,16-18,23-33,35-42,44,48-51</sup> como a las actividades de prevención secundaria<sup>15,19-22,34,43,45-47,52</sup> (tabla 4).
- En lo que respecta a las áreas de actuación, encontramos que la mayoría de los artículos identifican desigualdades en el acceso a actividades relacionadas con el control de la gestación<sup>14,23-26,29,30,33,37,38,40,41,50</sup>, en el acceso a actividades de contracepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual<sup>13,17,21,27,28,32,39,44,48,49,51</sup>

**Tabla 3. Clasificación de los estudios en función de los grupos detectados como vulnerables**

- **Minorías étnicas**
  - Beck (2005), Borghi (2008), Brotto (2008), Haldre (2005), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Markovic (2002), Newman (2008), Remennick (2006) (**n= 10**)
- **Bajo nivel socioeconómico**
  - Artnik (2006), Bans (2002), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2002), Howell (2001), Lee (2009), Litaker (2007), Maddem (2003), Molloy (2007), O’Cathain (2002), Parazzini (2008), Sabates (2006), Willoughby (2006) (**n= 15**)
- **Jóvenes**
  - Allen (2007), Borawski (2009), Cassell (2006), French (2007), Keenan (2002), Maddem (2003), Northeast (2000), Rodvall (2005), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002), Willoughby (2006) (**n= 13**)
- **Mujeres mayores**
  - Calvocoressi (2008) (**n= 1**)
- **Patología asociada**
  - Dal Maso (2010), Rasch (2006) (**n= 2**)

y en el acceso a actividades de cribado del cáncer de cérvix y de mama<sup>15,19,20,22,34,45-47,52</sup> (tabla 5).

- Finalmente, 26 de los artículos nos presentan estrategias para poder mejorar el acceso a los programas<sup>13,15,16,18,19,21-23,25,26,28-34,36-39,41,49-52</sup>.
- Las estrategias que se proponen se pueden agrupar en: a) actuaciones relacionadas con el diseño de subprogramas preventivos cuyas poblaciones diana son los grupos identificados como de riesgo de exclusión<sup>13,15,18,19,21,22,25,30,32-34,41,50,52</sup>; b) actuaciones que se podrían englobar como actividades que incluyen a la comunidad de riesgo en el diseño, la implantación y la evaluación de los programas preventivos<sup>23,26,28,30,31,38,49,51</sup>, y c) necesidad de realizar investigaciones cualitativas que permitan identificar las causas de no acceso para así poder planificar actuaciones preventivas más eficaces<sup>16,29,32,36,37,39</sup> (tabla 6).

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los diferentes artículos obtenidos en la revisión coinciden en señalar que existen barreras de acceso en los programas preventivos que dificultan un acceso igual y equitativo para toda la población. Asimismo, los resultados obtenidos también demuestran que las actividades preventivas europeas de salud sexual y reproductiva no son una excepción. Constatamos que las barreras en el acceso aparecen tanto en los programas de promoción de la salud como en los programas de prevención secundaria, que en este caso hacen referencia a programas de cribado del cáncer de cérvix y de mama.

**Tabla 4. Clasificación de los estudios según el tipo de prevención a la que hacen referencia**

- **Promoción y prevención primaria**
  - Allen (2007), Artnik (2006), Beck (2005), Borawski (2009), Borghi (2008), Davies (2009), De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Dyson (2002), French (2007), Haldre (2005), Hosli (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Keenan (2002), Lee (2009), Maddem (2003), Markovic (2002), Michie (2004), Molloy (2007), Newman (2008), Northeast (2000), O’Cathain (2002), Olsen (2008), Rasch (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Stockley (2008), Strange (2002) (**n= 29**)
- **Promoción secundaria**
  - Banks (2002), Brotto (2008), Calvocoressi (2008), Cassell (2006), Dal Maso (2010), Litaker (2007), Parazzini (2008), Remennick (2006), Rodvall (2005), Sabates (2006), Willoughby (2005) (**n= 11**)

**Tabla 5. Áreas de actuación en las que se detectan las barreras**

### Embarazo, parto y puerperio

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Consejo preconcepcional         | Hosli (2008)   |
| Suplementación con ácido fólico | De Jong-van den Berg (2005), De Walle (2007), Howell (2001), Stockley (2008)                           |
| Tabaco y embarazo               | Northeast (2000)   |
| Control de la gestación         | Artnik (2006), Lee (2009), Davies (2009), Dyson (2002), Michie (2004), Molloy (2007), O’Cathain (2002) |
| Lactancia                       | Maddem (2003)  |

### Cribado

|                  |   |
|------------------|---|
| Cáncer de cérvix | Brotto (2008), Dal Maso (2010), Rodvall (2005), Sabates (2006), Willoughby (2006) |
| Cáncer de mama   | Banks (2002), Calvocoressi (2008), Litaker (2007), Remennick (2006)               |

### Contracepción, prevención de ETS

|  |
|--|
| Allen (2007), Borawski (2009), Cassell (2006), French (2007), Haldre (2005), Keenan (2002), Newman (2008), Rasch (2006), Souza (2007), Stephenson (2004), Strange (2002) |
|--|

### Menopausia

|                  |
|------------------|
| Parazzini (2008) |
|------------------|

### Programas de salud sexual y reproductiva

|   |
|---|
| Beck (2005), Borghi (2008), Howell (2001), Jarosová (2009), Markovic (2002) |
|---|

La revisión realizada muestra que, según autores como Artnik<sup>14</sup>, Banks<sup>15</sup> y Davies<sup>23</sup>, entre otros, se identifican como grupo de mayor riesgo de sufrir desigualdades en salud por un menor acceso a los programas preventivos las mujeres con condiciones socioeconómicas bajas, seguidas de las mujeres procedentes de minorías étnicas. Un tema que no se aborda en ninguno de los artículos consultados es la determinación de la causa subyacente en la vulnerabilidad de las minorías étnicas; no se dife-

**Tabla 6. Artículos que plantean estrategias de actuación para disminuir las barreras de acceso detectadas (n= 26)**

- **Subprogramas preventivos dirigidos a los grupos detectados como de riesgo de exclusión**

- Allen (2007): programas de planificación familiar. Población diana: mujeres jóvenes
- Banks (2002): programas de refuerzo de la citación para el cribado del cáncer de mama. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Borghi (2008): programas preventivos de educación sanitaria. Población diana: minorías étnicas
- Brotto (2008): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: minorías étnicas
- Cassell (2006): cribado de ETS. Población diana: mujeres jóvenes
- Dal Maso (2010): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: patología asociada
- De Walle (2007): campaña sanitaria sobre la suplementación con ácido fólico. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Howell (2001): aumentar las campañas de salud específicas para minorías étnicas
- Keenan (2002): cribado de enfermedades de transmisión sexual. Población diana: mujeres jóvenes
- Lee (2009): controles domiciliarios para mejorar el control gestacional. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Litaker (2007): programas de refuerzo del cribado del cáncer de mama. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- O’Cathain (2002): campaña educativa sobre los programas preventivos. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico
- Stockley (2008): campaña sanitaria sobre la suplementación con ácido fólico. Población diana: minorías étnicas
- Willoughby (2005): programas de refuerzo del cribado del cáncer de cérvix. Población diana: mujeres con bajo nivel socioeconómico

- **Participación comunitaria en el diseño, la implantación y la evaluación de los programas preventivos**

- Davies (2009): programa *peer-led* para mejorar los cuidados durante la gestación en minorías étnicas
- Dyson (2002): programa de voluntariado para el asesoramiento comunitario sobre los cuidados del embarazo
- Haldre (2005): diseño de mensajes de salud teniendo en cuenta aspectos culturales
- Howell (2001): adaptación cultural de los mensajes de salud a las minorías étnicas
- Jarosová (2009): formación de mediadores para campañas de educación sanitaria a minorías étnicas
- Molloy (2007): programa de voluntariado para la preparación a la maternidad para mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables
- Stephenson (2004): programa *peer-led* aplicado a la educación sexual de mujeres jóvenes
- Strange (2002): programa *peer-led* aplicado a la educación sexual de mujeres jóvenes

- **Investigación cualitativa como herramienta de mejora de los programas preventivos**

- Beck (2005): investigación cualitativa para identificar las causas de no acceso a los servicios de salud sexual
- Hosli (2008): estudios cualitativos para identificar las causas de no asistencia a los programas de consejo preconcepcional
- Keenan (2002): investigación cualitativa sobre las barreras de acceso
- Markovic (2002): investigación cualitativa para disminuir las barreras de acceso
- Michie (2004): investigación cualitativa para mejorar la participación en programas de cribado
- Newman (2008): investigación cualitativa/mejora en las políticas sociales

rencia si esta vulnerabilidad se debe a que se trata de un colectivo sometido a unas condiciones socioeconómicas desfavorables, o si influyen más en dicha vulnerabilidad los aspectos culturales que determinan su visión de la prevención y/o del uso del sistema sanitario.

Continuando con los grupos considerados como de riesgo, vemos que algunos autores como Calvocoressi<sup>20</sup>, Allen<sup>13</sup>, Cassell<sup>21</sup> y French<sup>27</sup> detectan una vulnerabilidad relacionada con la edad, ya que aparecen como grupo de riesgo las mujeres jóvenes y, en menor medida, las mujeres mayores.

Encontramos estrategias para mejorar el acceso a los programas en 26 de los artículos seleccionados; todos ellos coinciden en señalar que, en general, para disminuir las desigualdades sociales son necesarios cambios políticos y sociales que se traduzcan en una sociedad más justa y más solidaria. En lo que respecta a las actuaciones que se pueden llevar a cabo en cuanto a la planificación de programas preventivos, las actuaciones presentadas se pueden agrupar en dos grandes grupos:

en primer lugar, estrategias que faciliten el acceso a los programas a los colectivos con mayor riesgo de exclusión, mediante actuaciones directas en las comunidades de riesgo; y por otro lado, y en segundo lugar, estrategias por las cuales se consiga una implicación de las comunidades hacia las que van dirigidos los programas, tanto en el diseño como en la implantación, con el objetivo de lograr unas actuaciones más eficaces.

Un aspecto que destacar es que todos los artículos detectan barreras en el acceso a los programas, pero muy pocos analizan a qué se deben estas barreras. En este sentido, Borghi<sup>18</sup>, Hosli<sup>29</sup> y Sabates<sup>47</sup> defienden que es necesaria una aproximación cualitativa para comprender por qué los diferentes grupos detectados como de riesgo de exclusión no acuden a los programas preventivos, y argumentan que sólo mediante este enfoque se podrán diseñar programas realmente efectivos que disminuyan las barreras de acceso y contribuyan a reducir las desigualdades en salud que los factores sociales están generando.

## CONCLUSIONES

La revisión realizada ayuda a identificar la existencia de barreras de acceso en los programas de salud sexual y reproductiva, y muestra que estas barreras aparecen tanto en las actividades de promoción y prevención relacionadas con la maternidad como en las actividades de prevención secundaria de patología ginecológica.

Las mujeres con condiciones socioeconómicas desfavorables son, según la bibliografía, las mujeres con mayor riesgo de exclusión en relación con los programas preventivos en salud sexual y reproductiva. Por ello, deberían aplicarse medidas correctoras en el diseño de estos programas, para conseguir el mayor grado de captación posible, con lo que se contribuiría al logro de la equidad sanitaria desde la planificación y la atención sanitaria. Pero para aplicar medidas correctoras verdaderamente eficaces es necesario conocer las causas que originan dichas barreras de acceso. La investigación cualitativa, como metodología que permite dar voz a las minorías, puede resultar una herramienta fundamental en dicho análisis y contribuir por tanto al diseño de intervenciones que permitan disminuir las barreras de acceso a los programas preventivos en salud sexual y reproductiva.

Asimismo, en el contexto actual de crisis económica, las diferentes medidas de ajuste contribuirán sin duda a un incremento de las diferencias en el acceso a los programas preventivos por parte de los colectivos más vulnerables. Por ello es importante que las matronas conozcan la influencia y el peso de los factores sociales en los patrones de salud y las pautas de acceso a los servicios sanitarios.

## BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Las mujeres y la salud. Los datos de hoy, la agenda de mañana. Ginebra: OMS, 2009.
- Velasco S. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad, Observatorio de Salud de la Mujer e Instituto de la Mujer. Madrid, 2006. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/programas/salud/teorias%20enfoque%20genero2006.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2005. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad, 2007.
- Borrell C, García-Calvente, Martí-Bosca VV, eds. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18 Supl 1.
- Commission on Social Determinants of Health. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health 2007. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)
- Miguélez FGT, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Proa, 1996.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22(3): 429-45.
- Towson P, Davidson N, Whitehead M, eds. Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. Londres: Penguin Books, 1988.
- Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Águeda Q, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. Lancet. 2006; 368: 1033-7.
- Rodríguez-Sanz M, Carrillo Santistevé P, Borrell C. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
- Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.
- Allen E, Bonell C, Strange V, Copas A, Stephenson J, Johnson AM, Oakley A. Does the UK government's teenage pregnancy strategy deal with the correct risk factors? Findings from a secondary analysis of data from a randomised trial of sex education and their implications for policy. J Epidemiol Community Health. 2007; 64: 20-7.
- Artnik B, Vidmar G, Javornik J, Laaser U. Premature mortality in Slovenia in relation to selected biological, socioeconomic, and geographical determinants. Croat Med J. 2006; 47(1): 103-13.
- Banks E, Beral V, Cameron R, Hogg A, Langley N, Barnes I, et al. Comparison of various characteristics of women who do and do not attend for breast cancer screening. Breast Cancer Res. 2002; 4: R1.
- Beck A, Majumdar A, Estcourt C, Petrak J. We don't really have a cause to discuss these things, they don't affect us. A collaborative model for developing culturally appropriate sexual services with the Bangladeshi community of Tower Hamlets. Sex Transm Infect. 2005; 85: 158-62.
- Borawski EA, Trapl ES, Adams-Tufts K. Taking Be Proud! Be Responsible! To the suburbs: a replication study. Perspect Sex Reprod Health. 2009; 49: 12-22.
- Borghi J, Jan S. Measuring the benefits of health promotion programmes: application of the contingent valuation method. Health Policy. 2008; 87(2): 235-48.
- Brotto LA, Chou AY, Singh T, Woo JS. Reproductive health practices among Indian, Indo-Canadian, Canadian East Asian, and Euro-Canadian women: the role of acculturation. J Obstet Gynaecol Can. 2008; 30(3): 229-38.
- Calvo Coressi L, Sun A, Kasl SV, Claus EB, Jones BA. Mammography screening of women in their 40s: impact of changes in screening guidelines. Cancer. 2008; 112(3): 473-8.
- Cassell JA, Mercer CH, Fenton KA, Copas AJ, Erens B, Wellings K, et al. A comparison of the population diagnosed with chlamydia in primary care with diagnosed in sexual health clinics: implications for a national screening programme. Public Health. 2006; 120(10): 984-8.
- Dal Maso L, Franceschi S, Lise M, De'Bianchi PS, Polesel J, Ghinelli F, et al. Self-reported history of Pap-smear in HIV-positive women in Northern Italy: a cross-sectional study. BMC Cancer. 2010; 21: 310.
- Davies J, Damami P, Margaretts BM. Intervening to change the diets of low-income women. Proc Nutr Soc. 2009; 68: 210-5.
- De Jong-van den Berg L, Buitendijk S, Paulussen T. Trends and predictors of folic acid awareness and periconceptional use in pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(5): 121-8.
- De Walle H, De Jong-van den Berg L. Growing gap in folic acid intake with respect to level of education in the Netherlands. Community Genet. 2007; 10(2): 93-6.
- Dyson L, While A. Mind the gap: voluntary sector pregnancy advice service. Br J Community Nurs. 2002; 7(4): 190-5.
- French RS, Mercer CH, Kane R, Kingori P, Stephenson JM, Wilkinson P, et al. What impact has England's Teenage Pregnancy Strategy had on young people's knowledge of and access to contraceptive services? J Adolesc Health. 2007; 41(6): 594-601.
- Haldre K, Helle K, Mati R, Alvi T. Impact of rapid socio-economic changes on teenage pregnancies in Estonia during 1992-2001. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(5): 425-31.
- Hosli EJ, Elsinga J, Buitendijk SE, Assendelft WJ, Van der Pal-de Bruin KM. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. Community Genet. 2008; 11(3): 166-70.

30. Howell SR, Barnett AG, Underwood MR. The use of pre-conceptional folic acid as an indicator of uptake of a health message amongst white and Bangladeshi women in Tower Hamlets, east London. *Fam Pract.* 2001; 18(3): 300-3.
31. Jarosová D, Dusová B, Vrublová Y. The education of Romany health and social assistants in the Czech Republic. *Int Nurs Rev.* 2009; 56: 264-8.
32. Keenan L, Marshall LL, Eve S. Extension of the behavioral model of healthcare utilization with ethnically diverse, low-income women. *Ethn Dis.* 2002; 12(1): 111-23.
33. Lee E, Mitchell-Herzfeld SD, Lowenfels AA, Greene R, Dorabawila V, DuMont KA. Reducing low birth weight through home visitation: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2009; 36(2): 154-60.
34. Litaker D, Tomolo A. Association of contextual factors and breast cancer screening: finding new targets to promote early detection. *J Womens Health.* 2007; 16(1): 36-45.
35. Madden JM, Soumerai SB, Lieu TA, Mandl K, Zhang F, Ross-Degnan D. Effects on breastfeeding of changes in maternity length-of-stay policy in a large health maintenance organization. *Pediatrics.* 2003; 111(3): 519-24.
36. Markovic M, Manderson L, Kelaher M. The health of immigrant women: Queensland women from the former Yugoslavia. *J Immigr Health.* 2002; 4(1): 5-15.
37. Michie S, Dormandy E, Marteau TM. Increasing screening uptake amongst those intending to be screened: the use of actions plans. *Patient Educ Couns.* 2004; 55(2): 218-22.
38. Molloy M. Volunteering as a community mother –a pathway to lifelong learning. *Community Pract.* 2007; 80(5): 28-32.
39. Newman PA, Williams CC, Massaquoi N, Brown M, Logie C. HIV prevention for Black women: structural barriers and opportunities. *J Health Care Poor Underserved.* 2008; 19(3): 829-41.
40. Northeast P, Fraser D, Watts K, White J. Smoking in pregnancy in Nottingham-11 years on. *Br J Midwifery.* 2000; 8(2): 88-95.
41. O’Cathain A, Thomas K, Walters SJ, Nicholl J, Kirkham M. Women’s perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery.* 2002; 18(2): 136-44.
42. Olsen SF, Knudsen VK. Folic acid for the prevention of neural tube defects: the Danish experience. *Food Nutr Bull.* 2008; 29(2): 205-9.
43. Parazzini F, Progetto J. Trends of determinants of hormone therapy use in Italian women attending menopause clinics, 1997-2003. *Menopause.* 2008; 15(1): 164-70.
44. Rasch V, Yambesi F, Massawe S. Post-abortion care and voluntary HIV counselling and testing –an example of integrating HIV prevention into reproductive health services. *Trop Med Int Health.* 2006; 11(5): 697-704.
45. Remennick L. The challenge of early breast cancer detection among immigrant and minority women in multicultural societies. *Breast J.* 2006; 12(1): 103-10.
46. Rodvall Y, Kemetly L, Tishelman C, Tornberg S. Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev.* 2005; 14(5): 459-66.
47. Sabates R, Feinstein L. The role of education in the uptake of preventive health care: the case of cervical screening in Britain. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2998-3010.
48. Souza M, Brunini S, Almeida N, Munari D. Educative program about sexuality and sexually transmitted diseases: experience report with a group of adolescents. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(1): 102-5.
49. Stephenson JM, Strange V, Forrest S, Oakley A, Copas A, Allen E, et al. PuPil-Led sex education in England (RIPPLE study): cluster-randomised intervention trial. *Lancet.* 2004; 364(9.431): 338-46.
50. Stockley L, Lund V. Use of folic acid supplements, particularly by low-income and young women: a series of systematic reviews to inform public health policy in the UK. *Public Health Nutr.* 2008; 11(8): 807-21.
51. Strange V, Forrest S, Oakley A; RIPPLE Study Team. Randomized Intervention of PuPil-Led sex Education. Peer-led sex education –characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Educ Res.* 2002; 17(3): 327-37.
52. Willoughby BJ, Faulkner K, Stamp EC, Whitaker CJ. A descriptive study of the decline in cervical screening coverage rates in the North East and Yorkshire and the Humber regions of the UK from 1995 to 2005. *J Public Health.* 2006; 28(4): 355-60.