



Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía

ASOCIACIÓN para la DEFENSA de la SANIDAD PÚBLICA
de ANDALUCÍA

Resumen y Conclusiones

Carlos Alvarez-Dardet

*Dedicado a los y las profesionales de la salud que entienden el compromiso social
como parte de su tarea sanitaria, y en especial a la memoria andaluza de dos de ellos:
Pedro Vallina y Enrique Nájera*

Preámbulo.

Coincidiendo con la redacción de este capítulo resumen del **Primer Informe de Desigualdades en Salud** que se publica en **Andalucía (INDESAN)**, en el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas se está debatiendo, también por primera vez, la posible ampliación del ya existente derecho a la salud hacia una formulación más amplia, reconociendo para todos los seres humanos el derecho al más alto nivel de salud alcanzable. Por supuesto que aún ignoramos el resultado final de estas deliberaciones, pero merece la pena mencionar esta coincidencia porque de acabar aceptándose este nuevo derecho ampliado, lo que se expone en este Informe no solo sería una detallada pormenorización del principal problema de salud que tenemos debido a injusticias sociales, y una identificación de los déficits de la política social en España y Andalucía, sino que además podría considerarse como una vulneración de derechos humanos.

Las desigualdades son variaciones injustas y evitables de salud derivadas de la desigual distribución de poder por clase social, género, etnia y/u otras circunstancias que limitan el acceso de individuos y grupos a recursos clave para su salud. Suponen pues una barrera de las estructuras sociales a que las personas consigan su más alto nivel de salud alcanzable.

Con este Informe, Andalucía se incorpora de pleno a los países, regiones y ciudades de todo el mundo que realizan informes periódicos sobre desigualdades en salud. Ésta tendencia, de hacer más transparente los efectos en salud de las políticas económicas y sociales fue iniciada en Inglaterra y Gales con la publicación en 1982 del reconocido *Black Report*, y seguido con sus propios informes de desigualdades por la mayoría

de los países europeos. En España, el último gobierno de Felipe González encargó a los profesores Vicente Navarro y Joan Benach la realización del primer Informe de Desigualdades en el año 1996, desgraciadamente y como ocurrió también con el Informe de Sir Douglas Black en Inglaterra con la subida al poder de Margaret Thatcher, el gobierno de José María Aznar ninguneó este primer Informe, no poniendo en marcha ninguna de sus recomendaciones. Desde entonces solamente en Cataluña (2003 y 2005) y Euskadi (2007) se ha establecido una cierta tradición de realización de Informes de desigualdades. El INDESAN viene a contribuir a esta tendencia creciente desde nuestra comunidad autónoma.

Una característica diferencial del INDESAN es que está realizado en su totalidad por profesionales interesados en el tema y con experiencia previa en investigación científica en desigualdades en salud, que han trabajado conjuntamente durante el último año, de manera independiente y con completa libertad editorial aprovechando la invitación de la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ADSP-A) para ser punto de entrada en el debate público. Esto supone una diferencia con la tradición europea de Informes de Desigualdades donde se ha optado sobre todo por informes gubernamentales o para gubernamentales.

En el resto de Europa, este tipo de informes suelen ser realizados a petición de los parlamentos, gobiernos o desde las autoridades de salud pública. Esta condición de independencia tiene ventajas e inconvenientes. Por un lado los autores del INDESAN han trabajado con completa libertad, con la única limitación -nada desdeñable- de la disponibilidad de datos. Además, tanto los autores como la ADSP-A pensamos, en la medida de

nuestros recursos, contribuir con nuestro activismo a que el INDESAN suponga un punto de inflexión cualitativo en la consideración de las desigualdades en Andalucía como problema de salud y su disminución como una prioridad política. Un nicho social independiente favorece la libertad de expresión.

Sin embargo, entendemos también que el abordaje apropiado de los problemas que se denuncian supone tanto la creación de un clima social favorable a cambios sustanciales como compromiso político y una decidida acción de gobierno por parte de la Junta de Andalucía en primer lugar, pero también del Gobierno de España, los Ayuntamientos y otros actores sociales y políticos. Para nosotros el ideal es que haya en el futuro más Informes de Desigualdades en Andalucía, pero preferiríamos que se realizaran desde instituciones con más capacidad de influencia en la toma de decisiones políticas que la que el actual grupo impulsor del INDESAN en este momento tiene.

En este capítulo se hace un resumen de las conclusiones del INDESAN, aunque también se puede consultar el apartado de “subrayados”, al final de cada uno de los capítulos, para

CONCLUSIONES:

Desigualdades en relación con España.

Las manifestaciones de la desigualdad en Andalucía han ido variando, en calidad y en cantidad, a lo largo de su historia. Ni siquiera las políticas sociales y económicas más avanzadas y la extensión del Estado de Bienestar en España en los últimos 30 años, han podido reducir sustancialmente la desigualdad ni entre España y Andalucía, ni en el interior de Andalucía, como pone de relieve el que a primeros de los noventa del siglo XX el 10% de la

una ampliación de las conclusiones aquí expuestas, o mejor aún se puede leer el informe completo y extraer sus propias conclusiones. Finalmente se expresan las recomendaciones del Informe, que se han redactado con vocación de precisión- ¿Quién debe hacer qué? –y de acción, ya que son propuestas concretas y abordables.

Para algunas personas las desigualdades sociales en salud serían únicamente “simples” deficiencias de aplicación de las medidas de los servicios sanitarios en los diferentes grupos sociales. Sin embargo, siendo esto en parte cierto porque nuestro sistema sanitario tiene deficiencias de equidad, el estudio de las desigualdades puede, y debe, plantearse desde su propio y más “científico” significado, en el sentido de que su análisis tiene como núcleo central de razonamiento la búsqueda de las raíces sociales de la salud y de los problemas que genera su pérdida. En este análisis tendríamos que debatir el papel fundamental de las estructuras sociales y de las situaciones sociales específicas en la génesis de los problemas de salud y, por tanto, en las desigualdades sociales, frente al protagonismo secundario de las desigualdades frente a los servicios sanitarios.

población más rica acumulara el 25,26% de los ingresos y el 10% más pobre sólo el 2,54%. Si bien es verdad que la polarización social ya no presenta los tintes dramáticos de otras épocas no deja de ser significativo que incluso todavía en 2005, el porcentaje de hogares situados por debajo del umbral de pobreza en Andalucía eran uno de cada tres frente a uno de cada cinco en el conjunto nacional.

Consecuentemente con estos datos de desigualdad económica, la desigualdad en la esperanza de vida al nacer entre la media de España y Andalucía es en la actualidad de más de un año y tres meses, con una ligera desventaja para las mujeres andaluzas y llega a ser de dos años y medio si comparamos Andalucía con las CCAA más adelantadas y más ricas de España como Navarra. En los últimos 30 años, esta desigualdad no sólo se ha mantenido sino que incluso ha aumentado. Andalucía lleva un retraso de seis años en el proceso de mejora de la esperanza de vida con respecto a la media española, de seguir la actual tendencia Andalucía no alcanzará la esperanza de vida que se disfruta ya en España hasta el año 2014, y no alcanzará la que se disfruta en estos momentos en Navarra hasta el 2020.

Las desigualdades respecto a España no se circunscriben a la longevidad, se extienden a la calidad de vida con la que vivimos, medida mediante la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad. Los indicadores de la calidad de vida apuntan a que los andaluces, tanto en los hombres como las mujeres, viven en peor estado de salud y con más discapacidades que la media del Estado español. Son especialmente preocupantes las tasas de prevalencia de discapacidades en la población andaluza a partir de los 65 años, en particular en las mujeres, tanto por sus valores elevados como por afectar a un sector de población cada vez más numeroso.

Desigualdades en mortalidad en Andalucía.

La distribución geográfica de la mortalidad por municipios en Andalucía presenta un patrón este-oeste. En la parte occidental, con niveles de mortalidad más elevados, es una zona de claro predominio urbano y mayor desarrollo industrial, frente a la parte oriental, donde predominan los municipios rurales.

Las capitales de provincia de Andalucía, se incluyen dentro de los municipios españoles con mayor mortalidad. En líneas generales, las capitales de provincia presentaron más mortalidad que la provincia a la que pertenecen e incluso que el conjunto de la Comunidad Autónoma, especialmente en hombres. Estas diferencias son aún más patentes en la mortalidad prematura.

Los mapas de desigualdades socioeconómicas y mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía muestran algunas secciones censales socialmente desfavorecidas que también presentan unas tasas de mortalidad elevadas. Granada, Almería y Córdoba son las ciudades donde la mortalidad atribuible a desigualdad fue mayor, mientras que el resto de capitales andaluzas presentaron diferencias menores.

Género, clase social y salud.

La integración de la perspectiva de género en la acción sanitaria está en pleno desarrollo, y se basa en la evidencia acumulada sobre la existencia de desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Estas desigualdades provienen del diferente reparto de roles sociales y de las relaciones de poder entre ambos, que suponen, en relación con la salud, riesgos y vulnerabilidades, estilos de vida y prácticas preventivas distintos para unos y otras.

Las mujeres son las más perjudicadas por estas desigualdades en salud por razón de género, que además se entrecruzan y potencian con la clase social, con su peor situación económica y social. Más de la mitad de las mujeres andaluzas se identifican como amas de casa y en general, en relación con los hombres, tienen peores posiciones en nivel de estudios, trabajo remunerado y ocupación.

Las mujeres tienen peor salud percibida y calidad de vida, utilizan de manera diferente los servicios sanitarios, y se encargan preferentemente de los trabajos domésticos y de los cuidados a personas dependientes. Además, viven solas y perciben un apoyo social deficiente con mayor frecuencia que los hombres.

Las mujeres expresan peor salud percibida que los varones y estas diferencias aumentan con la edad, alcanzando un máximo en el grupo de 45 a 54 años. Aunque la peor percepción la muestran personas de clases sociales menos privilegiadas, incluso las mujeres de clases privilegiadas tienen peor salud que los hombres de clases manuales. Las desigualdades en salud percibida por clase social y género han aumentado del año 1987 al 2003.

El consumo de tabaco presenta patrones diferentes entre hombres y mujeres. Desde 1987 son los hombres de niveles educativos más bajos los que presentan un mayor consumo. En las mujeres, en cambio, si bien en 1987 eran las de mayor nivel educativo las que presentan frecuencias más altas, en el año 2003 éstas se dan en los otros niveles. En el consumo de alcohol las desigualdades entre los diferentes grupos han aumentado desde 1987. En el año 2003 las frecuencias más altas se observan en los hombres y las mujeres con menor nivel de estudios. En las mujeres el consumo de tabaco aumenta de manera significativa entre las que tienen un menor nivel de estudios.

La obesidad y las desigualdades en obesidad aumentaron desde 1987 hasta 2003 para hombres y mujeres. Las personas con niveles educativos más bajos presentan frecuencias más altas. El sedentarismo se ha reducido, pero han aumentado las desigualdades. Además de la posición social individual, las

características socioeconómicas del área de residencia inciden en los estilos de vida y en la calidad medioambiental. La prevalencia más alta de sedentarismo se encuentra entre quienes consideran que no hay zonas verdes en el barrio, siendo más sedentarios los hombres y las mujeres sin estudios que viven en barrios sin zonas verdes.

Hay un mayor número de hombres con salud deficiente entre los que están en situación de desempleo (18,8%), seguido de aquellos que trabajan sin contrato (14,6%). En las mujeres, en cambio, la peor salud se da entre las que trabajan por cuenta propia o no son asalariadas (21,9%), seguido de las que trabajan sin contrato de trabajo (18,6%). El trabajar sin contrato está ampliamente asociado a unas malas condiciones del propio puesto, inseguridad por la pérdida real del trabajo y a puestos de baja cualificación. En las mujeres de nuestro estudio este tipo de relación se da principalmente en el servicio doméstico.

Las condiciones materiales y organizativas del trabajo están en la base del gradiente de desigualdad en salud, pues el trabajador de la economía informal o contrato temporal ocupa los puestos de trabajo con mayores exposiciones a productos tóxicos, cargas pesadas, movimientos repetitivos, maquinaria obsoleta, menor control y autonomía, y mayor exigencia psicológica. En la actualidad, uno de los grupos más vulnerable a esta situación lo constituyen los trabajadores inmigrantes.

Utilización de servicios sanitarios.

El modelo sanitario propio de Andalucía se inicia en el año 1982 con la intención de poner en marcha un nuevo sistema que redujera los desequilibrios territoriales y sociales que los servicios sanitarios anteriores generaron; había implícita una opción ideológica por la

igualdad y la equidad. La Atención Primaria de Salud, fruto de la Conferencia Internacional que se había celebrado (1978) en Alma-Ata, fue el eje de la Reforma en Andalucía. La conferencia de Alma-Ata puso de manifiesto la importancia que en esta nueva forma de abordar los problemas de salud tiene la acción intersectorial y la participación comunitaria, elementos que eran desconocidos y siguen siéndolo en los modelos sanitarios de orientación biomédica como el andaluz.

Aunque en el III Plan Andaluz de Salud aparecen principios, valores y objetivos en relación con las desigualdades en salud, son prácticamente inexistentes las propuestas de intervención encaminadas hacia su control. Estamos tan lejos de conocer la efectividad del sistema sanitario en relación a la superación de desigualdades que ni siquiera sus actuales sistemas de información recogen variables sociales que permitieran realizar estos estudios.

Un sistema sanitario público es una conquista de la ciudadanía. Su misión es contribuir a mejorar la salud de la población dando alternativas a los problemas de salud y equilibrando las necesidades. La base de la igualdad en la atención sanitaria consiste, por lo tanto, en aportar los cuidados que las personas precisan, mediante una atención equitativa y efectiva. Sin embargo, los sistemas sanitarios públicos pueden estar sujetos a desigualdades, tanto en el acceso como en la utilización de algunas de sus prestaciones.

Las personas en ambos sexos con más edad, menos estudios, clase manual y que no trabajan fuera del hogar hacen más visitas de medicina general. Entre las mujeres sólo ocurre cuando viven solas y son responsables de los cuidados. Comparando mujeres y hombres, ellas consultan más en todas las categorías de

las variables estudiadas, excepto las universitarias y las estudiantes.

Coexisten en el tiempo patrones de uso de los servicios sanitarios que son compatibles con las desigualdades sociales y patrones compatibles con la corrección de estas desigualdades por la universalidad del sistema sanitario. Entre los primeros cabe destacar el mejor acceso a los servicios bucodentales de las personas con mayor nivel socioeconómico y el mayor uso de la consulta ginecológica para revisiones periódicas y pruebas de detección precoz del cáncer en las mujeres con nivel educativo más alto y menor dificultad económica.

Sin embargo, hay que subrayar que no se han encontrado patrones de desigualdad en el uso de la mayor parte de los servicios analizados como hospitalización, urgencias, la mayoría de los medicamentos, algunas medidas preventivas y que algunos servicios son más usados por las personas de menor nivel educativo (como la consulta médica). En algunos casos, como el uso de medicamentos para factores de riesgo cardiovascular (tensión arterial, colesterol y diabetes), tras ajustar por posibles factores de confusión, se encontró un patrón de mayor consumo a menor nivel educativo. Esto podría ser coherente con la mayor frecuencia de visita al médico general en las clases más desfavorecidas.

Los únicos medicamentos donde hubo un patrón compatible con desigualdad fueron los indicados para la alergia y las medicinas para el catarro y la gripe.

Conclusión final.

En la medida que se sigan manteniendo graves desigualdades en las condiciones de vida entre Andalucía y España y dentro de Andalucía, se seguirán manteniendo importantes y crecientes desigualdades sociales en la salud. Llegar a evitarlas pasa por reconocer, y actuar en consonancia respecto del enorme peso que los factores políticos, económicos y sociales tienen en la salud de las personas.

En este estudio, los servicios sanitarios andaluces demuestran estar funcionando como un aceptable tampón del efecto en salud de las desigualdades sociales. Las desigualdades en salud que hemos encontrado serían sin duda mucho mayores si no nos hubiéramos dotado de un sistema público de salud, universal, y con un funcionamiento tendente a la equidad.

El camino que se bosqueja a partir del INDESAN supone por un lado conocer mejor las desigualdades en salud para poder desarrollar políticas más eficientes de equidad en el sistema sanitario. Por otro lado es necesario visibilizar públicamente el enorme beneficio en salud que supondría la reducción de las desigualdades y desarrollar liderazgo político para avanzar en esa línea. Existen herramientas formales para desarrollar estos procesos, que se desarrollan más en las recomendaciones pero que pretenden llevar la salud a todas las políticas públicas, evaluar el impacto en salud de todas las políticas públicas y privadas, y dejar de considerar la salud como un gasto para empezar a verla como una verdadera inversión.

La OMS distingue una jerarquía de influencias entre los determinantes sociales de la salud. Plantea primero los determinantes estructurales, que se desarrollan como producto histórico de los

contextos sociopolíticos y económicos, por medio de cinco grandes fuerzas:

- la gobernación,
- las políticas macroeconómicas,
- las políticas sociales (trabajo, vivienda y territorio).
- el resto de las políticas públicas, especialmente educación, salud y protección social.
- los valores sociales y culturales.

Como puede verse en la figura (Anexo 1) en su gran mayoría, el contexto social y político de los determinantes de la salud se hallan bajo el área de influencia de la Junta de Andalucía. Estas fuerzas modelan en las sociedades estructuras de poder que estratifican de manera jerárquica a las personas. Los sistemas de estratificación social que más afectan a la salud en Andalucía son la clase social, el género y la etnia, que condicionan a través de la educación, la ocupación y el salario el acceso a recursos materiales, conductuales y psicosociales que a su vez determinan la salud de los individuos.

El Estatuto recién aprobado, con los avances que proyecta en materia de derechos sociales y que podrían considerarse como una expresión paradigmática de voluntad política de avance hacia el bienestar colectivo, sería no más que papel mojado si al mismo tiempo avanza la lógica que tiende a la privatización de la financiación de los servicios públicos (y, por tanto, a no garantizar su disfrute efectivo como derechos sociales). Son dos lógicas a la larga incompatibles y de la resultante va a depender en suma la mayor o menor desigualdad que en el futuro se padezca en Andalucía.