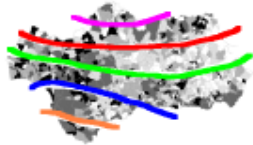




## Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía



Cádiz, 24 de Mayo de 2008

Los asistentes a la **VIII Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud**, organizadas por la **ADSP Andalucía**, con los Temas a Debate “*Desigualdades y Salud en Andalucía, Determinantes de las Desigualdades y la Pobreza en Andalucía*”, quieren manifestar las siguientes **conclusiones**.

**Carlos Alvarez-Dardet** presentó el resumen del Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (INDESAN). Aunque dicho informe se puede localizar íntegramente en la web [adsp.andalucia.googlepages.com](http://adsp.andalucia.googlepages.com), queremos destacar algunas frases de su Ponencia.

El objetivo del INDESAN es impactar en las políticas públicas. Las desigualdades son variaciones *injustas y evitables* de la salud, derivadas de la desigual distribución de poder por clase social. Los determinantes estructurales de las desigualdades en Salud son entre otros el género, el trabajo y la etnia. Los índices de mortalidad en España son mayores en el Sur, en Andalucía y más intensos en Sevilla, Huelva y Cádiz. Hay una gran correlación con la renta per cápita. En resumen: “*ser más pobre equivale a tener menos salud*”.

Existe un crecimiento de la brecha en longevidad desde finales de los 60 de España con respecto a Andalucía. La esperanza de vida libre de discapacidad también es menor en Andalucía que en el resto de España. Estos hechos se constatan también si comparamos barrios de una misma ciudad. La desigualdad es causa de alrededor de 8000 muertes en Andalucía y 30000 en España. La desigualdad es una causa de muerte muy relevante, tanto como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares.

La percepción del estado de salud está en relación con los equipamientos de los barrios; existen estudios que son concluyentes en este sentido: más zonas verdes se correlaciona con peores percepciones del estado de salud. Existe un claro factor diferencial por género.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) para la mayoría de las variables estudiadas no parece ser un factor que favorezca la desigualdad en salud. Es decir, el SAS es en parte un tampón de las desigualdades en Andalucía.

En cuanto a las Recomendaciones del INDESAN, destacó que debemos lograr un *compromiso político para luchar contra las desigualdades*. Debe existir una Comisión permanente en el Parlamento de Andalucía que informe al respecto cada 2 años. La Consejería de Salud debe ejercer un liderazgo en estos temas en el resto de las Consejerías. Ante la presencia en la jornada de Ignacio García, parlamentario andaluz de Izquierda Unida, nos comprometemos a intentar por un lado que en el seno de la Comisión Parlamentaria de Salud se pueda debatir el INDESAN incluso con la presencia de la ADSP-A y por otro intentar una proposición no de ley que contemple estos aspectos de Desigualdades y Salud.

**Antonio Escolar** comenta que el 80% de las muertes por diabetes mellitus (DM) ocurren en países de ingresos bajos o medios, es decir, empobrecidos. Los costes de la Insulina de un día es el sueldo de un mes en estos países. Observaciones epidemiológicas demuestran las relaciones entre variables socioeconómicas con la frecuencia y el control de la enfermedad diabética. Existe un mayor impacto entre los grupos social y económicamente más desfavorecidos. En el mundo se da la paradoja de que millones de personas padezcan hambre y desnutrición mientras aumenta en otros países la obesidad y el sobrepeso con cifras cercanas a los 250 millones de afectados.

El modelo explicativo dominante en la actualidad señala a la obesidad y el sedentarismo como importantes “causas proximales” de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Estas “causas”, también catalogadas como factores de riesgo en el discurso explicativo asumido por la mayoría de la comunidad científica, serían una consecuencia de los estilos de vida de las personas. En Andalucía utilizando los datos de la Encuesta de Salud en adultos del 2003, también se identifican como factores de riesgo para la DM2. El riesgo de padecer DM2 es 2,51 y 2,12 veces mayor respectivamente en mujeres y hombres obes@s que en las personas de peso normal, independientemente de la edad y el ejercicio físico.

Frente a este modelo explicativo dominante Antonio Escolar propone un modelo alternativo (“búsqueda de las causas distales”) que comienza por evaluar la relación de los factores de riesgo clásicos con variables socioeconómicas, como el nivel de estudios o la dificultad de llegar a fin de mes. Así la dificultad de llegar a fin de mes, fundamentalmente en la mujeres, se asocia de forma muy intensa con el riesgo de tener obesidad. A medida que crece esta dificultad crece el riesgo de ser obesa, siendo 3,03 mayor en las mujeres que tienen muchas dificultades respecto a las mujeres que por el contrario llegan con mucha facilidad a fin de mes, independientemente de la edad y del ejercicio físico realizado. En un segundo paso si evaluamos la relación entre dificultad de llegar a fin de mes y riesgo de presentar DM2 en las mujeres nos encontramos que el riesgo aumenta a medida que aumenta esta dificultad, siendo 2,56 veces más alto que en las mujeres que llegan con mucha facilidad a fin de mes, independientemente de la edad, del ejercicio físico y de su Índice de Masa Corporal. La mayor o menor dificultad de llegar a fin de mes nos habla de la situación socioeconómica de las personas, mucho mejor percibida por las mujeres, situación que condiciona tanto aspectos de índole material (p.e.: acceso a alimentos) como psicológicos (angustia). ¿Cuál sería pues el “factor de riesgo” sobre el que concentrar las estrategias de intervención sobre la DM2?, ¿la obesidad o la dificultad de llegar a fin de mes?. Esta claro que por ahora esta ganando la estrategia de intervención de base individual con la obesidad ocupando

el centro de la diana. Lo que se oculta tras ella sigue convenientemente desaparecido. ¿Es científicamente correcta esta decisión?. Nosotros creemos que no. Ocultar o ignorar los determinantes sociales y de género, entre otros, nos empobrece científicamente y nos hace responsables ante la sociedad.

**Enrique Regidor** comenzó diciendo que España es el país con menos desigualdades en Salud de Europa (menos diferencias socioeconómicas en Salud). Comentó la justificación de la consideración de la igualdad en salud en el establecimiento de prioridades políticas. Las desigualdades en salud está en contra de una serie de valores de justicia y equidad. Sin embargo, las teorías morales de justicia y equidad no son definitivas y además no son fáciles de analizar. De cualquier forma termina matizando que a pesar de estas dudas o limitaciones de método en los estudios sobre desigualdades, la mejoría socioeconómica de las clases bajas mejoran de forma indudable la salud de la población.

La reducción de las desigualdades socioeconómicas en salud mediante la acción política precisa conocer: 1) la magnitud y tendencia de las desigualdades en salud y 2) el mecanismo por el que la posición socioeconómica altera el estado biológico de los individuos. Los estudios al respecto son complicados de analizar porque no miden bien las variables clase social o nivel socio-económico. La explicación de las diferencias no está claro que sea por falta de recursos o por falta de información. La efectividad de las acciones para reducir las desigualdades socioeconómicas en salud es difícil de evaluar.

La aparición de modelos teóricos en torno a lo que se ha denominado *determinantes sociales de la Salud* es una confusión añadida. Su ambición holística conlleva el riesgo de aparición de pruebas empíricas contradictorias que limitan su capacidad explicativa. No da explicaciones a temas de justicia o equidad.

De cualquier forma, Enrique Regidor, hace hincapié en que estas incertidumbres en el conocimiento no es ni deben ser en ningún caso impedimento para la acción. El aumento de nivel socioeconómico o de estudios no siempre significan mejoras en la salud y puede haber mayores desigualdades económicas en salud. En los países nórdicos, con políticas sociales e igualitarias, no tienen menos desigualdades económicas en salud. Sin embargo, destaca como importante que deben existir objetivos concretos para disminuir las desigualdades económicas en salud. Aunque no se consiga alterar los niveles socioeconómicos es fundamental que las políticas traten de reducir las desigualdades.

Las teorías explicativas de las desigualdades tienen muchos déficits. Pero el ponente vuelve a insistir en que esta incertidumbre no exime de la acción. La clave es marcar bien los objetivos y lograr consensos sociales alrededor de esos objetivos.

**Juan Torres** comienza explicando su análisis de cómo ha evolucionado la economía andaluza y su influencia en la salud. Destaca 3 elementos a considerar: 1) las *continuidades históricas*: existen factores sociales, económicos y políticos que se han ido consagrando históricamente y han generado una especie de "rasgos genéticos"; 2) el *entorno actual*: la globalización es el medio ambiente de nuestra época. Lo que pasa en Andalucía está influido con lo que ocurre alrededor; 3) las

políticas que se van desarrollando: es decir, el tipo de intervenciones que se están decidiendo para abordar las desigualdades.

Plantea con dudas si Andalucía puede dejar de estar en la cola de los indicadores socioeconómicos. Desarrolla su exposición analizando los elementos antes comentados.

**Condicionantes históricos:** el reparto de la propiedad, las clases sociales muy diferenciadas y la economía son aspectos muy singulares que definen la situación económica en Andalucía. Desde la edad media la agricultura es la principal fuente de riqueza con una producción que garantiza el excedente. Existen grandes latifundios, propietarios de grandes extensiones de tierras lo que conlleva la aparición de sectores sociales privilegiados. Es el inicio de una polarización social: clases privilegiadas con excedentes fáciles (sobre todo para exportación a América), despreocupación de creación de mercados en territorio nacional y creación de un nuevo régimen caracterizado por la propiedad privada de las tierras, la aparición de una burguesía agraria y consolidación de clases privilegiadas que provenían del viejo régimen. Esta dinámica se consolida a finales del siglo XIX. Con todo ello se consigue que desaparezcan las tierras comunales o municipales.

Andalucía se consolida como un territorio donde las clases privilegiadas con excedentes fáciles no se preocupan de generar otras fuentes de riqueza. No se aborda nunca la necesidad de industrialización del territorio. El territorio andaluz no se vertebró con industrias, con mercados interiores o entrelazamientos entre comarcas y regiones. Sólo había enclaves industriales aislados con interés propio (por ejemplo creación de una red de ferrocarril exclusivamente con el objetivo de transportar las materias extraídas en una mina hasta un puerto para su exportación).

El azúcar, los vinos y el aceite son la base de la riqueza andaluza. Se consolida la agricultura como única fuente de riqueza. Andalucía nunca se industrializó de forma programada; sólo han existido enclaves aislados y no redes. La economía andaluza se especializó en *naturaleza extractiva*: extraer productos de la naturaleza y algo (poco) de transformación de esos productos. No existía ni existe una economía transformadora. Esto es así no sólo por factores estructurales sino por decisión de las clases privilegiadas. Las clases privilegias han sido rentistas (vivir de la renta).

Durante el franquismo la economía andaluza entra en un proceso total de desindustrialización. Se consolida como una economía extractiva con interés exclusivo en la extracción de productos primarios. En el periodo desde 1960 a 1997 Andalucía ha pasado desde producir el 17% de la agricultura de España hasta el 30%. En España decrece la agricultura y en Andalucía aumenta.

**Contexto: Globalización:** la economía mundial ha sufrido una transformación grande y de tecnificación y se han desarrollado de forma progresiva políticas económicas y de empresas con gran coste social. La base filosófica de esa economía globalizada es generar individualismo y la característica fundamental es la flexibilidad laboral como argumento para la rentabilidad económica de las empresas.

La economía mundial está globalizada en aspectos financieros pero es muy asimétrica en otros aspectos. La globalización es un fenómeno que condiciona asimetría y no genera equilibrio. Es una globalización no globalizada. En la época de la tecnología, el 75% de la población mundial no ha realizado nunca una llamada telefónica. Es una economía de centros y de periferías. Es muy difícil intervenir en los centros de decisión.

**Políticas desarrolladas:** la estrategia en Andalucía ha sido muy clara y concluyente; inserción en la Globalización. Es la denominada “modernización “ que no es más que la incorporación al mundo tecnológico producto de la globalización antes mencionada. No es una inserción en igualdad de condiciones. Hay diferentes vías de inserción pero siempre existe dependencia.

La inserción global es compleja. En ese marco global es complicado insertarse si se parte de situaciones socioeconómicas tan diversas. En un marco global en el que un territorio parte de una economía sin valor añadido condiciona una serie de consecuencias de costa sociolaboral: bajan los salarios, se impone la precariedad laboral, etc. Se ofrece a los mercados factores que no computan en dinero (no tienen valor económico). El ponente enfatiza que confundir valor con precio es una actitud necia. Los artículos andaluces tienen poco valor monetario.

Consecuencias nefastas socio-laborales-económicas: 1) competir en precios no es posible (si bajan los precios se genera desempleo; no se puede competir con otros países con condiciones laborales muy malas y que ofertan menores precios); 2) desarticulación poblacional (despoblaciones y empobrecimiento); 3) hiperexplotación de suelos naturales; 4) deterioro ambiental; y 5) especialización en el valor añadido del cemento (construcción no controlada como única fuente de riqueza que trate de paliar los efectos antes mencionados).

¿Cómo darle la vuelta a esta situación? Existen más interrogantes que respuestas. Generar recursos endógenos con mayores repercusiones en el bienestar social. Un cambio en estas tendencias no es posible manteniendo políticas económicamente conservadoras.

Ha existido en los últimos años una gran transformación social en Andalucía. Se ha aprovechado la redistribución de las riquezas por parte de ayudas de la Unión Europea. Cuando se acaben esas ayudas ¿qué pasará?. La realidad es que se ha generado mucha pobreza: una de cada tres personas son pobres aunque desde luego no lo son como en el siglo XIX.

**Luisa Cortés** en nombre de la Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía (APDH-A) comienza afirmando que el deber de todos es conseguir una Andalucía sin exclusión social. La pobreza es una realidad oculta para la población general. El 31.1% de la población andaluza vive por debajo del umbral de la pobreza, que se define como que tiene una renta media de ingresos disponibles de menos que el 50% de la media. Otro dato que constata los niveles de la pobreza en Andalucía es que de los 20 municipios españoles de más de 50.000 habitantes más empobrecidos, 14 son andaluces. En la Comunidad Autónoma Andaluza existen entre 300 y 400.000 personas en situación de exclusión social (definidas como que tienen una renta media de ingresos disponibles de menos del 25% de la media).

La APDH-A considera un deber moral y una cuestión de justicia y de derechos humanos acabar con la exclusión social. La exclusión social es un problema multifactorial, no sólo es una carencia económica sino merma en las posibilidades sociales y además con menos niveles de Salud. Hace hincapié en que en la población inmigrante se aglutinan factores de exclusión social. La población inmigrante más excluida son los menores, las mujeres, los jóvenes, los reclusos y los sin papeles. Destaca los niveles importantes de exclusión social que existe en las cárceles. ¿Quién está en las cárceles? El 70-80% de la población reclusa tiene problemas de drogodependencias. También son jóvenes (el 74% de los reclusos tienen menos de 40 años), tienen escasa cualificación profesional, pertenecen a barridas marginales, es decir, son productos de la marginación social. En las mujeres se incrementan los determinantes de discriminación.

Termina su participación realizando preguntas: ¿son posibles las penas alternativas a la cárcel? ¿son posibles los acogimientos de los presos?. La respuesta son claramente afirmativas. La Administración pública se desentiende. Culmina reclamando enérgicamente que se apruebe de una vez por todas la Ley de Inclusión Social que lleva años en el limbo de la justicia.

**Manoli Bautista**, responsable de la Casa de Acogida ANYDE del Puerto Santa María desarrolla en una emocionante participación la historia que caracteriza a la mayoría de las ONGs que trabajan con la exclusión social: dificultades económicas, no reconocimiento de las Administraciones Públicas, soledad, aislamiento e improvisaciones permanentes para lograr la supervivencia. Destaca las dificultades económicas permanentes que tienen para mantener abierta la casa de acogida. No hay estabilidad ni conciertos estables que aseguren la continuidad de estos proyectos. Las relaciones con la Administración pública no son fluídas ni organizadas ni siquiera afectivas. No son exactamente incentivadoras. A pesar de ello transmite un emocionante testimonio de compromiso con el proyecto y reconoce dificultades pero no desánimo. Su participación termina con un aplauso de los presentes que pone en evidencia que su mensaje había calado profundo. Agradecemos de forma sincera su testimonio y su colaboración con la jornada.

**Eduardo Lojo** es el encargado de culminar la jornada; desarrolla un testimonio sincero, sin tapujos y no eludiendo las dificultades de sus antecedentes de drogodependencias, la marginación social absoluta que padeció, el intento reiterado de desintoxicarse de ese consumo y como fue su acogimiento en la Casa ANYDE lo que consigue su recuperación física, mental y social. En estos momentos es una persona deshabitada, que tiene trabajo y que colabora con la casa de acogida como monitor-voluntario. Su participación fue un ejemplo de superación y compromiso social que terminó emocionando a todos los presentes lo que se comprobó en los aplausos finales y en la sensación de satisfacción generalizada que eran evidentes en la clausura de la jornada. Gracias Eduardo por tu ejemplo y por haber colaborado con la organización para transmitir que la lucha contra la marginación es dura pero posible.

Cádiz a 24 de Mayo de 2008, Antonio Vergara de Campos  
Relatoría de la **VIII Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud**