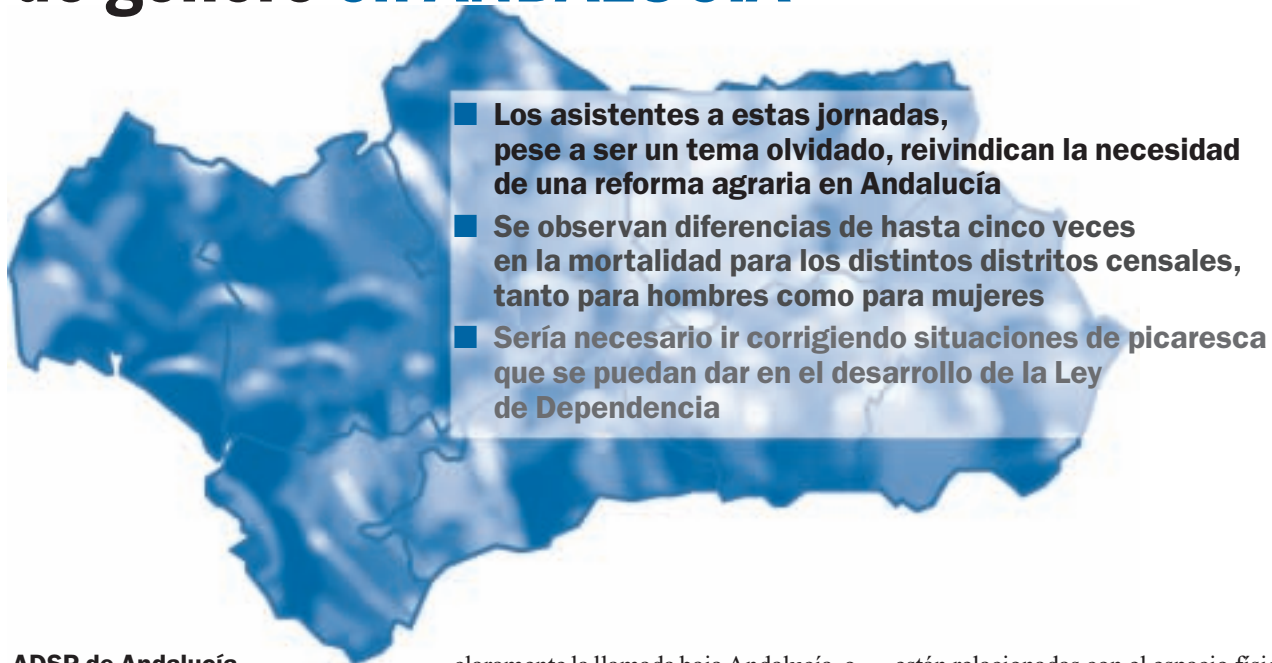


La salud y la desigualdad social y de género en ANDALUCÍA



- Los asistentes a estas jornadas, pese a ser un tema olvidado, reivindican la necesidad de una reforma agraria en Andalucía
- Se observan diferencias de hasta cinco veces en la mortalidad para los distintos distritos censales, tanto para hombres como para mujeres
- Sería necesario ir corrigiendo situaciones de picaresca que se puedan dar en el desarrollo de la Ley de Dependencia

ADSP de Andalucía

Los asistentes a las *VII Jornadas sobre desigualdades sociales y salud*, organizadas en Cádiz el 5 de mayo de 2007 por la ADSP Andalucía, con el título «La salud y la desigualdad social y de género en Andalucía», exponen las siguientes conclusiones.

En primer lugar, y tal como nos contó **Mauricio Matus**, los indicadores socio-económicos, culturales y sociales de Andalucía muestran una profunda desigualdad con la media española y con los indicadores de Cataluña, una comunidad con la que compararnos por su parecida población y por estar en el polo opuesto de desarrollo. Así, por ejemplo, entre los muchos indicadores posibles se relacionan los siguientes:

| | ANDALUCÍA | ESPAÑA | CATALUÑA |
|--|-----------|--------|----------|
| ■ Porcentaje de población por debajo del umbral de pobreza | 28% | 20% | 13% |
| ■ Tasa de paro | 12% | 8% | 7% |
| ■ Porcentaje de población que vive en municipios con renta inferior a 10.200 € | 93% | | 0% |

En segundo lugar, que estas desigualdades de Andalucía con otras comunidades se acompañan de desigualdades territoriales en el interior de nuestra propia comunidad, pudiendo diferenciarse

claramente la llamada baja Andalucía, o Andalucía occidental, de la llamada alta Andalucía, o Andalucía oriental, teniendo la primera mejores indicadores macro-económicos que la segunda, aunque una peor redistribución interna entre las clases.

Asimismo se han identificado dos grandes factores desencadenantes de desigualdades sociales en Andalucía, como la **persistencia del latifundio** (el tamaño medio de las explotaciones agrarias en Andalucía es cuatro veces el tamaño medio nacional; en 2005 el 54% de la tierra es detentada por sólo el 4% de los propietarios; un injusto sistema de subvenciones retroalimenta esta desigualdad) y la **pervivencia de estructuras feudales y precapitalistas**. Las desigualdades sociales se han mantenido en

Andalucía desde la Reconquista hasta nuestros días, con tres características fundamentales: se mantienen constantes en el tiempo, se dan tanto en períodos de esplendor económico como de crisis y

están relacionadas con el espacio físico. Los asistentes a estas jornadas reclaman:

- Que la declaración explícita del nuevo estatuto de autonomía para Andalucía y el espíritu que lo informa respecto a la lucha contra las desigualdades se traduzcan en una estructura de financiación y gasto correctos, en medidas realmente efectivas.
- Que se haga visible la desigualdad en las estadísticas oficiales, porque, como se ha dicho en estas jornadas, los cuadros estadísticos no son neutrales.

Ricardo Ocaña nos mostró un estudio de abordaje poblacional y diseño ecológico que analizaba la relación de la «deprivación» y la mortalidad en áreas pequeñas de las capitales de provincia de Andalucía. La deprivación se definió como la falta de bienes o servicios respecto a otra zona y se concretó en analfabetismo, desempleo y en el porcentaje de trabajadores manuales. El estudio abarcó el periodo 1992-2002. Los resultados de este estudio arrojan diferencias de hasta cinco veces en la mortalidad para los distintos distritos censales tanto para hombres como para mujeres, aunque de mayor magnitud en los primeros.

María del Mar García Calvente partió del concepto de desigualdad de género definiéndolo como las diferencias evi-

tables, injustas, que convierten las diferencias sexuales en discriminaciones, especialmente en referencia a la división sexual del trabajo, y el acceso diferenciado a los recursos.

Presentó un trabajo cuyo objetivo era analizar las desigualdades de género en la población adulta mayor de 15 años a través de las diversas encuestas de salud de Andalucía, especialmente la elaborada en el año 2003 y que utilizó como variables principales la salud percibida, la peor salud mental y la mayor frecuentación para visitas médicas, ajustándose por diversas variables como sexo, clase social, situación laboral y otras. Se analizan multitud de resultados, entre los que se pueden destacar los siguientes:

- Sólo el 22% de las mujeres (frente al 52,9% de los hombres) declaran tener un trabajo remunerado, mientras que el 62% de las mujeres declaran que realizan las tareas domésticas.
- Globalmente, las mujeres andaluzas declaran peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuentación para visitas médicas que los hombres.
- Entre las mujeres y hombres que declaran realizar tareas domésticas, el reparto de las variables es claramente desigual, el 29% de mujeres declaran a la salud percibida frente a un 19% de los hombres, un 29% de las mujeres declaran peor salud mental frente un 13% de los hombres y un 27% de las mujeres habían visitado en las semanas previas al médico general frente un 12% de los hombres.
- La distribución desigual entre mujeres y hombres de la mala salud percibida aumenta con la edad.
- Las diferencias entre hombres y mujeres para la mayoría de las variables se correlacionan con la clase social siendo mayores a las clases más bajas.
- El riesgo para tener peores indicadores en cualquiera de las variables por ser mujer ajustando por el resto de variables puede ser el doble o el triple para mujeres que para hombres.

El análisis realizado pone en evidencia cómo tres grandes ejes de desigualdad social (edad, clase, educación) interactúan con el género para conformar un complejo entramado a través del cual la desigual distribución del poder, en sus distintas dimensiones, se refleja en la salud de mujeres y hombres. También el impacto de los roles de género se atravie-

sa importantemente por el trabajo doméstico y el cuidado.

Soledad Márquez partió de la premisa inicial de que los cambios en el sistema tendrán una capacidad limitada para reducir las desigualdades. Posteriormente realizó una reflexión de las posibles fuentes de origen de desigualdades en el sistema sanitario:

- Prestaciones que no están cubiertas por el sistema y que por tanto sólo serán accesibles a aquellos ciudadanos con la capacidad de pago para afrontarlas.
 - Prestaciones sí incluidas en el sistema pero para las que existen desigualdades por motivos de acceso u otros.
- Presentó un estudio basado en la encuesta de salud de Andalucía de población adulta del año 2003 con una muestra de 6.708 personas, destacando:
- La doble cobertura se sitúa en torno al 4% y está relacionada claramente con el nivel educativo alto y la ausencia de dificultades económicas al final de mes.
 - La utilización de la consulta de medicina general se relaciona con el menor nivel educativo pero no con el nivel económico, la consulta del especialista se relaciona con la doble cobertura y con el bajo nivel de estudios. Sin embargo, ninguna de las variables socioeconómicas se asoció al uso de urgencias u hospitalización.

| | PRIVADA | CONCERTADA | PÚBLICA |
|-------------------------------------|---------|------------|---------|
| ■ Disponibilidad de médico propio | 25% | 46% | 48% |
| ■ Disponibilidad de cama articulada | 35% | 50% | 67% |
| ■ Disponibilidad de centro de día | 22% | 21% | 48% |

- El 23% de los encuestados habían consumido medicamentos en las dos semanas previas, siendo siete de estos medicamentos que no se asociaron a ninguna de las variables socioeconómicas, cinco que se asociaron con niveles educativos y económicos bajos, y dos que se asociaron con niveles educativos y económicos altos.
- Los servicios buco-dentales y el haber ido al ginecólogo por motivos preventivos son dos ejemplos de prestaciones que se asocian claramente con el nivel de estudios universitarios.

Por la tarde se analizó el candente tema de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Perso-

nas en Situación de Dependencia, analizada desde el punto de vista del experto y de los afectados. **Manuel Martín** dijo que la ley va a tener una gran trascendencia y que hay que saludarla positivamente en su conjunto. Algunas características de esta ley son las siguientes:

- Mejora la cohesión y la justicia social.
- Permite un desarrollo más completo del Estado del bienestar al que le faltaba este aspecto por completar.
- Aparece a contracorriente de las tendencias neoliberales internacionales de adelgazar el Estado del bienestar.

La dependencia es un problema social importantísimo en España. Se estima que el 5,4% de la población pueda ser dependiente, lo que supondría en torno a dos millones y medio de personas, aunque hay discrepancia de esta cifra entre las fuentes.

Esto ocurre junto al hecho, por ejemplo, de que España tiene un 25% menos de gasto social respecto a la Unión Europea de los 15 (un 40% menos si se valora en unidades paritarias de compra). Donde también, por ejemplo, las camas de crónicos por habitante son 10 veces inferiores a la media de la Unión Europea, estando España en el último lugar de posición del conjunto de los 25 países, y existiendo igualmente un desigual reparto interno entre las comunidades autónomas.

Sabemos, además, que la atención privada es de peor calidad y es más cara y que la discapacidad se presenta con profundas desigualdades. La tasa de discapacidad es más elevada en los sectores con menor nivel de estudios y menor cualificación profesional. Asimismo, la situación de la dependencia en España hoy se caracteriza por una ausencia de planificación, la descoordinación de los servicios de salud y los servicios sociales y el rápido envejecimiento de la población que va a incrementar la demanda en el futuro inmediato.

En el contexto de la ley se analizaron los siguientes aspectos positivos:

- No medicaliza la atención sociosanitaria frente a grupos con intereses en

que esto fuera así para transformar esta atención en un negocio.

- Es un modelo de atención avanzado, racional y equitativo, en especial coordinando las Administraciones de manera descentralizada y fomentando la participación.

- Plantea un sistema de acreditación. Entre los aspectos negativos que se podrían destacar, o al menos los riesgos que habrá que vigilar, figuran:

- Una paradoja entre el planteamiento público y universal que se define en la ley y el desarrollo de un modelo de cuasi mercado con un sistema de provisión mixta público-privado.

- El hecho de que no garantiza la equidad de las prestaciones entre las comunidades autónomas, puesto que el catálogo básico podrá ser ampliado por cada una de ellas.

- El hecho de que no desarrolle la prevención.

- La posibilidad de que se interfiera su desarrollo con conflictos políticos, puesto que cada comunidad autónoma tendrá que desarrollarla con un convenio bilateral con el Estado que podrá ser del mismo o de distinto partido.

- La posible insuficiencia de los fondos de compensación para las comunidades autónomas menos desarrolladas.

- La existencia de copagos en un marco de pensiones muy bajas y que pueda abocar en un sistema clientelar para ricos similar al de la enseñanza concertada.

- Y sobre todo el cuestionable mantenimiento de los familiares en el desempeño de los cuidados así como la consideración de la posibilidad de ejercer éste por el voluntariado. Respecto a la remuneración de los familiares puede ser positiva, pero también puede generar un cuasi mercado por la subcontratación con terceros.

En especial se analizó la injusticia del copago en un entorno de reducción de impuestos y de un posible agravio comparativo con la atención gratuita que se presta en el sistema sanitario a los enfermos agudos. Además se analizó cómo el copago en esta ley no está orientado a ahuyentar la demanda espuria, sino como una mera fuente de financiación.

En la última mesa redonda, **José Chamizo**, Defensor del Pueblo Andaluz, realizó un repaso a las distintas modalidades de demanda de servicios sociales y atención a la discapacidad recibidas en

su oficina: respiro familiar inicialmente para enfermos de Alzheimer y extendido a otras situaciones, unidades de día, ingreso temporal para enfermos mentales, ayuda a domicilio y otros, la rehabilitación, las prótesis, los cuidados paliativos, llamando la atención sobre la ausencia de desarrollo normativo.

Francis Márquez, representante de la Confederación Andaluza de Personas con Discapacidad Física, que engloba a más de 25.000 miembros, reclamó para la nueva ley un mayor acento en la autonomía personal y una clarificación de los numerosos interrogantes que se abren, especialmente con el cumplimiento de los plazos. Reclama la necesidad de considerar el punto de vista de la persona con discapacidad, de sus necesidades laborales, de ocio y de desarrollo personal.

Concha Ruiz, médica de cuidados paliativos del hospital de Puerto Real, los ha definido como los cuidados multidisciplinarios del enfermo y de la familia, de manera integral, con una terapia activa, dando importancia al ambiente y en el seno de la enfermedad terminal.

Por último, **Federico Fernández**, afectado de una paraplejía, nos comentó los esfuerzos por mantener su autonomía; cómo estudió empresariales y trabajó en diversas empresas relacionadas con las fuerzas armadas. Nos relató cómo, a causa de un parto difícil, tuvo una parálisis infantil en uno de sus hombros pese a lo cual realizó deportes durante su infancia y juventud. A los 43 años, comentó, le apareció un dolor, por el que tras un peregrinaje por diversos especialistas fue finalmente diagnosticado de siringomielia, rara enfermedad que se produce en 8,4 casos por cada 100.000 habitantes, siendo intervenido quirúrgicamente y estando ingresado en el Centro de Paraplégicos de Toledo. Desde entonces ha intentado mantener su actividad laboral y personal habiendo enviudado y casado de nuevo.

Nos manifestó cómo fue necesario reaprender la manera de comportarse en la vida, en especial en las relaciones afectivas, y sobre ella las relaciones más íntimas. Reclamó a las instituciones la creación de una figura que centralizase la atención integral de cada discapacitado de forma que permitiera una mejor coordinación en la atención a las diversas necesidades para mejorar la calidad de vida de estos ciudadanos. ■

Instituto C.B. Medical
CBM

30 años de experiencia

La clínica está acreditada en la Comunidad de Madrid con el número de inscripción CS6951

ABORTO LEGAL



- I. V. E.
- Aborto con anestesia local y general
- Vasectomía
- Fimosis
- Frenillo
- Ligadura de Trompas
- Píldora R. U.
- Pruebas de Paternidad
- Otras Cirugías

Instituto C.B. Medical
CBM

Tel. 91 308 30 00

• Abierto también fines de semanas • Videoconferencia a nivel Internacional •

www.clinicacbmmedical.com