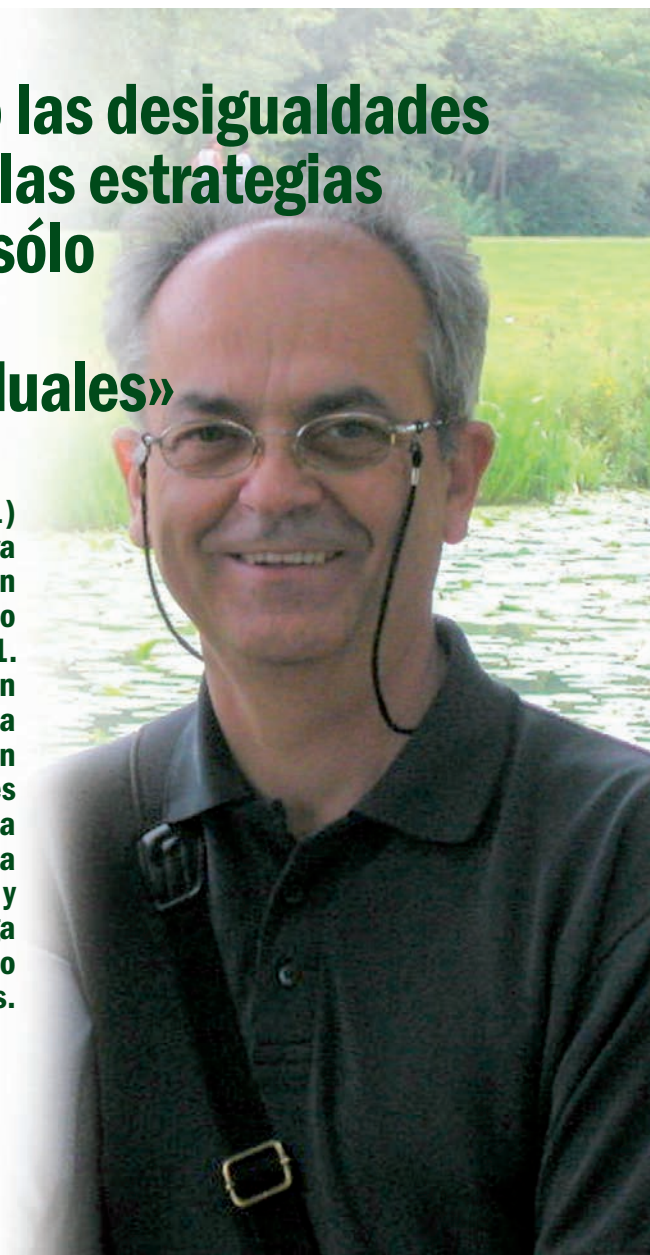


Antonio Escolar Pujolar

«Al traer al primer plano las desigualdades sociales, cuestionamos las estrategias de prevención basadas sólo en la modificación de comportamientos individuales»

Antonio Escolar Pujolar (Manresa, 1951) es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, jefe de Sección de Epidemiología del Hospital Universitario «Puerta del Mar» de Cádiz desde 1981. Participó muy activamente en la puesta en marcha de la primera etapa de la reforma de la Atención Primaria en Andalucía. Ha participado en investigaciones sobre la distribución geográfica de la mortalidad por cáncer y otras causas en España y en la provincia de Cádiz, y en estudios etiológicos sobre cáncer de vejiga urinaria y pleura, sobre lo que ha publicado monografías y artículos científicos.



A partir del nacimiento del nuevo siglo modifica su orientación profesional hacia la epidemiología social, en particular la dirigida a desvelar las desigualdades en salud y sus determinantes y en denunciar los paradigmas explicativos que hacen al individuo responsable casi exclusivo de sus problemas de salud e ignoran la historia y el contexto social en el que viven.

Organizador de las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, que se desarrollan anualmente en Cádiz desde 2001, está participando e impulsando estudios sobre desigualdades sociales y salud en Andalucía y en la provincia de Cádiz, entre los que destacan el «Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía», editado en 2008 por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, y las relaciones entre determinantes sociales y la diabetes mellitus de tipo 2.

Doctor Escolar, en el reciente congreso de SESPAS celebrado en Sevilla nos sorprendió con un análisis que ilustra muy bien el papel de los determinantes sociales en la aparición de ciertas causas de sobremortalidad en el Campo de Gibraltar, ¿lo puede recordar brevemente para nuestros lectores?

El primer sorprendido, por la favorable respuesta recibida, fui yo. Creo que en parte la sorpresa surgió por lo inhabitual del análisis presentado. Hace ya mucho tiempo que en los foros de salud pública, excepto en los apartados dedicados a de-

sigualdades, el medio social casi ha desaparecido de los análisis de los problemas de salud de la población. Básicamente mi aportación consistió en revisar la historia del medio socioeconómico en el que se desarrolló la vida de las personas del Campo de Gibraltar desde el siglo XIX hasta el final de la década de los años 60 del pasado siglo. En esta historia, y especialmente en el ¿cómo? y ¿de qué? vivían sus habitantes, encontré algunas claves importantes de su sobremortalidad por cáncer, muy destacada en los hombres y en las causas ligadas a consumo de tabaco y alcohol, sobremortalidad

que era anterior a la existencia del polígono industrial, sobre el que casi todo el mundo pone el énfasis causal. Puse de manifiesto, creo que por primera vez, la importancia de la colonia de Gibraltar como determinante de salud en el Campo de Gibraltar, por su protagonismo en la definición de las oportunidades económicas que ofrecía a los habitantes del Campo de Gibraltar y las sinergias de la colonia con la estructura de propiedad de la tierra y la militarización del Campo que mantenían una situación de empobrecimiento mayoritario de su población. Los intereses de la industria del tabaco ubicada en Gibraltar constituye en este contexto un elemento explicativo clave de la sobremortalidad por cáncer, al facilitar un acceso abundante y muy barato de tabaco, que además se constituía para muchos habitantes en una mercancía con la que podían completar sus escasos ingresos económicos. En resumen, traté de explicar y entender mejor las causas de un problema de salud en un ámbito geográfico con características muy singulares, a partir del análisis del modo de vida de sus habitantes en el marco de su historia política, social y económica.

Sin embargo, las tendencias dominantes, sociales y profesionales, tienden a culpabilizar a la víctima...

Cierto. Es tan fácil, tan cómodo, culpar a la víctima y tan injusto. En todo ello han tenido mucho que ver las bases filosóficas del modelo económico dominante, el liberalismo, aunque las raíces son incluso anteriores, y que sitúa al individuo como protagonista/responsable exclusivo de sus actos y hace de la libertad personal el motor de sus logros. Esta concepción ha calado profundamente en el pensamiento de las Administraciones sanitarias, desvirtuando el papel de los contextos sociales o ignorando los condicionantes del ejercicio de la libertad personal. Es un planteamiento ideal para evitar o diluir las responsabilidades sociales y económicas de algunos en los problemas de salud.

¿No será porque los médicos se encuentran más cómodos midiendo factores de riesgo y estilos de vida que buscando determinantes sociales?

No sólo es un problema de comodidad, sino también de desconocimiento. El

discurso de los factores de riesgo y los estilos de vida ha sido profusamente difundido y apoyado. En parte tiene que ver con aquello de que «una mentira repetida miles de veces tiene muchas probabilidades de acabar siendo aceptada como una verdad». Las investigaciones sobre el papel de los determinantes sociales son escasas y no suelen llegar a los medios e instituciones que generan conocimiento, mucho menos a la población general. Tener en cuenta a los determinantes sociales nos interroga sobre los modos de vida de las personas, sus condiciones de trabajo por ejemplo, y eso a muchos les parece que no tiene que formar parte del quehacer profesional de un médico ni de las Administraciones sanitarias, a otros simplemente no les interesa porque puede poner en evidencia sus responsabilidades. Me gustaría hacer una reflexión sobre la necesidad de evitar imponer a la población normas de conducta o comportamientos que, juzgados como saludables por los expertos, añaden angustia o un coste económico extra a la vida cotidiana de muchas personas, sobre todo las más desfavorecidas socialmente, que habitualmente no pueden o no quieren asumirlas y evitar ante todo su estigmatización o penalización. Debe ser previo a cualquier recomendación saludable un análisis de las dificultades para llevarlas a cabo y en este análisis es importante tener en cuenta cuáles son las realidades sociales y las necesidades sentidas por los teóricos beneficiarios.

El análisis de los determinantes sociales no es una mirada al pasado, sino que también tiene proyecciones en el futuro, ¿puede poner algún ejemplo?

Lo que está ocurriendo, por ejemplo, desde hace unos años en relación con los nuevos modelos de contratación laboral, que priman la flexibilidad, la movilidad geográfica, y potencian la precariedad en el empleo, y en resumen la incertidumbre en la trayectoria vital está teniendo consecuencias negativas en el ámbito de la accidentabilidad laboral o del estrés, con importantes daños colaterales en la salud mental. La precariedad en el trabajo, que implica periodos más o menos prolongados de paro, tiene entre otros efectos negativos un deterioro de ingresos económicos, condicionando entre

Que sean los jóvenes uno de los grupos más especialmente afectados por la precariedad laboral agrava aún más el impacto futuro sobre su salud

otras las opciones de mantener una alimentación saludable o la disponibilidad de una vivienda digna, y por otro lado aumenta los niveles de estrés, con múltiples consecuencias negativas sobre la salud. La actual crisis de modelo económico provocará un aumento de la población empobrecida y las consecuencias sobre la salud serán inevitables. Que sean los jóvenes uno de los grupos más especialmente afectados por la precariedad laboral agrava aún más el impacto futuro sobre su salud. Podríamos poner otros ejemplos relacionados con los déficits en las políticas sociales en España (fracaso escolar; servicios sociosanitarios insuficientes...).

Algunas de las desigualdades sociales que le preocupan actualmente tienen que ver con un padecimiento muy frecuente, como es la diabetes.

Efectivamente. Específicamente en la diabetes de tipo 2 (DM2), hasta ahora llamada del adulto, se identifican importantes desigualdades sociales y de género. Esta es una enfermedad de mucho interés para la epidemiología social, pues expresa los importantes cambios producidos en los modos de vida de la población producidos sobre todo en los últimos 50 años, como el tremendo aumento de la población que vive en ciudades, el predominio de trabajo en el sector industrial, la mecanización del transporte, la industrialización de la agricultura, entre otros factores, y que han producido cambios muy importantes en la alimentación y la práctica de ejercicio físico. En los últimos 20 años aproximadamente la enfermedad ha experimentado un gran crecimiento, observándose en multitud de estudios un mayor riesgo de presentar esta enfermedad en las personas pertenecientes a colectivos desfavorecidos, en mayor grado si son mujeres.

Es interesante destacar lo ocurrido entre algunas etnias, con las prevalencias por DM2 más altas del mundo, como entre los indios pima en Arizona, o en los

nativos de las islas Nauru, pues fueron pioneros en mostrarnos cuál era uno de los precios a pagar por adaptarse a las condiciones de vida propias de las sociedades capitalistas desarrolladas. La obesidad y el sedentarismo, repetidamente citados como los principales factores de riesgo de la DM2, son entendidos mayoritariamente en los círculos científicos y mediáticos como el resultado de conductas individuales, cuando son fundamentalmente consecuencia de los cambios, entre otros, en el modo de producir y distribuir alimentos, por los intereses de, por ejemplo, las industrias del azúcar o de la carne. Es ahí donde radican las claves del problema, y en algunos países ya comienzan a asumirlo. En Andalucía hemos observado que una variable, muy poco considerada en el ámbito de la epidemiología, pero muy relevante para la vida cotidiana de las personas, como la facilidad o dificultad para llegar a fin de mes, se asocia de forma muy destacada con la frecuencia y el riesgo de presentar obesidad y diabetes mellitus de tipo 2, sobre todo en las mujeres. Así, aquellas con una mayor dificultad para llegar a fin de mes respecto a las que lo hacen con más facilidad, presentan un riesgo casi tres veces más alto de tener DM2, permaneciendo invariable esta asociación aun teniendo en cuenta la edad, la obesidad y el sedentarismo. *Gaceta Sanitaria* ha aceptado recientemente para su publicación este estudio.

¿Las desigualdades sociales también se pueden rastrear en comportamientos como el tabaquismo o en enfermedades como la obesidad?

Sí, aunque yo andaría con cuidado al hablar de comportamientos o conductas que, aunque efectivamente lo son, no se dan en un marco aleatorio, sino ligados a los intereses económicos de poderosas industrias y que pueden ser favorecidos o no según sean los contextos sociales, familiares o culturales en los que viven los individuos. De forma repetida, aunque escasamente investigada en España, se observa cómo la frecuencia de tabaquismo y obesidad aumenta a medida que disminuye la posición socioeconómica de las personas, especialmente en hombres respecto al tabaquismo y en mujeres en relación con la obesidad. Las lentes de la desigualdad permiten ver el problema de tabaquismo y obesidad des-

de una perspectiva que lamentablemente es poco habitual. Al poner en un primer plano la presencia de desigualdades sociales, ponemos en cuestión las actuales estrategias de prevención basadas en la modificación de los comportamientos individuales. Esto debería cambiar sustancialmente.

Volviendo a la obesidad, ¿cree usted que se hacen suficientes esfuerzos desde la Administración sanitaria, y desde los poderes públicos en general, para prevenir la obesidad infantil?

La Administración sanitaria mayoritariamente ha asumido el paradigma explicativo de los estilos de vida no saludables como los principales responsables del problema. Por tanto son las iniciativas que hacen hincapié en los cambios individuales las que predominan. «Gracias» a este planteamiento se ha desarrollado un mercado de ofertas muy abundante para controlar el peso o para realizar ejercicio físico. La estrategia NAOS impulsada por el Ministerio de Sanidad y cuyo lema es «Come sano y muévete» es también un reflejo de este planteamiento. Las raíces del problema de la obesidad en general y de la infantil en particular están en gran parte fuera del actual ámbito competencial del Ministerio de Sanidad o de las Administraciones sanitarias autonómicas. Las políticas agrícolas, muy ligadas a los intereses de las industrias de la alimentación, son mucho más relevantes, pues condicionan qué tipo de alimentos se van a producir, sus precios y su distribución, a su vez están estrechamente relacionadas con los intereses de las grandes superficies. El problema es mucho más complejo que las simplificaciones basadas en los estilos de vida. Comer sano y moverse se distribuye de forma muy desigual en la sociedad, en muchos países plantearlo es un sarcasmo cuando la mayoría de sus habitantes no tienen nada que comer, mientras que en los llamados desarrollados son fundamentalmente las personas de mayor nivel socioeconómico las que se lo pueden permitir. No basta con decir «ahí están las estanterías de las tiendas con fruta y verdura, vayan y compren», o «salgan a andar una media hora al día», y lo que es peor, el corolario de que si no lo hacen es por su culpa, ¡si encima andar es gratis! Prevenir la obesidad im-

plica en primer lugar un análisis más completo de los determinantes, teniendo en cuenta los determinantes sociales y los intereses económicos que sustentan nuestro modelo alimentario.

¿Cómo se manifiestan en la salud las consecuencias de las desigualdades sociales en Andalucía?

En el Primer Informe sobre Desigualdades Sociales y Salud de Andalucía se describen con detalle algunas de estas consecuencias. Entre ellas destacaría la menor esperanza de vida al nacer y de la esperanza de vida libre de discapacidad de Andalucía respecto a España. 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. Las causas de estas desigualdades las atribuimos al déficit de las políticas sociales desarrolladas en Andalucía, especialmente en el campo de los cuidados sociosanitarios (residencias asistidas, centros de día, atención domiciliaria, recursos de terapia ocupacional, fisioterapia...). Al depender el aumento futuro de la esperanza de vida sobre todo de la reducción de la incidencia de la mortalidad en edades avanzadas, consideramos que es fundamental definir e implementar urgentemente intervenciones efectivas y equitativas en las políticas socio sanitarias dirigidas a este grupo de población y particularmente en las mujeres.

¿Los gobiernos son receptivos al análisis de la desigualdad en salud, o les molesta que se lo recuerden?

Depende de qué gobiernos. En nuestro país este es un tema que comienza a aparecer en el discurso político, aunque tímidamente. Visualizar la existencia de desigualdades sociales o de género en la salud genera incomodidad, pues pone de

Son las iniciativas que hacen hincapié en los cambios individuales las que predominan. «Gracias» a este planteamiento se ha desarrollado un mercado de ofertas muy abundante

manifiesto que hay otros factores explicativos de los problemas de salud más allá de los omnipresentes de tipo biológico o de los socorridos estilos de vida individuales. Que la esperanza de vida al nacer en los hombres de la ciudad de Cádiz, por ejemplo, sea ocho años menor en los barrios más desfavorecidos que en los barrios más favorecidos incomoda a los gobiernos, pues no saben cómo responder al por qué ocurre esto. La escasez de estudios sobre desigualdades en salud es un obstáculo para mejorar esta receptividad. Tampoco sabemos mucho sobre la sensibilidad entre la población y en general en la sociedad civil sobre la importancia de los determinantes sociales sobre la salud. Nos queda todavía un camino muy largo que andar respecto a otros países como Gran Bretaña, al menos respecto a la inclusión en las llamadas agendas políticas del tema de las desigualdades en salud.

El Primer Informe INDESAN terminaba con algunas recomendaciones para reducir las desigualdades en salud; si tuviera que destacar una dirigida a los gobiernos, ¿cuál sería?

El capítulo de recomendaciones comienza con un apartado que denominamos «relativas al compromiso político». Sin este componente es difícil que cualquiera de las recomendaciones realizadas pueda tener garantías de ser llevada a término. La voluntad política, junto con la movilización de la población, son el fundamento de la acción transformadora en la lucha contra las desigualdades. Esta voluntad debería cristalizar sobre todo en el refuerzo de las políticas sociales por su impacto en mejorar la salud y reducir las desigualdades. Destacaría entre ellas la siguiente: «Que desde los distintos ámbitos de gobierno se considere el impacto en salud y en las desigualdades en salud de todas sus políticas, y especialmente de aquellas que supongan desregulación de los servicios públicos».

Caso de ser recogida, implicaría mirar a la salud de otra forma. Un gran cambio visto el panorama actual.

¿Qué actitud ante las desigualdades recomendaría a los profesionales de la salud, especialmente a los dedicados a la salud pública?

Algo aparentemente tan sencillo como que las consideraran como determinantes clave de los problemas de salud. Muchos profesionales en su actividad asistencial cotidiana perciben su presencia y su importancia, y aunque las respuestas que pueden dar son limitadas si podrían evitar intervenciones que favorecen, entre otros, a los intereses de la industria farmacéutica. Nuestros sistemas de información sanitaria, por otra parte, desprecian a las variables socioeconómicas y no se producen en consecuencia cruces con ellas. Disponemos de ingentes cantidades de datos cuantitativos sobre número de procedimientos, tasas de mortalidad, prevalencia de enfermedades, consultas atendidas, vacunas puestas, asistencia a programas, etc., pero sin las lentes de la desigualdad puestas. Si las lleváramos, podríamos observar importantes desigualdades sociales o de género, o de acceso a los servicios sanitarios. Esto nos ayudaría a cuestionar muchas cosas, entre otras la propia orientación de los servicios asistenciales, su priorización, las estrategias de prevención, la integración con los servicios sociosanitarios, etc., y además nos ilustraría sobre la necesidad de intervenir sobre los determinantes sociales que están fuera del sector asistencial sanitario. Los profesionales de la salud, y especialmente los de salud pública, pueden contribuir a desvelar la existencia de desigualdades, para ello es preciso valorar a los determinantes sociales como claves para la salud.

Finalmente, a su juicio, ¿cómo debería articularse la acción transversal en Salud Pública para reducir las

Ninguna acción transversal en salud pública en este ámbito puede hacerse sin contar con la propia población y sus organizaciones ciudadanas

desigualdades y mejorar los indicadores de salud?

El paso previo para una acción transversal es conseguir modificar el paradigma explicativo dominante de los determinantes de la salud, centrado en los factores de tipo biológico o en las conductas individuales, de forma que permitiera la aceptación del papel clave de los determinantes sociales en la salud. Esto vale no sólo para el ámbito sanitario, sino para el resto de ámbitos de la acción sociopolítica. El segundo paso es analizar los problemas de salud tomando en consideración a los determinantes sociales, económicos y políticos, y para esto hay que modificar sustancialmente el diseño y explotación de nuestros sistemas de información, no sólo el de las Administraciones sanitarias, sino el de la economía, trabajo, agricultura, servicios sociales, etc. En tercer lugar hay que fomentar la relación interinstitucional mucho más de lo que venimos haciendo. Ninguna acción transversal en salud pública en este ámbito puede hacerse sin contar con la propia población y sus organizaciones ciudadanas. Conseguir avanzar en alguno de estos frentes sería un signo de esperanza tanto para conocer mejor el panorama como para abordar la reducción de las desigualdades. Los llamados nuevos modelos de salud pública deberían considerar seriamente todos estos pasos e incorporarlos en sus planteamientos conceptuales y en sus desarrollos normativos, si sus pretensiones de mejorar la salud de la población son algo más que discurso modernizador. ■

Visita nuestra página web:
www.fadsp.org



- PRENSA
- NOTICIAS
- ENLACES
- COMUNICADOS
- PUBLICACIONES... Y MUCHO MÁS

