

Desigualtats en salut

Enric Fernández-Velilla

«La mala salut dels pobres, el gradient social de salut dins dels països i les grans desigualtats sanitàries entre els països estan provocades per una distribució desigual, a nivell mundial i nacional, del poder, els ingressos, els béns i els serveis, i per les consegüents injustícies que afecten les condicions de vida de la població de forma immediata i visible (accés a atenció sanitària, escolarització, educació, condicions de treball i temps lliure, habitatge, comunitats, pobles o ciutats) i a la possibilitat de tenir una vida pròspera. Aquesta distribució desigual d'experiències perjudicials per a la salut no és, en cap cas, un fenomen «natural» ... Els determinants estructurals i les condicions de vida en el seu conjunt constitueixen els determinants socials de la salut.»

(Comissió de l'Organització Mundial de la salut sobre Determinants Socials de la Salut, 2008)⁴⁰.

De manera paral·lela, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en el Pla de Salut de Catalunya Horitzó 2010 esmentava que “en una societat existeix desigualtat en salut quan no totes les persones que la integren tenen les mateixes oportunitats d'assolir el màxim estat de salut o benestar possible”.

En aquest sentit, no es consideren desigualtats en salut les diferències biològiques entre les persones o les derivades de diferents comportaments o estils de vida, sempre que aquests responguin a decisions lliures.

En canvi, es consideren desigualtats aquelles diferències en salut provocades per condicions de vida o comportaments perjudicials per a la salut, en un context de llibertat individual restringida, o per diferències en l'accés o la qualitat dels recursos sanitaris i altres serveis públics.

L'anàlisi de les desigualtats en salut a Catalunya haurà de respondre a dues preguntes que són conseqüència de la definició anterior:

1. Existeixen diferències en les condicions de vida de la població al nostre país que tinguin com a conseqüència desigualtats en salut?
2. Hi ha mancances en l'accés i la qualitat dels recursos sanitaris que provoquin desigualtats entre la població?

Definitivament, la resposta a ambdues preguntes és afirmativa: a Catalunya existeixen factors de renda, educació, ocupació, classe social, gènere i territori que generen desigualtats en salut i dels quals l'actual situació de crisi està incrementant dramàticament els factors de risc.

⁴⁰ http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/

1. Desigualtats degudes a les condicions de vida

Una primera aproximació a les dades contingudes a l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) de l'any 2012 mostra diversos indicadors que assenyalen algunes de les diferències en l'estat de salut de la població degudes als nivells de renda, estudis o classe social.

A la *Figura 1* es mostren els percentatges de persones que diuen tenir un bon estat de salut⁴¹. Aquest indicador, tot i recollir respostes subjectives, és considerat com un bon mesurador de l'estat de salut de la població en general. L'estratificació de les seves dades per classes socials són difícils d'obtenir, però se'ns ofereixen dues classificacions que en donen una bona aproximació: classe social segons ocupació⁴² i segons nivell d'estudis. Tant en una com en l'altra les dones i particularment les de les classes més desfavorides, són les que presenten una percepció pitjor de la pròpia salut. Les diferències màximes s'observen entre les dones amb baix nivell d'estudis, de les quals només un 50% declaren tenir bona salut, i les titulades universitàries, sector en el que arriben a gairebé el 90%. És també en el mateix grup on s'observa una diferència més gran entre sexes.

Figura 1.
Percepció de bona salut en general

Fig. 1.a. Classe social segons ocupació

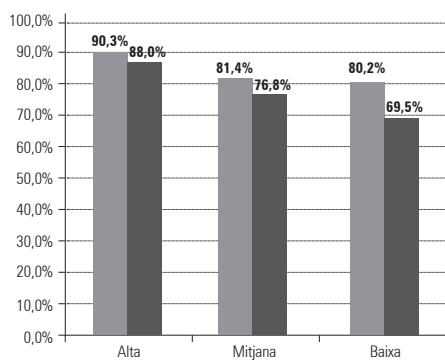
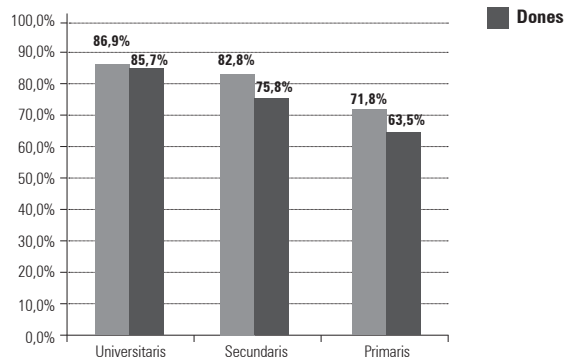


Fig. 1.b. Classe social segons nivell d'estudis



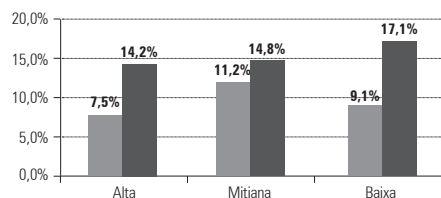
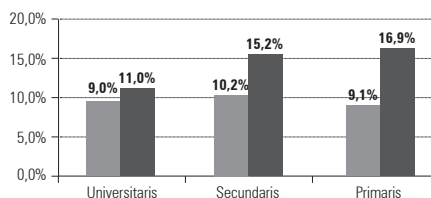
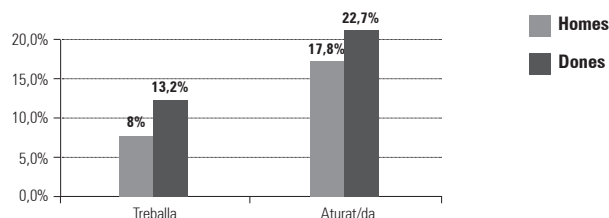
Les desigualtats socials tenen un efecte directe sobre la salut de les persones. Les dificultats econòmiques, les condicions laborals, les condicions de l'habitatge, la cura de familiars per manca de recursos, posen en situació de risc la població. Aquestes desigualtats afecten especialment el risc de patir un trastorn mental, que a Catalunya presenta els seus valors més alts a les classes baixes i en particular a les dones (figura 2). La situació d'atur incrementa aquest risc en un 9% en ambdós sexes.

⁴¹ L'indicador d'estat de salut percebuda forma part del Mètode Obert de Coordinació per a la inclusió i protecció social (OMC) de la Comissió Europea.

⁴² Classificació segons la Sociedad Española de Epidemiología, 1995

Figura 2.

Població de 15 anys i més amb probabilitat de patir problemes de salut mental. Catalunya.

Fig. 2.a. Risc de patir trastorn mental per classe social i sexe**Fig. 2.a. Risc de patir trastorn mental per nivell d'estudis i sexe****Fig. 2.c. Risc de patir trastorn mental per situació laboral i sexe**

Més encara, la comparació de les dades de l'ESCA dels anys 2006 i 2010 mostra un increment del risc de patir un trastorn mental en la població en general que, si bé es manté gairebé invariable en les dones (del 15.5% al 16.5%), presenta un fort augment en els homes, passant d'un 7.5% a gairebé un 12%⁴³. Entre aquests trastorns, la prevalença de la depressió va augmentar en el mateix període en un 17.5%⁴⁴. I en el cas més extrem, la reducció progressiva de la mortalitat per suïcidis a Catalunya observada fins el 2007 va invertir la seva tendència amb l'inici de la crisi econòmica, especialment en el grup d'edat de 30 a 44 anys, observant-se un increment anual del 10% en el nombre de morts en el període 2007-2011⁴⁵. Aquesta tendència a l'augment de suïcidis per causa de la crisi econòmica ha estat descrita a tot Europa en articles publicats recentment⁴⁶.

L'increment de la pobresa associat a la crisi econòmica ha col·locat nous col·lectius en risc de desigualtat. Així, l'informe extraordinari del Síndic de Greuges de Catalunya sobre pobresa infantil⁴⁷ ha posat tots els focus sobre un problema poc conegut al nostre país i amb un efecte important sobre la salut dels infants: la malnutrició infantil. Tot i no existir consens sobre les dades objectives de desnutrició, l'anàlisi de les dades de ESCA 2012 mostra un increment significatiu en la desigualtat relacionada amb la manca d'una alimentació equilibrada i la reducció

⁴³ L'impacte de la crisi econòmica sobre els col·lectius més afectats té una conseqüència important tant sobre la salut mental com en l'increment de les addiccions. Informes com el recentment publicat Informe 2012 de l'Asociación Proyecto Hombre en fan una anàlisi acurada, més enllà dels objectius del present treball.

⁴⁴ Observatori del Sistema de salut de Catalunya. Informe de Salut de Catalunya 2011.

⁴⁵ Font: Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT), 2012.

⁴⁶ S-S Chang et al. *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. BMJ 2013;347:f5239

⁴⁷ Informe sobre la pobresa infantil a Catalunya setembre 2012. Síndic de Greuges de Catalunya

del nombre d'àpats diaris segons el nivell d'estudis de la mare i situació laboral familiar entre 2006 i 2010-2012.

En paraules del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya⁴⁸, en termes de salut infantil "sí que es pot concloure que el nombre de menors pertanyents a les classes desfavorides ha augmentat, que la seva situació en relació amb la salut ha empitjorat en alguns aspectes i que han augmentat les desigualtats de salut entre grups socials".

Les desigualtats en salut degudes a la classe social s'estenen al llarg de la vida de les persones. Concretament, la població de les classes més baixes és també la que presenta més discapacitats o limitacions en realitzar les activitats de la vida quotidiana, i és més sensible, per tant, a qualsevol disminució dels ajuts a la dependència, que en el nostre país acaben fent recaure la major part del pes de la cuida sobre les dones, convertint-se en un factor més de desigualtat per raons de sexe⁴⁹.

Les desigualtats socials abans esmentades tenen com a resultat diferències territorials importants pel que fa a l'estat de salut. Aquelles àrees en què es quantifica un major percentatge de població de rendes baixes, atur o envelliment, pateixen un major risc de desigualtats en salut.

Entre les iniciatives destinades a fer-hi front cal destacar la Llei de Barris⁵⁰, que entre els seus objectius tenia el de millorar les condicions d'accessibilitat i qualitat dels habitatges i de l'espai públic. Aquesta llei va motivar que l'any 2005 el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya posés en marxa el programa *Salut als Barris*, amb la finalitat de contribuir a la reducció de les desigualtats socials en salut a partir de projectes comunitaris. L'aturada de la llei ha mantingut el programa Salut als Barris en aquells que ja hi eren beneficiaris, però impedeix l'arribada del programa i de les millores de les condicions de vida a aquells veïnatsges a qui encara no havia estat concedida.

Finalment, altres condicionants de desigualtats en salut a Catalunya són conseqüència d'activitats econòmiques contaminants i les seves afectacions a la població. Tot i que es coneixen alguns casos d'afectacions reconegudes sobre la salut, com el cas de la contaminació per amiant de la fàbrica d'Uralita a Cerdanyola, els efectes diferits en llargs terminis de temps i la manca d'estudis fiables fan que, en molts casos, es desconegui el grau d'afectació de la població tot i conèixer-se la contaminació. Són els casos del pantà de Flix, els aqüífers contaminats per nitrats en zones d'activitat agrícola i ramadera, els gasos i fums de l'activitat industrial i el transport concentrats principalment a les àrees urbanes de Barcelona i Tarragona i altres exposicions més puntuals. En tot cas, tot i no haver-hi dades fiables al nostre país, diversos estudis internacionals conclouen que la reducció de l'activitat industrial i el transport per carretera deguts a la crisi econòmica tenen com a conseqüència una reducció del risc per a la salut en les zones afectades^{51,52}.

⁴⁸ Informe CT02/2013 de l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

⁴⁹ Segons les estadístiques de l'IDESCAT 2008, a Catalunya entre un 63.7% i un 80.1% de les persones dependents en l'interval de 0 a 80 anys són cuidades per una dona.

⁵⁰ Llei 2/2004, de 4 de juny, del Parlament de Catalunya, de millora de barris, àrees urbanes i viles que requereixen una atenció especial.

⁵¹ Catalano, Ralph. Health, *Medical Care and Economic Crisis*. N ENG J MED 360:8 February 2009

⁵² Artazcoz L. *L'Impacte de la crisi sobre la Salut*. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Abril de 2011

2. Desigualtats degudes a l'accés a l'atenció sanitària

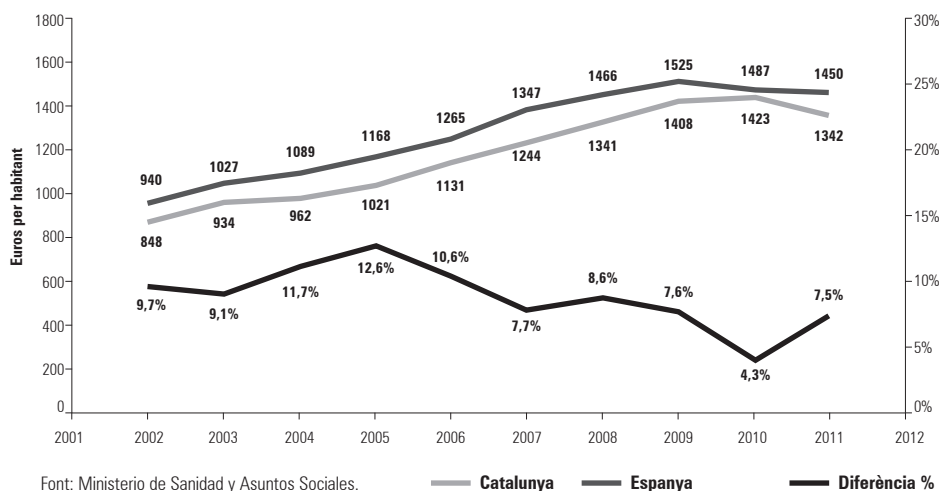
Les desigualtats socials desemboquen en desigualtats en salut que les polítiques públiques de salut poden superar total o parcialment. De fet, al nostre país, la Ley General de Sanidad⁵³ estableix explícitament com a finalitat de la despesa sanitària la correcció d'aquestes desigualtats.

Diversos estudis mostren l'efecte redistributiu del sistema sanitari públic⁵⁴ i com les diferències de renda no donaven lloc a Espanya a diferències en l'accés a l'assistència sanitària excepte en el cas de l'atenció odontològica, coberta només parcialment pel sistema públic⁵⁵. Aquesta situació pot experimentar una forta regressió com a conseqüència de les successives reduccions del pressupost públic en salut i els canvis normatius que afecten a l'atenció sanitària al país.

2.1 Impacte de les reduccions pressupostàries

La despesa sanitària pública a Catalunya ha seguit una evolució creixent des de l'any 2002, mantenint-se sempre per sota de la mitjana espanyola. La diferència, de l'ordre de 10%, es va anar reduint progressivament des de l'any 2005 i va arribar al seu mínim el 2010 (Fig 3), tornant-se a incrementar el 2011 per l'avenç de les retallades sanitàries i el seu fort impacte a Catalunya.

Figura 3:
Despesa total del sistema públic de salut per habitant. Comparació Catalunya-Espanya. Elaboració pròpia.



⁵³ Ley 14/1986, de 25 abril 1986, General de Sanidad. (B.O.E. num. 102, de 29 de abril).

⁵⁴ Informe 03/2013 distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos. Consejo Económico y Social de España

⁵⁵ García Gómez, P. y López Nicolás, A. (2007), *The evolution of inequity in the access to health care in Spain: 1987-2001*. Documento de Trabajo Num. 10, Fundación BBVA.

La reducció de la despesa global ha tingut un impacte directe sobre l'accessibilitat al sistema sanitari especialment entre aquella part de la població que no té accés a doble cobertura a través de mútues i, per tant, depèn totalment del sistema públic. A Catalunya la prima mitjana anual d'una asseguradora privada ronda els 700 euros⁵⁶.

Aquesta quantitat allunya la ciutadania de rendes més baixes de la doble cobertura tal i com mostra l'ESCA. Si gairebé el 50% dels ciutadans de classes altes disposa d'una mútua, només hi són afiliats el 10% de les classes baixes. Com a resultat, a Catalunya aproximadament el 26% de la població disposa d'una cobertura privada complementària.

Aquest percentatge ha anat creixent progressivament des de l'any 2002, però després de creixements molt moderats, les contundents retallades públiques van produir un fort increment l'any 2011. Paral·lelament, les dades mostren diferències territorials notables: la província de Barcelona tenia l'any 2012 un 29% de població amb mútua, mentre les altres es mouen en percentatges del 20% i per tant presenten una major dependència del sistema públic. En el cas particular de la ciutat de Barcelona, el percentatge arriba al 36%.

El resultat més significatiu de les reduccions pressupostàries a Catalunya ha estat el gran increment de les llistes d'espera quirúrgiques. Si entre els anys 2003-2009 s'havien reduït en un 26%, només en el període 2010-11 l'increment va ser del 43%, passant de 56670 persones a més de 80000, i amb temps d'espera també creixents (Figura 4). La reducció de l'activitat imposada pel departament de Salut no ha fet més que consolidar al aquestes dades durant el 2012, amb una disminució del nombre de persones però un increment molt important del temps de resolució.

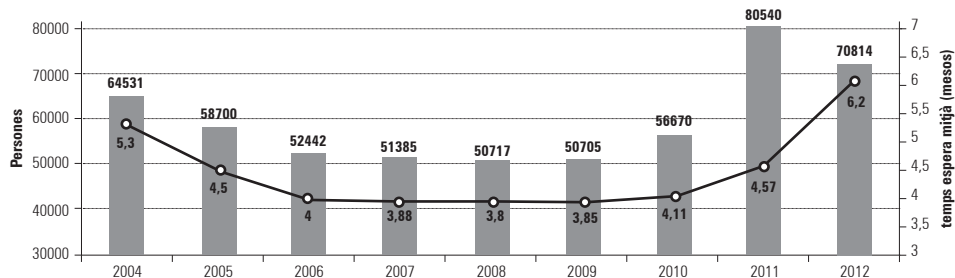
L'augment de les llistes d'espera no ha estat uniforme en el territori, presentant diferències importants segons les regions sanitàries, amb un màxim del 62% a la Regió sanitària de Girona, enfront del 28% de la Catalunya Central⁵⁷. A desembre de 2012, una persona de la regió Catalunya Central patia una espera mitjana de 8.45 mesos enfront dels 2.12 mesos de l'Alt Pirineu. Més encara, les retallades pressupostàries han afectat de manera diferent els diferents proveïdors, donant com a resultat un impacte molt desigual segons l'hospital de referència. En la regió sanitària de Barcelona, per exemple, les poblacions en els àmbits de Garraf, i Vallès oriental han estat les més perjudicades (Taula 1). En el mapa de les llistes d'espera a la ciutat de Barcelona, els sectors sanitaris més perjudicats són Barcelona-Nord (57%) i Litoral Mar (68%), que són precisament els que concentren el 75% dels barris de rendes familiars inferiors al 75% de la mitjana de la ciutat⁵⁸.

⁵⁶ Memòria 2011 del Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres i Serveis Sanitaris. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

⁵⁷ L'excepció a aquest increment és la disminució de les esperes quirúrgiques a la regió Alt Pirineu-Aran en el període 2010-11.

⁵⁸ Memòria de la Regió Sanitària de Barcelona, 2011. CatSalut.

Figura 4:
Evolució de les llistes d'espera quirúrgiques a Catalunya



Taula 1:
Increment de les llistes d'espera en la Regió Sanitària de Barcelona 2010-11 segons àmbits territorials.

Àmbit Territorial	Increment Llista d'espera (%)	Increment Temps de resolució (%)
Alt Penedès	22.86	39.93
Garraf	118.31	202.38
Barcelona Esquerra	-0.14	4.84
Barcelona Dreta	14.85	35.14
Barcelona Nord	57.08	98.33
Barcelona Litoral Mar	68.2	95.60
Barcelonès Nord	46.71	66.73
Baix Llobregat Centre	77.45	97.08
l'Hospitalet de Ll. i el Prat de Ll.	14.75	27.71
Baix Llobregat Litoral	13.92	13.91
Baix Llobregat Nord	31.38	48.29
Maresme	59.56	118.23
Vallès Occidental est	13.85	20.52
Vallès Occidental Oest	52.83	87.45
Baix montseny	35.75	76.11
Baix Vallès	263.00	217.06
Vallès Oriental sect. central	97.23	207.49

Font: memòria 2011 de l'RSB.

En conclusió, el diferent impacte sobre els proveïdors de salut perjudica en molts casos precisament aquells sectors de població que més depenen del sistema públic.

Tot i que l'optimització dels recursos hospitalaris sembla exigir la concentració de l'alta complexitat en un nombre reduït de centres per millorar-ne tant l'eficiència com els resultats, les reduccions pressupostàries en transport sanitari (els recursos del SEM es van reduir de 422 a 408 en el període 2010-11)⁵⁹ poden incrementar les desigualtats territorials i l'accés al sistema. En els primers mesos

⁵⁹ Memòria 2011 del Ccatsalut. Departament de Salut.

de 2013, a més, es va afegir un nou risc de desigualtats territorials en l'accés als medicaments i productes farmacèutics: l'impagament de la factura del CatSalut a les oficines de farmàcia, acumulant tres mesos impagats i 309.8M euros l'agost de 2013, ha posat un gran nombre d'elles en risc de tancament i ha causat el desproveïment de medicines de preu alt en alguns casos, dos problemes especialment greus en l'àmbit rural.

2.2 Impacte de les modificacions normatives

Més enllà de les retallades de serveis sanitaris abans esmentades, la reducció dels pressupostos en salut a Catalunya a Espanya ha estat complementada per una bateria de normatives que en consoliden els seus efectes i de les quals les conseqüències relatives a l'increment de les desigualtats encara no estan avaluades. De les diferents mesures aplicades, n'hi ha tres amb un efecte directe sobre aquestes desigualtats: *les exclusions de medicaments i serveis de la cobertura pública, els copagaments i les exclusions de col·lectius de població.*

El mes d'agost de 2012 el govern de l'Estat va publicar una llista de 417 medicaments⁶⁰ per a símptomes menors que quedaven exclosos del finançament públic, llista que ha anat actualitzant successivament durant el 2012 i 2013. Aquests medicaments, entre els quals n'hi ha de gran consum (protectors gàstrics, laxants, mucolítics i alguns antiinflamatoris) han patit un doble increment de preu: el primer degut a la retirada del finançament, que era del 100% per a pensionistes i del 60% per a la resta, i el segon degut a la desregulació del seu cost en entrar en el mercat de preus lliures.

A menys d'un any de la seva entrada en vigor no hi ha encara estadístiques que analitzin el percentatge de persones que han abandonat els tractaments per manca de capacitat econòmica, però la variació interanual del nombre de receptes per habitant a Catalunya mostra una disminució del 7.5% en el període 2011-12.

L'altra mesura amb un esperable impacte sobre les desigualtats per renda en salut ha estat la implantació de diferents copagaments a nivell estatal i autonòmic. El Real Decreto Ley 16/2012⁶¹ incrementa el ja existent copagament de diferents col·lectius, però inclou dues novetats que canvien radicalment el panorama sanitari al nostre país: d'una banda estén el copagament farmacèutic als pensionistes, i de l'altra crea una cartera de serveis complementaris entre els quals hi col·loca el transport sanitari i els productes ortoprotèsics que passen a ser també cofinançats per l'usuari. Per la seva banda, comunitats autònomes com Catalunya van posar en marxa sistemes de copagament complementaris pendents de sentència del Tribunal Constitucional.

Finalment, i per primera vegada des de la publicació de la Ley General de Sanidad, que establia les bases del sistema sanitari de cobertura universal al nostre país, el RDL 16/2012 crea la figura de l'"assegurat", excloent per tant els col·lectius que no la puguin assolir. Després d'una correcció tècnica que deixava fora de cobertura ciutadans espanyols que no haguessin cotitzat, el decret exclou de la garantia de

⁶⁰ Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. BOE del 17 d'agost de 2012.

⁶¹ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 24 d'abril de 2012.

rebre assistència sanitària pública (excepte urgències i assistència a l'embaràs i el part) els ciutadans estrangers sense permís de residència amb menys d'un any al nostre país, i estableix que aquells que acreditin més d'un any a Espanya paguin una quota de 157 euros al mes per tenir-la.

La conseqüència més important de l'aplicació de la norma serà la profunda desigualtat a la que s'enfrontaran aquests ciutadans durant el primer any i possiblement també en els posteriors si no poden pagar la quota, no poden renovar l'empadronament o no s'atreveixen a registrar-se per no ser expulsats.

Els riscos que pot representar la manca d'assistència per a la salut pública pot repercutir en ells mateixos però també en les persones del seu entorn immediat, especialment en barris de rendes baixes on és més probable que visquin.

3. Propostes de futur

- La lluita contra les desigualtats en salut ha de ser una prioritat essencial de tots els governs de la Generalitat.
- Cal que l'abordatge d'aquestes desigualtats sigui integral, amb la coordinació de totes les autoritats econòmiques, sanitàries i socials.
- És necessària l'elaboració d'un mapa de les desigualtats en salut a Catalunya amb perspectiva de territori, que reculli prevalença de malalties, accessibilitat al sistema sanitari, mortalitat i d'altres dades que es puguin creuar amb dades socio-econòmiques i mediambientals.
- L'impacte sobre la salut de les persones ha de ser tingut en consideració en totes les polítiques econòmiques, urbanístiques, mediambientals, etc del govern. En aquest sentit, ca una aposta significativa i decidida pel reforç de la salut pública.
- La perspectiva comunitària i la col·laboració entre institucions, entitats i teixit social per a l'abordatge de les desigualtats en salut que va emprendre la llei de Barris hauria de tenir continuïtat i estendre's a tots els col·lectius i territoris.
- Les persones en situació d'atur corren un alt risc de patir patologies mentals. L'abordatge de la situació d'atur per les institucions ha de tenir en compte l'impacte sobre la salut mental i la vida, i no ser només pensat com la gestió i estalvi de prestacions.
- Les desigualtats en salut per raons de gènere haurien de ser estudiades amb detall. Caldria recollir dades complementàries en les enquestes de salut que permetessin establir relacions de causalitat per permetre'n un millor abordatge.
- És imprescindible defensar el sistema sanitari públic com l'eina més important per reduir aquestes desigualtats. Cal assegurar-ne un finançament estable i suficient, i fer les reformes estructurals necessàries per millorar-ne l'eficiència.
- Cal reforçar l'Atenció Primària de Salut, en especial en el seu paper tant en la detecció com en la prevenció i abordatge de les desigualtats.
- Les mesures de copagament incorporades el darrer any no han previst el seu impacte sobre les persones més desfavorides. Cal un estudi exhaustiu de l'impacte real que han tingut sobre. És necessari un replantejament i la seva reforma o retirada.
- El sistema sanitari ha d'evitar excloure col·lectius en risc de desigualtat. Cal recuperar l'esperit de la Ley general de Sanidad del 1986.
- És necessària la creació d'un Observatori de les Desigualtats en Salut a Catalunya per fer-ne un seguiment i proposar mesures de correcció.