



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK **ES**



LA DESIGUALDAD EN LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español

www.eapn.es

European Anti-Poverty Network (EAPN) es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea.

En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 15 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

Entre nuestros objetivos, al igual que entre los objetivos de EAPN en Europa, se encuentra el de implantar un método de trabajo en Red para trabajar de manera conjunta y aunar esfuerzos para la consecución de mayores y mejores resultados en la lucha por la erradicación en España de la pobreza y la exclusión social.

EAPN ESPAÑA

C/Tribulete, 18 Local, 28012 Madrid

91 786 04 11 - eapn@eapn.es

www.eapn.es



Título:

La Desigualdad en la Salud

Coordinación:

Secretaría Técnica EAPN-ES

Autor:

Juan Carlos Llano Ortíz

Edita:

EAPN-ES

Septiembre 2019

Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal y como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.

España es el país más saludable del mundo según la edición 2019 del Índice Bloomberg Healthiest Country¹.

¿Es esto cierto? Y sobre todo ¿Es cierto para toda la población española? En particular, ¿Es cierto para las mujeres, para las personas en desempleo, para las que viven en hábitats rurales, para las que carecen de educación superior? **¿Es cierto para las personas en situación de pobreza?**

Este estudio busca resolver estos interrogantes a partir del análisis de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 (publicada por el Instituto Nacional de Estadística, INE). Para ello, **exploraremos las diferencias y desigualdades, en el ámbito de la salud, que pueden producirse en función de algunas variables de posición social, tales como: la clase social y la situación de pobreza** (utilizando para ello la definición de Riesgo de Pobreza de Eurostat; es decir, se consideran pobres aquellas personas que viven en hogares con una renta neta por unidad de consumo inferior a un límite o umbral de pobreza que se calcula para cada año como el 60% de la mediana nacional de ingresos. **Para el año 2017, en España, el umbral de pobreza quedó establecido en 8.522 € anuales, o, lo que es lo mismo, 710 € mensuales**).

POBREZA Y SALUD PERCIBIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA EN ESPAÑA

Una de las primeras cuestiones que vamos a analizar son los datos sobre salud percibida. La salud percibida muestra la apreciación subjetiva que las personas tienen sobre su propia salud física y mental. **No necesariamente coincide con la salud real de la persona, pero se considera un indicativo importante de la esperanza de vida, de tener enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios.**

La Encuesta Nacional de Salud nos dice que el estado de salud de la población de 15 o más años es, en general, bueno, pues algo más del 70% de la población considera que su salud es *muy buena o buena*.

Sin embargo, **el hecho de tener un trabajo o estar en desempleo tiene una influencia importante en el estado de salud percibido**. Sólo el 18,6% de las personas que tienen un trabajo opina que su estado de salud es *regular, malo o muy malo*; sin embargo, esta misma consideración se incrementa en nueve puntos porcentuales (27,4%) cuando se trata de personas en desempleo y a más del doble (43,6%) cuando se trata de personas que ejercen labores reproductivas y de cuidado ("labores del hogar" como las denomina el INE) la práctica totalidad, mujeres.

El 37,4% de las personas pobres considera que su salud es regular, mala o muy mala, cifra que está algo más de 11 puntos porcentuales por encima de medida para las personas no pobres (26,2%), es decir, una diferencia entre ambas del 43%.

La situación de pobreza también determina diferencias importantes en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) **ya que una de cada cuatro personas pobres (24%) manifiesta algún tipo de dificultad para realizarlas**, cifra que contrasta con el 15,6% en el caso de las personas no pobres. Además, la intensidad de la dificultad es mucho mayor entre las personas pobres, el 9,4% de las cuales no puede realizarlas (5,4% entre el resto de población).

¹ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>

ASISTENCIA SANITARIA

Con alguna interrupción temporal sonada, en España está actualmente garantizado el acceso universal al Sistema Nacional de Salud y la atención sanitaria en igualdad de condiciones.

Esta presunción no siempre se cumple, la derogación en el año 2018 del Real Decreto-Ley 16/2012 que establecía restricciones en la universalidad del sistema sanitario, ha sido parcial y debemos tener en cuenta que antes del año 2012, hay servicios sanitarios que nunca han sido cubiertos mediante el sistema público.

El estudio muestra dos tendencias que inciden en la desigualdad y que deben controlarse en uno de los sistemas sanitarios más avanzados del mundo. En primer lugar, hay un mayor número de personas pobres a las que no se realizan análisis o pruebas médicas (tanto si se controla las variables por edad, sexo, nacionalidad o situación laboral). En segundo lugar, la falta de acceso por causas económicas tanto a medicamentos recetados como a la atención médica, dental, y de salud mental, es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres.

No pudieron recibir atención por causas económicas el 5% de las personas en hogares pobres que necesitaron asistencia médica, el 25,5% de las que necesitaron atención dental y el 3% de las que necesitaron servicios de salud mental. El 6,9% no pudieron acceder a medicamentos recetados, cifra que asciende a 8,3% entre las personas desempleadas.

Respecto a las prácticas preventivas, la Encuesta Nacional de Salud indica que entre el 9% y el 10% de las personas pobres no las han realizado, o lo han hecho hace más de cinco años. Estas cifras prácticamente doblan las registradas entre las personas que residen en hogares que no son pobres.

Por otra parte, **a la mitad de las mujeres pobres no se les ha practicado nunca una mamografía** cifra que es un 30,7% (11,5 puntos porcentuales) superior a la de las mujeres no pobres. Además, si se considera la edad recomendada, que es entre 50 y 69 años, las diferencias aumentan enormemente, pues al 9,1% de las mujeres pobres -casi el triple que a las no pobres (3,4%)- no se le ha practicado nunca. Respecto a las citologías, muy importantes para la prevención del cáncer de cérvix, las diferencias son parecidas (33,8% de mujeres pobres y 18,4% de no pobres a las cuales no se ha practicado nunca una citología).

DETERMINANTES DE LA SALUD

Los determinantes de la salud se refieren al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas.

El análisis de los determinantes de la salud muestra que las personas pobres son más obesas, un 21,9% frente a un 15% que las no pobres. También lo menores entre 15 y 18 años que viven en hogares pobres registran tasas más elevadas de peso insuficientes.

Las personas que viven en hogares pobres se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado. Por el contrario, consumen más patatas, pasta, arroz pan y comida rápida. Comen peor porque los alimentos sanos son caros y ese es uno de los principales factores por los cuales las tasas de obesidad son más altas entre ellas. La obesidad también se relaciona con hábitos de vida saludable como el ejercicio y el Estudio alerta de que **prácticamente la mitad de las personas pobres no hacen ejercicio (47% frente al 32% de las que no son pobres).**

En cuanto a hábitos de vida que se consideran de riesgo para la salud tales como el consumo de tabaco y alcohol:

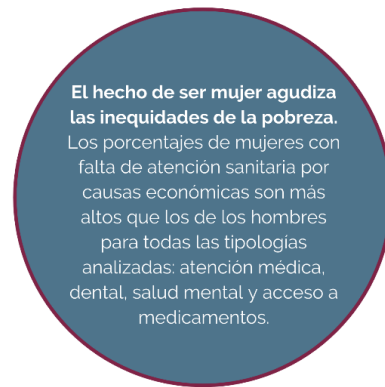
- Las personas en hogares pobres fuman más (24,5% c/r 20,8%).
- El 27% de las personas pobres no consume nunca alcohol frente al 14,9% de las no pobres.

DESIGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD

Las mujeres tienen una salud más deficiente, pero se cuidan más. Así, las mujeres tienen peor salud percibida; más enfermedades crónicas y sufren más limitaciones para la realización de actividades, especialmente las de la vida cotidiana. Sin embargo, las mujeres obtienen mejores resultados (más sanos) en índice de masa corporal, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Los resultados de los hombres son mejores sólo en el caso de la actividad física, cuestión que puede venir determinada por las diferencias de roles (por ejemplo, disposición de tiempo libre). También se alimentan mejor: consumen más fruta fresca, más verdura, menos carne, más pescado y, sobre todo, menos comida rápida.

Las mujeres parecen aprovechar mejor la atención sanitaria en aquellos aspectos que están bien cubiertos por la sanidad pública y peor en aquellas cuestiones con cobertura pública más deficiente. En otras palabras, la falta de recursos parece afectarles más.

En el estudio se plantea que las mujeres van más al médico y también les hacen más pruebas. Por el contrario, un mayor porcentaje de mujeres ha sufrido falta de atención dental y de acceso a medicamentos por problemas económicos.



DESIGUALDAD TERRITORIAL EN SALUD

Finalmente, el estudio muestra diferencias entre las comunidades autónomas con respecto a la mayoría de las variables analizadas:

- El porcentaje de personas que perciben su salud como regular, mala y muy mala, es especialmente elevado en Galicia. Aunque con menor intensidad, también son altas en Asturias y País Vasco. Estas tres regiones tienen también las tasas más elevadas de población con alguna enfermedad crónica (no es casualidad que todas ellas tengan al mismo tiempo elevadas tasas de población mayor de 65 años).
- En el análisis de las personas que han necesitado asistencia sanitaria y no la han recibido por motivos económicos, las regiones de Murcia, la Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias se reparten los cuatro o cinco primeros puestos para la mayoría de los tipos de asistencia estudiados (atención médica, dental, de salud mental y acceso a medicamentos). Se debe subrayar la situación específica de la Región de Murcia, con cifras extraordinariamente elevadas para los cuatro tipos de asistencia. Andalucía, con más de 8 millones de habitantes aparece en las primeras posiciones de inaccesibilidad por motivos económicos para los cuatro tipos de asistencia. También la Comunidad Valenciana, con casi 5 millones de habitantes, aparece en los primeros lugares en tres de los cuatro tipos de asistencia. Es importante destacar la Comunidad

Autónoma de Extremadura que, a pesar de tener tasas de pobreza y/o exclusión social extraordinariamente elevadas (44,3% AROPE en 2017, la más alta de todas las regiones), se sitúa entre aquellas regiones con más bajas tasas de inaccesibilidad por cuestiones económicas a la asistencia sanitaria.

- Con respecto a las prácticas preventivas de salud femenina, en Baleares, Cantabria y Andalucía el porcentaje de mujeres que no se ha hecho nunca o hace más de tres años una mamografía está muy por encima de la media. Por otra parte, el porcentaje de mujeres que llevan cinco años o más, o nunca, sin hacerse una citología es alto en las comunidades de Castilla y León, Andalucía, Cantabria y Extremadura, con cifras entre el 44% y el 55%.

CONCLUSIONES

Los datos del informe indican que, para la práctica totalidad de las variables analizadas, las personas adultas (15 años o más) obtienen diferencias significativas en función del sexo, la clase social, lugar de residencia, la situación laboral de la persona de referencia del hogar y la condición de pobreza de cada persona.

El estado de salud es claramente más deficiente entre las personas pobres que entre las que no lo son, tanto en lo que se refiere a la salud percibida, como la existencia de enfermedades crónicas y limitaciones a las actividades básicas de la vida diaria.

El estudio muestra dos tendencias que inciden en la desigualdad y que deben controlarse en uno de los sistemas sanitarios más avanzados del mundo. En primer lugar, hay un mayor número de personas pobres a las que no se realizan análisis o pruebas médicas (tanto si se controla las variables por edad, sexo, nacionalidad o situación laboral). En segundo lugar, la falta de acceso por causas económicas tanto a medicamentos recetados como a la atención médica, dental, y de salud mental, es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres.

Si, en el año 2009, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España indicaba que "España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política", **la conclusión más importante que se puede extraer de los datos del informe es que esas desigualdades se han acrecentado.**

Nuestras redes y Entidades miembro, 19 redes autonómicas:

EAPN-Illes Balears- Xarxa per la Inclusió Social
Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión
Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla y León
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en Asturias
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Canarias
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla-La Mancha
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Euskadi
Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Melilla
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Cantabria
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Ceuta
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de Galicia
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en La Rioja
Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya
Xarxa per la Inclusió social de la Comunitat Valenciana

Y 15 entidades estatales:

Accem
Cáritas Española
Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)
Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER)
Plena Inclusión
Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)
Cruz Roja Española
Federación de Mujeres Progresistas (FMP)
Fundación Cepaim
Fundación Esplai
Fundación Secretariado Gitano
Movimiento por la Paz (MPDL)
Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
RAIS Fundación
Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)



EAPN ESPAÑA

C/ Tribulete, 18 Local. 28012 Madrid
91 786 04 11 | eapn@eapn.ES | www.eapn.es

Síguenos

