

Open Acces



LA SALUT S'HERETA: L'ÚS DE SERVEIS SANITARIS DE LES NENES I ELS NENS DE CATALUNYA DEPÈN DEL NIVELL SOCIOECONÒMIC DELS SEUS PROGENITORS

Anna García-Altés^{1,2,3}

¹Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), Barcelona

²CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP)

³Institut d'Investigació Biomèdica (IIB Sant Pau), Barcelona

Adreça per a correspondència:

Anna García-Altés^{1,2,3}

Adreça electrònica:
agarciaaltes@gencat.cat

RESUM

La preocupació per les desigualtats en salut ha estat un tema recurrent en els sistemes sanitaris europeus des dels anys vuitanta, tot i que la crisi recent n'ha revifat l'interès. Un estudi recent ha mostrat l'existència de desigualtats socioeconòmiques importants en l'estat de salut i en l'ús de serveis sanitaris en la població de Catalunya. L'objectiu d'aquest article és presentar els resultats referits a la població menor de 15 anys. Els resultats són molt cridaners: l'estat de salut dels infants es veu profundament afectat pel nivell socioeconòmic dels seus pares. Per respondre a aquesta situació, es requereixen noves polítiques de salut i d'altres àmbits, com l'educació, prioritzant especialment aquelles intervencions que tenen impacte en els primers anys de vida i en els grups més desfavorits.

La salud se hereda: el uso de servicios sanitarios de las niñas y niños de Cataluña depende del nivel socioeconómico de sus progenitores

La preocupación por las desigualdades en salud ha sido un tema recurrente en los sistemas sanitarios europeos desde los años ochenta, aunque la crisis reciente ha reavivado el interés. Un estudio reciente ha mostrado la existencia de desigualdades socio-económicas importantes en el estado de salud y en el uso de servicios sanitarios en la población de Cataluña. El objetivo de este artículo es presentar los resultados referidos a la población menor de 15 años. Los resultados son muy llamativos: el estado de salud de los niños se ve profundamente afectado por el nivel socioeconómico de sus padres. Para responder a esta situación, se requieren nuevas políticas de salud y de otros ámbitos, como la educación, priorizando especialmente aquellas intervenciones que tienen impacto en los primeros años de vida y en los grupos más desfavorecidos.

Health is inherited: the use of health services of children in Catalonia depends on the socioeconomic status of their parents

Concern for health inequalities has been a recurring theme in European health systems since the 1980s, although the recent crisis has revived interest. A recent study has shown the existence of important socioeconomic inequalities in the health status and the use of health services in the population of Catalonia. The objective of this article is to present the results referring to the population under 15 years of age. The results are striking: the health status of children is deeply affected by the socioeconomic status of their parents. To respond to this situation, new health policies and other areas, such as education, are required, prioritizing especially those interventions that have an impact in the first years of life and in the most disadvantaged groups.

Paraules clau: infants, desigualtats en salut; utilització de serveis sanitaris; estat de salut; polítiques públiques.

INTRODUCCIÓ

La crisi econòmica dels últims anys ha tingut un impacte profund en els determinants de la salut a tot el conjunt d'Espanya, i en particular a Catalunya, limitant els ingressos disponibles de la població i afectant les condicions de vida, treball i habitatge. També ha representat un repte per al sistema sanitari, que ha patit una disminució significativa dels seus recursos. En particular, a Catalunya, les estadístiques assenyalen aquestes tendències negatives: la proporció de la població per sota del llindar de pobresa va passar del 18% el 2009 al 21% el 2014; l'atur va augmentar del 8,9% el 2008 fins al 20,3% el 2014, i el pressupost sanitari es va reduir en 1,44 milions d'euros entre el 2010 i el 2014¹.

Les respostes a aquesta situació en els diferents països han estat diverses en termes de polítiques públiques sobre la despesa sanitària i altres formes de protecció social^{2,3}, i s'ha revifat l'interès per monitoritzar les desigualtats en salut^{4,5}.

Els estudis realitzats en aquest període mostren que tant a Catalunya com a Espanya, alguns indicadors com l'esperança de vida i la mortalitat general no semblen haver estat afectats per la recent crisi econòmica^{6,7}. No obstant això, els efectes que han aparegut de manera més consistent durant la crisi són l'augment dels suïcidis⁸ - encara que amb matisos⁹ -, l'impacte sobre la salut mental, especialment en les persones aturades^{10,11}; i l'efecte en els determinants de la salut, els estils de vida i els patrons d'accés als serveis sanitaris¹², sobretot en els sectors més vulnerables de la societat, que són els més susceptibles de patir les conseqüències de la recessió econòmica¹³, incloent els infants.

L'objectiu d'aquest article és presentar els resultats referits a la població menor de 15 anys de l'estudi "Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya"¹⁴, així com contextualitzar-los i discutir-los i fer propostes de polítiques públiques.

METODOLOGIA

Es tracta d'un estudi transversal de la població resident a Catalunya l'any 2015 menor de 15 anys. Es van analitzar les variables relatives a l'estat de salut, l'ús dels serveis sanitaris i el consum de medicaments receptats.

El nivell socioeconòmic es deriva de la informació utilitzada per calcular els nivells de copagament farmacèutic (és a dir, els ingressos d'un individu, la situació laboral i els beneficis rebuts de la Seguretat Social) que s'inclouen al registre central dels assegurats. Els infants van ser assignats al nivell socioeconòmic del seu tutor (mare, pare o tutor legal).

Es van calcular taxes, freqüències i mitjanes per a les diferents variables analitzades. Les dades es van estratificar per sexe i es presenten per als diferents nivells socioeconòmics. Els resultats es van estandarditzar per edat utilitzant la població resident a Catalunya segons el registre central d'assegurats l'1 de gener de 2015 com a població de referència.

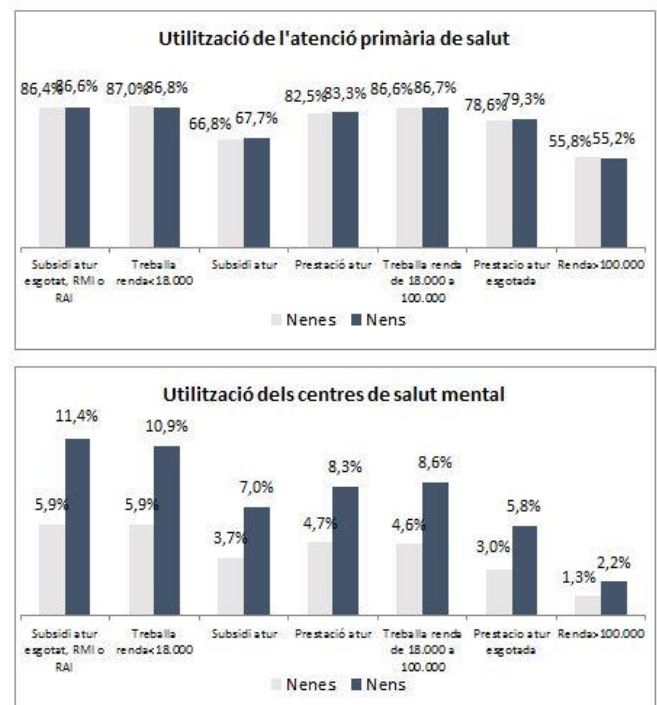
RESULTATS

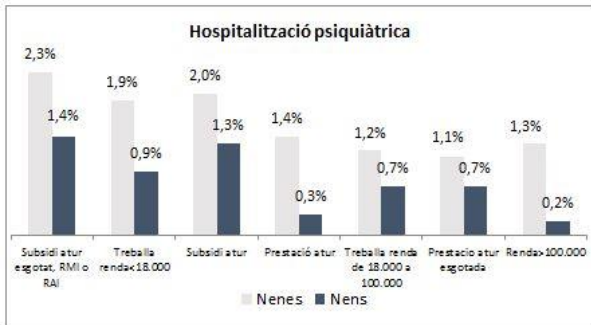
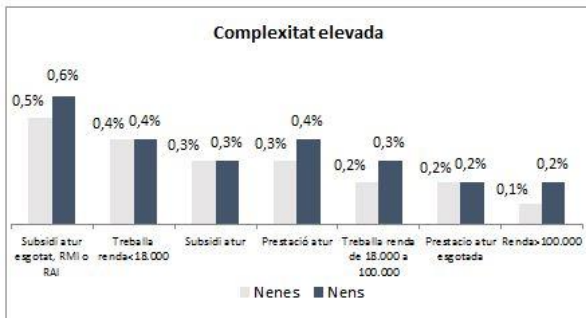
Els infants de famílies de nivell socioeconòmic més baix eren més propensos a presentar una complexitat elevada que els de nivells socioeconòmics superiors (quatre vegades més en el cas de les nenes i 2,8 vegades més en el cas dels nens). Els infants amb un nivell socioeconòmic menor tenien 1,6 vegades més probabilitats de ser atesos a l'atenció primària

que els de nivells socioeconòmics superiors (nombre mitjà de visites 7,8 vs 4.2 per a nenes i 7,9 vs 4.4 per a nens) (Figura 1). Els infants de baix nivell socioeconòmic van ser atesos als centres de salut mental amb molta més freqüència que els de nivell socioeconòmic més alt: 4,4 vegades més en el cas de les nenes i 5,1 vegades més en el cas dels nens (Figura 1). La taxa d'hospitalització va ser 3,4 vegades superior a les nenes de nivell socioeconòmic més baix que a les de nivell socioeconòmic superior, i aquesta proporció és 2,2 vegades superior en el cas dels nens. Els valors van ser molt similars pel que fa a la taxa d'hospitalització quirúrgica.

La taxa d'hospitalització psiquiàtrica en nenes de baix nivell socioeconòmic va ser de 6,8 vegades superior a la de les nenes amb un nivell socioeconòmic més elevat (Figura 1). Els infants de menor estatus socioeconòmic van ser tres vegades més propensos a consumir fàrmacs per a la salut mental: les nenes tenien més de quatre vegades més probabilitats de consumir ansiolítics, i els nens eren més de quatre vegades més propensos a consumir antipsicòtics. Els nens de nivell socioeconòmic més baix tenien un major consum de medicaments per al TDAH que els del nivell socioeconòmic més alt. Els nens van consumir més del doble del nombre de medicaments per al TDAH que les nenes.

Figura 1. Resultats d'indicadors seleccionats en la població menor de 15 anys, per sexe i nivell socioeconòmic. Catalunya, 2016





Font: Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

DISCUSSIÓ

L'estudi va mostrar un gradient socioeconòmic en totes les variables analitzades en ambdós sexes: és a dir, en l'estat de salut i també en l'ús dels serveis sanitaris i en el consum de medicaments amb recepta. El gradient va ser petit (encara que present) en atenció primària i urgències, moderat en consum de medicaments amb recepta, major en hospitalitzacions i molt més alt en salut mental. Pel que fa al gènere, les nenes van tenir valors més alts en hospitalització psiquiàtrica i consum d'anxiolítics. Els nens van tenir valors més alts en la resta de psicofàrmacs i la resta d'indicadors.

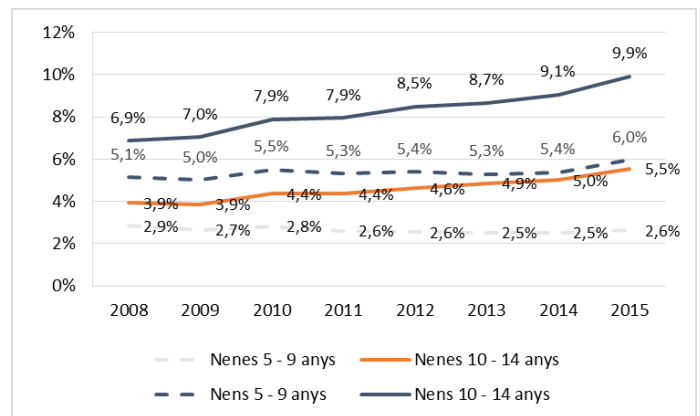
L'impacte de la crisi econòmica sobre la salut mental de la població pediàtrica a Catalunya coincideix amb un augment del nombre d'infants i adolescents atesos en serveis de salut mental i un augment de diagnòstics greus^{15,16} (Figura 2).

De fet, els resultats de l'estudi presentat relatius a infants són molt cridaners: llur estat de salut es veu profundament afectat pel nivell socioeconòmic dels seus pares. Hi ha una evidència científica creixent, tant de la biologia com de les ciències socials, de la importància dels primers anys de vida (inclosa l'exposició a l'úter) en la formació de les capacitats que promouen el benestar al llarg del cicle de vida¹⁷. La infància també és un transmissor estructural de les desigualtats^{18,19}, tant pel que fa a la salut com pel que fa a la situació

socioeconòmica²⁰; els infants es veuen afectats pel seu entorn socioeconòmic²¹, i les dificultats en aquest àmbit són especialment difícils de superar.

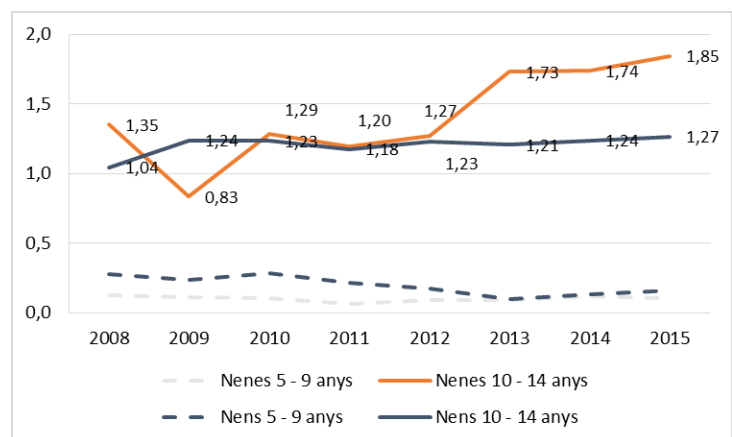
Figura 2. Evolució del percentatge de persones menors de 15 anys ateses en centres de salut mental i de la taxa d'hospitalització psiquiàtrica segons edat i sexe. Catalunya, 2008 - 2015

Percentatge de persones menors de 15 anys ateses en centres de salut mental



Font: Colls C, Ruiz-Muñoz D, García-Altés A. Evolució de la utilització de serveis i el consum de fàrmacs 2008-2015. Monogràfics de la Central de Resultats, núm. 25. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

Taxa d'hospitalització psiquiàtrica (per 100.000 hab.)



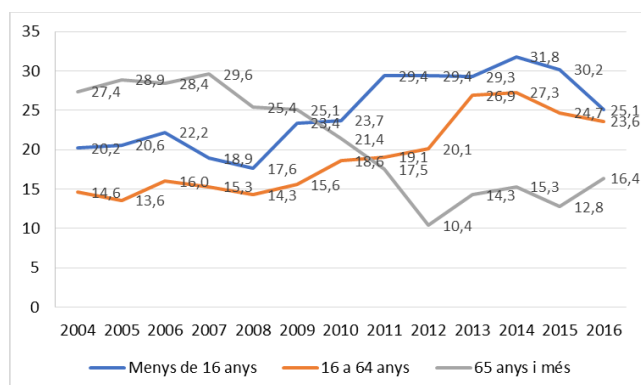
Font: Colls C, Ruiz-Muñoz D, García-Altés A. Evolució de la utilització de serveis i el consum de fàrmacs 2008-2015. Monogràfics de la Central de Resultats, núm. 25. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.

L'evidència diu que el nivell educatiu dels progenitors explica les competències i les destreses indispensables dels fills²², i que també les capacitats no cognitives (autocontrol, motivació, consideració adequada del futur, etc.), de nou explicades per les condicions útils i dels primers 5 anys de vida, afecten tant les condicions de vida futures com la salut de les persones¹⁷.

La major utilització dels serveis sanitaris entre els més desfavorits demostra que el sistema públic de salut respon a les diferències en l'estat de salut de la població. No obstant això, hi ha dos apunts importants que cal fer aquí. En primer lloc, ja que no és possible ajustar l'anàlisi segons les necessitats de cada persona, no podem determinar si el gradient observat en l'ús de serveis hauria de ser major o menor. En segon lloc, no podem estar segurs que el gradient observat en els serveis sanitaris públics es mantingui en el conjunt del sistema sanitari, ja que se sap poc sobre l'ús de serveis sanitaris privats²³. De fet, alguns estudis han demostrat que l'atenció ambulatoria especialitzada s'utilitza més freqüentment en les classes avantatjades²³, fet que faria suavitzar el gradient en el cas d'aquest servei sanitari.

En aquest context, l'any 2009 hi havia 1.460.000 persones a Catalunya per sota el llindar de pobresa, el 20,2% de les quals eren menors de 16 anys i el 27,4% majors de 65 anys, xifra que s'ha incrementat arribant a 1.538.300 persones l'any 2014. Ara bé, el patró de pobresa ha canviat en el període de crisi: l'any 2014 el risc de pobresa té més incidència entre els menors de 16 anys (28,8%), seguit de la població de 16 a 64 anys (20,6%) i finalment pels majors de 64 anys (14,4%)¹ (Figura 3). És a dir, abans de la crisi eren els majors de 64 anys el col·lectiu més afectat per la pobresa, ara són les nenes i els nens.

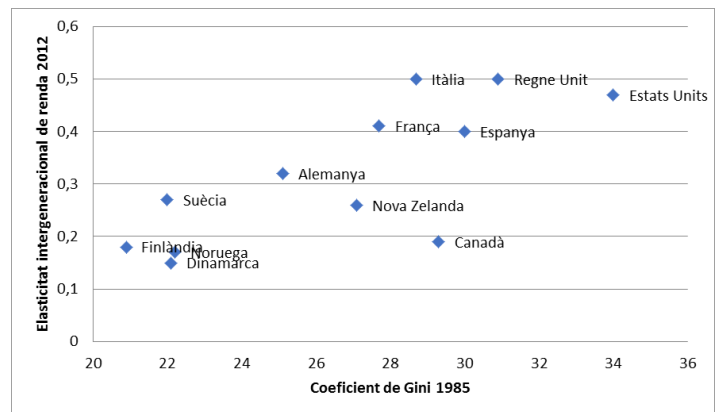
Figura 3. Evolució de la taxa de risc de pobresa segons grup d'edat. Catalunya, 2004 – 2016.



En això, s'hi afegeix un altre problema: l'ascensor social està espatllat²⁴. Saber com funciona l'ascensor social a cada país contesta a la pregunta de si les nenes i els nens pobres es

converteixen en adults pobres. Quant menys expliqui la renda dels progenitors la renda dels fills, millor funciona l'ascensor social: aquest és el cas de Dinamarca, Noruega, Finlàndia o Canadà. En canvi, hi ha ascensors avariats a Regne Unit i Estats Units, ocupant Espanya i França les posicions intermèdies entre els dos extrems esmentats dins dels països de l'OCDE. Si es dibuixa de manera conjunta la iniquitat d'un país – per exemple, mesurada pel coeficient de Gini – i la relació entre la renda dels fills amb la dels seus progenitors, es troba una correlació positiva coneguda amb el nom de la corba del Gran Gatsby²⁴ (Figura 4). La forta iniquitat i el mal funcionament de l'ascensor social semblen anar de la mà. Per solucionar això cal que l'ascensor social funcioni, perquè algú pot ser irremediament pobre, però tothom té dret a que els seus fills puguin no ser-ho.

Figura 4. Associació entre desigualtat i mobilitat entre generacions



Font: García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28 Suppl 1:31-6.

Un efecte semblant es dona en termes de salut, el que es coneix com a mobilitat intergeneracional de salut, és a dir, la relació entre l'estat de salut dels progenitors i el de les seves filles i fills. Els estudis empírics suggereixen que a Espanya l'estat de salut autopercebut dels fills depèn de manera significativa dels progenitors, una vegada ajustat per característiques personals com l'edat, el sexe i la composició del llar²⁵. Això és especialment important ja que, de nou ajustant-se pel nivell d'ingressos, d'educació, i de classe social dels progenitors, les nenes i nens amb mala salut tenen un menor nivell educatiu, pitjor salut i classe social més baixa quan arriben adults, edat a la que, al seu torn, poden ser mares o pares²⁶. És a dir, en cas de mala salut, l'ascensor social funciona però "per baixar".

Davant d'aquest panorama, un cop superat el primer impacte de la crisi econòmica, la preocupació ha de centrar-se ara en

l'impacte a mig i llarg termini, ja que és l'augment de la desigualtat social i l'atur de llarga durada el que, malgrat els serveis sanitaris, el que pot amenaçar greument la salut^{27,28}.

Les solucions són conegudes: apostar per l'estat de benestar i per la salut en totes les polítiques²⁹. Un estat del benestar finançat de manera més progressiva, racionalitzant la cartera de serveis; salut en totes les polítiques, però molt especialment en educació i polítiques actives d'ocupació; la potenciació de l'atenció primària, ja que té un important paper redistributiu³⁰, i permet disminuir les desigualtats socials en salut³¹; i finalment, millores institucionals i reformes estructurals.

Posats a destacar una reforma estructural, aquesta ha de ser l'educació, en especial l'educació primària. La inversió en educació primària, finançada públicament, facilita la igualtat d'oportunitats i evita que la pobresa sigui hereditària, permet mobilitzar els millors recursos humans (sense discriminació per raó d'origen socioeconòmic) i té una influència determinant en l'estat de salut, particularment en aquells amb major risc d'exclusió social³².

Així doncs, tenint en compte els múltiples impactes de la crisi, els intents de dissenyar polítiques públiques per mitigar els seus efectes han de ser intersectorials³³ i actuar sobre els determinants de la salut. El nivell educatiu de la població és crucial per a la seva ocupació, ingressos econòmics i estat de salut futurs, per a la mobilitat social i sanitària a través de generacions, i també per protegir-se dels riscos econòmics i socials provocats per la crisi. A més, és important dissenyar polítiques per als sectors més vulnerables de la població com ara infants, dones i grups que ja presentaven majors desigualtats abans de la crisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2015. http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2015.pdf
2. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. Impact and implications for policy. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe. 2014.
3. Rivadeneyra-Sicilia A, Minué S, Artundo C, Márquez S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):12-7.
4. Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review. Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010. London: UCL Institute of Health Equity. 2010.
5. Goldblatt PO. Moving forward monitoring of the social determinants of health in a country: lessons from England 5 years after the Marmot Review. Glob Health Action. 2016;9:29627.
6. Jiménez-Martín S, Viola A. El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea. Madrid: Observatorio de la Sanidad Fedea. 2014.
7. La salut a Barcelona 2014. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona. 2015.
8. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, et al. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. Eur J Public Health. 2013;23:732-6.
9. Librero J, Segura A, González López-Varcárcel B. Suicides, hurricanes and economic crisis. Eur J Public Health. 2014;24:183.
10. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. Eur J Public Health. 2014;24:415-8.
11. Novoa A, Ward J, Malmusi D, et al. How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s. Int J Equity Health. 2015;14:120.
12. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectiva. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):1-6.
13. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequities in London. London: UCL Institute of Health Equity. 2012.
14. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
15. Quiroga V, Guasch C. L'afectació de salut mental en la població infantil i adolescent en situació de risc a Catalunya. Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa 2014;57:135-53.
16. Colls C, Ruiz-Muñoz D, García-Altés A. Evolució de la utilització de serveis i el consum de fàrmacs 2008-2015. Monogràfics de la Central de Resultats, núm. 25. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017.
17. Heckman JJ. The developmental origins of health. Health Econ. 2012;21:24-9.
18. Desheredados. Desigualdad infantil, igualdad de oportunidades y políticas públicas en España. Save the Children, 2017.

- <https://www.savethechildren.es/publicaciones/desheredados>
19. Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, et al. Improving health equity through action across the life course: Summary of evidence and recommendations from the DRIVERS project. (Report produced as part of the 'DRIVERS for Health Equity' project). Brussels: EuroHealthNet. 2015. <http://health-gradient.eu/>
 20. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisi econòmica, pobresa e infància. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los "niños y niñas de la crisis"? Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28:132-6.
 21. Flores R. La transmisión intergeneracional de la pobreza: factores, procesos y propuestas para la intervención. Madrid: Fundación Foessa, 2016.
 22. Anghel B, Cabrales A. Los determinantes del éxito en la educación primaria en España. A: Cabrales A, Celentani M, coordinadores. Talento, esfuerzo y movilidad social. Madrid: Fedea; 2011. pp. 107-73. <http://www.fedea.net/meritocracia/pdf/talento-esfuerzo-movilidad.pdf>
 23. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. Health Econ 2004;13:689-703.
 24. García-Altés A, Ortún V. Funcionamiento del ascensor social en España y posibles mejoras. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28:31-6.
 25. Pascual M, Cantarero D. Intergenerational health mobility: an empirical approach based on the ECHP. Appl Econ. 2009;41:451-8.
 26. Case A, Fertig A, Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance. J Health Econ. 2005;24:365-89.
 27. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. Eur J Health Econ. 2015;16:175-84.
 28. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet. 2017;389:1229-37.
 29. Artazcoz L, Oliva J, Escribà-Agüir V. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010 Gac Sanit. 2010;24:1-6.
 30. Urbanos R, Meneu R. La investigación sobre desigualdades en utilización de servicios sanitarios y sus distintos abordajes. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción., pp. 145-16.
 31. Hernández-Aguado I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26:6-13.
 32. Hidalgo-Hidalgo M, Iturbe-Ormaetxe I. Long-run effects of public expenditure on poverty. J Econ Inequa. 2018;16:1-22.
 33. Pla Interdepartamental de Salut Pública (PINSAP). Barcelona: Agència de Salut Pública de Catalunya. Generalitat de Catalunya. http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/pinsap/

Com citar l'article: García-Altés A. La Salut s'hereta: l'Ús de serveis sanitaris de les nenes i els nens de Catalunya depèn del nivell socioeconòmic dels seus progenitors. But At Prim Cat 2018;36:60.