

ATS 11 181

Hola, buenas noches, bienvenidos a un nuevo programa de Noticias Vida y Salud es un espacio de interés general sobre todo lo que afecta a nuestra salud en el sentido más amplio de la palabra. Determinantes biológicos, sociales, psicológicos, asistenciales, económicos, influyen en nuestra calidad de vida y en nuestro nivel de salud y de ello tratamos en este espacio cada jueves durante 15 minutos aproximadamente. Y lo hacemos con la ayuda de especialistas, por parte de la UNED contamos cada día con profesores del curso de nivelación de los ayudantes técnicos sanitarios que coordinan y dirigen este programa y como invitados contamos también con otros profesionales implicados en este proceso que es la salud.

Hoy os vamos a ofrecer el tercer y último programa de la serie sobre marginación y salud y vamos a hablar de más de 3 millones de personas que viven en estos momentos en España en condiciones de subdesarrollo y por lo tanto no se están beneficiando del progreso económico, social ni sanitario que ha experimentado nuestro país en los últimos 30 años. Yo tenía un primo a esta fe que se tuvo que marchar, se tuvo que ir a Alicante, ay, desde cuando no llamaba, con el ojo todo río, con una pena en el alma que a Alicante se había ido, lágrimas y lágrimas de oro, porque ha quitado su corazón. Los gitanos, por ejemplo, tienen una esperanza de vida de 57 años, mientras que para el resto de la población española la esperanza de vida se sitúa en torno a los 74 años.

La polio, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas ya superadas se dan todavía en ciertos grupos sociales. ¿A qué se deben estas desigualdades, esta discriminación sanitaria y qué es lo que falla en las campañas de vacunación y en otros programas institucionales de promoción de la salud que no llegan a los colectivos marginales? De todo ello vamos a hablar con Begoña Alonso, profesora de salud pública en la UNED, que nos va a presentar enseguida a su invitada de hoy al programa. Muy buenas noches, nuevamente estamos con vosotros dentro del ciclo de marginación y salud.

Hoy vamos a hablar sobre las bolsas de pobreza. Y nuevamente hemos traído a nuestro estudio a Pilar Estebanez, es doctora, es en este momento directora de un proyecto de investigación de prostitución y hábitos sexuales en la sociedad para el Instituto de Carlos III, preside además el colectivo de apoyo a la mujer prostituida y es presidente de Médicos del Mundo España. Buenas noches Pilar Estebanez.

Buenas noches. El tema que estuvimos hablando el anterior día contigo fue sobre la prostitución. En este momento queremos hablar de las bolsas de pobreza y qué relación existen de estas bolsas de pobreza de nuestra sociedad con los patrones epidemiológicos en materia de salud de nuestra comunidad, ya que se está hablando que España tiene unos indicadores de salud muy buenos y efectivamente si esto es así o cómo se distribuyen estos patrones de salud.

Sí, es cierto, España afortunadamente ha pasado de ser desde los años 50 una sociedad en la

cual los indicadores de salud eran bastante bajos comparando con Europa a tener unos indicadores muy buenos, importantes, si hablamos de esperanza de vida, de morbilidad, de mortalidad, etc. Sin embargo, lo que ocurre es que se han ido las diferencias cada vez han sido mayores y han creado unas bolsas de pobreza que no presentan este patrón epidemiológico. Si podíamos decir que la sociedad en general presenta un patrón epidemiológico del desarrollo, se mueren mayores, se mueren de cánceres, no se mueren de enfermedades infecciosas, etc.

Sin embargo, estos grupos de pobreza, estas bolsas presentan un patrón en el cual se mueren de enfermedades infecciosas, tienen un bajo nivel educativo, bajo nivel social desde el punto de ingresos económicos, mucha tendencia a adicción a drogas de todo tipo, me refiero, y luego sobre todo tienen tendencia a familias con muchos hijos y abortos, problemas ginecológicos, etc. Es decir, presentan un patrón típico de su desarrollo. Entonces, se están superponiendo estos dos patrones.

¿Qué colectivos podríamos hablar? Podríamos hablar del colectivo gitanos, por ejemplo, la diferencia, el colectivo de gitanos todavía la esperanza de vida está en 57 años, cuando la esperanza de vida en la sociedad en general nuestra en España ha ido a 74 años. Entonces, igual que hace 10 años la esperanza de vida estaba en 60 y pico años en nuestro país, entonces, igual que eso ha aumentado 15 años, en el colectivo gitano se ha mantenido, solo ha aumentado 2 años. Entonces, por eso las diferencias cada vez son mayores.

Fíjate si vamos, por ejemplo, al colectivo de toxicómanos, en el cual se calcula que mueren entre 500 y 60 jóvenes toxicómanos de 120.000 al año. Entonces, son personas que están muriendo joven. Entonces, eso es otro patrón típico.

¿De qué enferman los toxicómanos? De enfermedades infecciosas, problemas de abortos que tienen las mujeres, problemas de niños de bajo peso, niños prematuros. Igual ocurre con las gitanas. Y fíjate si vamos, por ejemplo, al colectivo de presos, que hay 23.000 presos en España.

Otro colectivo es una bolsa de marginación y de pobreza en salud increíble. ¿De qué enferman? Pues de enfermedades de la edad media, casi. Problemas de chinchas, de piojo, de tuberculosis.

Y ahora ha llegado a todo esto a sumarse el problema del SIDA. Y otro grupo importante que está llegando ahora es el problema de migrantes, el grupo africano. Últimamente, lo que hemos visto por la prensa, se ha muerto una persona casi de frío, de una enfermedad infecciosa.

Entonces, creo que lo que se está dando es un patrón epidemiológico de desarrollo importante, pero superpuesto un patrón de su desarrollo típico en estos colectivos, que en España se piensa que supera hasta 3 y 4 millones de personas. Es muy importante. ¿Qué medidas consideras tú que se podrían dar o que se podrían poner en marcha tanto a nivel del Estado como a nivel social para evitar, como tú muy bien decías antes, esta mayor diferencia, cada vez mayor diferencia entre el desarrollo socioeconómico y, por lo tanto, de salud de nuestra

comunidad y el de estos grupos que, cada vez, como tú dices, están más marginados? Pues yo creo que utilizar lo que se está diciendo continuamente.

Estamos hablando de salud para todos en el año 2000. Resulta que el primer objetivo es disminuir las desigualdades en salud. Entonces, ¿cómo las disminuimos? Pues, ni más ni menos, es decir, incrementando la actuación hacia estos colectivos con medidas de discriminación positiva.

Y, sobre todo, hay tres elementos importantes, que es la captación, la accesibilidad humana y la accesibilidad administrativa. ¿Qué quiere decir esto? Resulta que los programas que estamos haciendo, los requisitos que exigimos, aunque sean programas para grupos marginales, son requisitos que estos colectivos no los tienen. Por ejemplo, el tema africano.

Exigimos papeles que estén empadronados, etcétera, etcétera, y estos colectivos no los tienen. Entonces, yo creo que debemos plantearnos que, debido a sus condiciones de marginalidad, están alejadas de las instituciones y tenemos que plantear políticas de priorización para captarles y llevarles. Fíjate, se están apareciendo las bolsas, por ejemplo, de... Resulta que hemos estudiado que hay polio, que han aparecido casos de polio.

¿Dónde han caído esos casos de polio? En colectivos marginales de Andalucía. Igual que hemos conseguido una campaña de vacunación, que ya está en toda la población, a no ser que hagamos medidas específicas para estos colectivos, no los vamos a captar para las campañas de vacunación. Entonces, explica un poco más en profundidad qué es eso de la discriminación positiva que tú hablas.

Por ejemplo, ¿una medida de discriminación positiva sería el obligar al censo a todos estos grupos marginales? No, no, no. Estoy hablando de medidas de discriminación positiva, es decir, de actuar más, para integrar más. Es decir, cuando hay una diferencia, ¿qué ha ocurrido? Cuando nosotros hemos querido vacunar, hemos ido a los colegios.

Si queremos captar y que, por ejemplo, el colectivo gitano o el colectivo africano tenga un mayor nivel de salud, tenemos que ir a ellos estudiando sus condiciones, captarles al sistema y priorizar mediante agentes de salud, mediante... Es decir, lo que ponen en los libros, lo que son clases y las cinco funciones de la atención primaria. Bien, es decir, que efectivamente serían medidas, no tanto de discriminación, sino precisamente de priorización. Sí, pero se llama discriminación positiva, es decir, que ya que están tan discriminados hacia abajo, socialmente, tenemos que implementar más.

Y la cosa es que no se esté implementando más, sino que no se está haciendo ni lo mismo en la sociedad en general. Efectivamente, se podría hablar de que no sólo existe una marginación social y económica y, por lo tanto, cultural, sino que además también existe una marginación sanitaria. Sí, yo creo que sí.

Además, es evidente. Es decir, existen diferencias grandísimas de las enfermedades por clase

social. Por ejemplo, ahora, ¿qué está ocurriendo? Está apareciendo otra vez la epidemia de tuberculosis.

¿Dónde se está dando? ¿Dónde el medio físico...? Es decir, estamos volviendo a las enfermedades donde el medio físico es importante. El medio físico, ¿qué condiciones tienen estas casas? Hacinamiento, humedad, problemas de alimentación. Es ahí donde tenemos que actuar.

Tratando de cambiar el medio ese, pero a la vez tratando de que estas personas acudan y buscando el medio para que acudan, como lo hemos hecho con los hacianos, como lo hemos hecho con las mujeres, con los métodos de planificación familiar. Es decir, sólo que nuestros colectivos no se está llegando a hacer, porque los programas que hay, a veces institucionales, no les llega. ¿En qué sentido tú conoces algún programa que esté realmente preocupándose por eso, aunque no sea a nivel estatal, sino a nivel privado o de alguna organización no gubernamental? Hombre, yo creo que las ONGs, las organizaciones no gubernamentales, a veces sólo que en nuestro país están muy asociadas, a veces al sentido religioso, mesiánico, ¿no? Porque hasta ahora decir la acción humanitaria y la acción hacia los colectivos marginales ha estado un poco llevado por esas vías, pero ya se empieza a plantear programas.

Ahora el tema africano. He visto que la sociedad está un poco echando, sensibilizada y diciendo que qué está pasando aquí. En el tema de cárceles, pues se está haciendo un esfuerzo.

Creo que ese esfuerzo es importante. Quizá había que haberlo hecho antes, pero por ejemplo, mejorar por lo menos las condiciones físicas. ¿Cómo es posible que vivan en cuatro metros cuadrados cuatro o cinco personas, todas de riesgo psicosocio-sanitario? Porque son personas que vienen de clases sociales y que vienen ya con patologías.

En el caso que ya veíamos otro día de la prostitución, en el tema de gitanos. El problema gitano se ha agudizado, no ha mejorado, cuando realmente los otros problemas sanitarios han mejorado mucho en la población. Vamos a ver si puedo resumir lo que tú nos estás contando, Pilar.

¿Podríamos decir entonces que efectivamente a que, pese a nuestro patrón epidemiológico, tiene unos indicadores de buena salud, se mantienen a nivel de ciertas poblaciones indicadores todavía propios del subdesarrollo, que además con el desarrollo socioeconómico y cultural que nuestro país ha tenido en los últimos tiempos, estas diferencias no han disminuido, sino que han aumentado, y que en definitiva las medidas para resolver estos problemas deberían de ir hacia una intensificación de los cuidados de estas poblaciones precisamente marginadas y no meterlas dentro de las medidas normales del conjunto de la población. Eso que tú llamabas muy bien antes, esa discriminación positiva que supone como un cuidado más prioritario con nuestros grupos de población para que mejoren sus condiciones de salud. Sí, exactamente, por ser conocidos marginales no están integrados dentro de nuestras redes.

Entonces lo que tenemos que hacer es el mayor esfuerzo en la captación y la accesibilidad de

los servicios, con sus peculiaridades culturales, con sus peculiaridades específicas, como ocurre por ejemplo en el mundo gitano, en el mundo africano, en el mundo preso, en el mundo toxicómano, y plantearlo de esta forma, porque si no, ellas no van a venir por su propio bien, porque está dentro del concepto de marginalidad, de que no acudan a las instituciones. Es decir, que no desde el punto de vista de integrarlos a nuestras condiciones y a nuestra cultura, sino partiendo de su cultura y de sus condiciones específicas, plantearles las alternativas preventivas de cara a mantener un mejor nivel de salud. ¿No sería eso? Totalmente, de acuerdo.

Bueno Pilar, te agradecemos nuevamente el que hayas estado con nosotros otro día más. Esperamos estar en otras ocasiones contigo y hasta otro día. Muchas gracias.

A ti. El tiempo de vida y salud finaliza aquí. Agradecemos a la doctora Pilar Estebanez y a la profesora de Salud Pública en la UNED, Begoña Alonso, su participación en este espacio que nos ha servido hoy para reflexionar sobre la situación de marginalidad sanitaria en la que viven más de tres millones de personas en España.

Y terminamos así la serie de programas que os hemos ido ofreciendo en las últimas semanas sobre marginación y salud. El jueves que viene volvemos como siempre a las ocho y media de la noche algo pasadas en este espacio que coordina y dirige el curso de nivelación de los ayudantes técnicos sanitarios de la UNED. Seguimos adelante en el tiempo educativo y cultural de la Universidad Nacional de Educación a Distancia que os acompaña todos los días de lunes a viernes hasta las 11 de la noche.

Estamos en Radio 4 de Radio Nacional de España en FM y en Radio 1, frecuencia modulada también para los oyentes de Barcelona, Gerona, Valencia, La Coruña, Bilbao y Oviedo. Radio Aragón de Calatayud también conecta con la programación de la UNED. Y vamos a continuar con una cuestión muy relacionada también con la salud que va a centrar nuestra atención en los próximos 30 minutos, el tiempo que ocupa todos los jueves a esta hora Psicología Hoy.