Desigualdades en salud, crisis y Atención Primaria

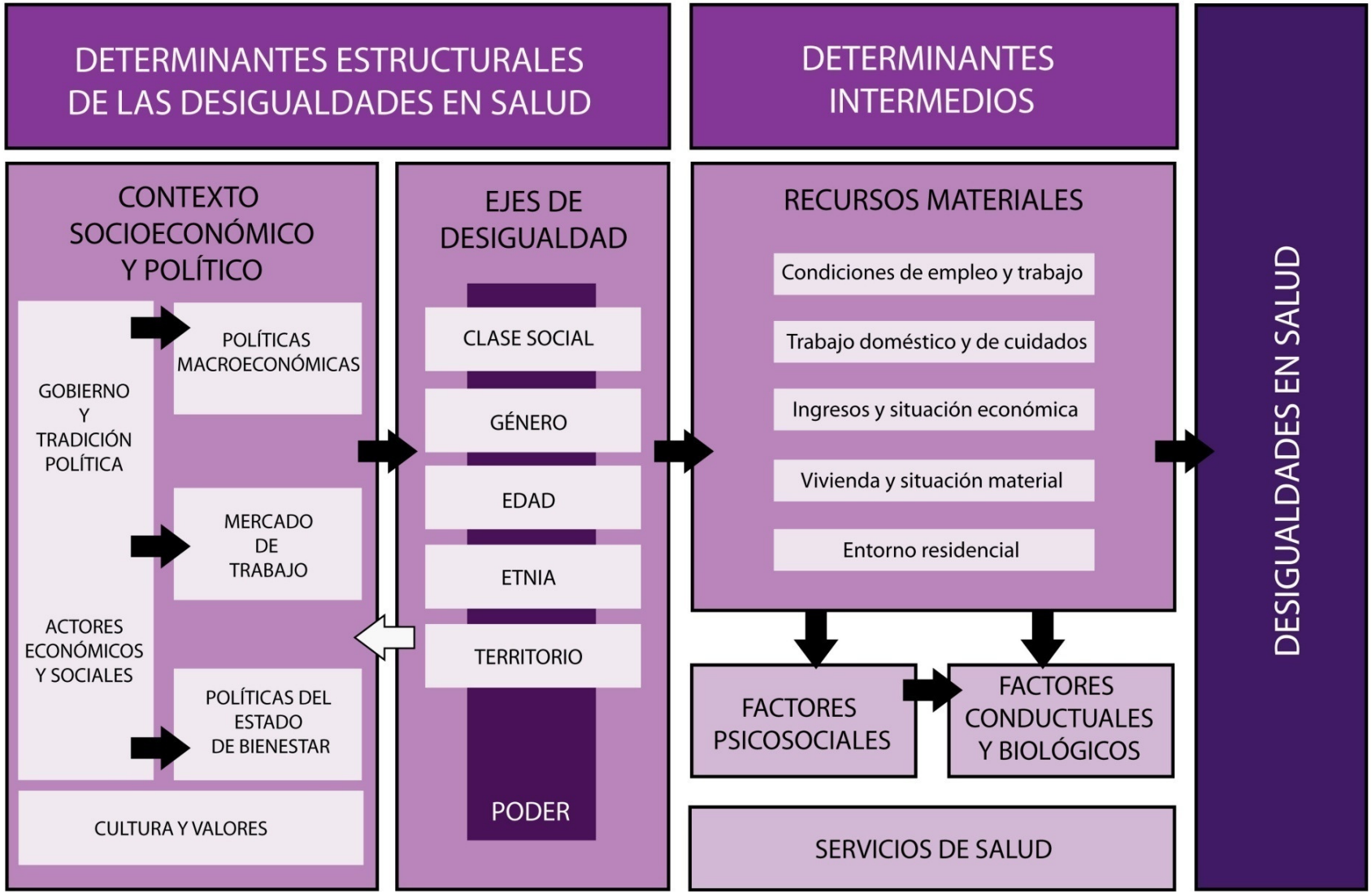
(sin olvidar la dimensión Europea)

Lluís Camprubí

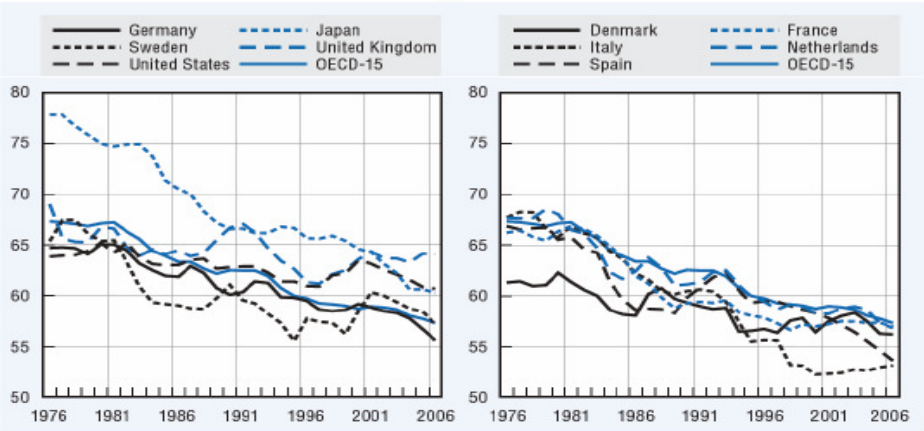
28 Febrero 2014

SIAP, Barcelona.

Los determinantes de las desigualdades en salud. Comisión para reducir las desigualdades en España 2010

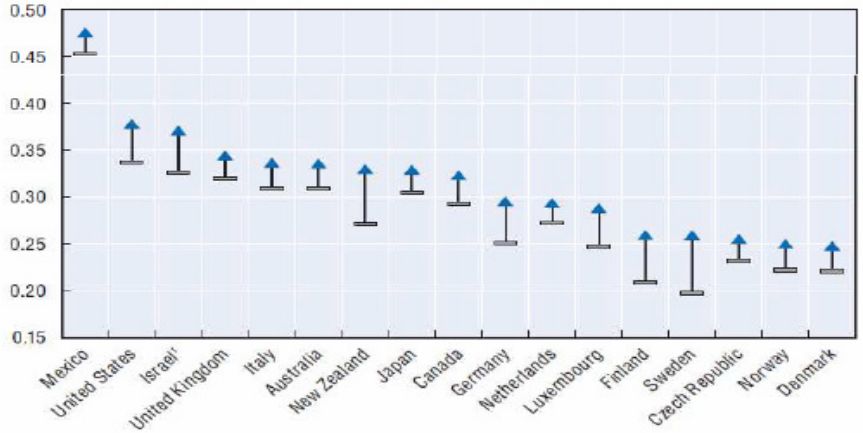


Share of wages as % GDP



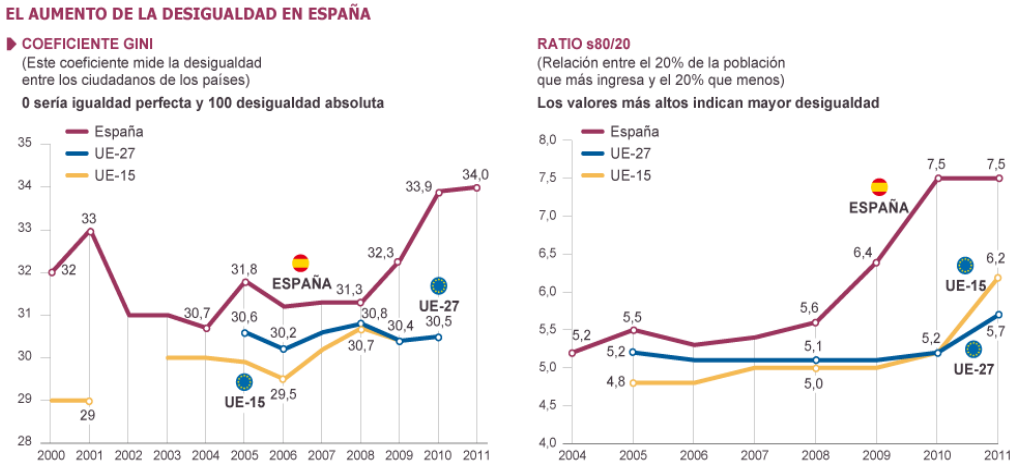
Source: OCDE. Growing unequal ? 2008

Gini income inequality 1985 - 2008

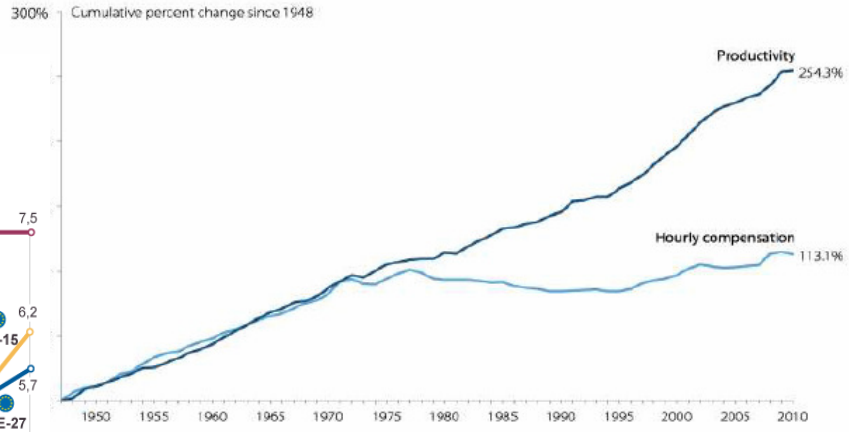


Source: OCDE. Divided we stand, why inequality keeps rising 2011

Las rentas empresariales superan por primera vez a las salariales en España:
El excedente de empresas y autónomos llega al 46,2% del PIB,
La porción del valor añadido de los asalariados se queda en el 46%, el mínimo histórico
(El País, 17 Febrer 2012).



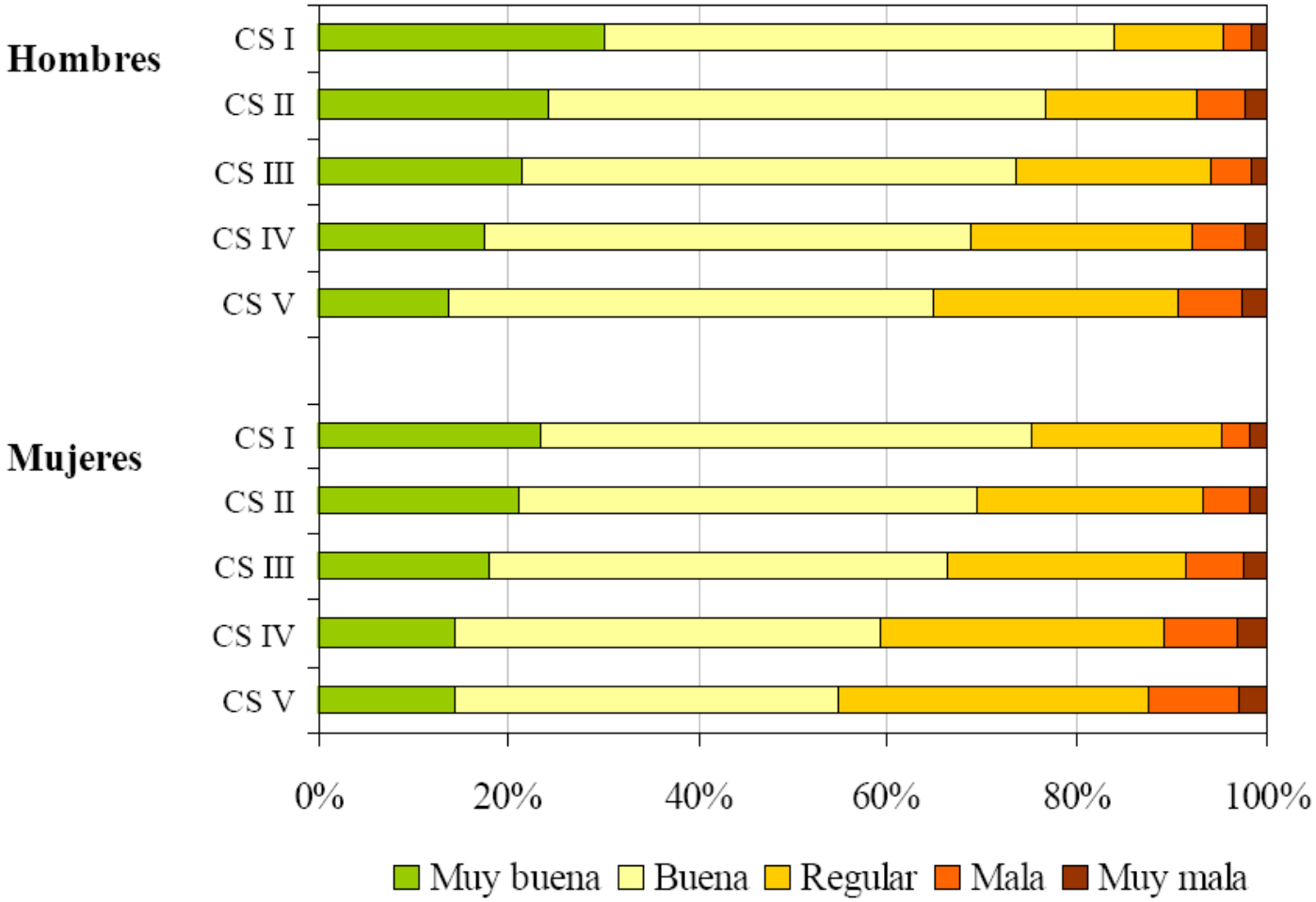
Productivity wage gap US



ource: Lawrence Mischel 2012

Clase social y salud: el “gradiente”

Estado de salud percibido según sexo y clase social. España 2006. Porcentajes estandardizados por edad.



Factores del impacto de las crisis en la salud

'Recessions can hurt, but austerity kills'

- Impacto negativo:
  - Velocidad/agresividad de la crisi
  - Velocidad/agresividad de las medidas
  - Políticas de austeridad (procíclica)

- Protectores:
  - Existencia de Políticas de protección social
  - Cohesión social

4 crisis, 4 lecciones

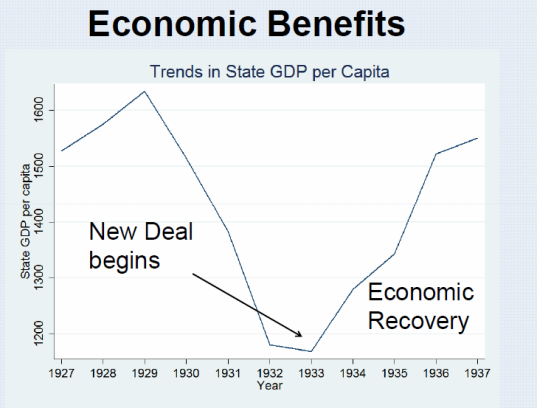
La Gran Depresión , USA años 30

Colapso URSS, principios años 90

Crisis sudeste asiático, finales 90

La Gran Recesión (especificidad Europa, 2008-)

La Gran Depresión



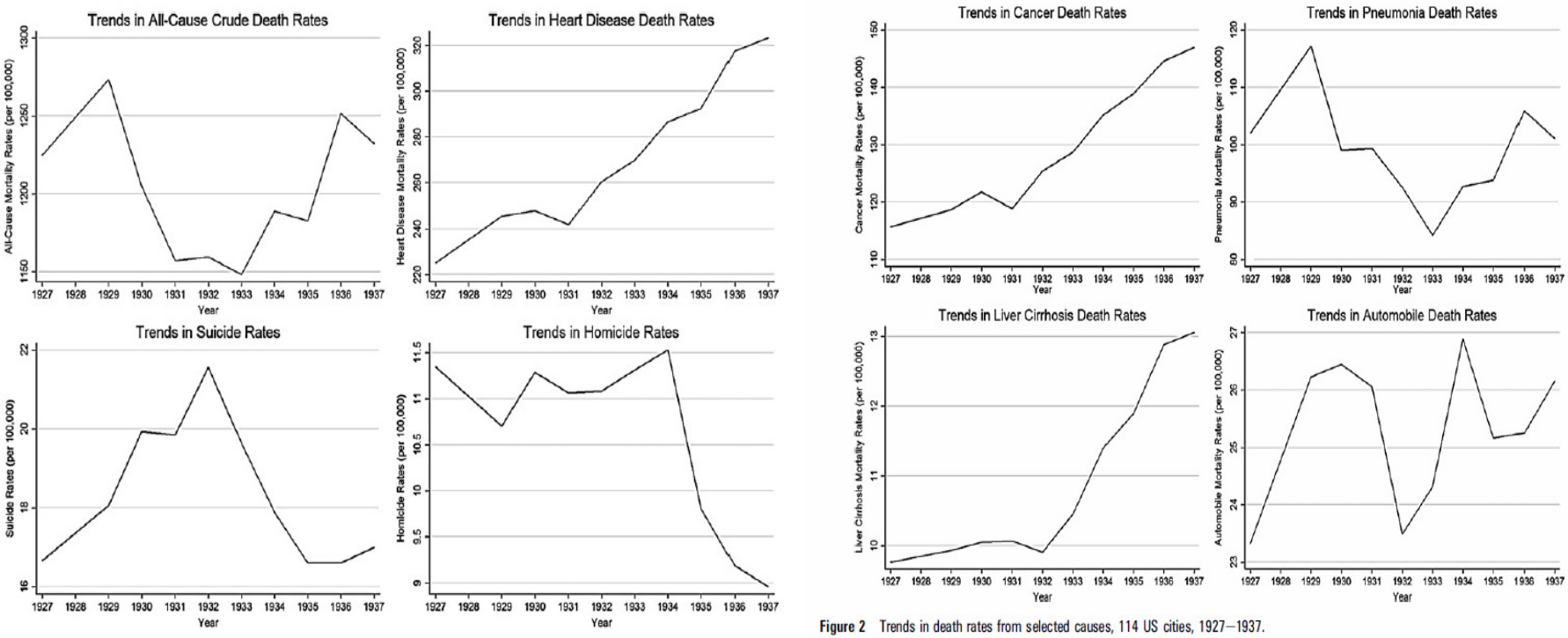
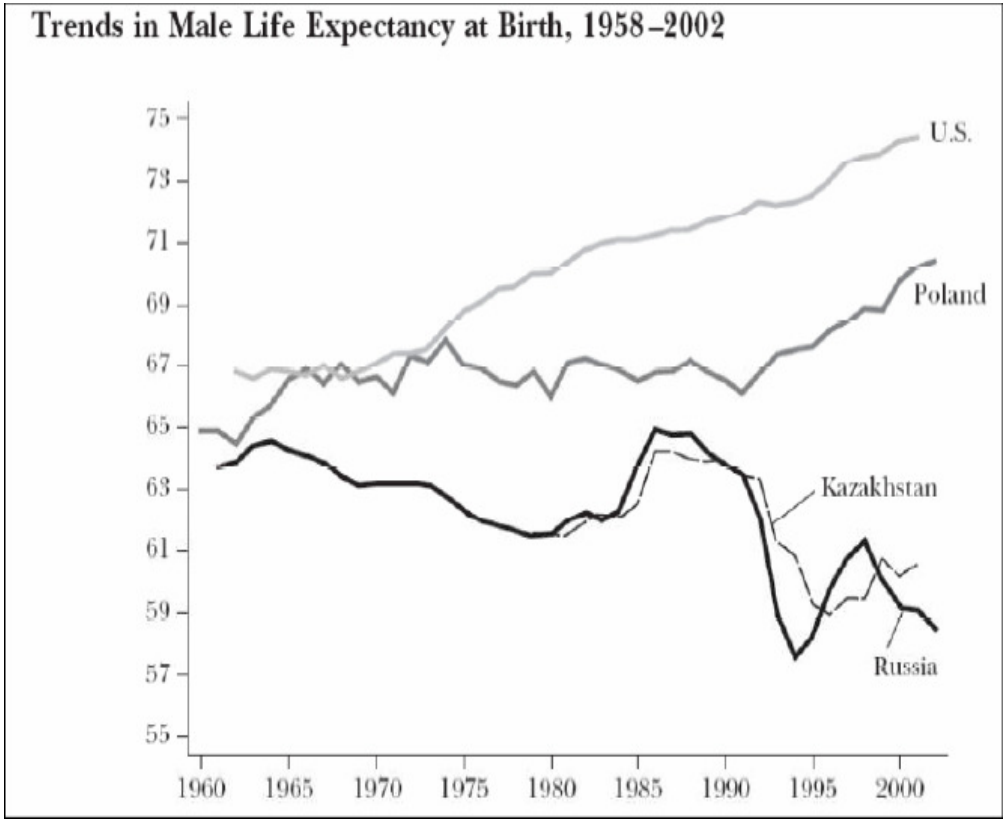
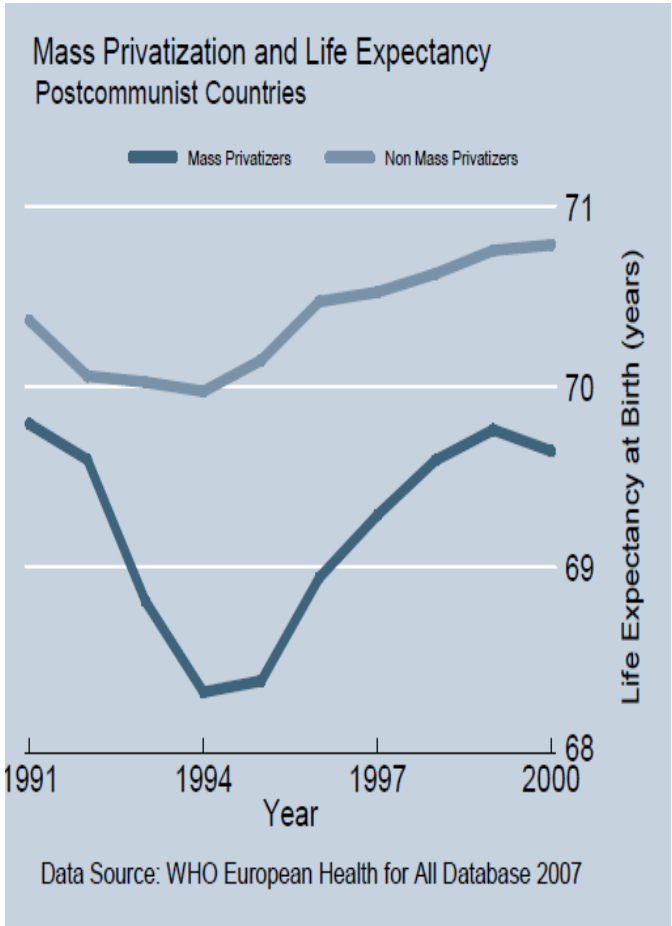


Figure 2 Trends in death rates from selected causes, 114 US cities, 1927–1937.

http://users.ox.ac.uk/~chri3110/Details/P514%20Banking%20crises%20JECH.pdf

Esperanza de vida en algunos países del “bloque del este” (años 90)





Fuente origen: Stuckler D.

Diferentes respuestas entre los países del sudeste asiático (finales 90)

Healthcare Budget Cuts

Indonesia

	1996–97	1997–98	1998–99	1999–2000
Primary care spending				
Total (billion rupiah)	1988·9	1882·3	1677·3	1656·2
Donor	152·8	113·6	299·3	261·3
Government	1836·1	1768·7	1378·0	1395·9
Per person (thousand rupiah)	10·3	9·6	8·5	8·2
Hospital spending				
Total (billion rupiah)	798·9	858·9	915·2	1071·3
Donor	98·9	93·9	278·7	411·8
Government	700·0	765·0	637·5	660·5
Per person (thousand rupiah)	4·1	4·4	4·6	5·3

Price of Austerity

1/3rd Drop in children's access to health care

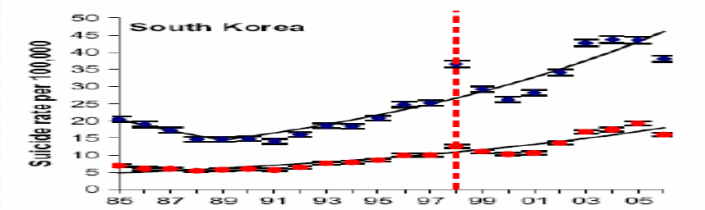
20% Public clinics out of penicillin

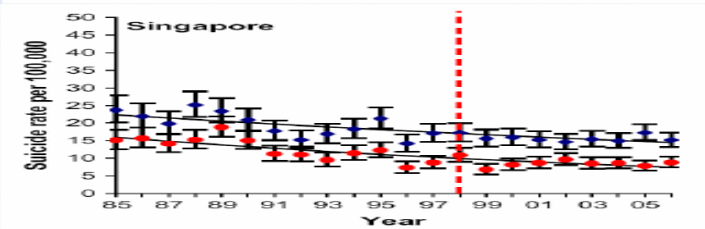
40% Clinics out of ampicillin

50% HIV budget cut

Suicide

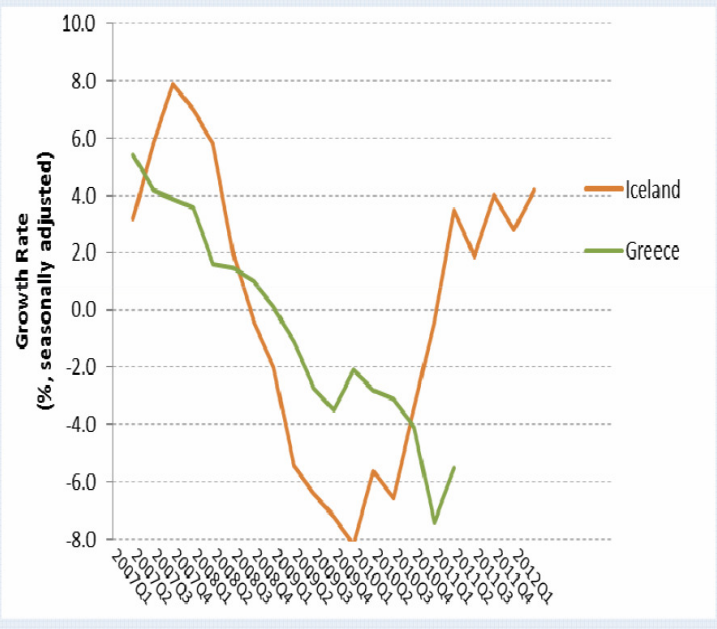
- South Korea and Indonesia borrow from IMF: suicides ↑ 40%
- Singapore and Malaysia, reject IMF loan; spending up, no change





Sources: Hopkins 2006 *Health Policy*; Chang 2009 *Soc Sci Med*

La Gran Recesión. Europa, 2008-



Icelandic Health Survey

	Ages 18-79		Ages 25-64	
	2007	2009	2007	2009
Health-Compromising Behaviors				
Currently smokes cigarettes or other tobacco product	.209***	.176	.225***	.187
5+ alcoholic drinks in 1 day at least 1 time/month (past year)	.221***	.195	.204***	.174
Daily sugared soft drink	.089**	.074	.080***	.064
Daily Sweets	.091***	.066	.093***	.066
Weekly fast food	.316***	.267	.315***	.248
Indoor tanning (past 12 mos.)	.178***	.141	.170***	.127
Health-Promoting Behaviors				
Daily fruit	.371**	.349	.372	.354
Daily vegetable	.285***	.255	.292***	.263
Daily fish oil	.380***	.406	.363***	.393
Daily Vitamins/Supplements	.885	.874	.883	.874
Gets recommended sleep (7–9 hours/night)	.727***	.765	.722***	.763
Time-Varying Covariates				
Married	.547***	.573	.592***	.626
Cohabiting	.200***	.178	.215***	.180
Child in household	.402	.392	.502***	.480
Lives with adult other than partner	.274	.261	.258	.258
Lives in rural area	.116	.111	.117	.113
Homeowner	.797	.790	.854	.852
Potential Mediators				
Hours of work (*.10), mean	3.019***	2.752	3.520***	3.260
Real household income (millions of 2009 krona/year), mean	8.732***	7.068	9.387***	7.623
Loss in wealth (millions of krona), mean	n/a	2.037	n/a	2.197
Anxiety or poor mental health	.255***	.287	.265***	.299

Fuente origen: Stuckler D.

Editar Ver Historial Marcadores Herramientas Ayuda
Outlook - llca... | Health in All ... | homogeneity... | JSTOR: Jour... | 08-1-lopez.pdf | German Doct... | IHS Home Pa... | Greek He... | housing shar...
www.keeptalkinggreece.com/2014/02/06/greek-health-sos-new-reform-bill-to-leave-patients-without-access-to-health-car
Google

tagged: doctors, EOPYY, Georgiadis, Greece, health care, health minister, patients, PEDY, protest, reforms, strike

Greek Health SOS: new "reform" bill to leave patients without access to health care

Posted by keeptalkinggreece in Society

Hundreds of doctors working at National Health Care system (EOPYY) and public hospitals gathered in downtown Athens on Thursday morning to protest the so-called "health reforms" that close down the National Health Care institution (EOPYY), will give the green light to lay-offs of some 3,000 doctors and close down thousands of units of primary health care across the country.

While EOPYY (former IKA, i.e. Greece's biggest insurance fund for the private sector) will be dissolved the new health care institution called PEDY has not been established yet.

The bill tabled by Health Minister Adonis Georgiadis will be voted in the Greek Parliament today.

Georgiadis asks that EOPYY doctors should

- close down their private offices within 7 days

Any ideas?

keeptalkinggreece AT gmail.com

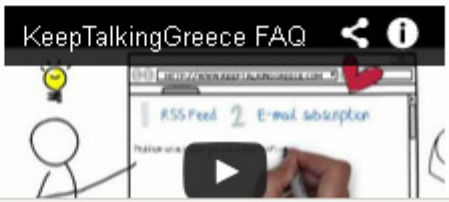
Búscanos en Facebook

Keep Talking Greece
Me gusta

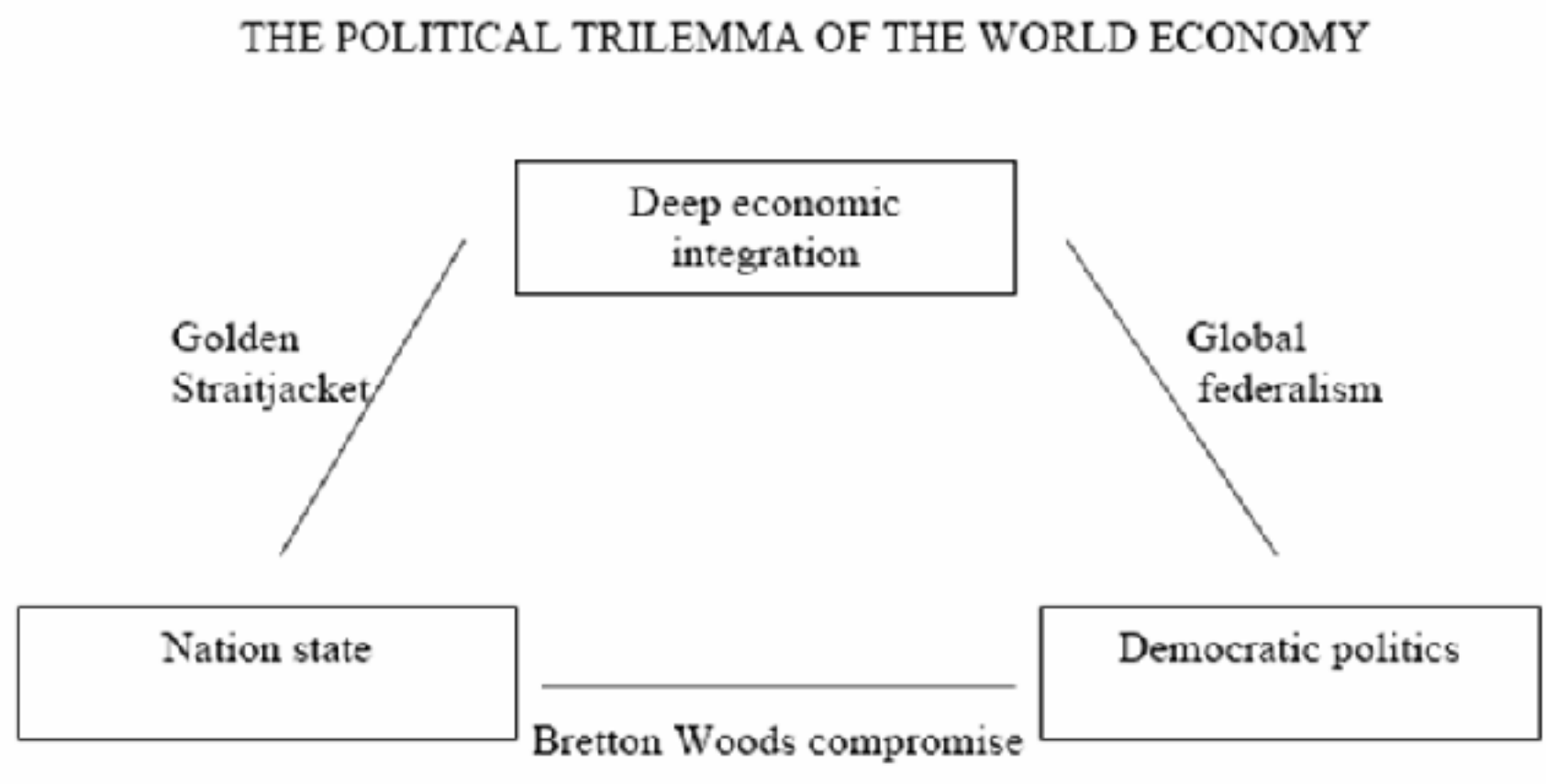
A 5460 personas les gusta Keep Talking Greece.

Plug-in social de Facebook

KTG FAQ



El trilema de Dani Rodrik



http://rodrik.typepad.com/dani_rodriks_weblog/2007/06/the-inescapable.html

Dimensiones de la equidad en AP

- Pensar en la equidad en AP requiere pensar: en su organización, en su accesibilidad (según necesidad), en su calidad (conjugando equidad y universalidad), en dotaciones proporcionales a las necesidades (universalismo proporcional) y en la conexión e inter-relación con el entorno (sanitario, comunitario, social y zonal).

Elementos adicionales a tener en cuenta en equidad y AP

- La literatura también nos habla de tener en cuenta el contexto del usuario, el nivel de atención requerida y el conjunto de sus determinantes de la salud. Para hacerlo con mayor efectividad hay algunas recetas que requieren concreción/adaptación a la propia realidad. En cómo captamos la complejidad de la realidad y en cómo intervenimos en los múltiples ámbitos de esta realidad: la multi-disciplinariedad del equipo, la inter-sectorialidad de las intervenciones y la inserción en la comunidad.

Algunos factores que desde la AP pueden contribuir a aumentar las desigualdades

- Sabemos que los sistemas de salud más centrados en la AP presentan menores desigualdades en salud y tienen mejores indicadores de salud (y son más eficientes).
- Sin embargo, dependiendo de la organización de esta AP también hay evidencia que pueden perpetuarse las desigualdades, fundamentalmente a través de establecer barreras, visibles o no y favorecer a aquellos grupos ya de por si más privilegiados.
- Desigual tiempos de visita, desigual derivación para pruebas complementarias y desigual prescripción de distintos tipos de tratamientos según algunos de los ejes de desigualdad son fenómenos existentes.

Algunas lecturas y fuentes AP y equidad

- Borrell C, Pasarín MI. Las desigualdades sociales en salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención Primaria, 7ª edición. Barcelona: Elsevier, 2014 (en prensa)

- Browne AJ, Varcoe CM, Wong ST, Smye VL, Lavoie J, Littlejohn D, et al. Closing the health equity gap: evidence-based strategies for primary health care organizations. Intern J for Equity in Health 2012; 11:59.

- Harris M, Furler J. How can primary care increase equity in health? NSW Public Health Bull. 2002; 12: 35-37.

- Norbury M, Mercer SW, Gillies J, Furler J, Watt GCM. Time to care: tackling health inequalities through primary care. J Fam Pract. 2011; 28:1-3.

Preguntas abiertas

- -Hemos dicho que los ejes de desigualdad y vulnerabilidad generalmente no se presentan aislados. Según vuestra experiencia, cuáles son los "clusters"/agrupaciones de ejes que requieren una atención/dedicación más especial?

- -En vuestra opinión según los perfiles que atendéis/conocéis: qué interacciones entre los distintos ejes de desigualdad/vulnerabilidad son sumativas y cuáles multiplicativas?

- -Podéis pensar en prácticas/experiencias/programas en que sea mejor un enfoque universal/poblacional; otras en que sea mejor un enfoque "universalismo proporcional"; y otras en que sea mejor un enfoque exclusivo a los colectivos más vulnerables?

- -Cómo se resuelve en el día a día la tensión entre responder a los pacientes (individuales) y la mirada poblacional?

Muchas gracias!

llcamprubi@hotmail.com

@lluiscamprubi