

DESEMPLEO: VALORACIÓN Y ESTRATEGIAS DESDE LA SALUD COMUNITARIA

Juan del Llano Señaris/Javier del Llano Señaris

Análisis y Diseños Operativos en Salud, S.A.

En los objetivos de la Estrategia Regional Europea de la *SPT2000*¹ se incluye, como objetivo número uno, la reducción de aquí al año 2000 de las diferencias en el estado de salud al menos en un 25 %, a través de una mejora de la salud de las naciones y de los grupos menos favorecidos.

¿Son los desempleados un grupo menos favorecido en salud?

Desempeñar un trabajo, obteniendo a cambio seguridad y percepción de utilidad social, tradicionalmente se viene considerando una de las funciones que el hombre debe desarrollar en y para la sociedad. El trabajo ha llegado a ser asumido como una necesidad humana en sí misma. Por lo tanto, es de sentido común, hoy en día, pensar que el desempleo produce un impacto nocivo sobre el individuo, su familia, y la comunidad.

Históricamente, los estudios sobre desempleo y salud comenzaron a realizarse tras la crisis económica de 1929 hasta bien entrada la década de los 30. Con posterioridad a la nueva crisis económica de 1973, aparece en 1975 un primer artículo en «The Financial Times»², alertando sobre los posibles efectos dañinos del desempleo sobre la salud. En España se publica en 1983 un primer artículo específico, en «Cuadernos de la Vanguardia»³ sobre la influencia del paro en la salud.

Desde entonces y hasta la actualidad la producción científica ha sido impor-

tante, particularmente en los países anglosajones. De ella se deriva una fuerte evidencia empírica⁴⁻⁶ de que la situación de desempleo es perjudicial tanto para la salud de los desempleados, como para la salud de su comunidad.

La existencia de una asociación entre desempleo y deterioro de la salud está clara. Lo que está menos claro es cómo esta asociación se produce. Es decir, ¿ocasiona el desempleo «per se» un deterioro en la salud?, ¿son los enfermos los que con mayor probabilidad se quedan desempleados?, ¿es el desempleo —a través de variables mediadoras (dificultades económicas, incorrecto afrontamiento del estrés, escaso apoyo familiar y social,...)— el que produce un deterioro en salud?, ¿es el desempleo —o son otros factores asociados (bajo estrato socioeconómico, escasa educación, malas condiciones de vivienda...— los que ocasionan una mala salud? Todas estas hipótesis no son mutuamente excluyentes y todas son, en mayor o menor grado, ciertas.

En una valoración crítica de los diferentes diseños de investigación utilizados en los estudios sobre desempleo y salud⁷, se apuntan una serie de problemas metodológicos que explican, al menos en parte, la falta de resultados suficientemente concluyentes para establecer una relación causal clara. Algunos de estos problemas son:

— Muchos estudios no han sido diseñados para analizar la relación causa-efecto entre desempleo y salud.

— Los objetivos de las investigaciones, en ocasiones, no fueron claros, y

si eran enunciados, no estaban relacionados con los resultados presentados.

— En otros estudios, los datos eran originariamente recogidos para otros propósitos, siendo insuficientemente precisos para responder a las preguntas relacionadas con desempleo y salud.

— Las definiciones y medidas de las consecuencias para la salud (variable dependiente) y del desempleo (variable independiente), a menudo carecen de la suficiente validez.

— Las hipótesis a probar en este terreno no son muy explícitas ni claras. Los modelos causales permanecen más bien inconclusos debido a la complejidad de los mecanismos de conexión.

Las consecuencias del desempleo sobre aquellos aspectos de la salud que han venido llamándose «salud mental» están bien establecidas, habiéndose demostrado entre los desempleados una mayor proporción de depresión⁸, suicidio (consumado o tentativa)^{9,10}, desórdenes psiquiátricos y psicósomáticos^{6,8,11} y una mayor reducción de la autoestima^{8,11}. La relación entre desempleo y «salud física» está menos establecida pues ha sido menos estudiada. Existen estudios sobre desempleo y mortalidad que concluyen¹²⁻¹⁵, con certeza, que el desempleo aumenta la probabilidad de muerte prematura. Los desempleados y sus familias también presentan una mayor morbilidad¹⁶ que conlleva un mayor uso de servicios sanitarios. Por último, el desempleo se asocia a una pérdida de relaciones sociales y laborales, a una desestructuración del tiempo libre debido a la inactividad forzada, a cambios

Correspondencia: Juan del Llano. ADOSA. Costanilla de los Ángeles, 12, esc. 3, 1 B. 28013 MADRID.

Este artículo fue recibido el 15 de septiembre de 1988 y fue aceptado, tras revisión, del 15 de marzo de 1989.

en los estilos de vida, tal vez como consecuencia de las dificultades económicas, y a una baja politización y participación ciudadana⁴ (figura 1).

En un análisis preliminar de un estudio que estamos realizando sobre la prevalencia de problemas de salud en dos grupos (empleados/desempleados) del municipio de Madrid, parecen corroborarse muchos de los resultados apuntados anteriormente (datos no publicados).

¿Es el desempleo un problema de salud pública?

Aunque se empiezan a evidenciar los

efectos de un período de cierta expansión económica, el desempleo continúa siendo un problema estructural en nuestro país (principalmente debido a su alta tasa, su incidencia recurrente, su larga duración y a las dificultades de reemplazo) que afecta a 1.261.255 hombres y 1.511.401 mujeres. Esto supone una tasa de paro registrado del 18,86 % sobre la población activa (casi el doble de la media de los países de la Comunidad Económica Europea).

Las implicaciones del desempleo no se reducen a la pérdida de la salud de los desempleados.

Por un lado, está teniendo grandes efectos en las raíces y el funcionamiento de los sistemas de provisión sanitaria

y social. Los programas sociosanitarios están mal preparados para satisfacer las nuevas necesidades sociales que están apareciendo, en parte porque los grupos más vulnerables son muy heterogéneos y sólo parcialmente han sido identificados: menores de veinticinco años en busca de primer empleo, mayores de cincuenta y cinco años, mujeres, personas no cualificadas, personas con minusvalías físicas, psíquicas y sensoriales, y aquellos que habitan en áreas industriales actualmente en decadencia.

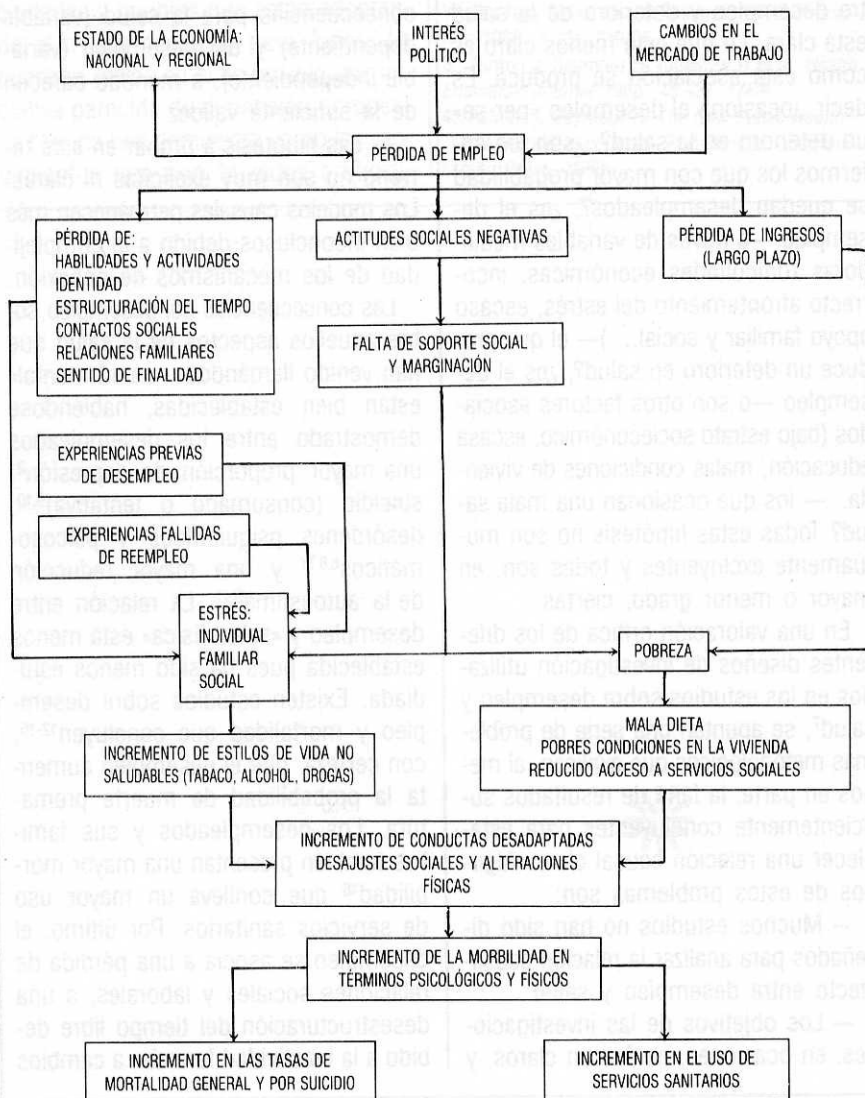
Por otro lado, los estilos de vida de los desempleados se ven ineludiblemente alterados por tal circunstancia. Para aquellos que tienen empleo y lo pierden, los cambios en el estilo de vida son evidentes desde los patrones de alimentación a los de relación social. Para los que no acceden a un primer empleo, fundamentalmente jóvenes, provoca que muchos de ellos sigan dependiendo económicamente de los padres, lo que obstaculiza el desarrollo de la autonomía personal, la vida en pareja, la creación de una familia, ocasionando que el primer hijo llegue tardíamente. Entre parejas establecidas provoca una disminución de la descendencia así como grandes diferencias de edad entre generaciones.

Es presumible que todo lo anterior, en función del elevado número de desempleados existente en nuestro país, esté contribuyendo a cambios sociales, culturales y del comportamiento demográfico. Podemos, por tanto, concluir que nos encontramos ante un serio y desafiante problema de salud pública.

Ya ha quedado implícito que la incidencia del desempleo no es aleatoria, antes al contrario, refleja grandes desigualdades socioeconómicas. El objetivo antes citado de la SPT2000 puede parecerse a 11 años vista inalcanzable, pero el impacto de las desigualdades socioeconómicas en la salud lejos de ser una teoría, es un hecho suficientemente constatado.

Si queremos comprender la desigual incidencia de la morbilidad y mortalidad entre los grupos menos favorecidos, deberíamos concentrarnos más en las causas subyacentes en vez de en los síntomas asociados.

Figura 1. Vías desde la pérdida de empleo al deterioro de la salud



FUENTE: Del Llano J^o.

¿Qué medidas se podrían adoptar ante esta situación?

Es preciso destacar en primer lugar, que las medidas deben ser transsectoriales y no sólo incumbir al sector salud. Buenos sistemas de provisión social, políticas de fomento del empleo, educación obligatoria, recualificación profesional ante las nuevas necesidades del mercado de trabajo, y una correcta coordinación entre todos estos sectores han demostrado jugar un papel relevante en la mejora de la calidad de vida para estos ciudadanos⁴.

Dentro del sector salud parece razonable tomar las siguientes medidas:

— Distribuir los recursos de servicios de salud atendiendo a necesidades. Las tasas de desempleo deberían incluirse como un criterio a tener en cuenta para la distribución de presupuestos, servicios y personal sanitario. En aquellas áreas con alto desempleo se necesitan más recursos de salud, particularmente a nivel primario, en servicios de salud mental, comunitarios y de educación para la salud.

— Mejorar la accesibilidad obviando en la medida de lo posible barreras físicas tales como ubicación de los servicios y coste del transporte. La gratuidad en el transporte para los desempleados facilitaría la accesibilidad a los servicios y prevendría el aislamiento social.

— Educación y entrenamiento para profesionales sanitarios sobre las implicaciones del desempleo en la salud.

— Promover redes de apoyo social

que doten de un contenido de utilidad social el tiempo libre de los desempleados.

— Fomentar grupos de autoayuda para la búsqueda y creación de empleo.

— Diseñar estrategias de información que permitan a los ciudadanos controlar sus ideas y creencias con respecto al desempleo, evitando las desconsideraciones acerca de la situación de los desempleados.

— Diseñar espacios físicos de carácter público que faciliten la interacción social.

— Facilitar el aprendizaje para la reestructuración del tiempo libre forzado por la inactividad laboral de los desempleados.

— Poner en marcha investigaciones epidemiológicas, particularmente estudios longitudinales sobre individuos que se mueven de la situación de empleo a la de desempleo, obteniendo muestras e introduciendo controles que permitan que hipótesis específicas sean convincentemente probadas.

Avanzar, por tanto, en el conocimiento del impacto de las desigualdades sociales sobre la salud, dada la magnitud y trascendencia social del tema, permitirá una más correcta asignación de recursos y planificación de servicios sociosanitarios que conllevará una mejora sustancial en la calidad de vida de los grupos desfavorecidos, incluyendo a los desempleados.

Bibliografía

1. Targets for health for all. Copenhagen: WHO, European Office, 1985.

2. Gordon Tether G. Lombard columnist. *The Financial Times*, 1975.

3. Ramis O. La influencia del paro sobre la salud. *Cuadernos de la Vanguardia*, 1983.

4. Bartley M, del Llano J, Schefel D, Senault M. The effects of long-term unemployment on health. Strasbourg: Council of Europe, 1987.

5. Jahoda M. The impact of unemployment in the 1930s and 1970s. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1979; 32: 309-14.

6. Smith R. *Unemployment and health*. Oxford: Oxford University Press, 1987.

7. Del Llano J. Unemployment and health: a critical appraisal of research designs. A dissertation for the degree of master of science in community health, University of Edinburgh. September, 1986.

8. Warr P. Work and unemployment. En: Drenth PJD et al (eds). *Handbook of work and organizational psychology*. New York: Wiley Sons Ltd. 1984: 413-443.

9. Platt S. Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1984; 19: 93-115.

10. Platt S, Kreitman N. Unemployment and parasuicide in Edinburgh, 1968 - 1982. *Br Med J* 1984; 289: 1.029-32.

11. Banks MH, Jackson Pr. Unemployment and risk of minor psychiatric disorders in young people. Cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychological Medicine* 1982; 12: 789-98.

12. Macfarlane A, Cole T. From depression to recession evidence about the effects of unemployment on mothers and babies health. En: Durward L (ed.). *Born unequal: perspectives on pregnancy and childrenbearing in unemployed families*. London: Maternity Alliance, 1985.

13. Cook DG, Bartley M, Cummins RO, Shaaper AG. Health of unemployed middle-aged men in Great Britain. *Lancet* 1982; i: 1.290-94.

14. Moser KA, Fox AJ, Jones DR. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet* 1984; ii: 1.324-8.

15. Macfarlane AJ, Shewry MC. *New longitudinal insights into relationships between unemployment and mortality*. London: City University, Social Statistic Research Unit. Working Paper, N° 50.

16. Beale N, Nethercott S. Job-loss and family morbidity: A study of a factory closure. *Roy Coll Gen Pract* 1986; 36: 557-9.

