

Geografía de la salud: el suroeste español bajo el microscopio

Joan Benach

Unidad de Investigación en Salud Laboral. Departamento de Ciencias Experimentales y la Salud. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Una de las maneras más útiles que existen para valorar el estado de salud de un país es conocer cuál es la distribución geográfica de sus principales indicadores sanitarios. ¿En qué lugar ocurren los problemas de salud más importantes que sufre la población?, ¿dónde se concentra el peor nivel de mortalidad?, ¿en qué zonas del país se localizan los principales factores de riesgo para la salud? En las últimas décadas el avance en la producción de las estadísticas sociales y sanitarias, el desarrollo de la tecnología informática y la disponibilidad de los sistemas de información geográficos han hecho posible la obtención de mapas con un grado muy elevado de resolución geográfica, capaces de mostrar indicadores sanitarios en áreas geográficas muy pequeñas. Para obtener respuestas a las preguntas anteriores, en España se han utilizado hasta ahora mapas con indicadores de salud de las comunidades autónomas o las provincias^{1,2}. A pesar de su evidente utilidad, estos mapas "esconden" una parte importante de la realidad española. Esta información oculta la enorme heterogeneidad interna que existe en zonas más pequeñas, como son los municipios del país.

Los atlas que recogen información sanitaria en áreas geográficas muy pequeñas poseen una inigualable capacidad de ofrecer, mediante mapas fáciles de entender, una enorme cantidad de información visual sobre dónde se localizan las enfermedades. La reciente publicación del *Atlas de mortalidad de España en áreas pequeñas* nos ofrece, por vez primera para todo el territorio, una "fotografía" de la salud del país que permite mostrar con gran detalle la distribución de los patrones geográficos de mortalidad e identificar dónde se concentra el mayor riesgo³. Esta investigación, realizada por un amplio equipo de epidemiólogos, geógrafos, estadísticos y diseñadores gráficos, revela, utilizando como principal indicador de salud el riesgo de mortalidad, cómo se distribuye el riesgo de mortalidad en 2.218 áreas geográficas compuestas por municipios o agregados de municipios. Para cada una de estas áreas se han obtenido los datos de mortalidad agregada para el período de 1987-1995 para las principales causas de muerte, en cada sexo y en los grupos de edad de 0-64 años y de 65 años o más.

Un atento examen de los mapas contenidos en el atlas permite realizar una observación de especial interés: la aparición de un patrón geográfico en el riesgo de mortalidad donde destaca la peor situación de un gran número de municipios al sur del paralelo 40º, si afinamos más, al sur de una línea diagonal que cruza desde Lugo hasta Alicante y, muy especialmente, en las comunidades de Andalucía y Extremadura. En el caso de las mujeres también sobresalen diversos municipios de Murcia, el sur de Castilla-La Mancha y Valencia, mientras que en los varones es interesante observar el elevado riesgo de algunos municipios de Asturias y de la parte occidental de Galicia. Ese patrón norte-sur se aprecia tanto en la mortalidad general como en causas de muerte específicas tan diversas como son las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes o la bronquitis crónica, entre otras. Ese riesgo de morir se ve reflejado en las zonas peores, situadas sobre todo en el sur, que tienen alrededor de 6 años menos de esperanza de vida respecto al promedio de España⁴.

No obstante, uno de los hallazgos más relevantes e inquietantes puesto de relieve por este estudio es la aparición de varios centenares de áreas con un riesgo de mortalidad respecto al promedio de España significativamente elevado, no atribuible al azar. Para el conjunto de esas áreas, el exceso de mortalidad respecto al promedio nacional se cifra en alrededor de 8.800 anuales (5.200 en varones y 3.600 en mujeres).

Esos mapas, consistentes con los obtenidos por los anteriores atlas provinciales, nos muestran una acumulación de municipios con un elevado riesgo de mortalidad, que oscila entre el 20 y el 40%, en el suroeste del país y más en concreto en las provincias de Huelva, Sevilla y Cádiz. En los varones, una de cada tres áreas con la mortalidad más elevada del país se encuentra en una de esas provincias, mientras que en las mujeres esa relación es de una de cada cuatro. Entre las 152 áreas existentes en esas tres provincias, 61 áreas en varones (40%) y 56 áreas en mujeres (37%) tienen las cifras de riesgo más elevadas. Más en concreto, en Huelva el 41% de todas las áreas en los varones y el 29% en las mujeres son áreas de alto riesgo. En Sevilla, eso ocurre en el 32% de las áreas en los varones y el 34% en las mujeres. En

Cádiz, el número es aún más elevado, hay un 56% de las áreas con un riesgo elevado en los varones y el 50% en el caso de las mujeres. De hecho, esas tres provincias, con aproximadamente el 8% de la población española acumulan alrededor de una tercera parte del exceso de muertes acaecidas en las áreas con el riesgo más elevado. Además de en la mortalidad general, esa acumulación de áreas de alto riesgo se aprecia en causas de muerte tan distintas como la enfermedad isquémica del corazón, el cáncer de pulmón o la diabetes.

Estos hechos nos plantean varios interrogantes inquietantes: ¿por qué muchos de los municipios con la mortalidad más elevada se concentran en el suroeste?, ¿qué causas pueden explicar ese riesgo? Dado que el número de áreas con un elevado riesgo de mortalidad es notoriamente superior al que sería lógico esperar, y dado que no parece razonable pensar que el azar o factores genéticos puedan explicar esa situación, la conclusión, con los datos incompletos y fragmentarios de que en este momento disponemos, es que debemos buscar las causas en factores de tipo laboral⁵, ambiental⁶ y social⁷.

Hasta el momento, sin embargo, las investigaciones realizadas han sido muy limitadas y no nos permiten contestar con claridad y precisión a esas preguntas. Sabemos que algo está sucediendo pero realmente no sabemos por qué. Para entender lo que ocurre, para escudriñar en los determinantes y en las causas, las autoridades sanitarias deberían situar una amplia zona del suroeste del país bajo el "microscopio". ¿Qué tipo de instrumento nos hace falta? Dado que no nos enfrentamos ante la enfermedad o el problema de salud de una persona concreta sino ante un problema de salud comunitario, nuestras hipótesis, nuestros datos, nuestros métodos y nuestra mirada científica deberán tratar de esclarecer y diagnosticar un problema de salud colectivo. Por ello, en este caso nuestro "microscopio" deberá proceder de la utilización de los conocimientos e instrumentos que nos ofrece un campo profesional y académico como la salud pública. Además de buena información descriptiva, se requiere de los medios y los recursos que permitan realizar estudios analíticos rigurosos de tipo epidemiológico y toxicológico que pongan a prueba las hipótesis más plausibles de que disponemos. En este momento, éstas apuntan hacia una posible interacción en la exposición a diversos contaminantes del medio ambiente, distintas ocupaciones laborales de elevado riesgo y a factores socioeconómicos como la pobreza. Ante esta situación, las cuestiones básicas a contestar son tres: ¿qué investigaciones se van a realizar para dar cumplida respuesta a lo que aún ignoramos?, ¿qué recursos se van a destinar para ello? y ¿quién va a tomar esas iniciativas?

No obstante, no disponer de un diagnóstico científico adecuado no puede servir de pretexto para la parálisis o la espera. Y ello por varias razones. En primer lugar, porque mientras que la obtención de buen conocimiento es tarea difícil y requiere mucho tiempo y esfuerzos, los problemas del día a día no pueden esperar. Es preciso actuar. En segundo lugar, porque, por bueno que sea, el conocimiento científico siempre será más o menos incompleto. La ciencia no puede proveer la verdad, sólo pruebas más seguras que la opinión subjetiva o el sentido común. Y, en tercer lugar, porque el buen conocimiento, por completo y riguroso que sea, no será en sí

mismo la solución del problema. Un buen diagnóstico de la realidad puede llevar o no a una intervención y ésta a su vez puede ser o no adecuada.

La historia de la salud pública está plagada de ejemplos donde, en una situación en que la información es incompleta o insuficiente, puede actuarse racional y solidariamente o, dicho de otro modo, en forma eficiente y equitativa. Ante la existencia de un problema de salud pública serio, y sin caer en alarmismos innecesarios, no cabe duda que los síntomas existentes son ya suficientes como para actuar radicalmente y no demorar las acciones preventivas de la enfermedad y de promoción de la salud derivadas de lo que ya sabemos. Aunque aún muy insuficiente, el conocimiento de que disponemos es útil, si se pone en práctica, para mejorar las condiciones laborales, ambientales y sociales y para lograr grandes avances en la salud en unas áreas geográficas muy deprimidas. A veces, reclamar la "verdad" puede sólo servir de excusa para evitar tomar decisiones.

Como señala el principio de precaución, cuando una actividad amenaza con dañar la salud humana o el medio ambiente, aunque la relación entre causa y efecto no esté completamente establecida científicamente, no caben excusas para tomar las medidas preventivas adecuadas. Aquí las preguntas a responder son varias: ¿qué prioridades y estrategias de salud pública se van a realizar para mejorar la situación de las áreas en peor situación?, ¿qué políticas, de qué magnitud y con qué duración se van a tomar para reducir el riesgo de mortalidad y el posible daño para el medio ambiente? Contestar a todos los interrogantes planteados comporta retos formidables que no pueden soslayarse. ¿No sería oportuno preguntarse desde ahora qué respuestas están dando (o van a dar) las administraciones públicas responsables?

Bibliografía

1. López-Abente G, Escolar A, Errezola M, editores. Atlas del cáncer en España. Vitoria-Gasteiz: Gráficas Santamaría, S.A., 1984.
2. López-Abente G, Pollán M, Escolar A, Errezola M, Abraira V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Madrid: Fundación Científica de la Asociación Española Contra el Cáncer, 1996.
3. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra/MSD, 2001.
4. Benach J, Borrell C, García MD, Chamizo H. Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), 1998; p. 141-75.
5. Escolar A, López-Abente G. Atlas del cáncer de la provincia de Cádiz 1975-1979. Sevilla: Junta de Andalucía, 1989.
6. Segundo Informe del Consejo Superior de Investigaciones Científicas [consultado 23/06/2002]. Disponible en: URL: <http://www.csic.es/hispano/huelva2/>
- 7 Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:423-31.