

Salud y recursos sanitarios. Educación, empleo y condiciones de trabajo

Dña. Emma Sobremonte
D. Josu Solabarrieta

CONDICIONES DE SALUD EN LA C.A.E. SALUD Y RECURSOS SANITARIOS

Dada la importancia que tiene la salud para la vida, es fácil comprender el sinfín de investigaciones que tratan de dar cuenta de cuáles son sus factores determinantes y en qué medida éstos contribuyen a explicar sus variaciones entre distintos grupos y territorios. Los estudios sobre la relación entre salud y crecimiento económico han puesto de relieve que los efectos del desarrollo económico tienen un gran impacto sobre los niveles de salud poblacional, lo que ha dado lugar a diferentes hipótesis que tratan de dar cuenta de sus variaciones. Los hechos señalan cómo a medida que crece la riqueza de un país, la expectativa de vida se alarga, el gasto en recursos sanitarios aumenta, y los niveles de salud mejoran. Sin embargo, estos beneficios no están distribuidos de forma igualitaria, sino que existen diferencias en función de factores sociales como son: el género, la edad, el nivel de instrucción, la clase social o, el territorio. Por ello, cualquier análisis sobre las condiciones de salud, no puede desentenderse de ellos.

En el caso de la C.A.E. ¿cómo ha influido el crecimiento económico y la mejora de su sistema sanitario sobre sus condiciones de salud? Para responder a esta pregunta mostraremos en primer lugar una panorámica del nivel de salud/enfermedad percibido por la población vasca desde 1989 hasta el 2004, prestando especial atención a los problemas que provocan situaciones de dependencia, para pasar en segundo lugar, a analizar la evolución de la utilización de los principales dispositivos de salud, como son: las consultas y las hospitalizaciones.

PANORÁMICA DE SALUD : SALUD Y AUTONOMÍA PERSONAL

Mostramos, en primer lugar, la incidencia de una variable tan elocuente como son los problemas puntuales de salud ocurridos en los doce meses anteriores a la realización de la encuesta.

Evolución de los problemas puntuales de salud en la CAE (%)				
Año	araba	bizkaia	gipuzkoa	C.A.E.
1989	36,6	26,3	47,8	39,2
2004	24,4	25,6	30,8	30,8
Dif ^a	12,2	0,7	17	8,4

Fuente: elaboración propia. ECV, 1989, 2004. Eustat

La evolución de estos problemas muestra una mejoría espectacular de 8,4 puntos en la C.A.E. entre 1989 y 2004, afectando por término medio a un tercio de la población. Sin embargo, por territorios históricos llama la atención que esta mejoría general no afecta a Bizkaia que, en el 2004, se queda prácticamente en las mismas cifras.

Evolución de enfermedades crónicas, discapacidades y trastornos mentales en la CAE (%)

Problemas de		1989		
	salud	araba	bizkaia	gipuzkoa
ENF. CRON		100	100	100
DISCAP		23,35	14,22	19,78
T.MENTAL		4,43	3,32	4,46
TOTAL		0,3	0,11	0,43
	TOTAL	28,18	17,64	24,67
Problemas de		2004		
	salud	araba	bizkaia	gipuzkoa
ENF. CRON		100	100	100
DISCAP		11	15,64	18,35
T.MENTAL		4,73	4,54	5,58
TOTAL		0,25	0,29	0,5
	TOTAL	15,98	20,48	24,43
Dif^a 1989-2004		12,2	-2,84	0,24
				0,9

Fuente: elaboración propia. ECV, 1989, 2004. Eustat

Con respecto a la evolución de los problemas de salud que tienen un mayor grado de estabilidad como son las discapacidades físicas, mentales y sensoriales, las enfermedades crónicas y los trastornos mentales graves, las tasas de incidencia de los tres grupos se mantienen estables a lo largo del tiempo, salvo en el caso de la enfermedades crónicas que han experimentado una mejoría digna de mención, en el conjunto de la C.A.E., (2%) y especialmente espectacular en Araba que desciende en un 12%.

a) Desigualdades en salud: diferencias según nivel de instrucción y género

Al igual que sucede en todos los países desarrollados existen diferencias espectaculares en la distribución de la salud en función del nivel de estudios. En todos los problemas de salud analizados, siempre las personas que tienen el nivel de estudios más alto su salud es mejor. Resulta aún más grave el hecho de que a pesar de que se han producido mejoras en todos los problemas de salud, las diferencias según el nivel de instrucción no sólo persisten, sino que, incluso en algunos la distancia entre los grupos de altos y bajos ingresos se ha ampliado. Es el caso de las enfermedades crónicas, cuya distancia entre 1989 y el 2004 se ha hecho mayor entre los dos grupos de ingresos que se sitúan en los extremos (en torno a un 2%), además, el gradiente social se mantiene en todos los años según el nivel de instrucción. Desde le punto de vista del género, los resultados confirman la presencia de diferencias de salud entre hombres y mujeres en la C.A.E. De los cinco problemas de salud estudiados, en todos los años las mujeres presentan un porcentaje mayor que los hombres de problemas visuales, y especialmente de enfermedades crónicas y de problemas puntuales de salud.

Puesto que a medida que avanza la edad el riesgo a enfermar se incrementa, no podemos dejar de preguntarnos la influencia de esta variable. Como era de esperar dado el envejecimiento de la población, el peso de las enfermedades crónicas se incrementa entre las personas mayores, que en el caso de los mayores de 80 años ganan 12 puntos en los últimos 5 años pasando de un 32,49 % en 1999 a un 44,87% en el 2004. De ahí la preocupación por el incremento de las situaciones de dependencia que están afectando a nuestros mayores. Por sus repercusiones sobre la calidad de vida personal y por las consecuencias familiares y sociales que conlleva analizamos a continuación la dimensión de este problema en la C.A.E.

Tasas de dependencia en la C.A.E.

Dependencia	1989				1989				
	V				M				
Grupos de edad	>				>				
	35	36-65	> de 65	Tot.edad	> 35	36-65	> de 65	Tot edad	Total dep.
TASA DEPENDENCIA	1,75	11,18	26,3	7,82	2,1	12,72	33,78	10,02	8,95
Dependencia	1999				1999				
	V				M				
Grupos de edad	>				>				
	35	36-65	> de 65	Tot.edad	> 35	36-65	> de 65	Tot edad	Total dep.
TASA DEPENDENCIA	2,19	7,03	22,24	6,93	1,64	9,05	34,13	10,85	8,94
Dependencia	2004				2004				
	V				M				
Grupos de edad	>				>				
	35	36-65	> de 65	Tot.edad	> 35	36-65	> de 65	Tot edad	Total dep.
TASA DEPENDENCIA	0,29	5,76	24,91	7,91	3,4	4,85	28,09	9,36	8,65

Fuente: elaboración propia, ECV, 1989, 1994, 1999, 2004.

Eustat

Como puede verse en la tabla anterior, efectivamente, la tasa de dependencia ha aumentado ligeramente, afectando sobre todo a los mayores de 65 años y, especialmente a las mujeres, cuya proporción oscila por término medio en torno al 30%, aunque durante los últimos años la distancia entre ambos géneros tiende a acortarse. La trascendencia de este problema ha dado lugar a la puesta en marcha de un Sistema Público de apoyo para la promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

SISTEMA DE SALUD

Aunque, como sabemos los servicios sanitarios no son el único determinante de la salud de la población, lo cierto es que, a medida que mejora la accesibilidad y la calidad de las prestaciones sanitarias, se produce un consumo más elevado de los recursos de salud.

Aseguramiento público versus aseguramiento privado

La mejora de las condiciones socioeconómicas de la CAE ha generado que, paralelamente, se esté ampliando la oferta de servicios sanitarios privados,

configurándose un escenario diferente que cabalga entre la competencia y la complementariedad entre los servicios públicos y privados. Los datos sobre la evolución del aseguramiento público y privado indican que, aunque es muy poca la población que cuenta en exclusiva con un seguro privado desde 1989, fecha culminante en la universalización de los servicios públicos de salud, lo cierto es que su evolución muestra cómo a medida que avanza la protección pública de la salud, desciende el porcentaje de personas que sólo cuentan con seguros privados. De esta manera, si en el año 1989, el 3,81% de la población encuestada de la C.A.E. declaraba disponer de un seguro privado, en el año 2004 la cifra desciende espectacularmente a un 1,42%. Pero cuando la universalización se convierte ya en una realidad, se abre paso el aseguramiento mixto, que combina el seguro público con el privado. Se trata de una opción, evidentemente minoritaria pero que, como indican las cifras, va aumentando gradualmente. Así, cuando en 1989 el aseguramiento mixto lo tenía un 11,14 % de la población, tras descender dos puntos en el año 1994, seguramente como efecto de las expectativas generadas por la universalización del sistema público, comienza a remontar sensiblemente a partir de 1999, llegando a alcanzar en el 2004 un 12,78 %.

Como es lógico este incremento en el aseguramiento privado obedece a la contratación de este tipo de seguros por parte de los grupos de mayor rango socioeconómico. Tomando como indicador el nivel de instrucción, se aprecia cómo a medida que aumenta el nivel de estudios, se incrementa el porcentaje de personas que disponen de seguros privados, siendo el porcentaje de aseguramiento privado tres veces más alto entre las personas que poseen los estudios más elevados. (29,09% frente al 9,85%)

Evolución de las consultas de salud por TT.HH.

El volumen global de consultas en la CAE, que se sitúa por término medio en torno al 80% de la población en el 2004, ha experimentado un incremento progresivo desde 1989 hasta el 2004. A partir de 1999, aumenta en un 20% la proporción de personas que consultan en Gipuzkoa y, en más de un 16% en Araba, sin embargo, la situación en Bizkaia permanece estable. Para el año 2004 los tres territorios muestran un volumen de consultas prácticamente idéntico.

Consultas por tipo de profesional según género

Las consultas realizadas tanto por los hombres como por las mujeres ha crecido espectacularmente en todas las especialidades. Las consultas que experimentan mayores subidas son: las consultas al dentista, al médico de cabecera y a los especialistas, alcanzando todas ellas por término medio en el año 2004 un incremento superior al 10% con respecto a 1989. Los datos muestran la presencia de diferencias de género importantes en todos los años y por tipos de profesionales consultados. Siempre las mujeres consultan más que los hombres, y además las diferencias entre hombres y mujeres persisten con el paso del tiempo. En el año 2004 la diferencia entre ambos alcanza los 6,2 puntos (67,6% en las mujeres y 61,4 % en los hombres). En el resto de consultas a otros profesionales las diferencias siguen una secuencia similar.

Esto coincide con los datos que muestran que las mujeres tienen una salud percibida peor que los hombres.

¿A qué se debe el fenómeno de la hiperfrecuentación? ¿acudimos más a los profesionales de la salud porque es mayor y mejor la oferta? ¿no resulta contradictorio que hagamos más consultas si tenemos mejor salud?, ¿hasta qué punto tras el fenómeno de la hiperfrecuentación se esconden otras necesidades de índole psicosocial que en el fondo se expresan en toda una sintomatología que tiene que más que ver con el malestar o estrés vital percibido que con auténticos procesos patológicos?

Por grupos de edad son las personas mayores quienes, lógicamente, consultan en mayor proporción, siendo en el año 2004 un 90% las mujeres mayores de 65 años que consultan al médico, frente al 87,79% los hombres. Asimismo, llama la atención la evolución experimentada por las consultas de las mujeres adultas comprendidas entre los 36 y 65 años. Desde 1989 hasta el 2004 el incremento de la frecuentación en el caso de las mujeres adultas aumenta en 8 puntos frente a los 2 puntos ganados por los hombres, lo cual es consistente con la salud percibida por ambos géneros, y hace suponer además, que durante esta etapa del ciclo vital las mujeres acuden más al médico para realizar consultas de carácter preventivo. Con respecto al nivel de instrucción, los datos indican que las personas con un nivel de instrucción menor consultan más veces a los profesionales que los que tienen estudios más altos. Además, este gradiente se puede observar en todos los años y en casi todos los tipos de consultas.

Hospitalizaciones

Por territorios históricos, se puede apreciar una evolución similar en la frecuentación de los hospitales de la C.A.E, llamando la atención el progresivo incremento ocurrido desde 1989 hasta el 2004 que pasa de un 6% de volumen de asistencia por término medio, a un 11% en el 2004. Por territorios, aunque las diferencias son pequeñas y prácticamente el patrón de frecuentación hospitalaria es idéntico, es Bizkaia quien presenta mayor numero de hospitalizaciones, seguido de Araba y, por último, de Gipuzkoa. En cualquier caso, los datos son consistentes con los patrones de morbilidad y envejecimiento demográfico de la C.A.E y no sugieren que el recurso a la hospitalización esté retrocediendo.

Si tenemos en cuenta las diferencias en la utilización del hospital según género y nivel de instrucción, se observa que en todos los años, son los hombres los que tienen más hospitalizaciones, lo cual difiere de lo ocurrido en el caso de las consultas externas. También son las personas con mayor nivel de instrucción las que recurren menos a la hospitalización, sin embargo, curiosamente, las mujeres más cultas ingresan más que los hombres del mismo nivel cultural, ampliándose más la diferencia entre ambos en el 2004, de lo que resulta que el comportamiento de hombres y mujeres se va invirtiendo a medida que avanza el nivel de instrucción. ¿Hasta qué punto los cambios experimentados en el estilo de vida de las mujeres están influyendo negativamente sobre su salud?

En cuanto a las prácticas preventivas el ascenso experimentado en los chequeos en el conjunto de territorios a lo largo del periodo analizado puede ser interpretado tanto como un efecto del crecimiento de la oferta sanitaria como del valor creciente que vamos concediendo a nuestra salud. Con respecto al consumo de medicamentos, se ha pasado de un 40% en el año 1989, a superar el 50% en el 2004, lo que da una idea de las repercusiones económicas de este problema.

A tenor de los datos analizados podemos decir que las condiciones generales de salud han mejorado en Euskadi y que la demanda sanitaria sigue in crescendo. Ciertamente, estos resultados reflejan los efectos de la mejoría generalizada de las condiciones de vida que ha experimentado la C. A. de Euskadi y también, del fuerte desarrollo experimentado en nuestros servicios de salud. Sin embargo, como sucede en otros países de nuestro entorno, se mantienen las desigualdades sociales en salud según nivel de instrucción y género, y se incrementan las tasas de dependencia.

Educación

Los niveles de escolarización son uno de los principales grupos de indicadores a los que se recurre cuando se quiere juzgar el nivel de desarrollo humano de un país. La escolarización en los niveles obligatorios está prácticamente completada en la C.A.E. Otro tanto sucede con la alfabetización, aunque persisten algunas bolsas de analfabetismo funcional. Pueden destacarse tres grandes líneas de evolución y retos en el ámbito educativo: la Educación Infantil, el fracaso escolar en los niveles obligatorios, y la formación reglada postobligatoria.

En primer lugar, al escolarización en la Educación Infantil ha ido creciendo en el periodo 1989-2004. La demanda ha aumentado, en la medida en que se ha avanzado en la equiparación en el acceso al mercado laboral de hombres y mujeres, y el descenso de la natalidad ha tocado fondo. Pero aún no se ha completado la generalización de la oferta de plazas escolares, especialmente en algunos municipios.

En segundo lugar, el fracaso escolar persiste como problema. Se trata de un fenómeno multidimensional, susceptible de observaciones y mediciones variadas. Ciñéndonos al indicador de la repetición de curso, los datos de la C.A.E. parecen más favorables que en otras Comunidades Autónomas, donde a su vez la inversión por alumno es claramente menor. La relación inversa entre ambas es clara, aunque su magnitud y los matices son objeto de debate. La superación del fracaso escolar, muy especialmente en la Educación Secundaria Obligatoria debería seguir siendo un reto prioritario; el cual seguramente requerirá dirigir la mirada también hacia el recorrido previo en la Educación Infantil y Primaria que finalmente concluye al fracaso en la E.S.O. Los índices de repetición son llamativamente más altos entre chicos, en la zona del Gran Bilbao y en localidades de tamaño intermedio.

El periodo analizado fue testigo de la extensión de la escolarización obligatoria desde los 14 a los 16 años. Se trata de un gran avance social, aunque su operativización ha resultado polémica. Su enorme valor social y el principio de

comprehensividad que inspira la ESO chocan con la percepción de estar poniendo freno a la capacidad de desarrollo de los alumnos más aventajados, con la proliferación de problemas de disciplina que en el sistema anterior no existían (puesto que una buena parte de los alumnos que los protagonizan habían abandonado la formación reglada a esa edad), y con la impresión de que el sistema educativo no consigue adaptarse al ritmo de los cambios sociales, culturales y económicos.

En tercer lugar, se ha avanzado en la escolarización en los niveles postobligatorios y superiores. La generación de riqueza se desplaza hacia el sector terciario, y se produce una fuerte tecnologización de los sectores primario y secundario. En consecuencia, se requiere cada vez una mayor cualificación de los profesionales. El volumen de egresados de la Formación Profesional no cubre la evolución de la demanda, sobre todo en determinadas especialidades. Por su parte, el sistema universitario aborda con cierta lentitud y recelo su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, la cual incluye un rediseño de las titulaciones y su desarrollo en torno a perfiles académico-profesionales que consideren la realidad profesional.

Persiste el debate sobre la mayor o menor proporción de personas que deberían estudiar una carrera universitaria frente a las que deberían optar por el recorrido de la formación profesional. El desajuste entre el sistema productivo y la formación universitaria puede estar contribuyendo a que el plus de ingresos asociado a la titulación superior cada vez sea menor y que la prevalencia del desempleo entre la población universitaria sea todavía demasiado alta. En otras zonas de Europa la diferencia en el nivel de ingresos entre los titulados superiores y los no titulados es más alta, pero también tiende a descender.

Entre los hábitos de vida relacionados con la educación reglada, llama la atención el descenso en la proporción de alumnos que se desplazan caminando al centro, y de quienes comen en casa. Estos y otros indicadores pueden estar relacionados con una pérdida de hábitos saludables.

En cuanto a los idiomas, el euskera ha mejorado su presencia en el sistema educativo reglado, pero ha descendido el número de personas que estudian euskera fuera de él. También ha descendido el número de personas que tienen el euskera como lengua materna. La generación de padres y madres de este periodo se formó mayoritariamente en un sistema educativo ajeno al euskera. Es previsible que la historia vital de los padres y las madres de los próximos años haya sido distinta, y esto debería repercutir positivamente en la utilización del euskera en la familia. En conjunto, ha mejorado claramente el promedio de competencia lingüística en euskera, pero la utilización del euskera parece avanzar mucho más claramente en los ámbitos formales que en los informales. También cabe destacar la persistencia de las diferencias entre los Territorios Históricos, y de bolsas de población euskaldun sin alfabetizar.

Por su parte, el inglés avanza tanto en su presencia en el sistema educativo reglado, como fuera de él en la formación complementaria. En el periodo analizado va camino de duplicarse la proporción de personas que conocen algún otro idioma comunitario. Sin embargo, los niveles de dominio están aún lejos de los estándares deseables para el nivel de desarrollo social y humano que se espera del país.

En muchas de las cuestiones señaladas, se aprecian diferencias significativas en función de la densidad de población, de manera que los mayores niveles de cualificación académica y profesional, y de conocimiento de otros idiomas se asocian a zonas más pobladas.

Empleo y condiciones de trabajo

Los resultados de la encuesta indican que la C.A.E. en el periodo analizado se ha caracterizado por una evolución positiva de los índices de ocupación, aunque con una evolución diferenciada en los tres Territorios Históricos. Al inicio del periodo la situación era similar en los tres, mientras que al final hay más empleo continuado en Araba, menos en Gipuzkoa y menos aún en Bizkaia. A partir de la encuesta de 1994 se aprecia un ciclo económico favorable que redujo los indicadores de búsqueda de empleo y paro. Al margen de los datos de esta encuesta, surgen indicios de riesgo de un cambio de tendencia a partir de 2008.

Los tres Territorios muestran perfiles distintos en cuanto a la calidad del empleo. Gipuzkoa es el Territorio con una mayor proporción de asalariados fijos del sector privado, y donde más cooperativistas hay (más del doble que en el resto). Bizkaia es donde más eventuales hay, aunque la diferencia no es tan marcada. En Araba se encuentra la mayor proporción de asalariados del sector público, tanto fijos como eventuales; aunque hay que señalar que en los tres Territorios se concentran sobre todo en las capitales. Las zonas más alejadas de las capitales se benefician en mucha menor medida de los puestos de trabajo que genera uno el principal empleador de la C.A.E.

En la muestra se han identificado más hombres asalariados fijos que mujeres asalariadas fijas en el sector privado, y más mujeres asalariadas eventuales. En cambio son más la mujeres asalariadas fijas en el sector público. Estos datos pueden estar indicando la carencia de equidad entre sexos en los procedimientos que se siguen para la contratación en el sector privado.

Se ha producido a lo largo de este periodo una cierta equiparación entre géneros en los porcentajes de personas paradas. El proceso de normalización de la situación de la mujer en los trabajos remunerados ha evolucionado más rápidamente que la normalización en la distribución de las tareas domésticas; con la consiguiente sobrecarga para este colectivo.

Existe además la tendencia a no entender las tareas del hogar como parte de los procesos de generación de riqueza. A nivel de valoración social *trabajar* se tiende a confundir con *recibir un salario*, y realizar tareas domésticas se asocia a la idea de *no estar trabajando*. A nivel de reconocimiento formal y específico, las tareas del hogar no conllevan prácticamente contraprestaciones sociales.

Aunque, en conjunto, cada vez se emplea menos tiempo en las tareas domésticas, el rol de persona responsable de las tareas domésticas sigue siendo abrumadoramente femenino, aunque cada vez hay más hombres que las asumen. Las diferencias entre sexos en el tiempo invertido en las tareas del hogar son grandes.

El cuidado de personas dependientes es un reto creciente para la sociedad vasca. Por un lado, el descenso de la natalidad parece haber tocado fondo, y por otro seguirá el incremento de la población de la tercera edad. La proporción de mujeres cuidadoras de ancianos y personas dependientes es el doble que el de hombres. Afortunadamente, la Ley de Dependencia debiera contribuir a generar un cierto reconocimiento por esta labor.

En cuanto a las condiciones de trabajo, la situación de trabajo en turnos es la que proporcionalmente más se ha extendido, y puede haberse dado una pérdida en calidad de vida y en el grado de conciliación entre la vida personal y profesional en bastantes casos. El porcentaje de hombres en jornada continua ha aumentado, mientras que el de mujeres ha descendido, empeorándose en este caso la citada conciliación.

En este periodo han aumentado las distancias recorridas para desplazarse del hogar al trabajo, y por lo tanto también el tiempo empleado en el recorrido. Esta tendencia implica un incremento de riesgos que se ha reflejado en una mayor siniestralidad en los trayectos. Ha aumentado la utilización del coche, y ha descendido en la misma proporción el hábito de caminar para ir al trabajo. La bicicleta sigue ocupando un lugar puramente anecdótico entre los medios de transporte para desplazarse al trabajo.

En parte la orografía, pero en mucha mayor medida la falta de infraestructuras y la presencia de hábitos de conducción inadecuados por parte de otros vehículos explican el contraste de este dato con las intenciones declaradas de muchas autoridades y con los hábitos de utilización de la bicicleta en otros países. Así por ejemplo, resulta llamativa la carencia de vías de tránsito para bicicletas y el consecuente poco uso en el área metropolitana de Bilbao, cuando se vértebra en torno a una ría que prácticamente no presenta desniveles a lo largo de varias decenas de kilómetros.

Es precisamente en Bizkaia donde menos se utiliza la bicicleta, aunque es donde se da una mayor concentración de población en torno a un elemento orográfico horizontal.

La planificación, el diseño, la investigación, la evaluación, la toma de decisiones, la formación y la actualización continuas, etc. son competencias y tareas con un peso creciente en el nuevo marco económico y laboral, y que alejan a cada vez más perfiles profesionales de la actividad repetitiva y monótona.

La proporción de personas que padecen en su trabajo malas condiciones físicas ha ido descendiendo en relación a la mayor parte de factores negativos. Sigue siendo mucho mayor la proporción de hombres que trabajan con este tipo de inconvenientes. En general, las mujeres trabajan en entornos físicamente más favorables, aunque aumenta el número de mujeres que padecen algunas condiciones negativas.

Los accidentes y enfermedades profesionales suponen un ingente coste humano, social y económico. Los avances en la cualificación profesional, las aportaciones de la tecnología, el endurecimiento de los marcos que regulan las medidas de prevención y

su vigilancia, los esfuerzos de la Administración y los agentes sociales, el desplazamiento hacia el sector terciario, la mayor concienciación, etc. han permitido reducirlos, pero no consiguen llevar los índices de siniestralidad y enfermedad profesional a cotas razonables. La proporción de personas afectadas ha descendido pero se mantiene aún en niveles inaceptables, especialmente entre los hombres.