



los españoles
frente a la
salud
*y sus
determinantes*



DIRECCIÓN:

Juan del Llano Señarís, *Fundación Gaspar Casal*

ELABORACIÓN Y REDACCIÓN:

- Santiago Pérez Camarero, *Instituto Max Weber*
- Alvaro Hidalgo Vega, *Universidad de Castilla - La Mancha Alexandra*
- Ivanova Markova, *Instituto Max Weber*
- Isaac Aranda Reneo, *Instituto Max Weber*

EDITADO POR:

Forum Sanofi-Aventis

ÍNDICE

	PRESENTACIÓN	8
1.	INTRODUCCIÓN	14
2.	DETERMINANTES PERSONALES DE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES	18
2.1	CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS DE LOS ESPAÑOLES: ESTATURA, PESO E IMC	18
2.1.1	La estatura	19
2.1.2	El peso e índice de masa corporal	23
2.2	EDAD Y SEXO EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS ESPAÑOLES	33
2.2.1	La Morbilidad	33
2.2.2	La Mortalidad	39
2.3	ESTILOS DE VIDA	44
2.3.1	Actividad física y descanso	44
2.3.2	Alimentación	53
2.3.3	Consumo de tabaco	63
2.3.4	Consumo de alcohol	70
3.	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES	80
3.1.	EDUCACIÓN Y FORMACIÓN	80
3.2.	RENTA PERSONAL E INGRESOS DEL HOGAR	85
3.3.	ACTIVIDAD LABORAL Y PROFESIONAL (SITUACIÓN LABORAL, OCUPACIÓN, SECTOR)	94
3.4.	NACIONALIDAD Y RESIDENCIA	103
3.5.	ESTADO CIVIL Y SALUD	106
3.6.	CONDICIONES DE VIDA	111

4.	DETERMINANTES PERSONALES EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS	116
4.1.	EL SEXO Y LA EDAD	116
4.1.1	Las consultas médicas	116
4.1.2	Las consultas odontológicas	130
4.1.3	Hospitalización	136
4.1.4	Los servicios de urgencias	141
4.1.5	El consumo de medicamentos	147
4.2	ESTILOS DE VIDA	149
5.	DETERMINANTES SOCIALES EN EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS.	158
5.1.	EDUCACIÓN Y FORMACIÓN	159
5.2	RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR	173
5.3	OTROS FACTORES SOCIALES: LUGAR DE RESIDENCIA Y SITUACIÓN LABORAL	184
5.3.1	Lugar de residencia	185
5.3.2	Situación en la actividad	195
6.	CONCLUSIONES	198
7.	BIBLIOGRAFÍA	208
8.	ÍNDICE DE TABLAS	210
9.	ÍNDICE DE GRÁFICOS	212

PRESENTACIÓN

Para cualquier agente de un sistema sanitario, los pacientes deben estar en el centro de ese sistema. Aunque repitamos a menudo esta máxima, no está mal que nos la recordemos todos a menudo.

La industria farmacéutica, como agente del sistema sanitario y con un papel clave en la investigación, producción y puesta a disposición de productos para el mantenimiento o la mejora de la salud, también debe repetirse a menudo que los pacientes están en el centro de su actividad. Que es para los pacientes y para los ciudadanos con posibilidad de enfermar (o sea, todos), que se dirigen y deben continuar dirigiéndose las diversas fases de nuestra actividad. La gran ventaja es que la industria farmacéutica, en su conjunto, tiene en su mapa genético esta aproximación teórica que convierte en experiencia práctica.

Sanofi-aventis, en todo el mundo y de forma muy especial en España, realiza cada día el ejercicio práctico de situar al enfermo, y al ciudadano, en el centro de su actividad. Por ello, una de nuestras primeras ocupaciones es conocerle mejor y cooperar con las distintas asociaciones o centros de interés que les son propios, para establecer alianzas efectivas y claras que nos permitan avanzar. Desde hace bastante tiempo, a veces de forma poco conocida pero no por ello menos interesante, distintos responsables de la Compañía mantienen contactos, reuniones, participan en sesiones, escuchan y hablan, para que los mensajes sean bidireccionales y para que se establezcan relaciones duraderas y estables al servicio de la mejora de la salud de las personas.

**EN DEFINITIVA,
AVANZAR EN EL
CONOCIMIENTO
DEL PRESENTE,
PARA QUE A QUIEN
CORRESPONDA,
PUEDA DISEÑAR
EL FUTURO
CON MAYOR
CONOCIMIENTO DE
CAUSA.**

Uno de los centros de interés sobre el tema de la situación de los pacientes en España es, desde hace tiempo, la Fundación Gaspar Casal. Muchas, largas y fructíferas han sido las conversaciones que hemos mantenido al respecto con el Dr. Juan del Llano, su Director. Un hombre, como su equipo, siempre motivado por los temas relativos a la información, a los datos, en el sector salud. En esas conversaciones hemos convenido lo interesante que sería que existiera un liderazgo claro en esta materia y que se dedicaran más recursos, porque compartimos también una constatación previa, en el sentido que es difícil diseñar el futuro sin conocer suficientemente el presente. Pero también estamos de acuerdo en que es una lástima que no se aprovechen, que no se estudien más y mejor los datos de que ya disponemos.

Este libro que presento es el fruto de estos intercambios, de estas reflexiones. Se trata de relacionar los datos que ya existen, darles vida, hacer series que establezcan progresos, si los hay,...En definitiva, avanzar en el conocimiento del presente, para que a quien corresponda, pueda diseñar el futuro con mayor conocimiento de causa. Y entre los diseñadores de ese futuro, deberán continuar estando, o tal vez en algunos casos deberán comenzar a estar, los pacientes y sus asociaciones.

Se trata pues de una foto, grande y en color, donde salimos tal como somos, tal y como somos como individuos, como colectivos y como sistema, para que una vez hecha esta prueba diagnóstica se puedan instaurar, de la forma más conveniente, eventuales tratamientos. Desde sanofi-aventis, solo manifestar que nos gusta esta función de creadores de herramientas, y que, con la colaboración del resto de agentes del sistema sanitario, nos comprometemos a continuar siéndolo.

Creadores de herramientas al servicio de los ciudadanos y de los poderes públicos, de los pacientes y de sus asociaciones, porque, no en balde, la salud es lo esencial.

Antoni Gelonch Viladegut,
Director de Proyectos de Desarrollo Sostenible.
Grupo sanofi-aventis

JOSÉ MARTÍNEZ OLMOS

Secretario General
Ministerio de Sanidad y Consumo

En España, como en la mayoría de los países desarrollados, se están sucediendo una serie de cambios sociales y demográficos que, junto a modificaciones en los estilos de vida relacionados con la salud, condicionan en buena medida el patrón de morbilidad y mortalidad por diferentes problemas de salud.

La creencia tradicional de que la salud está determinada fundamentalmente por la asistencia sanitaria, ha sido superada por una pacífica aceptación de que determinados factores externos al funcionamiento de los propios servicios sanitarios, tienen una incidencia real y directa en la salud de la población.

Aunque el término salud es empleado muy a menudo, su significado ha sido y es objeto de continuo debate y reflexión. La inicial concepción de la salud como ausencia de enfermedad, ha quedado definitivamente en desuso por lo insuficiente de la misma. La OMS propone una definición más amplia cuyo principal valor reside en incorporar el elemento sociedad y el de capacidad funcional: “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

Sin embargo esta última definición tampoco resulta completamente adecuada. Por ello en diferentes foros se han propuesto definiciones dinámicas que huyen del concepto estático de “estado”, ligando la salud al entorno en el que se desarrolla la persona.

De entre todos los estudios que han trabajado esta cuestión, destaca por su trascendencia el realizado en 1974 por Marc Lalonde, por entonces Ministro de Sanidad de Canadá. En este estudio se considera a la salud como el resultante de la interacción de distintos factores que interrelacionan con el individuo. A estos factores se les denomina determinantes de salud.

Lalonde estableció cuatro determinantes de salud:

- la biología humana,
- el medio ambiente, incluyendo el aspecto sociocultural,
- los estilos de vida,
- el sistema de atención sanitaria.

Además, este modelo cuantificó la importancia relativa que estos determinantes tienen en la prevención de la mortalidad de las personas, estableciendo que los estilos de vida junto al medio ambiente, determinan más de un 60 % de la mortalidad de los países de nuestro entorno desarrollado. Estos determinantes de salud enunciados por Lalonde, siguen teniendo vigencia hoy en día.

Estos factores determinantes están unánimemente reconocidos y son objeto de tratamiento tanto por la Organización Mundial de la Salud, que en 2005 impulsó la puesta en marcha de la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud, como de la Unión Europea, a través de la Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002, relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (1993/2008).

De igual forma, en nuestro país las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos territoriales, estatal autonómico o local, están implicadas en actuaciones sobre estos determinantes, para la mejora de la salud de nuestros ciudadanos.

Por lo que se refiere al ámbito estatal, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, presentado por la Ministra de Sanidad y Consumo en marzo de 2006, incluye actuaciones de gestión de Riesgos Ambientales para la Salud, así como una estrategia sobre Salud y Hábitos de vida.

Respecto a las actuaciones en gestión de Riesgos Ambientales, en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, se parte de la premisa de que “el aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud”.

Por su parte el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, en el marco de la estrategia de Salud y Hábitos de vida, contempla actuaciones de impulso en el desarrollo de la Atención Primaria, así como en la prevención de la obesidad, del consumo de alcohol en menores o de los accidentes domésticos.

Finalmente y siendo conscientes de la relevancia que el conocimiento de los determinantes de salud, tiene en la toma de decisiones con impacto en la salud pública, debemos felicitarnos por la oportuna publicación de este trabajo titulado “Los españoles frente a la salud y su determinantes”, que supone sin lugar a dudas un trabajo sólido, actual y bien estructurado sobre los determinantes de salud que afectan a nuestra población, configurándose como una excepcional herramienta de conocimiento para el estudio y toma de decisiones, en relación a la mejora de la salud de nuestra población, objetivo en el que todos los que somos depositarios de alguna responsabilidad sanitaria, estamos implicados.

“EL AIRE QUE RESPIRAMOS, EL AGUA QUE BEBEMOS, EL ENTORNO DE TRABAJO O EL INTERIOR DE LOS EDIFICIOS TIENEN UNA GRAN IMPLICACIÓN EN NUESTRO BIENESTAR Y NUESTRA SALUD”.

FERNANDO RODRÍGUEZ ARTALEJO

Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Mejorar la información sobre los problemas de salud de los españoles contribuirá a diseñar mejores estrategias para su prevención y control. Esta es la idea que subyace en este libro. Por ello, en el mismo se presentan los últimos datos disponibles sobre los determinantes personales y sociales de la salud y la utilización de los servicios sanitarios en la población española. La lectura de este libro me ha sugerido los comentarios siguientes:

Primero, tenemos excelentes ejemplos en nuestro país de sistemas de información sanitaria de base poblacional, financiados y gestionados por las administraciones públicas, que han contribuido de forma decisiva a elaborar estrategias de salud. Por ejemplo, gracias principalmente a las encuestas nacionales de salud de España, ampliamente utilizadas como fuente de datos en este libro, se ha tomado conciencia de que la obesidad, en todas las edades, es un fenómeno epidémico al menos desde 1987, año de la primera encuesta. Ello fue el punto de partida para el desarrollo de la estrategia naos (nutrición, actividad física y prevención de la obesidad) por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las comunidades autónomas. De forma similar, las encuestas de consumo de drogas en población escolar, gestionadas por el Plan Nacional sobre Drogas del mismo Ministerio, muestran desde hace más de 10 años que aproximadamente un tercio de los escolares de 14 a 18 años se han emborrachado al menos una vez en el último mes. Ello sugirió la necesidad de intervenciones en este campo, entre las que destaca recientemente el borrador del anteproyecto de la llamada Ley del Alcohol. Por último, la próxima encuesta nacional de salud permitirá vislumbrar a nivel nacional el impacto de la ley sobre el tabaco, que entró en vigor el 1 de enero de 2006, sobre la frecuencia del hábito de fumar, la intensidad del mismo, y los abandonos del tabaco. Frente a estos ejemplos, en los que se aprecia de forma nítida la estrecha vinculación de los sistemas de información sanitaria con las políticas de salud, llama la atención que los sistemas de información disponibles a nivel estatal sean esencialmente los mismos en la última década.

Segundo, en los próximos años se deberían realizar a nivel estatal encuestas de salud con examen físico. Existen bastantes de ellas a nivel de las comunidades autónomas, pero prácticamente ninguna a nivel estatal. Ello permitiría tener, por ejemplo, datos sobre obesidad a partir del peso y la talla medidos, y no sólo procedentes del reporte de los entrevistados como los de las actuales encuestas nacionales de salud. En general, podríamos conocer mejor la situación de algunos determinantes de la salud de los españoles, como la presión arterial, la dislipemia, y la diabetes, así como su grado de control, de los que no disponemos todavía de datos nacionales. Y también sabríamos algo más sobre la distribución de algunos trastornos crónicos de salud, como los relacionadas con la función pulmonar o la ateromatosis, cuyos datos de prevalencia corresponden hasta ahora a morbilidad reportada y diagnosticada por los médicos. Los datos disponibles infraestiman la magnitud de estos problemas de salud en la población española.

Tercero, los actuales sistemas de información sanitaria, que son de acceso habitualmente público, han sido una fuente muy valiosa de datos para la investigación académica. Está pendiente una revisión sistemática de las investigaciones publicadas en revistas de prestigio a partir de la explotación de nuestros sistemas de información de base poblacional. Pero hasta donde yo sé, se han publicado muchos trabajos sobre determinantes sociales y personales de los hábitos de vida, y sobre el impacto de estos sobre la salud percibida, el estado funcional, y el uso

de servicios sanitarios, incluidos los de carácter preventivo. También se ha monitorizado las tendencias en el estado de salud y la distribución geográfica del mismo, y se ha analizado posibles contribuyentes a ambos, usando simultáneamente información de más de un sistema. Las explotaciones realizadas tienen que ver con el tabaco, el consumo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo, la salud subjetiva, la restricción de actividad, y la discapacidad, entre otros hábitos de vida y trastornos de salud. Estos trabajos probablemente han servido para orientar las estrategias de salud, pero también se echa en falta un análisis sistemático de la utilización de estos resultados por los administradores sanitarios.

Deseo que los comentarios anteriores estimulen la generación de nuevos sistemas de información de base poblacional, su explotación, y la utilización de esos datos en la formulación de políticas de salud. Pero cómo mínimo y de forma inmediata deben estimular la lectura de este libro. Creo que es tiempo bien invertido, por lo que les animo a que tengan este libro cerca y a echarle un vistazo en cualquier momento.

**LAS EXPLOTACIONES
REALIZADAS TIENEN QUE
VER CON EL TABACO,
EL CONSUMO DE
ALCOHOL, LA OBESIDAD,
EL SEDENTARISMO,
LA SALUD SUBJETIVA,
LA RESTRICCIÓN
DE ACTIVIDAD, Y LA
DISCAPACIDAD, ENTRE
OTROS HáBITOS DE VIDA Y
TRASTORNOS DE SALUD**

1. INTRODUCCIÓN

La evolución y mejora de la salud en la humanidad está, desde sus orígenes, ligada al propio desarrollo económico y social de las poblaciones. La aspiración a una existencia más prolongada, con mejores condiciones y calidad de vida, ha acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. El desarrollo de la medicina es también inseparable de la propia evolución del conocimiento y de la tecnología en su conjunto. Progresivamente, la promoción del bienestar se ha ido convirtiendo en un objetivo compartido por los idearios sociales de todos los pueblos, convencidos de que la salud se encuentra condicionada por un conjunto de factores sociales, económicos y técnicos que ponderan los imperativos de la propia biología y la naturaleza humanas.

Hace ya siglos que la medicina descubrió que la higiene, la alimentación y las condiciones de vida juegan un papel primordial en la salud de las personas, si bien esta certeza por sí sola no ha podido erradicar las aún notables diferencias de salud existentes, ligadas al desigual desarrollo social y económico de los pueblos. Aún en el siglo XXI, y debemos decir que para desdicha de la mitad de la población de la tierra y vergüenza de la otra mitad, las diferencias de salud entre unas naciones y otras son enormes, probablemente mas de lo que hayan sido nunca. Actualmente, la esperanza de vida al nacimiento de los veinte países mas atrasados de la tierra, casi todos del continente africano, no supera los 40 años de vida; mientras en los treinta países mas desarrollados, entre ellos España, dicha expectativa de vida al nacer se sitúa por encima de los 70 años.

La ampliación del concepto de salud a otros ámbitos del conocimiento de la vida social y humana, antes ajenos a la medicina, ha permitido afrontar las causas de muchas enfermedades allí donde verdaderamente se encontraban, con mucha frecuencia fuera de los propios individuos que las padecen. Ello ha potenciado el impulso de la epidemiología, abriendo su campo al estudio de todos los factores que determinan las enfermedades, su incidencia y distribución en el conjunto de las poblaciones. El desarrollo de la epidemiología descriptiva y analítica, junto al experimentado por las medicinas social y preventiva ha permitido transferir responsabilidades desde el ámbito puramente sanitario hacia instancias sociales y políticas implicadas en la etiología socioeconómica o ambiental de muchos males.

Muchos factores de orden económico, social y ambiental están unánimemente reconocidos como determinantes de la salud, al igual que lo son los estilos de vida (la forma en que cada uno se comporta y actúa en su ámbito inmediato) o las políticas y la acción sanitaria. Pese a que en los países más avanzados el mayor esfuerzo económico se vuelca sobre el desarrollo de los sistemas sanitarios, ello no significa que los otros factores, los determinantes socioeconómicos y la conducta o comportamiento de los individuos, no sigan teniendo una importancia primordial en la etiología de las enfermedades. De hecho, uno de los pilares en los que se basa la actual política europea en salud pública es precisamente la actuación sobre los determinantes de la salud.

En el artículo 2 de la decisión nº 1786 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 relativa a la adopción de un programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (1993-2008) se establecen tres objetivos generales:

- A) Mejorar la información y los conocimientos a fin de fomentar la salud pública;
- B) Aumentar la capacidad de reacción rápida y coordinada ante los riesgos sanitarios;
- C) Fomentar la salud y prevenir las enfermedades, actuando sobre los factores determinantes de la salud en todas las políticas y actividades.

En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2004, el Director General de la OMS, propuso el establecimiento de una Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). Esta Comisión tiene como propósito generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las desigualdades sanitarias. Para alcanzar este objetivo la Comisión tiene previsto un programa inicial de trabajo de tres años a partir de marzo de 2005 en el que se han diseñado tres líneas de actuación.

- 1. Acopio de datos sobre intervenciones eficaces y propuesta de políticas relativas a los principales determinantes sociales, con énfasis en los países de bajos ingresos
- 2. Fomento de un amplio debate social para que los Estados Miembros, grupos de la sociedad civil y agencias internacionales relacionadas, apliquen políticas para intervenir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud
- 3. Definición de un programa de acción a medio y largo plazo para incorporar las recomendaciones de la Comisión en esta materia e implementar políticas, planes y programas relacionados con la salud.

Ámbitos en otro tiempo considerados ajenos a la salud se encuentran hoy implicados en las políticas intersectoriales de salud dando respuesta a sus determinantes no sanitarios, lo que supone la participación de sectores competentes en materias de economía, educación, medio ambiente o vivienda en la definición de objetivos de salud para la población, cuya actuación facilita la adecuada conjunción entre la prevención y promoción de la salud, y la conservación y recuperación de la misma por parte de los sistemas sanitarios.

El informe Kramers¹, referencia bien reconocida en el diseño de las políticas de salud europeas, establece tres bloques esenciales de determinantes de la salud; factores personales y biológicos, hábitos saludables y condiciones de vida y trabajo. Si bien es cierto que la influencia de los factores exógenos a la persona no es siempre fácil de deslindar de la que es debida al comportamiento y la conducta del individuo, el entorno familiar, el grupo social, los hábitos culturales y las creencias religiosas, la actividad laboral, la renta disponible, el nivel formativo o la etnia tienen un peso fundamental en la construcción y modelación de los estilos de vida en relación a la salud.

El estudio que presentamos aborda esta situación desde la dimensión expuesta: en la primera parte se examinan los determinantes sociales y económicos (condiciones de vida y de trabajo) esencialmente ajenos al individuo; en segundo lugar se analiza la influencia en la salud de las características biológicas y del estilo de vida de las personas (factores personales y biológicos, hábitos saludables); por ultimo, se examinan la relación de unas y otras variables con el uso que los españoles hacen del sistema sanitario.

Somos concientes de la necesidad de avanzar en el conocimiento de la proporción de riesgo para la salud atribuible a cada determinante, del peso real que cada uno de ellos tiene en la generación de accidentes y enfermedades. La salutogénesis², entendida como construcción social de

¹Pieter G.N. Kramers, The ECHI project: Health indicators for the European Community, Eur J Public Health 13: 101-106. RIVM, National Institute of Public Health and the Environment, The Netherlands., 2003.

²Antonovsky A. "Unraveling the mystery of Health: How people manage stress and stay well". San Francisco: Jossey-Boss Publishers 1987.

la salud y responsabilidad de toda la sociedad obliga a disponer de sistemas de información sanitaria que tengan en cuenta todos los factores que en alguna medida la condicionan. Si los determinantes de la salud son hoy, más que nunca, fundamentalmente sociales, económicos y ambientales, es preciso disponer de información acerca de la influencia de estos aspectos sobre la salud.

La mayoría de estos determinantes de la salud son en realidad, factores codeterminantes o, en expresión de Selltiz, *condiciones contribuyentes*³; no son - propiamente - la única causa del efecto, sea la enfermedad o un cierto nivel de salud, y su presencia no es *conditio sine qua non* para que se produzca el mismo, pero se combinan en distinta proporción para dar lugar a un resultado morboso. La etiología de muchas enfermedades cardiovasculares en las que a la inadecuada alimentación se le une la falta de ejercicio físico constituye un buen ejemplo de este tipo de procesos de determinación. Cantidades moderadas de alcohol pueden resultar inocuas para el organismo, pero en un conductor al volante pueden resultar letales. Es decir, muchos factores no constituyen por sí mismos causas necesarias o suficientes de una enfermedad o accidente, pero determinan o propician conjuntamente la ocurrencia del efecto.

Tras estas primeras causas, que conocemos como determinantes, encontraríamos una segunda línea de factores *contingentes* que propician el funcionamiento de las anteriores y sin los cuales los determinantes no producirían efecto. Con todo ello, queremos poner de manifiesto que, en muchos casos, los llamados determinantes son tan sólo el indicador o la puerta que nos conduce a la comprensión del conjunto de causas y condiciones que dan origen a los procesos de la enfermedad o el accidente.

Si bien es cierto que los niveles de salud de las poblaciones están condicionados por su nivel de desarrollo económico, no lo es menos que el progreso se sustenta sobre la capacidad de las sociedades de conservar las condiciones sociales y ambientales que permitan ese desarrollo a largo plazo. El espacio físico y social en el que se mueve cada sociedad y cada individuo es el caldo de cultivo de su salud y de sus enfermedades. La idea orteguiana de que es preciso salvar la propia circunstancia para salvarse uno mismo es plenamente aplicable a la salud.

Desde tal perspectiva, el presente informe pretende aportar una descripción general de la salud de los españoles a la luz de los diferentes determinantes de la misma. En él se refieren las relaciones empíricas entre la salud y la enfermedad y las diferentes variables sociales o personales, más focalizando y enfatizando grupos de riesgo que definiendo propiamente determinantes causales de la enfermedad. Incluso desde esta prudencia, no pretendemos agotar el repertorio de condicionantes de la salud, habida cuenta de que la limitada información estadística nos obliga a ceñirnos a las fuentes y los datos disponibles.

Este estudio se apoya en fuentes estadísticas sanitarias disponibles a lo largo de 2006; esencialmente, la Encuesta Nacional de Salud (2003), la Encuesta de Condiciones de Vida (2004)⁴, el Barómetro Sanitario (2004), la Estadística de Morbilidad Hospitalaria (2004) y la de Defunciones por causa de muerte (2004). Todas ellas, excepto la última que utiliza datos registrales, son encuestas realizadas por muestreo. En los cálculos estadísticos realizados con dichas encuestas se han utilizado medias y porcentajes relativos al conjunto de cada una de las muestras, que son, con el consiguiente factor de elevación, representativas de toda población española. Dicho factor de elevación ha sido expresamente utilizado en el apartado de los determinantes personales en la utilización de recursos sanitarios con objeto de trasladar al lector con más exactitud la medida poblacional de dicho uso.

No obstante, con sus limitaciones y carencias, creemos que este trabajo será un esfuerzo positivo en la medida en que ayude a tener presente las diferentes coordenadas que determinan la salud de los españoles y a recordar la escasa o, al menos, limitada capacidad de intervención que el sistema sanitario tiene todavía en muchas de ellas. Ello también pone de relieve la responsabilidad colectiva que alcanza a todos los poderes públicos y a toda la sociedad para conseguir que la salud sea un bien cada vez más extendido y mejor distribuido.

³Selltiz, C (1970) "Métodos de investigación en las relaciones sociales" Ed. Rialp.

⁴La Encuesta de Condiciones de Vida de 2005 ha sido publicada por el Instituto Nacional de Estadística el 28 de Noviembre de 2006, en la misma semana que se cerraban las últimas páginas de este texto, razón por la cual no han podido recogerse sus datos.

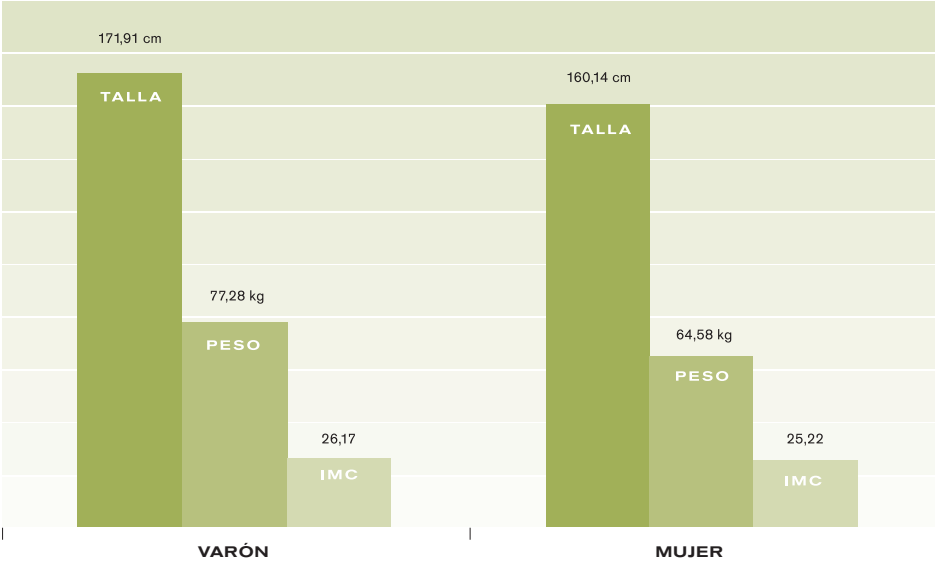
2. DETERMINANTES PERSONALES DE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES

2.1. CARACTERÍSTICAS BIOMÉTRICAS DE LOS ESPAÑOLES: ESTATURA, PESO E IMC

Los rasgos biológicos y las características propias de cada individuo son condicionantes básicos de la vida y la salud humanas. El peso y el tamaño del feto son ya indicadores de viabilidad de la vida para después del nacimiento. En el desarrollo de la vida adulta, el peso, la estatura, la estructura, la masa corporal, y sobre

todo, la combinación de unos y otros parámetros constituyen vectores esenciales para propiciar una vida saludable (Gráfico 1). Los excesos y defectos en alguna de estas medidas suelen derivar en un incremento de la probabilidad mórbida, que conocemos como factor de riesgo. Lo es, por ejemplo, la obesidad, que se ha convertido en una de las enfermedades más características de las sociedades de consumo propias de los países desarrollados.

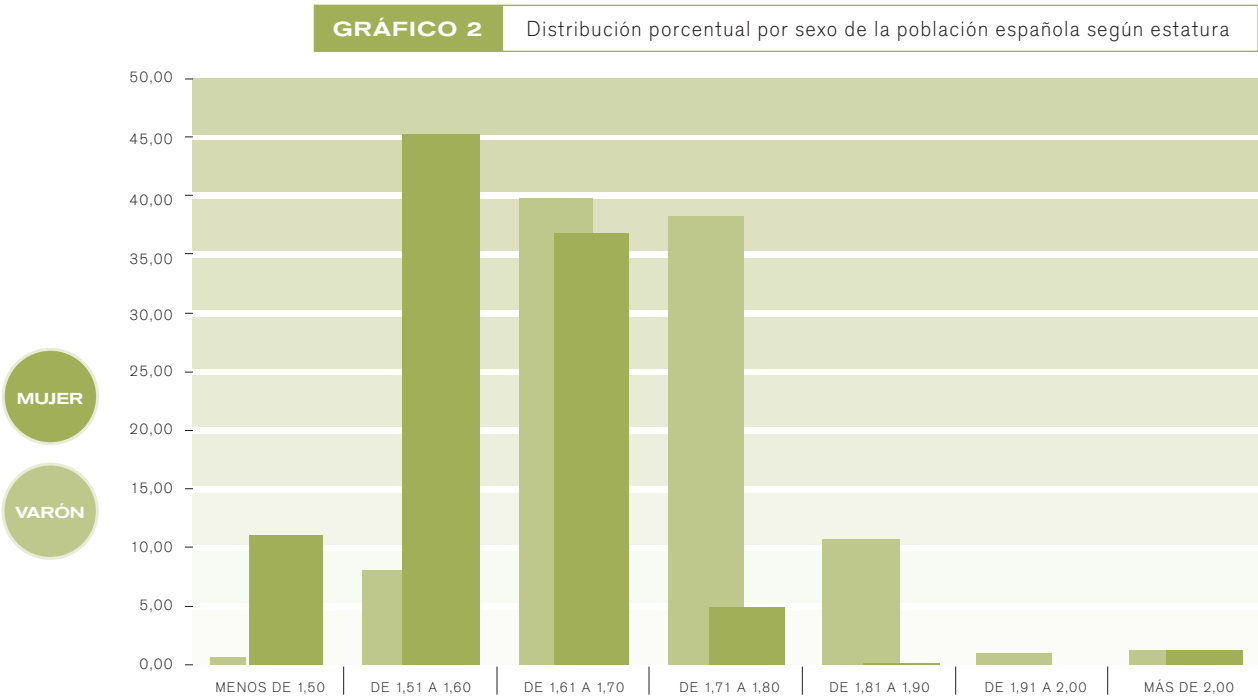
GRÁFICO 1 Estatura, peso e índice de masa corporal de los españoles por sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

2.1.1 LA ESTATURA

La opinión más extendida entre los antropólogos es que la estatura de las personas está determinada genéticamente. La estatura tiende a ser similar entre los familiares, las personas de las mismas comunidades y en los individuos de las mismas razas, ya que los factores genéticos son esenciales. Sin embargo, dentro de esta determinación que establece, en condiciones de normalidad, un máximo y un mínimo de altura en las personas, las diferencias de actividad, alimentación o salud, y, en general, la mejora de las condiciones de vida, pueden producir incrementos de estatura en las poblaciones. Esto es lo que ha venido sucediendo en España a los largo del último siglo, durante el cual la estatura media de los españoles ha crecido más de doce centímetros. No puede pues extrañar que encontremos una perceptible diferencia de talla entre los diferentes segmentos de edad de la población, ya que son el reflejo del continuo crecimiento de la estatura media de los españoles (Gráfico 2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Diversos estudios realizados a lo largo de la última década⁵ han puesto de manifiesto la validez de la estatura como indicador de bienestar. Parece, pues, reconocida por biólogos, nutricionistas y pediatras la importancia de los registros antropométricos como indicadores medio-ambientales y socioeconómicos que miden situaciones de carencia nutricional y de desigualdad frente a los recursos básicos de alimentación y sanidad. Según estas propuestas la estatura expresa el estado nutricional neto que contempla no sólo el consumo de nutrientes sino las condiciones de retención de los mismos. Éstas, a su vez, dependen de la incidencia de las enfermedades en la infancia y en la adolescencia⁶.

Las características biométricas, que podemos estudiar con los datos disponibles en la ENS'2003, son la altura, el peso y la combinación de ambas conocida como índice de masa corporal (IMC). La estatura media de los adultos españoles es en 2003 de 165,5 cm. y su peso de 70,4

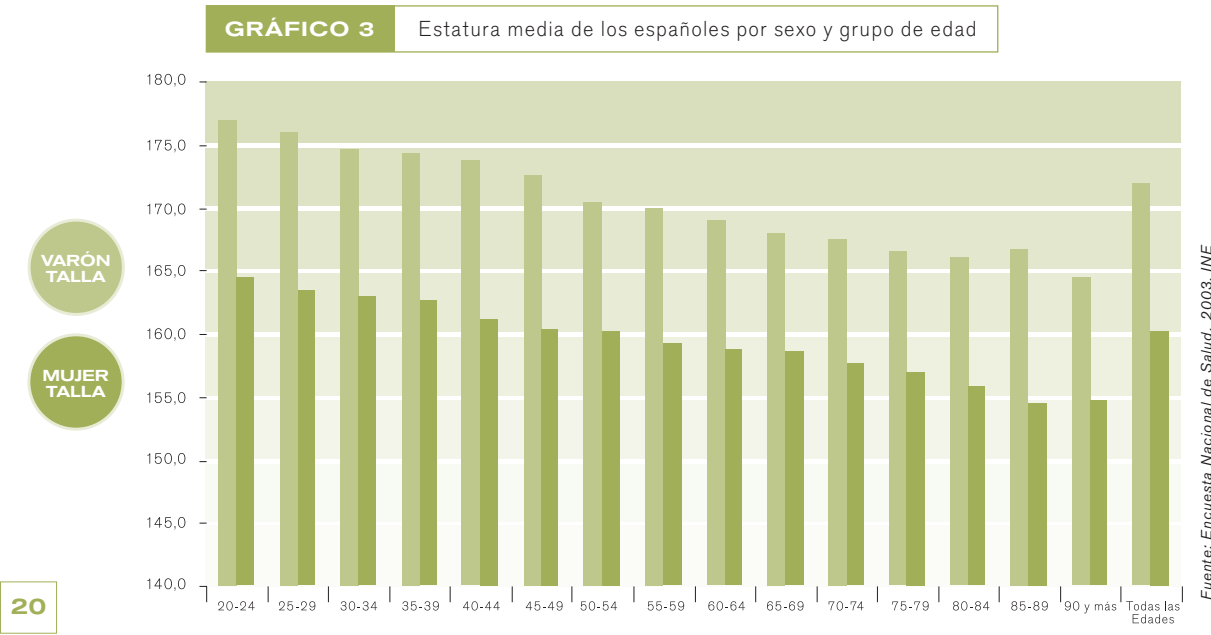
⁵Fogel, 1994; Komlos y Baten, 1998; Komlos, 2000.
⁶Martínez Carrión, J.M; Bienestar y niveles de vida biológicos en la España contemporánea.

kilogramos. En los hombres la altura media se sitúa en los 172 cm. y en la mujer en 160,1 cm. La diferencia en la distribución de tallas de hombres y mujeres es notable; mientras que más de la mitad (56,57 %) de las mujeres no pasa de 1,60 centímetros, un 90 % de los varones supera esta altura; asimismo, mientras que más de la mitad de los hombres superan el 1,70, en las mujeres este grupo solo representa un 6,5 % de toda la población femenina (Tabla 1).

TABLA 1	Distribución porcentual por estatura de la población española			
		VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
	MENOS DE 1,50	0,89	11,30	6,55
	DE 1,51 A 1,60	8,14	45,27	28,34
	DE 1,61 A 1,70	39,69	36,83	38,13
	DE 1,71 A 1,80	38,20	4,82	20,04
	DE 1,81 A 1,90	10,58	0,20	4,94
	DE 1,91 A 2,00	1,00	0,01	0,46
	MÁS DE 2,00	1,50	1,56	1,53

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Sin embargo, y dado el crecimiento continuo de la estatura media al que antes se aludía, la medida más correcta de la estatura de la población española es la que podemos obtener en los jóvenes de 20 a 24 años, edad en la que se presume terminado el proceso de crecimiento. Los datos de este grupo de edad muestran una altura media de 176,9 cm. en los varones y de 164,5 en las mujeres, alcanzando el conjunto de ambos sexos una estatura media de 170,7 cm. (Gráfico 3). El hecho de que el crecimiento esté ligado, tanto a factores genéticos como al contexto nutricional y sanitario supone que existan diferencias de altura en las personas asociadas con las diferentes regiones de la geografía española. El carácter multifactorial de la determinación de la estatura humana requeriría de un análisis más detallado que explique las respectivas ponderaciones de tales diferencias.

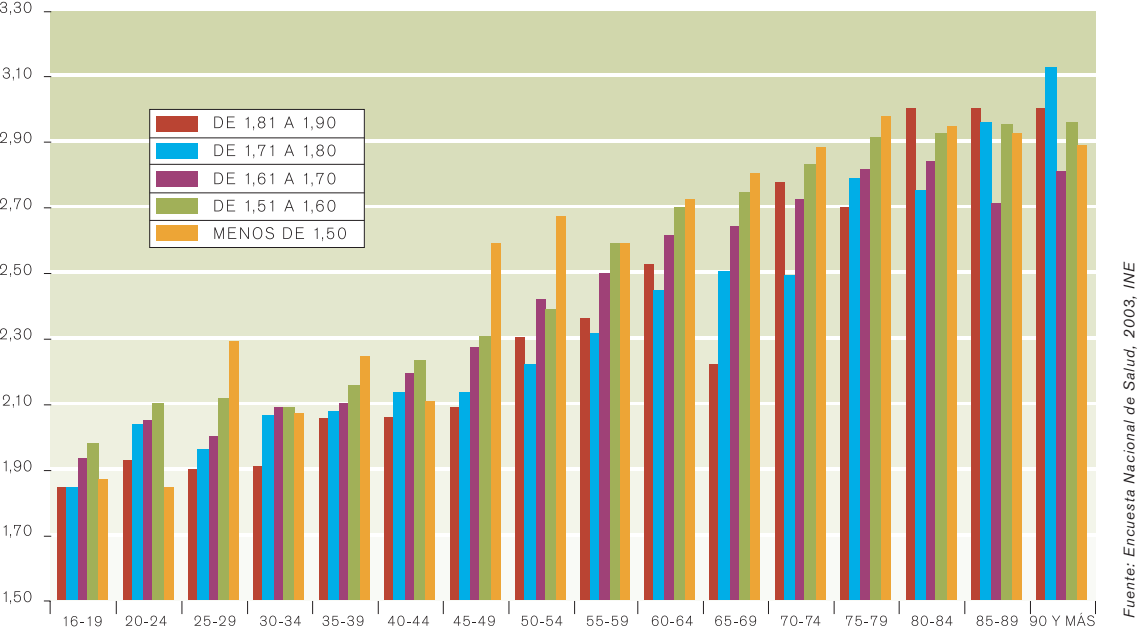


Con carácter de apuntes o curiosidades biométricas de nuestra geografía humana, puede señalarse que los jóvenes varones más altos se registran en las comunidades de Baleares, Galicia, Cantabria y Madrid, comunidades que, sin embargo y salvo el caso de Galicia, no son las que habitan las mujeres más altas, que se encuentran en La Rioja, Cataluña y Canarias, además del referido caso de Galicia. Ello pone de manifiesto que la estatura de hombres y mujeres no sigue patrones similares en unas y otras regiones. Casos extremos resultan los de las comunidades de Cantabria e Islas Baleares que presentan diferencias medias de altura entre los jóvenes de uno y otro sexo de cerca de 15 centímetros. El contraste opuesto lo ofrece La Rioja, que junto a las jóvenes más estiradas (168,1 cm.) presenta una estatura más bien discreta en los varones (174,9 cm.), bastante por debajo de la media nacional (Tabla 2).

	TABLA 2 Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años según sexo y Comunidad Autónoma			
	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS	DIF HOM-MUJ
ILLES BALEARS	178,8	164,2	168,0	14,7
GALICIA	178,6	165,5	171,3	13,1
CANTABRIA	178,6	162,9	170,3	15,7
COMUNIDAD DE MADRID	178,4	164,1	171,5	14,3
CATALUÑA	177,9	165,4	172,6	12,5
CASTILLA-LA MANCHA	177,5	163,2	171,0	14,3
CEUTA Y MELILLA	177,4	164,9	171,1	12,5
ARAGÓN	177,2	164,2	171,1	13,0
CASTILLA Y LEÓN	177,0	164,4	170,8	12,6
ESPAÑA	176,9	164,5	170,7	12,5
REGIÓN DE MURCIA	176,8	163,8	170,0	12,9
EXTREMADURA	176,7	164,5	170,6	12,2
ANDALUCÍA	176,5	164,5	170,6	12,0
COM. FORAL DE NAVARRA	176,5	163,5	170,5	12,9
PAÍS VASCO	176,2	163,4	169,1	12,8
CANARIAS	176,0	165,1	169,7	10,9
PRINCIPADO DE ASTURIAS	175,8	163,7	170,2	12,1
LA RIOJA	174,9	168,1	171,0	6,8
COMUNIDAD VALENCIANA	174,6	164,6	169,9	10,1

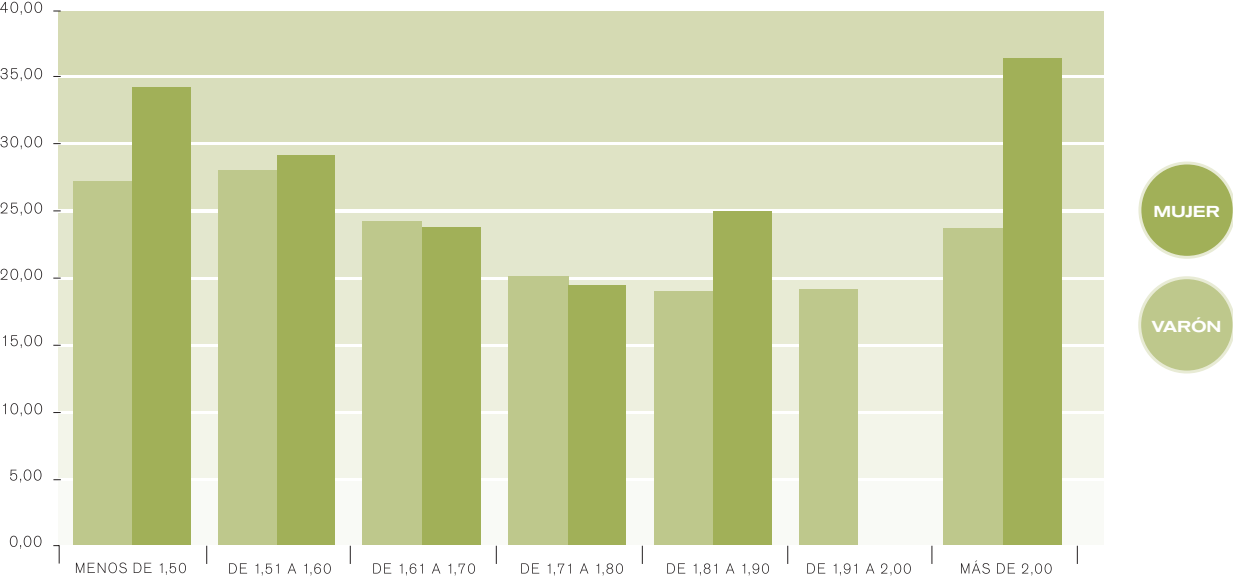
Dada la genealogía de la estatura humana, ligada al crecimiento económico y social y al desarrollo nutricional y las condiciones de vida y salud, no es de extrañar la existencia de una correlación entre la talla de los individuos y su estado de salud percibido. En general y exceptuando los segmentos extremos (personas de más de 1,81 metros) las personas más altas manifiestan una mejor autovaloración de la salud. Esta asociación entre más altura y mejor salud es bastante clara en todos los grupos de edad hasta los 80 años y se registra en ambos sexos, si bien es más intensa en el caso de los varones (Gráficos 4 y 5).

GRÁFICO 4 Autovaloración de la salud de los españoles según estatura y grupos de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 5 Porcentaje de personas que vieron limitada su actividad habitual por un problema de salud durante más de 10 días continuados según estatura.



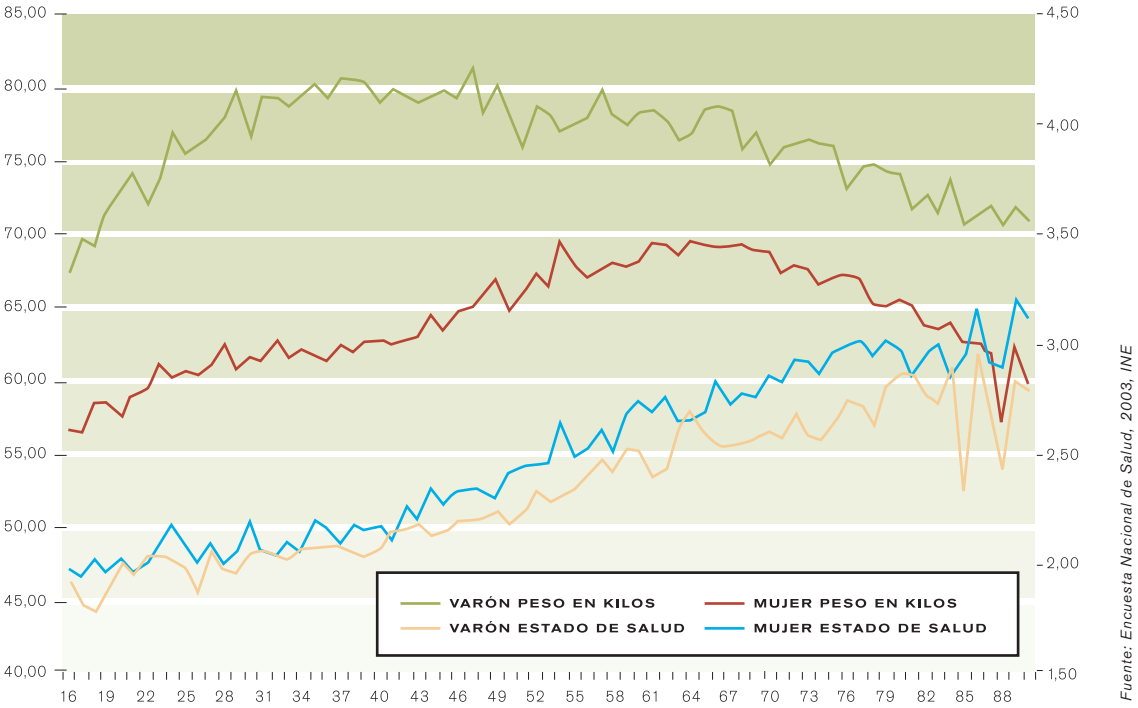
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

2.1.2 EL PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Dentro de ciertos parámetros genéticos y raciales, la mayor estatura constituye un indicador de desarrollo socioeconómico, asociado, en general, con la mejor salud y en el que difícilmente tienen cabida los excesos. No ocurre lo mismo con el peso, ya que si bien un peso suficiente es necesario para tener un nivel adecuado de salud, el exceso del mismo ha demostrado ser altamente nocivo para la misma y su enorme generalización en las sociedades avanzadas lo ha convertido en una verdadera epidemia del mundo desarrollado.

En el mundo en desarrollo, más de 20 millones de lactantes nacen cada año con insuficiencia de peso y 3 millones de ellos mueren por este motivo. Como consecuencia, 70 millones de niños en el mundo padecen insuficiencia de peso y 6 millones de personas mueren anualmente a causa de la desnutrición. A la lucha, todavía vergonzosamente inconclusa, contra la desnutrición y la malnutrición en muchos países en desarrollo, debemos unir, ahora, otro frente de batalla contra la obesidad, el sobrepeso y la alimentación inadecuada. Frente al hambre crónica que abruma a 852 millones⁷ de personas en todo el mundo, más de 1.000 millones de seres humanos padecen sobrepeso y tres millones son clínicamente obesos. Medio millón de personas muere anualmente en los países desarrollados por dolencias relacionadas directamente con la obesidad.

GRÁFICO 6 Peso y autovaloración de la salud de los españoles según edad y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

⁷Informe anual de la FAO sobre el hambre: El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo (SOFI 2004).

El aumento del peso corporal de la mayoría de las poblaciones de los países desarrollados, con sus consecuencias perjudiciales para la salud, supone un grave obstáculo para el bienestar (Gráfico 6). La prevalencia de la obesidad en la mayoría de los países de Europa occidental se sitúa entre el 10 % y el 25 % de los adultos y sube a cotas entre el 20 % y el 25 % en algunos países de América. El progreso de la obesidad en Europa en las últimas dos décadas puede considerarse preocupante. Se estima que cerca de la mitad de los hombres y una tercera parte de las mujeres europeas tienen sobrepeso, esto quiere decir que tienen un índice de masa corporal superior a 25 y se sitúan así en la antesala de la obesidad.

Existen diferencias de peso, altura y masa corporal derivadas de la raza y la adaptación al medio geográfico, pero la determinación de los patrones de normalidad se apoya en estadísticas de morbilidad. La menor tasa de mortalidad se asocia con un Índice de Masa Corporal (IMC) próximo a 22. La mortalidad y la morbilidad tienden a aumentar a medida que el IMC toma valores superiores a 25 o cae por debajo de 18,5. En este apartado proporcionaremos algunos datos de carácter general sobre el peso y el IMC de los españoles, dejando para el apartado de estilos de vida un examen más detenido sobre la conducta alimentaria y la obesidad en relación con diversas variables de carácter social y personal.

El peso medio de los adultos españoles estaba, en 2003, en 77,3 kgs.; el de las mujeres en 64,6 kgs. Esta diferencia de más de 12 kilos entre los pesos medios de hombres y mujeres varía según el tramo de edad considerado ya que la evolución del peso de los adultos a lo largo de la vida es diferente según el sexo de las personas. Los varones alcanzan su máximo peso entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres lo hacen prácticamente veinte años después, entre los 55 y 70 años. Asimismo, el índice de masa corporal más elevado se alcanza en la población española entre los 60 y 70 años para ambos sexos. Durante esta década el IMC tanto de hombres como de mujeres se encuentra en 27,4 (Gráfico 7).

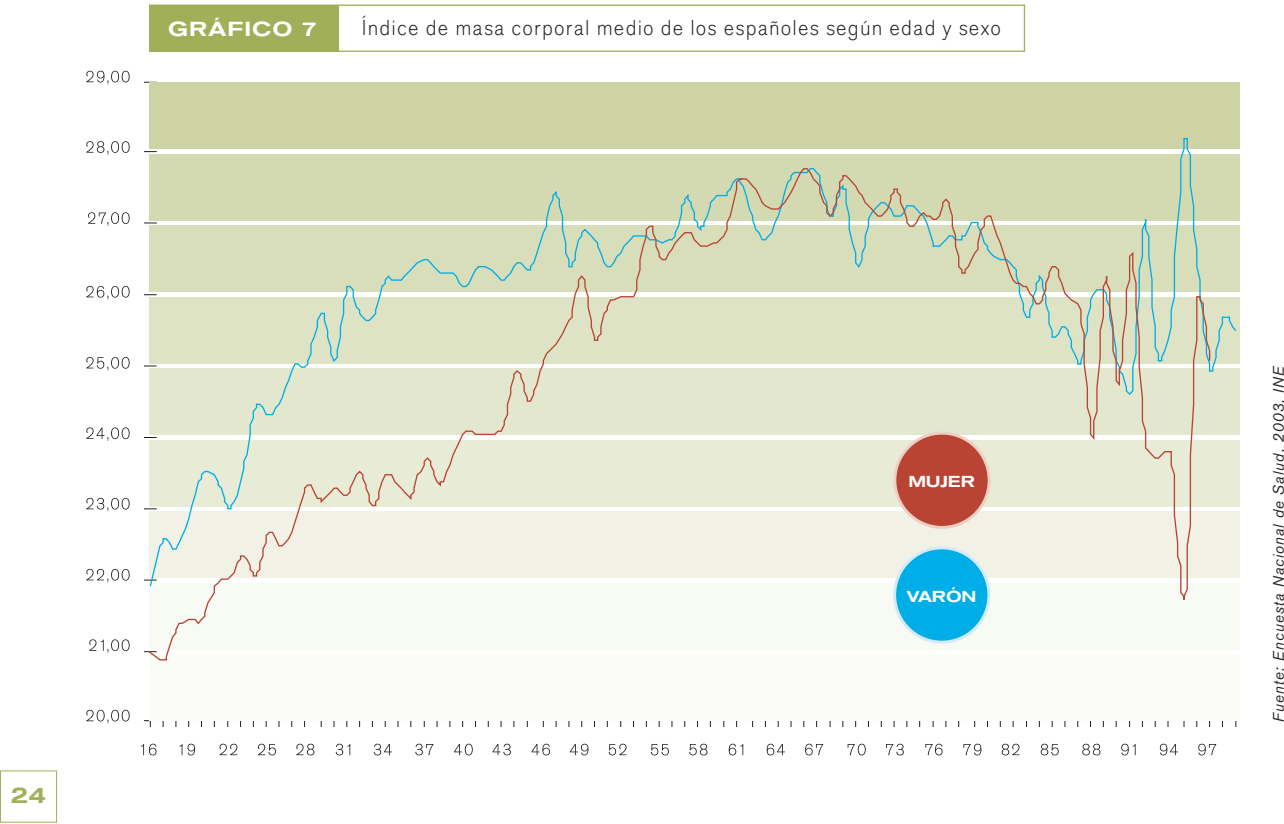


TABLA 3		Peso medio y edad media de varones y mujeres por Comunidad Autónoma				
	VARÓN		MUJER		AMBOS SEXOS	
	PESO MEDIO	EDAD MEDIA	PESO MEDIO	EDAD MEDIA	PESO MEDIO	EDAD MEDIA
EXTREMADURA	78,86	49,00	67,11	52,13	72,50	50,69
REGIÓN DE MURCIA	77,66	46,42	67,45	51,90	72,11	49,39
ANDALUCÍA	78,37	45,00	66,80	50,72	72,01	48,13
CASTILLA-LA MANCHA	78,14	48,53	66,50	53,47	71,92	51,18
CANARIAS	77,07	43,05	67,34	47,58	71,75	45,52
CEUTA Y MELILLA	76,17	44,04	66,87	46,22	71,07	45,23
GALICIA	77,07	50,65	65,58	53,38	70,70	52,17
C. FORAL DE NAVARRA	76,98	47,53	64,77	51,91	70,64	49,80
PDO. DE ASTURIAS	77,35	49,58	65,25	54,16	70,46	52,19
ESPAÑA	77,28	47,91	64,58	51,91	70,36	50,09
C. VALENCIANA	77,66	46,37	64,66	49,27	70,27	48,02
CANTABRIA	77,31	46,31	62,77	51,94	70,24	49,05
ARAGÓN	77,34	50,43	64,18	54,82	70,18	52,82
CATALUÑA	77,05	48,16	63,65	50,59	69,95	49,45
LA RIOJA	76,46	49,33	64,65	52,66	69,90	51,17
ILLES BALEARS	76,86	47,56	64,11	51,48	69,65	49,78
PAÍS VASCO	78,40	45,86	62,10	49,79	69,61	47,98
COMUNIDAD DE MADRID	78,30	44,85	62,33	48,19	69,39	46,69

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

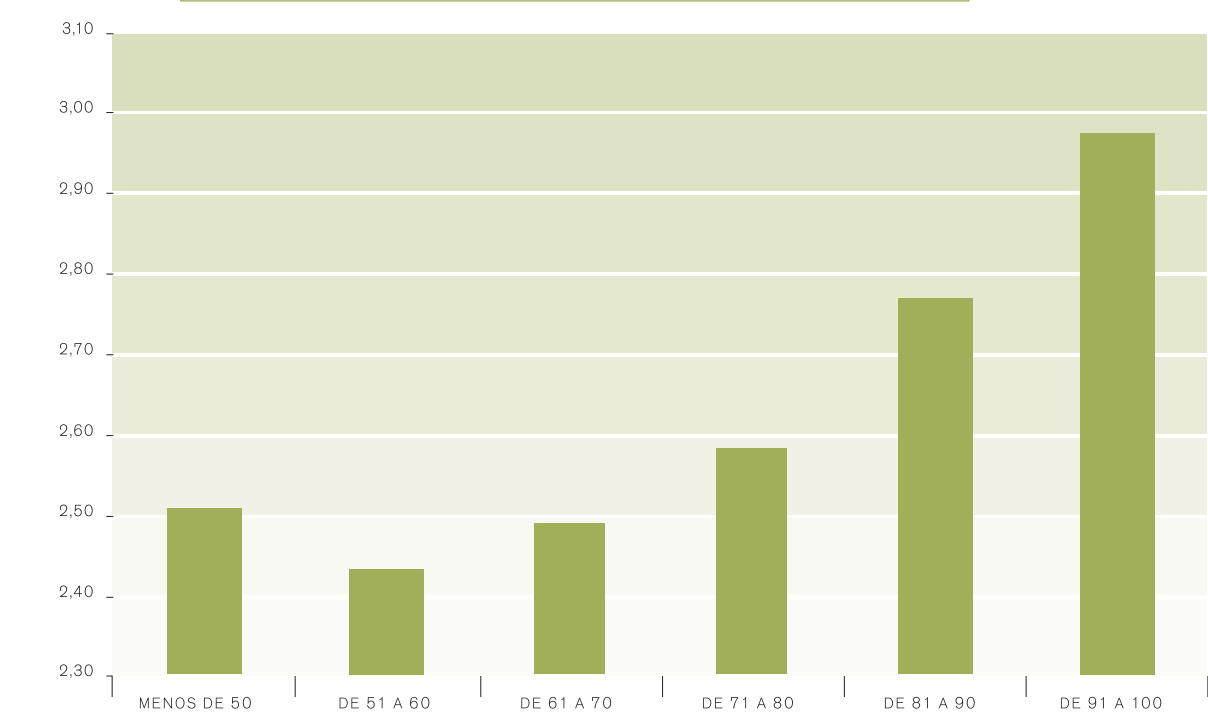
Si la altura se configura en general como un buen indicador de desarrollo socioeconómico, no sucede lo mismo con el peso. A efectos de posibles comparaciones hay que tener en cuenta que las poblaciones de las distintas comunidades tienen diferentes grados de envejecimiento⁸, lo que influye tanto en la altura y el peso medio de sus individuos como en su nivel de salud. Independientemente de la relación del peso con la altura (IMC) las poblaciones con mayores pesos medios se encuentran en las regiones meridionales de la península; Extremadura, Región de Murcia, Andalucía, Castilla-La Mancha, Canarias y Ceuta y Melilla presentan los valores mas elevados. Por el contrario, las poblaciones de Madrid, Baleares y el noroeste peninsular tienen pesos medios inferiores al conjunto nacional (Tabla 3).

Dada la estrecha relación entre el peso y la edad, esta última debe tenerse siempre en cuenta a la hora de establecer cualquier tipo de comparación entre uno u otro grupo social. El ajuste de la edad de las personas nos permite establecer una relación más clara entre el estado de salud (autovaloración de la misma) y el peso de las personas. Independientemente de la altura, el mayor peso constituye ya en las mujeres un indicador biométrico asociado con peor salud. A partir de los 50 Kgs. de peso, la correlación entre más peso y peor autovaloración de la salud es directa y creciente (Gráfico 8).

⁸Recogemos la edad media de las poblaciones para orientar al lector sobre el envejecimiento de cada población, si bien se define mejor por la composición porcentual de niños, jóvenes y personas mayores en relación al conjunto de la población.

La relación, sin embargo, entre peso y salud no es tan clara en los hombres, ya que en éstos las variaciones de altura son más importantes y diluyen la importancia relativa del peso. Solamente los hombres, cuyo peso se sitúa por debajo de los 50 Kgs. y por encima de los 100 Kgs., evidencian peor salud. Entre ambos pesos, las diferencias de salud relacionadas con el peso son poco significativas en los varones (Gráfico 9).

GRÁFICO 8 Autovaloración de la salud de las mujeres, ajustada por edad, según grupo de peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Sin embargo, hay algunos datos que sugieren que los hombres tienden a disimular los efectos negativos en la salud de su exceso de peso, ya que así como en las mujeres existe una consistencia entre su salud autovalorada y la morbilidad declarada (haber padecido alguna dolencia en los últimos diez días), en los varones se da también una correlación clara entre mayor peso y mayor tasa de dolencias, pero esta no es consistente con la autovaloración de la salud. En otros estudios hemos podido constatar una tendencia de los hombres a sobrevalorar su estado de salud, actitud que parece acrecentarse en los hombres de más peso que acaso intentan con ello restar importancia a los efectos nocivos de su apetito (Gráfico 10).

GRÁFICO 9 Autovaloración de la salud de los varones, ajustada por edad, según grupo de peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)

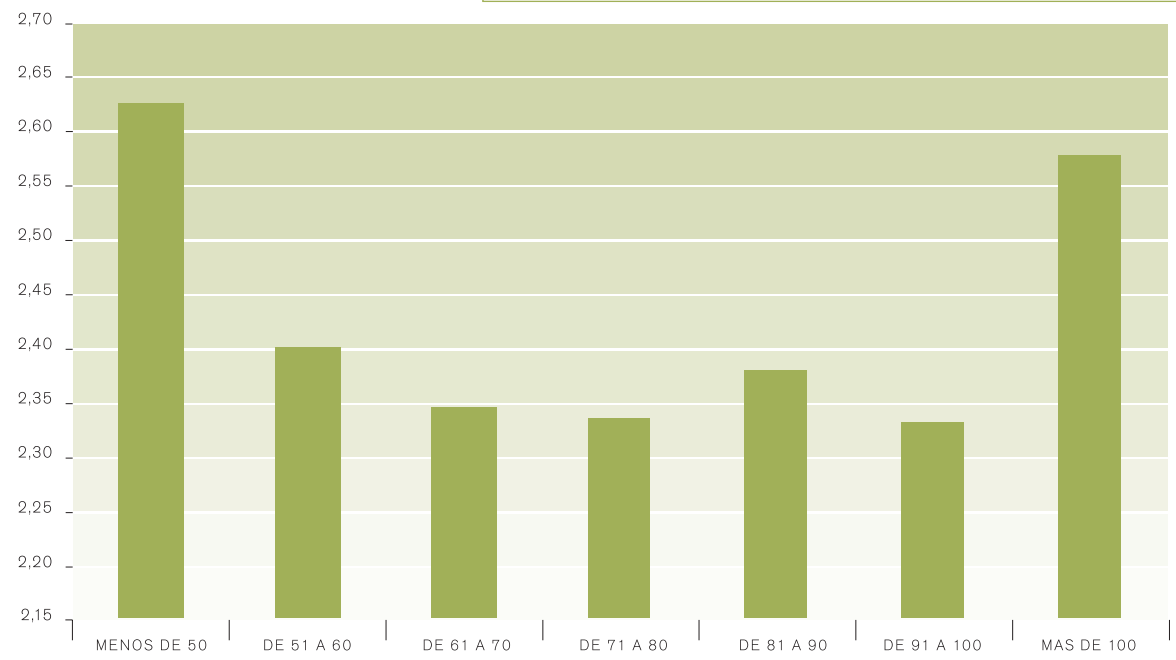
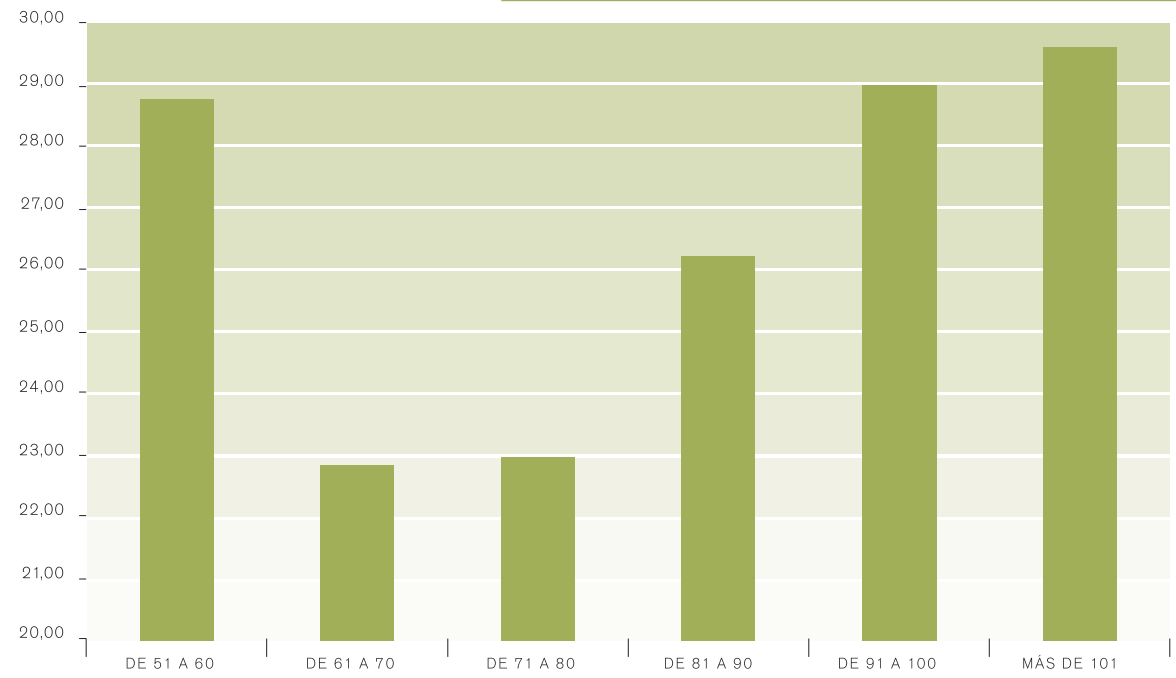


GRÁFICO 10 Porcentaje medio de varones (ajustado por edad), que han padecido alguna dolencia en los últimos diez días, según grupo de peso



El IMC es la medida biométrica que relaciona la altura con el peso, y por tanto, la más adecuada como indicador de salud de los individuos. El Índice de Masa Corporal es el resultado de dividir el peso por el cuadrado de la altura. Se considera que una persona tiene sobrepeso si su IMC se encuentra por encima de 25. Algunos estudios sugieren que los intervalos del IMC entre 23.5 y 24.9 en los hombres y entre 22.0 y 23.4 en las mujeres se encuentran asociados a un menor riesgo para la salud en la medida en que dichos grupos están estadísticamente asociados con una menor tasa de mortalidad en años subsiguientes⁹.

GRÁFICO 11 Índice medio de Masa Muscular (IMC medio) ajustado por edad, según autovaloración de la salud y sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Aunque está generalmente reconocido que el listón que separa el sobrepeso del peso normal se encuentra en el índice 25, no debe ello inducir a creer que este es el que señala el IMC más saludable, ya que se trata más bien del límite en el que se termina el estado saludable. Los datos de la encuesta nacional de salud ponen de relieve que los IMC medios asociados a un mejor estado de salud se encuentran entre los españoles en 24,5, por debajo de la cota de 25, si bien en los varones está en 25,4 y en las mujeres en 23,9. A medida que nos desplazamos hacia una peor autopercepción del estado de salud encontramos un mayor IMC, relación que es más intensa en el caso de las mujeres. El sobrepeso y la obesidad tienen efectos más nocivos para la mujer que para los varones (Gráfico 11).

De igual forma, si analizamos la autovaloración de la salud de los diferentes grupos de IMC, encontramos que la mejor percepción de su propia salud la tienen las personas de uno y otro sexo cuyo IMC se encuentra en el intervalo considerado como normopeso (entre 18,5 y 25), empeorando dicha valoración en los grupos de IMC superiores e inferiores al citado intervalo (Gráfico 12).

Las ventajas de un IMC adecuado se aprecian también en la tasa de individuos que ha padecido alguna dolencia o enfermedad durante más de 10 días y/o la relativa a los que han tenido que reducir o limitar su actividad principal durante las dos últimas semanas. También aquí se pone de evidencia el efecto negativo del sobrepeso y la obesidad. El normopeso (IMC entre 18,5 y 25) representa en los varones el intervalo con las tasas más bajas de dolencias y restricciones de actividad. Aunque dicho intervalo se utiliza con frecuencia de manera indistinta para ambos sexos, en las mujeres el límite superior (IMC=25) puede resultar algo elevado, pudiéndose observar en algunas mediciones mejores resultados, en términos de salud, por debajo de este intervalo (Tabla 4; Gráfico 13). Ello pone de relieve el exceso de peso que ya tiene la mujer española, cuyo IMC era ya en el año 2003 superior a 25, comentario que vale también para los varones, cuyo IMC ha rebasado el 26.

GRÁFICO 12 Autovaloración de la salud de varones y mujeres, ajustada por edad, según grupo de IMC (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 4

Porcentajes de personas que han padecido dolencias durante los últimos diez días o han visto limitada su actividad en las últimas dos semanas

HA PADECIDO ALGUNA DOLENCIA O ENFERMEDAD DURANTE MÁS DE 10 DÍAS

HA TENIDO QUE REDUCIR O LIMITAR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS

	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER
BAJO PESO (MENOS DE 18,5)	26,19	19,28	14,29	14,65
NORMOPESO (DE 18,5 A 25)	19,82	22,16	9,46	12,46
SOBRE PESO (DE 25 A 30)	22,93	30,80	10,19	18,15
OBESIDAD I (DE 30 A 35)	27,89	38,63	12,08	22,13
OBESIDAD II (DE 35 A 40)	26,88	40,25	14,38	26,42
OBESIDAD III (MÁS DE 40)	28,57	48,39	14,29	30,11

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

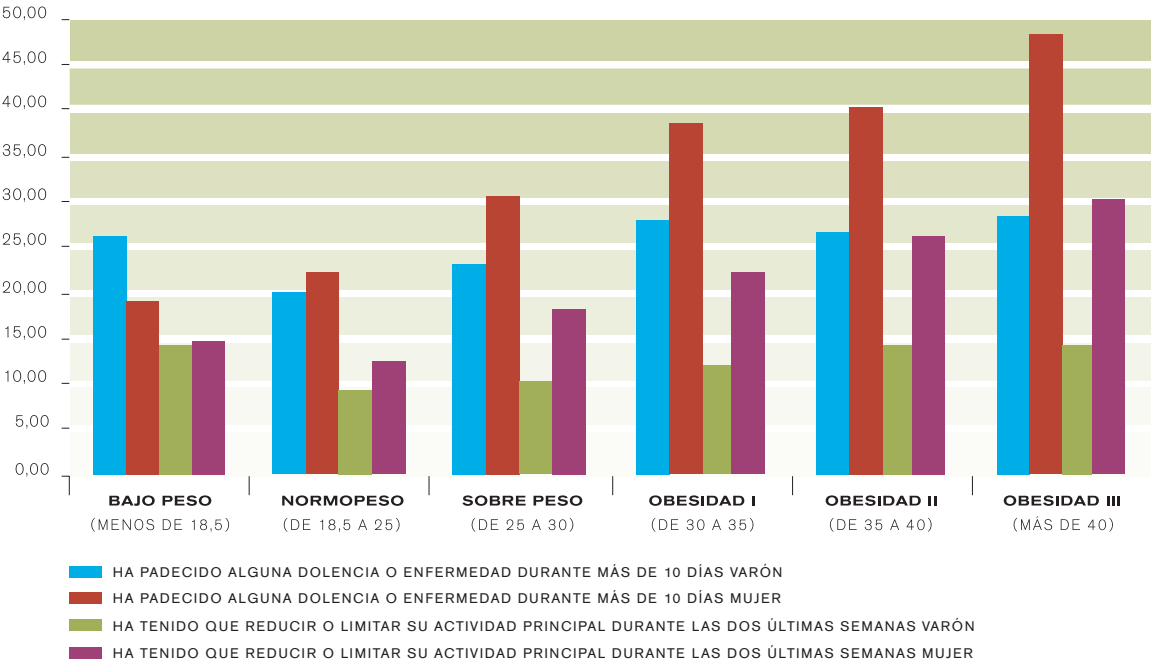
⁹E Calle et al. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. The New England Journal of Medicine 1999 341: 1097-1105.

Parece aceptado que el IMC es un buen indicador de la salud, en cuanto que las desviaciones a determinados índices o intervalos que conocemos como peso normal o normopeso, llevan asociado un mayor riesgo de enfermedades, mortalidad y, en general, peor salud. Sobre este fundamento y aceptando algunas diferencias derivadas de la desigual estatura de las poblaciones, ligada a su vez al grado de envejecimiento de las mismas, podemos comparar los diferentes índices medios de masa corporal de las diferentes comunidades autónomas.

La geografía de la masa corporal en la población española pone de evidencia una mayor obesidad en el sur y oeste peninsular. Aún más ajustado a la realidad sería decir que tan solo el noroeste peninsular resiste la epidemia de obesidad que se extiende por el mundo desarrollado. Con datos de 2003 solo las comunidades de Madrid (IMC=24,87) y País Vasco (IMC=24,98), presentan índices de masa corporal inferiores a 25. Mientras tanto doce comunidades tienen ya una mayoría de la población con sobrepeso u obesidad. Con ello, más de la mitad de la población española tenía en 2003 sobrepeso u obesidad (Gráfico 14). El segmento de edad con mayor problema de peso es el de 60 a 69 años, en el que solo el 28,6 de la población presenta normopeso; casi la mitad (47,3 %) tiene sobrepeso y cerca de otra cuarta parte (23,47) sufre obesidad en uno u otro grado (Tabla 5).

La obesidad conlleva mayor riesgo de morbilidad y mayor tasa de mortalidad. Entre las enfermedades directamente relacionadas con la obesidad se encuentran la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes. Los datos de la última encuesta de salud ponen de relieve la importante incidencia que el peso de las personas, tiene en la prevalencia de estas enfermedades. La tasa, ajustada por edad, de hipertensión se incrementa un 75 % en los obesos respecto al grupo de normopeso; la de exceso de colesterol en un 25 %, y la de diabetes en un 100 % (Gráfico 15). Asimismo, las enfermedades crónicas del corazón, mala circulación y artrosis o problemas reumáticos ven aumentada su

GRÁFICO 13 Porcentajes de personas que han padecido dolencias durante los últimos diez días o han visto limitada su actividad en las últimas dos semanas, según sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 14 Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal por comunidad autónoma

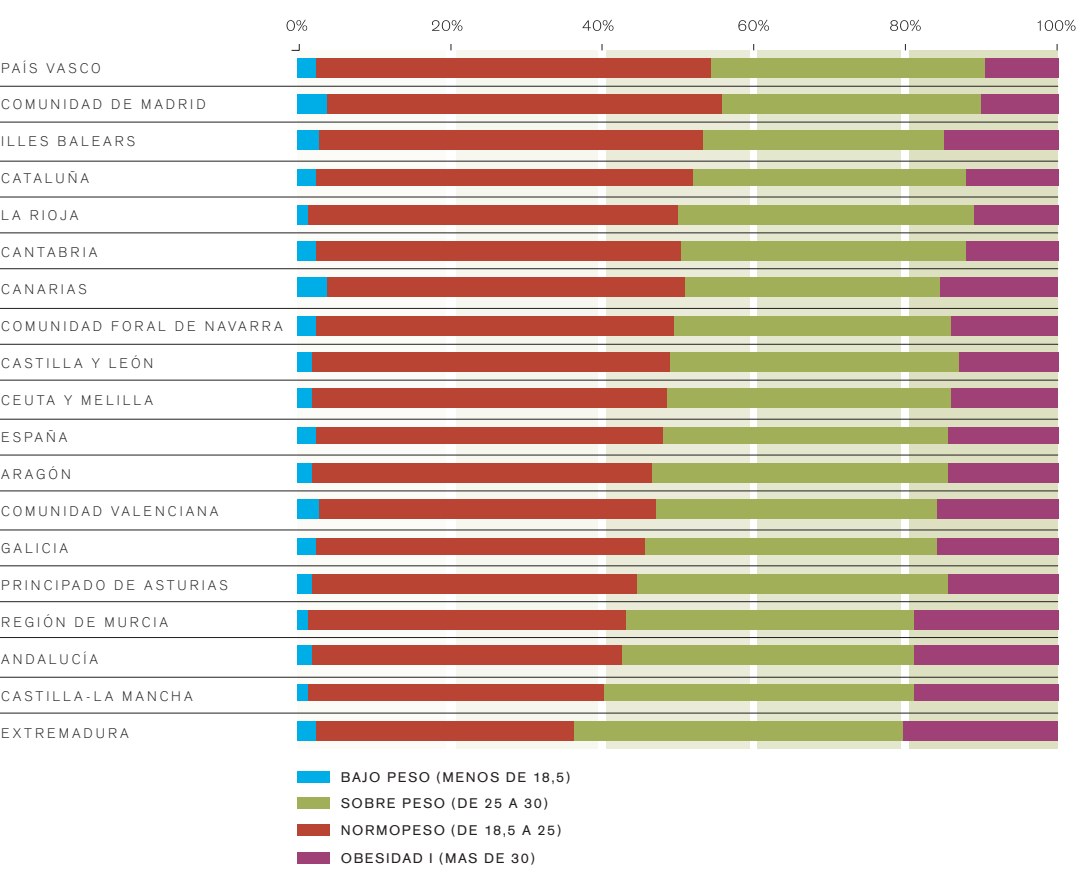


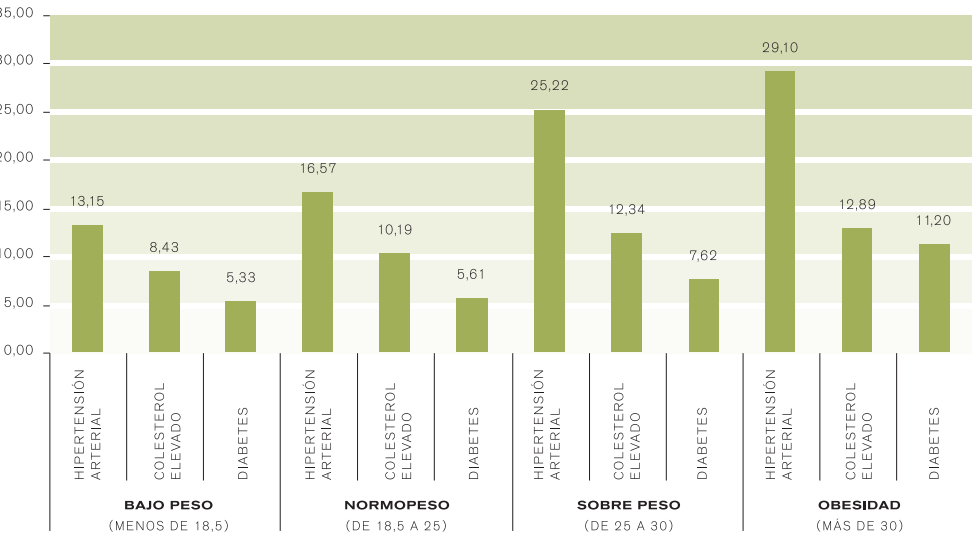
TABLA 5 Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal y grupo de edad

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	BAJO PESO (MENOS DE 18,5)	NORMOPESO (DE 18,5 A 25)	SOBREPESO (DE 25 A 30)	OBESIDAD I (DE 30 A 35)	OBESIDAD II (DE 35 A 40)	OBESIDAD III (MÁS DE 40)
16 a 19	11,9 %	75,2 %	10,7 %	1,8 %	,5 %	,0 %
20 a 29	5,6 %	67,6 %	21,7 %	3,8 %	1,1 %	,2 %
30 a 39	2,2 %	55,9 %	33,0 %	7,5 %	1,0 %	,4 %
40 a 49	1,2 %	46,8 %	38,4 %	11,0 %	2,0 %	,5 %
50 a 59	,7 %	37,6 %	43,8 %	14,2 %	2,9 %	,9 %
60 a 69	,6 %	28,6 %	47,3 %	18,5 %	4,0 %	,9 %
70 a 79	,9 %	31,5 %	46,4 %	16,8 %	3,5 %	,9 %
80 a 89	1,9 %	38,8 %	41,4 %	15,3 %	2,3 %	,3 %
90 y más	6,3 %	44,4 %	41,3 %	6,9 %	,6 %	,6 %

prevalencia con sobrepeso u obesidad; la tasa de enfermos crónicos del corazón se incrementa un 41,53 % en el grupo de personas obesas con respecto a los de peso normal; los problemas crónicos de circulación en un 43,04 %, y la artrosis y los problemas reumáticos en un 48,56 % (Gráfico 16).

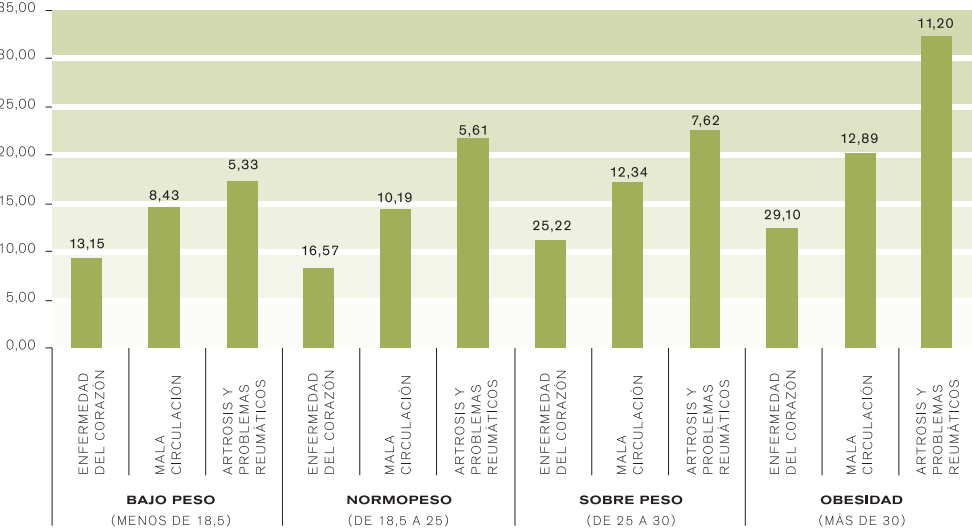
Existen otras patologías diversas de carácter tumoral, respiratorio y metabólico que se encuentran asociadas con el exceso de peso. Se estima que, en España, el coste de la obesidad alcanza el 7 % del coste sanitario¹⁰.

GRÁFICO 15 Prevalencias, ajustadas por edad, de enfermos crónicos por hipertensión, colesterol y diabetes según grupos de IMC



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 16 Prevalencias, ajustadas por edad, de enfermedades crónicas del corazón, mala circulación y artrosis o problemas reumáticos según grupos de IMC



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

2.2 EDAD Y SEXO EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LOS ESPAÑOLES

Las acciones de mejora continua en materia de salud, desarrolladas por los responsables sanitarios, se basan en la información existente sobre aspectos socio-sanitarios fundamentales para mantener nuestro bienestar. Entre ellos, sin lugar a duda, se encuentran la morbilidad y la mortalidad de la población española. El análisis, por edad y sexo, de ambos aspectos podría servir de apoyo para el desarrollo de nuevas prácticas preventivas. Y es así, puesto que, tanto la morbilidad como la mortalidad, informan acerca de los puntos débiles (quizás los más frágiles) del cuerpo humano y por lo tanto muy importantes a la hora de tomar decisiones en materia de salud.

2.2.1 LA MORBILIDAD

Los patrones de morbilidad de la población sirven para aproximar la carga de la enfermedad y otros problemas de la salud en general. Éstos ofrecen una información bastante clara, y pueden llegar a ser muy detallados, colaborando así, de forma muy notable, en la evaluación y el control de la eficacia de los procesos y de las actitudes que tienen como objetivo el mantener constante el estado de bienestar.

Uno de los indicadores que podemos destacar en relación a la morbilidad son las altas hospitalarias o las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria. Estos indicadores son específicos y arrojan, por un lado, una visión panorámica de la situación general y, por otro, pueden ser utilizados para entrar a detalle en determinadas dolencias.

Los nueve grupos de enfermedades, recogidas en la tabla 6, representan más del 80 % de las altas generadas en el sistema nacional de salud español durante los años 2002, 2003 y 2004. Este dato permite clasificar a dichas enfermedades como las más padecidas entre los españoles. Especialmente llaman la atención las enfermedades del sistema circulatorio, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y las enfermedades del aparato digestivo, puesto que se detecta una tendencia creciente de las altas hospitalarias. Así, la tasa de variación, experimentada por los casos de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, alcanza el 7,72 % en el trienio analizado (2002-2004); siendo del 3 % en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio y cerca del 5 % para las del aparato digestivo. Sin embargo, el mayor número acumulado de altas hospitalarias corresponde al grupo de enfermedades del sistema circulatorio, con un total de 1.773.137 de enfermos dados de alta en el período de referencia (Tabla 6).

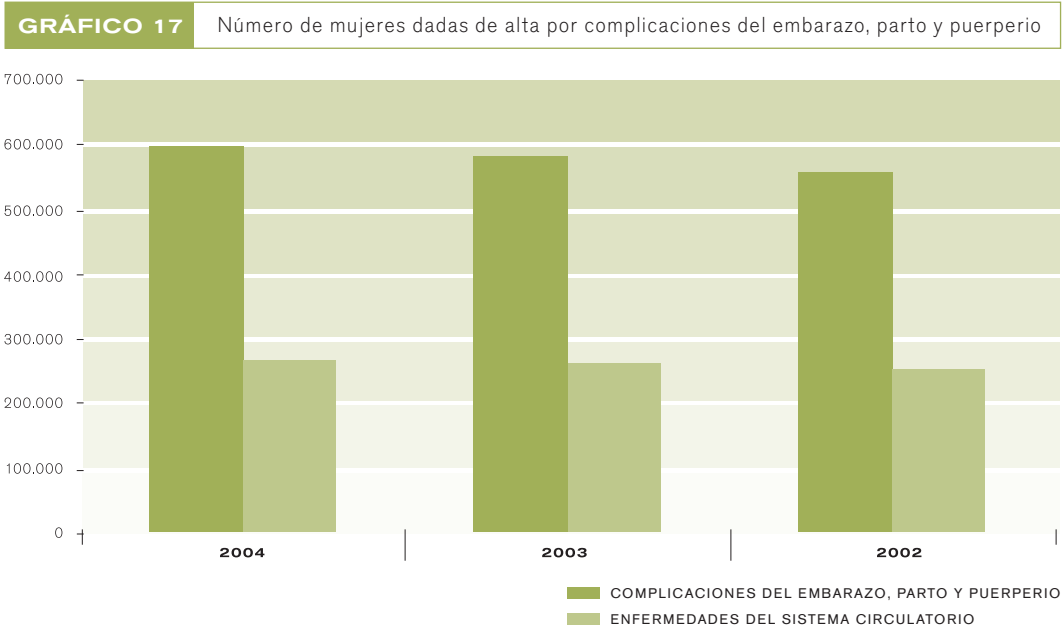
Si discriminamos según el sexo de los pacientes, merece reseñar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio que afectan, como es lógico, solo a las mujeres. Las patologías que se incluyen en este grupo las han sufrido 598.683 mujeres en el año 2004. El número de altas originadas por dichas dolencias, resulta bastante llamativo. De tal forma, que se sitúa incluso por encima del de las mujeres que padecen enfermedades del sistema circulatorio (Gráfico 17).

EL MAYOR NÚMERO ACUMULADO DE ALTAS HOSPITALARIAS CORRESPONDE AL GRUPO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, CON UN TOTAL DE 1.773.137 DE ENFERMOS DADOS DE ALTA EN EL PERÍODO DE REFERENCIA

¹⁰Estudio prospectivo Delphi. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Gabinete de estudios Bernard Krief. Madrid, 1999.

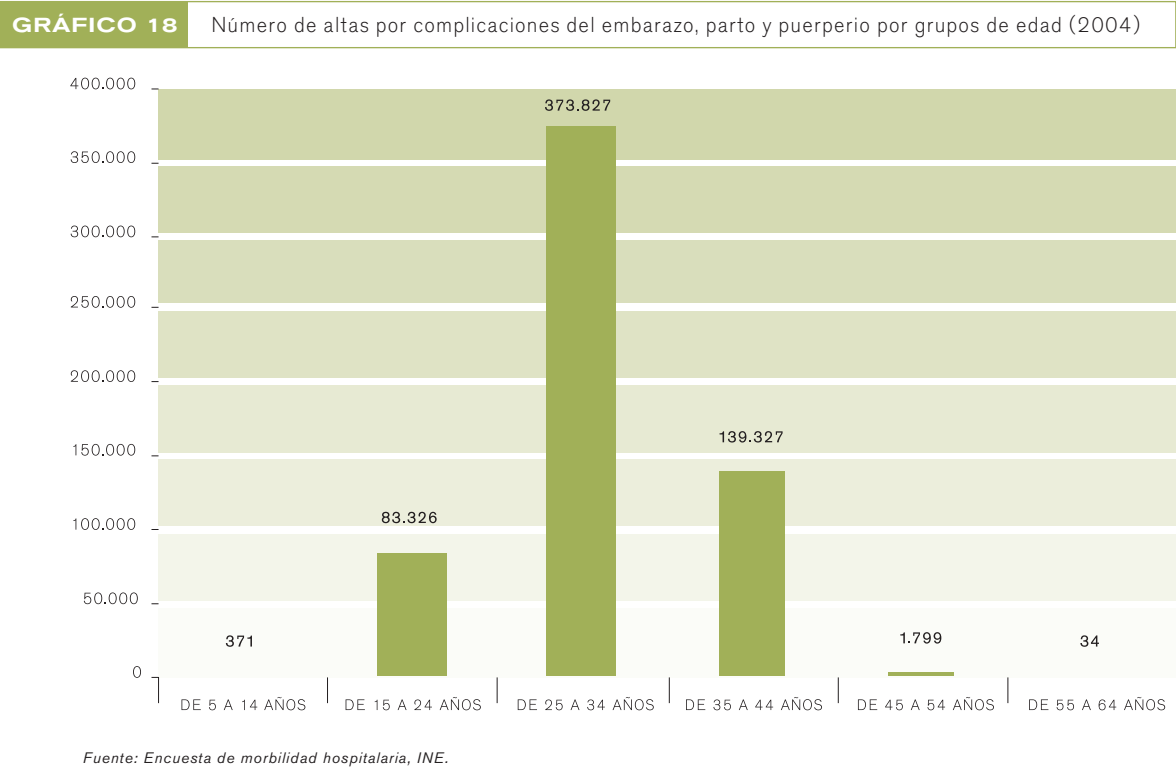
TABLA 6		Enfermos dados de alta por diagnóstico principal		
GRUPOS DE ENFERMEDADES		2004	2003	2002
TODAS LAS CAUSAS		4.626.838	4.594.143	4.487.816
TUMORES		398.141	381.298	376.367
TUMORES MALIGNOS		302.102	286.047	280.935
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		598.985	593.340	580.812
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO		449.189	467.246	438.891
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO		551.099	537.219	526.523
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO		268.643	272.982	271.925
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		598.683	580.837	555.757
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO		296.816	289.403	281.258
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS		381.460	378.672	368.636
PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL DE ALTAS HOSP.		2004	2003	2002
TUMORES		8,61 %	8,24 %	8,13 %
TUMORES MALIGNOS		6,53 %	6,18 %	6,07 %
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO		12,95 %	12,82 %	12,55 %
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO		9,71 %	10,10 %	9,49 %
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO		11,91 %	11,61 %	11,38 %
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO		5,81 %	5,90 %	5,88 %
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO		12,94 %	12,55 %	12,01 %
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO		6,42 %	6,25 %	6,08 %
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS		8,24 %	8,18 %	7,97 %

Fuente: Estadística de Morbilidad Hospitalaria, INE



La notable diferencia en el número de altas causadas por uno y otro grupo de enfermedades no se debería de interpretar como desfavorable para los casos de complicaciones del embarazo, parto y puerperio¹¹. Es más, el embarazo se suele relacionar con la época de la mujer en la que ésta goza de unas condiciones físicas y anímicas mejores y que le permitan dar nuevas vidas.

Sorprende la edad tan temprana (los 15 años) a partir de la cual las españolas empiezan a tener problemas relacionados con el embarazo, y que se prolongan hasta los 45 años. Esta cota superior de edad posiblemente esté unida a la pérdida de fertilidad de la mujer. Sin embargo, y como era de esperar, la mayor concentración de altas, cuyo motivo principal son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, se observa en las edades comprendidas entre los 25 y los 34 años, coincidiendo dicho intervalo con la edad media de maternidad en España, que es de 30 años¹² (Gráfico 18).



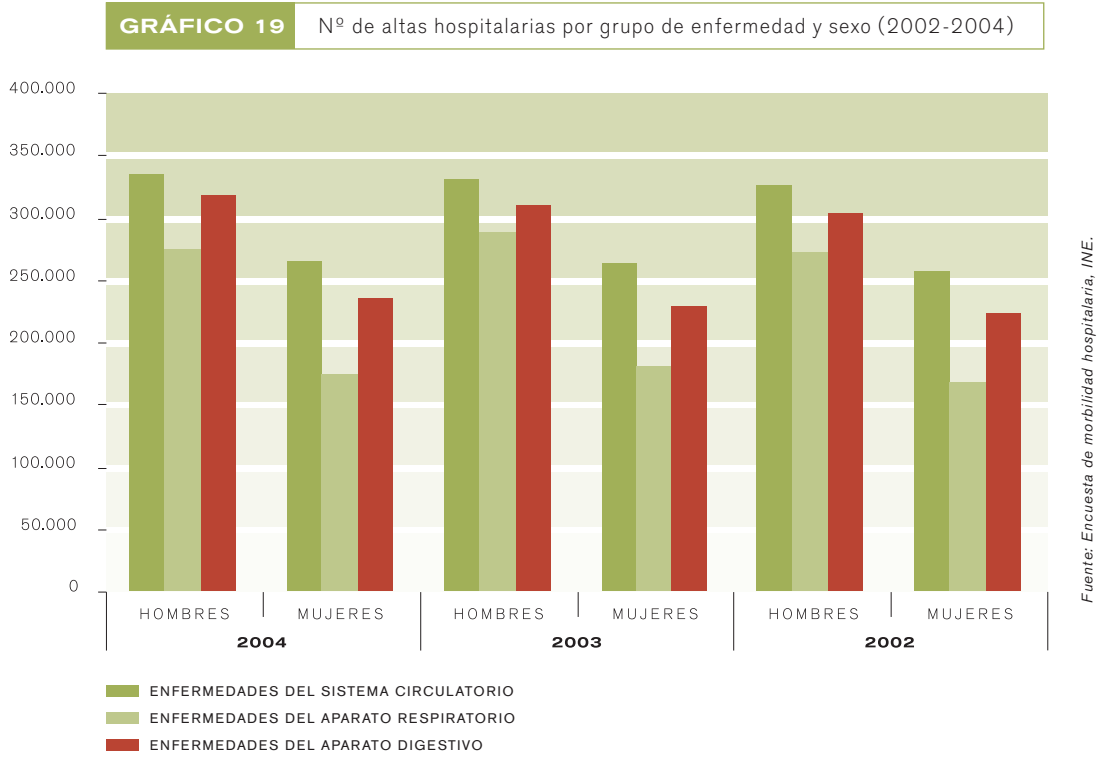
¹¹El epígrafe complicaciones del embarazo, parto y puerperio incluye todas las situaciones relacionadas con el parto, incluidos los partos normales que se desarrollan sin ningún incidente o anomalía.

¹²Indicadores Demográficos Básicos, INE www.ine.es

Si nos circunscribimos a las enfermedades que afectan a ambos sexos, el hombre es, con diferencia, el que más morbilidad padece, tanto en enfermedades del sistema circulatorio como del aparato digestivo o respiratorio (Gráfico 19).

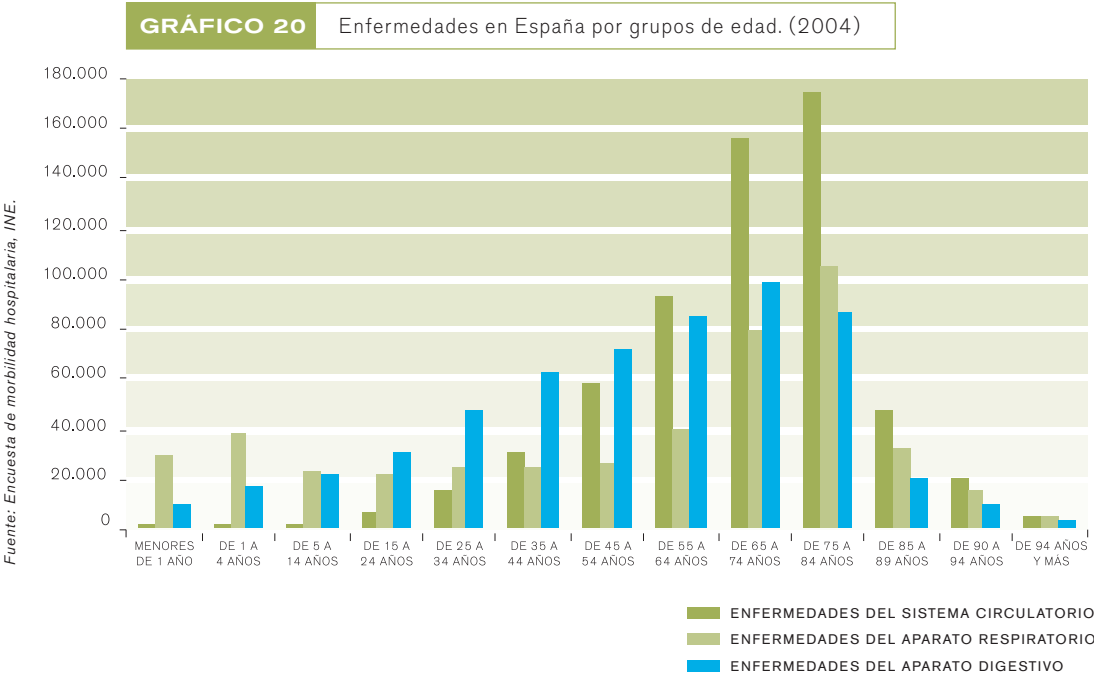
Durante el período de comparación la morbilidad presente, tanto en hombres como en mujeres, no ha cesado de crecer para los mismos grupos de patologías. Por lo tanto, se puede llegar a la conclusión de que la población española continúa enfermando de los mismos males que hace años¹³.

EL HOMBRE ES, CON DIFERENCIA, EL QUE MÁS MORBILIDAD PADECE, TANTO EN ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO COMO DEL APARATO DIGESTIVO O RESPIRATORIO



Ciertamente el cuerpo humano tiene una duración determinada. Con el paso del tiempo éste se deteriora al igual que cualquier otra máquina de precisión. Es esta la razón por la que el aumento de la edad conlleva la aparición de más enfermedades. En algunas ocasiones ello puede ser fruto de factores ajenos al propio paso del tiempo (accidentes, enfermedades víricas, cáncer, etc.), y en otras, como consecuencia de un mal “uso” del cuerpo, o simplemente la debilidad de éste. En cualquier caso, existen pocas dudas en cuanto al efecto de la edad sobre el estado de salud de las personas, o sea, el paso del tiempo agrava las circunstancias en las que se pierde salud, en las que se abandona un estado de bienestar que el individuo estima como óptimo y satisfactorio.

Para alcanzar el punto de equilibrio, donde el individuo disfruta de dicho bienestar, es preciso acudir al sistema ideado para tal fin e intentar conocer y analizar las edades donde se concentra el mayor número de casos con morbilidad. Y además, ver qué patologías los caracterizan. El objetivo de todo ello es ofrecer una visión global de las dolencias más comunes y frecuentes entre los españoles. De este modo seremos capaces de incidir sobre los grupos de referencia resultantes y establecer desde protocolos de prevención y tratamiento, hasta unidades de atención especializadas capaces de responder a la demanda. Una mayor aproximación a la demanda favorece el aumento de la eficiencia del SNS, que a continuación permite disminuir la pérdida de salud de la población, a través de la mejora individual.

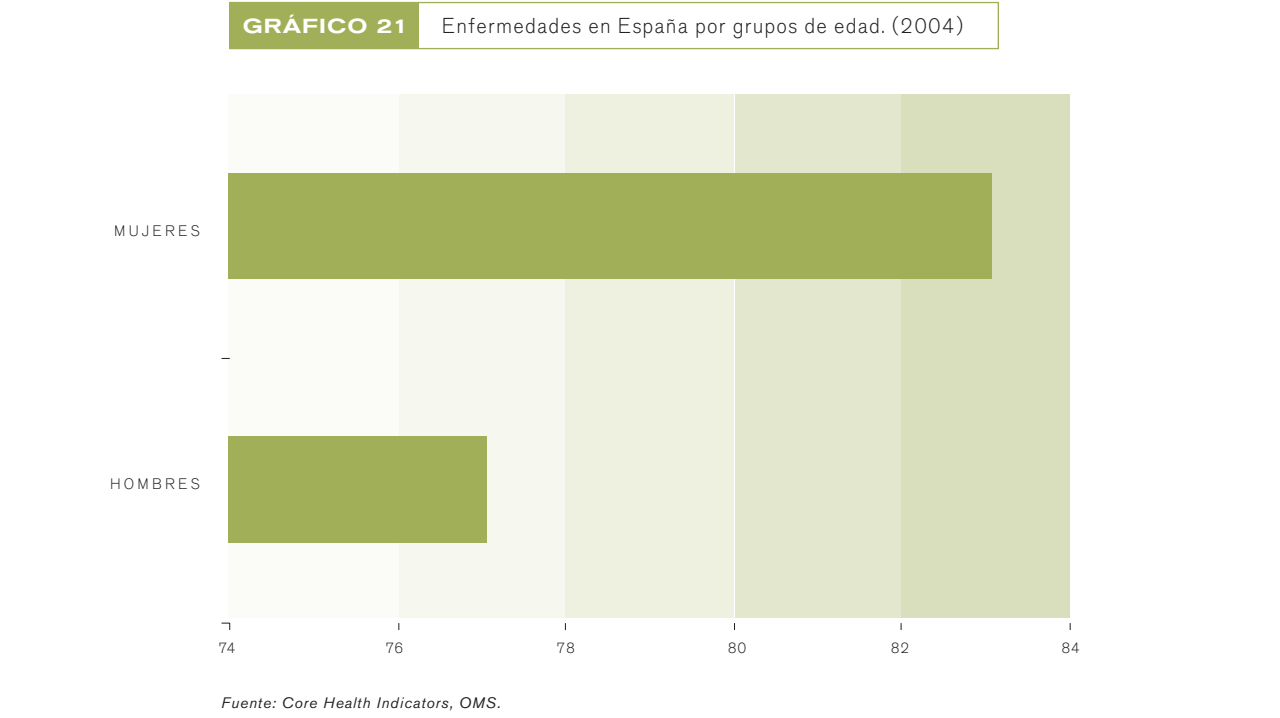


LA ENFERMEDAD, QUE CAUSÓ EL MAYOR NÚMERO DE ALTAS HOSPITALARIAS DURANTE EL AÑO 2004, ALCANZA SU PUNTO MÁXIMO PARA LOS ESPAÑOLES CUYA EDAD ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS 65 Y 84 AÑOS, Y CORRESPONDE A LAS DOLENCIAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA CIRCULATORIO

El gráfico 20 señala que la enfermedad que causó el mayor número de altas hospitalarias durante el año 2004 alcanza su punto máximo para los españoles cuya edad está comprendida entre los 65 y 84 años y corresponde a las dolencias relacionadas con el sistema circulatorio. Sin embargo, las enfermedades del aparato digestivo comienzan a darse en una edad muy temprana. Además, a partir de los 15 años, y hasta los 84 años de edad, las altas por este problema de salud experimentan un crecimiento continuo.

¹³Dado el periodo de referencia establecido por la disponibilidad de los datos a cerca de altas hospitalarias, fuente INE.

Por otro lado, las enfermedades del aparato respiratorio son las que adquieren el protagonismo entre los bebes que atraviesan sus primeros meses de vida. Existe cierto paralelismo en la evolución del número de altas por enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio, puesto que ambos estados mórbidos restan salud tanto en los mayores como en los más pequeños. Es decir, a diferencia de los problemas del sistema circulatorio, que parecen guardar una relación positiva importante con la edad, los otros dos grupos de dolencias pueden encontrar sus causas en aspectos distintos del envejecimiento humano.



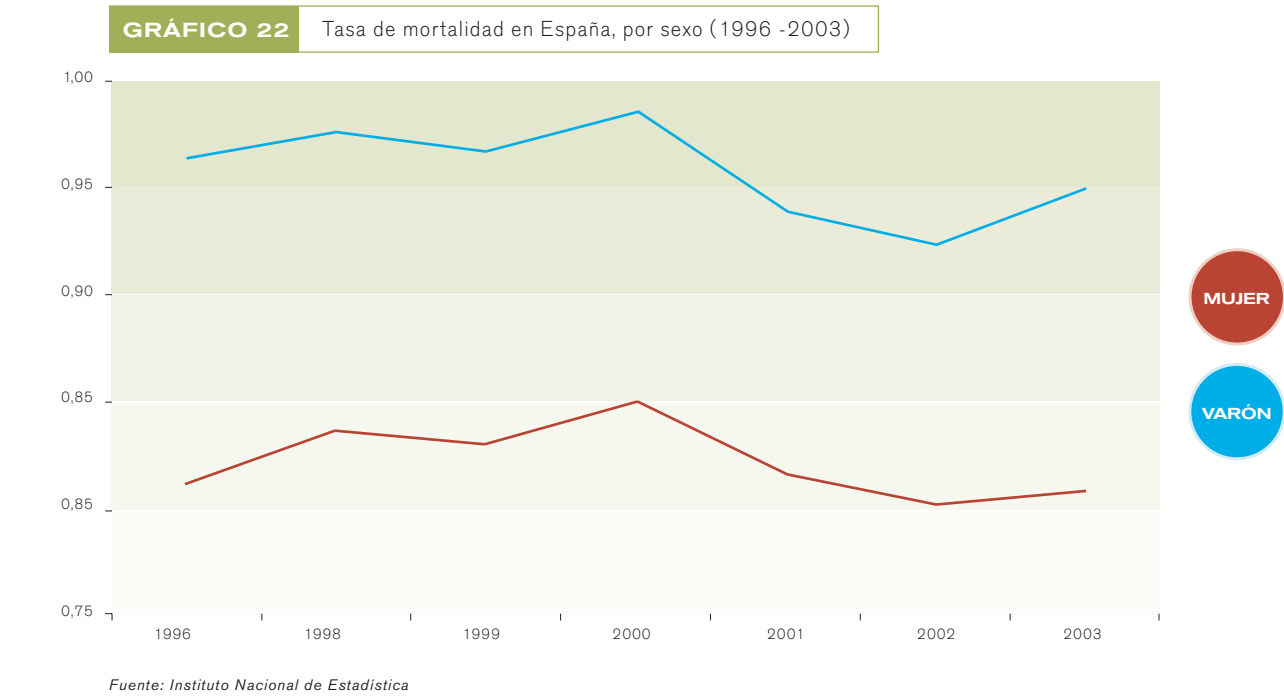
Identificar qué edades son las más delicadas y en éstas, qué patologías son las más presentes, puede llegar a generar una información muy rica a la hora de planificar las acciones previas a la enfermedad. De modo que, además de servir como indicador de salud, pueden utilizarse como un instrumento de apoyo para la planificación de ciertas políticas sanitarias y socioeconómicas. Y es así, puesto que la población de más avanzada edad en los países desarrollados continúa creciendo. La OMS sitúa la esperanza de vida al nacer, en España, en 77 años para el hombre y 6 años más para la mujer. En el futuro es de esperar que dichas edades continúen creciendo (Gráfico 21).

2.2.2 LA MORTALIDAD

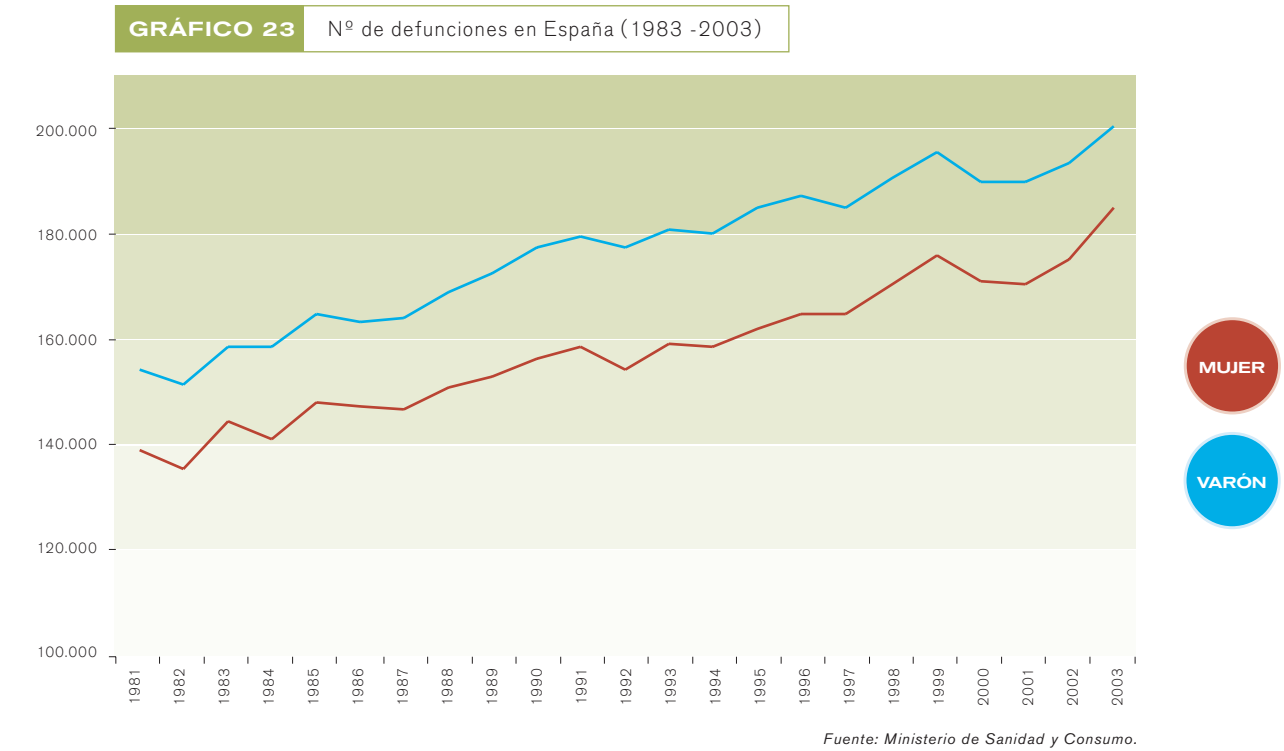
La muerte se puede considerar como la pérdida absoluta, e irreversible, de salud en los seres vivos. Quizás por ello, un indicador propio para estudiar el nivel general de salud de los españoles, es aquél que sirve para extraer información sobre la evolución del número de muertes producidas a lo largo del tiempo. Asimismo, el conocer las causas de estas muertes, puede servir de herramienta básica para la prevención de enfermedades complicadas o incluso para desarrollar prácticas sanitarias que refuercen las defensas humanas, de tal forma que las personas enfermen lo más tarde posible. Y de hecho, así se ha utilizado dicha información desde el momento en que se iniciaron los procesos de investigación. El dato, que indica un acierto en la aplicación de la I+D, es que en los últimos 50 años, es que los países desarrollados han visto aumentada su esperanza de vida en veinte años¹⁴.

A través de la observación directa se pueden aislar causas y descubrir consecuencias, buscar las razones y tratar de lograr una solución para la enfermedad, causante de la pérdida de salud. Para conseguir mayores niveles de confianza conviene realizar un seguimiento posterior que verifique si la acción llevada a cabo cumple con el objetivo planteado.

Analizando los datos relativos a la tasa de mortalidad en España resulta interesante, pero quizás no tan sorprendente, el descenso de la misma a partir del año 2000. España está experimentando, en los últimos años, los efectos directos que la inmigración creciente provoca en áreas tan importantes como son la sanidad, la tesorería de la seguridad social, etc. En el caso de la tasa de mortalidad es muy probable que dicho colectivo tenga su influencia en la reducción observada. Dicho de otra manera, la edad media de los inmigrantes que llegan a España tiende a ser bastante joven. Con ello aumenta la población registrada en los padrones municipales y, sin embargo, el número de defunciones no se ve afectado. Probablemente sí lo sea en el futuro. En el 2004, la tasa de mortalidad en España se sitúa en un 8,6 por mil habitantes, que supone un 4,43 % menos que el año inmediatamente anterior (Gráfico 22).



¹⁴Informe sobre la salud en el mundo 2003 - forjemos el futuro, OMS.



Una de las consecuencias del aumento de la esperanza de vida es el mayor envejecimiento de la población, es decir, aumenta el peso de las personas mayores en el total de la población. Al finalizar el año 2004 se sucedieron 371.934 muertes que suponen un leve retroceso en la serie (Gráfico 23). Sin embargo, desde el comienzo de los años 80 en España se han producido un total de 7.484.192 muertes, estando la principal causa de las mismas comprendida entre las enfermedades que obligan a los españoles a ingresar en un hospital.

TABLA 7 Principales causas de muerte en España (nº de defunciones)				
ENFERMEDAD		2004	2003	2002
ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES		34.250	37.225	35.947
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO		23.496	25.080	24.665
INSUFICIENCIA CARDÍACA		19.123	19.863	18.986
TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMÓN		19.092	18.801	18.114

Fuente: Defunciones por causa de la Muerte, INE. (2002-2004)

El 9,21 % (34.250) del total de las defunciones registradas en 2004, fue a causa de enfermedades cerebrovasculares, seguido por el infarto agudo de miocardio, cuyo coste, en términos de vidas perdidas, se sitúa por encima de los 22.000 muertos al año. El dato positivo, acerca de este grupo de enfermedades, es la variación negativa observada, del 6,32 %, entre los años 2003 y 2004. La tercera enfermedad por importancia del número de muertes causadas es la insuficiencia cardíaca, con 57.972 muertes acumuladas en el trienio analizado, suponiendo un 5,14 % del total de las defunciones acaecidas en el año 2004 como consecuencia de este problema de salud (Tabla 7; Gráfico 24).

El análisis por sexo, para los cuatro grupos de enfermedades “mortales” más frecuentes entre los españoles, pone de manifiesto la existencia de algunas diferencias. La más llamativa entre ellas es la que indica que en los hombres, el número de muertes provo-

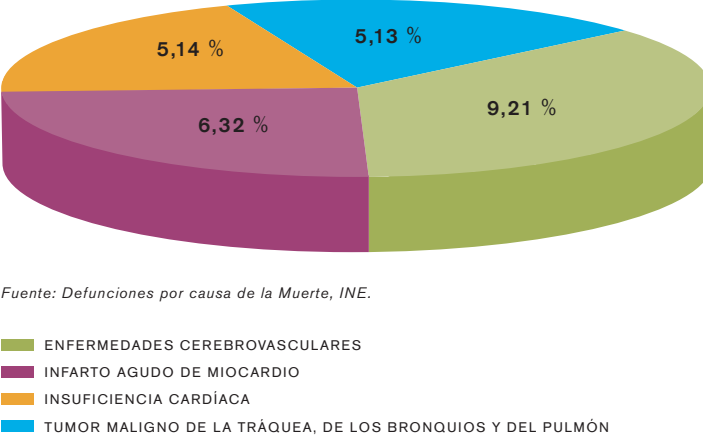
EN LOS HOMBRES, EL NÚMERO DE MUERTES PROVOCADAS POR TUMORES PRESENTES EN EL SISTEMA RESPIRATORIO SUPERAN A LAS PROVOCADAS POR ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES

cadadas por tumores presentes en el sistema respiratorio superan a las provocadas por enfermedades cerebrovasculares. En realidad, y pese al aumento del

número de mujeres fumadoras, el hábito de consumir tabaco está más arraigado en los varones¹⁵. Por lo tanto es normal que el número de muertes en los hombres sea mayor que en las mujeres, ya que al ser mayor el porcentaje de hombres que fuman existe más riesgo de padecer estas enfermedades si se consume tabaco.

EL 9,21% (34.250) DEL TOTAL DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN 2004, FUE A CAUSA DE ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES, SEGUIDO POR EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, CUYO COSTE, EN TÉRMINOS DE VIDAS PERDIDAS, SE SITÚA POR ENCIMA DE LOS 22.000 MUERTOS AL AÑO

GRÁFICO 24 Principales causas de muerte en España (2004)



Fuente: Defunciones por causa de la Muerte, INE.

¹⁵Fuente: Encuesta Nacional de Salud, año 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE.

El tabaco puede ser uno de los causantes, no directos, de las cuatro enfermedades más presentes entre el grupo de población masculina. Entre los años 2002-2004 85.310 hombres en España murieron por enfermedades del aparato respiratorio, 49.183 por tumores malignos de la tráquea, bronquios, etc. y 36.127 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Concretamente en el año 2004 el 14,39 % de las muertes entre los varones españoles se debieron a estas causas (Tabla 8).

Además, aunque los fumadores españoles continúan disminuyendo, los datos de la última ENS revelan que el 56,12 % de los españoles que fuman declaran consumir más de 20 cigarrillos diariamente. Asimismo, éstos son fumadores con edades comprendidas entre los 35 y 64 años de edad, que como hemos podido comprobar en el apartado anterior, son los grupos de edad que presentan un mayor número de altas hospitalarias.

TABLA 8 Enfermedades del sistema circulatorio con mayor número de muertes por sexo (2002-2004)

SEXO	ENFERMEDAD	2004	2003	2002
HOMBRES	TUMOR MALIGNO DE LA TRÁQUEA, DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMÓN	16.651	16.537	15.995
	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	14.201	15.298	14.929
	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	13.647	14.762	14.537
	ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES (EXCEPTO ASMA)	11.392	12.481	12.254
MUJERES	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	20.049	21.927	21.018
	INSUFICIENCIA CARDIACA	12.570	13.199	12.650
	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	9.849	10.318	10.128
	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	9.264	9.360	9.077

Fuente: Defunciones por causa de la Muerte, INE

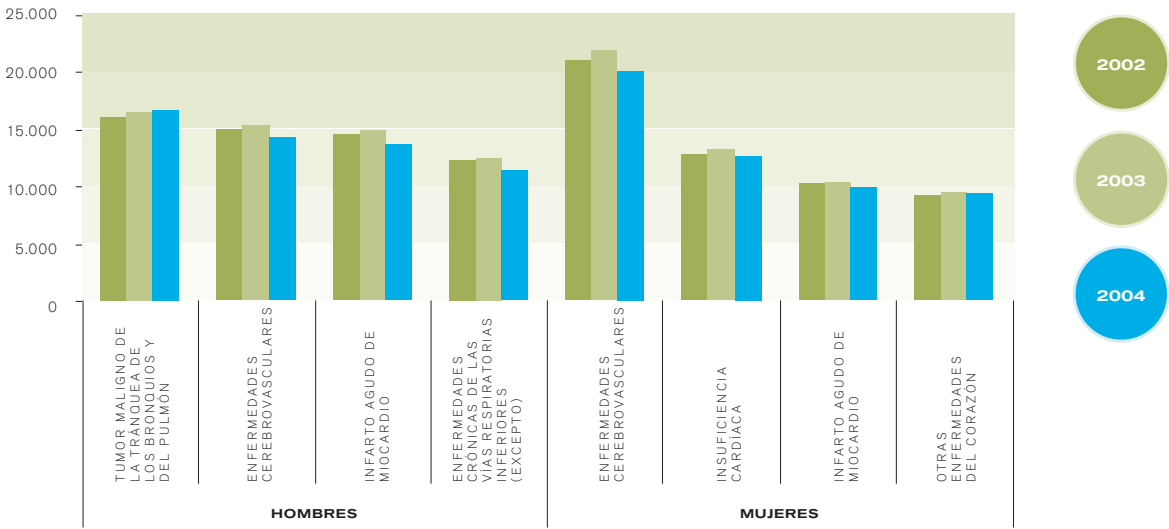
ENTRE LAS MUJERES SE DAN MÁS MUERTES COMO CONSECUENCIA DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO, SIENDO LAS CUATRO ENFERMEDADES MÁS PRESENTES ENTRE LAS MUJERES ESTÁN TODAS RELACIONADAS CON PROBLEMAS DE ESTE TIPO

Por otro lado entre las mujeres se dan más muertes como consecuencia de enfermedades del sistema circulatorio, estando las cuatro enfermedades más presentes entre las mujeres relacionadas con problemas de este tipo. Los datos del año 2004 resaltan unas diferencias importantes en el número de fallecimientos relacionados con problemas de circulación de la sangre. En concreto, fallecieron 27.848 y 51.732, hombres y mujeres respectivamente (Tabla 8).

El perfil de la mujer actual está cambiando. Su inserción en el mundo laboral lleva ya unos años siendo un hecho. La consecuencia directa de ello es el abandono, absoluto o parcial, de la vida tan sedentaria que caracterizaba a las mujeres en el pasado. Este cambio en las condiciones de vida de la mujer puede suponer cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad.

No solamente es crucial el ejercicio físico para combatir los problemas de salud, sino que existen también aspectos fisiológicos de la mujer que favorecen la aparición de estas dolencias. No nos podemos olvidar, que a través de la práctica preventiva podrían limitarse las cifras observadas actualmente. Sabiendo que en España los problemas del sistema circulatorio se han convertido en el peor enemigo para la salud de la mujer (Gráfico 25), habría que trabajar sobre la educación sanitaria de la misma e intentar incidir en los resultados de estas enfermedades a través de la prevención.

GRÁFICO 25 Enfermedades con mayor número de muertes por sexo (2002-2004)



Fuente: Defunciones por causa de la Muerte, INE

Atendiendo a las cifras de altas hospitalarias como indicador de morbilidad y a las defunciones según su causa, para el estudio de la mortalidad podemos concluir que los españoles enferman principalmente por problemas del sistema circulatorio y de sistema respiratorio. La lucha contra ambas dolencias es sumamente complicada, teniendo en cuenta el carácter repentino y contundente que presentan dichas enfermedades. A pesar de ello, gran parte de la responsabilidad recae sobre los propios individuos, puesto que el resultado de unos hábitos y conductas descuidadas tienen como consecuencia la pérdida de salud.

Con la actual población española envejecida, y la que se estima para años venideros, sería muy aconsejable el practicar con rigor y compromiso una actividad preventiva seria y comprometida hacia las dolencias que se postulan como las principales causas para el empeoramiento de la calidad de vida y la falta de bienestar.

LOS ESPAÑOLES ENFERMAN PRINCIPALMENTE POR PROBLEMAS DEL SISTEMA CIRCULATORIO Y DE SISTEMA RESPIRATORIO

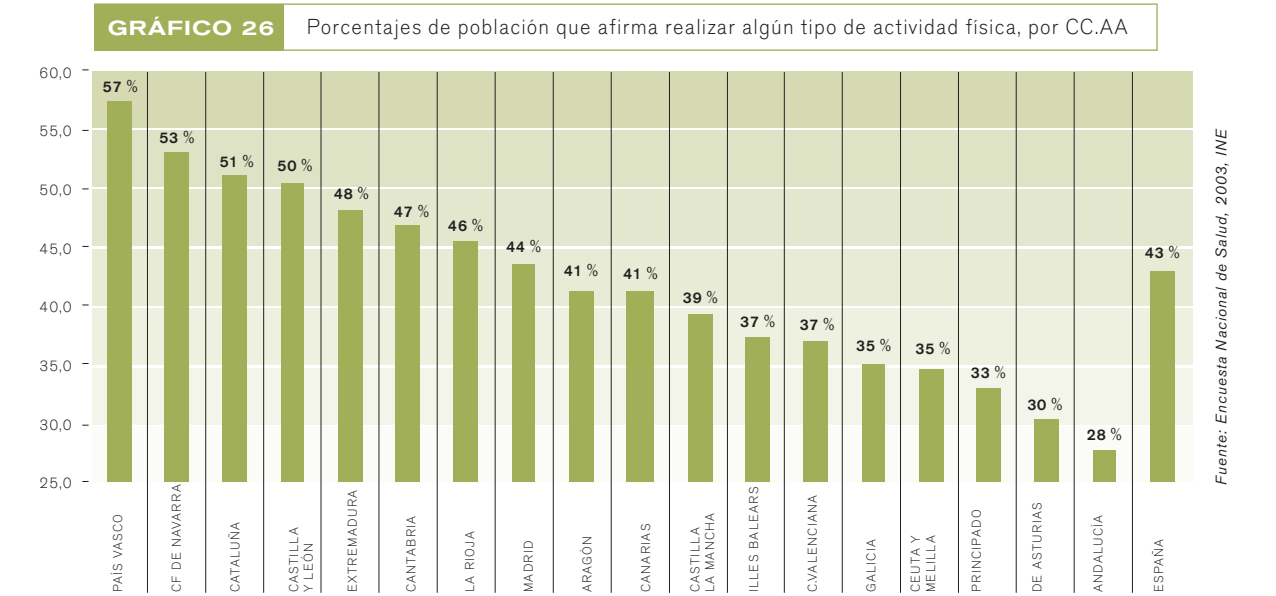
2.3 ESTILOS DE VIDA

Los individuos tienden a desarrollar una serie de hábitos relacionados con aspectos fundamentales de la vida, como son la alimentación, el descanso, la realización de actividades físicas, etc. Todos ellos varían en función de distintos factores personales y sociales: el entorno familiar, las motivaciones individuales, la actividad laboral, y en general, en función del marco interno y externo de referencia de cada persona. Estos parámetros justifican la coexistencia de diferentes conductas humanas que, a su vez, tienen distintas proyecciones sobre variables socio-sanitarias básicas como el estado de salud y la tasa de accidentalidad.

En los países desarrollados la morbilidad y la mortalidad derivadas de las enfermedades infecciosas se han reducido enormemente, pero han surgido muchas dolencias derivadas de hábitos perniciosos propios de la sociedad del bienestar, como el consumo de tabaco y alcohol, la nutrición inadecuada y la obesidad o la falta de ejercicio físico y mental. Los hábitos y estilos de vida tienen así una importancia capital en el incremento o reducción de la probabilidad de enfermedad y de discapacidad. El análisis de los hábitos de vida en interacción con el estado de salud y la accidentalidad, a través de los datos recogidos en la Encuesta Nacional de Salud, 2003, pone de manifiesto su importante incidencia sobre los perfiles de morbilidad y mortalidad de la sociedad española.

2.3.1 ACTIVIDAD FÍSICA Y DESCANSO

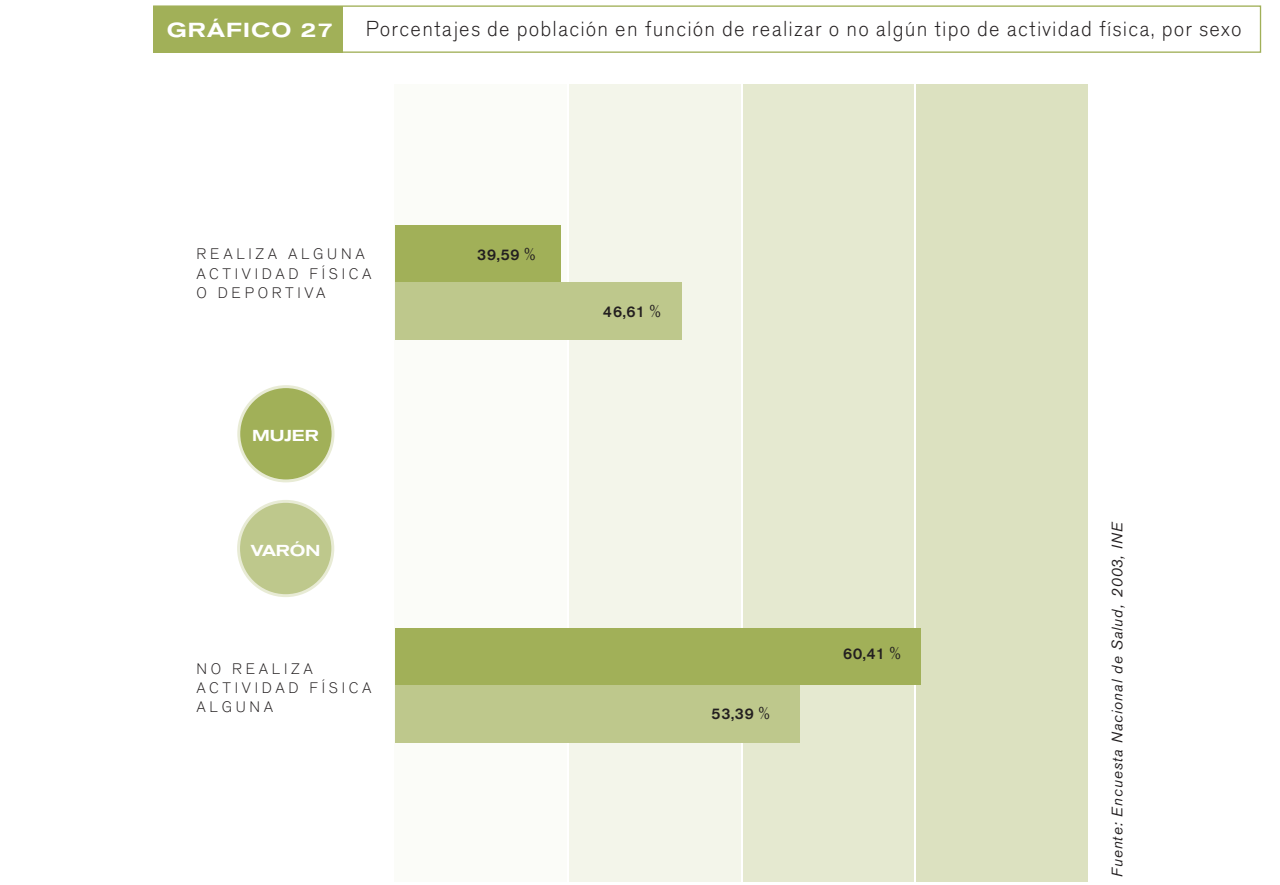
La concienciación de la población para la realización de ejercicio físico semanal es, por su contribución a la buena salud, un gran reto para los ciudadanos, los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias. Desde tal perspectiva, los datos de nuestro país indican que hay aún mucho trabajo que realizar en cuanto a los hábitos de ejercicio físico de los españoles, puesto que los resultados de la ENS, a nivel nacional, señalan como seguidores de las buenas prácticas deportivas a tan sólo el 43 % de la población.



Las Comunidades Autónomas menos activas físicamente son Andalucía y Asturias, donde la gran mayoría de la población no practica actividad física o deportiva en su tiempo libre y únicamente el 28 % de los andaluces y el 30 % de los asturianos muestran interés y/o capacidad para realizar ejercicio físico (Grafico 26). Por el contrario, un ejemplo a seguir son las Comunidades Autónomas del País Vasco, Navarra y Cataluña, en las que son mayoría las personas que practican actividades físicas en su tiempo libre.

Dentro de esta falta de iniciativa deportiva por parte de la mayoría de los españoles, los hombres son los que realizan más actividad física en su tiempo libre. Así, tenemos un 46,61 % de varones que afirman hacer ejercicio fuera del trabajo, frente al 39,59 % de mujeres que hacen lo mismo (Grafico 27). Acaso una de las razones que explican el déficit deportivo de la mujer respecto al hombre radica en una combinación del ciclo reproductivo y educativo, que implican fundamentalmente a la mujer, con una distribución desigual del tiempo “realmente libre” (sin obligaciones laborales, ni domésticas)¹⁶.

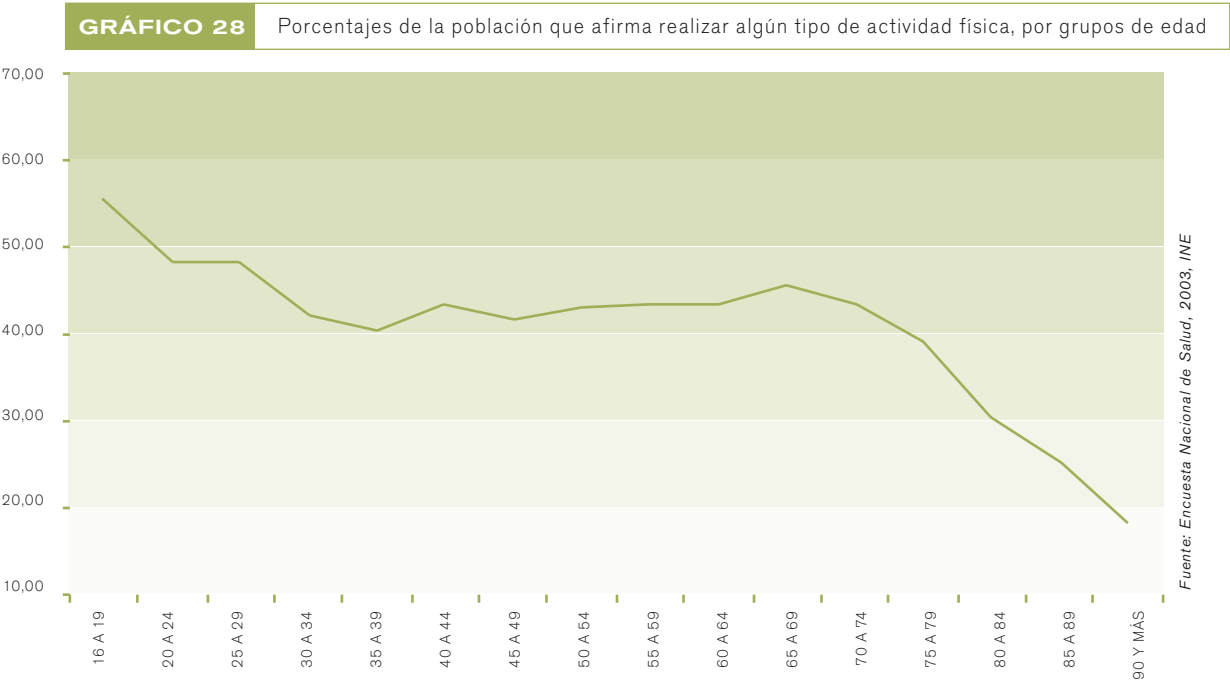
De hecho, en los tramos de edad entre 40 y 60 años, las mujeres superan al sexo opuesto en la realización de ejercicio. Este dato podría ser bastante indicativo puesto que las edades, donde se produce dicho cambio de tendencias, coinciden con la época posterior a la aparición de los descendientes; fase en la que muchas mujeres encuentran dificultades para la reincorporación al mercado laboral y a la vez aumenta su independencia de los hijos. Sin embargo, como contrapunto, no debemos olvidar que en los años previos a la procreación, la actividad físico-deportiva de la mujer es también sensiblemente inferior a la del hombre.



¹⁶Para una lectura más amplia sobre las diferencias de genero en esta materia ver "Una visión panorámica de la salud de la mujer en España a principios del Siglo XXI" Fundación Gaspar Casal, Barcelona, 2006.

La edad es un determinante básico para la realización de actividad física. A partir de los 70 años para los hombres, y de los 60 años para las mujeres, se reduce progresivamente la práctica de actividades físicas tanto en el trabajo, en quienes aún tienen actividad laboral, como fuera del mismo, debido probablemente a una peor salud, entendida no sólo en términos de morbilidad severa, sino también como consecuencia de la pérdida de flexibilidad, la reducción de masa muscular, mayor cansancio, etc. (Gráfico 28).

La actividad física puede estar relacionada no sólo con los ejercicios realizados en el tiempo libre, sino también con las actividades que exige cada puesto de trabajo. Hay profesiones que requieren, por su naturaleza, un mayor esfuerzo físico y otras, que implican tareas bastante más estáticas desde el punto de vista de la actividad física. Del cruce de ambas variables, actividad principal en el centro de trabajo y realización de ejercicio físico en el tiempo libre, se observa que tanto los hombres como las mujeres se encuentran más dispuestos a practicar deportes fuera del trabajo, cuando la principal tarea de la jornada exige estar de pie. Esto parece debido, en parte, a que ya la propia actividad laboral selecciona a las personas mas activas para puestos que requieren más movilidad y viceversa.



Sin embargo, el mayor porcentaje de ciudadanos que no realizan ningún tipo de actividad deportiva en su tiempo libre, corresponde a las profesiones que requieren gran esfuerzo físico, lo que parece fácilmente achacable al cansancio originado por el trabajo. Esa tendencia cambia radicalmente entre las mujeres, siendo aquellas trabajadoras que ocupan puestos de trabajo en los que están más horas sentadas las menos proclives a las actividades físicas fuera de su espacio laboral (Tabla 9). En este caso, dada la intensa actividad domestica complementaria que suelen realizar muchas mujeres trabajadoras, resulta difícil valorar la actividad real física realizada por estas.

Por otra parte, una cierta actividad física en el centro de trabajo, sin alcanzar el cansancio, mantiene la activación, el tono muscular y las personas encuentran mayor facilidad para la realización de actividades físicas adicionales. Si el desgaste de energía, como consecuencia de la realización de la actividad principal en el puesto de trabajo, alcance su límite, como es el caso de las profesiones que implican una jornada completa intensa de esfuerzo físico, las personas necesitan compensar su mayor actividad laboral con un descanso más sedentario.

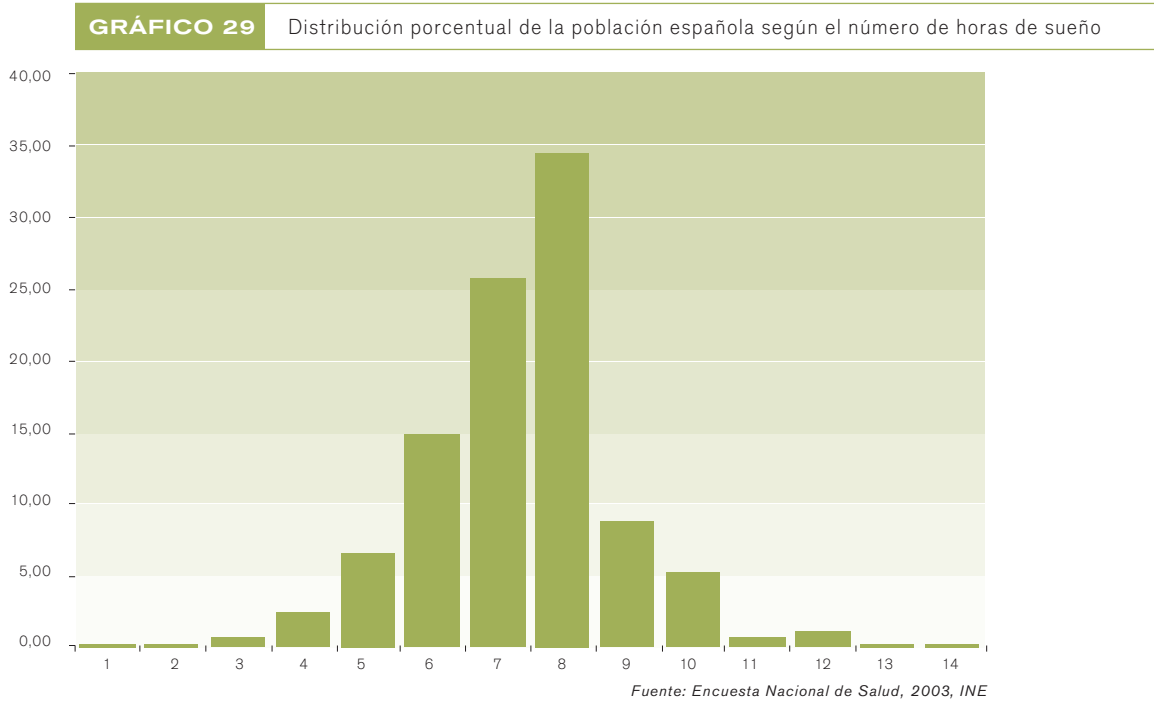
TABLA 9

Realización o no de ejercicio en el tiempo libre en función de la actividad física principal en el trabajo, por sexo

ACTIVIDAD FÍSICA PRINCIPAL EN EL TRABAJO	NO REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE		REALIZA ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA O DEPORTIVA	
	VARÓN	MUJER	VARÓN	MUJER
SENTADO LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA	51,7 %	66,6 %	48,3 %	33,4 %
DE PIE LA MAYOR PARTE DE LA JORNADA, SIN DESPLAZAMIENTOS	50,6 %	56,6 %	49,4 %	43,4 %
CAMINANDO, LLEVANDO ALGÚN PESO, EFECTUANDO DESPLAZAMIENTOS	56,3 %	61,2 %	43,7 %	38,8 %
REALIZANDO TAREAS QUE REQUIEREN GRAN ESFUERZO FÍSICO	65,9 %	64,8 %	34,1 %	35,2 %

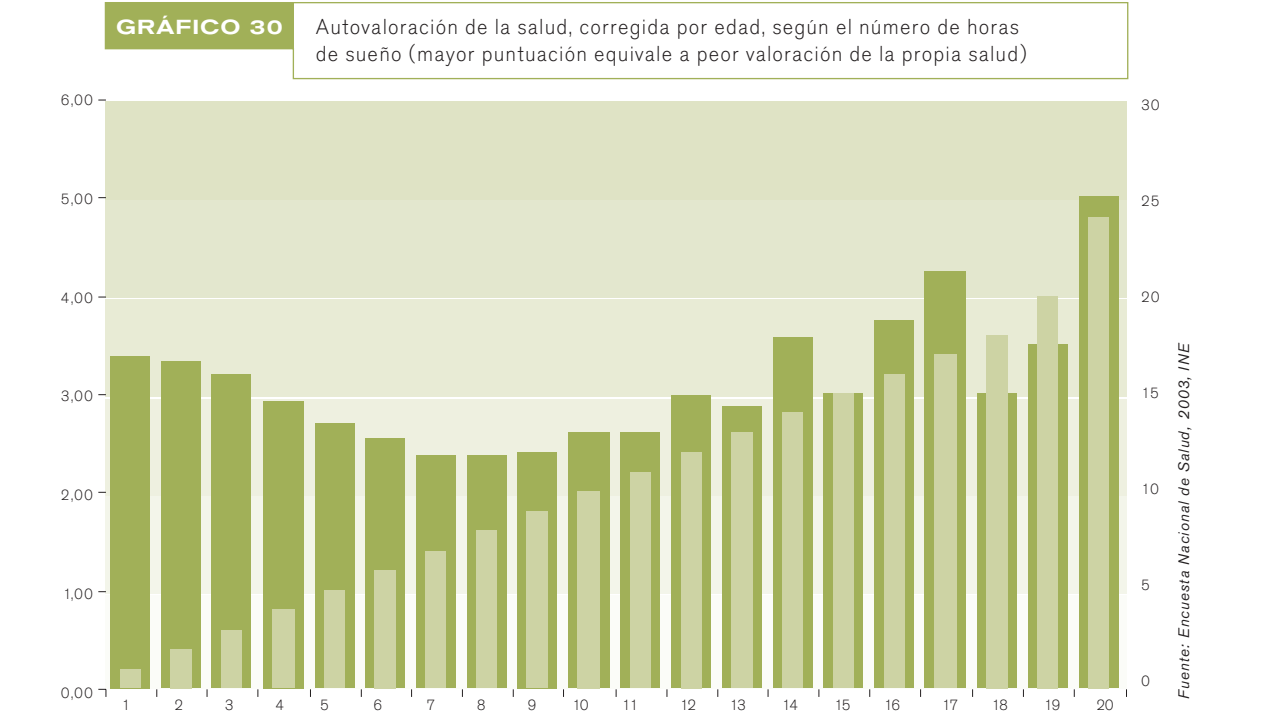
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

La mayor o menor actividad desarrollada genera un determinado nivel de cansancio, que varía en función de las condiciones físicas personales y de la capacidad de recuperación de cada individuo. La forma más natural para la consecución del descanso corporal y mental es el sueño, pero las horas que una persona necesita dormir dependen de cada caso particular. En general, a medida que las personas tienen más años necesitan dormir menos. La edad es un factor determinante, pero también lo es la actividad física y mental desarrollada durante el día. El 95 % de los españoles duermen ente 5 y 10 horas y la media de sueño de todos ellos se sitúa en siete horas y media; 7 horas, 32 minutos en los varones y 7 horas, 17 minutos en las mujeres.



Las recomendaciones médicas indican, como necesarias y suficientes 7-8 horas al día para las personas adultas, aunque entre 5 y 10 horas pueden considerarse normal. La autovaloración media más positiva de la salud se da en las personas que duermen entre 7 y 9 horas, que representan el 68,5 % de la población española (Gráfico 30). Por encima y por debajo del citado intervalo (7 a 9 horas) las medias de autovaloración de la salud se deterioran progresivamente según nos alejamos del mismo, si bien hay que recordar que los valores más extremos son realmente excepcionales y que el 99,53 % de la población duerme entre 3 y 12 horas. No obstante, una cuarta parte de la población española duerme menos de las 7 horas y sólo un 7,3 % duerme más de 9 horas, por lo que podríamos afirmar que en conjunto existe un cierto déficit de sueño en una parte significativa de la población (Gráfico 29).

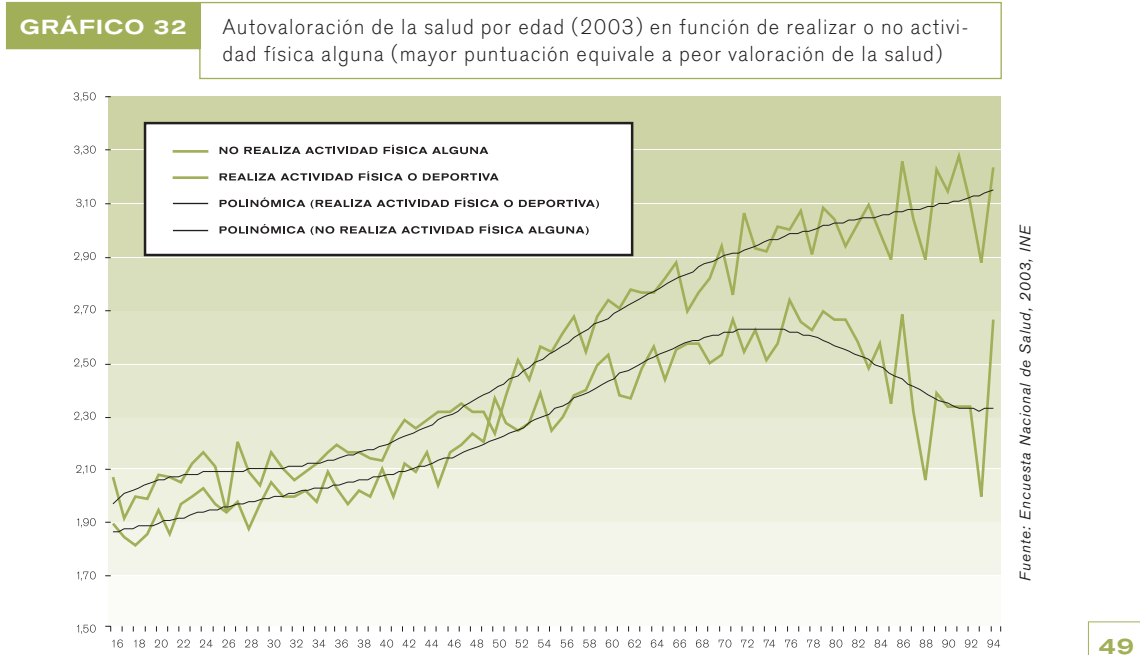
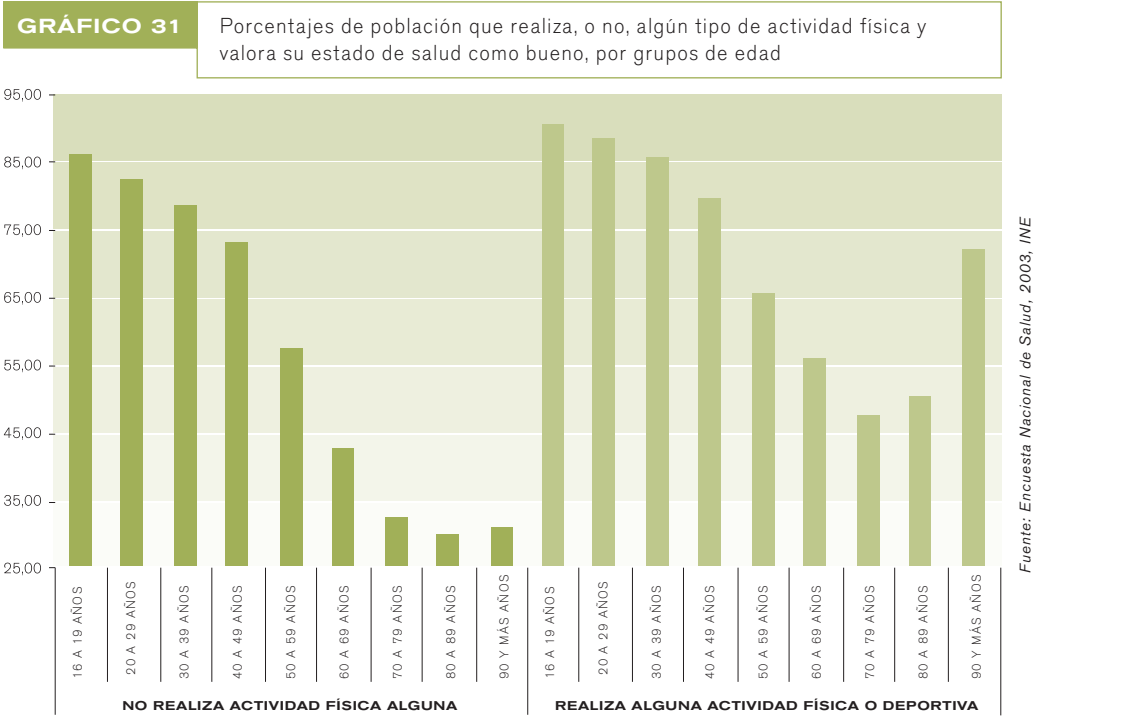
Practicar deportes es un hábito asociado a la buena salud. Seis de cada diez hombres, que perciben su estado de salud como muy bueno, declaran estar realizando actividades físicas en su tiempo libre, siendo esta misma proporción para las mujeres del 50 %. Existe una correlación clara entre la mejor salud y la realización de actividad física, si bien es cierto que la interpretación de la misma es bidireccional; quienes tienen mejor salud pueden hacer más ejercicio físico y quienes lo hacen también mejoran su salud.



La valoración de la propia salud, como buena o muy buena, experimenta ciertas variaciones a medida que aumenta la edad y en función de realizar o no ejercicio físico. Los datos evidencian una menor relevancia de la actividad física, para alcanzar una buena o muy buena salud, entre las personas jóvenes y no así para los mayores de 50 años. Es decir, realizar ejercicio físico resulta mejor indicador de salud para las personas que sobrepasan el medio siglo de vida, que para los jóvenes (Gráfico 31). También es lógico concluir que el ejercicio físico se hace más necesario en la medida en que los años conllevan mayor riesgo de enfermedades cardiocirculatorias, respiratorias y osteoarticulares.

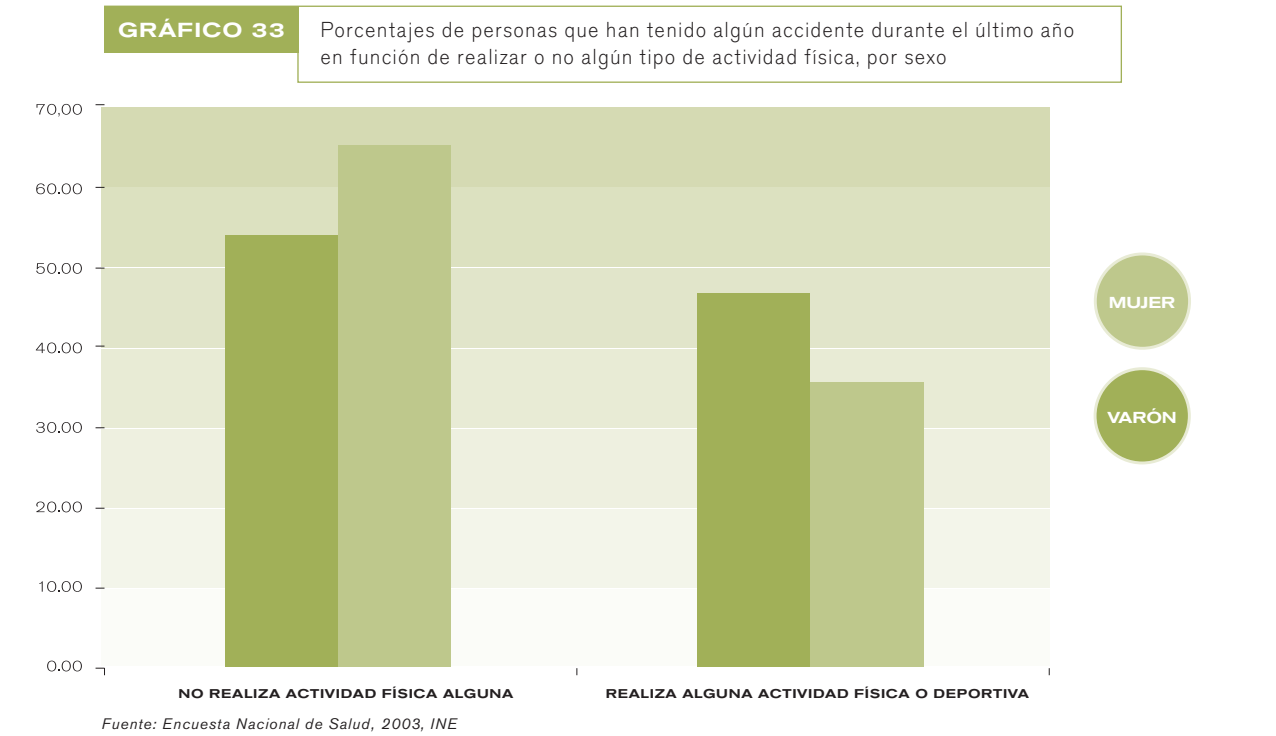
Lógicamente, en la juventud la salud se conserva con relativa facilidad, mientras que con avanzada edad la actividad no sólo ayuda a preservar la salud sino que se convierte en un buen indicador de buena salud. Como se puede observar (Gráfico 31), hasta los 50 años, los que realizan

actividad física y creen tener buena salud son, aproximadamente, un 6-7 % más que los que no hacen deporte y afirman encontrarse bien. A partir de dicha edad el porcentaje de los que autovaloran su salud como muy buena o buena se incrementa en más de un 20 % en aquellos que realizan actividad física o deportiva con respecto a los que no la hacen.



A modo de resumen cabe resaltar que las personas que realizan alguna actividad física son las que mejor puntúan su estado de salud. Dentro de la tendencia general al empeoramiento de la salud a medida que aumenta la edad, la actividad física marca grandes diferencias en dicha evolución. A partir de los 65 años la falta de ejercicio físico perjudica menos a la salud frente al efecto positivo, en términos de buena salud, que supone la realización de actividad física, que abre diferencias crecientes frente a los que no realizan ninguna actividad (Grafico 32).

Aunque la actividad físico-deportiva practicada con cierta intensidad, especialmente en el ámbito del deporte profesional y de competición, puede incrementar las situaciones de riesgo y por tanto la accidentalidad, las diferencias en las tasas de accidentalidad son muy reducidas durante la primera mitad de la vida entre quienes realizan actividad deportiva y quienes no la realizan. Sin embargo, en conjunto la tasa de accidentalidad, corregida por edad, es mayor (11,2 %) entre quienes no tienen actividad deportiva que entre los que sí la realizan (10.0 %). Al cruzar la tasa de accidentalidad en España con la realización de ejercicio físico, los datos obtenidos revelan que el 54 % de los hombres y el 65 % de las mujeres, que han sufrido algún tipo de accidente, afirman no estar realizando actividades físicas en su tiempo libre (Gráfico 33).

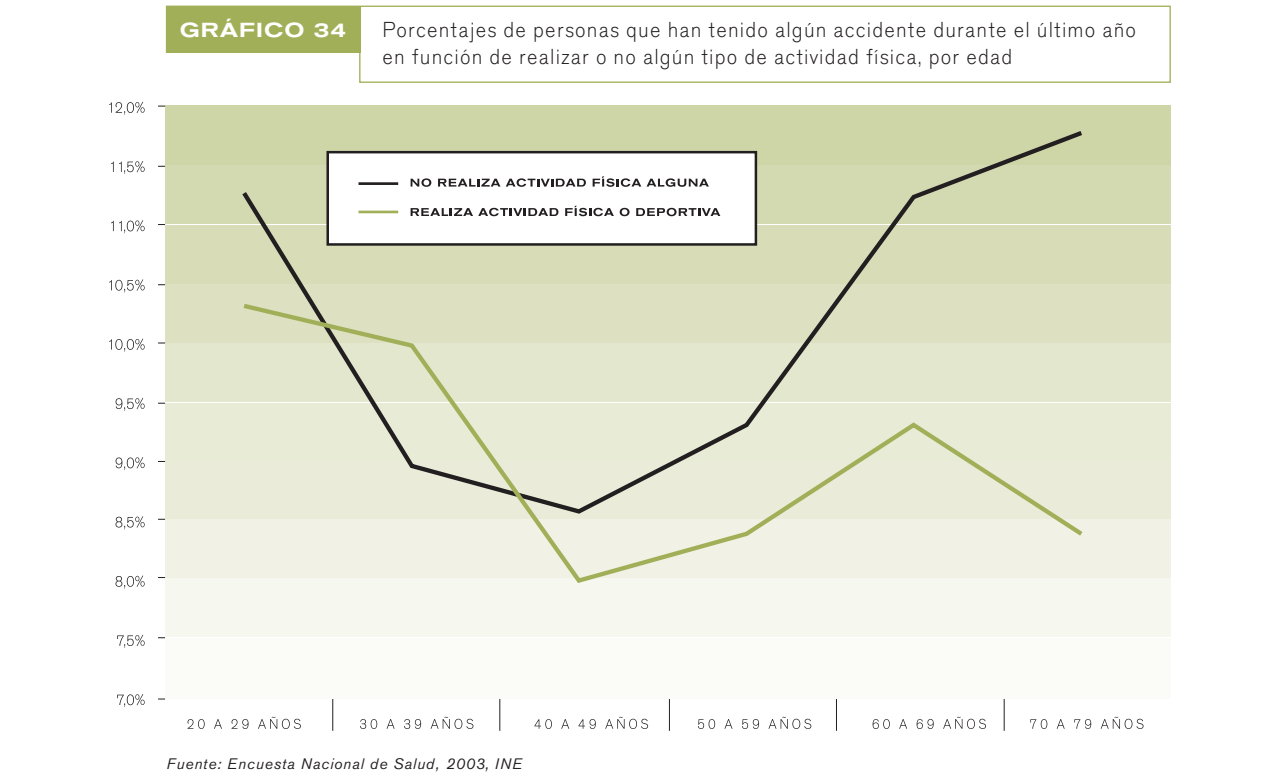


Dicho de otra forma, el practicar deportes en el tiempo libre resulta favorable a la reducción de la tasa de accidentalidad, tanto en los hombres como en las mujeres, debido, probablemente, a las habilidades que desarrolla el cuerpo humano como consecuencia de realizar ejercicios físicos. La tasa de accidentalidad desciende entre los 16 y 45 años y a partir de esta edad se reduce la capacidad de realizar actividades físicas y aumenta el número de accidentes sufridos (Grá-

EL PRACTICAR DEPORTES EN EL TIEMPO LIBRE RESULTA FAVORABLE A LA REDUCCIÓN DE LA TASA DE ACCIDENTALIDAD, TANTO EN LOS HOMBRES COMO EN LAS MUJERES

DESCIENDE ENTRE LOS 16 Y 45 AÑOS Y A PARTIR DE ESTA EDAD Y AUMENTA EL NÚMERO DE ACCIDENTES SUFRIDOS

fico 34). Es en la segunda mitad de la vida donde la actividad física pone de manifiesto su capacidad protectora frente a la salud. Al igual que veíamos con la autovaloración de la salud, los efectos positivos de la actividad deportiva se acusan más y se hacen más visibles a partir de los 50 años de edad (Grafico 35).



Se confirma en la población española una relación positiva entre la realización de actividad física, el estado de salud y la tasa de accidentalidad. La mayor o menor influencia sobre ambas variables se ve afectada por determinados factores personales como la edad y el sexo. Así, la realización de actividad física se convierte en un buen indicador de salud para las personas, pero especialmente en los mayores de 50 años. Su carácter protector frente a la accidentalidad se potencia en las mujeres dado que a partir de los 50 las tasas de accidentalidad son más elevadas las mujeres.

GRÁFICO 35 Diferencial de tasa de accidentalidad por edad entre quienes realizan actividad física o deportiva y quienes no la realizan



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 36 Tasas de accidentalidad y realización de actividad física por CC.AA



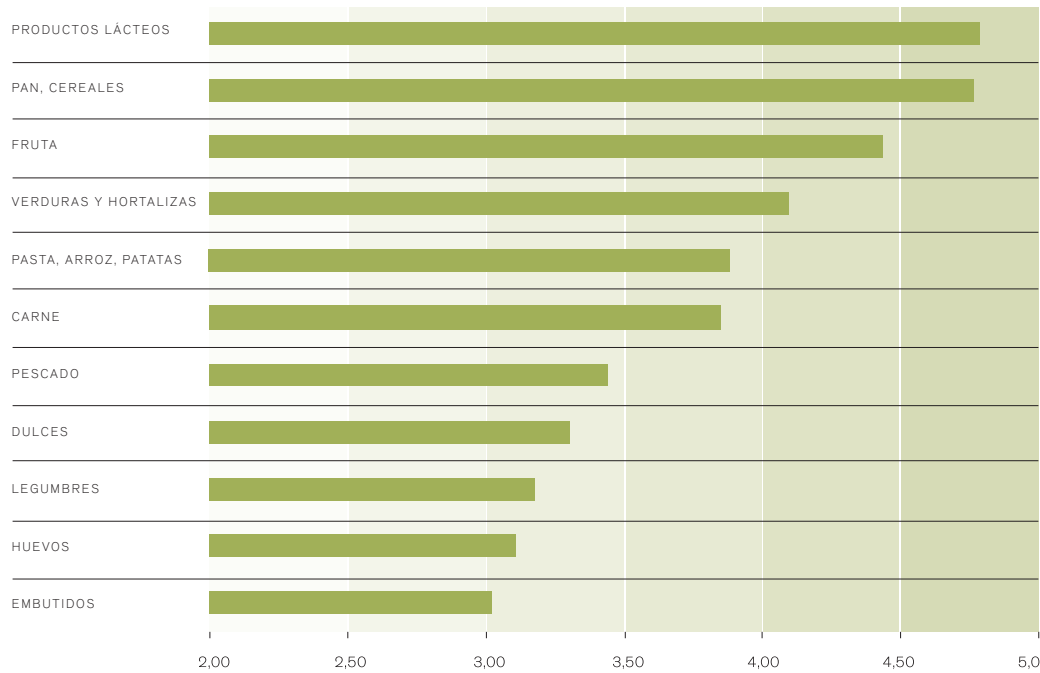
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Revisando las diferentes comunidades autónomas, se observa que las tasas de accidentalidad se correlacionan inversamente (Pearson -0,16) con la realización de actividad físico deportiva, siendo así que, en general, las regiones con mayor práctica deportiva muestran tasas mas bajas de accidentalidad.

2.3.2 ALIMENTACIÓN

La correcta alimentación constituye uno de los vectores básicos de la vida sana. El consumo de los alimentos adecuados, en la cantidad, proporción y orden convenientes resulta ya un conocimiento obligado para mantener una dieta equilibrada. Asimismo, la ingestión incorrecta de los mismos, en cantidad, calidad, orden u ocasión puede resultar perjudicial para la salud o restar algunas de las ventajas que aporta una alimentación adecuada. El conocimiento aportado por la ciencia de la nutrición y la bromatología, apoyado por una información cada vez más detallada en el etiquetado y envasado de los productos proporcionan amplia información al alcance de los consumidores.

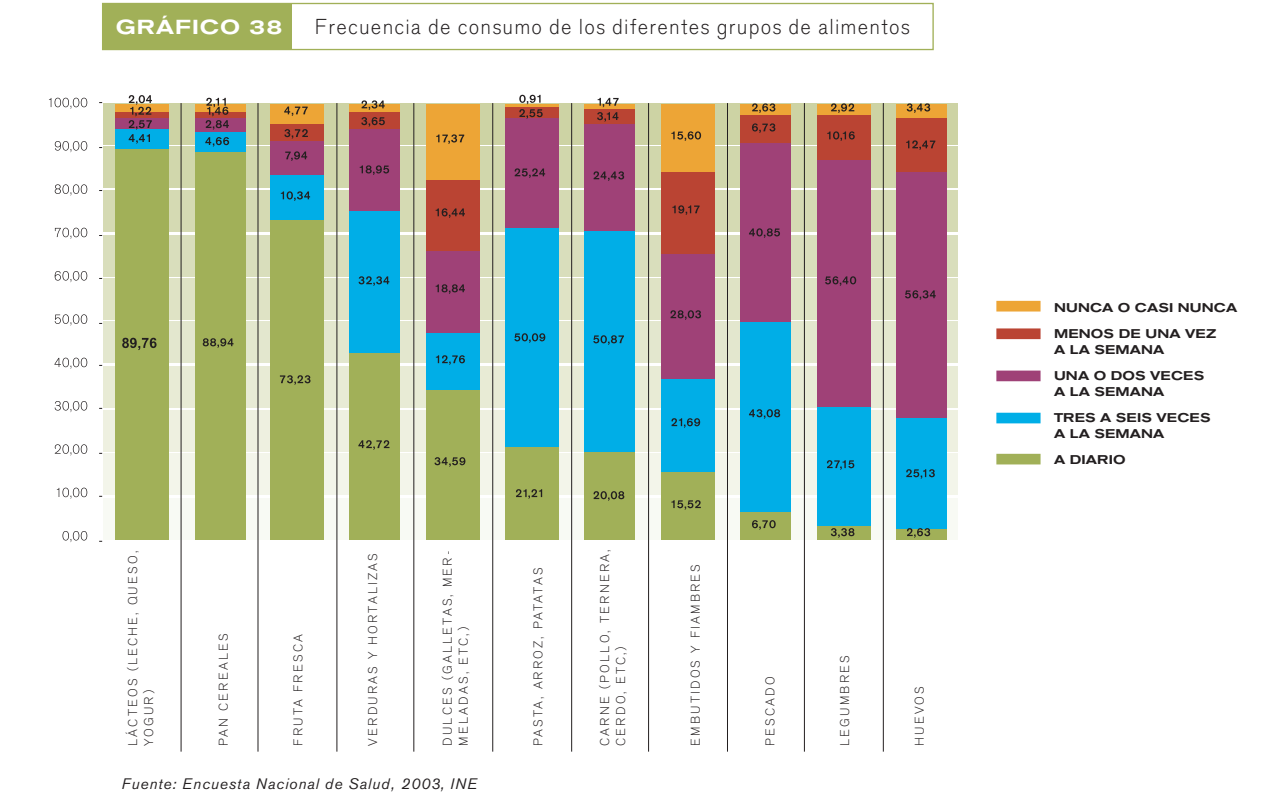
GRÁFICO 37 Indicador de consumo de alimentos en España, por frecuencia (2003)



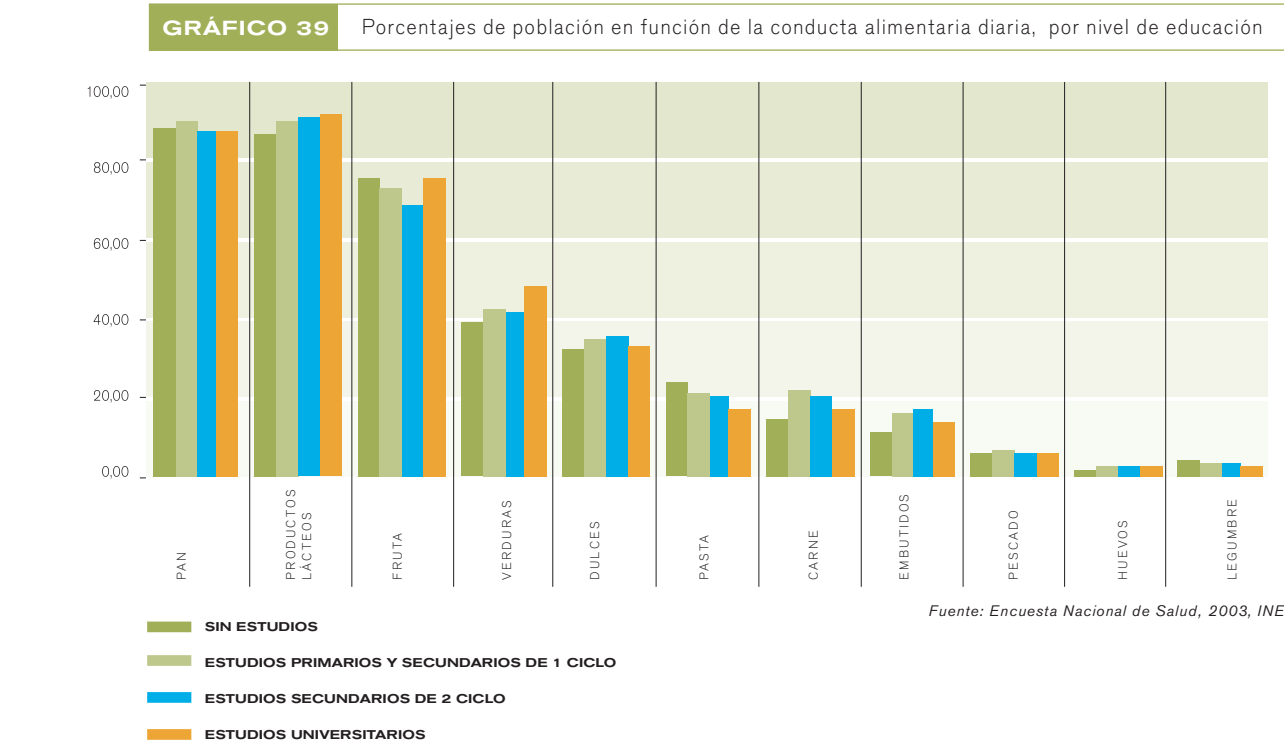
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

El mercado alimentario está adoptando una estrategia de orientación al cliente, de tal forma que ofrece una enorme variedad de productos ajustados a las necesidades del consumidor: joven, adulto, mujer, deportista, activo, diabético, alérgico, etc. Por todo ello, el desarrollo de una conducta alimentaria “sana”, acompañada de una dieta equilibrada, se convierte en una elección personal e individual, sin olvidarnos del papel tan importante que desempeña la cultura alimentaria del hogar, sobre todo de la madre, que se refleja en el desarrollo de los hábitos alimentarios en la infancia.

En general, la alimentación de los varones es más calórica y menos equilibrada que la de las mujeres y comen más embutidos, carne, pescado y huevos que éstas. En ambos sexos hay un cierto descuido hacia el consumo de pescado y legumbres, alimentos que son consumidos con menos frecuencia que los dulces y embutidos. Los españoles comen pescado una vez o, como mucho, dos a la semana, siendo el porcentaje de los que consumen carne a diario un 15 % superior a los que señalan como plato fijo del día el pescado. Las legumbres son consumidas a diario sólo por un 3,4 % de la población, si bien la mayoría lo consumen una o dos veces por semana, al igual que los huevos (Gráfico 38).



Los españoles, en general, muestran una conducta alimentaria bastante coherente con las recomendaciones médicas, incluyendo en su dieta diaria productos como la leche, el pan, la fruta y, aunque en menor medida, la verdura (Gráfico 37). Existe una relación positiva entre el mayor grado de conocimientos, sobre todo en temas de salud, y los hábitos saludables en alimentación. Dentro de esta conducta observamos que el grupo de población con nivel de estudios universitarios encabeza el consumo diario de fruta, verduras y productos lácteos. Estrechamente ligada con la educación se encuentra la renta disponible, razón por la cual las personas con menos estudios consumen en mayor medida pan, pasta y legumbres (Gráfico 39).



Con la edad se produce un cambio en la composición de la dieta diaria de los españoles, de tal forma que a partir de los 50 años se duplica el consumo de pescado y el de verdura, siendo mayor la frecuencia y el porcentaje de población. Todo lo contrario ocurre con los embutidos, que pasan de ser de consumo mayoritario y frecuente (más del 35 %) en la edad de 16 a 19 años, a tener un consumo minoritario (inferior al 10 %) a partir de los 60 años. Los embutidos y la fruta son los grupos de alimentos que registran mayor variación a lo largo de la vida, siendo decreciente el del embutido y creciente el de la fruta. Pastas, arroz, patatas y legumbres tienen índices de consumo moderados pero bastante estables (Tabla 10).

Las tendencias analizadas a lo largo de los años sufren algunas variaciones al desagregar los datos por sexo. Se observa que los hombres, al ser peores consumidores de fruta y verduras, sobretodo en la edad juvenil, a medida que envejecen aumentan el consumo de dichos alimentos, y lo hacen en mayor medida que las mujeres, ya que éstas aumentan su consumo hasta los 40 y a partir de dicha edad mantienen una cierta continuidad en el hábito alimentario de consumir fruta y verduras e incluso la disminuyen en las edades más avanzadas (Gráfico 40 y 41).

TABLA 10 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, por edad

FRUTA	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	51,58	54,10	63,20	72,72	79,76	84,14	86,42	87,63	85,06
3-6 VECES A LA SEMANA	16,06	15,00	13,43	11,28	8,18	6,89	6,71	6,26	6,32
1-2 VECES A LA SEMANA	14,77	13,93	11,53	8,07	5,64	4,84	3,40	3,01	3,45
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	7,27	6,76	5,23	3,71	2,78	1,81	1,82	1,51	2,87
NUNCA O CASI NUNCA	10,32	10,20	6,60	4,23	3,64	2,32	1,65	1,59	2,30
CARNE	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	28,37	25,02	21,41	20,59	20,06	17,54	15,56	15,46	18,39
3-6 VECES A LA SEMANA	54,16	55,25	55,38	55,16	49,55	46,71	44,47	42,03	39,66
1-2 VECES A LA SEMANA	15,59	17,70	20,34	20,93	26,06	29,57	32,38	32,59	28,74
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1,41	0,96	1,70	2,39	3,07	4,54	5,41	6,66	6,32
NUNCA O CASI NUNCA	0,47	1,07	1,17	0,93	1,25	1,65	2,17	3,25	6,90
HUEVOS	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	4,22	3,62	2,72	2,80	2,07	2,28	2,01	2,06	3,45
3-6 VECES A LA SEMANA	35,87	30,71	28,34	28,37	22,28	20,19	19,12	19,19	21,26
1-2 VECES A LA SEMANA	50,76	54,36	58,30	57,18	58,23	55,38	55,62	56,15	51,72
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	6,80	8,43	8,81	9,36	13,85	17,24	18,18	16,73	18,97
NUNCA O CASI NUNCA	2,34	2,88	1,83	2,28	3,57	4,91	5,06	5,87	4,60
PESCADO	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	2,46	3,99	4,24	5,52	8,00	9,38	9,50	10,39	8,05
3-6 VECES A LA SEMANA	30,95	33,22	36,95	43,26	48,88	49,06	49,43	47,26	52,30
1-2 VECES A LA SEMANA	48,77	46,42	47,89	43,05	37,02	35,22	34,20	34,26	31,61
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	11,25	10,79	7,87	6,51	4,25	4,87	5,09	6,11	6,32
NUNCA O CASI NUNCA	6,57	5,58	3,05	1,66	1,86	1,48	1,78	1,98	1,72

TABLA 10 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, por edad

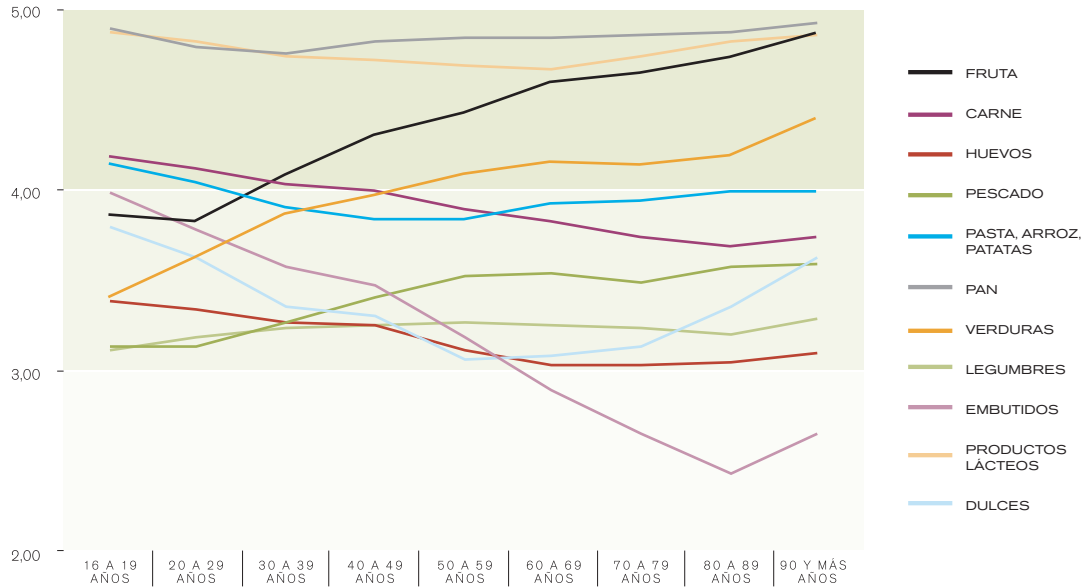
PASTA, ARROZ	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	27,43	24,94	20,37	18,49	19,28	21,30	21,26	24,43	16,67
3-6 VECES A LA SEMANA	55,10	51,00	50,30	50,49	48,02	49,03	50,57	48,53	52,30
1-2 VECES A LA SEMANA	15,94	22,14	26,51	27,20	27,85	25,50	24,21	24,11	27,01
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1,29	1,33	2,18	2,75	3,50	3,16	2,98	1,90	2,30
NUNCA O CASI NUNCA	0,23	0,59	0,63	1,06	1,36	1,01	0,97	1,03	1,72
PAN	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	87,81	85,92	86,64	88,82	90,18	89,62	91,86	91,91	90,80
3-6 VECES A LA SEMANA	6,68	5,62	5,21	4,62	4,03	4,81	3,70	3,25	2,87
1-2 VECES A LA SEMANA	2,11	3,99	3,58	2,88	2,57	2,49	2,27	1,51	1,15
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1,88	1,66	1,65	1,74	1,18	1,44	0,91	1,27	1,72
NUNCA O CASI NUNCA	1,52	2,81	2,92	1,95	2,03	1,65	1,26	2,06	3,45
VERDURAS	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	27,55	31,19	37,38	41,88	47,66	50,13	50,96	48,14	44,25
3-6 VECES A LA SEMANA	27,78	31,04	33,82	33,82	31,67	31,62	31,12	34,26	39,66
1-2 VECES A LA SEMANA	26,26	26,27	22,80	19,27	17,21	14,52	13,55	13,72	12,07
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	9,50	6,17	3,68	3,63	2,32	2,32	2,72	2,85	2,30
NUNCA O CASI NUNCA	8,91	5,32	2,31	1,40	1,14	1,41	1,65	1,03	1,72
LEGUMBRES	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
A DIARIO	3,05	3,77	3,02	3,53	4,18	3,56	3,01	1,98	4,02
3-6 VECES A LA SEMANA	24,03	25,39	26,79	28,03	27,20	28,06	27,52	27,60	31,61
1-2 VECES A LA SEMANA	56,15	53,92	57,62	57,13	57,23	56,52	55,92	55,83	49,43
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	12,19	11,97	10,26	8,97	9,35	9,21	10,57	11,34	9,77
NUNCA O CASI NUNCA	4,57	4,95	2,31	2,33	2,03	2,65	2,98	3,25	5,17

TABLA 10 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, por edad

	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	90 y más
EMBUTIDOS									
A DIARIO	35,64	24,76	20,34	18,49	13,03	7,83	6,39	5,79	2,30
3-6 VECES A LA SEMANA	31,54	29,05	26,41	24,95	21,49	16,40	12,80	10,31	13,22
1-2 VECES A LA SEMANA	19,23	25,79	29,41	30,78	29,95	29,40	26,00	23,95	24,71
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	7,62	11,97	14,37	16,78	20,53	25,40	26,74	27,76	24,14
NUNCA O CASI NUNCA	5,98	8,43	9,47	9,00	14,99	20,97	28,07	32,20	35,63
PROD. LÁCTEOS									
A DIARIO	90,62	89,32	89,21	88,93	88,61	88,91	91,83	93,02	96,55
3-6 VECES A LA SEMANA	4,45	5,10	4,65	4,93	4,71	4,70	3,27	2,46	0,57
1-2 VECES A LA SEMANA	2,46	3,22	2,74	2,67	2,86	2,49	1,88	1,90	0,57
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	1,29	1,07	1,35	1,27	1,68	1,11	1,00	0,63	1,72
NUNCA O CASI NUNCA	1,17	1,29	2,06	2,20	2,14	2,79	2,01	1,98	0,57
DULCES									
A DIARIO	44,08	38,17	35,45	33,97	28,99	30,11	34,81	40,76	44,83
3-6 VECES A LA SEMANA	15,83	16,78	14,22	12,60	12,64	9,74	10,63	10,31	14,37
1-2 VECES A LA SEMANA	20,05	21,25	20,82	19,87	18,85	17,81	15,59	14,51	14,37
MENOS DE 1 VEZ A LA SEMANA	12,08	13,41	15,57	17,19	18,85	18,48	16,89	15,38	13,79
NUNCA O CASI NUNCA	7,97	10,38	13,94	16,36	20,67	23,86	22,07	19,03	12,64

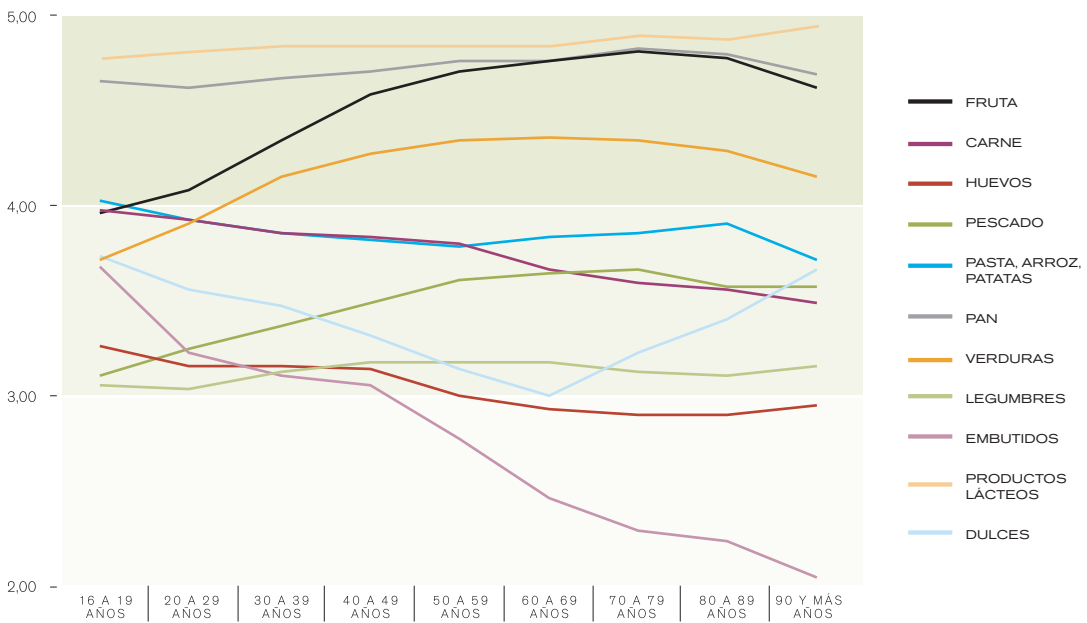
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 40 Evolución del consumo de alimentos en función de la edad y el sexo (hombres)



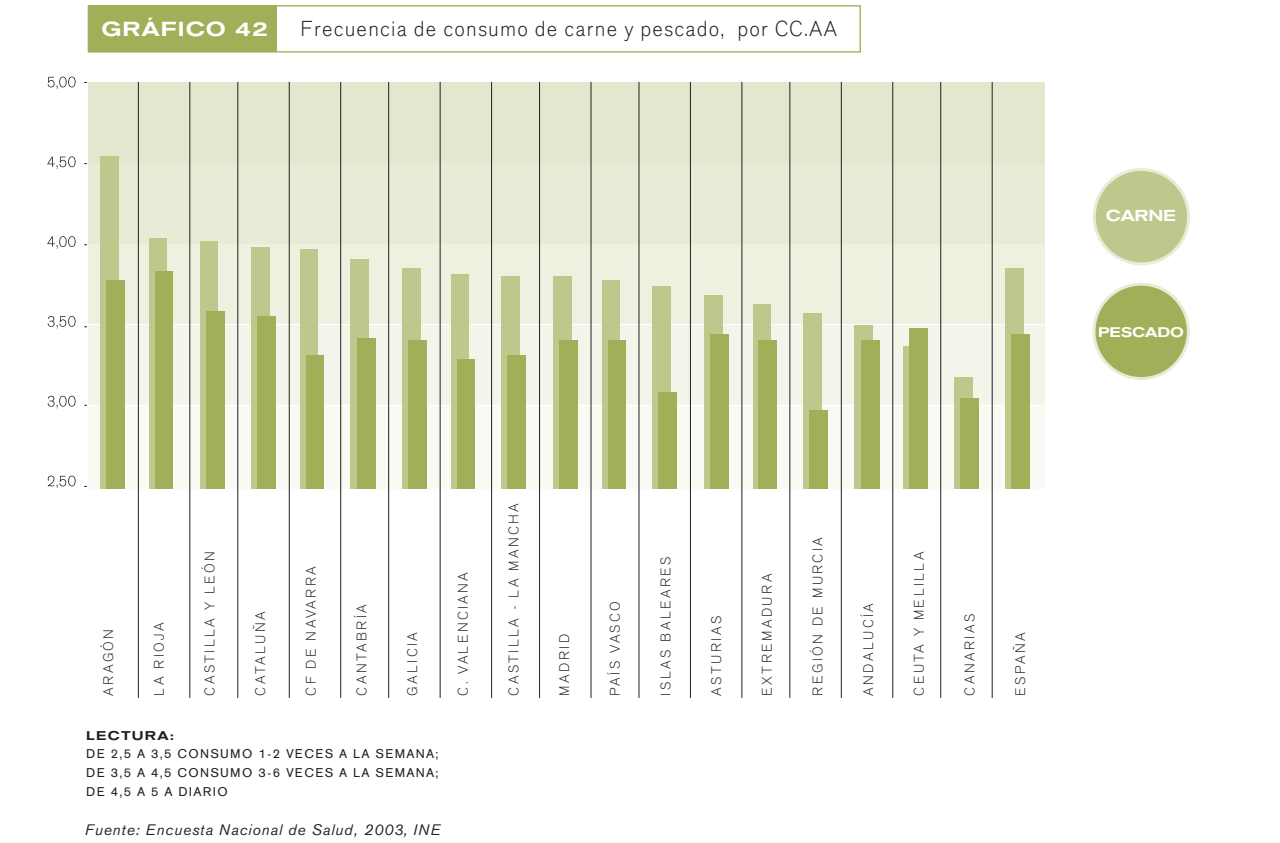
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 41 Evolución del consumo de alimentos en función de la edad y el sexo (mujeres)

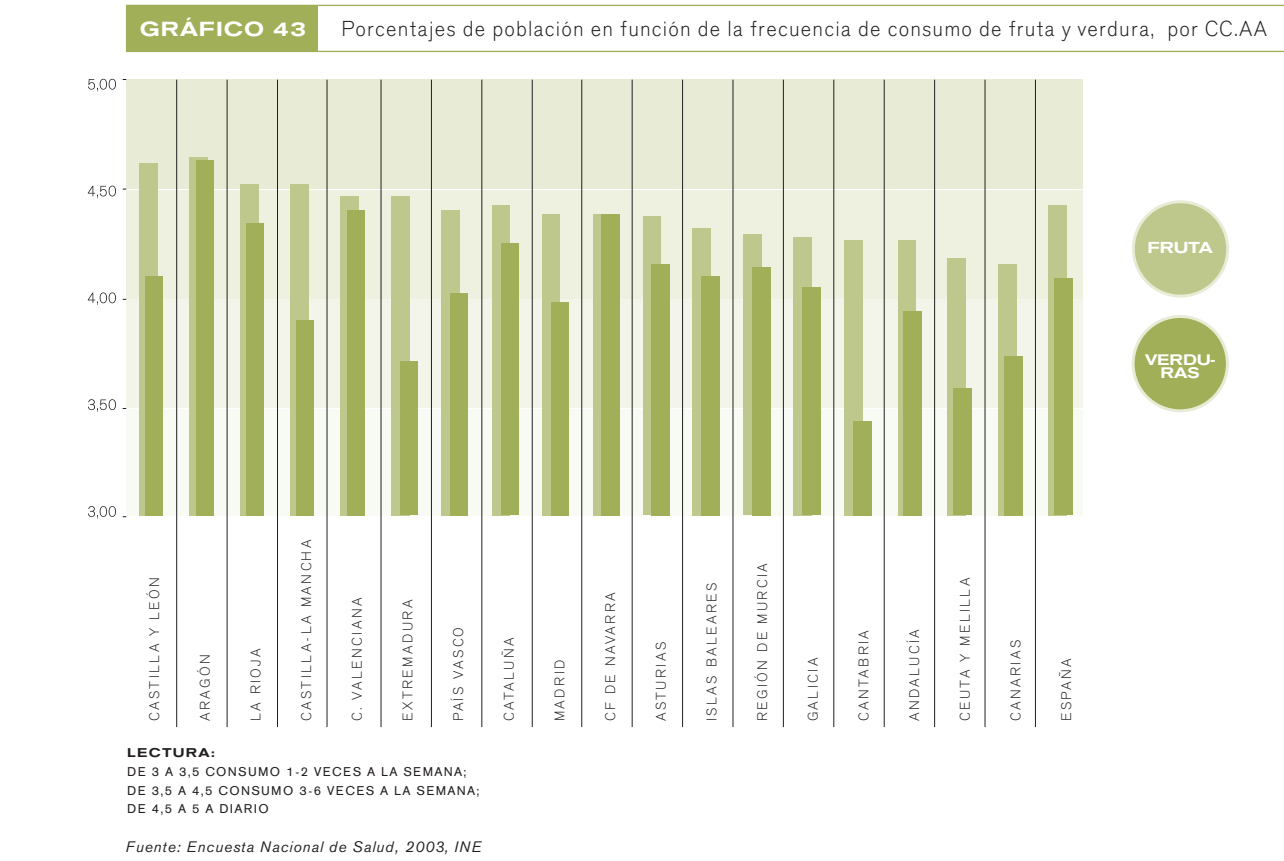


Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

En el consumo, tradicionalmente alternativo, de carne y pescado, segundos platos por excelencia en la alimentación de los españoles, hay que resaltar el dominio casi absoluto de la carne. Solamente en las ciudades de Ceuta y Melilla es dominante el consumo de pescado, probablemente por el efecto conjunto de su producción pesquera y las creencias religiosas de una parte de la población. En el extremo opuesto de esta escala destaca Aragón, que, además de ser la comunidad con mayor frecuencia del consumo de carne de toda España y la segunda en consumo de pescado, muestra la mayor diferencia porcentual de población entre los que manifiestan incluir en su menú diario algún tipo de carne y los que optan por pescado (Gráfico 42).



La fruta fresca es uno de los alimentos más recomendado por los médicos. Si a ello le añadimos la riqueza de la producción hortofrutícola española, se explica la igualdad en la frecuencia del consumo de fruta entre los habitantes de las distintas comunidades autónomas. Sin embargo, no ocurre lo mismo con las verduras, ya que se observan importantes variaciones en función de la zona geográfica. Los aragoneses, junto con los valencianos y los navarros (regiones con destacada producción hortícola), destacan como los mayores consumidores de verduras, siendo mayoría la población que indica consumirlas con una frecuencia diaria. Por el contrario, los cántabros ocupan el último lugar, con un consumo de verdura bastante reducido, 1-2 veces a la semana, donde tan sólo uno de cada diez habitantes manifiesta comer verduras a diario (Gráfico 43).

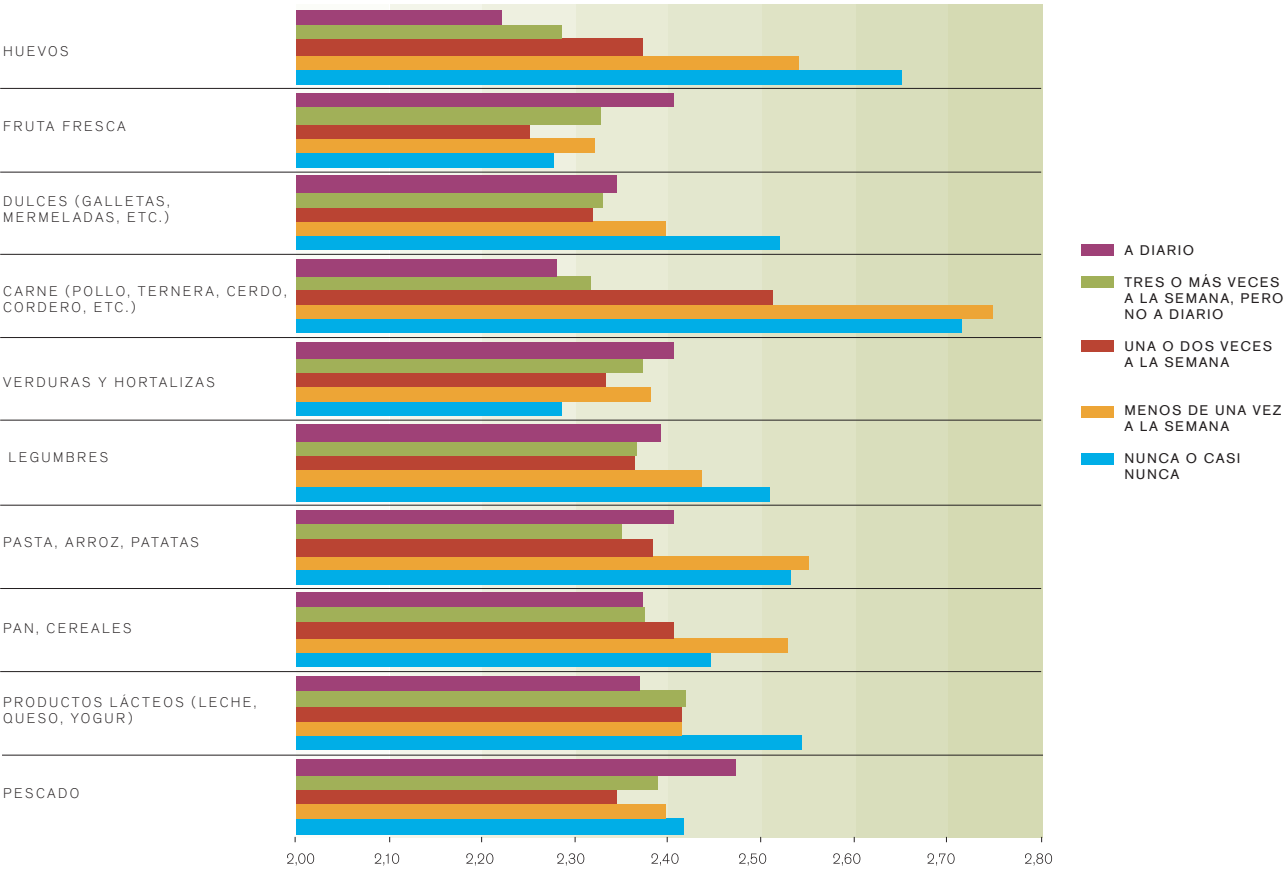


El análisis anterior concluye con la reflexión sobre la influencia de la alimentación en el estado de salud de la población. El tipo de alimento consumido afecta a los individuos de forma desigual en función de la edad. No obstante, hay que tener precaución a la hora de interpretar los datos del gráfico, puesto que la ENS no contempla la cantidad consumida, ni tampoco el momento del día en el que se ingieren los distintos alimentos (almuerzo o cena). Ambos aspectos guardan estrecha relación con la mayor o menor conveniencia de un alimento para la salud.

Los datos que proporciona la ENS son insuficientes para establecer relaciones de causalidad entre los consumos de alimentos y el mejor o peor estado de salud, pero pueden servir de guía u orientación para otros estudios con datos más precisos y una metodología ad hoc. Una relación entre el bajo consumo de un alimento y un buen estado de salud puede ser igualmente debido a los beneficios de un alimento ingerido en poca cantidad, o la consecuencia de que el producto es poco o nada beneficioso y por ello se reduce su consumo.

Por otra parte, parece comprobado que las personas que realizan consumos placenteros pero poco recomendables desde el punto de vista de la salud, como por ejemplo el tabaco o el alcohol, tienen tendencia a exagerar su buena salud para enmascarar los efectos negativos de sus consumos. Dicho comportamiento desvirtúa en gran medida las correlaciones entre autovaloración de la salud y consumo de tabaco, alcohol, dulces, carnes, etc. Asimismo, cuando existe una enfermedad diagnosticada las personas respetan en general las indicaciones médicas ajustando su dieta diaria a los alimentos adecuados. Así, un elevado porcentaje de individuos que tienen diagnosticada diabetes, comen pescado a diario y, en cambio, prueban los dulces menos de una vez a la semana.

GRÁFICO 44 Autovaloración de la salud por edad (2003) en función del consumo de los distintos alimentos (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud)

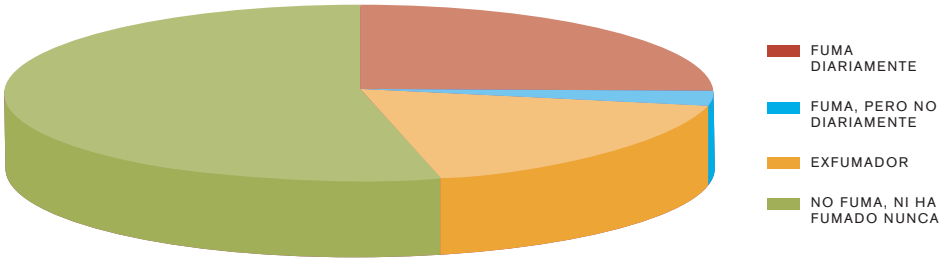


De los datos sobre alimentación es posible inferir una correlación elevada entre el consumo diario de huevos, carne, pan o cereales y productos lácteos, entre los españoles y la buena salud (Gráfico 44). Asimismo, se encuentran asociados con mala salud bajos consumos de carne, huevos y pasta. Se observa un escaso consumo de fruta y verduras en los sectores más jóvenes, lo que motiva su correlación con una mejor salud.

2.3.3 CONSUMO DE TABACO

En el año 2003 poco más de la cuarta parte de la población (25,7 %) tenía el hábito de fumar diariamente. Es un dato relativamente positivo si tenemos en cuenta que en la ENS de 1997 la tasa de fumadores diarios para ambos sexos se encontraba en el 33 %. En 2003, la tasa de fumadores diarios de los varones (33,3 %) es notablemente más alta que la de las mujeres (19,2 %). Se constata, pues una progresiva disminución del consumo de tabaco; en el período 1997-2003 la tasa de fumadores diarios se redujo en más del 22 %, con un reparto muy similar en ambos sexos (Gráfico 45; Tabla 11).

GRÁFICO 45 Porcentajes de población según hábito de fumar



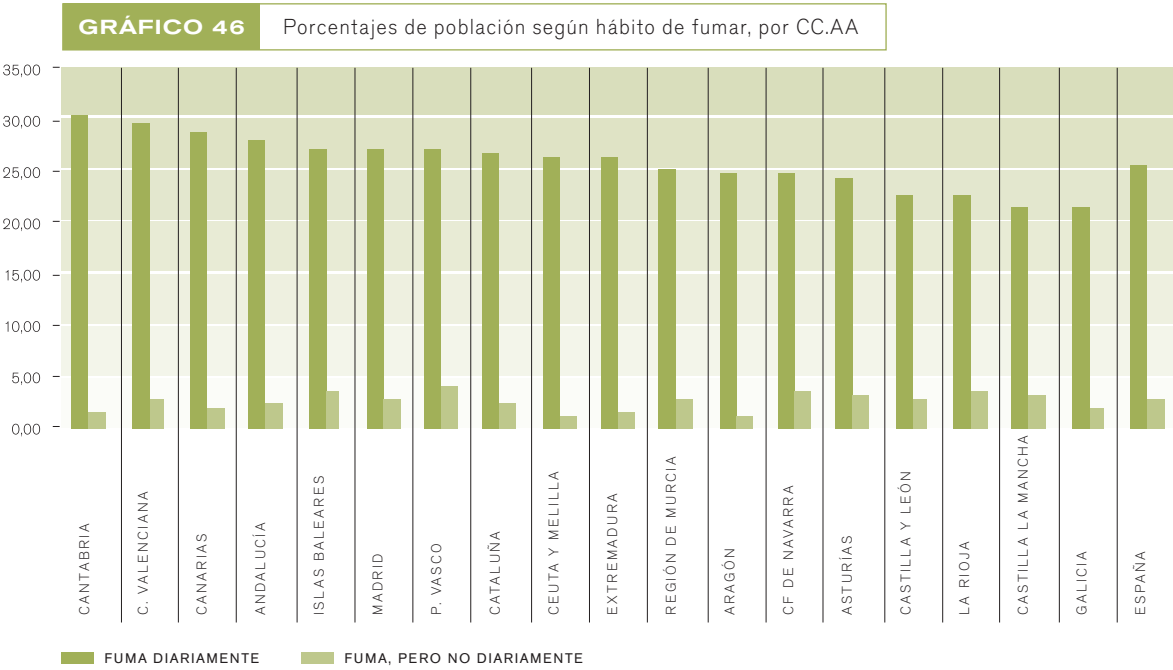
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Puede destacarse un elevado grado de adicción de los fumadores, ya que la mayoría de las personas que declaran fumar, lo hacen a diario: el 91 % de los fumadores son fumadores diarios. La entrada en vigor, en enero de 2006, de la nueva ley antitabaco alimenta esperanzas de que la progresión continúe incrementando el número de exfumadores, lo que, sin duda, sería un dato favorable para la salud pública en España.

TABLA 11 Hábitos de consumo de tabaco según frecuencia y sexo

	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
SÍ, FUMA DIARIAMENTE	33,3 %	19,2 %	25,7 %
SÍ FUMA, PERO NO DIARIAMENTE	3,3 %	1,9 %	2,6 %
NO FUMA ACTUALMENTE, PERO HA FUMADO ANTES	27,4 %	10,3 %	18,1 %
NO FUMA, NI HA FUMADO NUNCA DE MANERA HABITUAL	36,0 %	68,5 %	53,7 %

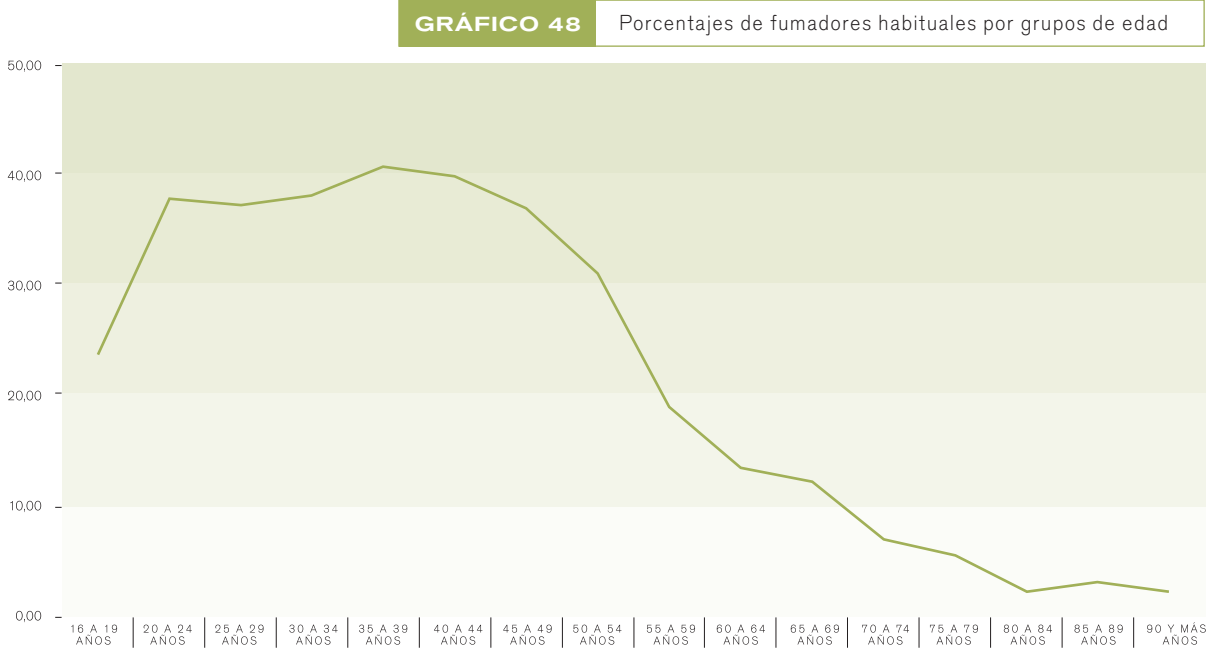
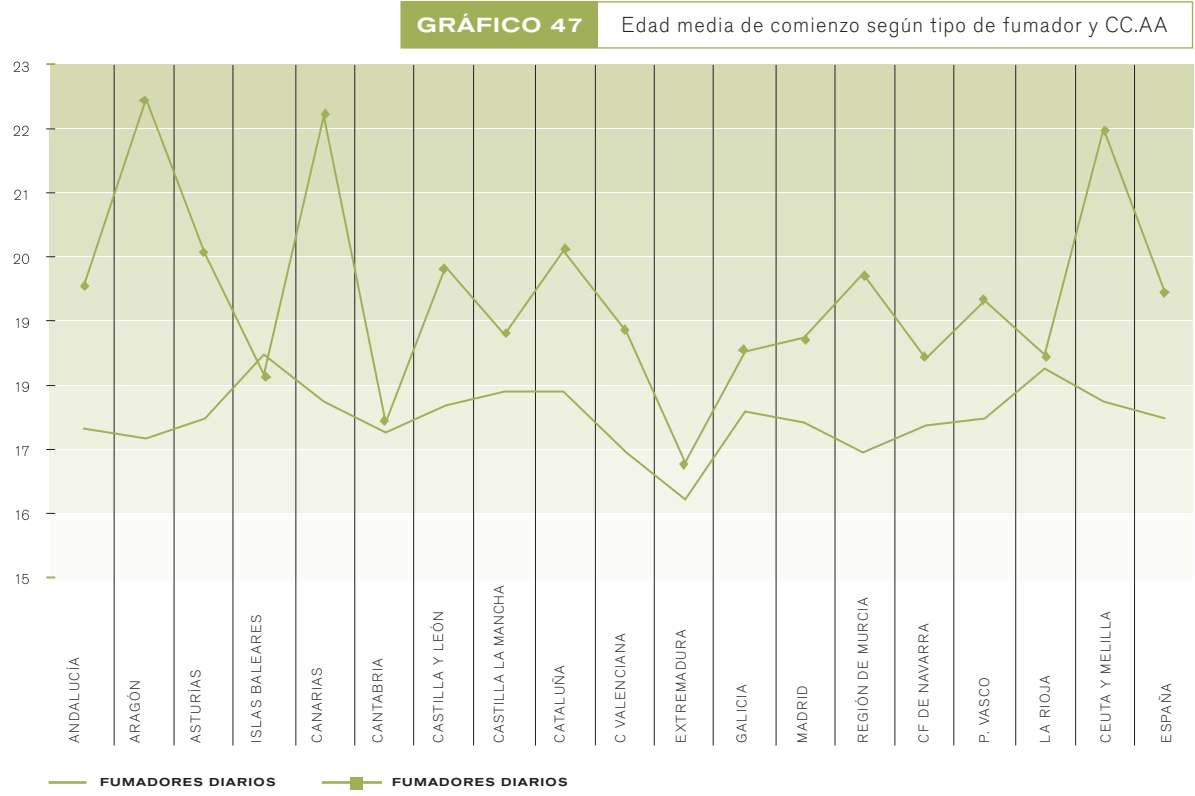
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

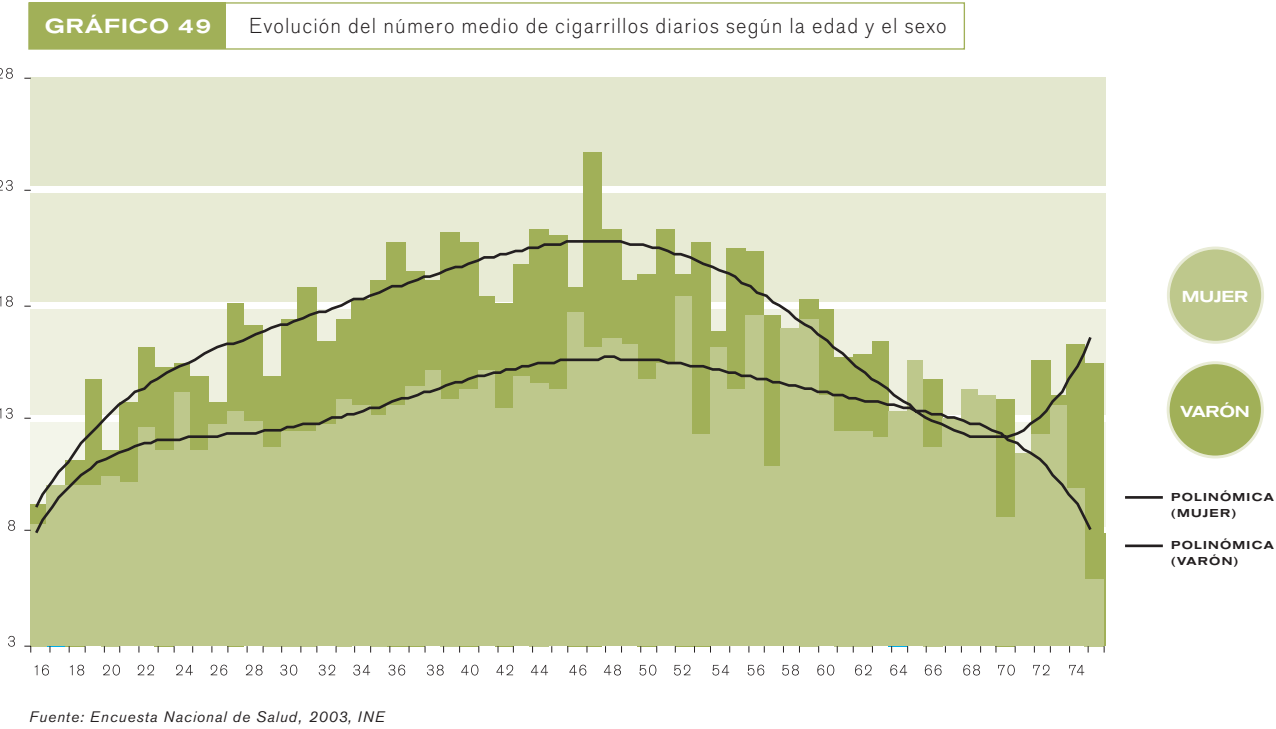
Por zonas geográficas, la población fumadora se encuentra bastante repartida, siendo las regiones con un mayor número de fumadores las de Cantabria y la Comunidad Valenciana. Por el contrario, Galicia y Castilla-La Mancha son las comunidades donde menor es el porcentaje de consumidores diarios de tabaco (Gráfico 46).

Existe una relación entre la edad de inicio del consumo y el tipo de fumador, de tal forma que los españoles que han empezado a fumar más jóvenes son los que representan en mayor medida a los fumadores diarios y también a quienes más les cuesta abandonar el tabaco. Extremadura destaca como la región donde el hábito de fumar se adquiere a una edad media más temprana, recién cumplidos los 16 años (Gráfico 47). Este dato no resulta sorprendente considerando la importancia económica de la industria tabaquera en esta comunidad en la que se cultiva el 85 % de la producción nacional de tabaco.



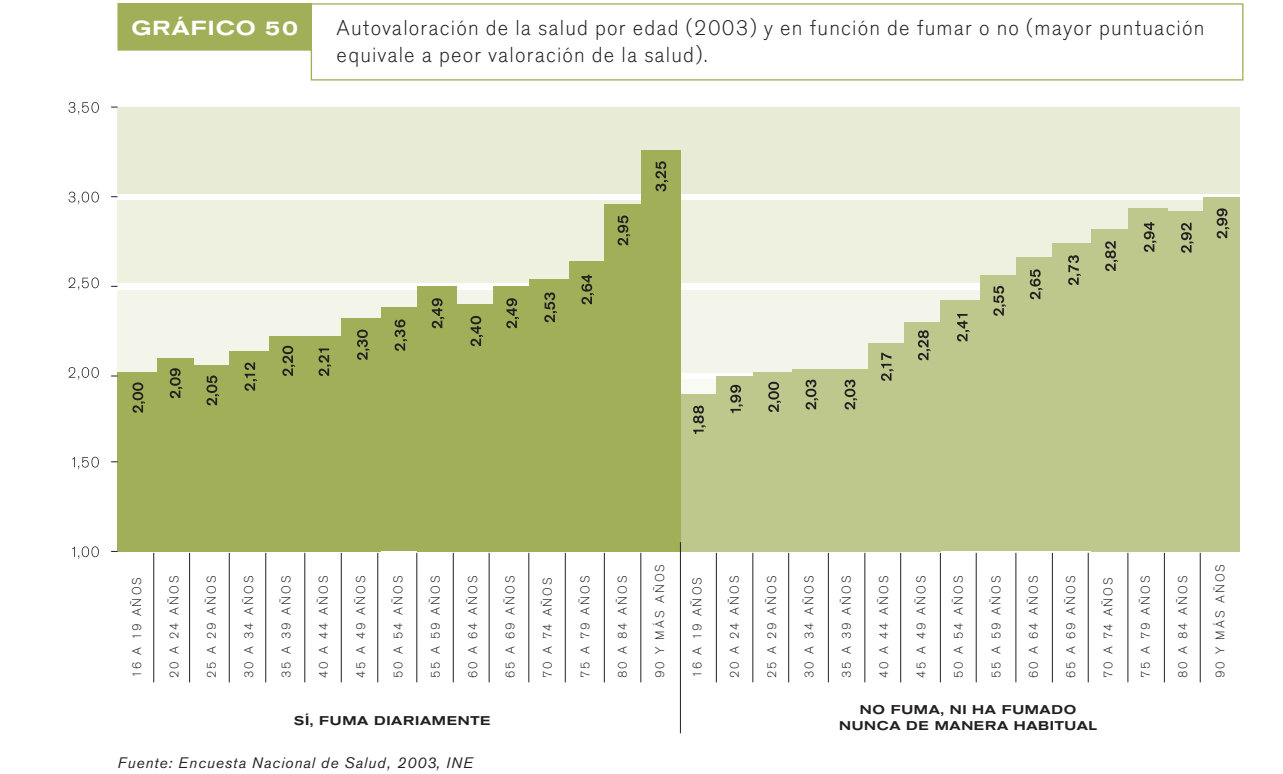
En el conjunto de la población se produce una reducción importante en el consumo de tabaco a medida que aumenta la edad. Si en las edades entre 35 y 39 figuran como fumadores el 40 % de la población, este porcentaje pasa a ser el 7 % de la población para el grupo de edad entre 70 y 74. Esta reducción del porcentaje de los fumadores habituales está acompañada por una disminución progresiva del número medio de cigarrillos diarios. Es decir, a medida que la población se hace mayor abandona cada vez más el hábito de fumar, y los que aun siguen fumando lo hacen en menor cantidad (Gráfico 48).

Sin embargo, a partir de los 70 años encontramos algunas pautas de consumo de tabaco, especialmente en los varones, que se apartan de esta tendencia decreciente. Aparentemente una parte de este colectivo siente una especie de inmunidad que les hace despreciar los riesgos del tabaco, acaso por tener una esperanza de vida reducida y pensar que ésta llegará a su fin antes de que el tabaco deje sentir sus efectos. No es extraño que los que alcanzan los niveles de edad más elevados, y fuman, descuiden el consumo de tabaco, ya que, con frecuencia, dejan de percibirlo como una amenaza (Gráfico 49).

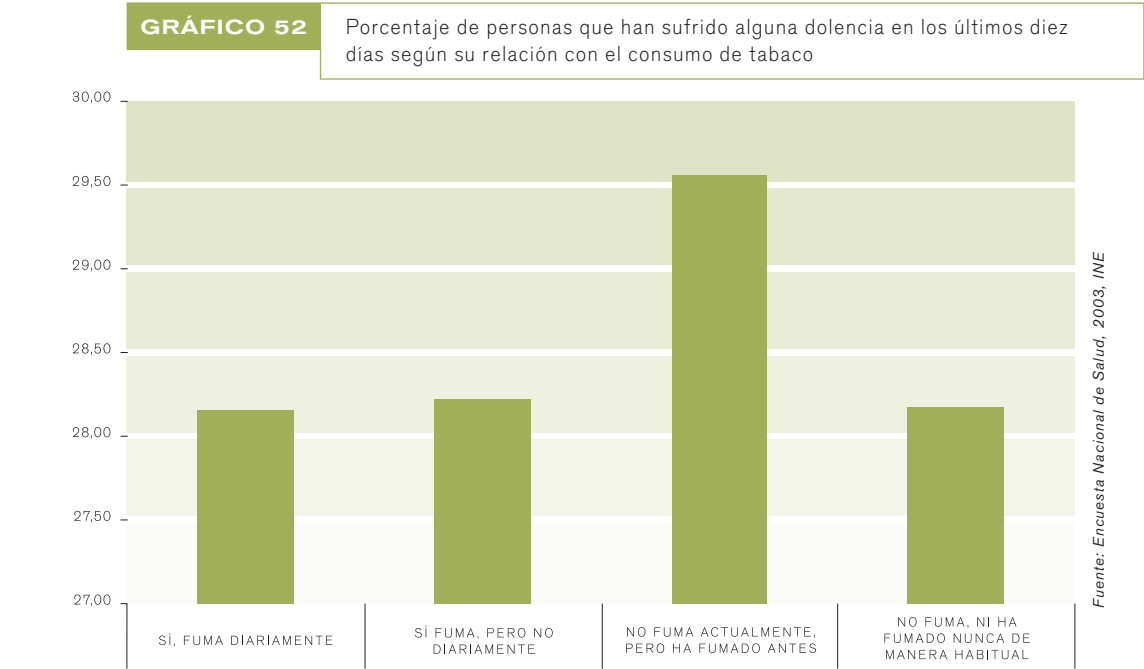
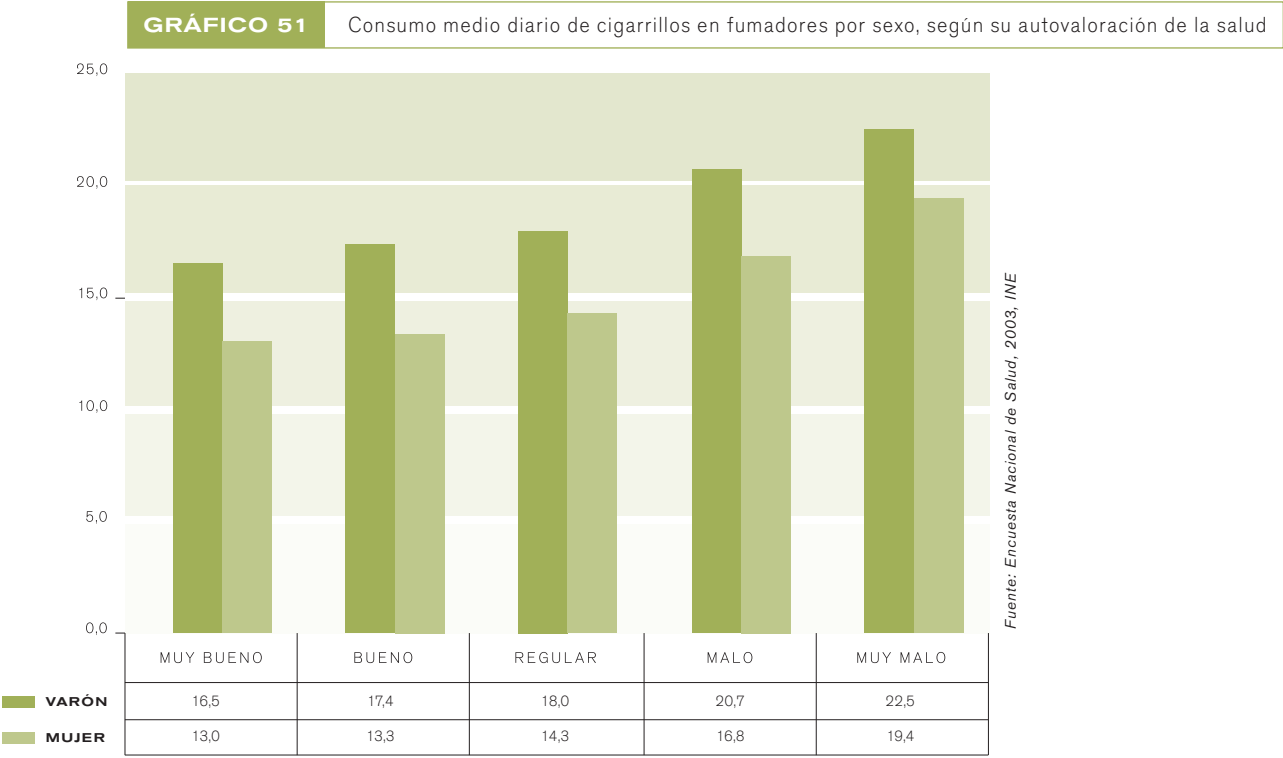


Existen suficientes argumentos para considerar al tabaco como un elemento nocivo para la salud, con unos costes de oportunidad bastante elevados en términos de vida perdida. El primer motivo, sin lugar a dudas, es el dato que sitúa al cáncer de pulmón como la cuarta causa de muerte en España entre las enfermedades. Pero no menos importante resulta el testimonio de los propios fumadores, aunque muchos de ellos se niegan a aceptar la realidad ignorando el peligro que supone el tabaco para la salud.

Según las autovaloraciones de la salud ofrecidos por los que fuman habitualmente y los que no han fumado nunca, existe una clara ventaja en salud a favor de los no fumadores, diferencia que se hace más amplia con la edad (Gráfico 50). Los que fuman a los 70 probablemente lo hayan hecho durante la mayor parte de su vida y lo seguirán haciendo. La consecuencia directa de esta conducta frente al tabaco, es el empeoramiento continuo de su estado de salud de una forma bastante más acelerada que los que no fuman.

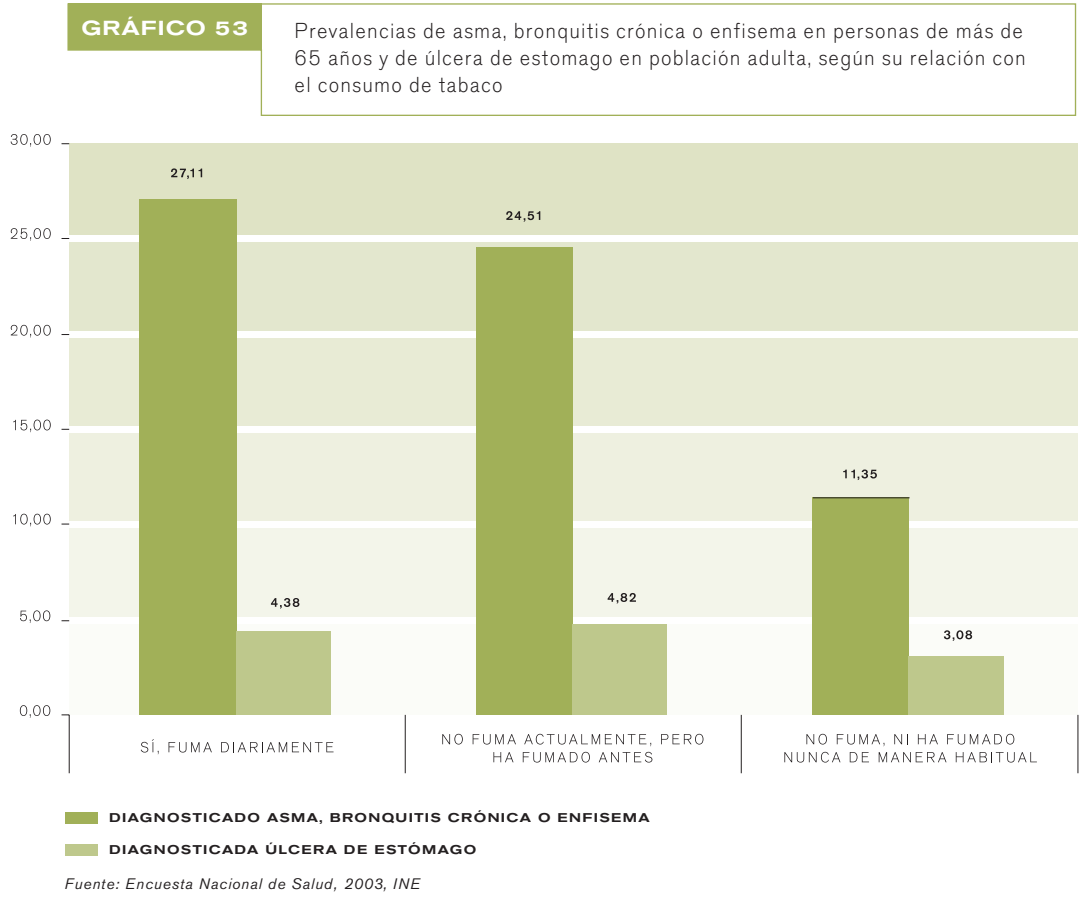


En materia de consumo de tabaco, la cantidad de cigarrillos fumados al día resulta de elevada importancia para el estado de salud de las personas que han adquirido el hábito tabáquico. Los propios fumadores declaran sentirse bastante peor a medida que sobrepasan los 18 cigarrillos para los hombres y los 14 para las mujeres. Además de ello, no debemos olvidar que la autovaloración de los fumadores habituales es, a menudo, “cómplice” y/o “encubridora” de los efectos negativos del tabaco (Gráfico 51).



El hábito de fumar hace de los fumadores un grupo de riesgo no sólo en enfermedades de carácter broncopulmonar directamente relacionadas con el consumo del tabaco, sino también frente a otro tipo de enfermedades. No obstante, como es bien sabido, los fumadores habituales (nueve de cada diez fumadores) son muy renuentes a dejar este hábito y sólo lo hacen cuando empiezan a experimentar algún síntoma o deterioro de la salud. Esto hace que muchas dolencias se encuentren estadísticamente asociadas con los exfumadores en mayor medida que con los fumadores (Gráfico 52).

Por otra parte, el impacto del tabaco se hace visible en la tasa de fumadores existente entre quienes tienen diagnosticada algún tipo de dolencia. Así, por ejemplo, más de la mitad de la población que padece enfermedades de la boca o dientes (52,17 %) es fumadora; es decir, la tasa de fumadores en estos enfermos es casi el doble de la correspondiente a toda la población (28,3 %). Otro tanto ocurre con las mujeres que han sufrido o sufren problemas de embarazo, parto o aborto: su tasa de fumadoras es del 38,1 %, frente al 19,2 % del conjunto de la población femenina. De igual forma, entre quienes padecen depresión, nervios o dolores de cabeza, encontramos tasas de fumadores superiores en un 50 % a las del conjunto de la población.



En las enfermedades directamente ligadas al consumo de tabaco las diferencias de prevalencia en función de la vinculación al tabaco son aún más transparentes. Uno de cada cuatro fumadores (27,1 %) o exfumadores (24,5 %) de más de 65 años padece asma, bronquitis crónica o enfisema, mientras que este porcentaje baja en los no fumadores de la misma edad a representar sólo a uno de cada nueve (11,3 %). También, las tasas de enfermos de úlcera de estomago es entre los exfumadores (4,8 %) y fumadores (4,4 %) muy superior a la existente entre las personas que nunca han fumado (3,1 %) (Gráfico 53).

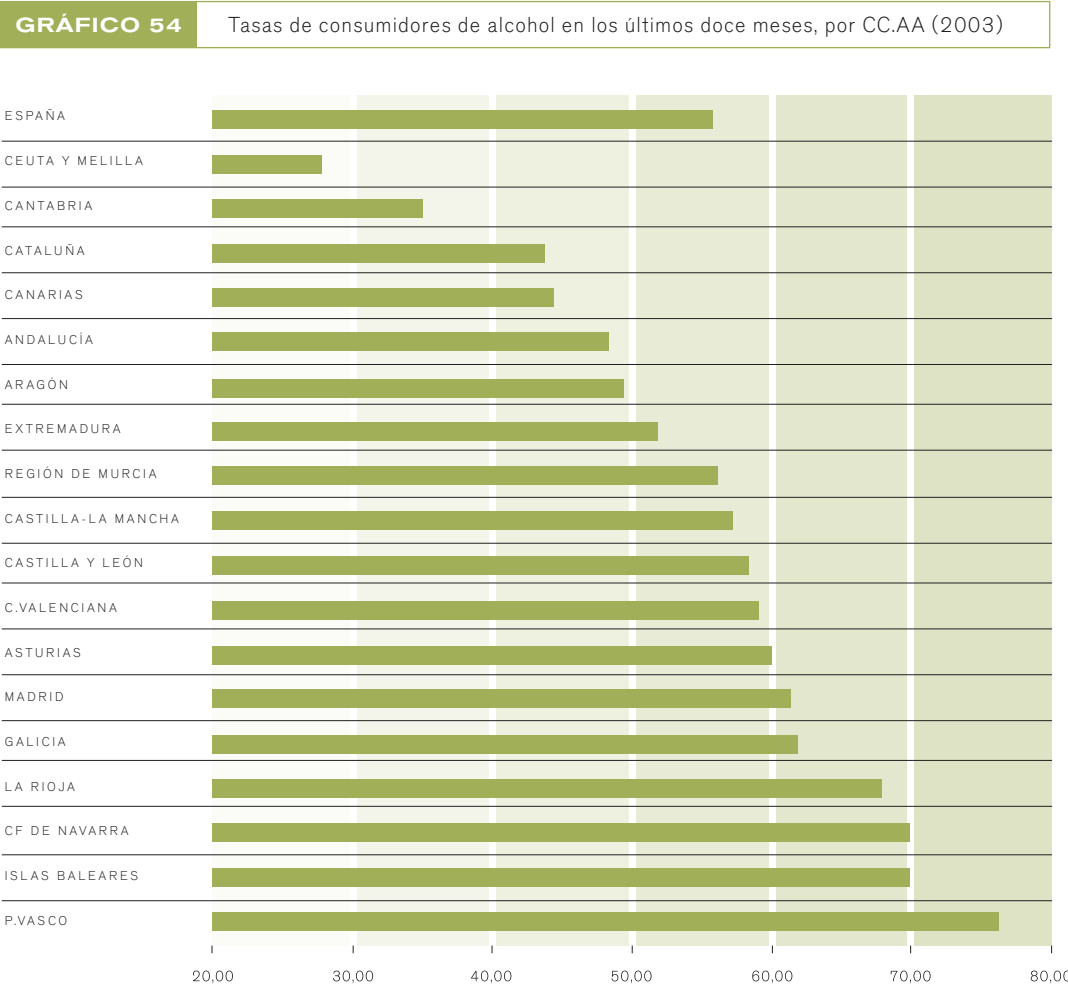
2.3.4 CONSUMO DE ALCOHOL

*Aunque en pequeñas dosis algunas bebidas alcohólicas como el vino pueden tener algunos efectos beneficiosos para la salud , en general, el consumo de alcohol se encuentra asociado a peor salud*¹⁷. El exceso de alcohol puede llegar a tener graves consecuencias para la misma. Incluso en situaciones que no generan adicción o dependencia del alcohol los excesos de consumo pueden resultar perjudiciales. El alcohol causa entre el 10 y el 15 % de las urgencias, el 4 % de los ingresos hospitalarios, entre el 30 y el 50 % de los accidentes mortales de tráfico y entre el 15 y el 25 % de los accidentes graves de tráfico¹⁸.

Teniendo en cuenta la importancia que supone el hábito de beber para la salud de los españoles, resulta coherente que la ENS contemple varias preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. La primera de ellas implica un recuento de las personas que han consumido algún tipo de alcohol durante el año 2003. A nivel nacional, más de la mitad de la población reconoce haber consumido algún tipo de alcohol durante los últimos doce meses (Gráfico 54). Por regiones, ocho de cada diez vascos responden afirmativamente, encabezando la lista geográfica de bebedores españoles¹⁹.

Estos datos no tienen porqué ser preocupantes, a priori, teniendo en cuenta el amplio margen de respuestas y de consumo que caben en dicha pregunta. A diferencia del consumo de tabaco, donde el 90 % de los fumadores son diarios, en el alcohol nos encontramos con numerosas combinaciones entre frecuencia, cantidad y tipo de bebida.

Estos resultados quedan parcialmente atenuados de carga negativa por dos razones básicas: 1) en España el hábito de beber está relacionado principalmente con el consumo de vino y de cerveza (la frecuencia media de consumo de vino/cerveza al mes es de 13 y 9 días, respectivamente). Ambas bebidas pertenecen al grupo de alcoholes elaborados a través del proceso de fermentación que, en general, son bebidas con menor contenido de alcohol puro; y 2) la distribución por tipo de bebedor, del total (55.8 %) de los españoles que afirmaron haber tomado algún tipo de alcohol, se concentra en los bebedores ligeros (Gráfico 55).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

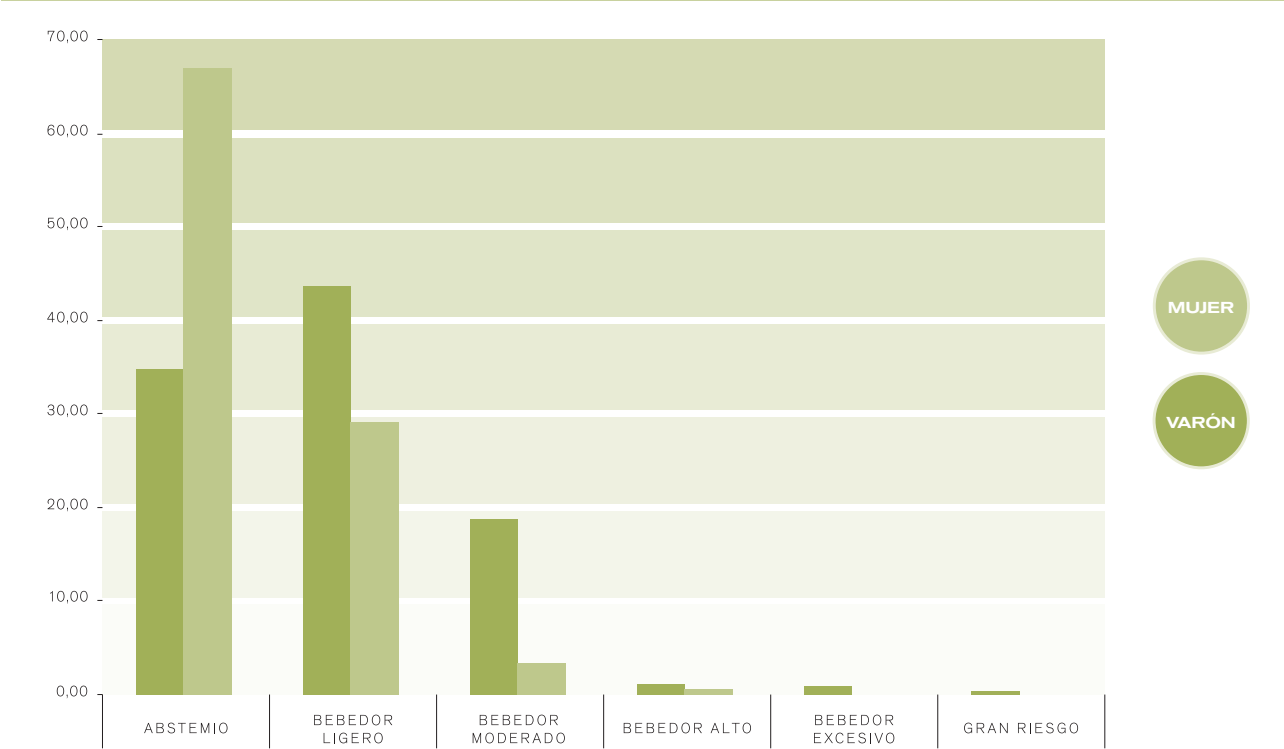
¹⁷Diversos estudios parecen haber demostrado de forma concluyente el efecto positivo del vino tinto en la reducción de las enfermedades cardíacas, la obesidad y otros tipos de morbilidad. Sin embargo, no existe acuerdo sobre las cantidades recomendables y sobre la importancia relativa en este efecto de las diversas sustancias contenidas en el vino (tanino, flavinoides, ácido salicílico, alcohol...).

¹⁸Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

¹⁹Los jóvenes vascos, en especial en las edades comprendidas entre los 15 y 18 años, beben alcohol con una frecuencia cada vez mayor. Según el informe Euskadi y Drogas 2006 , hasta un 35 % de los jóvenes en esa franja de edad se consideran "bebedores excesivos" durante el fin de semana. Además, la media de edad en el acceso de la juventud vasca al consumo de alcohol se sitúa hoy día en los 15 años.

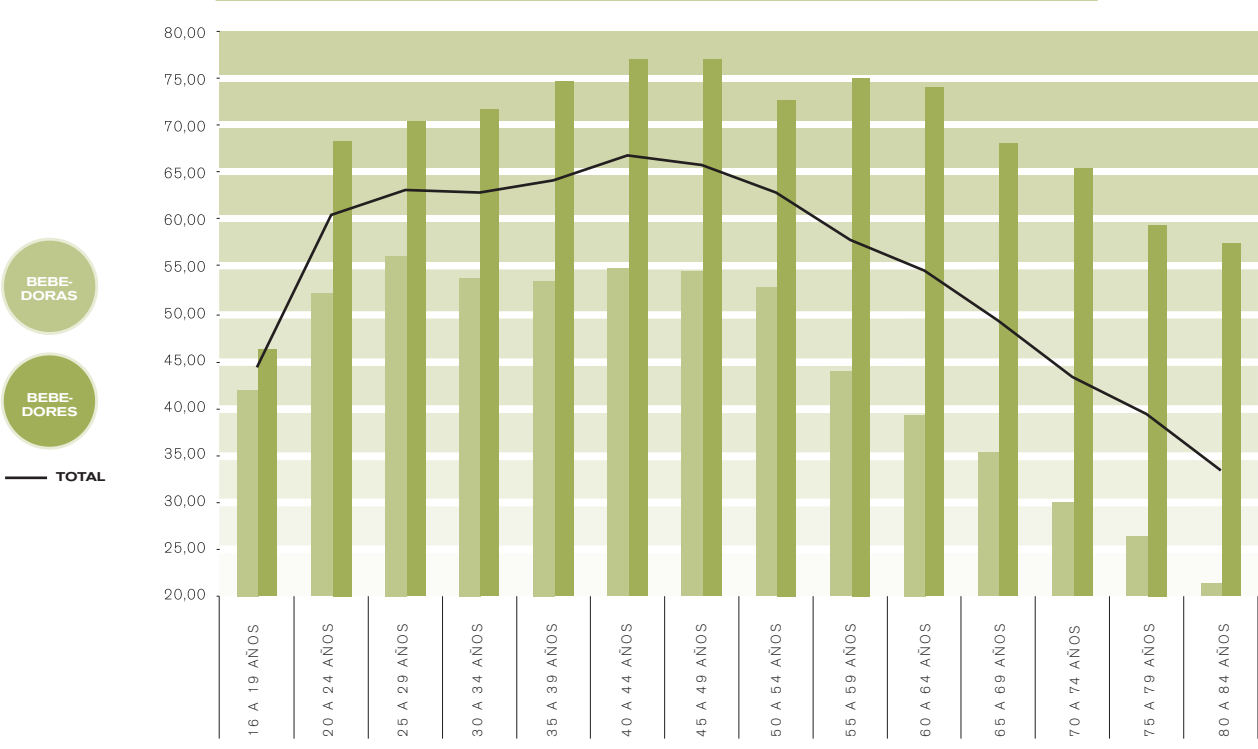
Para el análisis posterior resulta inevitable verificar las edades donde se concentra el mayor número de personas bebedoras. La tendencia de consumo de alcohol, marcada por la edad, alcanza sus máximos entre los 20 y los 50 años, siendo el máximo absoluto del 66,84 % de españoles que han probado algún tipo de alcohol en el año 2003, correspondiente a las edades entre 40 y 44 años. Dicho porcentaje se ve afectado al alza por el sexo masculino y a la baja por el género femenino. Es decir, entre los hombres, cuya edad está comprendida entre los años de mayor concentración de bebedores (40-44 años) ocho de cada diez afirman haber consumido algo de alcohol. Sin embargo, entre las mujeres, son cinco de cada diez las que declaran ser bebedoras a dicha edad. (Gráfico 56).

GRÁFICO 55 Distribución porcentual de la población en función del grupo de bebedor al que pertenece, por sexo (2003)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 56 Evolución del consumo de alcohol según la edad, por sexo (2003)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

El tipo de alcohol consumido cambia con la edad. Probablemente como reflejo de los distintos “objetivos” perseguidos a la hora de la ingesta alcohólica. La tabla siguiente determina, para el caso de los jóvenes hasta 30 años, un consumo de alcohol bastante más frecuente en combinados y en cerveza, de tal forma que uno de cada tres españoles de entre 20 y 29 años afirma tomar combinados un día a la semana (Tabla 12). Sin embargo, entre los adolescentes son aún más los que manifiestan la misma preferencia y frecuencia. A medida que aumenta la edad se observa una sustitución de los combinados por las copas de vino. La población española que supera los 40 años declara un hábito diario de consumo de vino, siendo el abandono de la cerveza bastante más paulatino que el de las bebidas combinadas.

TABLA 12 Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alcohol, por grupos de edad

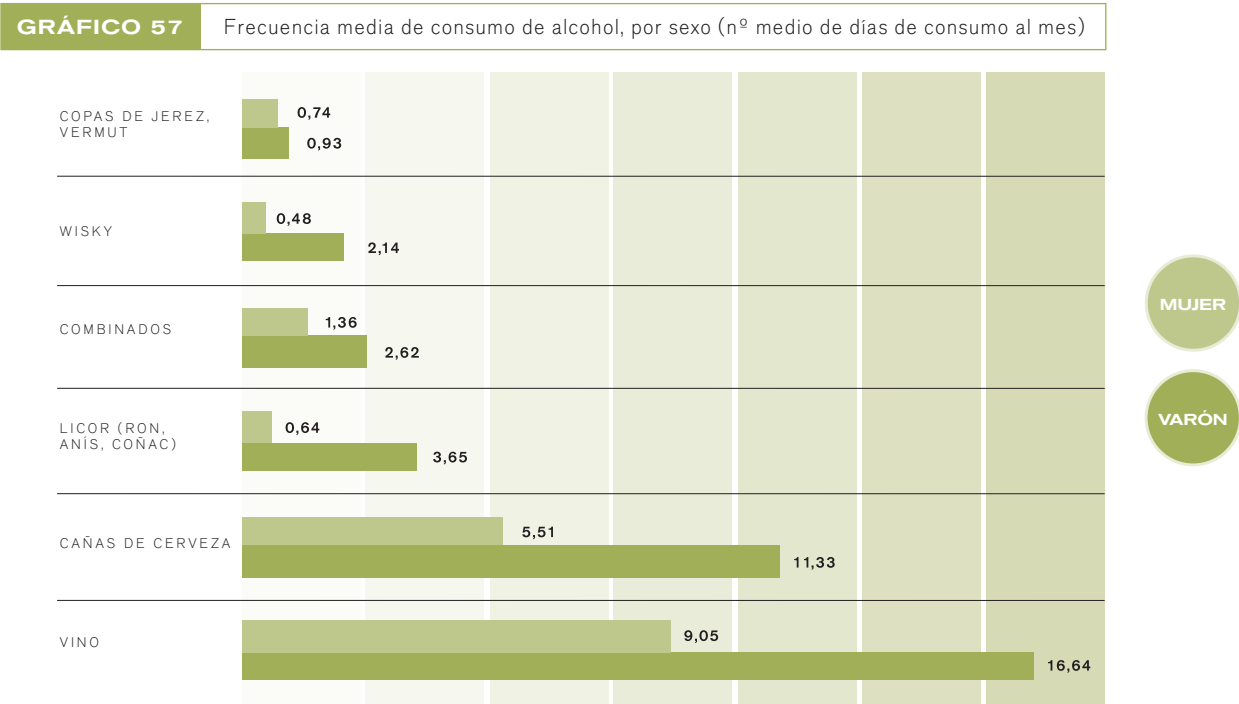
COPAS DE VINO, CHAMPÁN O CAVA	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	0,68	6,37	18,97	33,75	46,24	54,44	56,72	63,64	37,39
4-6 DÍAS A LA SEMANA	0,00	1,27	3,92	4,49	3,02	3,71	3,06	2,86	3,38
2-3 DÍAS A LA SEMANA	4,73	9,61	10,46	11,25	9,07	7,57	5,61	4,42	8,89
1 DÍA A LA SEMANA	14,86	19,10	17,24	14,09	11,03	7,13	5,61	4,68	12,08
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	4,05	6,02	6,06	3,66	2,81	2,11	1,62	1,30	3,60
1 DÍA AL MES	2,70	5,67	6,36	4,54	2,53	2,69	2,21	1,82	3,92
MENOS DE 1 DÍA AL MES	72,97	51,97	36,98	28,22	25,30	22,34	25,17	21,30	30,75
CAÑAS DE CERVEZA (CON ALCOHOL), SIDRA	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	3,85	7,68	15,17	22,00	20,65	18,45	14,31	12,84	16,31
4-6 DÍAS A LA SEMANA	2,14	5,59	6,34	8,35	5,61	6,23	4,84	5,41	6,35
2-3 DÍAS A LA SEMANA	20,51	26,29	22,60	19,11	18,27	12,98	10,06	5,41	19,51
1 DÍA A LA SEMANA	30,34	25,96	25,09	20,24	16,56	14,76	13,73	8,78	20,90
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	6,84	6,34	5,87	5,09	4,66	4,45	3,87	3,38	5,29
1 DÍA AL MES	6,41	4,76	4,42	3,59	3,43	6,11	5,42	4,73	4,45
MENOS DE 1 DÍA AL MES	29,91	23,37	20,52	21,63	30,83	37,02	47,78	59,46	27,20
COPAS DE JEREZ, VERMUT O APERITIVOS CON ALCOHOL	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	0,00	0,00	0,32	0,31	0,46	0,92	1,19	1,11	0,49
4-6 DÍAS A LA SEMANA	0,00	0,00	0,64	0,63	0,46	0,31	0,00	0,00	0,39
2-3 DÍAS A LA SEMANA	0,00	1,30	2,88	2,81	2,75	1,85	1,59	0,00	2,21
1 DÍA A LA SEMANA	0,00	7,77	10,70	8,44	8,01	4,00	5,16	0,00	7,44
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	3,53	1,81	3,51	3,59	3,20	3,69	1,19	1,11	2,98
1 DÍA AL MES	1,18	3,89	3,35	5,47	5,03	4,31	2,78	2,22	4,11
MENOS DE 1 DÍA AL MES	95,29	85,23	78,59	78,75	80,09	84,92	88,10	95,56	82,39

COPAS DE LICOR (ANÍS, COÑAC, RON, GINEBRA, PACHARÁN, ETC.)	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	0,00	0,22	2,59	4,03	7,81	9,34	7,93	5,13	4,76
4-6 DÍAS A LA SEMANA	0,00	0,22	0,68	1,34	1,52	1,37	0,61	0,00	0,92
2-3 DÍAS A LA SEMANA	2,83	4,54	2,59	6,58	4,57	3,64	4,27	3,42	4,33
1 DÍA A LA SEMANA	14,15	12,31	8,72	8,32	9,90	7,29	6,71	5,98	8,98
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	4,72	3,67	5,04	4,56	3,43	3,19	2,13	0,85	3,84
1 DÍA AL MES	2,83	5,83	8,58	5,23	3,81	3,42	3,05	1,71	5,17
MENOS DE 1 DÍA AL MES	75,47	73,22	71,80	69,93	68,95	71,75	75,30	82,91	72,01
VASOS O COPAS DE WHISKY	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	0,00	0,23	1,06	2,32	3,50	3,87	1,65	1,06	1,90
4-6 DÍAS A LA SEMANA	0,00	0,45	0,60	0,43	0,47	0,30	0,82	0,00	0,47
2-3 DÍAS A LA SEMANA	2,22	5,42	3,17	4,78	3,96	0,89	2,06	1,06	3,54
1 DÍA A LA SEMANA	12,22	15,58	12,07	10,43	7,69	5,65	4,12	1,06	9,85
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	4,44	2,93	3,47	3,33	5,13	2,98	1,65	2,13	3,37
1 DÍA AL MES	3,33	5,19	7,99	8,55	4,90	5,36	2,88	1,06	6,21
MENOS DE 1 DÍA AL MES	77,78	70,20	71,64	70,14	74,36	80,95	86,83	93,62	74,66
COMBINADOS (CUBA LIBRE, GIN TONIC, ETC.)	16 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 a 89	Total
DIARIAMENTE	0,40	0,38	0,43	1,33	1,39	1,22	2,21	0,00	0,85
4-6 DÍAS A LA SEMANA	0,00	0,29	0,17	0,72	0,59	0,00	0,44	0,00	0,35
2-3 DÍAS A LA SEMANA	12,55	13,45	7,26	5,73	5,54	1,22	0,88	0,00	7,54
1 DÍA A LA SEMANA	37,25	35,64	21,37	15,95	11,68	3,95	1,77	1,14	20,61
1 DÍA CADA DOS SEMANAS	10,93	11,05	7,61	5,52	4,16	2,13	0,00	0,00	6,82
1 DÍA AL MES	12,96	9,03	12,39	10,33	5,74	5,17	1,77	1,14	9,22
MENOS DE 1 DÍA AL MES	25,91	30,16	50,77	60,43	70,89	86,32	92,92	97,73	54,62

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

El hábito de consumir alcohol parece más afín a la naturaleza del hombre. El consumo femenino se caracteriza por un menor número de unidades ingeridas de bebidas, además de contener éstas menores grados de alcohol (Gráfico 57). Sin embargo, tanto hombres como mujeres presentan un hábito de beber marcado por el ocio y el tiempo libre. En España se bebe más los fines de semana que los días de diario, siendo el dato positivo el que señala una pequeña reducción en la tasa de bebedores en el año 2003 respecto al año inmediatamente anterior (Tabla 13).

Existen unos límites de cantidad en función de los cuales es posible distinguir los diferentes tipos de consumo de alcohol. Así un consumo moderado o “responsable” en el caso del hombre está situado por debajo de los 40/45 gr./día, y en el caso de la mujer la cantidad límite son, aproximadamente, los 20/25 gr./día. Dichas referencias sirven de base para el análisis del estado de salud en los distintos casos de ingesta alcohólica. En primer lugar, habría que resaltar que ningún consumo se puede considerar “sin riesgo” para la salud, siendo el del MSC “Alcohol, cuanto menos mejor!”. De acuerdo con las referencias de la Dirección General de Salud Pública, podemos hablar de abstemios, bebedores ligeros, moderados, altos y excesivos y, finalmente, consumo de gran riesgo.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

TABLA 13 Consumo de bebidas con alcohol respecto al de hace doce meses

	VARÓN	MUJER	AMBOS SEXOS
MÁS	2,6 %	2,8 %	2,7 %
MENOS	18,5 %	15,4 %	17,4 %
IGUAL	78,9 %	81,8 %	80,0 %

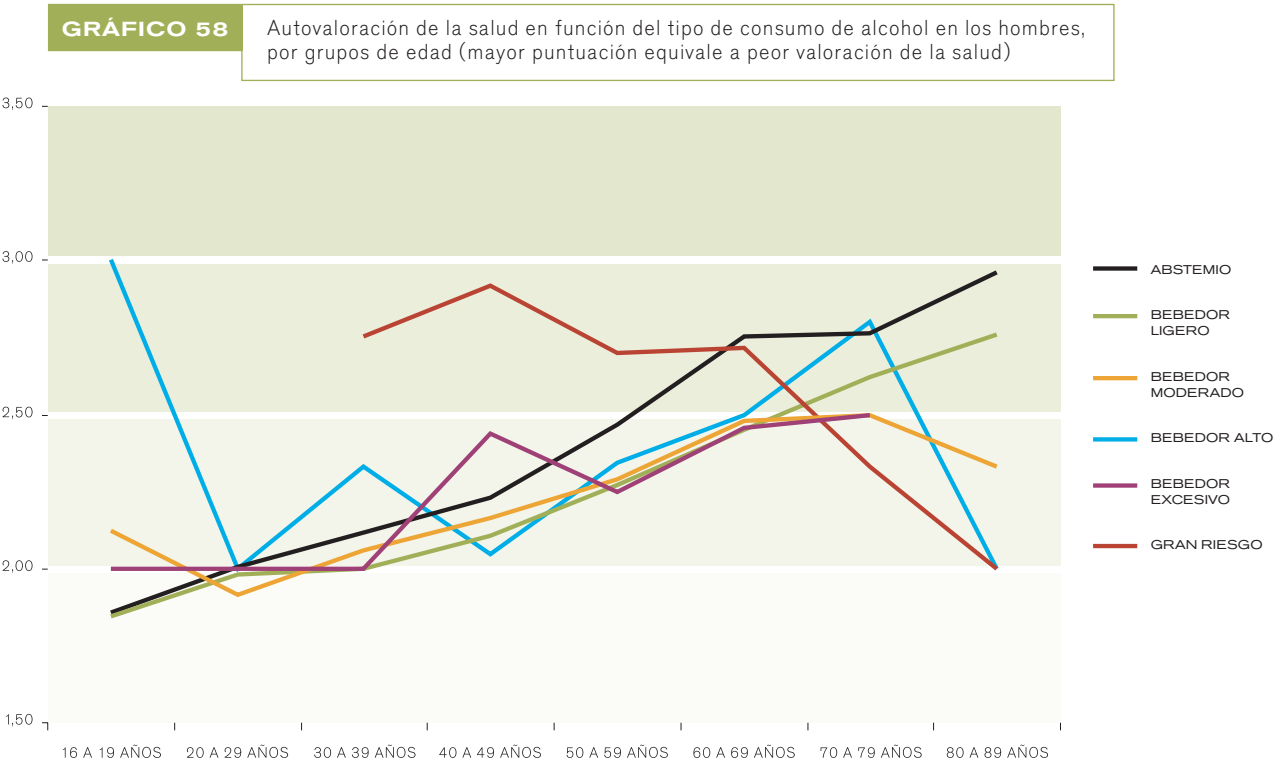
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

Analizando las autovaloraciones de la salud, por edad y sexo, destacan las fuertes puntuaciones negativas entre los más bebedores. Es decir, las personas cuyo consumo de alcohol puede calificarse de gran riesgo se muestran conscientes de su problema valorando su salud como “mala o muy mala”. (Gráfico 58 y 59). Tan solo los mas mayores parecen “ignorar” los efectos del alcohol, hecho explicable parcialmente por una tendencia ya constatada a ocultar los efectos nocivos de ciertos consumos.

La correlación entre mala salud y consumo excesivo de alcohol queda en evidencia al comprobar que los mayores porcentajes (hombres 36,36 %, mujeres 33,33 %) de personas que han padecido alguna dolencia durante más de diez días corresponden a los españoles, cuyo consumo de alcohol se califica como de gran riesgo y excesivo, para hombres y mujeres respectivamente. (Gráfico 60).

Los datos obtenidos acerca de la tasa de accidentalidad confirman, una vez más, la relación existente entre el tipo y la cantidad de alcohol consumidos con el mayor o menor número de accidentes sufridos. Así se observa que el género femenino alcanza su mayor tasa de accidentalidad en el caso de las bebedoras excesivas. Sin embargo, existen datos para considerar al consumo de alcohol como una de las principales causas de la limitación de las actividades diarias (Gráfico 61). Estos datos son coherentes con la capacidad de resistencia al alcohol por parte del cuerpo femenino, y que es la razón por la que el límite “razonable” para ellas está fijado por debajo aquel de los hombres.

LAS PERSONAS CUYO CONSUMO DE ALCOHOL PUEDE CALIFICARSE DE GRAN RIESGO SE MUESTRAN CONSCIENTES DE SU PROBLEMA VALORANDO SU SALUD COMO “MALA O MUY MALA”



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003, INE

GRÁFICO 59

Autovaloración de la salud en función del tipo de consumo de alcohol en las mujeres, por grupos de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud)

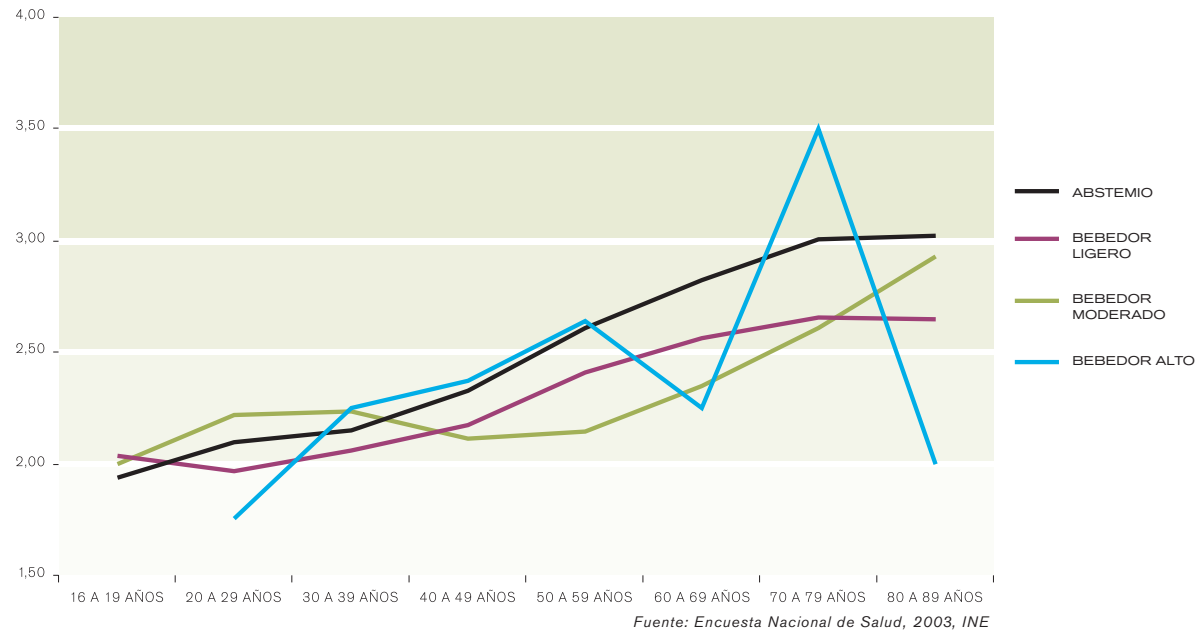
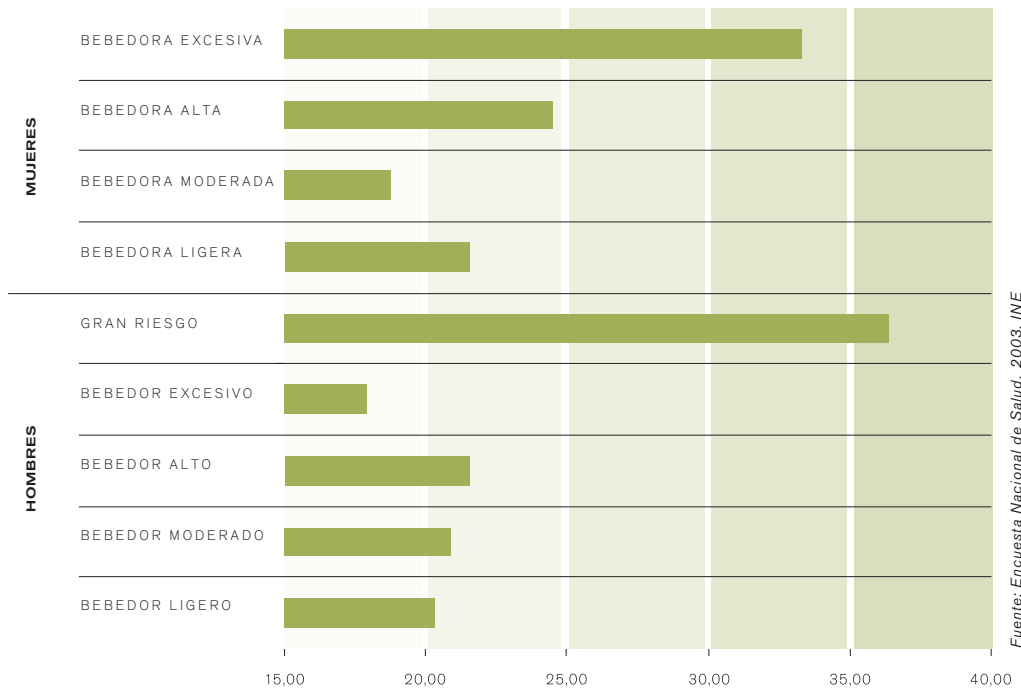


GRÁFICO 60

Porcentaje de personas que han sufrido alguna enfermedad durante más de 10 días, por tipo de bebedor y sexo



Del análisis de los datos se desprende los efectos nocivos de la ingesta de alcohol en la edad juvenil, en términos de accidentes sufridos. (Gráfico 62). El alcohol tiene una mayor correlación con la accidentalidad a medida que la edad disminuye.

GRÁFICO 61

Porcentajes de bebedores que han sufrido algún accidente y/o han visto sus actividades limitadas, según tipo de bebedor y sexo

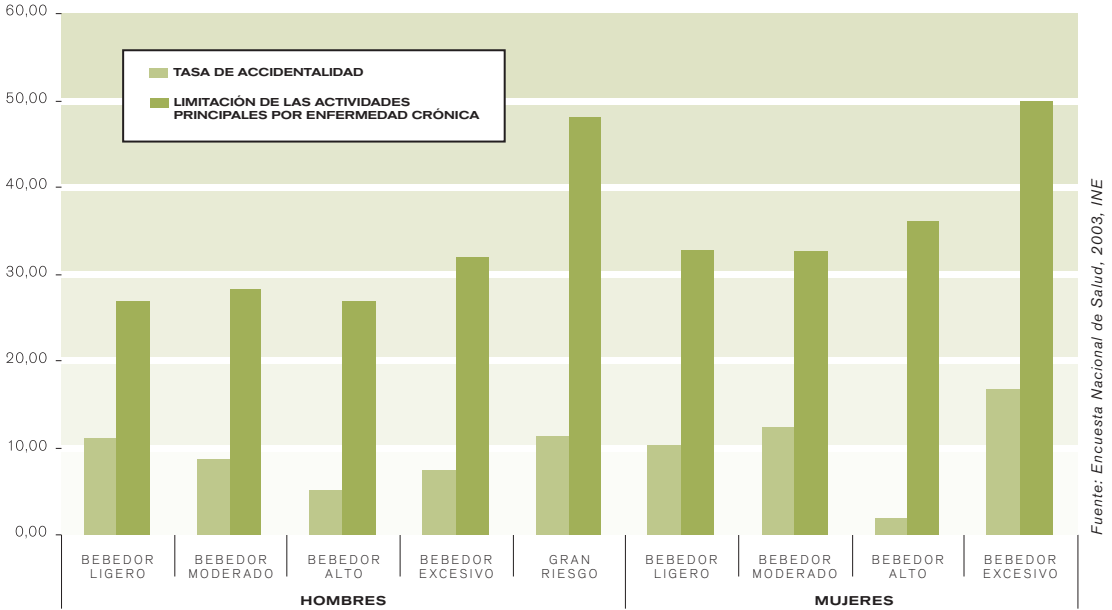
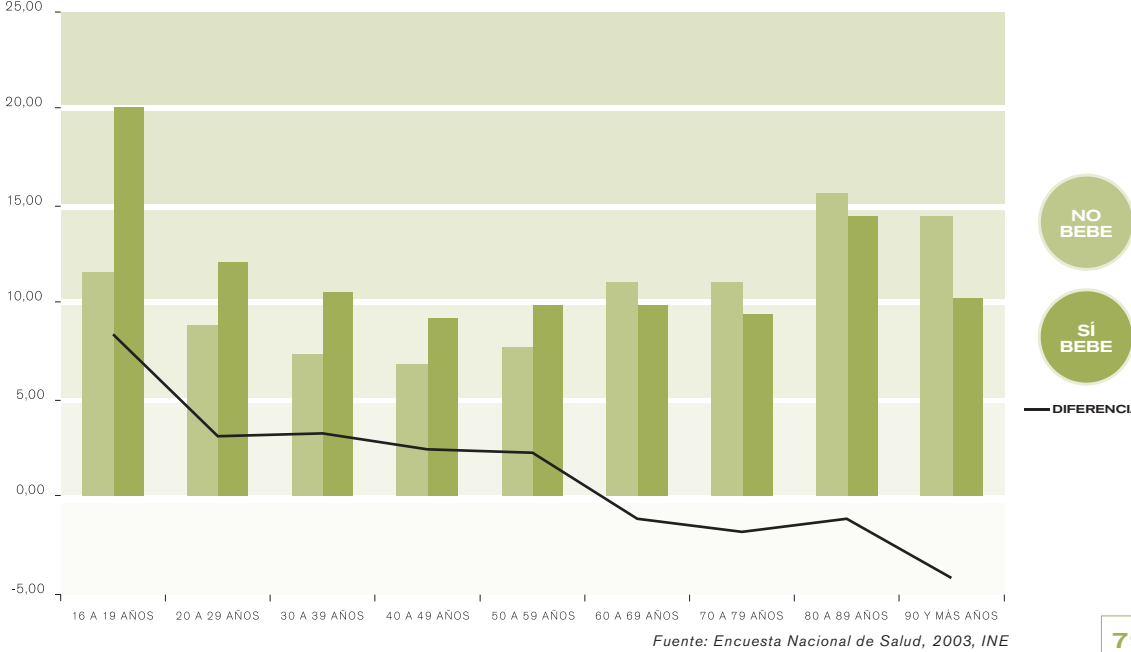


GRÁFICO 62

Porcentajes de población que ha tenido algún tipo de accidente en función de consumir o no bebidas alcohólicas, por grupos de edad



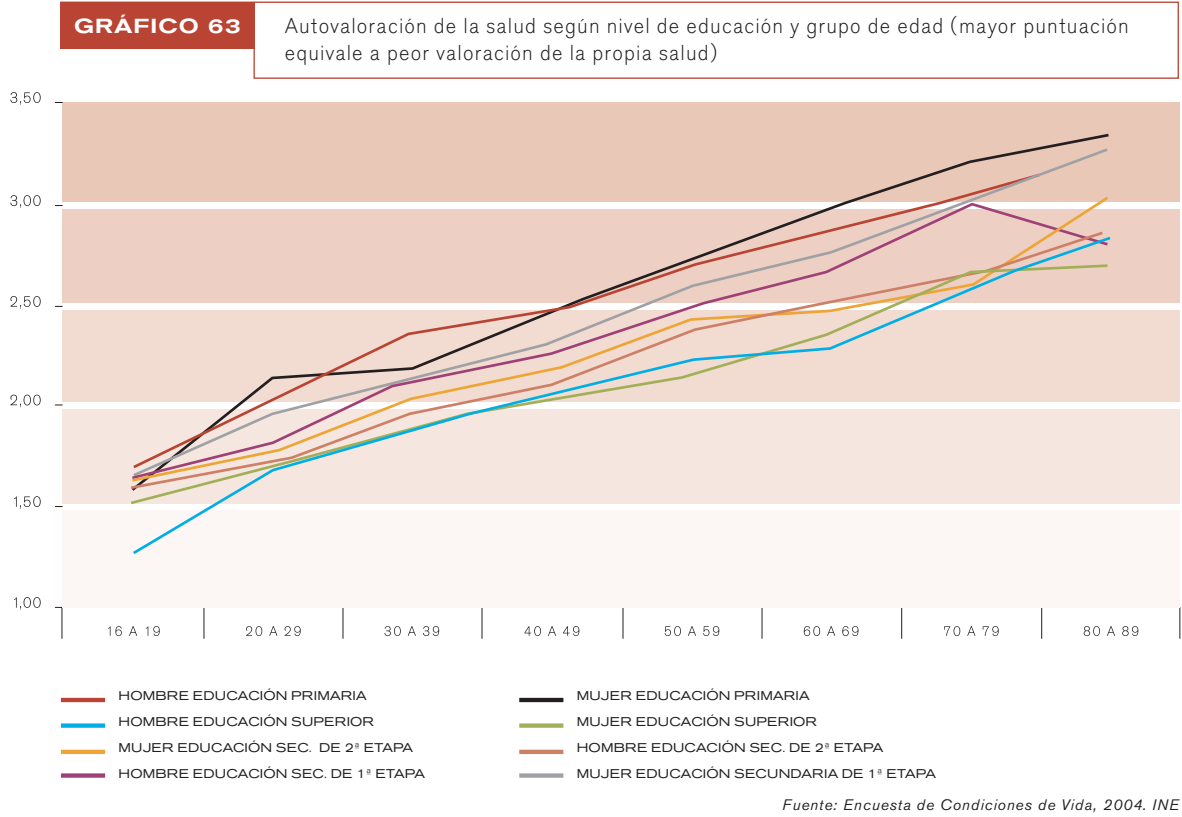
3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES

El ámbito de los determinantes sociales de la salud es quizá uno de los factores más cambiantes dentro del conjunto de factores que determinan la salud y la enfermedad. Su importancia es esencial para la definición de políticas sanitarias, especialmente en materia de medicina social y preventiva. En este apartado se examinan las relaciones existentes entre las variables socioeconómicas y el estado de salud percibido por los individuos. Estudios previos²⁰ permiten aseverar que el nivel de salud autopercebida tiene un alto grado de consonancia con la morbilidad declarada y también con el uso de recursos sanitarios del sistema sanitario (coeficiente de correlación de 0.9).

Por ello y a falta de un indicador objetivo y suficientemente validado del estado de salud de las personas, utilizaremos la propia autovaloración de la salud, información que se puede encontrar tanto en la Encuesta Nacional de Salud de 2003, como en la Encuesta de Condiciones de Vida de 2004.

3.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

No parecen existir muchas dudas respecto al hecho de que la educación es el instrumento más poderoso para el desarrollo económico y social de los pueblos; y es igualmente patente que este desarrollo socioeconómico, como sinónimo de prosperidad y progreso es asimismo una fuente de bienestar y de salud. En este nivel macro-social la conexión entre la educación y la salud es enorme, siempre inserta en la conexión entre el desarrollo social y la enfermedad. Pero esta relación se refleja también en los niveles micro en los que encontramos, ya dentro de pueblos y culturas con cierta homogeneidad en su nivel de desarrollo, fuertes diferencias de salud asociadas al nivel de educación de los individuos (Gráfico 63).

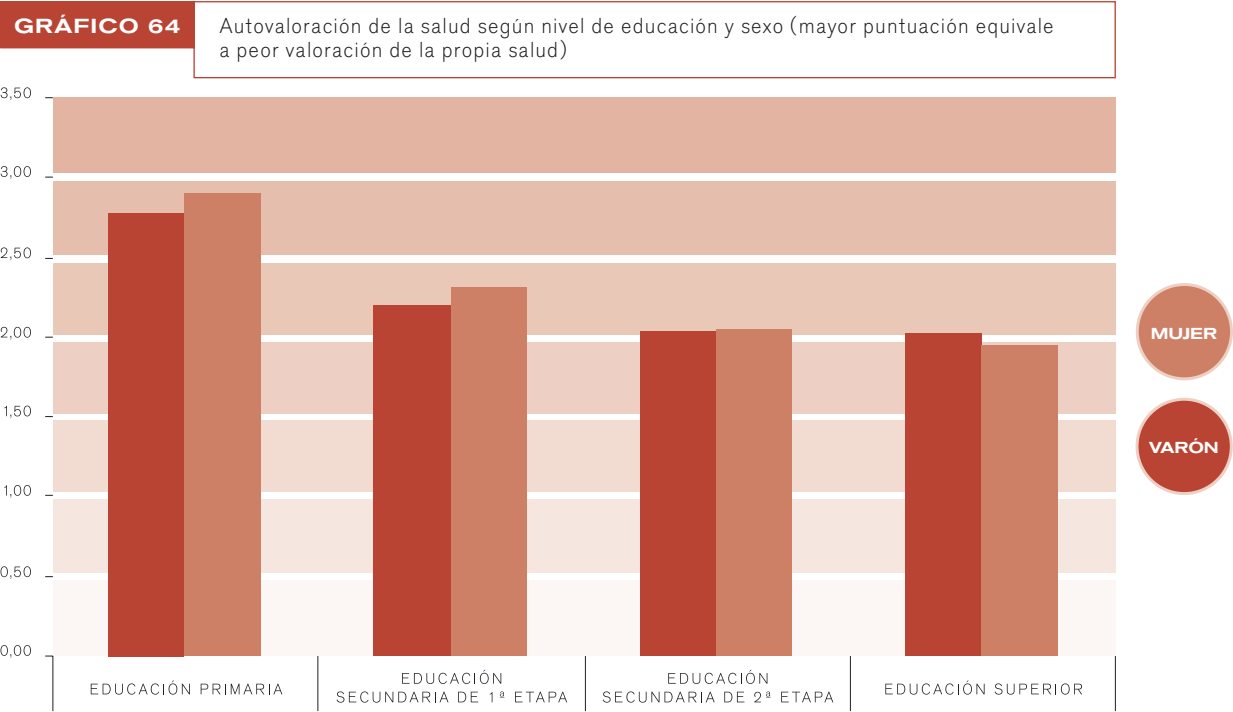


El nivel de educación de los padres es uno de los primeros determinantes de la salud de los hijos. Muchos estudios²¹ han demostrado que la educación de los progenitores guarda estrecha relación con el nivel educacional de sus hijos y que la educación de la madre suele ser más influyente para la salud de los hijos que la del padre, determinando su salud reproductiva y perinatal, y condicionando la salud de los hijos desde su propia gestación. Este hecho es enormemente visible en los países menos desarrollados donde las carencias educativas de las madres repercuten en las propias tasas de mortalidad infantil, pero la repercusión de la educación sobre la salud es también patente en los países desarrollados y en todas las edades.

Sin embargo, aunque esta vinculación entre el menor nivel de formación y la peor salud es reconocible en todos los segmentos de edad y también de educación, dicha relación es más fuerte en los escalones más bajos de esta última, siendo relativamente reducida la influencia en la salud de los niveles superiores de formación. Con ello se pone de relieve la importancia de la información y la formación básica como instrumentos de prevención y mejora de la salud de los individuos, así como la necesidad de concentrar los mayores esfuerzos en los niveles inferiores de educación (Gráfico 64).

²⁰Del Llano, Pérez Camarero e Hidalgo, Una visión panorámica de la salud de la mujer en España a principios del siglo XXI, Ed Forum Sanofi-Aventis 2006

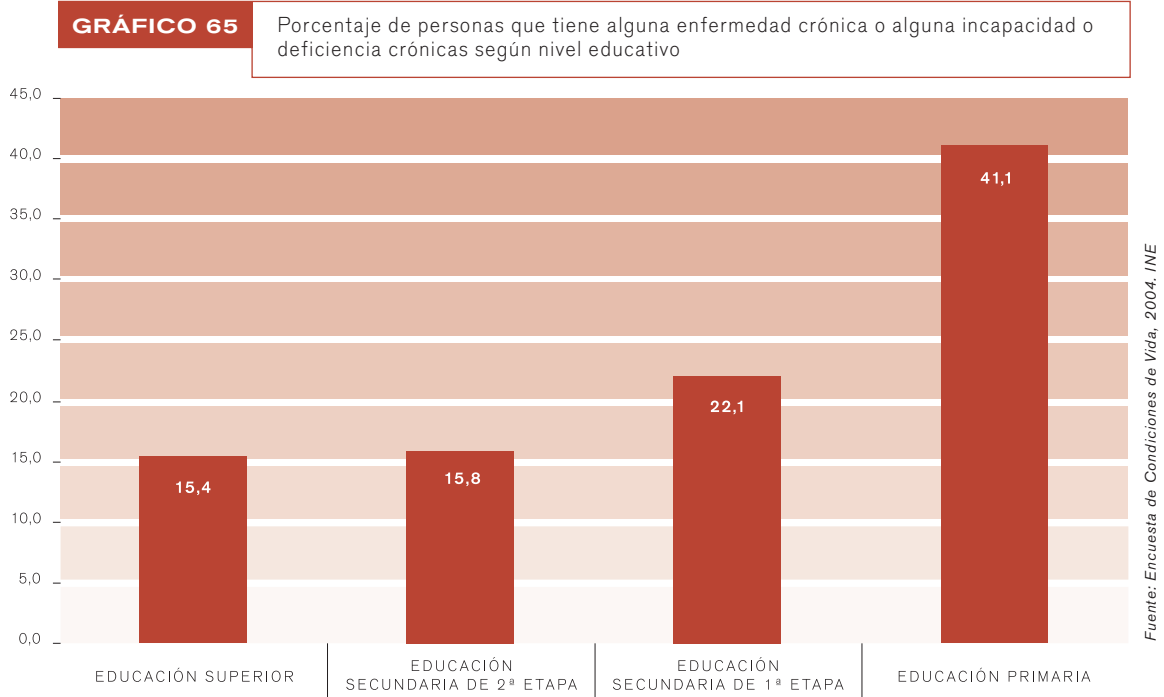
²¹El Estado de la Población Mundial 2000 NFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas



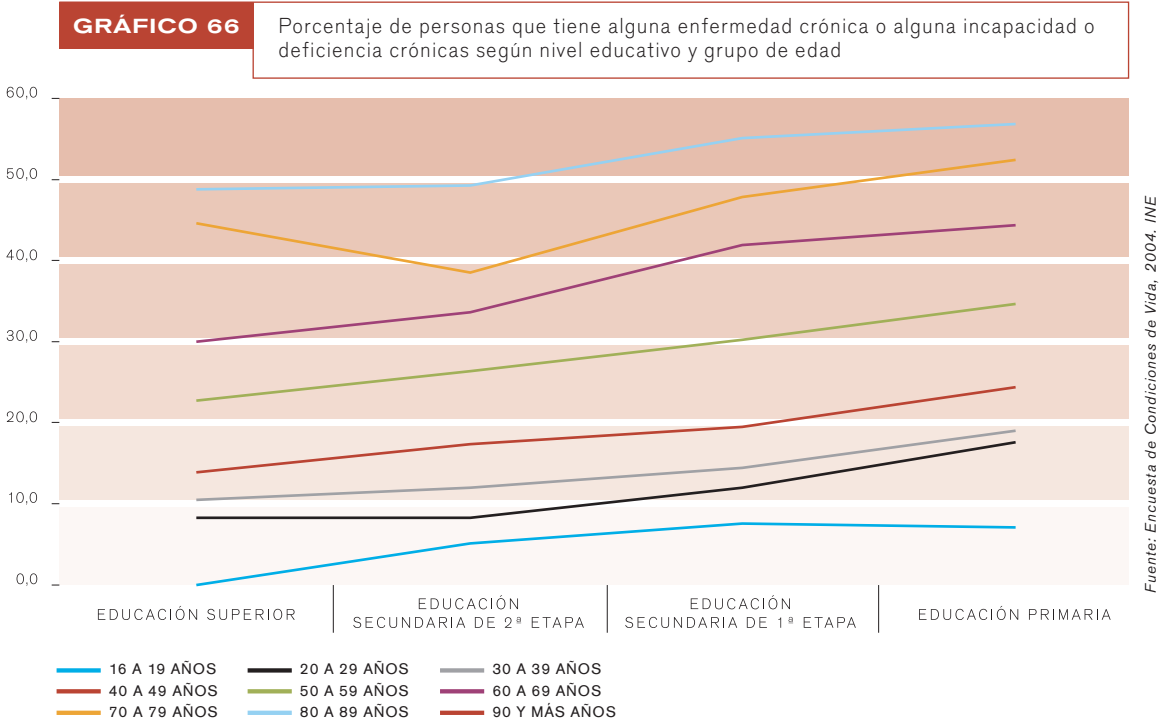
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

El impacto de la educación sobre la salud es, como se ha señalado, real y visible en todos los niveles de edad y educación, no limitándose a unos mejores hábitos de vida o a una mayor sensación subjetiva de bienestar. Las personas con mayor nivel de educación tienen menor morbilidad que se traduce en menos enfermedades, incapacidades y deficiencias crónicas. Así, el porcentaje de individuos que tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas es en las personas con un nivel de educación primaria (41,1 %) casi doble del que presentan las personas con educación secundaria (22,1 %) y cercano al triple de las que tienen educación superior (15,4 %) (Gráfico 65 y 66).

Este diferente estado de salud, subjetivo y objetivo, asociado al nivel educativo tiene su inmediato corolario en mayores limitaciones para el desarrollo de la actividad cotidiana. Según los datos de la ECV 2004 un 38,5 % de los españoles con educación primaria vieron limitada su actividad diaria en los últimos seis meses. Sin embargo, este porcentaje desciende a la tercera parte cuando elevamos el nivel educativo a la segunda etapa de la educación secundaria (13,80 %) o a la educación superior (12,65 %) (Gráfico 67).



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE



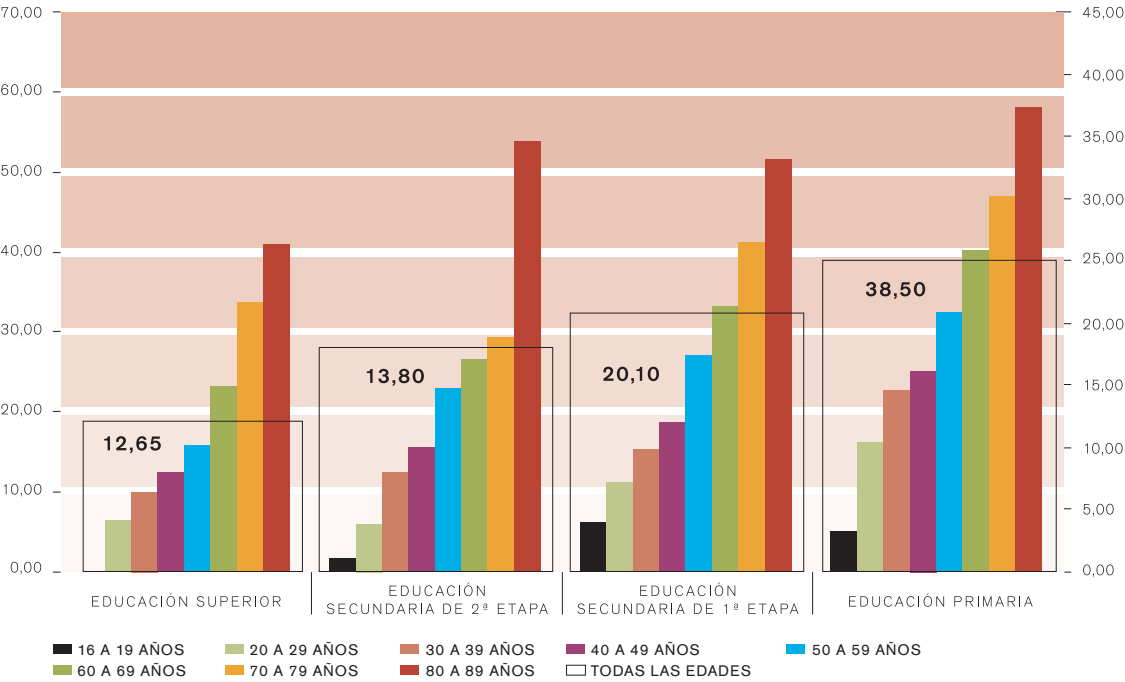
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

3.2. RENTA PERSONAL E INGRESOS DEL HOGAR

Durante el proceso de generalización del estado de bienestar en Europa, ampliándose la cobertura sanitaria a grupos sociales a los que anteriormente no alcanzaba la protección sanitaria, estaba muy extendida la creencia de que la cobertura universal sanitaria acabaría con la mayoría de las desigualdades de salud. Sin embargo, con posterioridad, se ha venido constatando la persistencia de serias desigualdades de salud asociadas a los niveles de renta en países en los que la cobertura sanitaria es prácticamente universal.

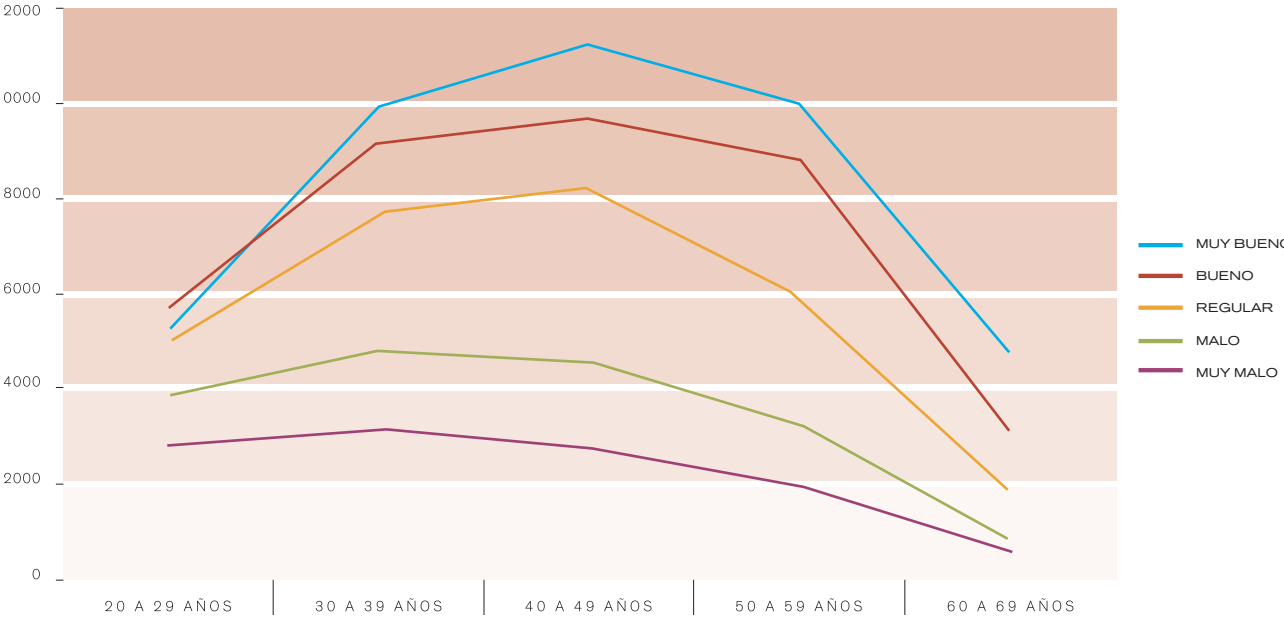
A pesar de estar bien demostrada la efectividad de una cobertura completa de servicios básicos sanitarios, minimizando barreras financieras y otras dificultades de acceso para fomentar un uso igualitario de los servicios de salud, en muchos países – España entre ellos - todavía existen desigualdades importantes perceptibles en materia de salud. Factores relacionados con la atención preventiva, la nutrición, la salud medioambiental y laboral, o un entorno con mejores condiciones de vida determinan diferencias importantes de salud en los individuos. No hay que olvidar que la atención sanitaria tiene una eficacia muy limitada si no se actúa también sobre otros factores más relacionados con la prevención de la enfermedad y generalmente ajenos al ámbito propio del sistema sanitario.

GRÁFICO 67 Porcentaje de personas que se ha encontrado limitada en el desarrollo de la actividad diaria durante los últimos 6 meses debidos a problemas de salud



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

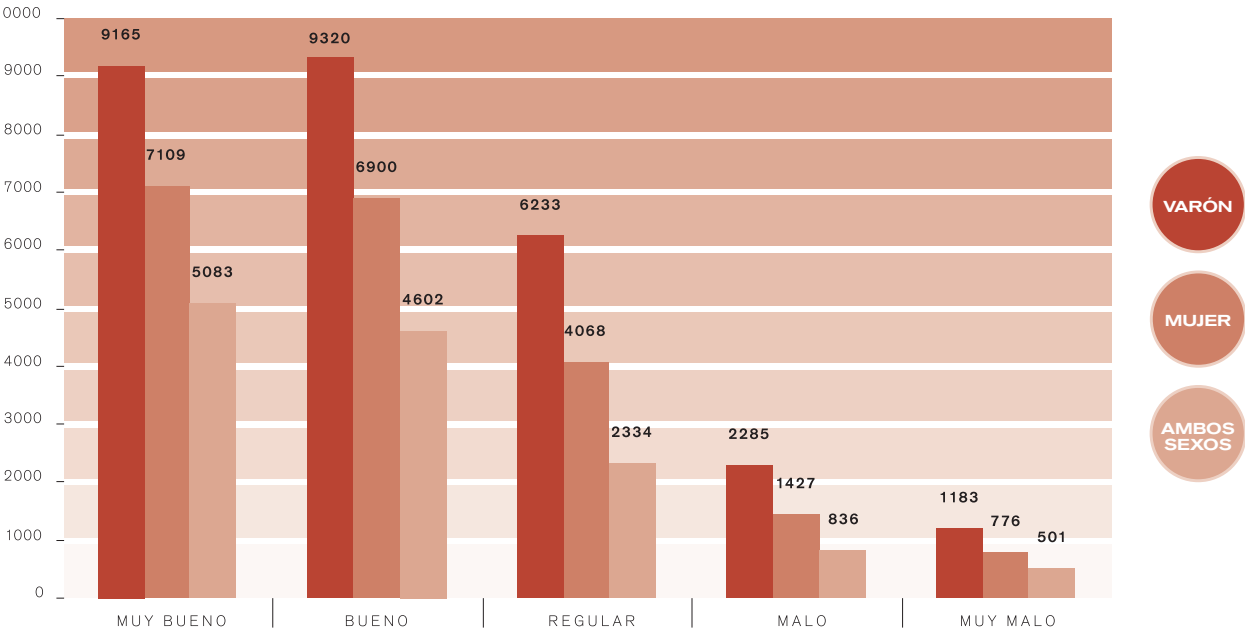
GRÁFICO 68 Renta media anual personal (2003) de los diferentes grupos de edad según su autovaloración de la salud



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

Con los datos analizados se pueden verificar diferencias muy significativas de estado de salud derivadas o asociadas a los niveles de renta. Puede afirmarse que la buena y la mala salud se encuentran en órbitas de renta diferentes. Entre quienes gozan de muy buena salud hay, por supuesto, rentas altas y bajas, al igual que sucede con el grupo de los que tienen peor salud, pero las rentas medias de unos y otros grupos son bien concluyentes: la renta media de los que afirman disfrutar de muy buena salud (7109²²) es diez veces superior a la de los que dicen padecer muy mala salud (776); de igual forma, la renta media de quienes se perciben con buena salud es casi cinco veces superior a la de los que se autovaloran con mala salud (Gráfico 68 y 69).

GRÁFICO 69 Renta media anual personal (2003) por trabajo en ambos sexos según su autovaloración de la salud



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

Hay que resaltar que estas correlaciones entre renta y salud se producen ya en los escalones más bajos de edad, por lo que se puede deducir que se encuentran vinculadas a la forma de vida del hogar (condiciones y estilos de vida) y no solo al crecimiento del bienestar individual de cada persona a lo largo de su vida. Efectivamente, también las rentas medias disponibles de los hogares se encuentran escalonadas en correlación con el estado de salud percibido por sus miembros. Las rentas medias de los hogares pertenecientes a personas cuyo estado de salud es malo o muy malo

LA CORRELACIÓN ENTRE SALUD Y RENTA ES MUY ELEVADA, TANTO EN EL CASO DE LA RENTA PERSONAL. COMO EN EL DE LA RENTA DEL HOGAR

se encuentran entre un 30 % y un 40 % por debajo de las de los hogares de las personas cuya salud es percibida como buena o muy buena. La correlación entre salud y renta es muy elevada, tanto en el caso de la renta personal (Cfc. Corr. Pearson, 0,22) como en el de la renta del hogar (0,20) (Gráfico 70; Tabla 14).

LAS ENFERMEDADES SE HACEN MÁS SOPORTABLES CUANDO EL NIVEL DE RENTA ES MÁS ELEVADO

Esta relación entre renta personal y del hogar y estado de salud percibido es bastante mas elevada entre quienes padecen alguna enfermedad, incapacidad o deficiencia crónica que entre los que no la tienen. Dicho de otra forma, la influencia de los niveles de renta en la autovaloración de la salud es más fuerte en las personas que tienen alguna dolencia declarada que en las que no la tienen. Ello puede confirmar la idea de que las enfermedades se hacen más soportables cuando el nivel de renta es más elevado.

GRÁFICO 70 Renta media anual del hogar (2003) en ambos sexos según su autovaloración de la salud



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

TABLA 14 Correlación entre el estado de salud percibido y la renta personal y del hogar (Coef.Pearson)

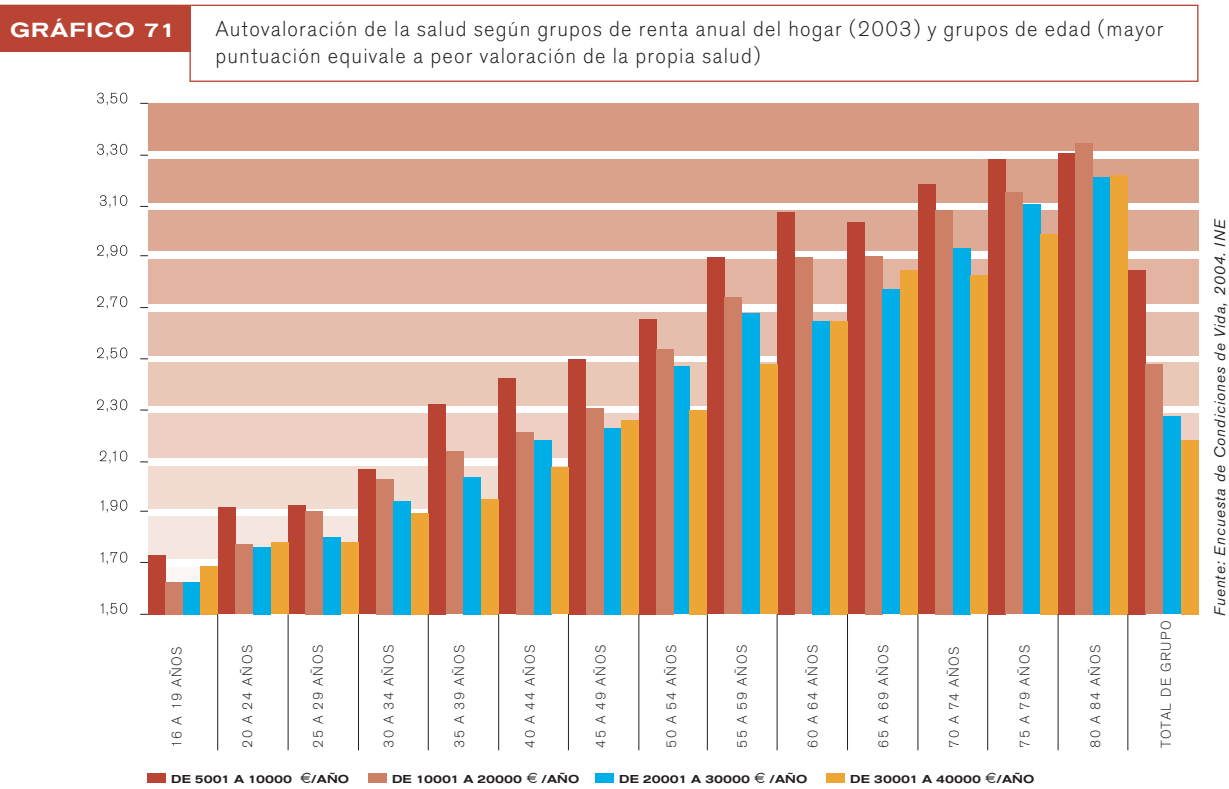
	RENTA PERSONAL	RENTA DEL HOGAR
CON ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O ALGUNA INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS	0,262	0,179
SIN ENFERMEDAD CRÓNICA O INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS	0,122	0,149
TODOS	0,228	0,201

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

²²Renta media anual en euros

EN LAS EDADES MÁS AVANZADAS, A PARTIR DE LOS 80 AÑOS APROXIMADAMENTE, LAS DIFERENCIAS DE SALUD ASOCIADAS A LA RENTA VUELVEN A REDUCIRSE

Aunque las diferencias de renta tienen, como ya se ha dicho, una influencia bien perceptible sobre la salud, no son tan importantes como para compensar las que marca la edad. Ser joven sigue siendo más saludable que tener una alta renta. Pero parece también claro que las diferencias de renta pueden compensar en alguna medida la pérdida de salud asociada con la mayor edad, tanto más cuanto más años se tiene. En los primeros años de la vida adulta, hasta los 30 aproximadamente, las diferencias de salud por renta son muy reducidas, pero a partir de dicha edad las distancias en salud emparentadas con los niveles de renta se van haciendo progresivamente más importantes. No obstante, en las edades más avanzadas, a partir de los 80 años aproximadamente, las diferencias de salud asociadas a la renta vuelven a reducirse (Gráfico 71).



Los datos ponen de manifiesto que en los primeros años de juventud, cuando la salud es, en general, bastante buena, los contrastes de renta aportan pocas diferencias en términos de salud; lo mismo sucede en los años más avanzados, probablemente por la razón contraria, la salud es ya precaria y la renta no soluciona demasiado. Sin embargo, en las edades medias de la vida, las diferencias de renta personal y del hogar marcan sensibles diferencias en la salud percibida; así, entre los niveles más altos de renta y los más bajos las divergencias de salud percibida pueden ser equivalentes a diez o quince años de edad. Dicho en otros términos: la salud percibida media de una persona de 60 años con elevada renta del hogar es muy similar a la que tiene otra de 50 años con baja renta del hogar (Gráfico 72). No puede tampoco extrañar que la esperanza de vida libre de enfermedad sea también diferente en unos u otros grupos de renta.

Otro tanto ocurre con las dolencias crónicas, mucho más frecuentes entre las rentas más bajas que entre las elevadas, y también con las consecuencias de la mala salud, medida ésta en lo que se refiere a la limitación de la actividad diaria. El porcentaje de dolencias crónicas en las rentas bajas (De 5001 a 10000 €/año) duplica al de las más altas (Más de 40000 €/año), mientras que las limitaciones de la actividad casi se triplican entre ambas franjas de renta (Tabla 15; Gráfico 73). Si bien, es cierto que en los grupos de rentas más bajas la edad media es bastante superior a los de las rentas altas, las diferencias no son achacables solo a la edad.

Efectivamente, al analizar la proporción de dolencias crónicas por segmentos de edad, encontramos también importantes diferencias según el nivel de renta del hogar, que se atenúan en los segmentos extremos de edad, al igual que sucedía con la autovaloración de la salud con respecto a la renta (Gráfico 74). El análisis de estos aspectos de la salud sobre ambos sexos no ofrece grandes diferencias asociadas al género, percibiéndose en ambos casos una influencia notable de la renta del hogar sobre la salud (Gráfico 75). Lógicamente, la capacidad determinante de la renta sobre la salud es mayor en las edades medias, en las que hay más diferencias de renta y de salud. Allí donde hay sensibles diferencias de renta hay también importantes diferencias de salud. La desigual distribución de la renta facilita o promueve la distribución desigual de la enfermedad y de la salud.

LA DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DE LA RENTA FACILITA O PROMUEVE LA DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DE LA ENFERMEDAD Y DE LA SALUD

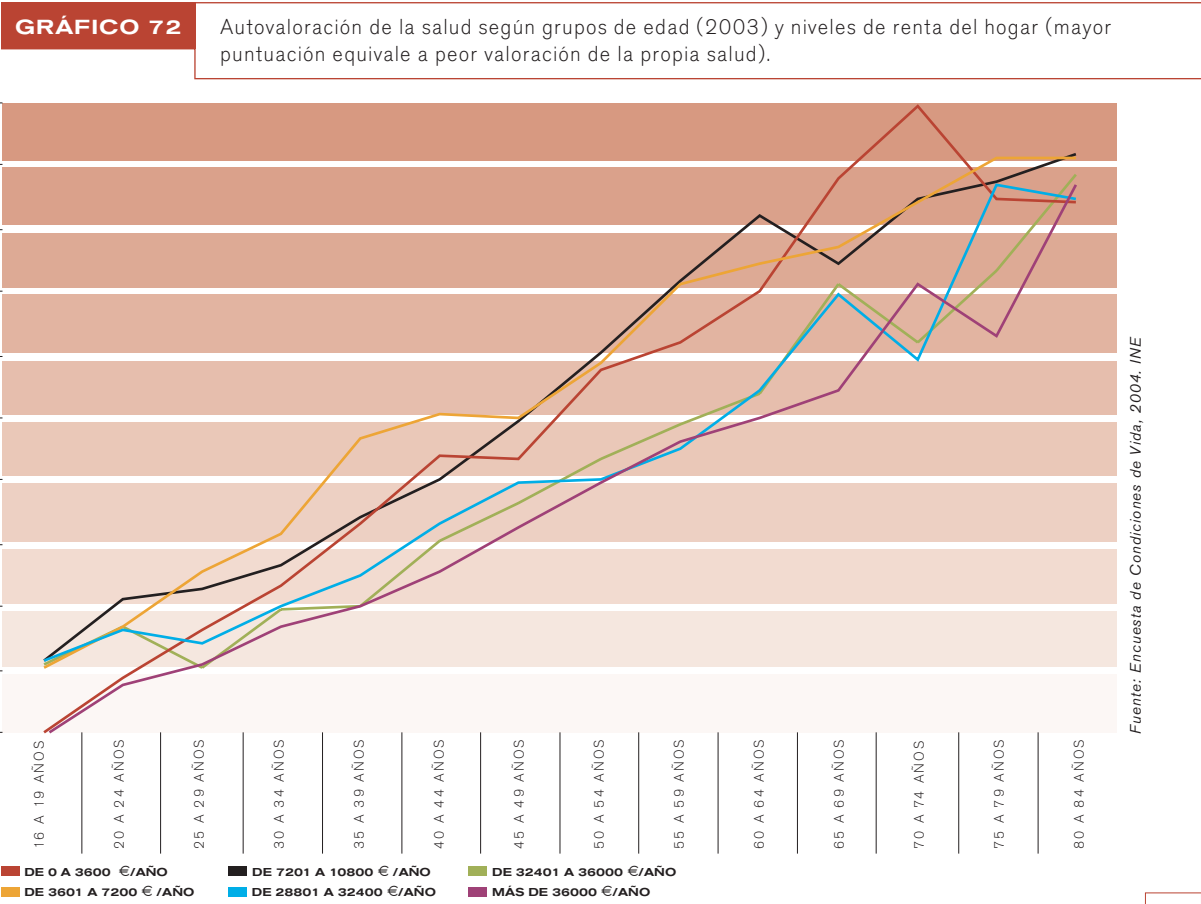
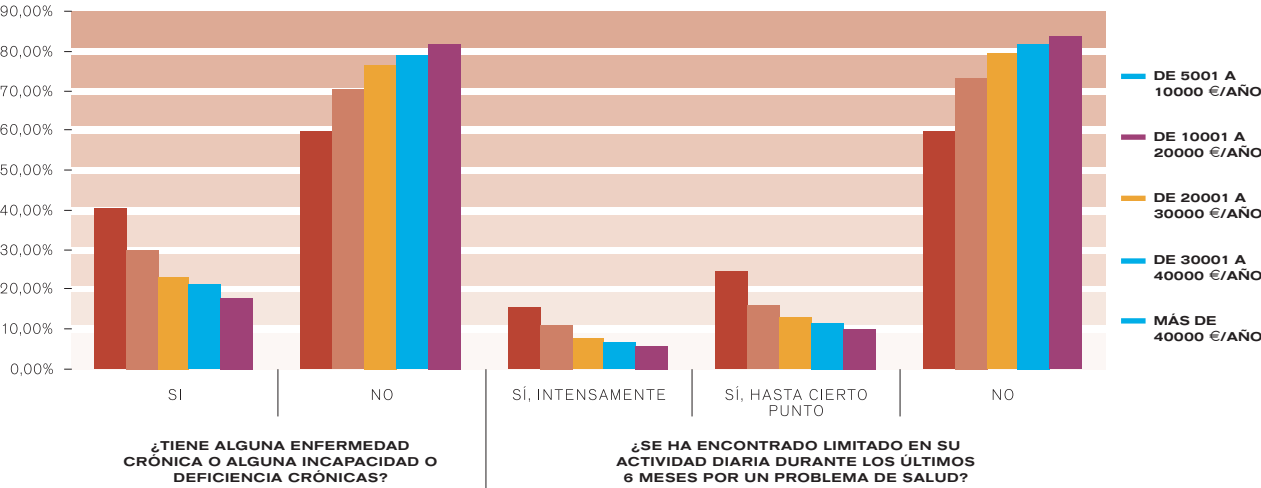


TABLA 15 Dolencias crónicas y limitación de la actividad según renta anual del hogar

NIVEL DE RENTA ANUAL DEL HOGAR	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O ALGUNA INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS?		¿SE HA ENCONTRADO LIMITADO EN SU ACTIVIDAD DIARIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES POR UN PROBLEMA DE SALUD?		
	SI	NO	SI, INTENSA-MENTE	SÍ, HASTA CIERTO PUNTO	NO
DE 5001 A 10000 EUROS/AÑO	40,5 %	59,5 %	15,6 %	24,5 %	59,9 %
DE 10001 A 20000 EUROS/AÑO	29,7 %	70,3 %	10,9 %	15,8 %	73,3 %
DE 20001 A 30000 EUROS/AÑO	23,3 %	76,7 %	7,8 %	12,9 %	79,3 %
DE 30001 A 40000 EUROS/AÑO	21,1 %	78,9 %	6,6 %	11,6 %	81,8 %
MÁS DE 40000 EUROS/AÑO	18,0 %	82,0 %	5,9 %	10,3 %	83,8 %

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

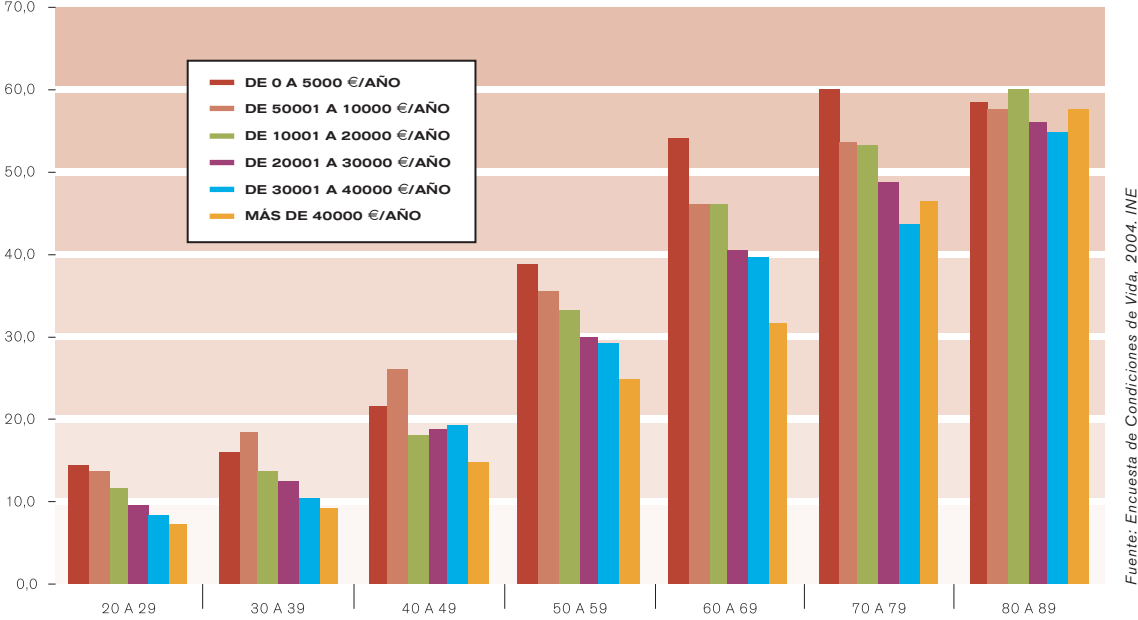
GRÁFICO 73 Dolencias crónicas y limitación de la actividad según renta anual del hogar



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

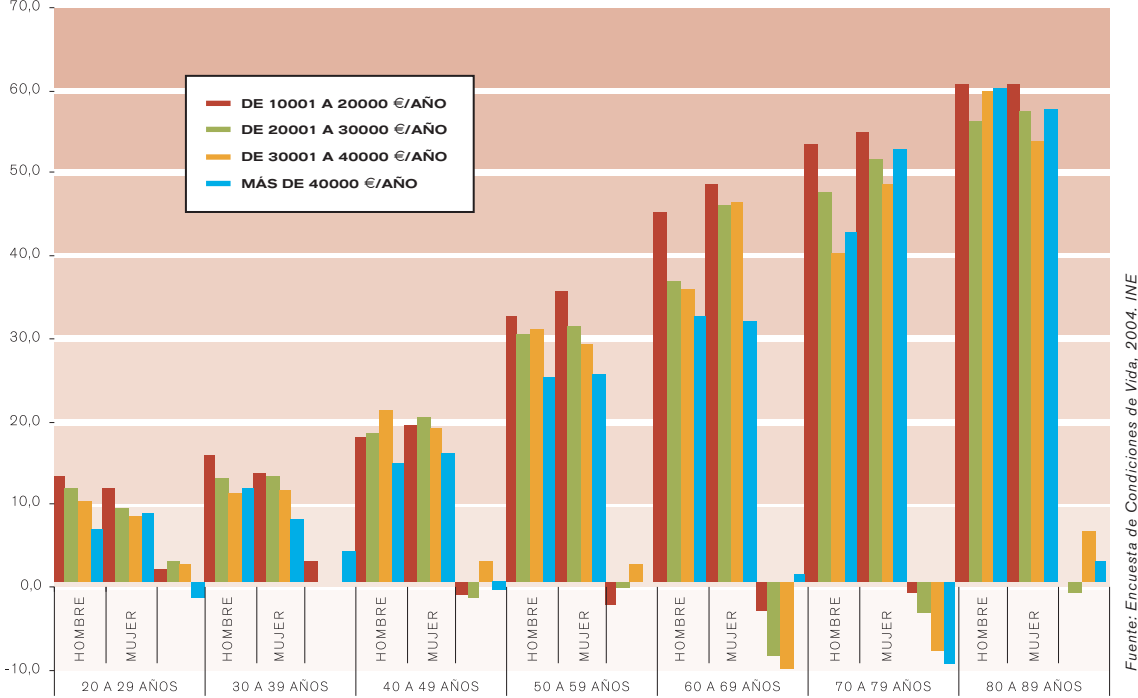
La relación entre la salud y la renta se observa también a nivel regional. La correlación entre salud percibida y renta bruta disponible de los hogares, RDB (per cápita), es muy elevada (Cf.Pearson, -0,61) poniendo de manifiesto que el incremento de la renta disponible en los hogares tiene un claro efecto sobre la salud. Igualmente es muy alta la correlación entre la renta disponible y el porcentaje de personas con dolencias y el de aquellas que han sufrido limitación de su actividad en los últimos seis meses; -0,36 y -0,46, respectivamente. Tan solo Extremadura parece apartarse algo de esta fuerte conexión entre renta disponible y salud, ya que con la RDB más reducida presenta indicadores de salud por encima de la media nacional (Tabla 16).

GRÁFICO 74 Porcentaje de individuos con dolencias crónicas por grupos de edad y niveles de renta anual del hogar



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

GRÁFICO 75 Porcentaje de individuos con dolencias crónicas por grupos de edad, sexo y niveles de renta anual del hogar



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

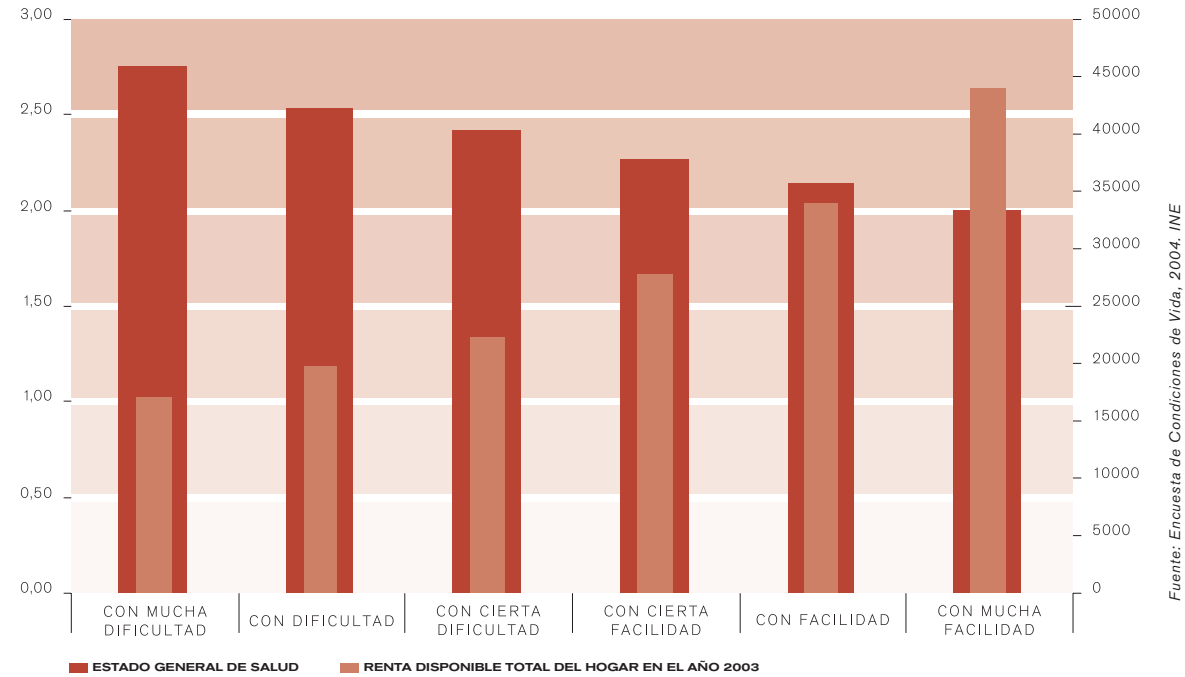
TABLA 16 Autovaloración media de la salud, porcentaje de personas con dolencias crónicas y con limitaciones por morbilidad y renta bruta disponible de los hogares RDB (per cápita) por Comunidad Autónoma.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	AUTOVALORACIÓN MEDIA DE LA SALUD	PERSONAS CON DOLENCIAS CRÓNICAS %	PERSONAS CON LIMITACIONES ÚLTIMOS 6 MESES %	(RDB) RENTA PER CÁPITA 2003 EUROS
ISLAS BALEARES	2,25	22,80	20,32	12503
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	2,26	23,99	21,98	12899
PAÍS VASCO	2,26	24,92	23,54	12618
COMUNIDAD DE MADRID	2,34	25,63	23,00	12783
CASTILLA Y LEÓN	2,35	24,25	24,51	9955
ARAGÓN	2,35	26,49	23,10	11082
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	2,36	28,01	23,29	9435
COMUNIDAD VALENCIANA	2,37	28,32	26,46	10086
REGIÓN DE MURCIA	2,38	27,95	23,32	8737
EXTREMADURA	2,39	22,93	22,18	7543
LA RIOJA	2,39	22,40	22,08	11944
CATALUÑA	2,40	30,26	25,05	11927
ANDALUCÍA	2,41	27,97	27,51	8097
CASTILLA-LA MANCHA	2,43	27,70	25,15	8681
CANTABRIA	2,44	27,14	20,75	10232
CANARIAS	2,50	24,74	29,52	9587
PRINCIPADO DE ASTURIAS	2,50	32,39	27,30	9616
GALICIA	2,64	32,31	28,96	8790
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PEARSON CON RENTA PER CÁPITA	-0,61	-0,36	-0,46	1,00
ESPAÑA	2,40	27,22	29,52	11918

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE y Contabilidad Regional de España. 2003

El nivel económico de los hogares se traduce en la mayor o menor dificultad para llegar a fin de mes con la renta disponible. La comodidad, o la falta de ella, para alcanzar el final de mes es, desde luego, una apreciación personal, pero se encuentra generalmente fundada en niveles de renta objetivos. Por ello, las rentas medias de los hogares se encuentran en consonancia con dicha consideración. El impacto de la falta de recursos sobre la salud parece difícil de cuestionar (Gráfico 76; Tabla 17).

GRÁFICO 76 Autovaloración de la salud según facilidad del hogar para llegar a fin de mes y renta media de sus hogares (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

TABLA 17 Hogares (%) con dificultades para llegar a fin de mes y autovaloración media de la salud (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)

	PORCENTAJE DE HOGARES	AUTOVALORACIÓN DE LA SALUD
CON MUCHA DIFICULTAD	11,3	2,75
CON DIFICULTAD	16,8	2,54
CON CIERTA DIFICULTAD	32,0	2,42
CON CIERTA FACILIDAD	27,6	2,27
CON FACILIDAD	11,4	2,14
CON MUCHA FACILIDAD	0,8	2,00

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

3.3. ACTIVIDAD LABORAL Y PROFESIONAL (SITUACIÓN LABORAL, OCUPACIÓN, SECTOR)

El entorno físico-ambiental y las pautas sociales y rasgos culturales, en relación al trabajo, a la familia o al ocio, fijan las condiciones y la forma de vida de los individuos, modelando también sus hábitos físicos y alimenticios, sus conductas laborales y su comportamiento social. Las personas en edad activa pasan una parte importante de sus vidas en el entorno de trabajo. La actividad laboral puede ser una valiosa fuente de bienestar psicológico y social para los seres humanos en cuanto estructura y provee de significado las vidas de los adultos. Pero, las condiciones físicas o psicológicas inadecuadas del entorno laboral pueden también provocar inadaptaciones y ser fuente de serias dolencias o enfermedades para las personas. La medicina y la salud laborales se ocupan de proveer las mejores condiciones de trabajo para la salud de los trabajadores.

Los ritmos del crecimiento económico trasladados a la vida laboral de las personas comportan riesgos y amenazas para la salud. Los cambios tecnológicos y las transformaciones en el mercado de trabajo son una referencia para afrontar condiciones de trabajo más saludables que reduzcan la accidentalidad y las enfermedades laborales. Pero frente a los riesgos derivados del progreso y la actividad laboral se sitúan los devenidos de la inactividad, la exclusión o la marginalidad. El estatus laboral y profesional de los individuos, muy vinculado con la educación y el nivel de renta personal y del hogar, desempeña un papel crucial en la modelación de los estilos de vida, que constituyen un determinante básico de la salud.

Un examen del estado de salud percibido, las dolencias crónicas y la limitación de actividad entre las diferentes situaciones profesionales básicas nos presenta un primer panorama sobre la salud de los españoles en relación a su actividad laboral. Los empresarios disfrutan de mejor salud que el resto de las situaciones profesionales, siguiéndoles en salud los propios asalariados. Las personas encuadradas como ayudas familiares, los empresarios sin trabajadores y los trabajadores independientes muestran peores cifras en la percepción de su propia salud.

EL ESTATUS LABORAL Y PROFESIONAL DE LOS INDIVIDUOS, DESEMPEÑA UN PAPEL CRUCIAL EN LA MODELACIÓN DE LA SALUD

TABLA 18

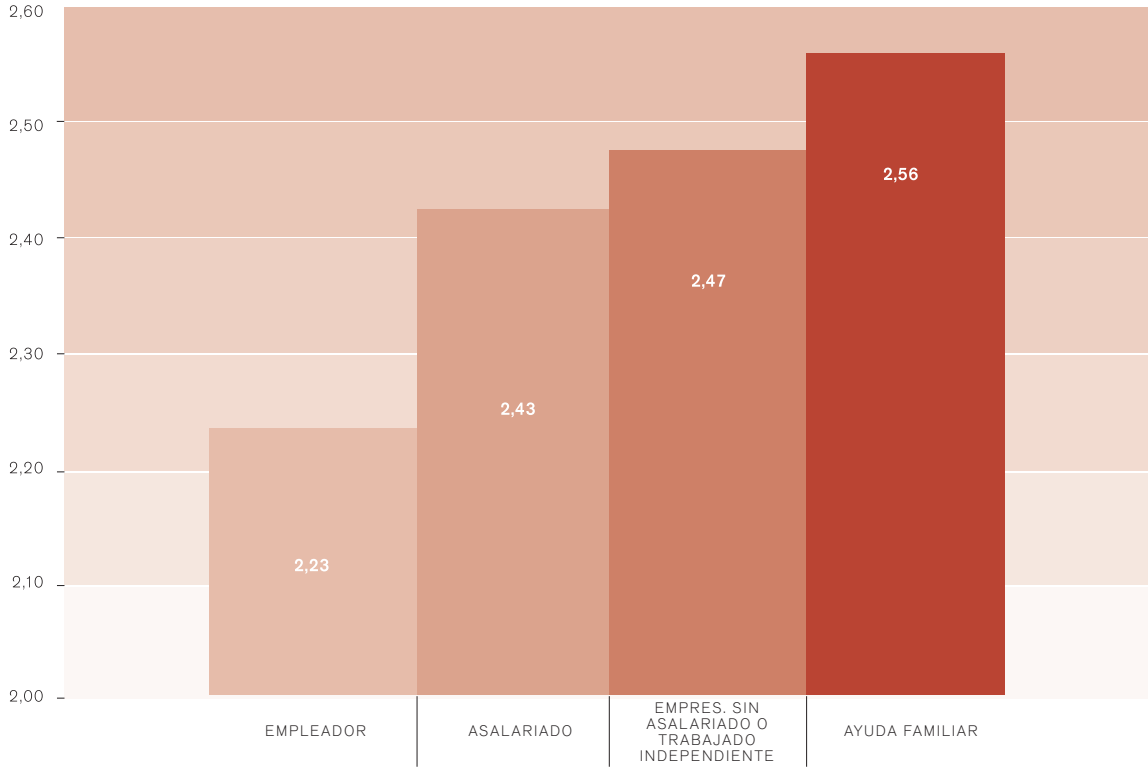
Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación profesional

SITUACIÓN PROFESIONAL	ESTADO GENERAL DE SALUD	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O ALGUNA INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS?		¿SE HA ENCONTRADO LIMITADO EN EL DESARROLLO DE SU ACTIVIDAD DIARIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES DEBIDO A UN PROBLEMA DE SALUD?		
		SI	NO	SI, INTENSAMENTE	SI, HASTA CIERTO PUNTO	NO
EMPLEADOR	2,27	24,13	75,87	7,66	12,69	79,65
ASALARIADO	2,35	25,99	74,01	9,06	14,14	76,80
EMPR. SIN ASALARIADOS O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2,64	33,23	66,77	12,76	19,70	67,54
AYUDA FAMILIAR	2,89	43,67	56,33	17,50	26,00	56,50

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

GRÁFICO 77

Autovaloración de la salud según facilidad del hogar para llegar a fin de mes y renta media de sus hogares (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

Consecuentemente, también empresarios y asalariados muestran mayores porcentajes de autovaloraciones positivas de salud (Muy buena o buena) (Tabla 18, Gráfico 77).

Las dos terceras partes de los empresarios afirman tener buena o muy buena salud, mientras que este porcentaje es tan solo del 50 % en el caso de los autónomos y de los trabajadores independientes. Por otra parte, los asalariados dedicados a la ayuda familiar con regular o mala salud son mayoría, lo que no debe sorprender demasiado habida cuenta de que la edad media de este grupo de personas laboralmente activas roza los sesenta años y de que, en muchos casos, el negocio o empresa familiar es un buen espacio de inserción laboral para quienes tiene algún problema de salud, personas que, además, pueden encontrar dificultades para ser contratadas en el mercado laboral. Empleadores y asalariados, copartícipes en similares espacios laborales, presentan datos de salud bastante parejos, con una ligera diferencia de salud a favor de

los primeros. Estas diferencias se reflejan igualmente en los respectivos porcentajes que padecen dolencias crónicas o que, con mayor o menor intensidad ven limitada su actividad diaria, ligeramente favorables a los empresarios (Tabla 19 y 20).

TABLA 19 Porcentajes de individuos de las diversas situaciones profesional según su valoración de la propia salud

	MUY BUENO O BUENO	REGULAR, MALO, O MUY MALO
EMPLEADOR	66,9 %	33,1 %
ASALARIADO	64,6 %	35,4 %
EMPRESARIO SIN ASALARIADOS O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	50,3 %	49,7 %
AYUDA FAMILIAR	37,5 %	62,5 %

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

TABLA 20 Autovaloración de la salud, y renta media de los hogares, según situación profesional (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)

SITUACIÓN PROFESIONAL	RENTA DISPONIBLE TOTAL DEL HOGAR EN EL AÑO 2003	AUTOVALORACIÓN DE LA PROPIA SALUD
EMPLEADOR	24178	2,27
ASALARIADO	24786	2,35
EMPRESARIO SIN ASALARIADOS O TRABAJADOR INDEPENDIENTE	17723	2,64
AYUDA FAMILIAR	15693	2,89
TODAS LAS SITUACIONES	23744	2,39

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

Al margen de los estudiantes, cuya juventud justifica sobradamente sus buenas cifras de salud, son los trabajadores a tiempo completo y parcial los que refieren mejor salud, mientras que los desempleados, con una edad media más baja que aquellos, muestran peores indicadores de salud. Uno de cada cinco parados padece una dolencia crónica y ha sufrido algún tipo de limitación en los últimos seis meses. El grupo

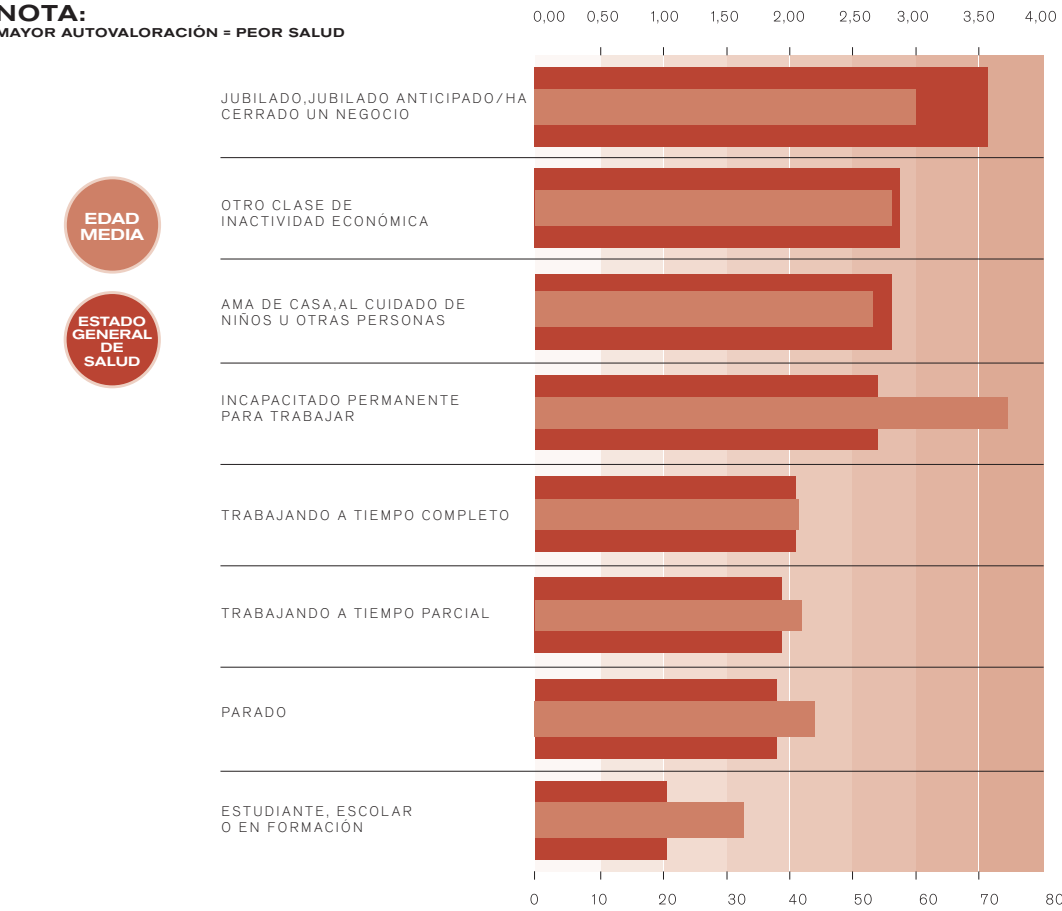
EMPLEADORES Y ASALA-
RIADOS, COPARTÍCIPES
EN SIMILARES ESPACIOS
LABORALES, PRESENTAN
DATOS DE SALUD
BASTANTE PAREJOS, CON
UNA LIGERA DIFERENCIA
DE SALUD A FAVOR DE
LOS PRIMEROS

de amas de casa o individuos al cuidado de niños u otras personas manifiesta una salud inferior a la media de la población, debido en gran parte al efecto de la elevada edad media a la que contribuye el importante colectivo de cuidadores/as, en su mayoría mujeres mayores. Los dos grupos con peor salud son, por un lado, los incapacitados permanentemente para trabajar, por su propia condición, y, por otra parte, los jubilados, por su elevada edad media que supera los setenta años (Gráfico 78 y 79; Tabla 21).

Es sabido que la actividad es fuente de salud y también, consecuentemente, que la falta de dicha actividad puede ser al mismo tiempo un reflejo y una causa de peor salud. No es, pues, de extrañar que las personas con trabajo muestren mejores in-
dicadores de salud que las que no lo tienen. Los trabajadores con empleo muestran

UNO DE CADA CINCO
PARADOS PADECE UNA
DOLENCIA CRÓNICA Y
HA SUFRIDO ALGÚN TIPO
DE LIMITACIÓN EN LOS
ÚLTIMOS SEIS MESES

GRÁFICO 78 Autovaloración media de la salud y edad media, según la situación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



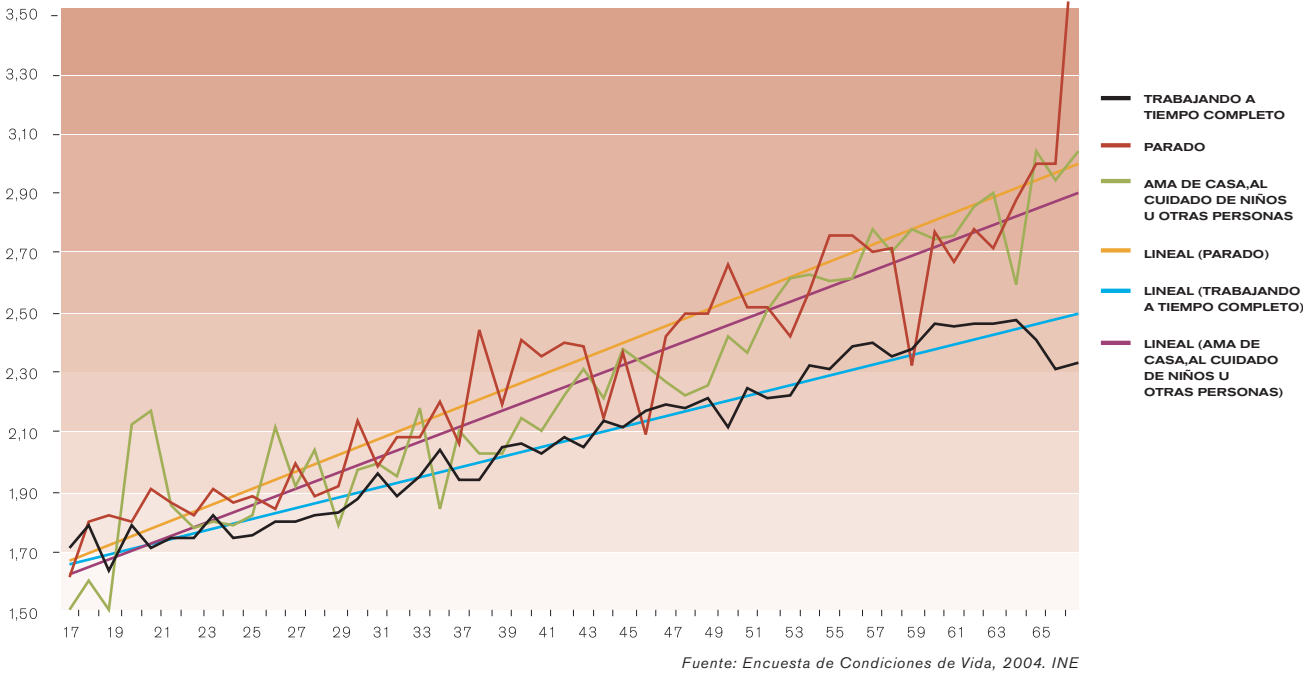
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

TABLA 21 Edad media e indicadores de salud según situación laboral

SITUACIÓN LABORAL DEFINIDA POR EL INTERESADO	EDAD MEDIA	ESTADO GENERAL DE SALUD	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS?		¿SE HA ENCONTRADO LIMITADO EN SU ACTIVIDAD DIARIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES POR UN PROBLEMA DE SALUD?	
			SI %	NO %	SI %	NO %
ESTUDIANTE, ESCOLAR O EN FORMACIÓN	20,90	1,64	6,99	93,01	4,31	95,69
TRABAJANDO A TIEMPO COMPLETO	41,08	2,07	14,40	85,60	12,72	87,28
TRABAJANDO A TIEMPO PARCIAL	38,99	2,10	16,75	83,25	16,46	83,54
PARADO	37,97	2,22	20,33	79,67	19,00	81,00
AMA DE CASA, CUIDADO DE NIÑOS U OTRAS PERSONAS	56,57	2,67	33,47	66,53	33,13	66,87
OTRA CLASE DE INACTIVIDAD ECONÓMICA	57,50	2,83	42,43	57,57	43,96	56,04
JUBILADO, JUBILADO ANTICIPADO/HA CERRADO UN NEGOCIO	71,53	3,02	50,62	49,38	44,63	55,37
INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR	54,29	3,73	93,51	6,49	83,60	16,40
TOTAL	48,43	2,40	27,22	72,78	25,03	74,97

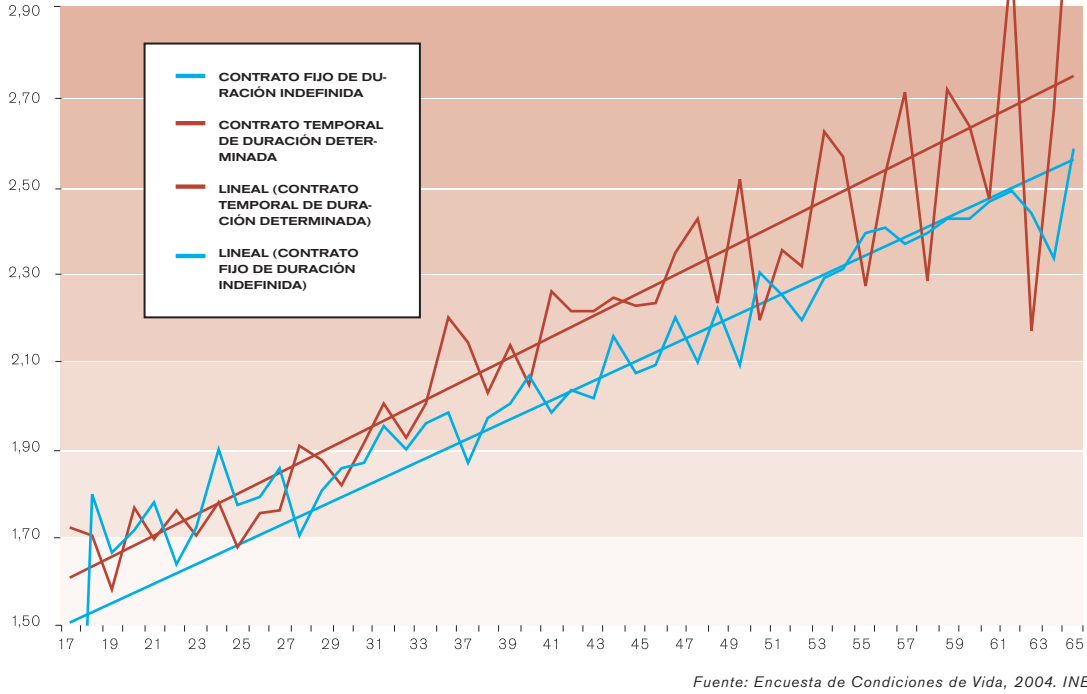
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

GRÁFICO 79 Autovaloración media de la salud según edad y situación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



mejor salud que los que se encuentran desempleados y también que quienes desempeñan labores del hogar o de cuidado de personas. Tampoco debe sorprender que quienes tienen un régimen de contratación estable muestren mejores indicadores de salud por edad que las personas que tiene un empleo temporal. También es fácil comprender que quienes tienen alguna fuente de morbilidad encuentran más dificultades para mantener sus empleos de forma estable (Gráfico 80 y 81).

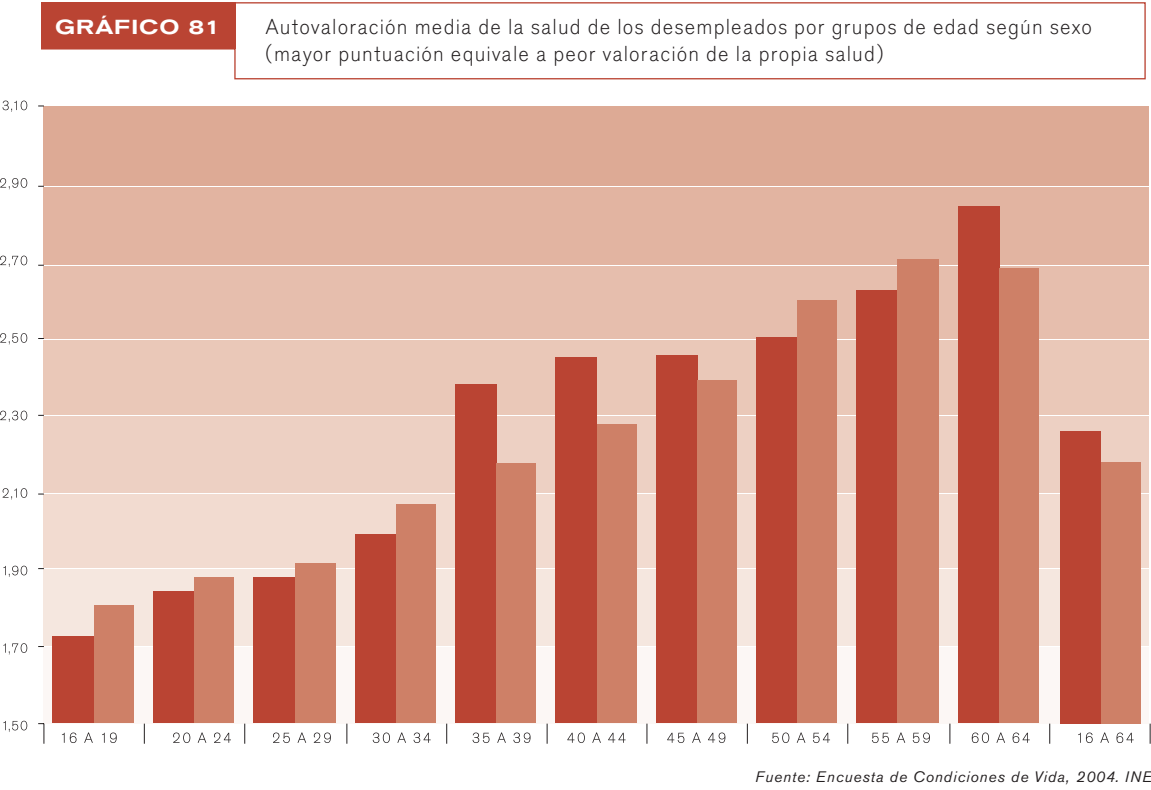
GRÁFICO 80 Autovaloración media de la salud de los que trabajan por edad según tipo de contratación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



LOS EFECTOS DEL DESEMPLEO SOBRE LA SALUD SON CLARAMENTE MÁS NEGATIVOS EN LOS VARONES QUE EN LAS MUJERES

Que la actividad laboral actúa como conservador de la salud parece pues constatado por los datos. Pero la inactividad no produce el mismo efecto nocivo sobre ambos sexos. Los efectos del desempleo sobre la salud son claramente más negativos en los varones que en las mujeres. De hecho el grupo de desempleados representa la única situación laboral en la que la salud de los hombres es netamente inferior a la de las mujeres. Esta diferencia se acentúa notablemente en las edades centrales de la actividad laboral (35-45 años) y con las primeras fases de la evolución del ciclo familiar, tiempo en el que las mujeres están más centradas en la educación y el cuidado de los hijos y los varones más volcados en el trabajo y el progreso económico²³ (Gráfico 82).

²³La especialización funcional de género en las economías familiares es todavía muy dominante en la mayoría de los hogares españoles



La alianza del nivel de educación con la renta se fragua o traduce en la ocupación o el empleo desempeñado por cada individuo. Las ocupaciones que requieren mayor cualificación se encuentran asociadas con salarios más elevados y con rentas familiares más altas. Todo ello tiene un reflejo en la salud de las personas. Profesionales en organización de empresas; profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario, en ciencias sociales y humanas y en la enseñanza, junto a comerciales y profesionales de apoyo en operaciones financieras, presentan los mejores indicadores de autovaloración de salud. En el otro extremo, con peor salud percibida, se encuentran los trabajadores cualificados en actividades ganaderas, los conserje de edificios, limpiacristales y vigilantes, los empleados domésticos y el personal de limpieza de interior de los edificios (Gráfico 83).

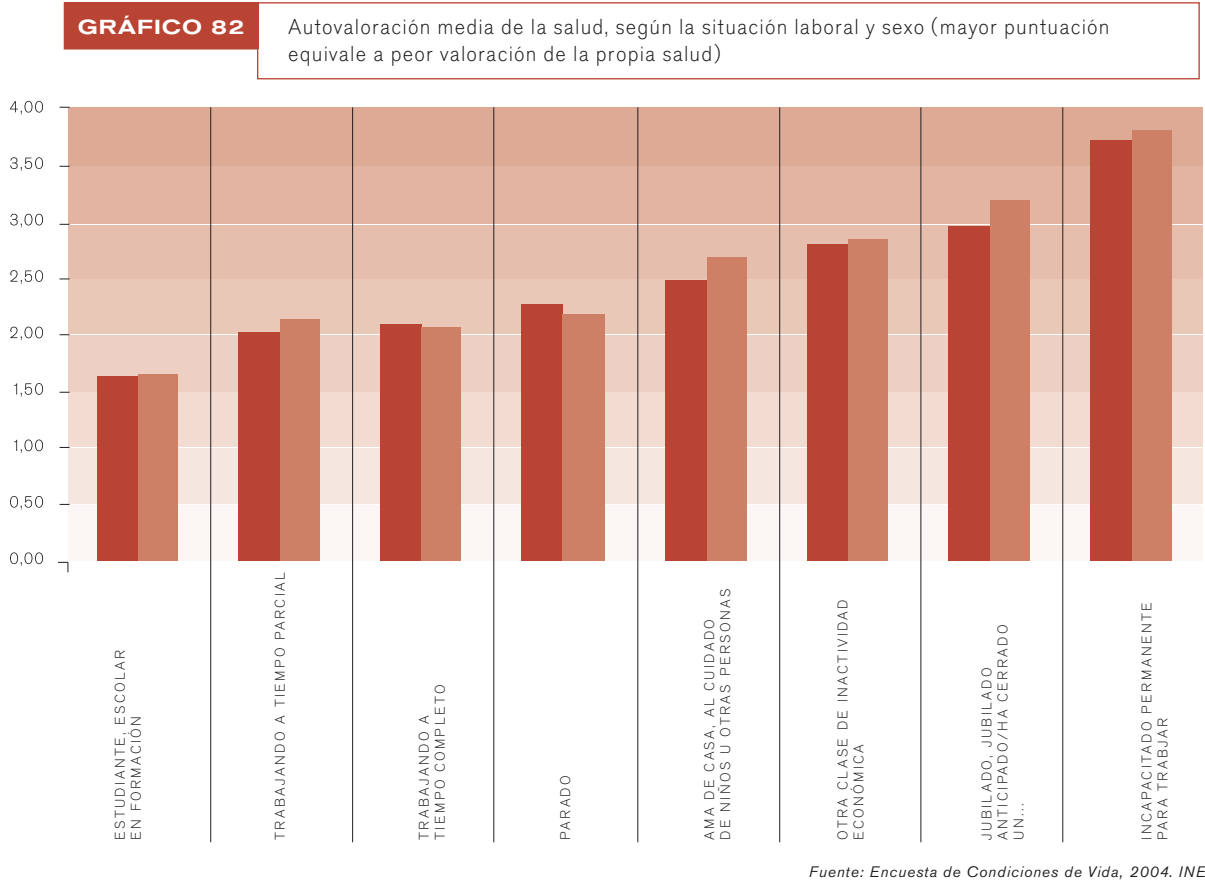
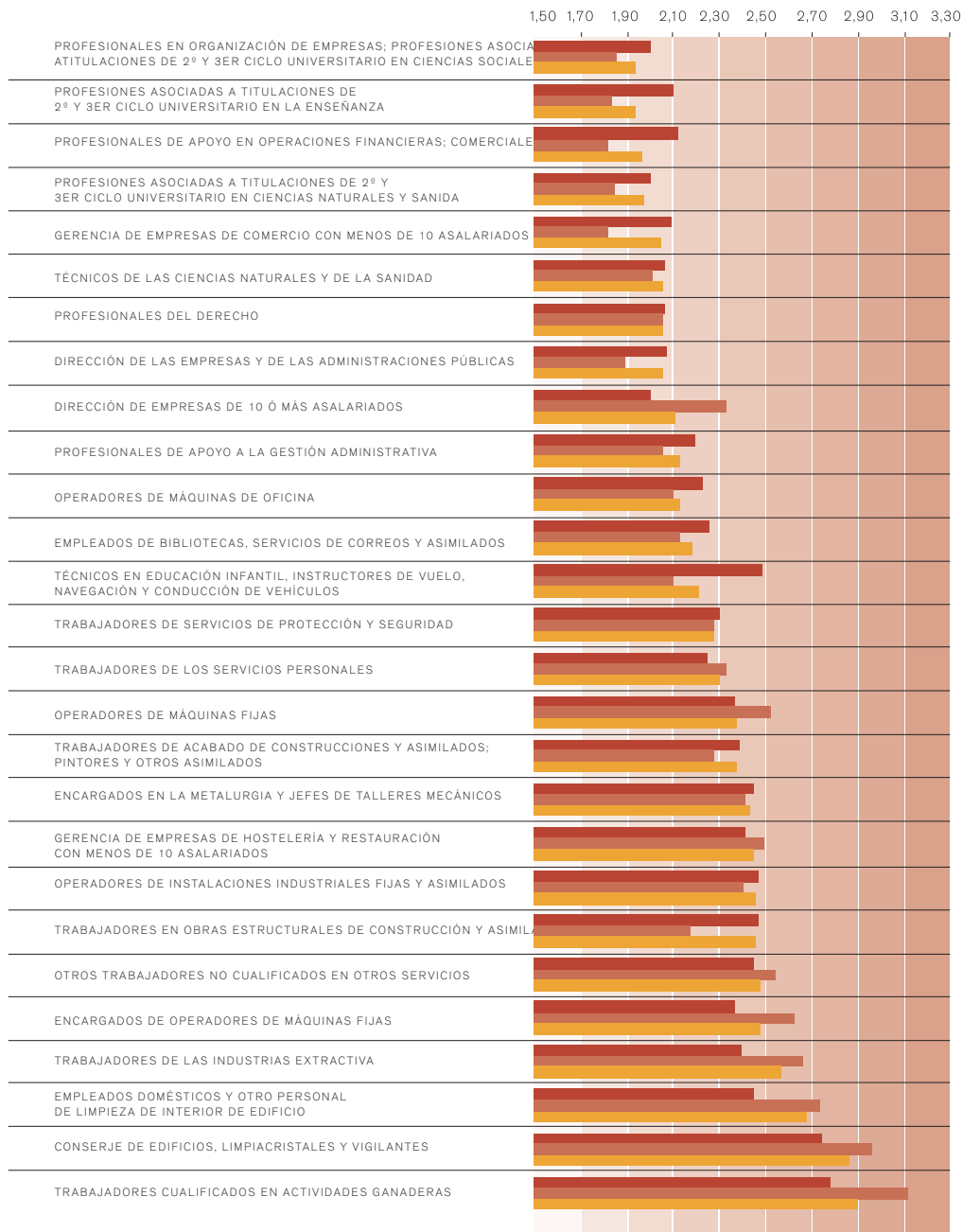


GRÁFICO 83

Autovaloración media de la salud, según tipo de ocupación y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

3.4. NACIONALIDAD Y RESIDENCIA

Desde el punto del análisis sociológico de los determinantes de la salud, la pertenencia a una nación, región o zona geográfica tiene una importancia capital en la medida en que dicha adscripción supone pertenecer a un grupo humano caracterizado por una interrelación específica de diversas variables, como el nivel general de desarrollo socioeconómico, la educación, el nivel de renta, el acceso a determinadas condiciones de vida o a un determinado sistema sanitario. La mayoría de estas variables están fuertemente interrelacionadas entre sí, reforzándose con ello los efectos positivos o negativos de unos u otros determinantes y haciendo más visibles las diferencias de salud sobredeterminadas por vectores sociales. A ello hay que añadir factores climáticos y medioambientales que pueden tener una influencia más o menos importante en las diferencias de salud entre unas regiones y otras.

TABLA 22

Autovaloración de la salud según Comunidad Autónoma de residencia

	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
ISLAS BALEARES	19,70	46,80	25,00	6,20	2,30
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	18,70	49,43	21,51	7,99	2,37
PAÍS VASCO	21,18	46,81	19,86	8,84	3,31
ARAGÓN	13,86	52,04	21,46	10,34	2,30
COMUNIDAD DE MADRID	15,51	49,46	22,68	10,47	1,89
LA RIOJA	11,15	51,70	25,69	9,55	1,91
EXTREMADURA	12,11	52,33	22,41	10,83	2,33
CASTILLA Y LEÓN	16,74	47,18	22,85	11,01	2,22
COMUNIDAD VALENCIANA	17,25	45,36	23,78	10,56	3,04
ESPAÑA	15,36	46,81	23,37	11,59	2,86
REGIÓN DE MURCIA	19,15	43,92	20,95	12,02	3,96
CATALUÑA	16,92	45,18	22,67	11,93	3,31
CASTILLA-LA MANCHA	13,27	51,45	17,21	15,33	2,73
CANTABRIA	13,51	46,68	25,21	11,22	3,38
ANDALUCÍA	15,64	44,72	24,53	12,78	2,33
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	23,62	39,09	18,24	15,47	3,58
PRINCIPADO DE ASTURIAS	10,11	48,02	26,87	12,02	2,97
CANARIAS	12,68	44,79	26,31	12,68	3,54
GALICIA	8,60	42,58	29,30	15,28	4,24

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

ISLAS BALEARES,
NAVARRA Y PAÍS VASCO
SON LAS REGIONES
ESPAÑOLAS QUE
PRESENTAN MEJORES
DATOS DE AUTOVALOR-
ACIÓN DE LA SALUD

Además del desarrollo económico y la renta per cápita, otros factores como el clima, el grado de envejecimiento o la presencia de inmigración pueden corregir en uno u otro sentido el nivel de salud de la población de cada región. Al igual que sucedía con la renta del hogar, la correlación entre la salud media percibida y la edad media de cada una de las comunidades es muy elevada (C. Pearson, 0,29) (Tabla 23).

TABLA 23 Edad media y autovaloración de la salud según Comunidad Autónoma de residencia

COMUNIDAD AUTÓNOMA	EDAD MEDIA	ESTADO GENERAL DE SALUD
ISLAS BALEARES	46,59	2,25
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	47,78	2,26
PAÍS VASCO	49,83	2,26
COMUNIDAD DE MADRID	48,37	2,34
CASTILLA Y LEÓN	51,20	2,35
ARAGÓN	48,81	2,35
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	45,96	2,36
COMUNIDAD VALENCIANA	46,75	2,37
REGIÓN DE MURCIA	45,27	2,38
EXTREMADURA	47,39	2,39
LA RIOJA	47,79	2,39
CATALUÑA	49,36	2,40
ESPAÑA	48,43	2,40
ANDALUCÍA	47,26	2,41
CASTILLA-LA MANCHA	48,67	2,43
CANTABRIA	51,40	2,44
CANARIAS	46,58	2,50
PRINCIPADO DE ASTURIAS	50,25	2,50
GALICIA	50,57	2,64
COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (PEARSON) EDAD-SALUD	0,29	

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

Islas Baleares, Navarra y País Vasco son las regiones españolas que presentan mejores datos de autovaloración de la salud: dos de cada tres ciudadanos de estas tres comunidades dicen tener buena o muy buena salud. Asimismo, el porcentaje de personas con mala o muy mala salud es en las Islas Baleares del 8,5 %, mientras en el conjunto de España es del 14,5 % y en Galicia llega casi al 20 % de la población (Tabla 22). Puede decirse que la distribución geográfica de la salud en España se alinea con el propio desarrollo socioeconómico; la salud se desplaza de norte a sur y de este a oeste.

LA DISTRIBUCIÓN
GEOGRÁFICA DE LA
SALUD EN ESPAÑA
SE ALINEA CON EL
PROPIO DESARROLLO
SOCIOECONÓMICO;
LA SALUD SE DESPLAZA
DE NORTE A SUR Y
DE ESTE A OESTE

En relación a los inmigrantes, la falta de datos respecto a la procedencia específica de los mismos en la ECV de 2004 limita la obtención de conclusiones. La edad media juega un papel importante como determinante de los niveles de salud percibida por cada grupo. La inmigración procedente de fuera de la Unión Europa es la más joven de los tres grupos de personas nacidas fuera de España (14 años menos que la media de los oriundos). Es por ello que presenta también la mejor autovaloración de la salud y las tasas más bajas de dolencias crónicas, siendo la de los nacionales la peor de todas, coincidente con la edad media más alta (Gráfico 84; Tabla 24).

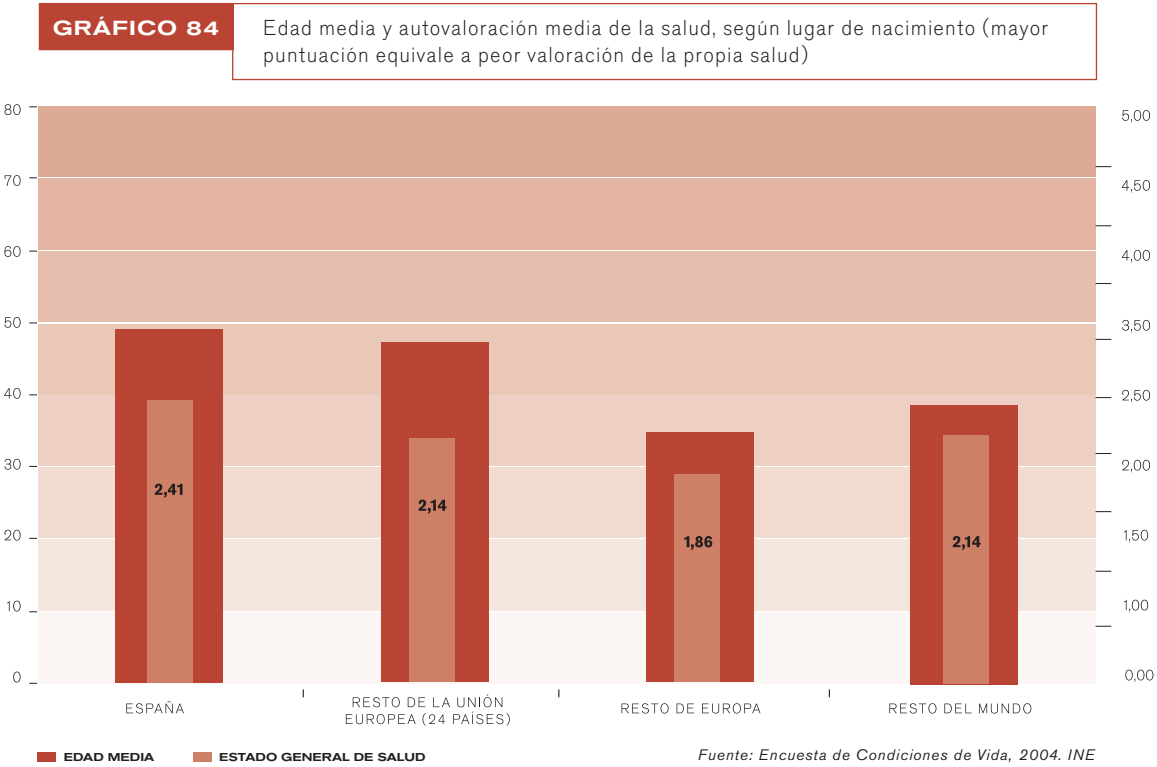


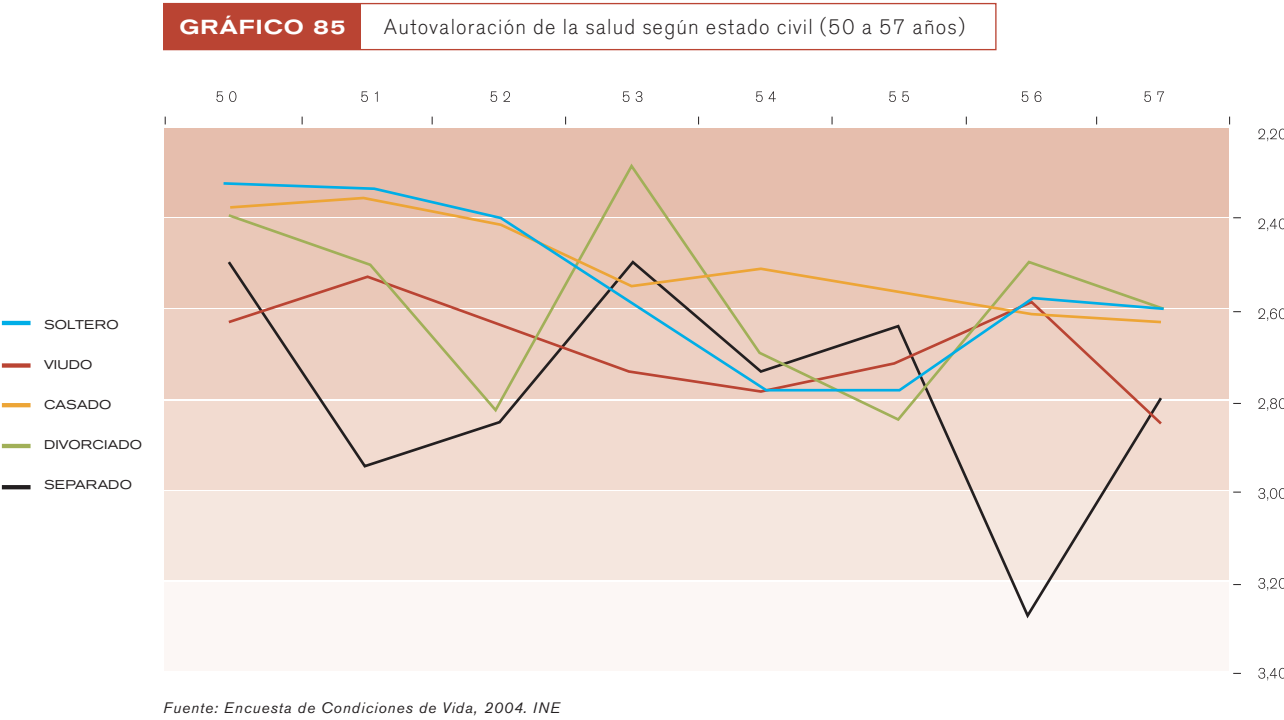
TABLA 24 Estado general de salud, dolencias crónicas y limitaciones de la actividad diaria según nacionalidad

NACIONALIDAD	ESTADO GENERAL DE SALUD	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA O INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS?		¿SE HA ENCONTRADO LIMITADO EN SU ACTIVIDAD DIARIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES POR UN PROBLEMA DE SALUD?	
		SI %	NO %	SI %	NO %
ESPAÑA	2,41	27,66	72,34	25,41	74,59
RESTO DE LA UE	2,14	25,07	74,93	18,81	81,19
RESTO DE EUROPA	1,86	8,93	91,07	6,59	93,41
RESTO DEL MUNDO	2,14	17,44	82,56	18,42	81,58

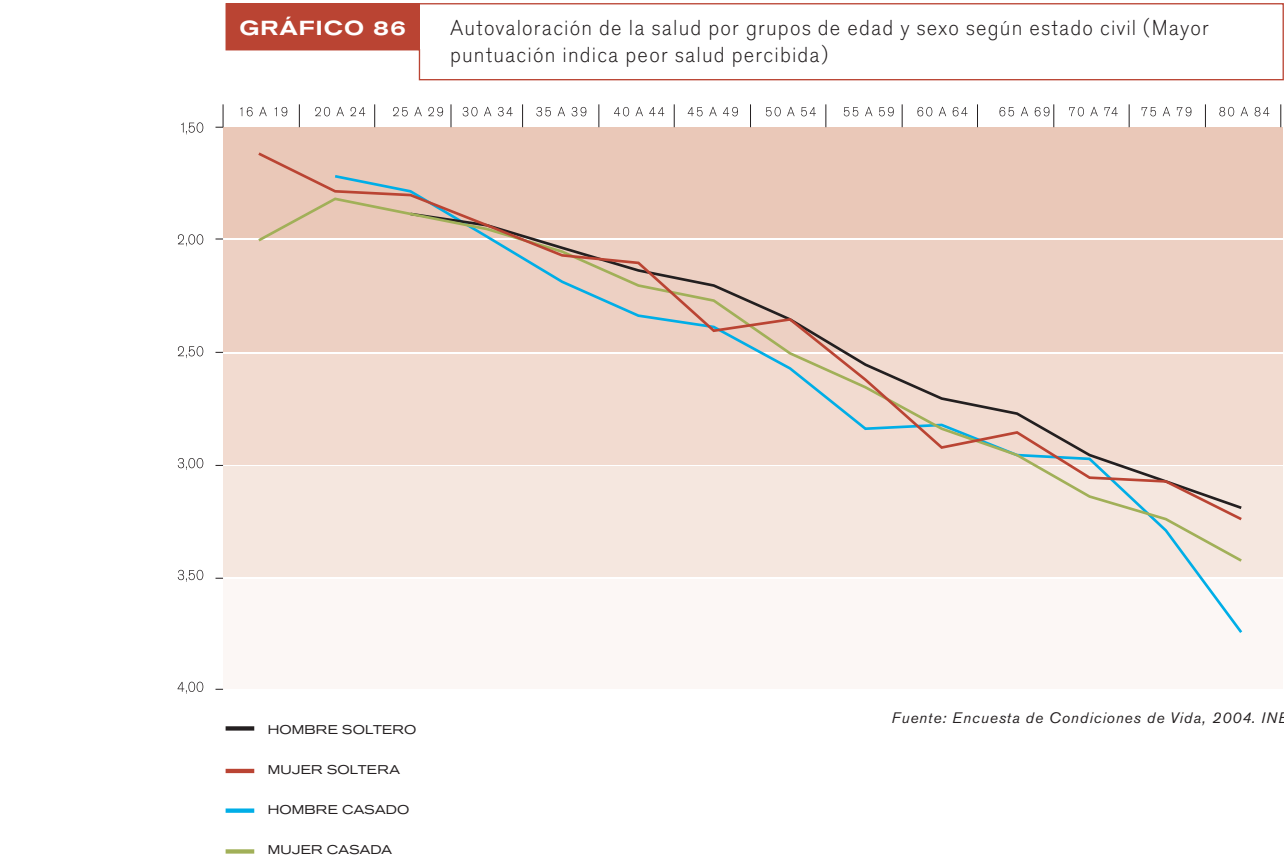
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

3.5. ESTADO CIVIL Y SALUD

El examen de la valoración de la salud propia en relación con el estado civil de las personas nos revela algunos contrastes de cierto interés. Debido al tamaño de la muestra solo hemos podido comparar los cinco estados civiles recogidos (soltero, casado, separado, divorciado o viudo) en el tramo de edad entre los 50 y 57 años. El número de personas divorciadas, separadas o viudas de la muestra resulta, en el resto de las edades, insuficiente para permitir la comparabilidad de las cinco situaciones. No obstante, pese a esta limitación, hay algunos hechos que pueden constatarse con bastante certeza, como es la mejor salud percibida de las personas casadas frente al resto de las situaciones y la peor autovaloración de la salud de los viudos y separados, quedando divorciados y solteros en una situación intermedia (Gráfico 85).

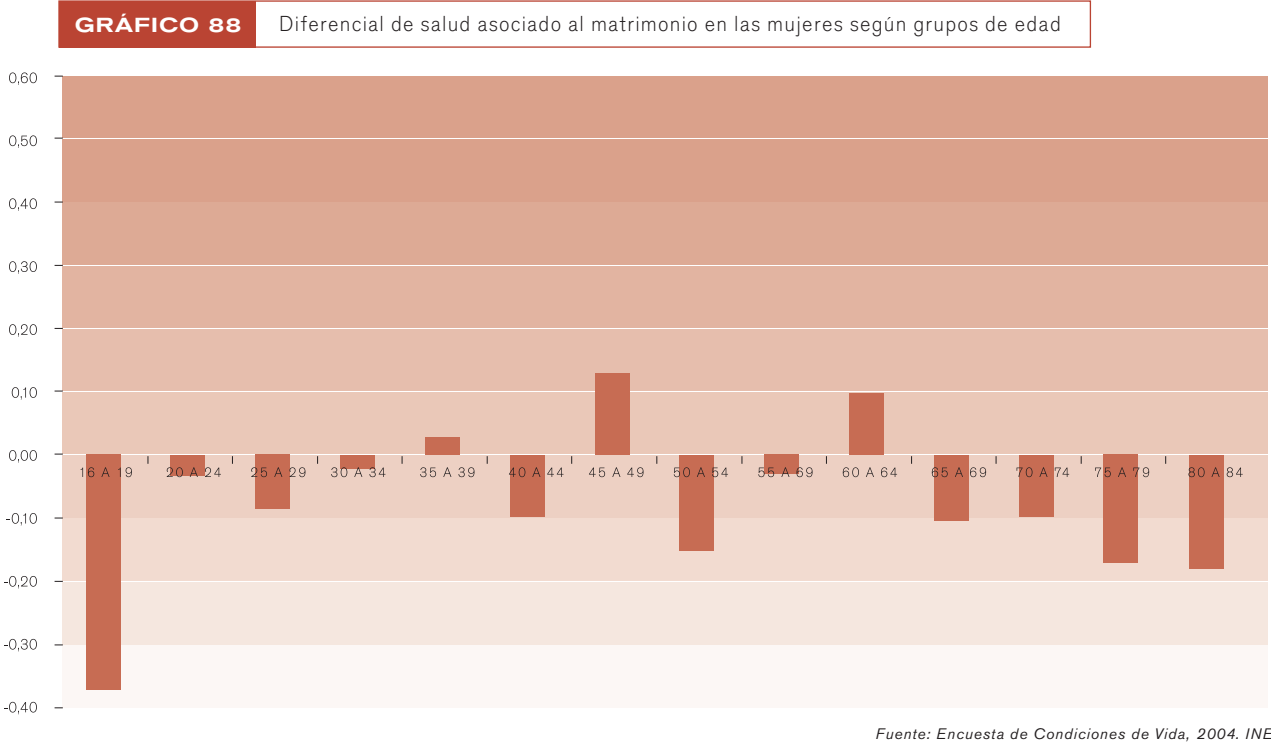
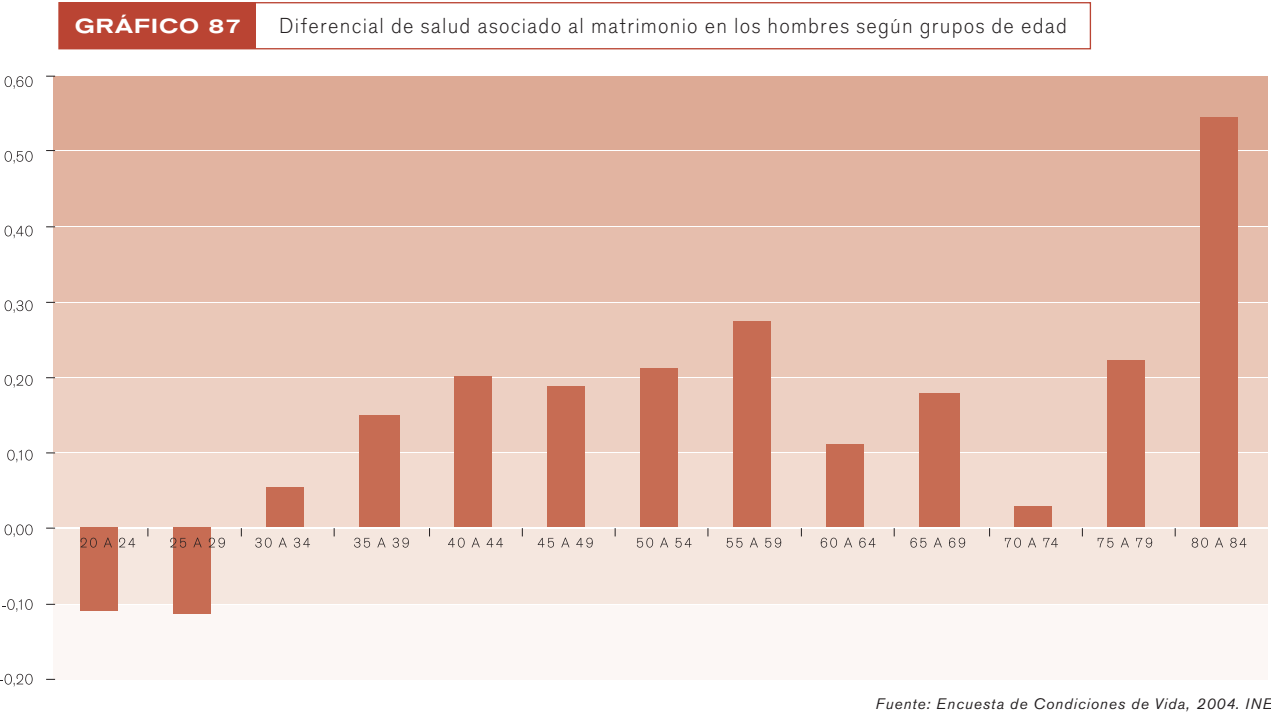


Más visible, por el mayor tamaño de las submuestras etáreas, es la comparación entre la autovaloración de la salud de los casados y de los solteros, diferenciando a unos y otros según el sexo para atender el diferente perfil de morbilidad y el distinto rol ejercido por hombres y mujeres en nuestra sociedad. En términos de salud percibida se aprecia que el matrimonio es más beneficioso para el hombre que para la mujer. A partir de los 30 años, el hombre soltero tiene peor valoración de su propia salud que el casado, circunstancia que no se da en las mujeres, en las que el estado de casado se encuentra asociado con peor salud en la práctica totalidad de los grupos de edad (Gráfico 86).



Naturalmente, no se puede afirmar que la diferencia de salud entre solteros y casados se deba a la mera condición conyugal, sino a diversas conductas, y hábitos, asociadas con el matrimonio que hacen bastante plausible esta hipótesis. En general, el matrimonio induce a los hombres a llevar una vida más estable y equilibrada, con mejores hábitos alimenticios y una mayor reducción de conductas de riesgo. La vieja noción de “sentar la cabeza”, referida a la estabilidad proporcionada por el matrimonio parece tener un claro sentido en términos de salud. Por el contrario, todo indica que los buenos hábitos relacionados con la salud son aprendidos por la mujer antes del matrimonio y que éste no resulta especialmente beneficioso para su salud, sino levemente perjudicial, posiblemente debido a una mayor acumulación de tareas laborales y domésticas, junto a las derivadas del ciclo reproductivo, lo que probablemente hace que la mujer se despreocupe algo más de su propia salud en beneficio de la de los hijos y el marido.

LOS BUENOS HÁBITOS RELACIONADOS CON LA SALUD SON APRENDIDOS POR LA MUJER ANTES DEL MATRIMONIO Y QUE ÉSTE NO RESULTA ESPECIALMENTE BENEFICIOSO PARA SU SALUD, SINO LEVEMENTE PERJUDICIAL



Tal como puede apreciarse en los datos, la relación entre matrimonio y una mejor salud percibida es bastante notable en los hombres, mientras que el empeoramiento de la misma en las mujeres es algo más débil. Dicho de otra forma, el matrimonio resulta, sin duda, más saludable para el hombre que para la mujer; al hombre le mejora bastante y a la mujer la empeora levemente (Gráfico 87 y 88; Tabla 25).

TABLA 25 Autovaloración del estado de salud según grupo de edad y estado civil (Mayor puntuación indica peor salud percibida)

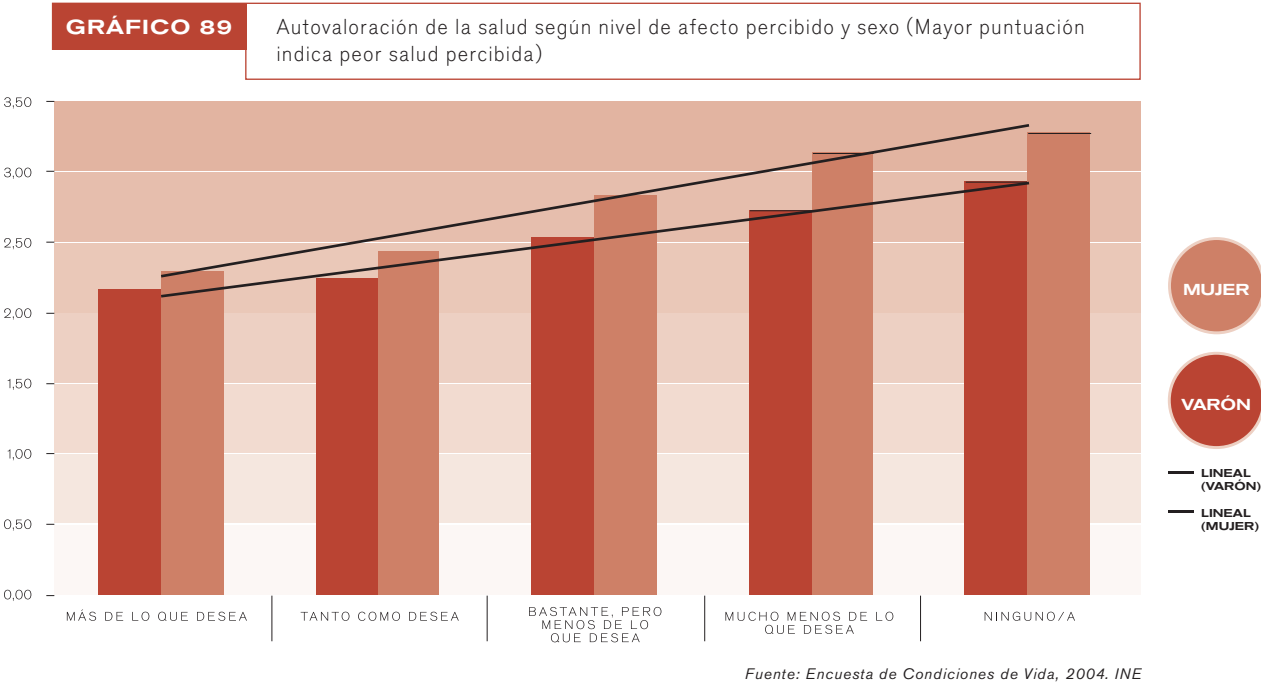
HOMBRE	ESTADO CIVIL			MUJER	ESTADO CIVIL		
	SOLTERO	CASADO	DIF. SOL-CAS		SOLTERO	CASADO	DIF. SOL-CAS
20 A 24 AÑOS	1,71	1,83	-0,11	16 A 19 AÑOS	1,63	2,00	-0,37
25 A 29 AÑOS	1,78	1,90	-0,11	20 A 24 AÑOS	1,79	1,82	-0,04
30 A 34 AÑOS	1,99	1,94	0,05	25 A 29 AÑOS	1,81	1,90	-0,09
35 A 39 AÑOS	2,19	2,04	0,15	30 A 34 AÑOS	1,93	1,95	-0,02
40 A 44 AÑOS	2,34	2,14	0,20	35 A 39 AÑOS	2,08	2,05	0,03
45 A 49 AÑOS	2,40	2,21	0,19	40 A 44 AÑOS	2,11	2,20	-0,10
50 A 54 AÑOS	2,57	2,36	0,21	45 A 49 AÑOS	2,40	2,28	0,13
55 A 59 AÑOS	2,84	2,57	0,27	50 A 54 AÑOS	2,36	2,51	-0,15
60 A 64 AÑOS	2,82	2,71	0,11	55 A 59 AÑOS	2,62	2,65	-0,03
65 A 69 AÑOS	2,96	2,79	0,18	60 A 64 AÑOS	2,94	2,84	0,10
70 A 74 AÑOS	2,98	2,96	0,03	65 A 69 AÑOS	2,86	2,97	-0,11
75 A 79 AÑOS	3,31	3,08	0,22	70 A 74 AÑOS	3,06	3,15	-0,10
80 A 84 AÑOS	3,75	3,20	0,55	75 A 79 AÑOS	3,07	3,25	-0,17
				80 A 84 AÑOS	3,26	3,44	-0,18

AMBOS SEXOS	ESTADO CIVIL		
	SOLTERO	CASADO	DIF. SOL-CAS
16 A 19 AÑOS	1,62	2,00	-0,38
20 A 24 AÑOS	1,75	1,82	-0,07
25 A 29 AÑOS	1,80	1,90	-0,10
30 A 34 AÑOS	1,97	1,95	0,02
35 A 39 AÑOS	2,15	2,05	0,10
40 A 44 AÑOS	2,24	2,17	0,06
45 A 49 AÑOS	2,40	2,25	0,16
50 A 54 AÑOS	2,47	2,44	0,03
55 A 59 AÑOS	2,75	2,61	0,14
60 A 64 AÑOS	2,88	2,78	0,10
65 A 69 AÑOS	2,91	2,87	0,04
70 A 74 AÑOS	3,02	3,05	-0,02
75 A 79 AÑOS	3,15	3,15	0,00
80 A 84 AÑOS	3,38	3,28	0,10

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

ACTUALMENTE
EN ESPAÑA, ESTE
SUPUESTO BENEFICIO
DERIVADO DEL STATUS
MATRIMONIAL SE
ENCUENTRA RESERVADO
A LOS VARONES

El efecto positivo del matrimonio en la salud no constituye una novedad. Tampoco lo es el hecho de que este impacto parece más nítido e importante en los hombres. Hay bastantes estudios sociológicos y médicos que han constatado esta evidencia²⁴. Sin embargo, resulta más novedoso comprobar que, actualmente en España, este supuesto beneficio derivado del status matrimonial se encuentra reservado a los varones y que las mujeres, lejos de ver mejorada su salud con el matrimonio, experimentan incluso una leve minoración en su salud percibida.



Hay otros vectores que pueden explicar este hecho: las personas casadas suelen tener un mayor nivel de renta y mejores condiciones sociales en su entorno. Sin embargo, esta tesis no explica porqué a las mujeres no les beneficia el matrimonio en términos de salud. Por ello, parece más razonable pensar que el diferente efecto del matrimonio en la salud se debe a los diferentes roles desempeñados en el ámbito familiar. A ello hay que añadir, desde luego, el papel protector de la salud que desempeña el sentimiento de pertenencia y afecto proporcionado por el matrimonio y la familia. También en este punto los datos son bastantes concluyentes: las personas que sienten un mayor nivel de afecto tienen también una mejor percepción de su salud (Gráfico 89).

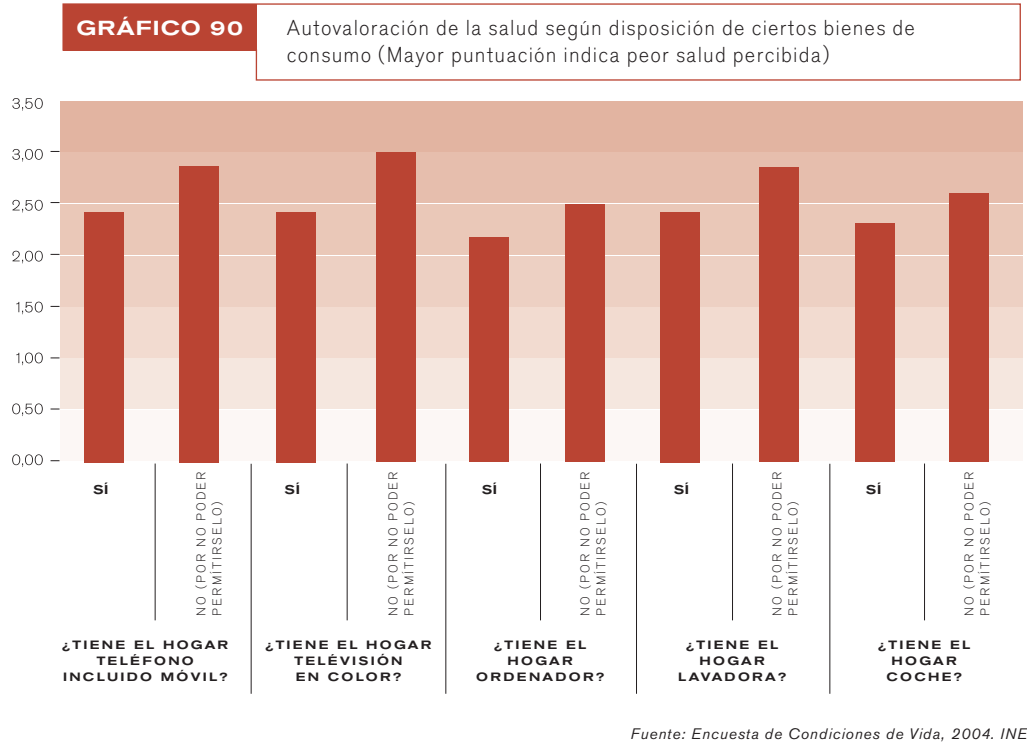
LAS PERSONAS QUE
SIENTEN UN MAYOR
NIVEL DE AFECTO
TIENEN TAMBIÉN UNA
MEJOR PERCEPCIÓN
DE SU SALUD

3.6. CONDICIONES DE VIDA

La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2004 incluye diversas cuestiones relacionadas con la disposición en los hogares de bienes de consumo, los retrasos en los pagos por compras y servicios y la capacidad de las familias para asumir ciertos tipos de gastos. En la medida, en mayor o menor grado, en que tales cuestiones reflejan el nivel de renta de los hogares, se percibe en todos los casos una correlación entre la tenencia de bienes de consumo y una mejor salud, así como entre las dificultades económicas y la peor salud (Gráfico 90).

DISPONER DE UN MEJOR
NIVEL DE VIDA CONCEDE
LA POSIBILIDAD DE DISFRUTAR DE MEJOR SALUD

El gasto realizado se revela también como un indicador de salud, de modo que cuanto mayor es la posibilidad de desembolsos, el nivel de salud percibida se incrementa en mayor medida. Aunque pueda ser cierto que el dinero o la renta no otorga la felicidad, si parece evidente que disponer de un mejor nivel de vida concede la posibilidad de disfrutar de mejor salud, lo que, sin duda, es la primera fuente de bienestar para las personas. Poseer un ordenador en casa o disfrutar de vacaciones fuera de ella, situaciones en las que solo se encuentra algo más de la mitad de la población, pueden asociarse sin mucho riesgo de error con buenos niveles de salud (Gráfico 91 y 92). Asimismo, la carencia de productos, hoy básicos y generalizados, como la televisión o la lavadora, permiten presumir niveles de renta y salud bastante precarios (Tabla 26).



²⁴Rogers, Richard, Marriage, Sex, and Mortality, Journal of Marriage and the Family, nº 57 (1995)

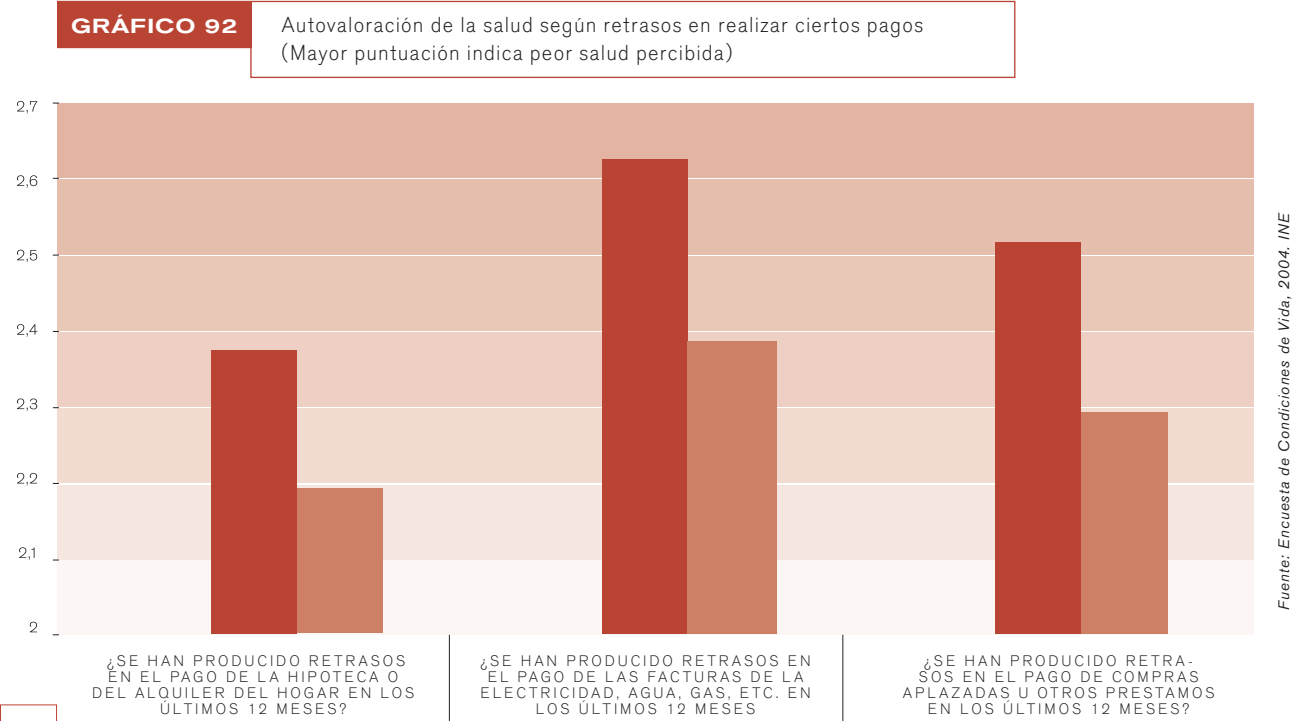
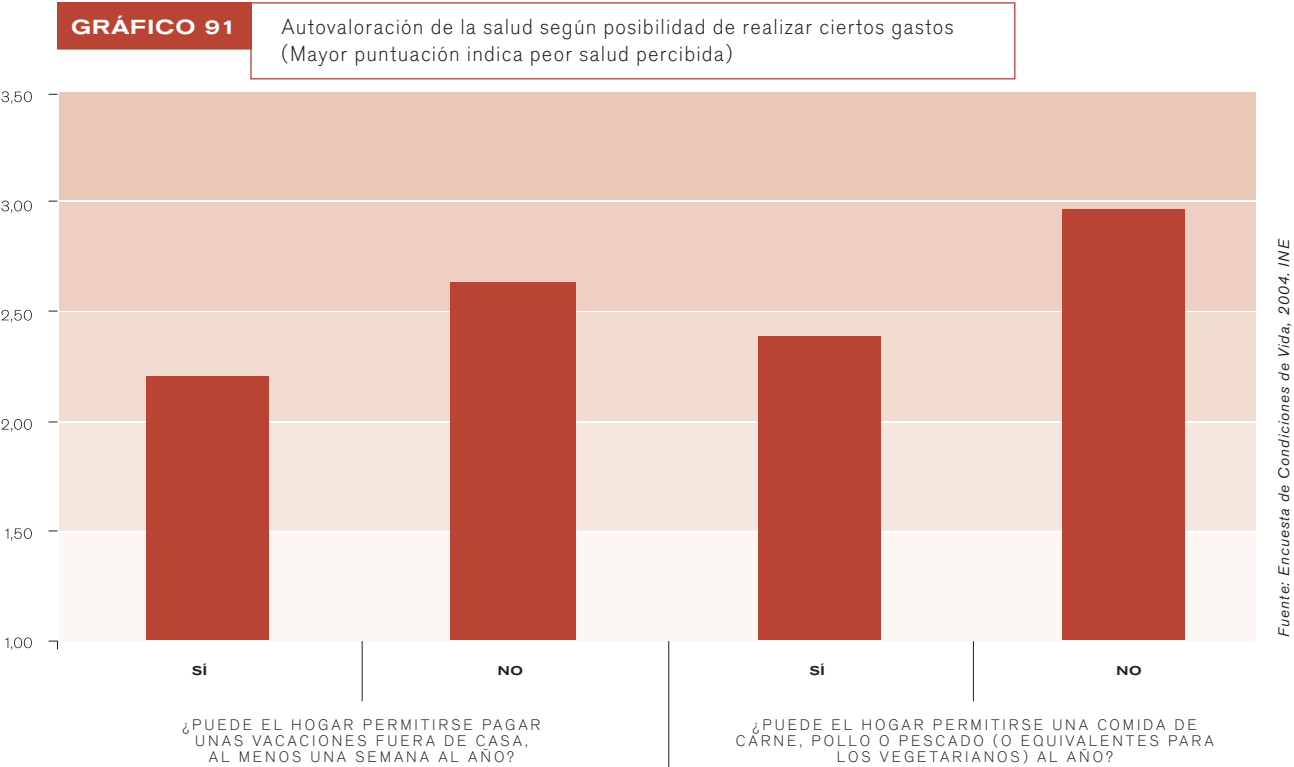


TABLA 26

Porcentaje de hogares que disponen de determinados bienes de consumo y tienen retrasos en ciertos pagos (Mayor puntuación indica peor salud percibida)

	SI	SALUD PERCIBIDA	NO ²⁵	SALUD PERCIBIDA
¿ TIENE EL HOGAR TELEVISIÓN EN COLOR?	99,52	2,40	0,25	3,00
¿ TIENE EL HOGAR LAVADORA?	99,04	2,39	0,46	2,84
¿ PUEDE EL HOGAR PERMITIRSE UNA COMIDA DE CARNE, POLLO O PESCADO AL MENOS CADA DOS DÍAS?	97,67	2,38	2,33	2,97
¿ TIENE EL HOGAR TELÉFONO (INCLUIDO MÓVIL)?	97,46	2,38	1,09	2,87
¿ TIENE EL HOGAR COCHE?	82,57	2,28	5,87	2,60
¿ TIENE EL HOGAR CAPACIDAD PARA AFRONTAR GASTOS IMPREVISTOS?	62,26	2,25	37,74	2,64
¿ PUEDE EL HOGAR PERMITIRSE PAGAR UNAS VACACIONES FUERA DE CASA, AL MENOS UNA SEMANA AL AÑO?	56,12	2,21	43,88	2,64
¿ TIENE EL HOGAR ORDENADOR?	53,11	2,13	14,23	2,48
¿ SE HAN PRODUCIDO RETRASOS EN EL PAGO DE LAS FACTURAS DE ELECTRICIDAD, AGUA, GAS, ETC. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	4,72	2,63	95,28	2,39
¿ SE HAN PRODUCIDO RETRASOS EN EL PAGO DE COMPRAS APLAZADAS U OTROS PRESTAMOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (NO RELACIONADOS CON LA VIVIENDA)?	6,23	2,52	93,77	2,29
¿ SE HAN PRODUCIDO RETRASOS EN EL PAGO DE LA HIPOTECA O DEL ALQUILER DEL HOGAR EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	8,34	2,38	91,66	2,19

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

LAS PERSONAS QUE CARECEN DE SERVICIOS BÁSICOS PARA LA HIGIENE COMO EL BAÑO O LA DUCHA O EL INODORO CON AGUA CORRIENTE REFIEREN NOTABLES DIFERENCIAS DE SALUD CON RESPECTO A LAS QUE SI DISPONEN DE DICHS SERVICIOS

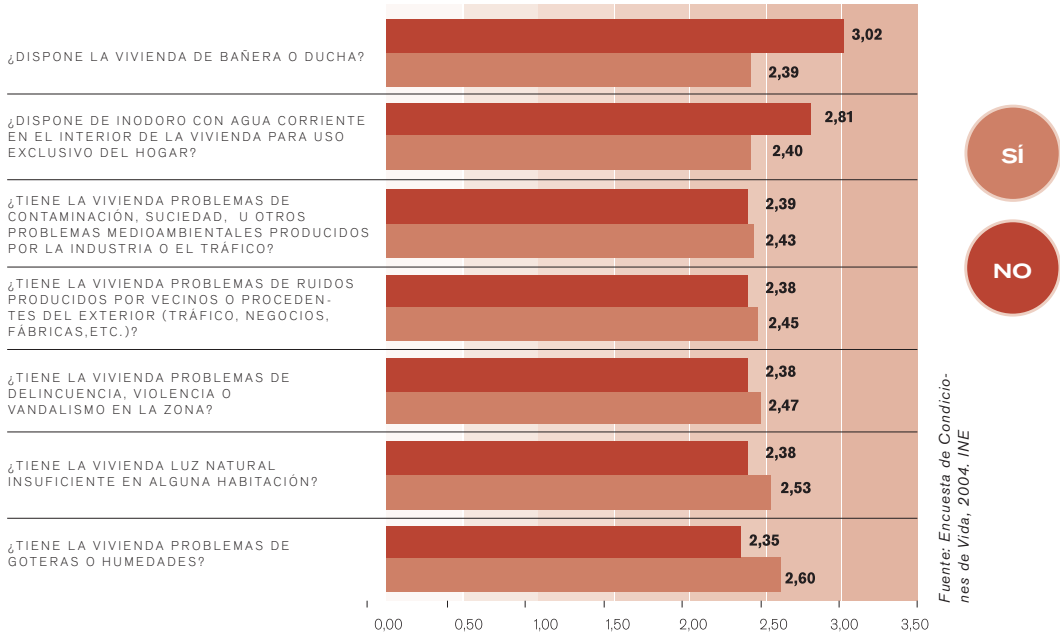
²⁵Por imposibilidad económica.

Menos claros, como indicadores de salud, resultan los retrasos en pagos por hipotecas, compras y servicios, ya que son situaciones que, aún siendo también muy minoritarias, afectan en mayor medida a la población más joven, viéndose compensada – en términos de salud - las dificultades económicas con la menor edad de quienes las soportan. Por otra parte, actualmente las dificultades para el pago de hipotecas no parecen ya reservadas a situaciones especialmente precarias.

También las características de la vivienda representan un indicador aceptable de la salud de sus habitantes. Las personas que carecen de servicios básicos para la higiene como el baño o la ducha o el inodoro con agua corriente refieren notables diferencias de salud con respecto a las que si disponen de dichos servicios. Así, por ejemplo, el 37 % de las personas

que no disponen de bañera o ducha en sus hogares dice tener mala o muy mala salud, lo que también les sucede al 27 % de los que no disponen de inodoro con agua corriente en el interior de su vivienda para uso exclusivo del hogar, mientras que estos porcentajes, con mala y muy mala salud, rondan el 14 %, en ambos casos, cuando en los hogares existen los citados servicios (Gráfico 93).

GRÁFICO 93 Autovaloración de la salud según disponibilidad en la vivienda de determinados servicios y ocurrencia de ciertos problemas (Mayor puntuación indica peor salud percibida)



Parecida observación cabe hacer respecto a la relación entre el tipo de vivienda o el grado de urbanización de la zona en que se encuentra la vivienda. La edad media de las personas que habitan en viviendas unifamiliares (50 años) supera en mas de dos años y medio a la de los que habitan en apartamentos y pisos (47,3 años), por lo que no es de extrañar que la salud percibida de estos últimos sea mejor. Las zonas menos pobladas (zonas rurales) son las que se encuentran más envejecidas. Es por ello por lo que su media de edad se acerca a los cincuenta años y su salud percibida es generalmente peor que los habitantes de las zonas más pobladas. Entre éstas últimas, son, sin embargo, las muy pobladas las que, pese a tener una edad media superior por la presencia de grandes núcleos de población mayor en las grandes ciudades y en consecuencia tener mayor tasa de dolencias crónicas, presentan mejores indicadores de salud percibida, en gran parte debido al efecto del mayor nivel de educación y al mejor despliegue territorial de la asistencia sanitaria (Gráfico 94 y 95).

LAS ZONAS MÁS POBLADAS, PRESENTAN MEJORES INDICADORES DE SALUD PERCIBIDA, EN GRAN PARTE DEBIDO AL EFECTO DEL MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN Y AL MEJOR DESPLIEGUE TERRITORIAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA

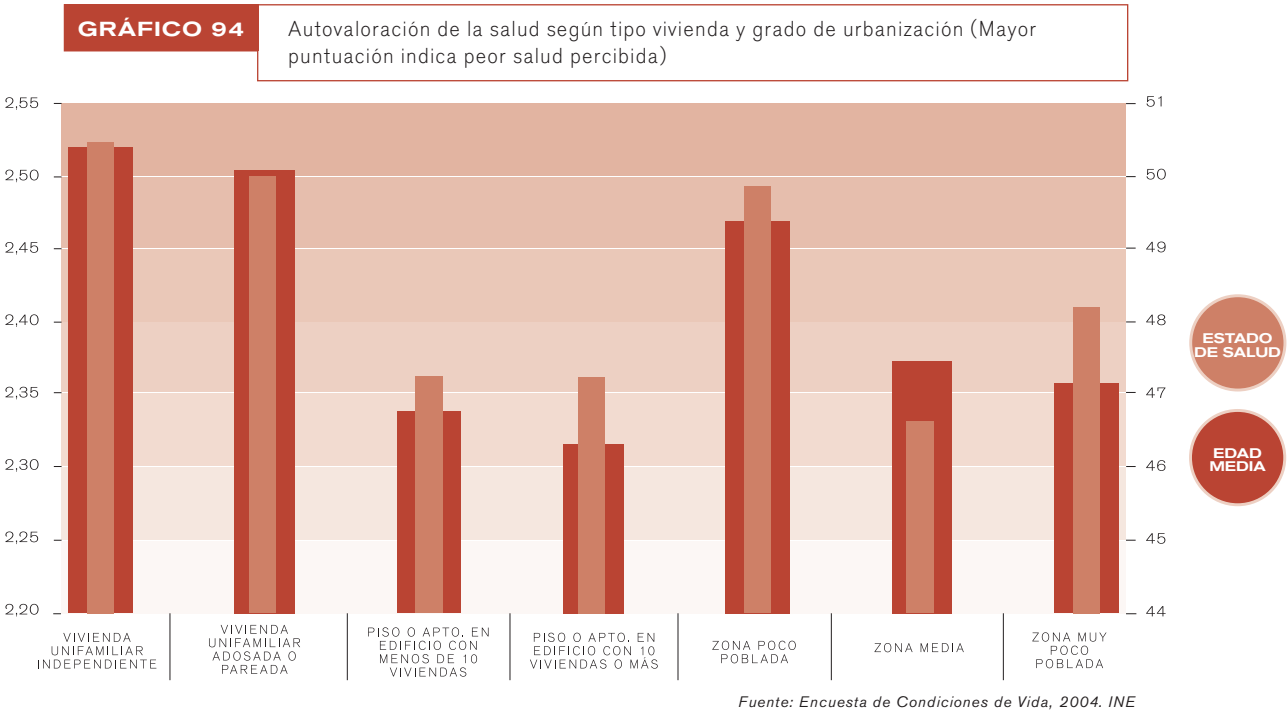
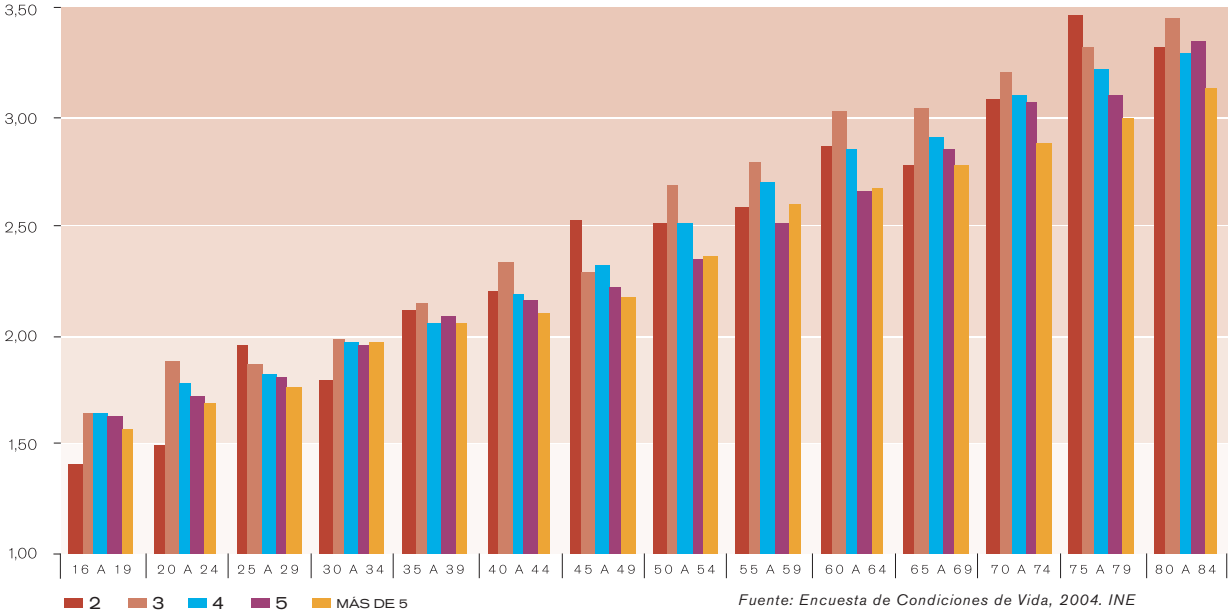


GRÁFICO 95 Autovaloración de la salud según grupo de edad y número de habitaciones de la vivienda (Mayor puntuación indica peor salud percibida)



4. DETERMINANTES PERSONALES EN EL USO DE RECURSOS SANITARIOS

4.1. EL SEXO Y LA EDAD

En este apartado vamos analizar la influencia de los factores personales en la utilización de recursos sanitarios a fin de percibir las diferencias existentes en la utilización de la asistencia sanitaria en función del sexo y la edad de las personas. Para ello, vamos a centrar nuestro análisis en los datos suministrados por la Encuesta Nacional de Salud del año 2003 y nos ocuparemos de los siguientes aspectos: Consultas médicas, Consultas odontológicas, Hospitalización, Urgencias y Consumo de medicamentos

Para nuestro análisis hemos considerado más conveniente estudiar cada uno de estos recursos sanitarios por separado. Es decir, vamos a describir la influencia de la edad y el sexo sobre cada uno de las clases de asistencia sanitaria para poder realizar una comparación más homogénea. Mostraremos totales poblacionales ya que la ENS, al ser representativa de la población nacional, permite, mediante la utilización de un factor de expansión, el cálculo de resultados a nivel de toda España, teniendo en cuenta la población de 16 o más años en 2003. Por ello, normalmente utilizaremos dos tipos de valores, el total de cada grupo, medido en personas, y el porcentaje.

4.1.1 LAS CONSULTAS MÉDICAS

Como es bien sabido, el pilar fundamental de la asistencia sanitaria es la atención primaria, ya que suele ser el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y sirve de puerta de entrada al mismo. Por ello, no es de extrañar que la ENS recoja bastante información sobre las consultas médicas, su número, motivo y clase. Por ello, este subapartado será el más amplio de los cinco considerados.

TABLA 27		Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas			
	NO	%	SI	%	TOTAL
VARÓN	13.121.087	76,07	4.128.720	23,93	17.249.807
MUJER	12.064.118	66,61	6.047.457	33,39	18.111.575
AMBOS SEXOS	25.185.206	71,22	10.176.176	28,78	35.361.382

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

En primer lugar analizaremos el número de españoles que han consultado a un médico en las últimas dos semanas. El 28,78 % de los españoles han consultado al médico en las últimas dos semanas. Como se aprecia, 4.128.720 varones y 6.047.457 mujeres sí lo habían consultado, lo que implica que el 23,93 % de los hombres y el 33,39 % de las mujeres (Tabla 27). Según estos datos, cada día (ignorando diferencias según el día de la semana) acude al médico aproximadamente el 2 % de la población, 203.523 personas, de las cuales 82.574 son varones y 120.949 son mujeres.

EL 28,78 % DE LOS ESPAÑOLES HAN CONSULTADO AL MÉDICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS

GRÁFICO 96 Porcentaje de los españoles que han consultado a un médico en las últimas dos semanas, según el número de visitas

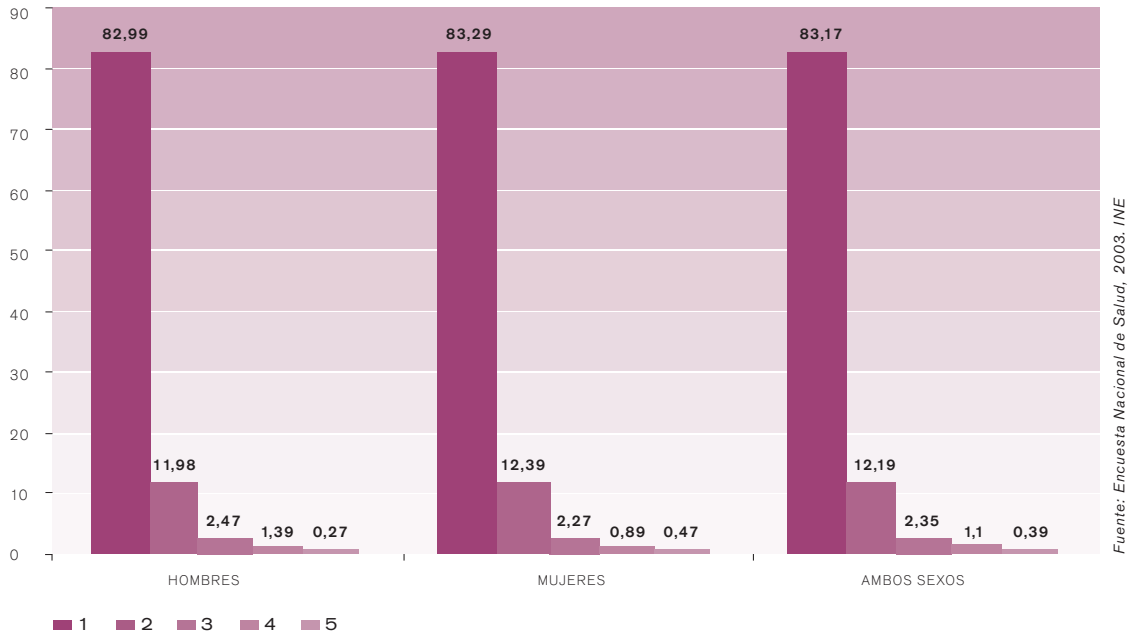


TABLA 28 Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas

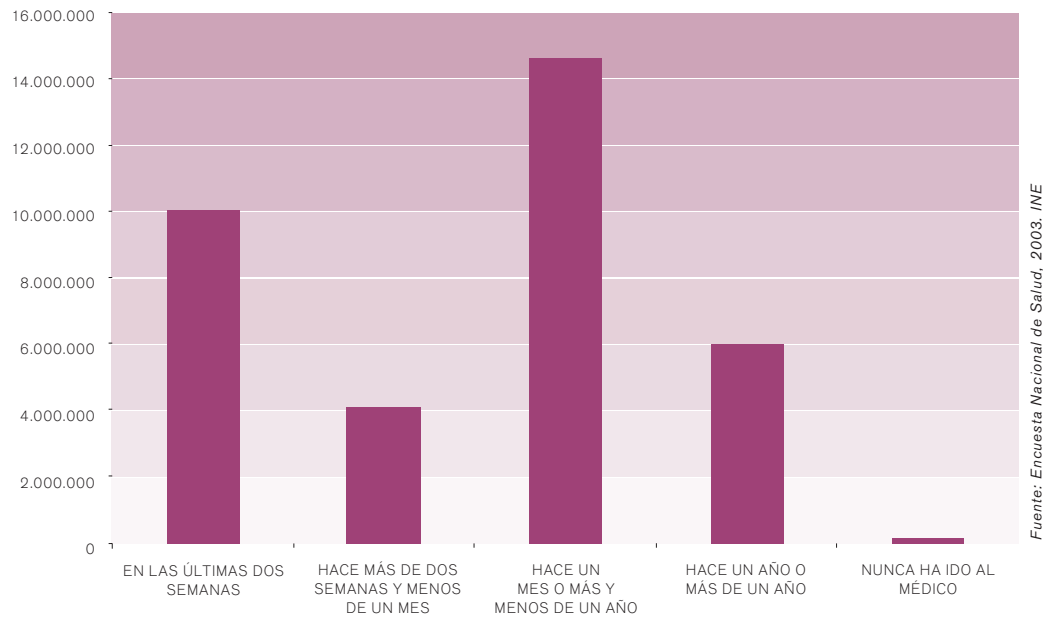
	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
1	3.426.257	82,99	5.037.207	83,29	8.463.463	83,17
2	494.435	11,98	746.375	12,34	1.240.810	12,19
3	102.040	2,47	137.405	2,27	239.445	2,35
4	57.585	1,39	54.115	0,89	111.700	1,1
5	11.295	0,27	28.719	0,47	40.014	0,39
		99,1		99,26		99,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

DE LOS 10.176.177 ESPAÑOLES QUE HAN CONSULTADO AL MÉDICO EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, EL 95,36 % LO HAN HECHO MENOS DE TRES VECES

Entre aquellos que han consultado al médico, es necesario conocer el número de veces que lo han hecho a lo largo del periodo considerado. De esta forma, podemos conocer el grado de frecuentación y la intensidad de las citadas consultas. De los 10.176.177 españoles que han consultado al médico en las dos últimas semanas, el 95,36 % lo han hecho menos de tres veces. La recurrencia elevada (más de cinco visitas en dos semanas) es muy reducida quedando circunscrita a un 0,8 % de la población (Gráfico 96; Tabla 28).

GRÁFICO 97 Número de personas en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

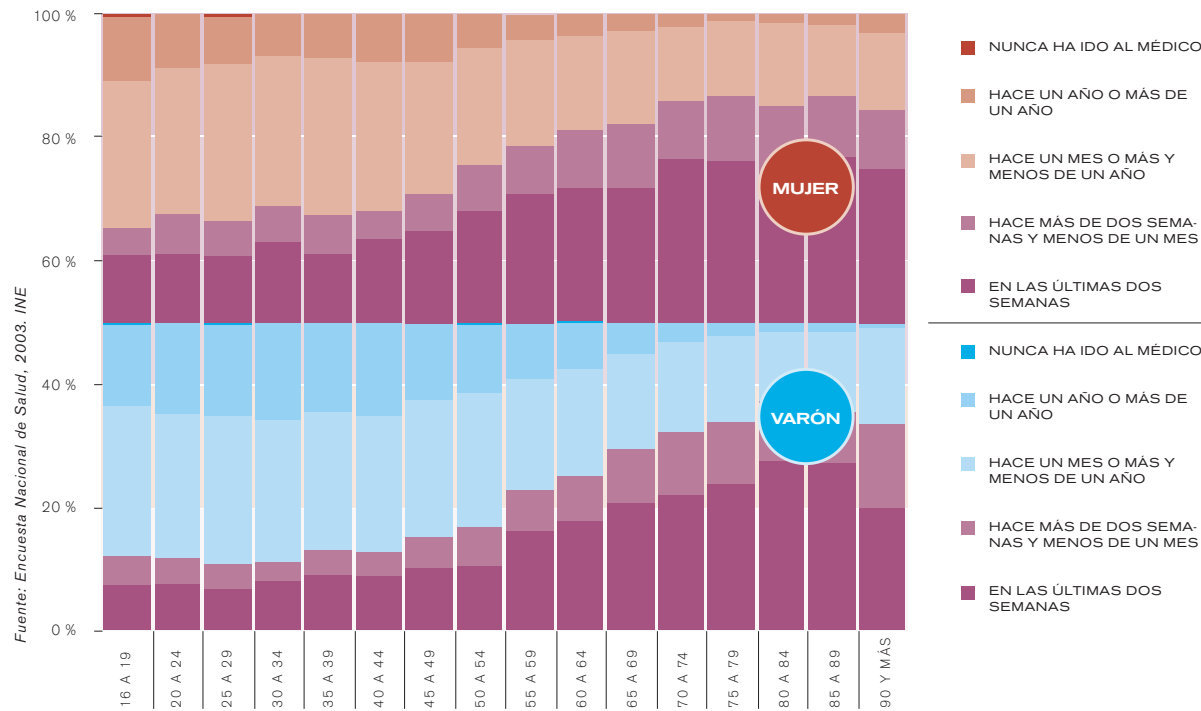
TABLA 29 Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	4.128.720	23,93	6.047.457	33,39	10.176.176	28,78
HACE MÁS DE DOS SEMANA MENOS DE UN MES	1.806.441	10,47	2.367.127	13,07	4.173.568	11,80
HACE UN MES O MÁS Y MENOS DE UN AÑO	7.238.161	41,96	7.573.599	41,82	14.811.760	41,89
HACE UN AÑO O MÁS DE UN AÑO	3.954.907	22,93	2.110.942	11,66	6.065.849	17,15
NUNCA HA IDO AL MÉDICO	121.579	0,70	12.451	0,07	134.029	0,38
TOTAL	17.249.807	100,00	18.111.575	100,00	35.361.382	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Puede destacarse que 134.029 españoles declaran no haber ido nunca al médico, siendo el 90,71 % de éstos hombres (Gráfico 97; Tabla 29). De igual forma, uno de cada cuatro hombres no ha ido al médico a lo largo del último año (23,60 %), porcentaje que se sitúa en las mujeres en menos de la mitad (11,73 %), es decir, una de cada ocho. En consonancia con ello, las mujeres dejan pasar menos tiempo sin consultar a un médico; el 88,28 % de las mujeres consultan al médico con menos de 12 meses, mientras que ese porcentaje es en los hombres del 76,4 % (Gráfico 98).

GRÁFICO 98 Porcentaje de personas, según sexo, en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez

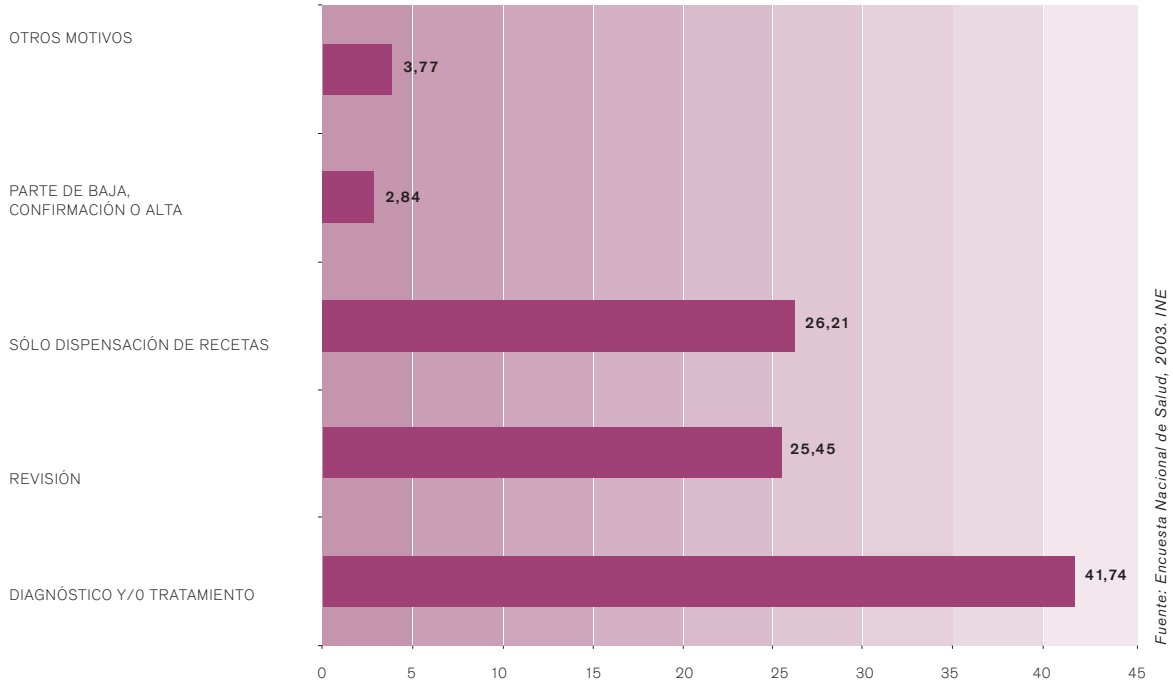


Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

UNO DE CADA CUATRO ESPAÑOLES (26,21%) VA AL MÉDICO SÓLO PARA OBTENER RECETAS

Respecto al motivo de la consulta, se observa qué el 41,7 % de los españoles van al médico para que se diagnostique su enfermedad o para su tratamiento y un 25,4 % para revisión, siendo los porcentajes prácticamente idénticos para hombres y mujeres. Sin embargo, frente a ello, una tercera parte de las visitas médicas se realizan para actos con un mayor componente de gestión; así, uno de cada cuatro españoles (26,21 %) va al medico solo para obtener recetas. A ello hay que añadir un 2,84 % que acuden para obtener un parte de baja, confirmación o alta; grupo en el que son mayoría los varones (4,21 %; 1,90 % en las mujeres) debido a su mayor tasa de actividad y también a su mayor siniestralidad laboral (Tabla 30; Gráfico 99).

GRÁFICO 99 Porcentaje de personas en función del motivo de consulta a un médico



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

TABLA 30 Motivos de la consulta con el médico

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO	1.726.170	41,81	2.521.024	41,69	4.247.194	1,744
REVISIÓN	1.040.156	25,19	1.549.335	25,62	2.589.491	25,45
SÓLO DISPENSACIÓN DE RECETAS	1.025.976	24,85	1.640.989	27,14	2.666.965	26,21
PARTE DE BAJA, CONFIRMACIÓN O ALTA	173.747	4,21	114.921	1,90	288.669	2,84
OTROS MOTIVOS	162.671	3,94	221.186	3,66	383.858	3,77
TOTAL	4.128.720	100,00	6.047.457	100,00	10.176.176	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Por último, destacamos que el 87,51 % de los médicos consultados por los españoles pertenecían a la seguridad social, siendo el porcentaje de la medicina privada el 12,49 % si sumamos las sociedades médicas, iguales médicas y médicos de empresa y la consulta privada pura (Tabla 31). El porcentaje por sexos es prácticamente idéntico, siendo superior el de la consulta privada para el caso de las mujeres y el de la iguala médica o médico de empresa en los hombres, debido el primero a las consultas ginecológicas privadas y el segundo a la mayor tasa de actividad masculina. Si analizamos estas mismas variables en función de la edad

TABLA 31 Régimen al que pertenece el médico al que acudió

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
SEGURIDAD SOCIAL	3.579.105	86,69	5.326.397	88,08	8.905.502	87,51
SOCIEDAD MÉDICA	255.673	6,19	396.884	6,56	652.557	6,41
CONSULTA PRIVADA	152.238	3,69	259.879	4,30	412.117	4,05
IGUALA MÉDICA, MÉDICO DE EMPRESA, ETC.	141.703	3,43	64.297	1,06	206.001	2,02
TOTAL	4.128.720	100,00	6.047.457	100,00	10.176.176	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

comprobamos qué el mayor porcentaje de visitas al médico se da en el grupo de 80 a 89 años, con un 51,84 % de la población de esa edad que si ha consultado al médico en las dos últimas semanas, seguido del grupo de 70 a 79 años, con el 50,37 %. En el otro extremo se sitúan los jóvenes entre 20 a 29 años con sólo el 17,43 % de los mismos que declaran haber consultado al médico (Tabla 32). Si obtenemos las tasas de visitación médica sobre el total de la población observamos que son los grupos de 70 a 79 años y de 60 a 69 los que

TABLA 32 Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas por grupo de edad

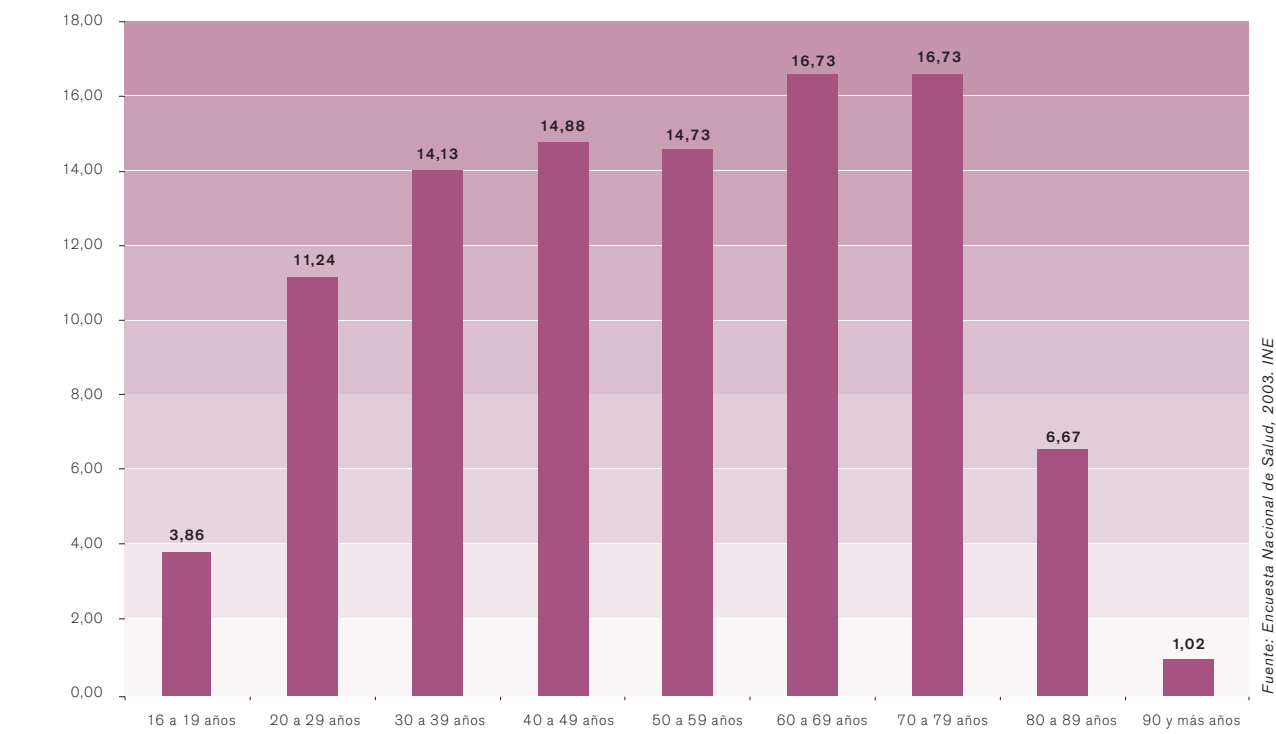
	NO	%	SÍ	%	TOTAL
16 A 19 AÑOS	1.692.319	81,16	392.973	18,84	2.085.292
20 A 29 AÑOS	5.419.896	82,57	1.144.156	17,43	6.564.051
30 A 39 AÑOS	5.263.436	78,54	1.438.205	21,46	6.701.641
40 A 49 AÑOS	4.879.470	76,32	1.513.806	23,68	6.393.276
50 A 59 AÑOS	3.145.341	67,73	1.498.881	32,27	4.644.222
60 A 69 AÑOS	2.358.374	58,08	1.702.451	41,92	4.060.825
70 A 79 AÑOS	1.677.954	49,63	1.702.861	50,37	3.380.814
80 A 89 AÑOS	630.971	48,16	679.049	51,84	1.310.020
90 Y MÁS AÑOS	117.445	53,09	103.795	46,91	221.240
TOTAL	25.185.206	71,22	10.176.176	28,78	35.361.382

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

representan el mayor porcentaje con el 16,73 % del total cada uno, seguidos por las personas de 40 a 49 años con un 14,88 %, perdiendo peso las personas de 80 y más años debido al efecto simultaneo del estrechamiento de la pirámide poblacional y de una menor utilización de recursos sanitarios por parte de las personas mayores a partir de esta edad (Gráfico 100). Las tasas de visitación médica en los hombres son más reducidas que las de las mujeres hasta los 80 años aproximadamente, pero a partir de esta edad se equilibran entre ambos sexos, deteniendo su crecimiento e incluso tienden a un pequeño pero perceptible descenso.

Hay que tener en cuenta que las tasas de visitación no guardan necesariamente correlación con las tasa de frecuentación. Si describimos la

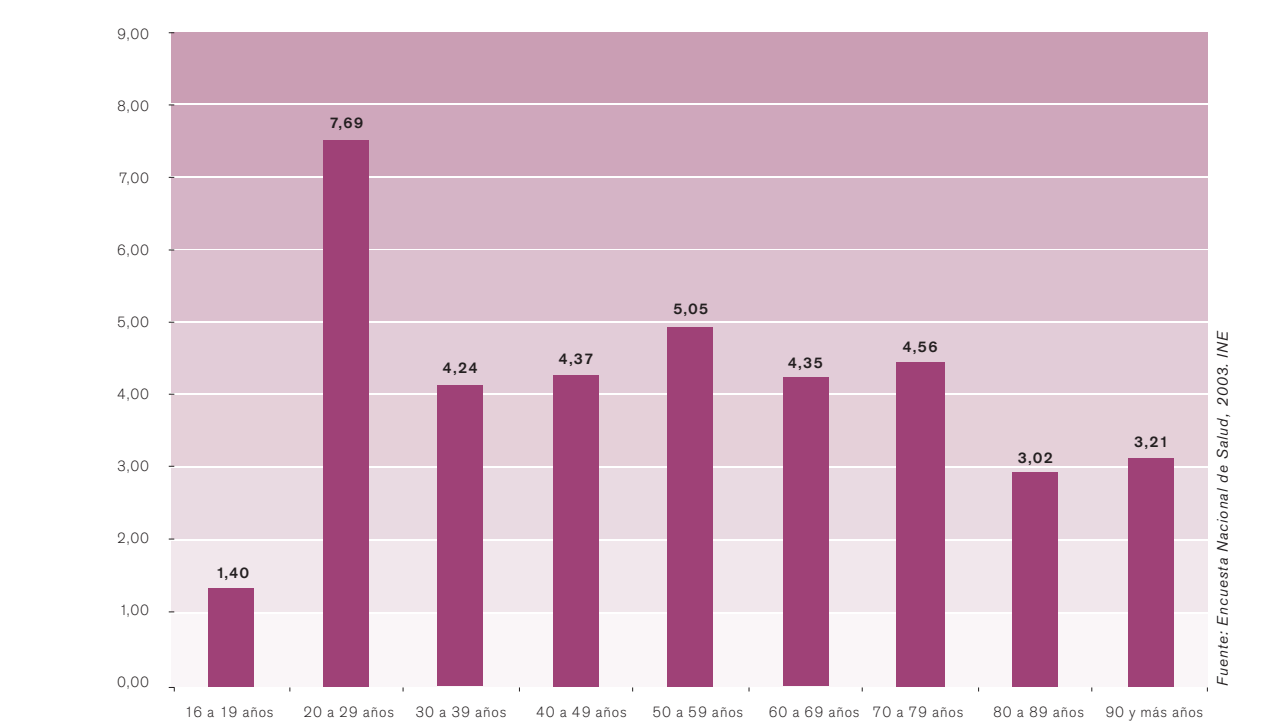
GRÁFICO 100 Porcentaje de personas, sobre el total de la población, que han consultado a un médico en las dos últimas semanas por grupo de edad



relación entre la edad y el número de visitas, observamos cómo los individuos comprendidos entre 50 a 59 años son los que más número de consultas realizan, representando el 81,10 % del total, el porcentaje mas bajo de los que sólo realizan una consulta. En el polo opuesto están las personas con 90 y más años, de las cuales el 93,23 % de los que realizan una consulta médica sólo lo hacen una vez en las dos últimas semanas. Contra lo que pueda pensarse, el grupo de más edad no resultan ser los más visitantes ni los más frecuentadores.

Efectivamente, si analizamos los porcentajes por grupo de edad de las personas que realizan tres o más consultas observamos que son los jóvenes

GRÁFICO 101 Porcentaje de personas que han consultado a un médico más de dos veces en las dos últimas semanas por grupo de edad



entre 20 a 29 años los que tienen un mayor porcentaje de sobrefrecuentadores (7,69 %), seguidos por el grupo de 50 a 59 años que tienen una tasa del 5,05 % (Gráfico 101). La sobrefrecuentación (personas que visitaron el médico más de dos veces en dos semanas), al medirse sobre la población que va al médico y no sobre toda ella, tiende a reducirse con la edad, ya que los que van al médico en los años mas jóvenes suelen tener mayor morbilidad que quienes lo hacen con más edad, en donde las revisiones y chequeos son habituales para casi todos. Dicho de otra forma: cuando los jóvenes van al médico lo hacen en mayor intensidad que cuando lo hacen los mayores, que sin embargo lo hacen en mayor número (Gráfico 102; Tabla 33).

LOS JÓVENES DE 20 A 29 AÑOS SON LOS QUE TIENEN UN MAYOR PORCENTAJE DE SOBREFRECUENTADORES (7,69 %), SEGUIDOS POR EL GRUPO DE 50 A 59 AÑOS QUE TIENEN UNA TASA DEL 5,05 %

GRÁFICO 102 Porcentaje de personas que han consultado a un médico en menos de un mes por grupo de edad

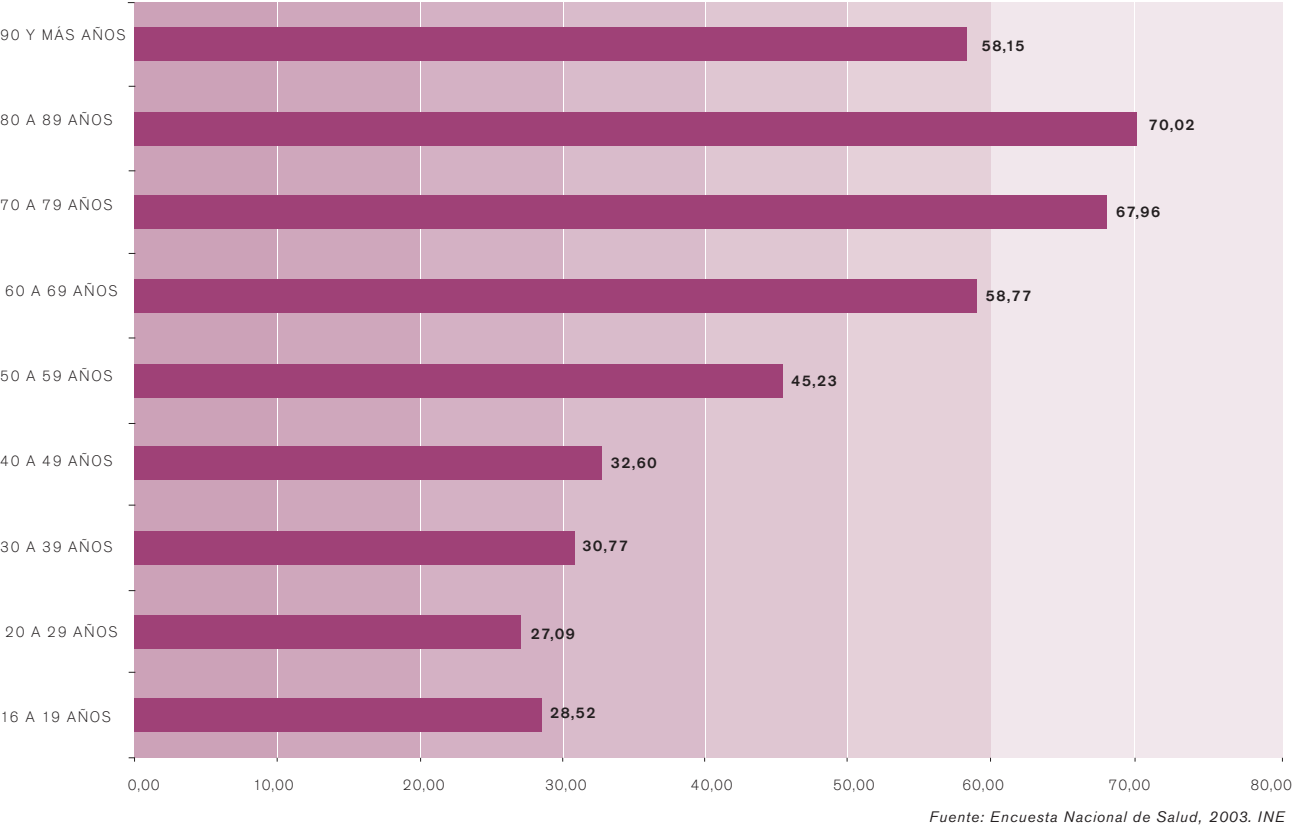


TABLA 33 Número de veces que consultó con un médico por grupo de edad

GRUPO DE EDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	14	15
16 A 19	331.421	56.060	5.492									
%	84,34	14,27	1,40									
20 A 29	938.510	117.631	34.536	23.990	19.430			3.413		6.646		
%	82,03	10,28	3,02	2,10	1,70			0,30		0,58		
30 A 39	1.178.251	198.955	31.562	12.809	2.423	5.114		590		7.143	1.356	
%	81,93	13,83	2,19	0,89	0,17	0,36		0,04		0,50	0,09	
40 A 49	1.270.195	177.413	34.812	12.432	4.017	4.095	1.304	647		5.788	3.103	
%	83,91	11,72	2,30	0,82	0,27	0,27	0,09	0,04		0,38	0,21	
50 A 59	1.215.650	207.530	30.354	33.357	1.400	946	2.488			1.451	5.494	211
%	81,10	13,85	2,03	2,23	0,09	0,06	0,17			0,10	0,37	0,01
60 A 69	1.444.389	184.076	54.299	7.432	3.208	535	4.570				3.084	857
%	84,84	10,81	3,19	0,44	0,19	0,03	0,27				0,18	0,05
70 A 79	1.399.429	225.782	36.004	17.812	7.725	8.286	1.379		975		4.787	682
%	82,18	13,26	2,11	1,05	0,45	0,49	0,08		0,06		0,28	0,04
80 A 89	588.846	69.670	11.614	2.667	783	1.383				3.143		943
%	86,72	10,26	1,71	0,39	0,12	0,20				0,46		0,14
90 Y MÁS AÑOS	96.770	3.694	772	1.201	1.027			330				
%	93,23	3,56	0,74	1,16	0,99			0,32				

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

TABLA 34Tiempo que hace que consultó a un médico por grupo de edad

	EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	HACE MÁS DE DOS SEMANAS Y MENOS DE UN MES	HACE UN MES O MÁS Y MENOS DE UN AÑO	HACE UN AÑO O MÁS DE UN AÑO	NUNCA HA IDO AL MÉDICO	TOTAL
16 A 19 AÑOS	392.973	201.663	988.343	492.159	10.154	2.085.292
%	18,84	9,67	47,40	23,60	0,49	100,00
20 A 29 AÑOS	1.144.156	633.782	3.184.750	1.553.510	47.854	6.564.051
%	17,43	9,66	48,52	23,67	0,73	100,00
30 A 39 AÑOS	1.438.205	623.610	3.157.394	1.451.602	30.830	6.701.641
%	21,46	9,31	47,11	21,66	0,46	100,00
40 A 49 AÑOS	1.513.806	570.487	2.906.124	1.382.689	20.170	6.393.276
%	23,68	8,92	45,46	21,63	0,32	100,00
50 A 59 AÑOS	1.498.881	601.844	1.832.913	695.938	14.647	4.644.222
%	32,27	12,96	39,47	14,99	0,32	100,00
60 A 69 AÑOS	1.702.451	684.253	1.346.631	319.873	7.616	4.060.825
%	41,92	16,85	33,16	7,88	0,19	100,00
70 A 79 AÑOS	1.702.861	594.907	945.435	136.315	1.296	3.380.814
%	50,37	17,60	27,96	4,03	0,04	100,00
80 A 89 AÑOS	679.049	238.167	366.127	25.215	1.462	1.310.020
%	51,84	18,18	27,95	1,92	0,11	100,00
90 Y MÁS AÑOS	103.795	24.855	84.043	8.548	0	221.240
%	46,91	11,23	37,99	3,86	0,00	100,00
TOTAL	10.176.176	4.173.568	14.811.760	6.065.849	134.029	35.361.382
	28,78	11,80	41,89	17,15	0,38	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Como se ha señalado, en general, la tasa de personas que acude al médico se va incrementando a medida que lo hace la edad, registrándose en los últimos años una caída de este porcentaje. Más de la mitad de la población perteneciente a los grupos de edad por encima de los 60 años ha consultado con un médico hace menos de un mes, siendo ese porcentaje máximo entre el grupo de 80 a 89 años, donde el 70,02 % de la población de ese grupo de edad ha consultado con algún facultativo en un intervalo inferior al mes. Por el contrario, entre las personas de 20 a 29 años, sólo el 27,09 % ha consultado a un médico en el último mes. La edad resulta un factor esencial a la hora de explicar no sólo las consultas sino el número de las mismas, aunque su incidencia en la conducta de uso es diferente (Tabla 34).

TABLA 35Motivo de consulta al médico por grupo de edad

	DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO	REVISIÓN	SÓLO DISPENSACIÓN DE RECETAS	PARTE DE BAJA, CONFIRMACIÓN O ALTA	OTROS MOTIVOS	TOTAL
16 A 19 AÑOS	282.474	64.372	24.968	0	21.159	392.973
%	71,88	16,38	6,35	0,00	5,38	100,00
20 A 29 AÑOS	651.845	274.712	111.046	62.240	44.314	1.144.156
%	56,97	24,01	9,71	5,44	3,87	100,00
30 A 39 AÑOS	754.154	356.099	168.766	94.423	64.764	1.438.205
%	52,44	24,76	11,73	6,57	4,50	100,00
40 A 49 AÑOS	685.211	419.508	285.769	65.863	57.455	1.513.806
%	45,26	27,71	18,88	4,35	3,80	100,00
50 A 59 AÑOS	550.736	398.065	450.889	31.457	67.734	1.498.881
%	36,74	26,56	30,08	2,10	4,52	100,00
60 A 69 AÑOS	539.192	429.442	658.907	30.690	44.222	1.702.451
%	31,67	25,22	38,70	1,80	2,60	100,00
70 A 79 AÑOS	549.072	415.805	681.775	3.142	53.067	1.702.861
%	32,24	24,42	40,04	0,18	3,12	100,00
80 A 89 AÑOS	203.195	199.148	250.769	855	25.083	679.049
%	29,92	29,33	36,93	0,13	3,69	100,00
90 Y MÁS AÑOS	31.315	32.342	34.077	0	6.060	103.795
%	30,17	31,16	32,83	0,00	5,84	100,00
TOTAL	4.247.194	2.589.491	2.666.965	288.669	383.858	10.176.176
%	41,74	25,45	26,21	2,84	3,77	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Un aspecto importante es diferenciar por el motivo de consulta, para ver si existen diferencias significativas por grupo de edad. Como se aprecia en el gráfico siguiente en los grupos de edad más jóvenes el motivo primario de consulta es el diagnóstico y el tratamiento, mientras que a partir de los 60 años el motivo fundamental de la consulta es únicamente la dispensación de recetas, lo que supone que más de 35 % de las consultas que realizan las personas mayores están únicamente relacionadas con la dispensación de recetas, motivo por el que una gestión eficiente de la misma puede suponer una ahorro fundamental en tiempo y recursos para el Sistema Nacional de Salud (Tabla 35; Tabla 103).

EN LOS JÓVENES EL MOTIVO PRIMARIO DE CONSULTA ES EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO, MIENTRAS QUE A PARTIR DE LOS 60 AÑOS EL MOTIVO DE LA CONSULTA ES LA DISPENSACIÓN DE RECETAS

La Encuesta Nacional de Salud permite analizar también la evolución del régimen al que pertenece el medico consultado. El porcentaje de médicos de sociedades médicas o de consultas privadas crece con el grupo de edad hasta alcanzar un máximo del 20,35 % en el grupo de 40 a 49 años, para luego ir decreciendo de forma escalonada. Existe una lógica correlación entre los grupos de mayor renta y el mayor uso de la sanidad privada. (Tabla 36; Gráfico 104).



LA CURVA DE UTILIZACIÓN DE LA SANIDAD PRIVADA DISCURRE CERCANA A LA DE LOS INGRESOS Y EN EL CASO DE LAS MUJERES EL CRECIMIENTO SALARIAL COINCIDE ADEMÁS CON LA EDAD FÉRTIL, SIENDO IMPORTANTE EL PORCENTAJE DE MUJERES (23 %) QUE TIENEN DOBLE ASEGURAMIENTO PARA CUBRIR, EN LA SANIDAD PRIVADA, LA ASISTENCIA GINECOLÓGICA Y LOS PARTOS

	SEGURIDAD SOCIAL	SOCIEDAD MÉDICA	CONSULTA PRIVADA	IGUALA MÉDICA, MÉDICO DE EM-PRESA, ETC.	TOTAL
16 A 19 AÑOS	325.897	30.630	19.106	17.340	392.973
%	82,93	7,79	4,86	4,41	100,00
20 A 29 AÑOS	969.436	65.255	73.188	36.277	1.144.156
%	84,73	5,70	6,40	3,17	100,00
30 A 39 AÑOS	1.164.612	126.928	81.325	65.340	1.438.205
%	80,98	8,83	5,65	4,54	100,00
40 A 49 AÑOS	1.256.452	145.205	71.416	40.733	1.513.806
%	83,00	9,59	4,72	2,69	100,00
50 A 59 AÑOS	1.316.158	83.680	62.825	36.217	1.498.881
%	87,81	5,58	4,19	2,42	100,00
60 A 69 AÑOS	1.550.732	94.156	48.421	9.143	1.702.451
%	91,09	5,53	2,84	0,54	100,00
70 A 79 AÑOS	1.609.309	53.298	39.303	951	1.702.861
%	94,51	3,13	2,31	0,06	100,00
80 A 89 AÑOS	613.788	49.433	15.828	0	679.049
%	90,39	7,28	2,33	0,00	100,00
90 Y MÁS AÑOS	99.116	3.974	705	0	103.795
%	95,49	3,83	0,68	0,00	100,00
TOTAL	8.905.502	652.557	412.117	206.001	10.176.176
%	87,51	6,41	4,05	2,02	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

4.1.2 LAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS
El hecho de que la cobertura pública sanitaria en España no alcance más que aspectos muy específicos y limitados de la asistencia odontológica influye en la menor visitación y frecuentación del dentista. En el caso de las consultas odontológicas, solo 6.635.451 españoles han ido al dentista en los últimos tres meses, lo que supone el 18,76 % del total. De nuevo, son las mujeres las que más van al odontólogo, con un porcentaje del 20,72 % frente al 16,72 % de los hombres (Tabla 37; Gráfico 105).

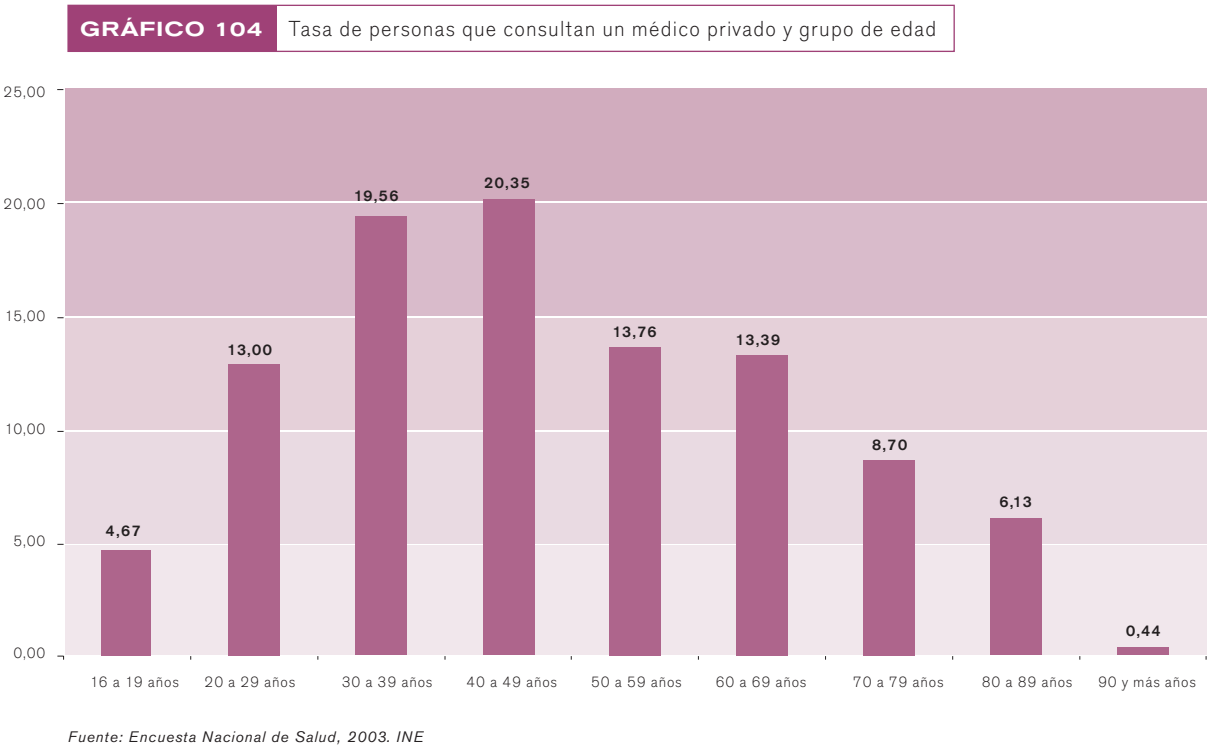
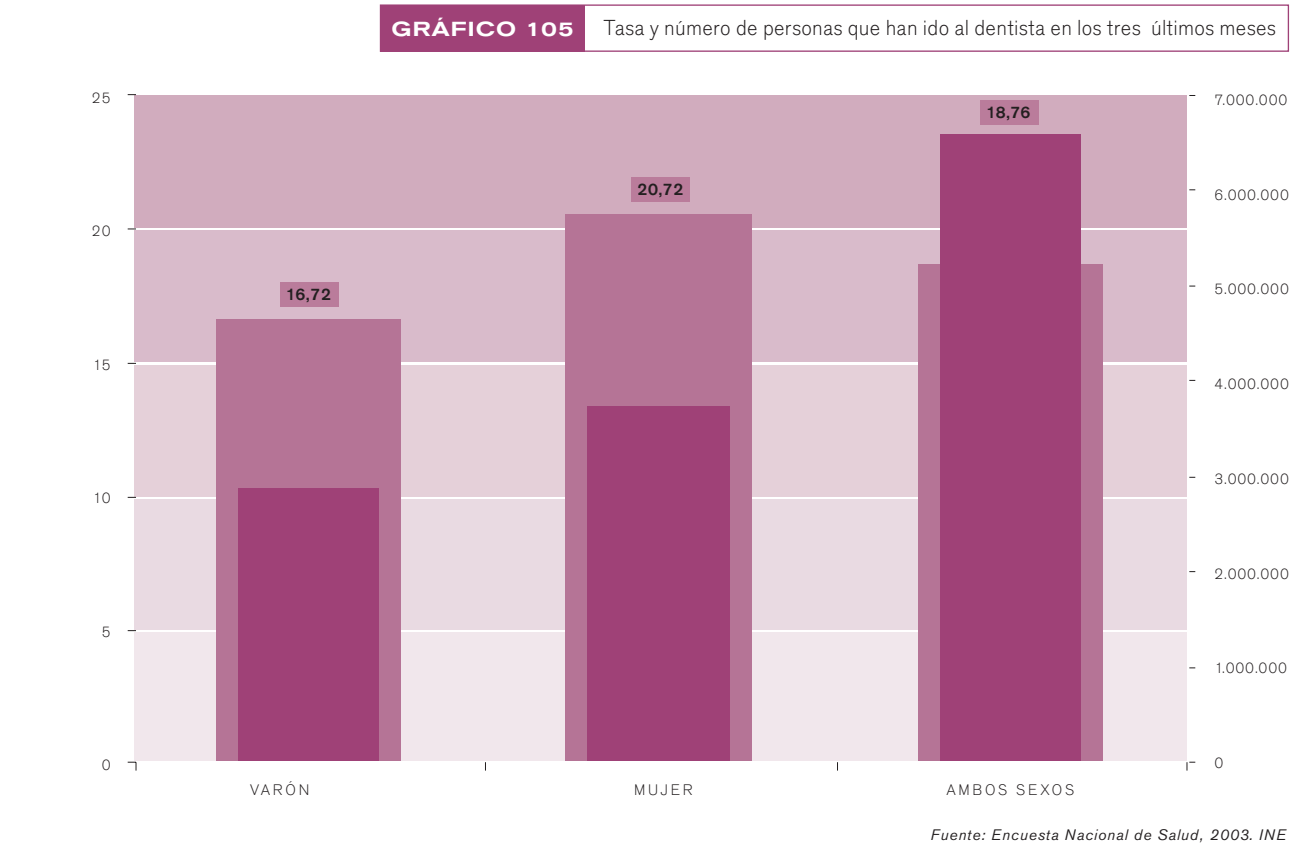


TABLA 37		Ha ido al dentista en los últimos tres meses				
		SÍ	%	NO	%	TOTAL
	VARÓN	2.883.312	16,72	14.366.495	83,28	17.249.807
	MUJER	3.752.139	20,72	14.359.436	79,28	18.111.575
	AMBOS SEXOS	6.635.451	18,76	28.725.931	81,24	35.361.382

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE



Aunque la visitación es mayor en la estomatología que en las consultas médicas en general, no ocurre lo mismo con la frecuentación. Si analizamos el número de visitas de aquellos que han acudido al dentista vemos como en este caso el porcentaje de personas que sólo han ido una vez baja al 62,03 % frente al porcentaje de más del 80 % en el caso de las consultas médicas (Tabla 38). Esto es debido en gran medida a las propias características de la asistencia bucodental en la que se suelen realizar diversas intervenciones en varias visitas más o menos consecutivas. Esta evolución no presenta diferencias significativas por sexo dado que es una práctica habitual de los odontólogos no propiciada por los pacientes o usuarios.

TABLA 38 Número de veces que ha ido al dentista en los últimos tres meses

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
1	1.780.880	61,77	2.335.176	62,24	4.116.056	62,03
2	502.775	17,44	589.909	15,72	1.092.684	16,47
3	291.554	10,11	369.038	9,84	660.592	9,96
4	117.065	4,06	184.481	4,92	301.546	4,54
5	48.112	1,67	101.762	2,71	149.874	2,26
6	57.444	1,99	78.429	2,09	135.873	2,05
7	4.523	0,16	18.607	0,50	23.130	0,35
8	27.278	0,95	34.210	0,91	61.488	0,93
9	13.034	0,45	4.610	0,12	17.644	0,27
10	19.195	0,67	15.148	0,40	34.343	0,52
12	11.444	0,40	14.499	0,39	25.943	0,39
14	2.999	0,10	-	-	2.999	0,05
15	7.008	0,24	6.272	0,17	13.280	0,20
Total	2.883.312		3.752.139		6.635.451	

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Si tenemos en cuenta el tiempo que hace que visito al dentista, en este caso, casi el 60 % visito al dentista hace más de un año y cerca del 5 % nunca fue al mismo. En este porcentaje, los hombres prácticamente duplican a las mujeres, ya que el 6,78 de los hombres declara no haber ido al dentista, siendo ese porcentaje del 3,27 % en las mujeres. Ello pone de relieve una mayor preocupación de estas últimas por la salud bucodental independientemente de que esta sea propiciada por motivos estrictamente de mayor salud o por razones de estética.

Más de un millón y medio de españoles (1.761.568), de los que algo mas de un millón (1.169.793) son hombres, declaran no haber ido nunca al dentista (Tabla 39; Gráfico 106). Cifras muy superiores a las registradas en el caso de las consultas médicas, donde no se llegaba al 1% de la población que nunca hubiese ido al médico, si bien hay que entender que sea mayor la visitación médica que engloba una enorme y variada morbilidad, que la específicamente odontológica.

Nacional de Salud, 2003. INE

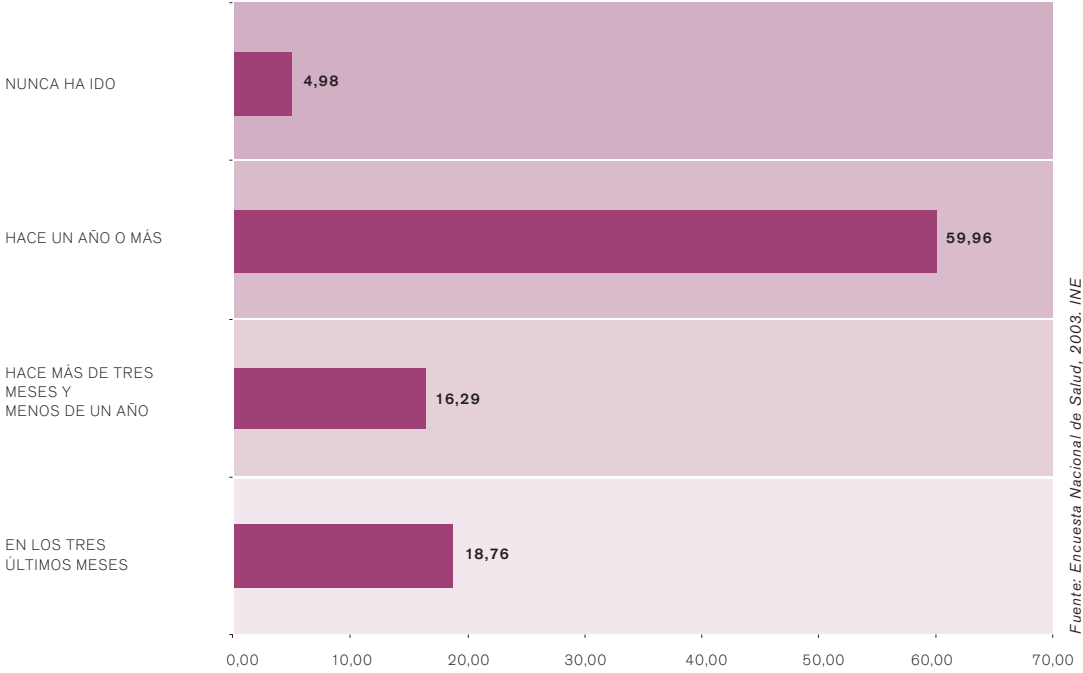
MÁS DE UN MILLÓN Y MEDIO DE ESPAÑOLES (1.761.568), DE LOS QUE ALGO MAS DE UN MILLÓN (1.169.793) SON HOMBRES, DECLARAN NO HABER IDO NUNCA AL DENTISTA

TABLA 39 Tiempo que hace que visitó al dentista

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
EN LOS 3 ÚLTIMOS MESES	2.883.312	16,72	3.752.139	20,72	6.635.451	18,76
HACE MÁS DE TRES MESES Y MENOS DE UN AÑO	2.663.462	15,44	3.097.828	17,10	5.761.289	16,29
HACE UN AÑO O MÁS	10.533.240	61,06	10.669.833	58,91	21.203.073	59,96
NUNCA HA IDO	1.169.793	6,78	591.775	3,27	1.761.568	4,98
TOTAL	17.249.807	100	18.111.575	100	35.361.382	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 106 Porcentaje de personas en función del tiempo que hace que acudieron al dentista



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

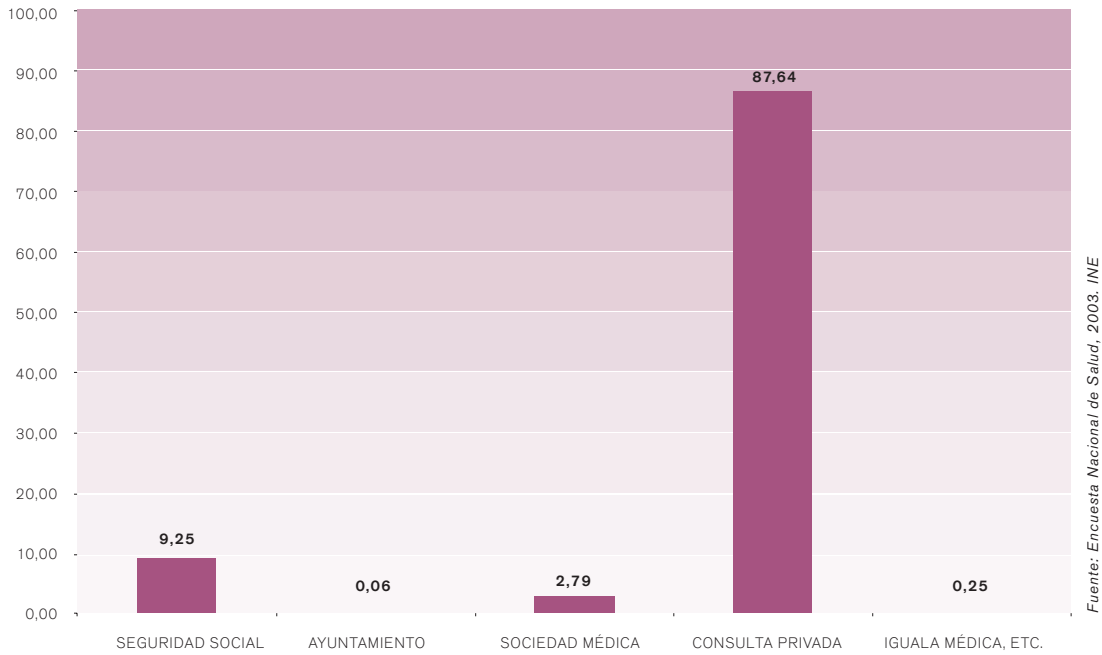
La baja visitación odontológica pone de manifiesto el esfuerzo necesario en cuanto a la promoción de la asistencia bucodental en nuestro país, limitada por su baja cobertura pública y su elevado coste privado. Esta situación se refleja en el régimen profesional de uno y otro tipo de consultas. En el caso de los dentistas se invierten los porcentajes en comparación a los médicos, ya que el 87 % de la población que acudió al dentista lo hizo a una consulta privada, frente al 9,25 % que lo hizo en el Sistema Nacional de Salud (Tabla 40; Gráfico 107). La falta de cobertura de la mayoría de la asistencia bucodental en la práctica totalidad del territorio nacional explica estos porcentajes y es, sin duda, una de las causas de la infrautilización de los servicios dentales.

TABLA 40 Sistema al que pertenece el dentista al que acudió

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
SEGURIDAD SOCIAL	1.619.769	10,07	1.489.372	8,50	3.109.141	9,25
AYUNTAMIENTO	2.302	0,01	18.495	0,11	20.797	0,06
SOCIEDAD MÉDICA	444.345	2,76	491.880	2,81	936.226	2,79
CONSULTA PRIVADA	13.961.327	86,82	15.486.873	88,40	29.448.200	87,64
IGUALA MÉDICA, ETC.	52.271	0,33	33.180	0,19	85.451	0,25
TOTAL	16.080.014	100,00	17.519.800	100,00	33.599.814	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 107 Porcentaje de personas en función del régimen al que pertenece el dentista al que acudió



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Si analizamos la utilización de las consultas odontológicas comprobamos cómo son los grupos más jóvenes los que presentan un mayor porcentaje, tanto el de 16 a 19 años como el de 20 a 29 años, son los únicos grupos en los que más del 21 % del total han acudido al dentista en los últimos 3 meses, reduciéndose este porcentaje por debajo del 13 % en los grupos de edades mayores de 70 años (Tabla 41; Gráfico 108).

Es decir, tanto la visitación como la frecuentación odontológicas tienen pautas muy diferentes de la consulta médica en general. Si tenemos en cuenta únicamente las personas que efectivamente acudieron al dentista en los últimos tres meses comprobamos cómo los grupos de edad comprendidos entre los 20 a los 49 años suponen más del 60 % del total de la población que acudió al dentista. Es decir, a diferencia de lo que ocurre en las consultas médicas en general, las tasas de visitación odontológica son decrecientes con la edad: las personas mayores van menos al dentista que las más jóvenes.

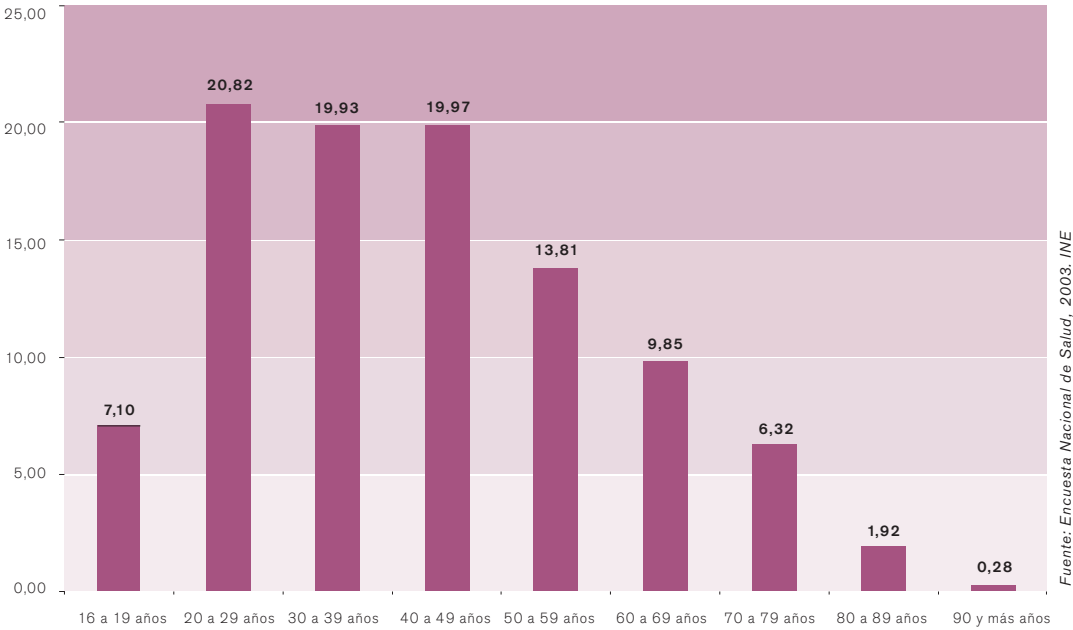
A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LAS CONSULTAS MÉDICAS EN GENERAL, LAS TASAS DE VISITACIÓN ODONTOLÓGICA SON DECRECIENTES CON LA EDAD: LAS PERSONAS MAYORES VAN MENOS AL DENTISTA QUE LAS MÁS JÓVENES

TABLA 41 Ha ido al dentista en los últimos tres meses

	SÍ	%	NO	%
16 A 19 AÑOS	471.341	22,60	1.613.951	77,40
20 A 29 AÑOS	1.381.438	21,05	5.182.614	78,95
30 A 39 AÑOS	1.322.319	19,73	5.379.323	80,27
40 A 49 AÑOS	1.324.858	20,72	5.068.417	79,28
50 A 59 AÑOS	916.542	19,74	3.727.680	80,26
60 A 69 AÑOS	653.343	16,09	3.407.482	83,91
70 A 79 AÑOS	419.499	12,41	2.961.316	87,59
80 A 89 AÑOS	127.606	9,74	1.182.414	90,26
90 Y MÁS AÑOS	18.506	8,36	202.734	91,64
TOTAL	6.635.451	18,76	28.725.931	81,24

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 108 Porcentaje de personas que acudieron al dentista en los tres últimos meses por grupo de edad



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

4.1.3 HOSPITALIZACIÓN

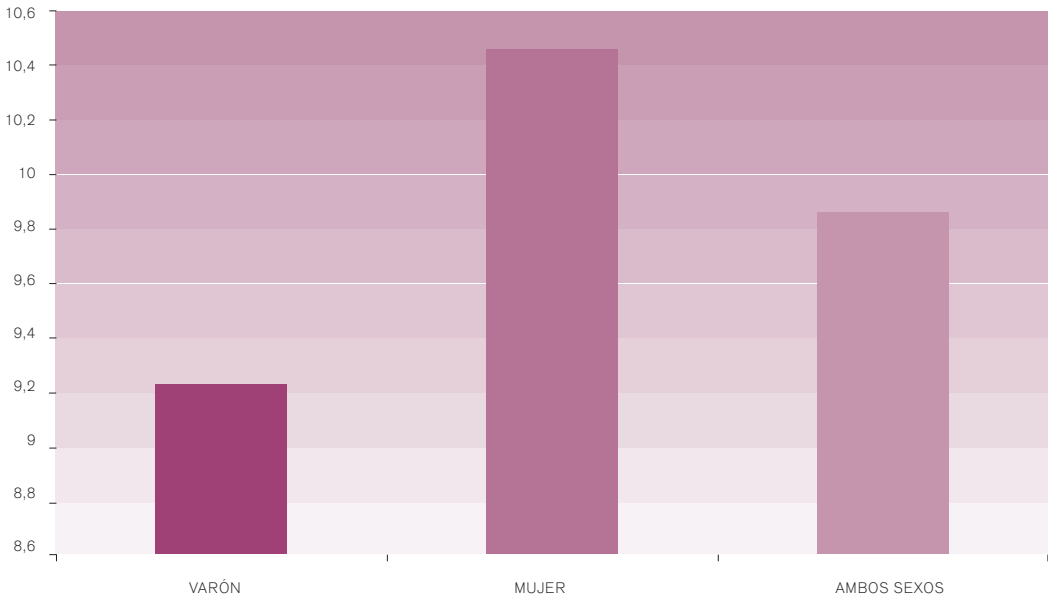
En este apartado se describe la utilización de los servicios hospitalarios por parte de la población española. Según la ENS de 2003, casi cuatro millones de españoles (3.845.084) estuvieron hospitalizados al menos una noche en los últimos doce meses, lo que representa el 9,86 % del total (Tabla 42). En cuanto a las diferencias por sexos, comprobamos que el porcentaje de hombres y mujeres no difiere mucho, siendo el de los primeros un 9,22 % y el de las segundas un 10,46 % (Gráfico 109). Esta diferencia en la tasa de hospitalización de las mujeres, un 13,4 % superior a la de los hombres puede achacarse íntegramente al ciclo reproductivo de la mujer. Hay que recordar que uno de cada seis ingresos hospitalarios de la mujer se produce por motivo de parto.

TABLA 42 He estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses

	SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
VARÓN	1.590.874	9,22	15.658.933	90,78	17.249.807	100,00
MUJER	1.894.209	10,46	16.217.366	89,54	18.111.575	100,00
AMBOS SEXOS	3.485.084	9,86	31.876.298	90,14	35.361.382	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 109 Porcentaje de personas que ha estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

CASI CUATRO MILLONES DE ESPAÑOLES (3.845.084) ESTUVIERON HOSPITALIZADOS AL MENOS UNA NOCHE EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, LO QUE REPRESENTA EL 9,86 % DEL TOTAL

En cuanto a los reingresos, no existen apenas diferencias entre hombres y mujeres, ya que si bien el 80,77 % de los hombres ingresan sólo una vez, frente al 83,87 % de las mujeres, comprobamos que si tenemos en cuenta las segundas hospitalizaciones el porcentaje se eleva al 95,02 para los hombres y al 95,49 para las mujeres (Tabla 43).

TABLA 43 Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
1	1.284.984	80,77	1.588.579	83,87	2.873.563	82,45
2	226.691	14,25	220.178	11,62	446.869	12,82
3	35.817	2,25	41.725	2,20	77.542	2,22
4	21.227	1,33	22.446	1,18	43.672	1,25
5	6.192	0,39	2.943	0,16	9.135	0,26
6	1.871	0,12	2.922	0,15	4.793	0,14
7	2.316	0,15	1.442	0,08	3.758	0,11
8			1.837	0,10	1.837	0,05
9	2.185	0,14			2.185	0,06
10	4.814	0,30	4.931	0,26	9.745	0,28
11	2.157	0,14			2.157	0,06
12	2.318	0,15	1.186	0,06	3.505	0,10
14			4.238	0,22	4.238	0,12
25	302	0,02	1.782	0,09	2.084	0,06
TOTAL	1.590.874	100	1.894.209	100	3.485.084	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

En este caso el sexo es un factor diferenciador, ya que el 18 % de las mujeres acuden al mismo para dar a luz, ya sea con parto o cesárea. Sin embargo, una vez que descontamos las 343.913 mujeres que acuden al hospital por esta causa, los números absolutos y los porcentajes entre hombres y mujeres se igualan, ya que el 55,45 % de las mujeres que acuden la hospital por causas diferentes al parto lo hacen para una intervención quirúrgica, porcentaje similar al de los hombres (Tabla 44; Gráfico 110).

TABLA 44 Motivo del último ingreso en el hospital

	VARÓN	%	MUJER	%	TOTAL	%
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	836.302	52,57	859.727	45,39	1.696.029	48,67
ESTUDIO MÉDICO PARA DIAGNÓSTICO	306.313	19,25	300.087	15,84	606.400	17,40
TRATAMIENTO MÉDICO SIN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	389.919	24,51	316.031	16,68	705.950	20,26
PARTO (INCLUYE CESÁREA)	0	0,00	343.913	18,16	343.913	9,87
OTROS MOTIVOS	58.340	3,67	74.452	3,93	132.792	3,81
TOTAL	1.590.874	100,0	1.894.209	100,0	3.485.084	100,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 110 Porcentaje de personas por motivo de ingreso en el hospital

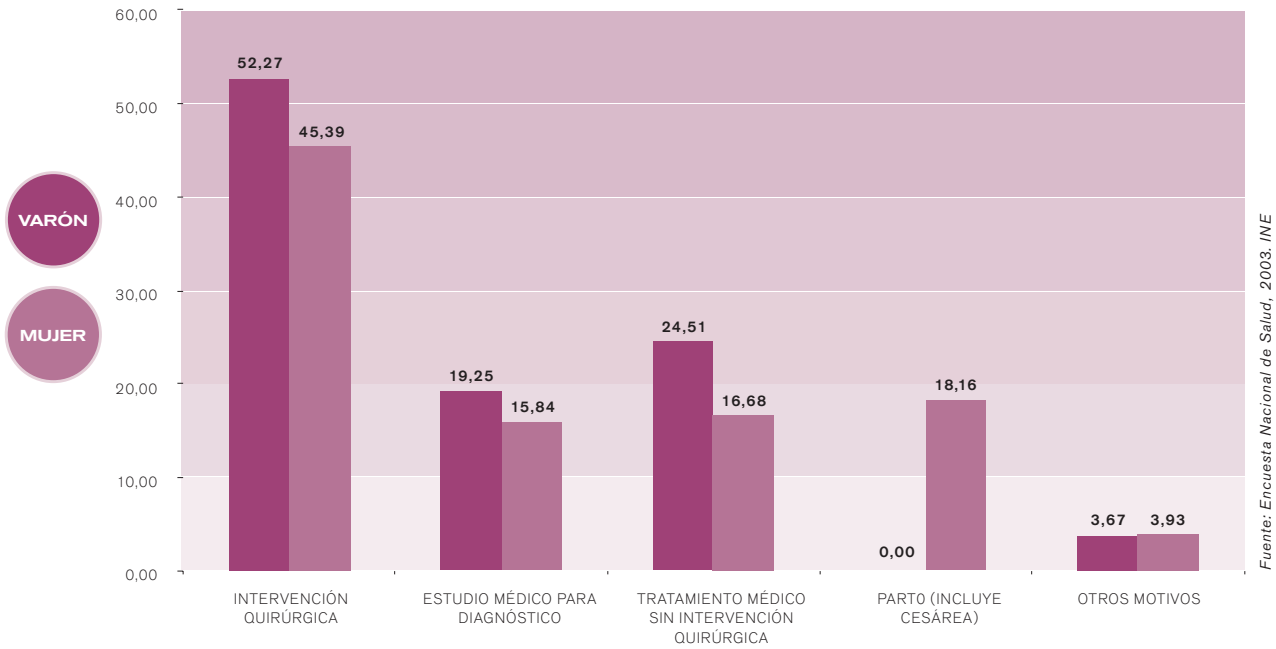


TABLA 45 A cargo de quién corrieron los gastos de su última hospitalización

	VARÓN	%	MUJER	%	AMBOS SEXOS	%
SEGURIDAD SOCIAL	1.333.803	83,84	1.546.064	81,62	2.879.867	82,63
MUTUALIDAD OBLIGATORIA	73.061	4,59	68.001	3,59	141.062	4,05
SOCIEDAD MÉDICA PRIVADA	114.219	7,18	237.224	12,52	351.442	10,08
A SU PROPIO CARGO O DE SU HOGAR	37.117	2,33	38.191	2,02	75.308	2,16
A CARGO DE OTRAS PERSONAS, ORGANISMOS O INSTITUCIONES	32.675	2,05	4.729	0,25	37.404	1,07
TOTAL	1.590.874	100,00	1.894.209	100,00	3.485.084	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

En cuanto al pago de los servicios hospitalarios vemos que el 82,63 % de los españoles cargan al Sistema Nacional de Salud los gastos de hospitalización, sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos (Tabla 45). Ahora bien, si diferenciamos el tipo de asistencia y analizamos quién corre con los gastos, observamos como el porcentaje de mayor utilización de la asistencia sanitaria privada se da en el caso de las mujeres y el parto. En el gráfico 111 se muestra claramente cómo el 23,84 % de las mujeres eligen la asistencia sanitaria privada cuando tienen que dar a luz, motivo que hace que en el indicador agrupado las mujeres estén cinco puntos por encima de utilización de la asistencia sanitaria privada en comparación a los hombres.

EN EL GRÁFICO 111 SE MUESTRA CLARAMENTE CÓMO EL 23,84 % DE LAS MUJERES ELIGEN LA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA CUANDO TIENEN QUE DAR A LUZ

GRÁFICO 111 Porcentaje de personas que utilizan la sanitaria privada en su ingreso en el hospital por motivo y sexo

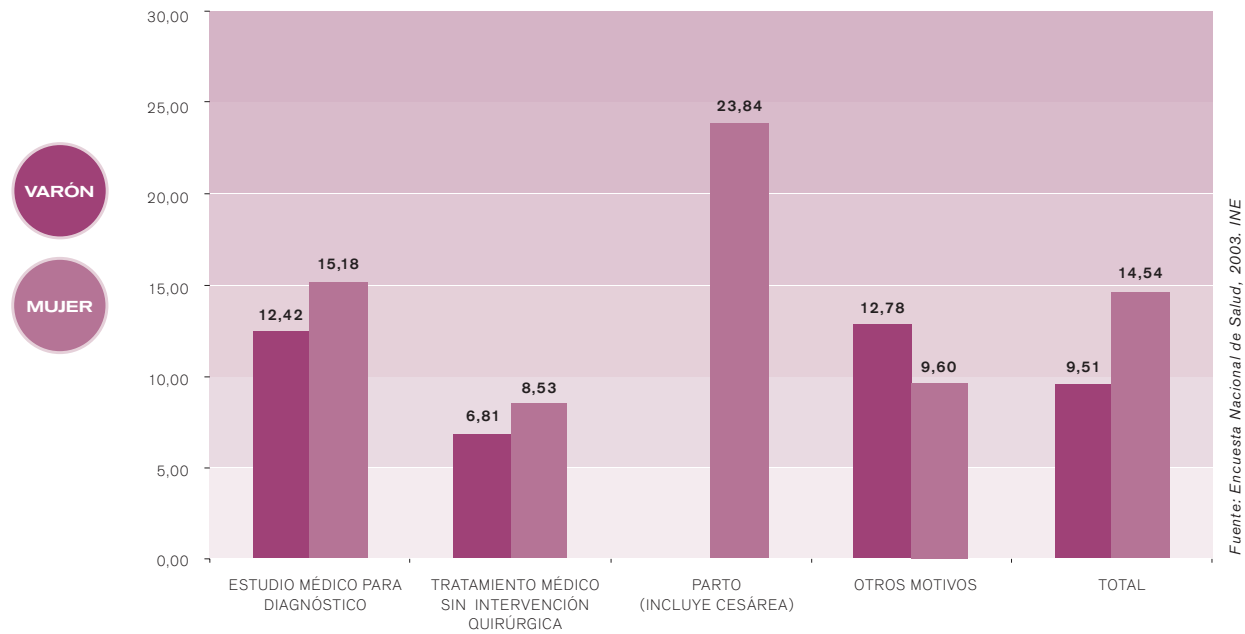


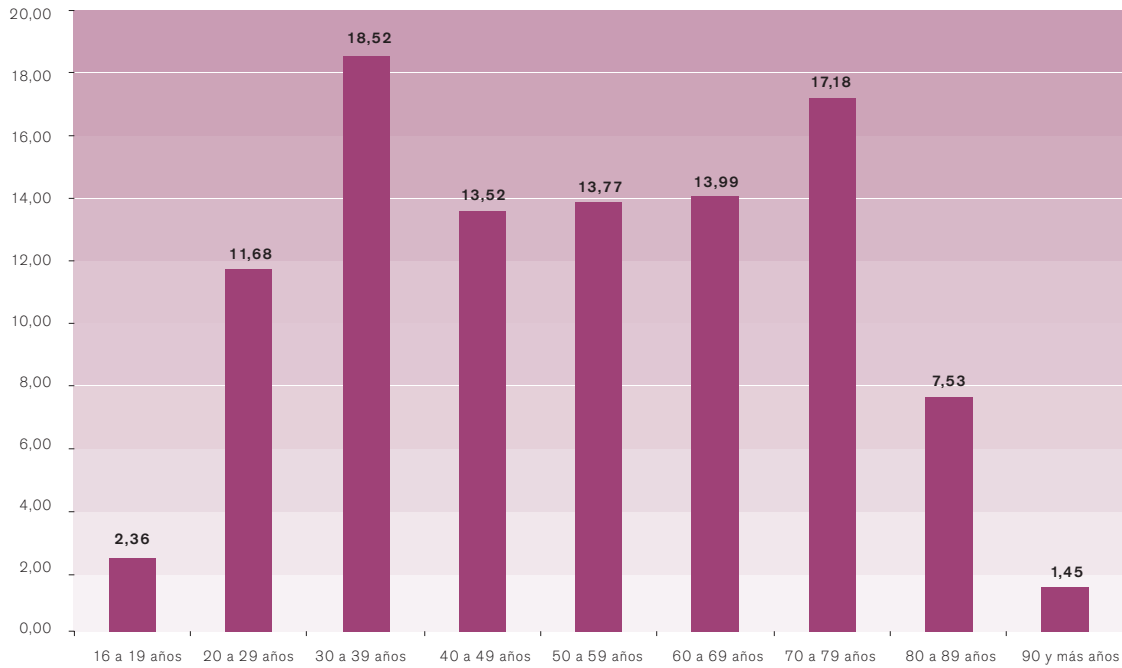
TABLA 46 Ha estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses

Si distinguimos por grupos de edad, observamos como a partir del grupo de 50 a 59 años, más del 10 % de las personas ha estado hospitalizada al menos una noche a lo largo del último año, subiendo este porcentaje por encima del 20 % a partir de los 80 años. La tasa de hospitalización se incrementa progresivamente a medida que avanza la edad, siendo especialmente importante en los grupos de edad más elevados, por encima de los noventa años, en los que alcanza a casi uno de cada cuatro ancianos (Tabla 46).

	SI	%	NO	%
16 A 19 AÑOS	82.340	3,95	2.002.953	96,05
20 A 29 AÑOS	406.963	6,20	6.157.088	93,80
30 A 39 AÑOS	645.347	9,63	6.056.294	90,37
40 A 49 AÑOS	471.168	7,37	5.922.107	92,63
50 A 59 AÑOS	479.948	10,33	4.164.275	89,67
60 A 69 AÑOS	487.441	12,00	3.573.384	88,00
70 A 79 AÑOS	598.863	17,71	2.781.951	82,29
80 A 89 AÑOS	262.320	20,02	1.047.700	79,98
90 Y MÁS AÑOS	50.693	22,91	170.547	77,09
TOTAL	3.485.084	9,86	31.876.298	90,14

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 112 Porcentaje de personas por grupos de edad que han estado al menos una noche hospitalizados en los últimos 12 meses



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

Ahora bien, a pesar de que el uso es creciente con la edad, si tenemos en cuenta solo el número total de personas que han sido hospitalizadas en el ultimo año (3.485.084) por grupos de edad comprobamos que el grupo de 30 a 39 años representa el mayor porcentaje, el 18,52 %, debido en su mayoría a la incidencia que tiene el parto y sus complicaciones en este grupo de edad. Los grupos siguientes, entre 40 y 69 años se reparten de forma bastante equilibrada, mientras que el grupo de 70 a 79 años representa un 17,18 % en el total de los hospitalizados (Gráfico 112).

4.1.4 LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Tal como muestra la tabla siguiente, el 26,90 % de la población española ha acudido a urgencias al menos una vez durante los últimos 12 meses. Aunque con escasa diferencia, la tasa de utilización de los servicios de urgencias es algo más elevada en las mujeres (27,62 %). La edad es el factor más importante para explicar la utilización de este servicio sanitario. El uso de las urgencias en cada grupo de edad es decreciente hasta los 40-50 años, edad a partir de la cual vuelve a ser creciente hasta alcanzar casi al 45 % de los mayores de 90 años (Tabla 47).

TABLA 47 Ha utilizado algún servicio de urgencias durante los últimos doce meses

		SÍ	% FILA	% COL	NO	% FILA	% COL
VARÓN	16 A 19 AÑOS	343.688	32,75	7,62	705.888	67,25	5,54
	20 A 29 AÑOS	879.346	26,64	19,50	2.421.578	73,36	19,01
	30 A 39 AÑOS	937.603	27,22	20,79	2.506.894	72,78	19,68
	40 A 49 AÑOS	705.739	21,76	15,65	2.538.058	78,24	19,92
	50 A 59 AÑOS	537.635	23,94	11,92	1.708.152	76,06	13,41
	60 A 69 AÑOS	475.557	24,43	10,54	1.470.914	75,57	11,55
	70 A 79 AÑOS	427.012	29,64	9,47	1.013.888	70,36	7,96
	80 A 89 AÑOS	181.448	35,96	4,02	323.114	64,04	2,54
	90 Y MÁS AÑOS	22.442	30,62	0,50	50.850	69,38	0,40
	TOTAL	4.510.470	26,15	100,00	12.739.337	73,85	100,00
MUJERES	16 A 19 AÑOS	313.984	30,32	6,28	721.732	69,68	5,51
	20 A 29 AÑOS	905.082	27,74	18,09	2.358.045	72,26	17,99
	30 A 39 AÑOS	896.057	27,51	17,91	2.361.088	72,49	18,01
	40 A 49 AÑOS	690.262	21,92	13,80	2.459.217	78,08	18,76
	50 A 59 AÑOS	529.622	22,08	10,59	1.868.813	77,92	14,26
	60 A 69 AÑOS	614.174	29,05	12,28	1.500.181	70,95	11,44
	70 A 79 AÑOS	677.201	34,91	13,54	1.262.713	65,09	9,63
	80 A 89 AÑOS	299.820	37,22	5,99	505.637	62,78	3,86
	90 Y MÁS AÑOS	76.961	52,02	1,54	70.986	47,98	0,54
	TOTAL	5.003.163	27,62	100,00	13.108.412	72,38	100,00
AMBOS SEXOS	16 A 19 AÑOS	657.672	31,54	6,91	1.427.621	68,46	5,52
	20 A 29 AÑOS	1.784.428	27,18	18,76	4.779.623	72,82	18,49
	30 A 39 AÑOS	1.833.660	27,36	19,27	4.867.982	72,64	18,83
	40 A 49 AÑOS	1.396.000	21,84	14,67	4.997.275	78,16	19,33
	50 A 59 AÑOS	1.067.257	22,98	11,22	3.576.966	77,02	13,84
	60 A 69 AÑOS	1.089.731	26,84	11,45	2.971.094	73,16	11,49
	70 A 79 AÑOS	1.104.213	32,66	11,61	2.276.601	67,34	8,81
	80 A 89 AÑOS	481.268	36,74	5,06	828.752	63,26	3,21
	90 Y MÁS AÑOS	99.404	44,93	1,04	121.836	55,07	0,47
	TOTAL	9.513.633	26,90	100,00	25.847.749	73,10	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

A PARTIR DE LOS 50 AÑOS, EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE UTILIZAN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS ES CRECIENTE HASTA ALCANZAR EL MÁXIMO EN EL GRUPO DE 90 Y MÁS AÑOS

Si analizamos el porcentaje de personas que ha utilizado algún servicio de urgencias por grupos de edad observamos cómo en el grupo de 16 a 19 años el 31,54 % de las personas de esa edad ha acudido a urgencias, siendo este porcentaje decreciente hasta llegar al grupo de edad de 40 a 49 años. A partir de los 50 años, el porcentaje de personas que utilizan los servicios de urgencias es creciente hasta alcanzar el máximo en el grupo de 90 y más años. La trayectoria catenaria (descendente-ascendente) de la utilización de las urgencias es atribuible al efecto conjunto de la accidentalidad decreciente hasta los 50 años y la morbilidad creciente a partir de esta edad (Gráfico 113).

Sin embargo, al igual que sucedía en el caso de las hospitalizaciones, no son los grupo de edad con mayor incidencia dentro del grupo los que representan el mayor número de personas que acuden a los servicios de urgencias. Así, entre las personas de 20 a 29 años sólo acuden a urgencias el 27,18 %, sin embargo sobre el total de personas que acuden a urgencias representan el 18,76 %, siendo el segundo grupo de edad en cuanto a peso en el conjunto de usuarios de este servicio.

Asimismo, mientras que en el grupo de 30 a 39 años, son un 27,36 % los que acuden a las urgencias, dentro del grupo de usuarios de las urgencias representan el 19,27 %, siendo el grupo mayoritario. El efecto conjunto de la accidentalidad y la natalidad explican fácilmente el nutrido contingente (3.618.088 personas) de usuarios de los servicios de urgencias en los tramos de 30 a 39 y 20 a 29 años (Gráfico 114).

GRÁFICO 113 Porcentaje de personas por grupos de edad que han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses

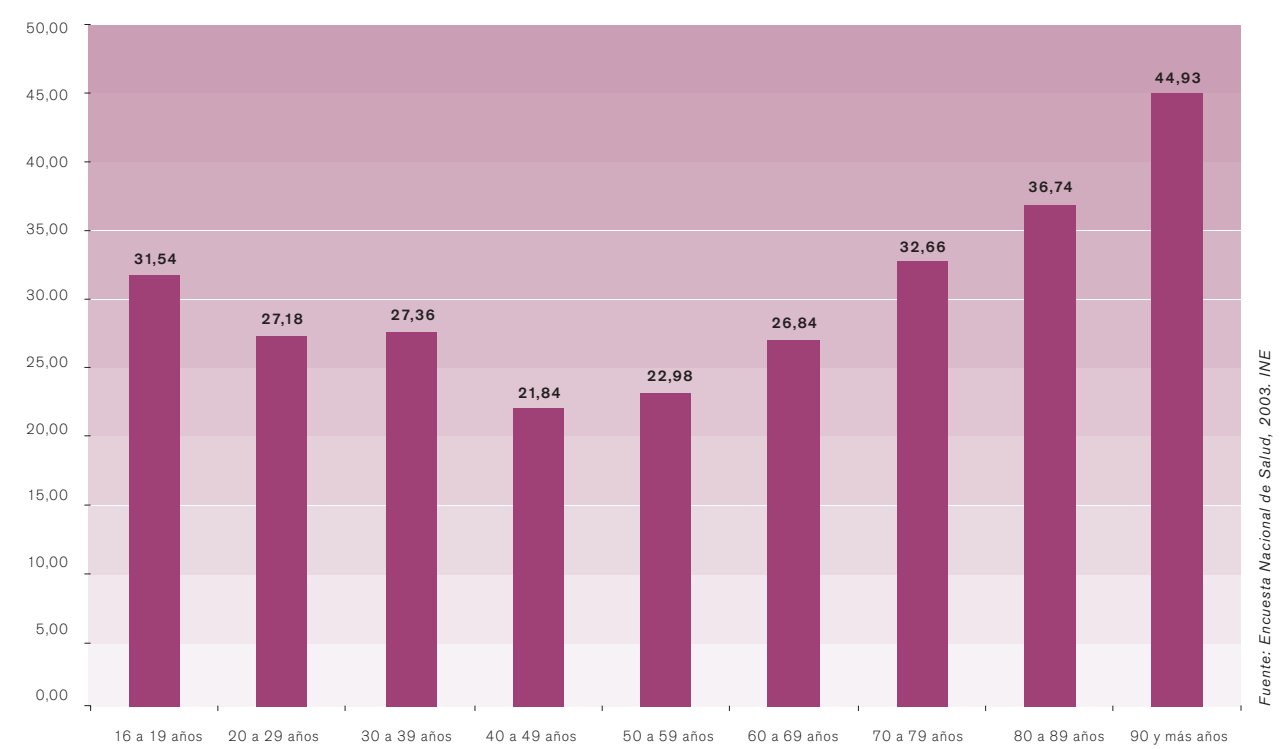
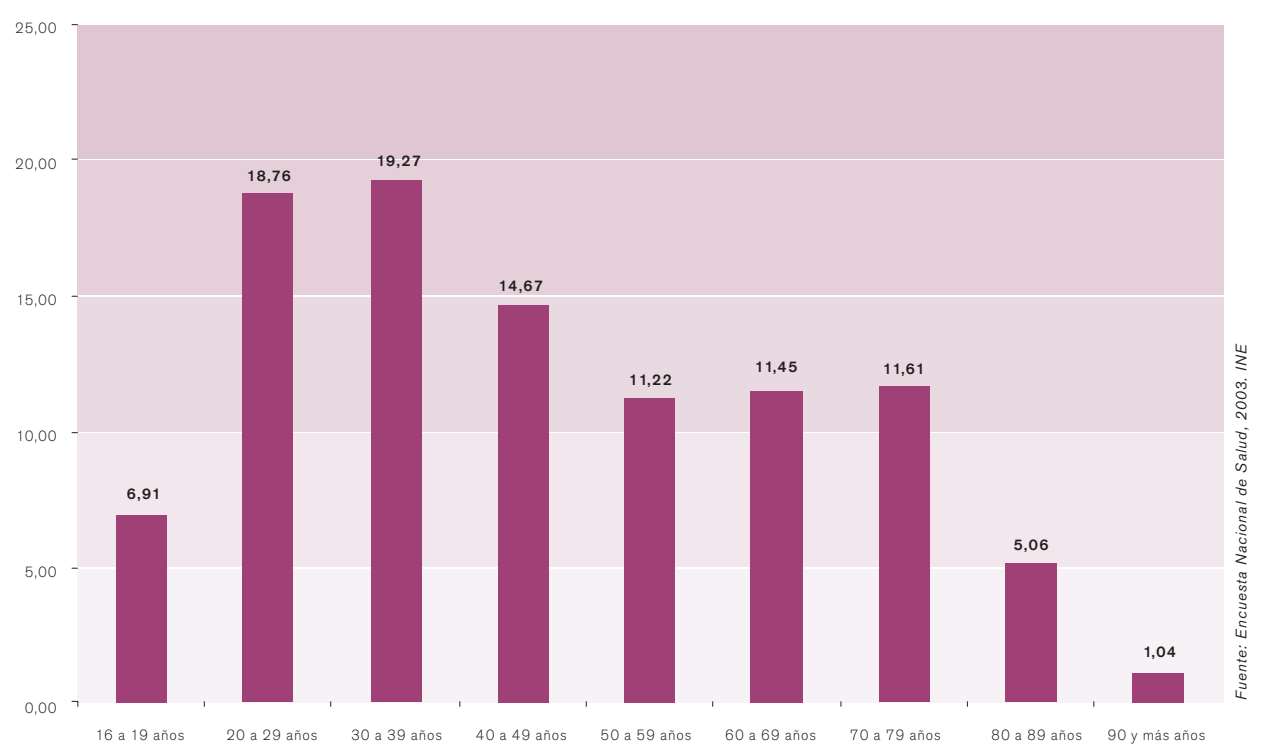


GRÁFICO 114 Porcentaje de personas que han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses sobre el total



EL 90 % DEL TOTAL DE LAS URGENCIAS RECAEN SOBRE LA SANIDAD PÚBLICA

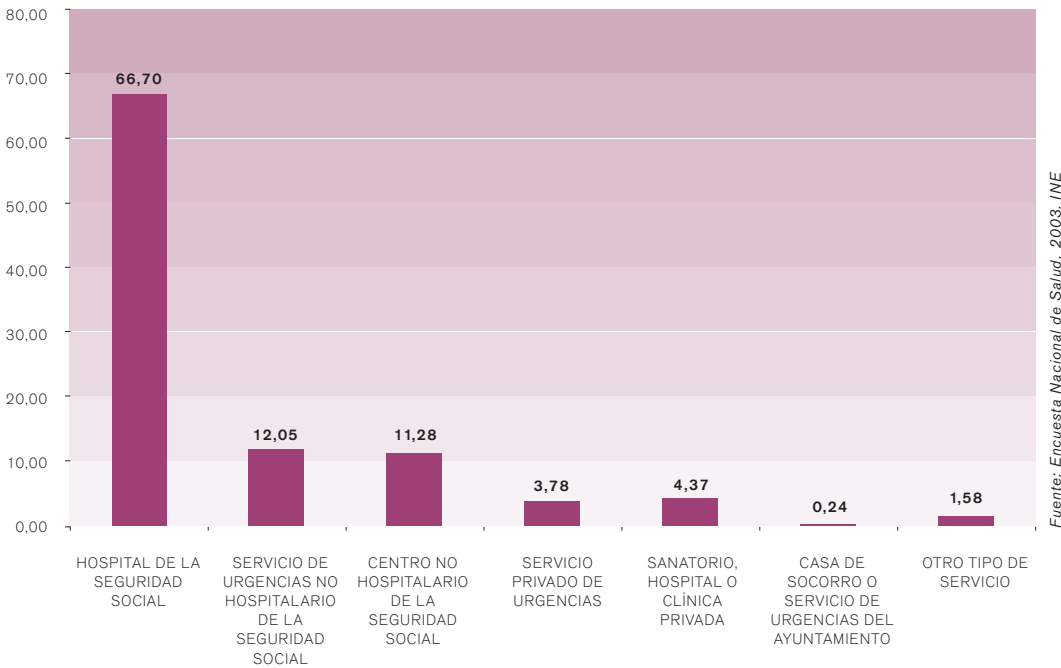
Por otro lado, las dos terceras partes, el 66,70 %, de las personas que acuden a algún servicio de urgencias lo hacen a un hospital del Sistema Nacional de Salud. Si a dicho porcentaje le sumamos los que corresponden a otros servicios de urgencia de la sanidad pública, es decir, los servicios de urgencia no hospitalarios (12,05 %) y los centros no hospitalarios de la Seguridad Social (11,28 %), comprobamos que el 90 % del total de las urgencias recaen sobre la sanidad pública (Gráfico 115).

TABLA 48 Tipo de servicio de urgencias utilizado

	HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	SERVICIO DE URGENCIAS NO HOSPITALARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	CENTRO NO HOSPITALARIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL	SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS	SANATORIO, HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA	CASA DE SOCORRO O SERVICIO DE URGENCIAS DEL AYTO.	OTRO TIPO DE SERVICIO
16 A 19 AÑOS	412.482	94.945	90.391	26.578	19.860	0	13.417
20 A 29 AÑOS	1.140.864	216.574	268.684	67.518	62.880	2.095	25.815
30 A 39 AÑOS	1.150.099	220.366	228.910	96.012	106.615	8.997	22.661
40 A 49 AÑOS	887.190	164.335	155.041	68.659	95.424	0	25.352
50 A 59 AÑOS	697.746	130.679	138.601	38.421	40.976	97	20.738
60 A 69 AÑOS	770.777	149.335	77.681	22.258	48.964	2.281	18.434
70 A 79 AÑOS	851.866	120.048	74.732	23.207	21.798	2.596	9.966
80 A 89 AÑOS	363.336	36.086	30.656	14.603	15.963	6.723	13.900
90 Y MÁS AÑOS	71.617	14.166	7.986	2.764	2.871	0	0
TOTAL	6.345.977	1.146.534	1.072.682	360.019	415.350	22.789	150.282

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

GRÁFICO 115 Porcentaje de personas según el tipo de servicio de urgencia que han utilizado



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

En este sentido, parece claro que los ciudadanos pueden estar utilizando los servicios de urgencia de la sanidad pública para evitar las colas o las listas de espera en la asistencia ordinaria, tanto de la especializada como de la de atención primaria. Si diferenciamos por grupo de edad, observamos cómo únicamente los grupos de 30 a 49 años presentan tasas de utilización de la sanidad privada por encima del 10 %. De igual forma, se constata que la utilización de las casas de socorro o de los servicios de urgencia municipales es prácticamente testimonial, con un porcentaje del 0,24 %.

En relación a la causa por la que fue al médico sólo el 18,60 % de los españoles que acuden a urgencias lo hacen derivado por un médico, no existiendo grandes diferencias por sexo. De nuevo, la edad parece ser un factor más relevante que el sexo a la hora de explicar diferencias, ya que los grupos de edad a partir de los 50 años presentan porcentajes superiores al 20 % de ciudadanos derivados a los servicios de urgencia por un médico, mientras que son las personas de 20 a 29 años las que más acuden a urgencias por decisión propia o de un familiar, con un porcentaje del 87,20 %. Otro dato interesante es comprobar que sobre el total de pacientes que acuden a urgencias por indicación de un médico, el grupo con mayor peso es el de las personas entre 70 y 79 años que representan el 17,43 % del total, seguido por el grupo de personas entre 60 y 69 años con un porcentaje del 15,69 % (Tabla 49).

LOS CIUDADANOS PUEDEN ESTAR UTILIZANDO LOS SERVICIOS DE URGENCIA DE LA SANIDAD PÚBLICA PARA EVITAR LAS LISTAS DE ESPERA EN LA ASISTENCIA ORDINARIA, TANTO DE LA ESPECIALIZADA COMO DE LA DE ATENCIÓN PRIMARIA

TABLA 49		Causa por la que acudió a ese servicio de urgencias					
		HA PADECIDO ALGUNA DOLENCIA O ENFERMEDAD DURANTE MÁS DE 10 DÍAS			HA TENIDO QUE REDUCIR O LIMITAR SU ACTIVIDAD PRINCIPAL DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS		
		PERSONAS	% FILA	% COL	PERSONAS	% FILA	% COL
VARÓN	16 A 19 AÑOS	33.028	16,01	5,85	173.322	83,99	7,28
	20 A 29 AÑOS	77.937	14,82	13,81	447.961	85,18	18,81
	30 A 39 AÑOS	70.591	12,57	12,51	491.076	87,43	20,62
	40 A 49 AÑOS	70.320	15,41	12,46	385.877	84,59	16,20
	50 A 59 AÑOS	68.890	19,46	12,21	285.165	80,54	11,97
	60 A 69 AÑOS	81.873	23,04	14,51	273.553	76,96	11,48
	70 A 79 AÑOS	100.532	30,12	17,82	233.241	69,88	9,79
	80 A 89 AÑOS	53.828	40,05	9,54	80.575	59,95	3,38
	90 Y MÁS AÑOS	7.203	38,97	1,28	11.279	61,03	0,47
	TOTAL	564.202	19,15	100,00	2.382.050	80,85	100,00
MUJERES	16 A 19 AÑOS	38.792	18,82	6,30	167.339	81,18	6,01
	20 A 29 AÑOS	68.151	11,08	11,06	546.816	88,92	19,64
	30 A 39 AÑOS	89.837	15,27	14,58	498.595	84,73	17,91
	40 A 49 AÑOS	55.707	12,93	9,04	375.286	87,07	13,48
	50 A 59 AÑOS	70.345	20,47	11,42	273.345	79,53	9,82
	60 A 69 AÑOS	103.259	24,86	16,76	312.093	75,14	11,21
	70 A 79 AÑOS	105.164	20,30	17,07	412.929	79,70	14,83
	80 A 89 AÑOS	56.224	24,56	9,13	172.710	75,44	6,20
	90 Y MÁS AÑOS	28.507	53,65	4,63	24.628	46,35	0,88
	TOTAL	615.986	18,12	100,00	2.783.740	81,88	100,00
AMBOS SEXOS	16 A 19 AÑOS	71.820	17,41	6,09	340.662	82,59	6,59
	20 A 29 AÑOS	146.087	12,80	12,38	994.776	87,20	19,26
	30 A 39 AÑOS	160.428	13,95	13,59	989.671	86,05	19,16
	40 A 49 AÑOS	126.027	14,21	10,68	761.163	85,79	14,73
	50 A 59 AÑOS	139.236	19,96	11,80	558.510	80,04	10,81
	60 A 69 AÑOS	185.132	24,02	15,69	585.646	75,98	11,34
	70 A 79 AÑOS	205.696	24,15	17,43	646.171	75,85	12,51
	80 A 89 AÑOS	110.052	30,29	9,32	253.285	69,71	4,90
	90 Y MÁS AÑOS	35.710	49,86	3,03	35.907	50,14	0,70
	TOTAL	1.180.187	18,60	100,00	5.165.789	81,40	100,00

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

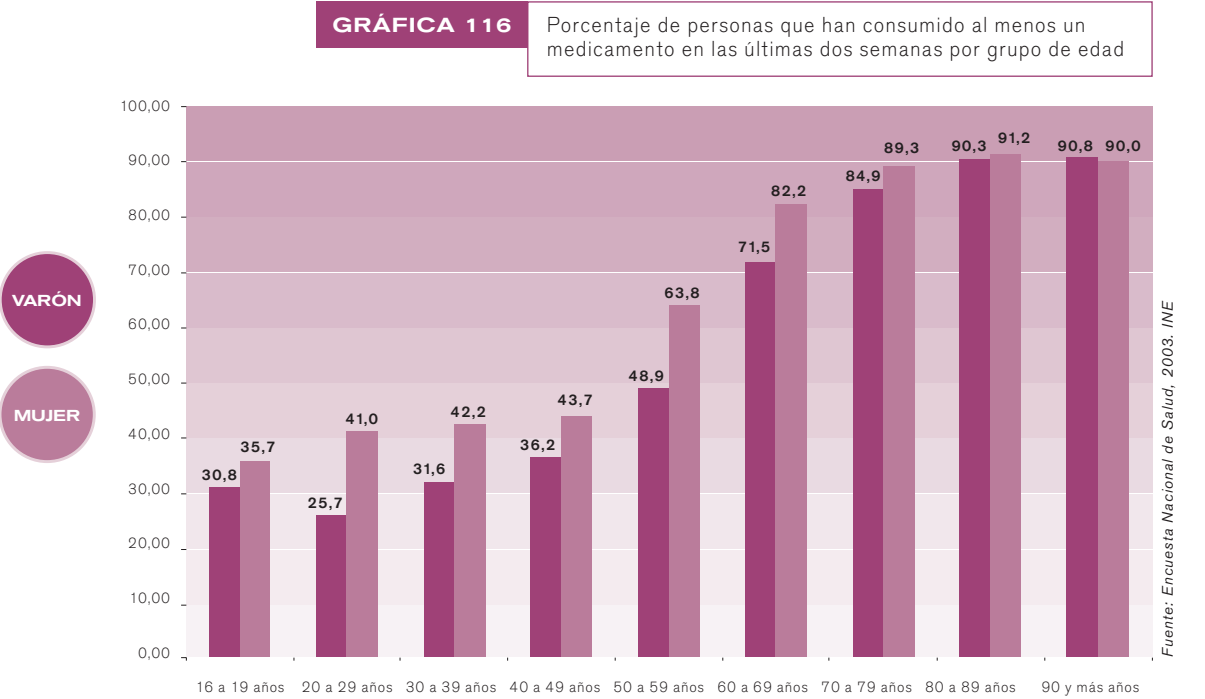
4.1.5 EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Tal como se muestra en la tabla, el 50 % de la población española consume al menos un medicamento en las últimas dos semanas, que representan el 44,46 % de los hombres y el 57,01 % de las mujeres.

Esta diferencia por sexo es patente en todos los grupos de edad. Tanto la tasa de consumo de medicamentos como el número absoluto de usuarios crecen a medida que lo hace la edad hasta los 80 años (Tabla 50; Gráfico 116).

TABLA 50		Número de personas en función del consumo de medicamentos					
		NO CONSUME MEDICAMENTOS			CONSUME MEDICAMENTOS		
		PERSONAS	% FILA	% COL	PERSONAS	% FILA	% COL
VARÓN	16 A 19 AÑOS	726.690	69,24	7,59	322.886	30,76	4,21
	20 A 29 AÑOS	2.452.166	74,29	25,60	848.759	25,71	11,07
	30 A 39 AÑOS	2.357.420	68,44	24,61	1.087.077	31,56	14,17
	40 A 49 AÑOS	2.069.119	63,79	21,60	1.174.678	36,21	15,32
	50 A 59 AÑOS	1.147.768	51,11	11,98	1.098.019	48,89	14,32
	60 A 69 AÑOS	554.383	28,48	5,79	1.392.087	71,52	18,15
	70 A 79 AÑOS	217.054	15,06	2,27	1.223.846	84,94	15,96
	80 A 89 AÑOS	48.918	9,70	0,51	455.645	90,30	5,94
	90 Y MÁS AÑOS	6.771	9,24	0,07	66.521	90,76	0,87
	TOTAL	9.580.289	55,54	100,00	7.669.518	44,46	100,00
MUJERES	16 A 19 AÑOS	666.197	64,32	8,56	369.519	35,68	3,58
	20 A 29 AÑOS	1.925.174	59,00	24,73	1.337.953	41,00	12,96
	30 A 39 AÑOS	1.881.994	57,78	24,17	1.375.151	42,22	13,32
	40 A 49 AÑOS	1.773.820	56,32	22,78	1.375.658	43,68	13,32
	50 A 59 AÑOS	867.870	36,18	11,15	1.530.565	63,82	14,82
	60 A 69 AÑOS	376.587	17,81	4,84	1.737.767	82,19	16,83
	70 A 79 AÑOS	208.408	10,74	2,68	1.731.506	89,26	16,77
	80 A 89 AÑOS	71.181	8,84	0,91	734.276	91,16	7,11
	90 Y MÁS AÑOS	14.827	10,02	0,19	133.121	89,98	1,29
	TOTAL	7.786.060	42,99	100,00	10.325.515	57,01	100,00
AMBOS SEXOS	16 A 19 AÑOS	1.392.887	66,80	8,02	692.405	33,20	3,85
	20 A 29 AÑOS	4.377.340	66,69	25,21	2.186.711	33,31	12,15
	30 A 39 AÑOS	4.239.414	63,26	24,41	2.462.228	36,74	13,68
	40 A 49 AÑOS	3.842.939	60,11	22,13	2.550.336	39,89	14,17
	50 A 59 AÑOS	2.015.638	43,40	11,61	2.628.584	56,60	14,61
	60 A 69 AÑOS	930.970	22,93	5,36	3.129.855	77,07	17,39
	70 A 79 AÑOS	425.462	12,58	2,45	2.955.352	87,42	16,42
	80 A 89 AÑOS	120.099	9,17	0,69	1.189.921	90,83	6,61
	90 Y MÁS AÑOS	21.598	9,76	0,12	199.642	90,24	1,11
	TOTAL	17.366.348	49,11	100,00	17.995.034	50,89	100,00

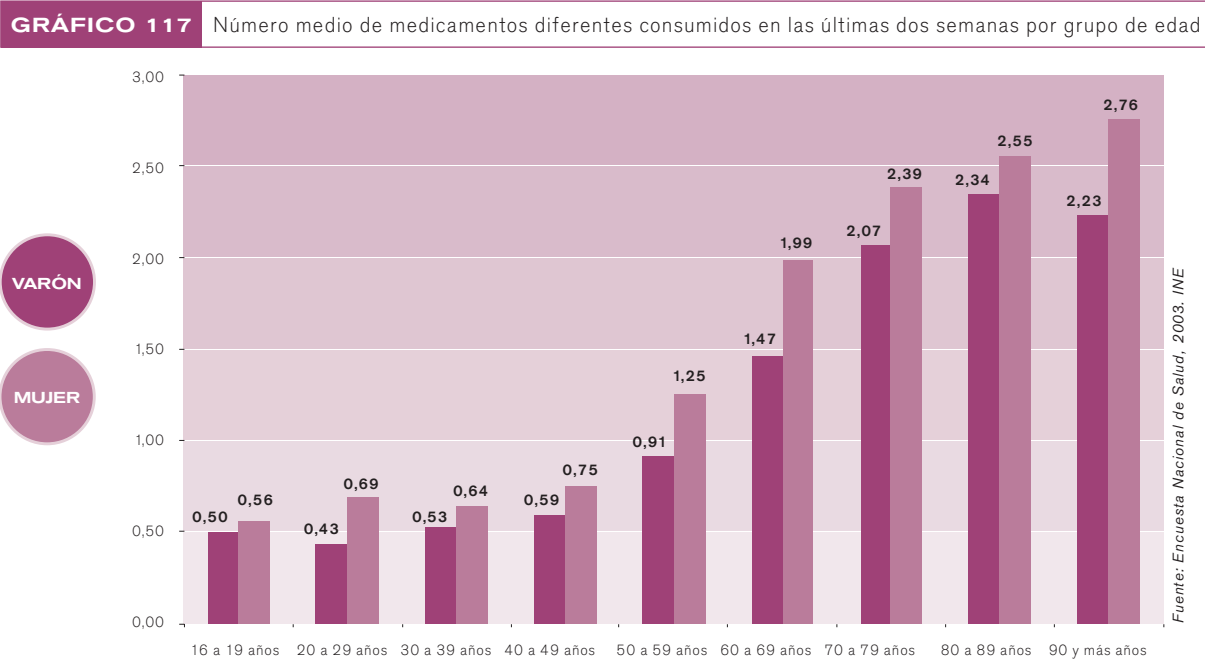
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE



Independientemente del sexo, apreciamos cómo a medida que aumenta la edad el porcentaje de personas que consumen medicamentos se incrementa, llegando a ser del 90 % en las personas de 90 y más años. Esta tendencia no se refiere únicamente al número de personas que consumen medicamentos, sino también al número de fármacos que consumen.

En el gráfico 117 se aprecia nítidamente cómo el número medio de medicamentos se incrementa paulatinamente a medida que nos desplazamos a grupos de edad más elevados. De hecho, pasa del 0,56 para las mujeres en el grupo de edad de 16 a 19 años al 2,76 en el grupo de 90 y más años. De la misma forma, las mujeres no sólo presentan un mayor porcentaje en comparación a los hombres que consumen medicamentos, sino que además su consumo medio es superior en cada tramo de edad.

A MEDIDA QUE AUMENTA LA EDAD EL PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CONSUMEN MEDICAMENTOS SE INCREMENTA, LLEGANDO A SER DEL 90 % EN LAS PERSONAS DE 90 Y MÁS AÑOS



4.2 ESTILOS DE VIDA

Ahora vamos a describir cómo afectan los estilos de vida en la utilización de recursos sanitarios. Para este apartado nos centraremos en el efecto de la obesidad, el tabaco y el consumo de alcohol en el uso de los recursos sanitarios.

Resulta especialmente interesante conocer si los hábitos de vida influyen de forma significativa en la utilización de recursos sanitarios. Para el desarrollo de esta parte, tendremos en cuenta las variables que se refieren a la frecuencia de la utilización de los recursos, más que aquellas que únicamente añaden información sobre la forma de uso. Por ello, en los tres casos que analizaremos estudiaremos la influencia de la obesidad, el tabaco y el alcohol en:

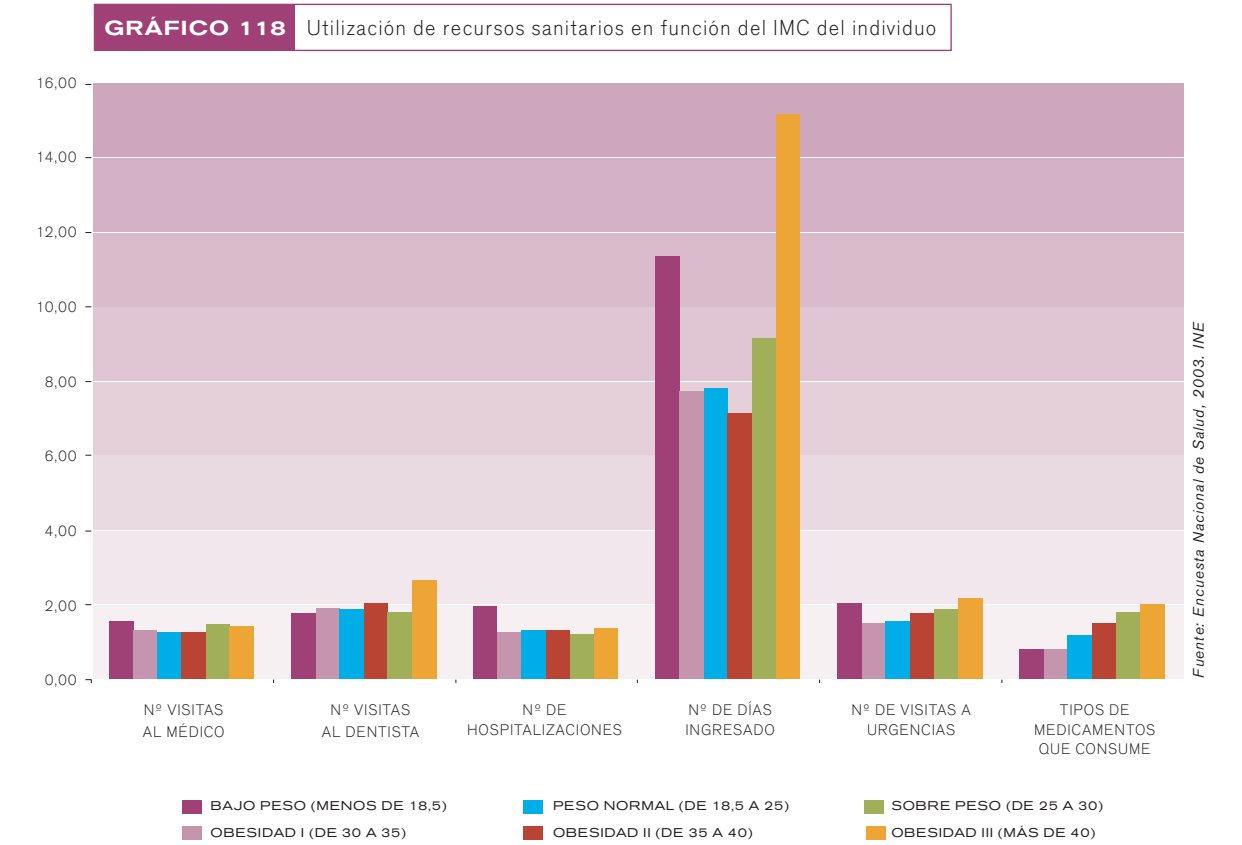
- Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas.
- Número de visitas al dentista en los tres últimos meses.
- Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses.
- Número de días que estuvo ingresado en el hospital durante el último ingreso.
- Número de veces que ha utilizado un servicio de urgencias.
- Número de tipos de medicamentos que consume.

TABLA 51 Utilización de recursos sanitarios en función del IMC del individuo							
SEXO	GRUPOS DE IMC	NÚMERO DE VECES QUE HA CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	NÚMERO DE VISITAS AL DENTISTA EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES	NÚMERO DE VECES QUE HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	NÚMERO DE DÍAS QUE ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO INGRESO	NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO UN SERVICIO DE URGENCIAS	NÚMERO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME
VARÓN	BAJO PESO (MENOS DE 18,5)	2,48	1,59	1,14	23,54	1,66	0,84
	PESO NORMAL (DE 18,5 A 25)	1,34	1,97	1,39	8,91	1,43	0,68
	SOBRE PESO (DE 25 A 30)	1,29	1,85	1,33	8,24	1,53	0,94
	OBESIDAD I (DE 30 A 35)	1,25	2,11	1,23	7,20	1,56	1,21
	OBESIDAD II (DE 35 A 40)	1,29	2,12	1,35	6,69	1,51	1,27
	OBESIDAD III (MÁS DE 40)	1,21	2,03	1,00	1,00	1,87	1,33
MUJER	BAJO PESO (MENOS DE 18,5)	1,37	1,81	2,27	7,23	2,20	0,79
	PESO NORMAL (DE 18,5 A 25)	1,26	1,91	1,20	7,12	1,57	0,88
	SOBRE PESO (DE 25 A 30)	1,24	1,89	1,32	7,23	1,64	1,50
	OBESIDAD I (DE 30 A 35)	1,25	2,02	1,42	7,13	1,90	1,85
	OBESIDAD II (DE 35 A 40)	1,49	1,67	1,15	10,29	1,99	2,11
	OBESIDAD III (MÁS DE 40)	1,46	2,80	1,40	17,19	2,23	2,32
AMBOS SEXOS	BAJO PESO (MENOS DE 18,5)	1,56	1,76	1,98	11,35	2,07	0,80
	PESO NORMAL (DE 18,5 A 25)	1,29	1,93	1,27	7,79	1,51	0,80
	SOBRE PESO (DE 25 A 30)	1,27	1,87	1,33	7,80	1,58	1,16
	OBESIDAD I (DE 30 A 35)	1,25	2,06	1,34	7,16	1,74	1,52
	OBESIDAD II (DE 35 A 40)	1,44	1,83	1,21	9,18	1,84	1,81
	OBESIDAD III (MÁS DE 40)	1,40	2,67	1,35	15,24	2,16	2,02

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE.

Como podemos apreciar, la incidencia de la obesidad es especialmente importante en el número de días de ingreso, en el número de visitas a urgencias y en el hecho de estar polimedicado. En cambio, en el número de hospitalizaciones y en la visita al médico no parece que exista un factor de incidencia muy superior a medida que aumenta el IMC (Tabla 51; Gráfico 118).

LA INCIDENCIA DE LA OBESIDAD ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN EL NÚMERO DE DÍAS DE INGRESO, EN EL NÚMERO DE VISITAS A URGENCIAS Y EN EL HECHO DE ESTAR POLIMEDICADO



Un factor relevante es que también existe una incidencia muy importante en el número de hospitalizaciones, días de ingreso y número de veces que se acude a urgencias de los individuos que tienen un bajo peso. Un hecho importante en relación al bajo peso es que si bien su incidencia es mayor en mujeres que en hombres, el consumo de recursos sanitarios por parte de los varones con un IMC inferior a 18,5 es muy superior al de las mujeres. En este sentido, parece que la anorexia y las complicaciones asociadas a los individuos con bajo peso son muy importantes, aunque su incidencia global sobre el consumo de recursos es escasa al no tener una prevalencia equivalente a la de los

obesos. Los hombres con un IMC menor a 18,5 representan el 1,20 % del total, mientras que en el caso de las mujeres el porcentaje alcanza al 4,16 %. Dentro del grupo, las mujeres suponen el 78,54 % del total de individuos con bajo peso. Por el contrario, los obesos de cualquier tipo representan el 13,02 % del total de los varones y el 13,57 % de las mujeres. Este porcentaje global es muy similar, sin embargo cuando comparamos por tipo de obesidad, vemos como en el caso de la obesidad de tipo I el porcentaje de hombres y mujeres es prácticamente igual, el 50 %, mientras que en la obesidad de tipo II las mujeres suponen el 63,76 % y en la de tipo II el 70,13 %.

Otro factor diferenciador es el patrón de utilización de recursos por parte de hombres y mujeres en función del IMC. Tal como se puede observar en la taba anterior en el caso de los hombres no existe una correlación positiva entre la utilización de recursos sanitarios y el IMC, salvo en el caso de consumo de medicamentos y utilización de urgencias. Sin embargo, en el caso de las mujeres, si que existe una mayor utilización de recursos sanitarios a medida que aumenta el IMC. A este aspecto también contribuye que la edad media de las mujeres en los tres grupos de obesidad es 6 años superior a la de los hombres, motivo por el que en el uso más intensivo de recursos en esos grupos por parte de las mujeres obedece también a una edad media entorno a los 60 años en comparación a los 54 de los varones.

EL TABACO ES LA PRIMERA CAUSA DE ENFERMEDAD, INVALIDEZ Y MUERTE EVITABLE EN EL PAÍS, Y ESTÁ RELACIONADO DIRECTAMENTE CON MÁS DE 25 ENFERMEDADES

Si analizamos ahora el efecto del tabaco sobre la utilización de recursos sanitarios comprobaremos como está correlacionado positivamente, ya que el tabaco es la primera causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en el país, y está relacionado directamente con más de 25 enfermedades (especialmente con el cáncer de pulmón y otros tumores, y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares).

En España un 30,9 % de la población española de 16 y más años consume tabaco, de los cuales un 28,1 % a diario y un 2,8 % ocasionalmente, mientras que un 17,3 % declara ser ex fumador y un 51,7 % dice que nunca ha fumado. Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el sexo y la edad. En los hombres el porcentaje de fumadores diarios fue de 34,2 % y en las mujeres de 22,4 %. Por grupos de edad, el porcentaje de población fumadora diaria más alto se

observa en el grupo de 25 a 44 años (44,9 %) seguido del grupo de 16 a 24 (36,7 %).

Al igual que hicimos con los obesos, en el caso de los fumadores vamos a utilizar distintos grupos en función de la intensidad del hábito tabáquico. De esta forma, distinguiremos entre:

- Aquellas personas que no han fumado nunca.
- Los que actualmente no fuman pero si que han fumado a lo largo de su vida.
- Fumador leve: es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Tiene hasta 15 veces mayor probabilidad de padecer cáncer de pulmón que la población no fumadora.
- Fumador moderado: es el que fuma entre 6 y 15 cigarrillos promedio por día. Aumenta hasta 40 veces las probabilidades de cáncer de pulmón.
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio. Incrementa hasta 60 veces la probabilidad de cáncer de pulmón.

Como apreciamos en el gráfico 119 y tabla 52, la utilización de recursos por parte de los fumadores no es mucho más intensiva que la de los no fumadores. Los únicos recursos que parece claramente que los fumadores utilizan más son la odontología y la hospitalización, ya que el número de hospitalizaciones de los fumadores moderados y severos es mayor al del resto de los grupos. En el caso de la visita al dentista,

su frecuentación es igualmente superior pasando de las 1,88 visitas de los no fumadores a las 2,19 de los fumadores severos.

Estos resultados globales se deben matizar, debido a que el factor de la edad no está diferenciado, motivo por el que creemos conveniente diferenciar por grupos de edad y sexo. En primer lugar, observamos como por sexo, los varones fumadores moderados y severos presentan una duración del ingreso hospitalario muy superior a la de los varones que nunca han fumado.

LOS ÚNICOS RECURSOS QUE PARECE CLARAMENTE QUE LOS FUMADORES UTILIZAN MÁS SON LA ODONTOLOGÍA Y LA HOSPITALIZACIÓN, YA QUE EL NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES DE LOS FUMADORES MODERADOS Y SEVEROS ES MAYOR AL DEL RESTO DE LOS GRUPOS

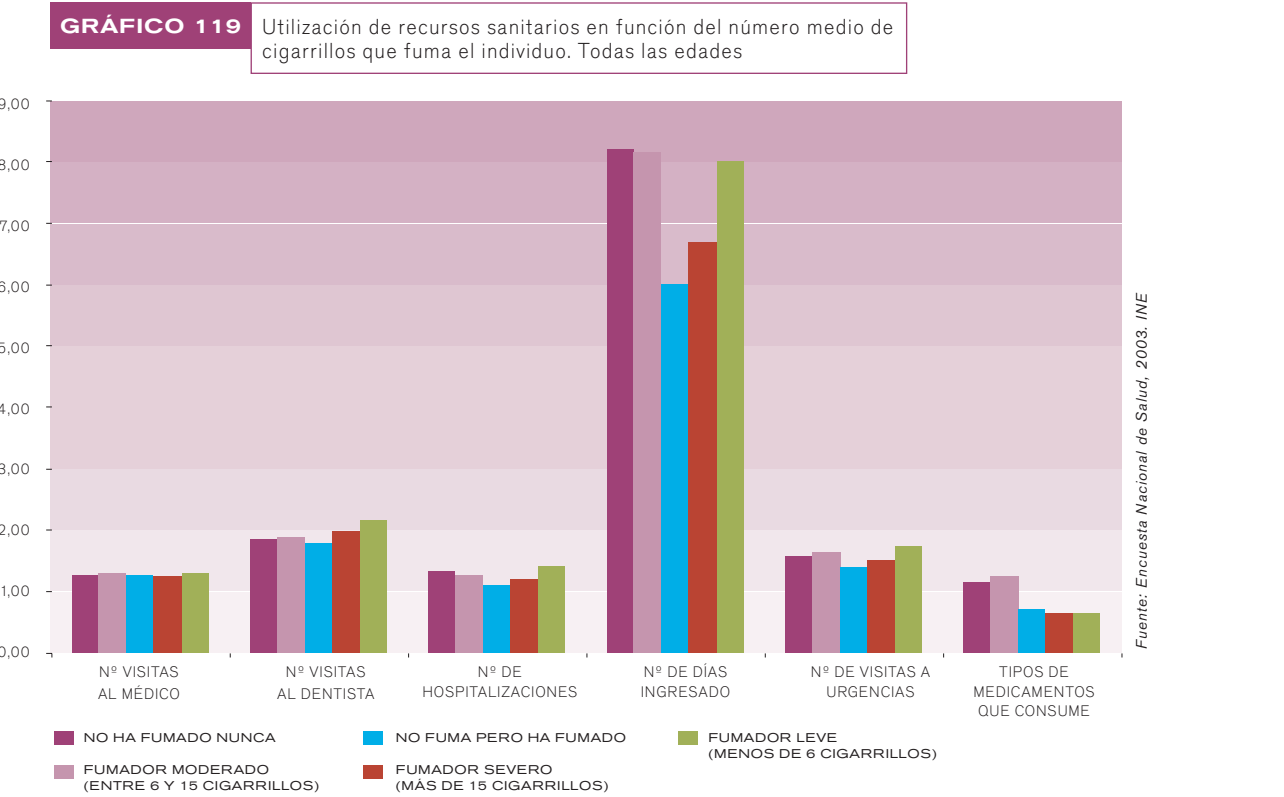
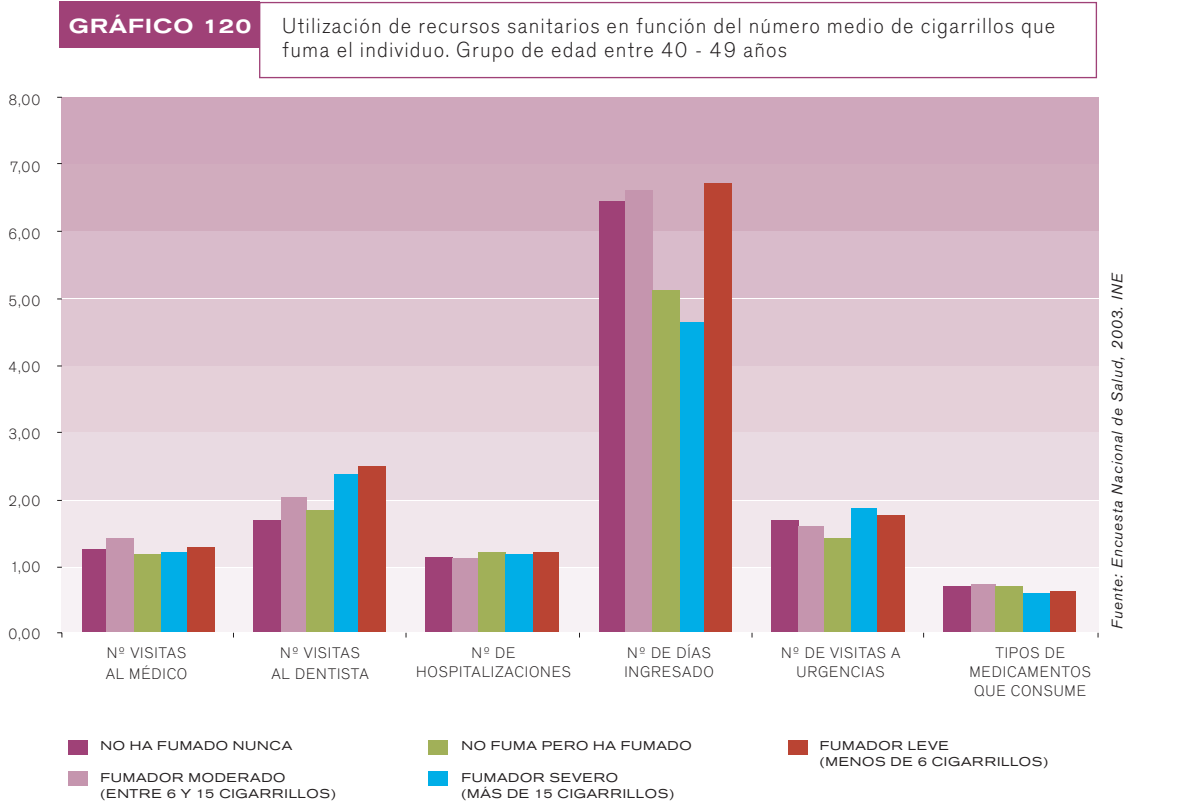


TABLA 52		Utilización de recursos sanitarios en función del medio de cigarrillos que fuma					
SEXO	TIPO DE FUMADOR	NÚMERO DE VECES QUE HA CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	NÚMERO DE VISITAS AL DENTISTA EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES	NÚMERO DE VECES QUE HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	NÚMERO DE DÍAS QUE ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO INGRESO	NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO UN SERVICIO DE URGENCIAS	NÚMERO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME
VARÓN	NO HA FUMADO NUNCA	1,27	1,93	1,37	7,82	1,40	0,74
	NO FUMA PERO HA FUMADO	1,33	1,76	1,32	8,65	1,63	1,40
	FUMADOR LEVE (MENOS DE 6 CIGARRILLOS)	1,33	1,71	1,16	7,73	1,32	0,71
	FUMADOR MODERADO (ENTRE 6 Y 15 CIGARRILLOS)	1,33	1,88	1,38	11,02	1,48	0,60
	FUMADOR SEVERO (MÁS DE 15 CIGARRILLOS)	1,34	2,29	1,34	8,71	1,53	0,62
MUJER	NO HA FUMADO NUNCA	1,28	1,85	1,35	8,35	1,67	1,40
	NO FUMA PERO HA FUMADO	1,28	2,13	1,10	6,74	1,66	0,91
	FUMADOR LEVE (MENOS DE 6 CIGARRILLOS)	1,22	1,87	1,06	3,95	1,50	0,76
	FUMADOR MODERADO (ENTRE 6 Y 15 CIGARRILLOS)	1,20	2,06	1,14	4,00	1,58	0,73
	FUMADOR SEVERO (MÁS DE 15 CIGARRILLOS)	1,27	2,00	1,63	6,56	2,22	0,78
AMBOS SEXOS	NO HA FUMADO NUNCA	1,28	1,88	1,35	8,21	1,58	1,17
	NO FUMA PERO HA FUMADO	1,31	1,90	1,27	8,17	1,64	1,25
	FUMADOR LEVE (MENOS DE 6 CIGARRILLOS)	1,27	1,80	1,12	6,01	1,40	0,73
	FUMADOR MODERADO (ENTRE 6 Y 15 CIGARRILLOS)	1,25	1,98	1,23	6,69	1,54	0,67
	FUMADOR SEVERO (MÁS DE 15 CIGARRILLOS)	1,31	2,19	1,43	8,03	1,74	0,67

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE.

LOS VARONES FUMADORES MODERADOS Y SEVEROS PRESENTAN UNA DURACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO MUY SUPERIOR A LA DE LOS VARONES QUE NUNCA HAN FUMADO

Al ver el mismo gráfico (Gráfico 120), pero esta vez en el grupo de edad de 40 a 49 años podemos observar cómo la utilización de recursos sanitarios por parte de los fumadores es más importante y creciente en función del número de cigarrillos que fuman. En este caso, se aprecia con más intensidad el efecto sobre las visitas al dentista, el número de hospitalizaciones, el número de días de ingreso en el hospital y el número de visitas a urgencias. En este



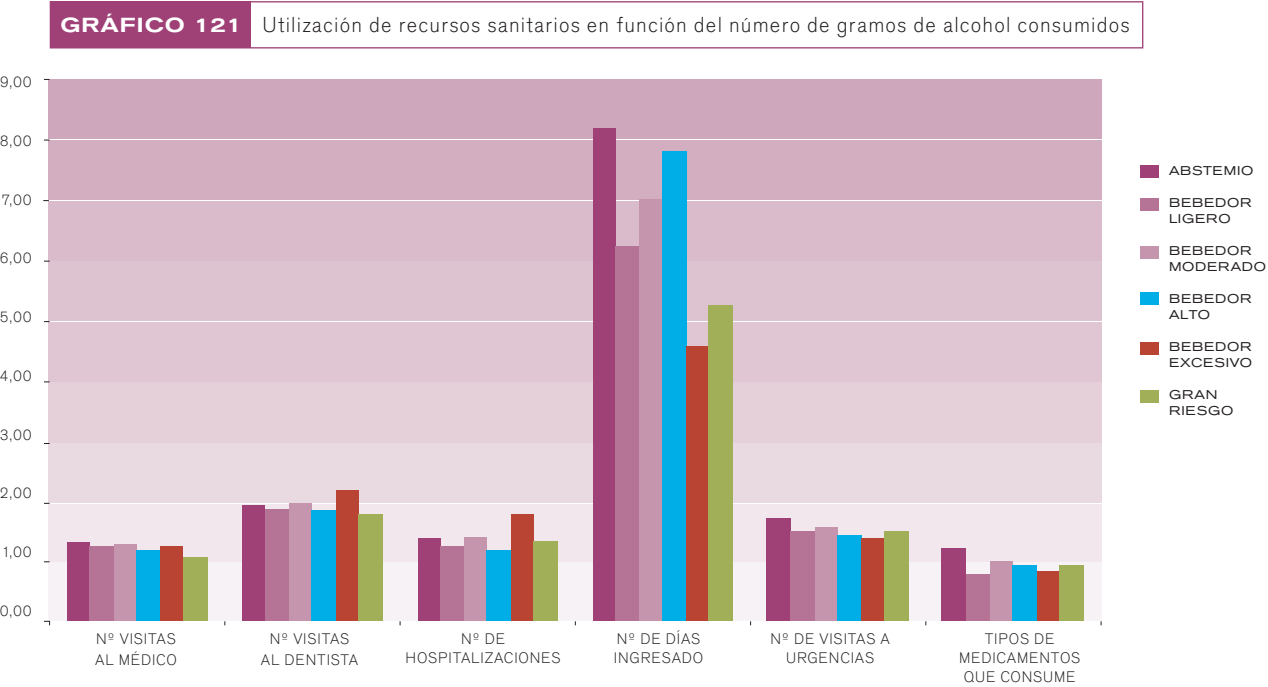
último caso, la media de visitas a urgencias en los fumadores moderados es de 1,87 y para los severos de 1,77, mientras que para aquellos que nunca han fumado se sitúa en el 1,68 y para los exfumadores en 1,59.

Para finalizar este apartado, vamos a estudiar el efecto que tiene el consumo de alcohol en la utilización de los servicios sanitarios. Para ello hemos utilizado las clasificaciones habituales de bebedores en función de los gramos de alcohol ingeridos y el sexo del individuo:

EN EL GRUPO DE EDAD DE 40 A 49 AÑOS PODEMOS OBSERVAR CÓMO LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS POR PARTE DE LOS FUMADORES ES MÁS IMPORTANTE Y CRECIENTE EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE CIGARRILLOS QUE FUMAN

- Abstemios, aquellas personas que consumen menos de 8 gramos de alcohol.
- Bebedor ligero, aquel que consume entre 8 y 21 gramos de alcohol.
- Bebedor moderado, si consume entre 21 y 61 gramos si es hombre y entre 21 y 50 si es mujer.
- Bebedor alto, si ingiere entre 61 y 81 gramos de alcohol si es hombre y entre 40 y 61 si es mujer.
- Bebedor excesivo, si consume entre 81 y 120 gramos de alcohol en el caso de los hombres y entre 61 y 80 si es mujer.
- Bebedor de alto riesgo, si consume más de 120 gramos si es hombre y más de 80 si es mujer.

Como apreciamos en la tabla 53 y en el gráfico 121, el consumo de alcohol no es un factor que genere un uso intensivo de recursos sanitarios, en comparación de los no bebedores. El aspecto en el que existe una mayor influencia de la ingesta de alcohol sobre la utilización de recursos sanitarios es el número de hospitalizaciones,



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE

TABLA 53		Utilización de recursos sanitarios en función del número de gramos de alcohol que consume					
SEXO	TIPO DE BEBEDOR	NÚMERO DE VECES QUE HA CONSULTADO CON ALGÚN MÉDICO EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS	NÚMERO DE VISITAS AL DENTISTA EN LOS TRES ÚLTIMOS MESES	NÚMERO DE VECES QUE HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	NÚMERO DE DÍAS QUE ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL DURANTE EL ÚLTIMO INGRESO	NÚMERO DE VECES QUE HA UTILIZADO UN SERVICIO DE URGENCIAS	NÚMERO DE TIPOS DE MEDICAMENTOS QUE CONSUME
VARÓN	ABSTEMIO	1,36	2,04	1,38	9,29	1,64	0,99
	BEBEDOR LIGERO	1,33	1,75	1,34	6,62	1,35	0,69
	BEBEDOR MODERADO	1,32	1,78	1,41	7,30	1,55	0,91
	BEBEDOR ALTO	1,19	1,86	1,13	8,13	1,45	0,89
	BEBEDOR EXCESIVO	1,20	2,32	2,09	5,38	1,42	0,79
	GRAN RIESGO	1,06	2,57	1,38	5,60	1,48	0,96
MUJER	ABSTEMIO	1,30	1,86	1,35	7,64	1,74	1,35
	BEBEDOR LIGERO	1,21	1,98	1,15	5,84	1,65	0,87
	BEBEDOR MODERADO	1,22	2,30	1,34	6,05	1,56	1,24
	BEBEDOR ALTO	1,24	1,78	1,61	4,97	1,43	1,11
	BEBEDOR EXCESIVO	1,31	1,90	1,00	2,43	1,13	0,99
	GRAN RIESGO	1,06	1,00	1,00	1,00	2,00	0,90
AMBOS SEXOS	ABSTEMIO	1,32	1,92	1,36	8,18	1,71	1,22
	BEBEDOR LIGERO	1,26	1,88	1,24	6,23	1,48	0,77
	BEBEDOR MODERADO	1,28	1,96	1,39	7,01	1,55	1,01
	BEBEDOR ALTO	1,20	1,85	1,18	7,80	1,44	0,93
	BEBEDOR EXCESIVO	1,24	2,17	1,78	4,55	1,37	0,84
	GRAN RIESGO	1,06	1,77	1,35	5,23	1,50	0,95

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. INE.

ya que los bebedores excesivos tienen 1,78 ingresos frente a las 1,36 de los abstemios. Asimismo, y tal como ocurría con los fumadores, las personas que consumen más alcohol también acuden más al dentista.

En resumen, hemos visto como la obesidad, el tabaco y el alcohol afectan a la utilización de los recursos sanitarios. Creemos que estos factores deben ser estudiados con más detalle en próximos trabajos.

5. DETERMINANTES SOCIALES EN EL USO DE LOS RECURSOS SANITARIOS

La sociedad española y los agentes públicos y privados del sistema sanitario están cada vez más involucrados en la búsqueda de medios y acciones que favorezcan la mejora continua de las condiciones y la calidad de vida, cuyo pilar básico es, sin lugar a duda, la mejora de la salud de la población. La correcta gestión y el uso racional de los recursos sanitarios son de vital importancia para el alcance de los objetivos en sanidad. Por ello, centraremos esta parte del estudio en el análisis de los factores más relevantes de carácter social y personal, que influyen en el uso de los recursos sanitarios, utilizando como fuente de información a los Barómetros Sanitarios 2004 que ofrece el MSC.

Como ya se ha puesto de manifiesto en los capítulos precedentes, existe una amplia gama de factores sociales que enmarcan las coordenadas del espacio vital que rodea a cada individuo. Las personas construyen su sistema de valores, sus actitudes y su conducta habitual en base a estas circunstancias (situación laboral, renta del hogar, educación, estado civil, etc.), algunas de las cuales se reciben al nacer y otras se van adquiriendo a lo largo de la vida. El análisis de la relación existente entre las distintas variables sociales y las preferencias y/o prácticas individuales en el uso de servicios sanitarios y el consumo de medicamentos ayuda a construir el perfil de los usuarios de servicios sanitarios y a desvelar muchas de las desigualdades sociales aún persistentes.

5.1. EDUCACIÓN Y FORMACIÓN

A partir de 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5 % de los españoles, es decir, a la práctica totalidad de la población española, incluida la de los inmigrantes. Más del 95 % de los españoles reciben asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social y otro 3,5 % dispone de ella por medio de las diferentes Mutu- lidades del Estado, totalizando, en 2004, un 98,8 % de cobertura pública.

Junto a la asistencia sanitaria pública, prácticamente generalizada, encontramos un 1,1 % de españoles que optan por el seguro médico privado como primera cobertura sanitaria, bien concertado a través de las empresas en las que trabajan, bien contratados directa e individualmente. La tasa de población desprotegida que hace uso de servicios médicos sin cobertura de aseguramiento, público o privado, era en 2004 de un 0,1 %. (Tabla 54) Además, hay que señalar que el 12,8 % de los españoles goza de doble cobertura sanitaria: de ellos, el 87 % están cubiertos en segunda instancia por aseguramiento privado, y el 13 % por mu- tualidades del Estado (la mayoría de ellas acogidas, a su vez, al seguro privado). La evolución de la última década muestra una situación de cobertura prácti- camente universal estabilizada, en la que el crecimiento del seguro privado se está realizando primordialmente abrigado dentro de la doble cobertura.

LA EVOLUCIÓN DE LA ÚLTIMA DÉCADA MUESTRA UNA SITUACIÓN PRÁCTICAMENTE UNIVERSAL, EN LA QUE EL CRECIMIENTO DEL SEGURO PRIVADO SE ESTÁ REALIZANDO DENTRO DE LA DOBLE COBERTURA

TABLA 54 Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta		PRIMERA COBERTURA SANITARIA	SEGUNDA COBERTURA SANITARIA
AÑO 2004			
SEGURIDAD SOCIAL		95,3 %	,0 %
MUTUALIDADES DEL ESTADO (MUFACE, ISFAS, ACOGIDAS A LA S.S.)		1,3 %	4,5 %
MUTUALIDADES DEL ESTADO (MUFACE, ACOGIDAS SEGURO PRIVADO)		2,2 %	8,4 %
SEGURO MÉDICO PRIVADO CONCERTADO INDIVIDUALMENTE		,6 %	60,1 %
SEGURO MÉDICO PRIVADO CONCERTADO A TRAVÉS DE LA EMPRESA		,5 %	26,9 %
NO TENGO SEGURO MÉDICO, UTILIZO MÉDICOS PRIVADOS		,1 %	,0 %
N.C.		,0 %	,0 %

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

De los datos obtenidos parece razonable esperar que la educación pueda afectar a las decisiones y/u opiniones individuales de los españoles en materia de sanidad. En todo caso, el sector público resulta predominante, dado que la gran mayoría de la población pone su salud en manos de la Sanidad pública, bien porque desconoce alternativas, bien porque no tiene acceso económico a la sanidad privada, bien porque, por razones más o menos técnicas y/o culturales, sienten una mayor confianza en la sanidad pública. No obstante, se aprecian en los últimos años tendencias cambiantes en este sentido.

A MEDIDA QUE SE
ELEVA EL NIVEL
FORMATIVO SE
OBSERVA UNA
EVOLUCIÓN
DE LAS
PREFERENCIAS
HACIA LO
PRIVADO

Es evidente que los niveles superiores de formación vienen respaldados por mayores niveles de ingresos del hogar, razón que justifica el hecho de que el grupo de población con estudios primarios, terminados o no, tiene claras preferencias por la asistencia sanitaria pública en todas sus ramas, siendo los porcentajes en 2004 los siguientes: 68.81 % de la población que no ha llegado a cursar estudios secundarios manifiesta sus preferencias por los servicios sanitarios públicos en atención primaria, 57.73 % en atención especializada, 70.63 % en ingreso hospitalario y 72.46 % para urgencias (Gráfico 122, 123, 124 y 125).

Sin embargo, a medida que se eleva el nivel formativo se observa una evolución de las preferencias hacia lo privado, de tal forma, que en atención especializada ya la mayoría de los españoles con estudios secundarios (50,18 %) prefieren la consulta del especialista de la sanidad privada frente al 39,86 % que siguen fieles a los servicios sanitarios públicos. (Gráfico 123)

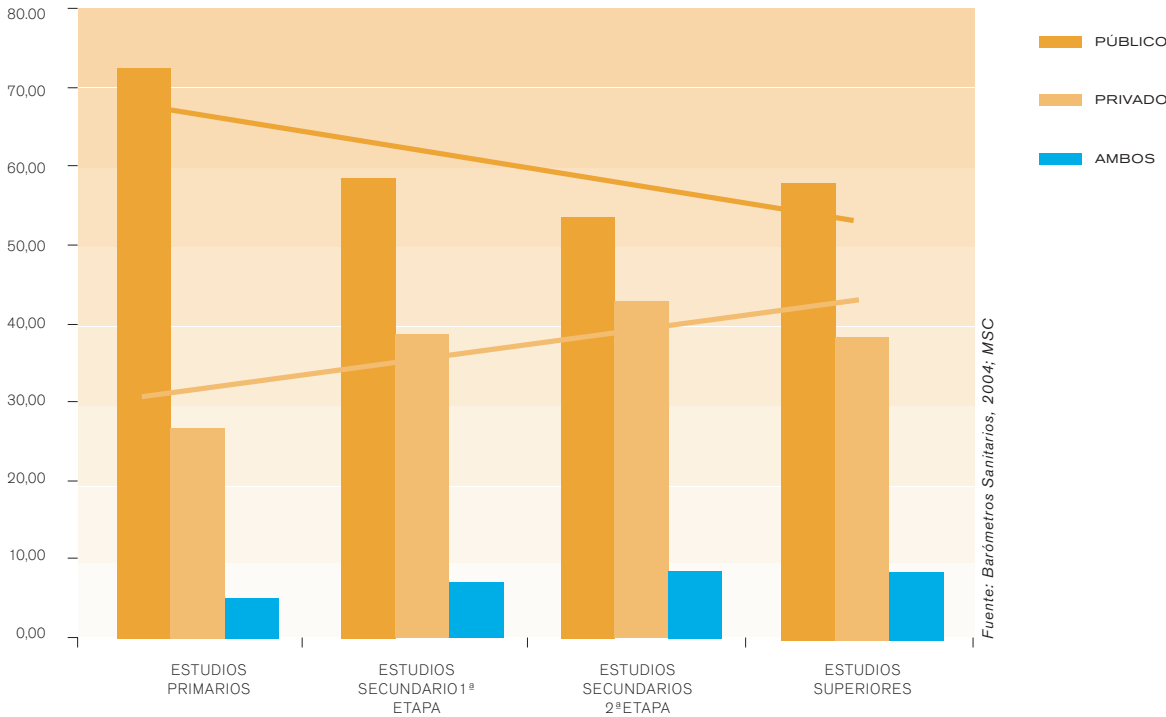
Teniendo en cuenta que “ricos” y “pobres” aproximan cada vez más sus preferencias, en temas de asistencia sanitaria ya que la opción privada en sanidad está ganando cuota de mercado entre los hogares de menor renta, y que existe una relación positiva entre la renta del hogar y el nivel de educación de los miembros del mismo, resulta fácil entender que en el año 2004 se produzca un acercamiento importante, en cuanto a la visión público/privada en temas de sanidad, entre la población con estudios secundarios y los españoles con estudios superiores, siendo creciente en ambos grupos la tendencia al incremento de adeptos al sector privado.

A pesar de esto, los servicios sanitarios públicos siguen manteniendo su liderazgo en atención primaria, ingreso hospitalario y, sobre todo, en servicios de urgencias, en donde se observa el mayor diferencial de preferencias entre atención sanitaria pública y privada, lo que viene a evidenciar, que en cuestiones de importancia vital la población española muestra mayor confianza con el servicio público (Gráfico 125)

LOS SERVICIOS SANITARIOS
PÚBLICOS SIGUEN
MANTENIENDO SU
LIDERAZGO EN ATENCIÓN
PRIMARIA

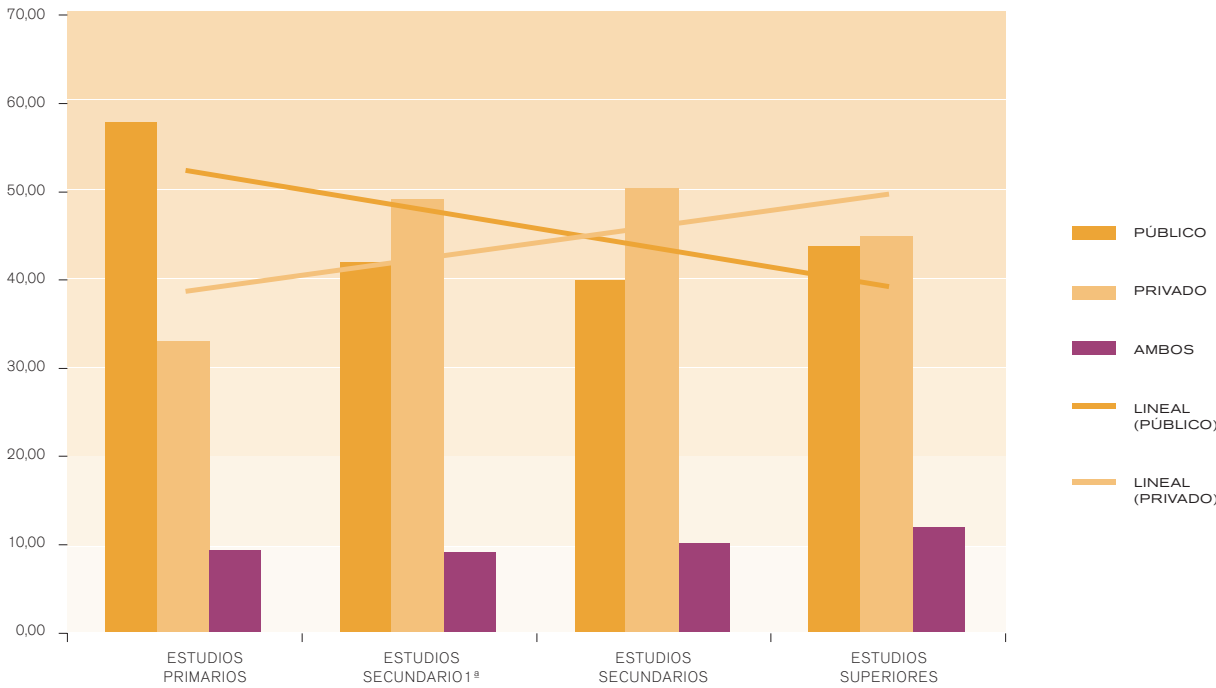
GRÁFICO 122

Preferencias para acudir al servicio sanitario público o privado en atención primaria por niveles de educación (%)



GRÁFICA 123

Preferencias para acudir a servicio sanitario público o privado en asistencia especializada por niveles de educación (%)



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

GRÁFICO 124 Preferencias para acudir al servicio sanitario público o privado en ingreso hospitalario por niveles de educación (%)

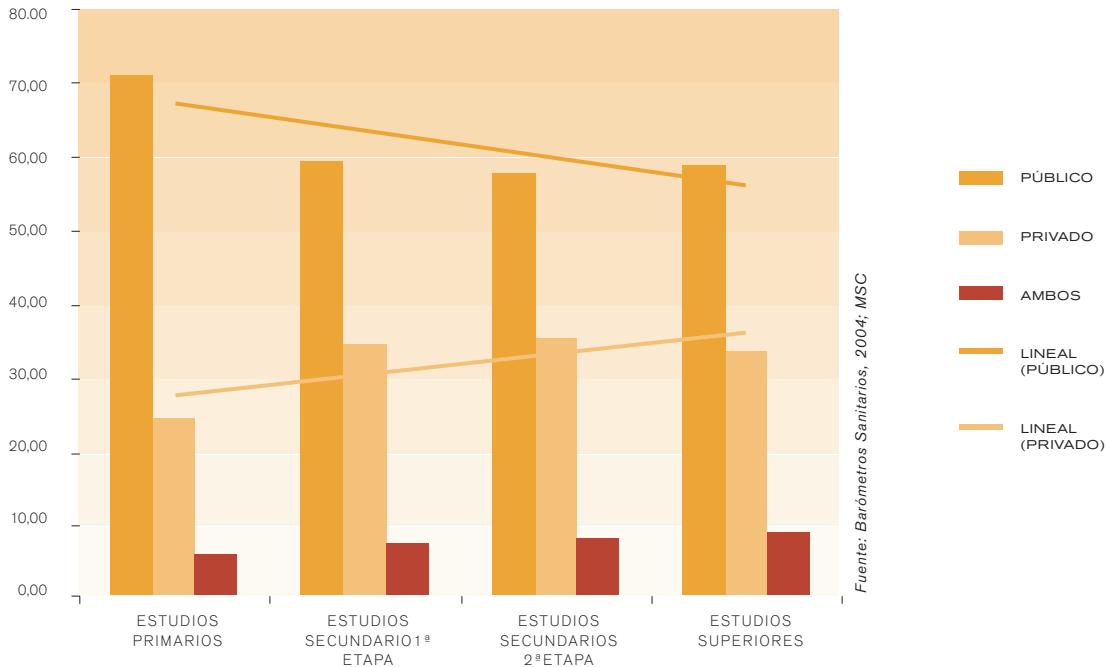
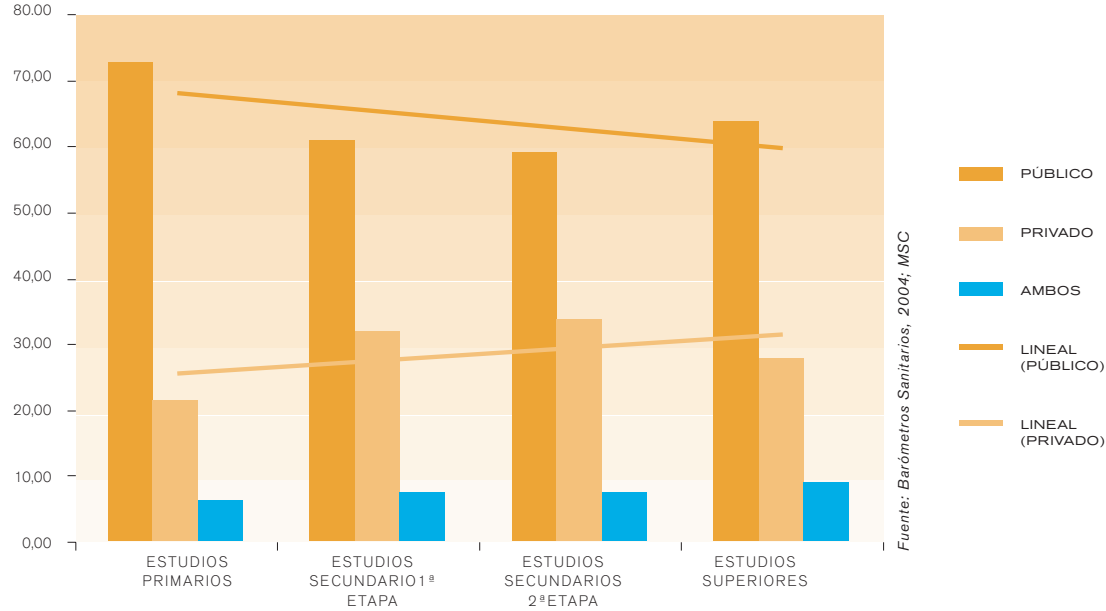
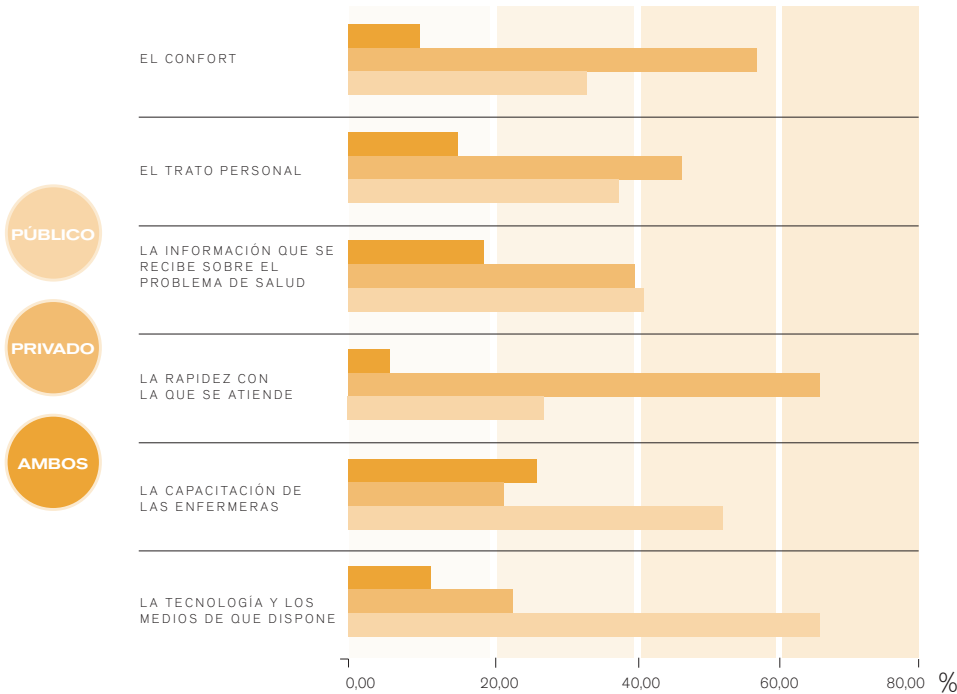


GRÁFICO 125 Preferencias para acudir al servicio sanitario público o privado en ingreso hospitalario por niveles de educación (%)



No es difícil vislumbrar alguna de las causas del deslizamiento de un grupo importante de la población hacia el sector asistencial privado. Con datos del último BS, de 2004, puede comprobarse que los factores de infraestructura técnica (tecnología y capacitación) siguen siendo claramente favorables a la asistencia pública, que, sin embargo, cede ante la sanidad privada en factores como la rapidez, la comodidad y el trato personal que reciben los usuarios (Gráfico 126). Pese al deslizamiento de las preferencias de los usuarios hacia la sanidad privada en los últimos años, esta migración no parece que esté directamente relacionada con una percepción negativa respecto al funcionamiento de la sanidad pública.

GRÁFICO 126 Tasa de usuarios que elegiría asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

Se observa que, sobre todo en atención especializada, las personas con un mayor nivel de estudios se muestran más críticos con los servicios sanitarios públicos disponibles, expresando una peor valoración de los mismos. Este hecho confirma que los españoles que han recibido formación cualificada se muestran más exigentes con los servicios sanitarios y tienen mayores expectativas con respecto a lo que debe ser la atención sanitaria, siendo su resultado una mayor disconformidad con algunos aspectos de la sanidad pública.

UNA PARTE DE
LOS ESPAÑOLES
ESTIMAN QUE LA
SANIDAD PÚBLICA
ESTÁ MEJORANDO
ALGO, PERO NO
LO SUFICIENTE
PARA SATISFACER
SUS DESEOS Y
EXPECTATIVAS

En definitiva, el porcentaje total de ciudadanos que consideran buena la atención sanitaria recibida en el nivel primario era, en 2004, del 84,5 %, un 13,5 % la perciben regular y tan sólo un 2 % la consideraron mala. (Grafico 127). De igual forma, queda refrendado que no existe una decepción en los usuarios más críticos respecto a lo que ellos esperan o esperaban de la sanidad pública, siendo mayoritario el grupo de los titulados superiores que confiesan haber sido atendidos mejor de lo que esperaban (25,73 %); menos, el 16,49 %, son los que afirman haber recibido una atención peor a la que esperaban. Así pues, la mayoría, sin embargo, el 57,79 %, refiere haber encontrado la atención que esperaba (Grafico 128), aunque algunos de ellos desean recibirla mejor.

Como decimos, estos datos, mejores incluso que los de 2003, no traslucen en modo alguno una visión negativa de la atención sanitaria pública. El desplazamiento progresivo de las preferencias de los españoles por la sanidad privada obedece más a un mayor grado de exigencia, propiciado por un mayor nivel de educación, que a un empeoramiento de la calidad de la atención pública.

Podemos resumir estas ideas afirmando que una parte de los españoles estiman que la sanidad pública está mejorando algo, pero no lo suficiente para satisfacer sus deseos y expectativas.

GRÁFICO 127 Porcentaje de usuarios en función de su opinión acerca de la Atención Primaria pública por niveles de educación

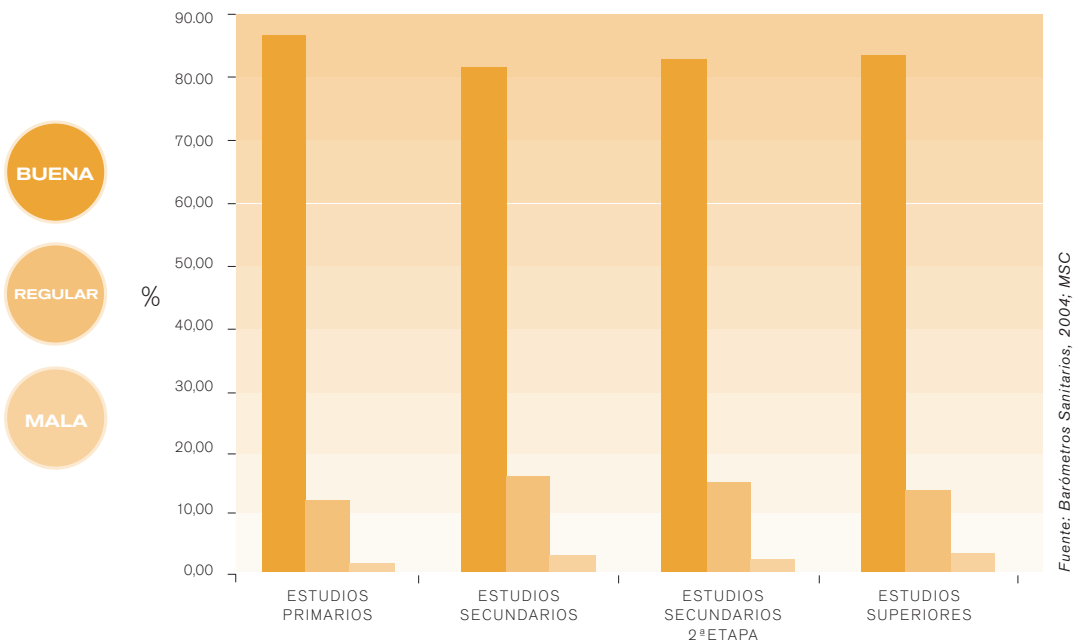
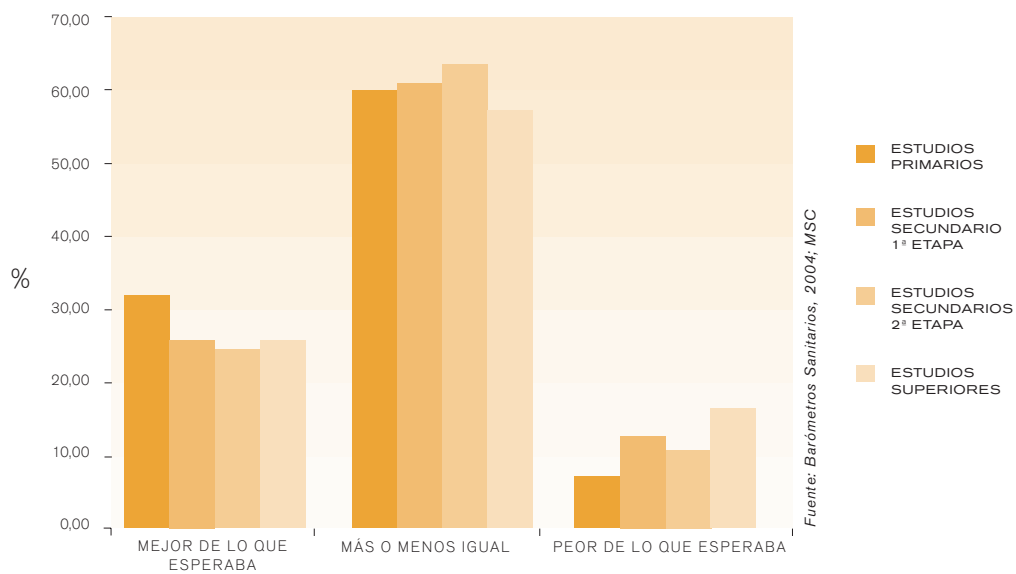
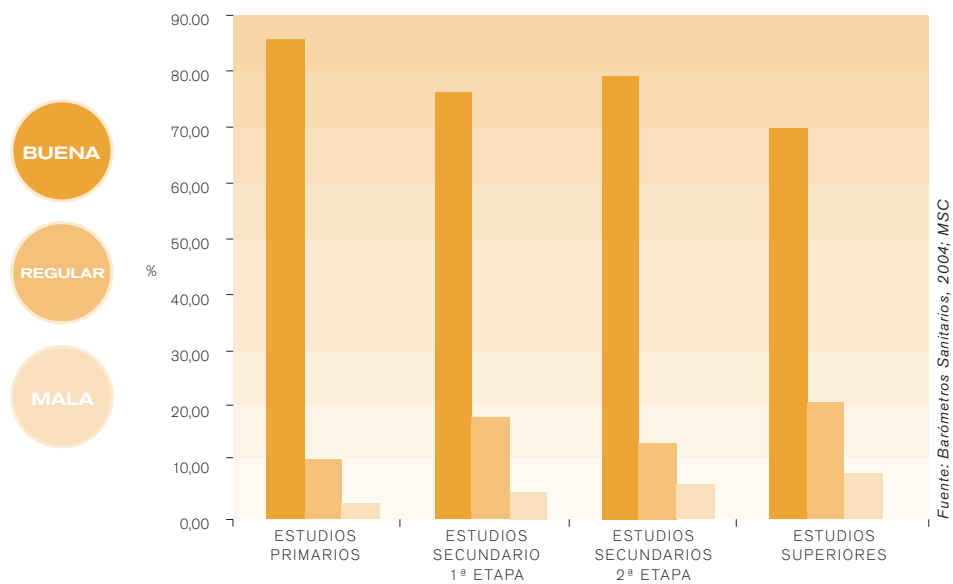


GRÁFICO 128 Valoración de la atención primaria en función de las expectativas de los usuarios según su nivel de educación (%)



En cuanto a la atención especializada, en el gráfico 123, ya hemos observado la clara preferencia de los grupos con alto nivel de formación por la asistencia privada. Aquí, sin embargo, se observa que los licenciados y personas con estudios superiores son los que peor valoran, de entre todos los niveles de educación, los servicios prestados por los centros públicos en temas de atención especializada, siendo un 8,44 % los que manifiestan percibir como mala la atención especializada pública, frente a los 2,97 % con estudios primarios (Gráfico 129). No obstante, incluso dentro del grupo de ciudadanos con estudios superiores, son mayoría los que opinan que tal servicio funciona bien.

GRÁFICO 129 Porcentajes de usuarios en función de su opinión acerca de la Atención Especializada pública por niveles de educación

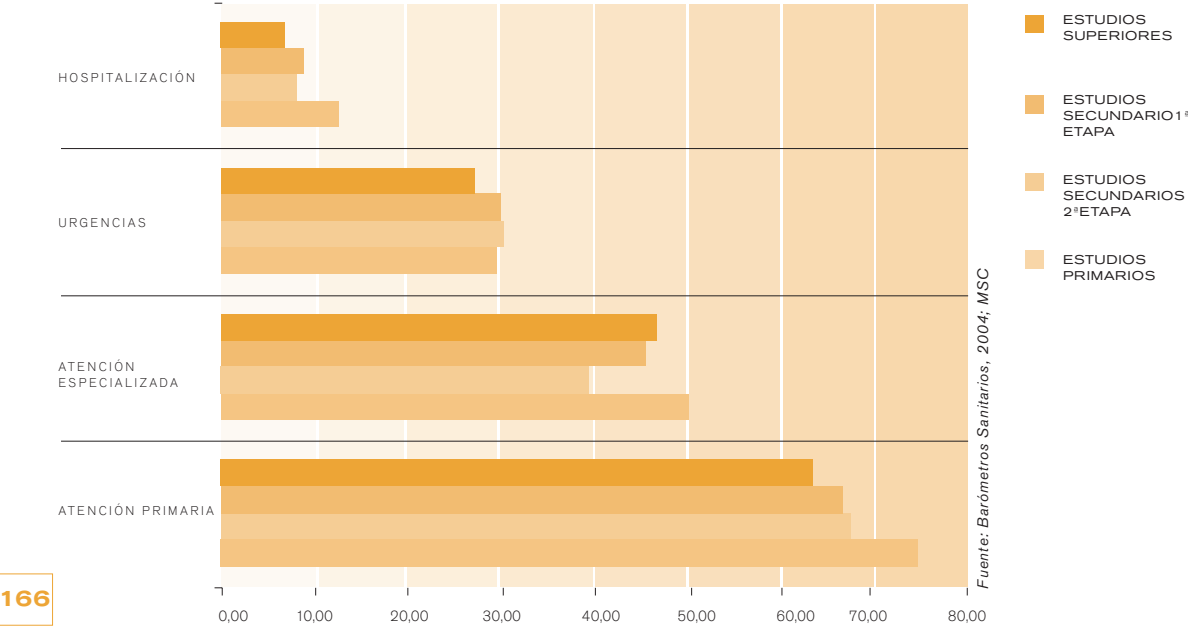


Los datos indican que los aspectos más negativos, que están restando aceptación a la atención sanitaria pública, tanto en medicina general, como en atención especializada, son los relacionados con el “tiempo”; es decir, los usuarios perciben como excesivo el tiempo que pasa desde que se pide la cita hasta que realmente les vea el médico, así como el, a veces complicado, procedimiento para pedir la cita. Ello crea dificultades a la hora de utilizar los servicios sanitarios públicos. Colas y procedimientos se manifiestan como importantes obstáculos para la satisfacción de los ciudadanos con la asistencia sanitaria pública.

Si ahora dejamos aparte las preferencias y las valoraciones y pasamos a analizar el uso efectivo de recursos sanitarios, observamos que la educación delimita un marco de actuación diferente para los distintos grupos de nivel formativo. No resulta sorprendente el dato que señala a las personas con estudios primarios como los mayores demandantes de servicios sanitarios, teniendo en cuenta el vínculo importante existente entre las variables educación, renta y estado de salud. Los porcentajes son: 74,88 % en atención primaria, 50,21 % en atención especializada y 12,67 % en hospitalización (Gráfico 130).

El punto de nivelación, entre los distintos niveles educativos, se encuentra en el área de urgencias, donde se observan porcentajes muy similares en los cuatro niveles de educación estudiados: el 29,69 % de los usuarios con menor grado de escolarización afirma haber acudido al servicio de urgencias durante el año 2004, siendo los demás del 30,42 %, 30,01 % y 27,32 % para las personas con estudios secundarios de primera etapa, segunda etapa y superiores, respectivamente (Gráfico 130).

GRÁFICO 130 Porcentaje de usuarios que afirman haber utilizado algún servicio sanitario, por nivel asistencial y educación (2004).

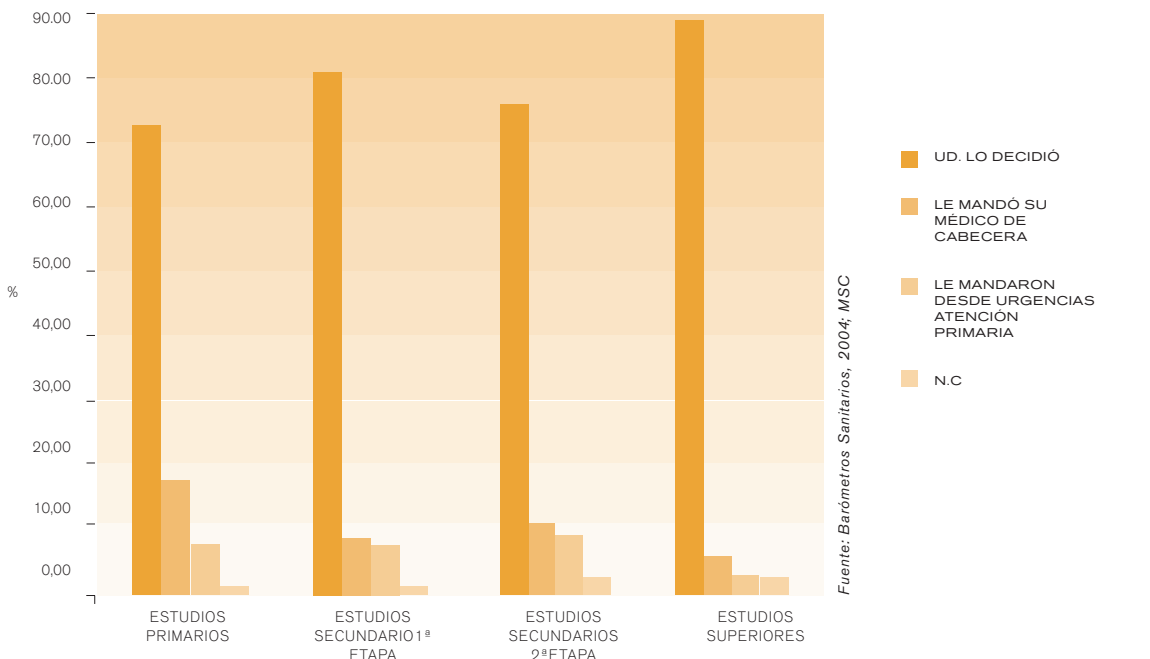


NO RESULTA SORPRENDENTE EL DATO QUE SEÑALA A LAS PERSONAS CON ESTUDIOS PRIMARIOS COMO LOS MAYORES DEMANDANTES DE SERVICIOS SANITARIOS, TENIENDO EN CUENTA EL VÍNCULO IMPORTANTE EXISTENTE ENTRE LAS VARIABLES EDUCACIÓN, RENTA Y ESTADO DE SALUD

El miedo y la prudencia a dilaciones fatales, el desconocimiento de la gravedad de los síntomas o dolencias, y también el deseo de evitar otros cauces más lentos (a menudo, mucho más lentos) llevan a bastantes usuarios a utilizar el servicio de urgencias en una gran cantidad de casos que no lo requieren. Ciertamente, el grado de utilización de los servicios de urgencias está relacionado con el desarrollo de los servicios sanitarios, pero también con el propio nivel educativo del usuario. Un mayor nivel educativo de las personas está correlacionado positivamente con una menor utilización de las urgencias, si bien ambas variables se encuentran conectadas con el nivel de salud.

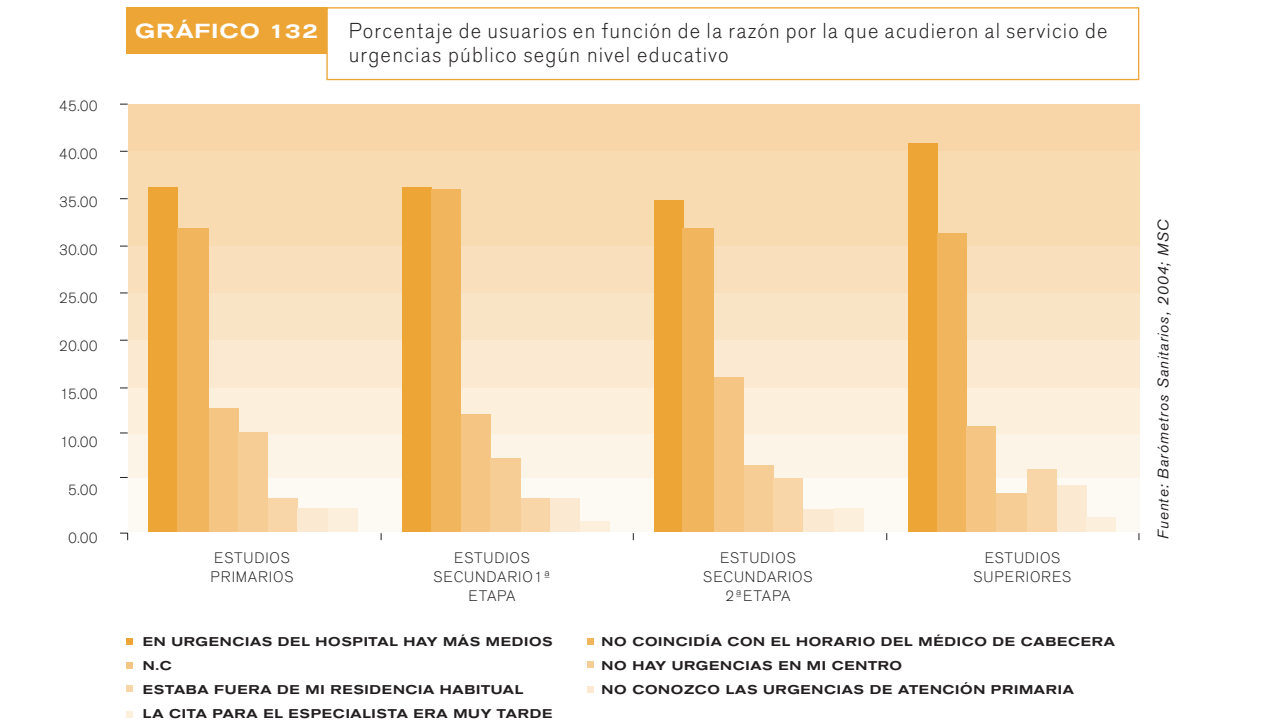
A pesar de que la población con mayor nivel educativo es la que manifiesta haber utilizado menos los servicios de urgencias durante el año 2004, es la que declara que cuando lo hizo fue por decisión propia, es decir, que los titulados superiores parecen sentirse más capacitados para determinar individualmente la necesidad de acudir directamente al servicio de urgencias o no hacerlo. Esta mayor autonomía de las personas con mejor educación para acceder a los servicios de urgencia no debe confundirse con un mejor o peor uso de dichos servicios; como ya se ha señalado, las personas con mayor formación hacen un menor uso de los servicios de urgencia, pero se sienten más seguros o autorizados para hacerlo cuando lo creen necesario (Gráfico 131).

GRÁFICO 131 Porcentaje de usuarios según fuente de la decisión de acudir a urgencias por nivel de educación



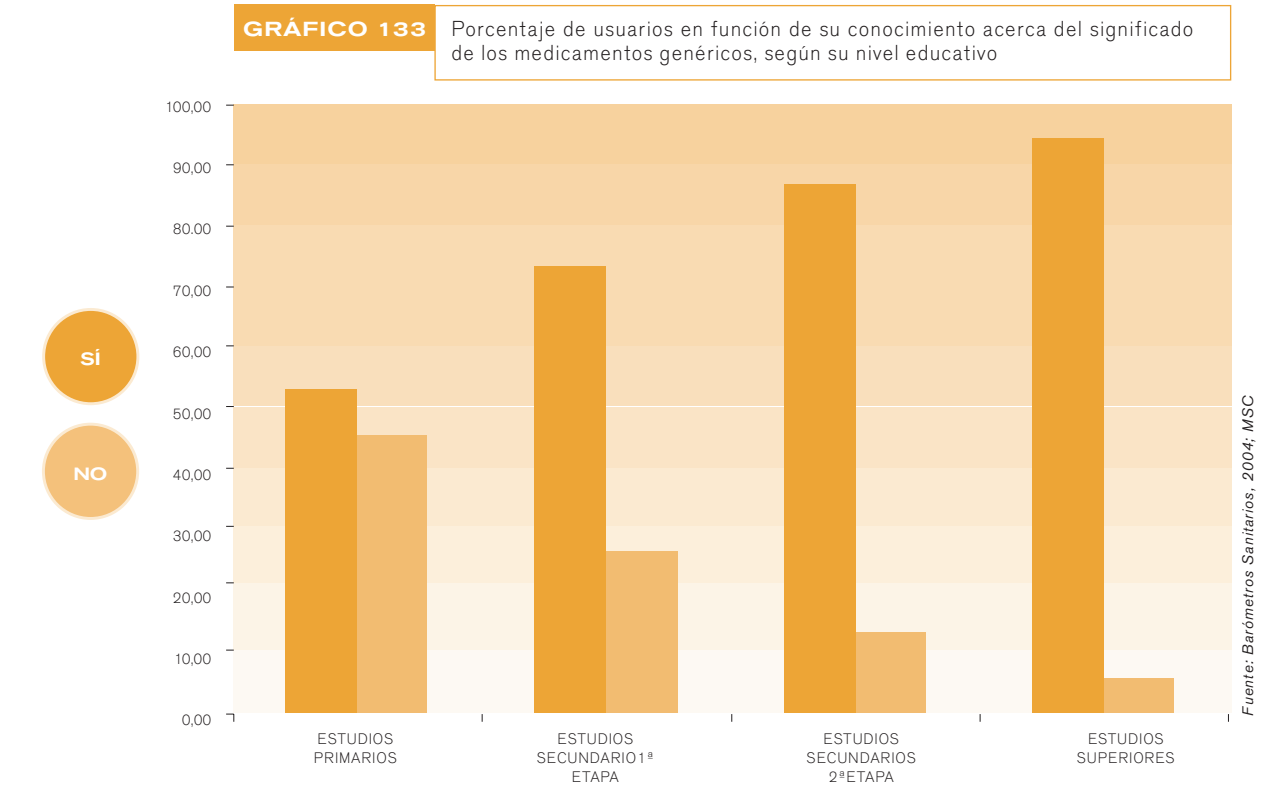
Los hospitales públicos atienden (ENS, 2003) las dos terceras partes de las urgencias. Sin embargo, pese a que, con frecuencia, se relaciona la sobreutilización de los servicios de urgencia de los hospitales públicos con el desconocimiento médico por parte de los usuarios y con el deseo de eludir colas, listas y demoras, las razones que alegan mayoritariamente sus usuarios están mas bien relacionadas con problemas de dotación e infraestructura sanitaria, tanto en medios humanos como en equipamiento técnico.

De hecho, el 95 % de los usuarios alegaron en 2004 razones de este tipo: existencia de mejores medios técnicos en los servicios de Urgencias de los hospitales; no disponibilidad del médico de cabecera o estar fuera de la residencia habitual. Solo un 5 % alegaron desconocimiento de las urgencias de atención primaria o el hecho de que la cita para el especialista fuera muy tarde. Por nivel de estudios, se observa alta unanimidad en las manifestaciones, siendo el grupo de personas con estudios superiores el más consciente de la importancia de los medios disponibles para el buen funcionamiento del servicio de urgencias (Gráfico 132).



EL USO CORRECTO DE LOS RECURSOS SANITARIOS Y DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE LOS INDIVIDUOS SE VE AFECTADO POR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE ÉSTOS POSEEN SOBRE CONCEPTOS BÁSICOS DE SALUD Y SANIDAD

El uso correcto de los recursos sanitarios y de consumo de medicamentos de los individuos se ve afectado por el nivel de conocimientos que éstos poseen sobre conceptos básicos de salud y sanidad, parcialmente ligados al grado de formación recibida. Así, por ejemplo, el 53,30 % de la población con estudios primarios, el 79,94 % de los españoles con estudios secundarios y el 94,2 7% de los titulados superiores, afirman tener conocimientos acerca de lo que es un medicamento genérico. Por lo tanto, en los cuatro grupos estudiados son mayoría los conocedores de esta cuestión (Gráfico 133). La proporción de los que contestan afirmativamente aumenta a medida que aumenta el nivel de educación; si en el grupo de personas con estudios primarios uno de cada dos afirma saber lo que son los medicamentos genéricos, en el de los titulados superiores son prácticamente la totalidad.

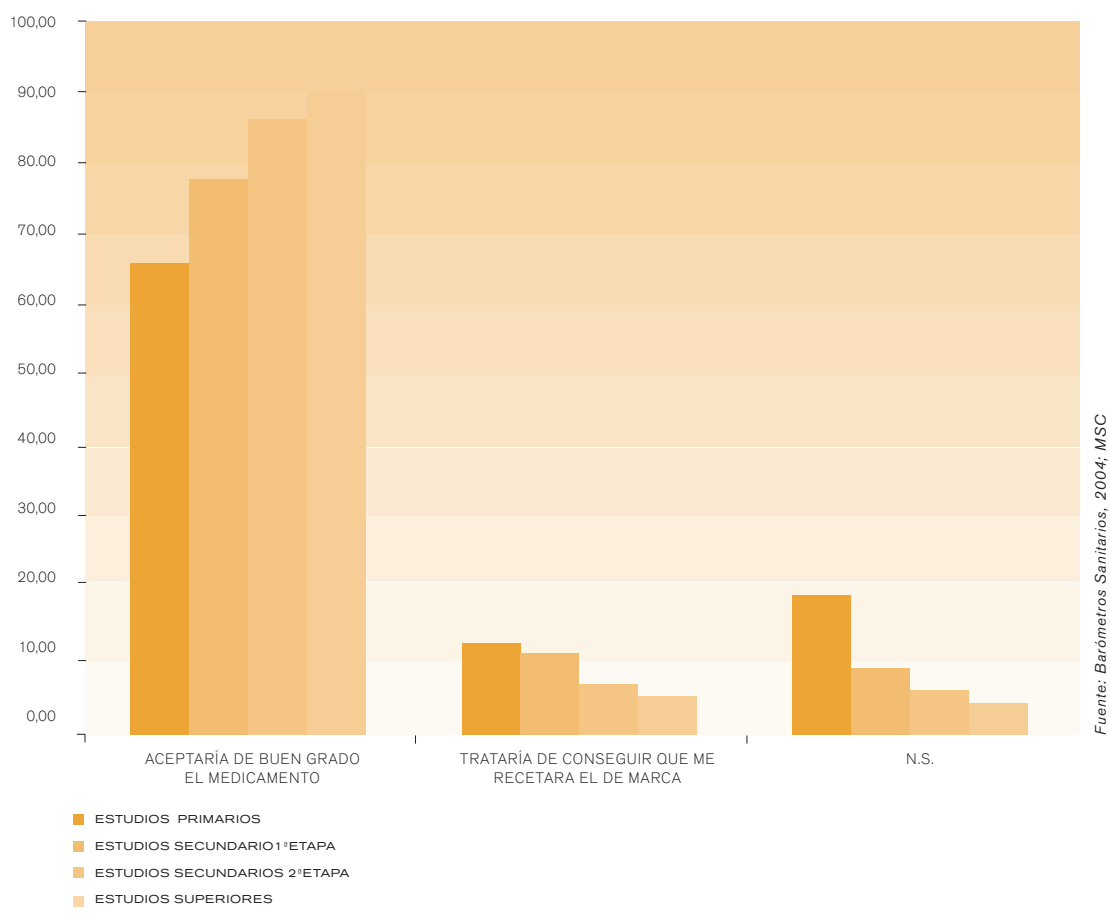


Quizás esta falta de información o de conocimientos, es la principal causa de la desconfianza mostrada por parte de los españoles con menor grado de formación a la hora de sustituir un fármaco de marca por otro genérico. No obstante, el grado de aceptación de los medicamentos genéricos entre los ciudadanos es bastante elevado, ya que en todos lo niveles educativos son mayoría los que aceptarían de buen grado sustituir los medicamentos de marca por los genéricos, siendo la resistencia media al cambio inferior al 10 % (Gráfico 134).

Por lo que se refiere a los medicamentos que han sido tomados porque ya en otra ocasión fueron recetados por un médico, encontramos un porcentaje de respuestas afirmativas que supera el 80 %, en todos los niveles educativos. Por lo tanto, existe un importante nivel de automedicación relativa por parte de la población española, que a primera vista no se ve afectado por el nivel de educación de los ciudadanos, si bien hay que subrayar que se trata de una automedicación de recuerdo que se limita a utilizar fármacos que anteriormente les fueron prescritos.

EXISTE UN IMPORTANTE NIVEL DE AUTOMEDICACIÓN DE RECUERDO, QUE SE LIMITA A UTILIZAR FÁRMACOS QUE ANTERIORMENTE LES FUERON PRESCRITOS

GRÁFICO 134 Suponiendo que tras la visita del médico, éste le recetara un medicamento genérico, explicándole que se trata del mismo medicamento, en lugar de uno de marca que Vd. ya conoce, ¿Cuál sería su reacción?



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

TABLA 55 Usuarios que afirman cumplir las instrucciones del médico en cuanto a cantidad de medicamento y tiempo de prescripción, por nivel de formación (2004)

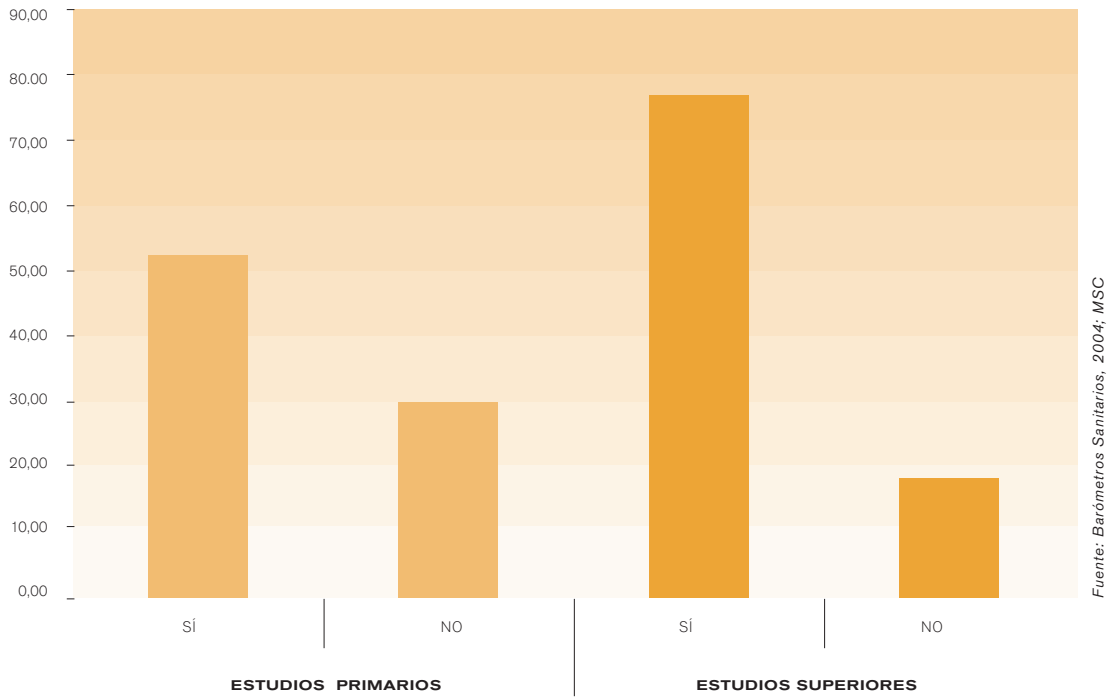
ESTUDIOS PRIMARIOS	ESTUDIOS SECUNDARIOS 1e ETAPA	ESTUDIOS SECUNDARIOS 2e ETAPA	ESTUDIOS SUPERIORES	ESTUDIOS SUPERIORES
82,95 %	80,81 %	80,94 %	84,03 %	85 %
74,73 %	68,81 %	74,34 %	79,34 %	80 %

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

Otra de las cuestiones importantes en el ámbito del uso racional de medicamentos es el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes. Un buen cumplimiento pasa por un alto porcentaje de pacientes que entiendan cómo tomarse el medicamento. Los otros dos aspectos importantes para el cumplimiento terapéutico son la correcta administración de la dosis y del tiempo de prescripción. Según los datos del barómetro sanitario del 2004 el 85 % de los individuos sigue adecuadamente la dosis y el 80 % termina el tratamiento según las instrucciones del médico. (Tabla 55). Por niveles de educación se observan ligeras diferencias en los porcentajes obtenidos, siendo los más cumplidores los integrantes del grupo de personas con estudios superiores.

Para finalizar, recogemos los datos relativos a los medicamentos que sobran después de finalizar un tratamiento. El 76,7 % de las personas con estudios superiores guardan los medicamentos sobrantes, frente al 52 % de las personas con estudios primarios que afirman conservar los fármacos sobrantes para su uso posterior. Los usuarios con mayor nivel de formación muestran una actitud más previsora, al guardar los medicamentos una vez terminado el tratamiento, además de contar con la suficiente confianza para tomar medicamentos sin prescripción médica en otra ocasión. (Grafico 135).

GRÁFICO 135 Porcentaje de usuarios que manifiestan guardar, o no, los medicamentos que sobran después del tratamiento, por nivel de educación

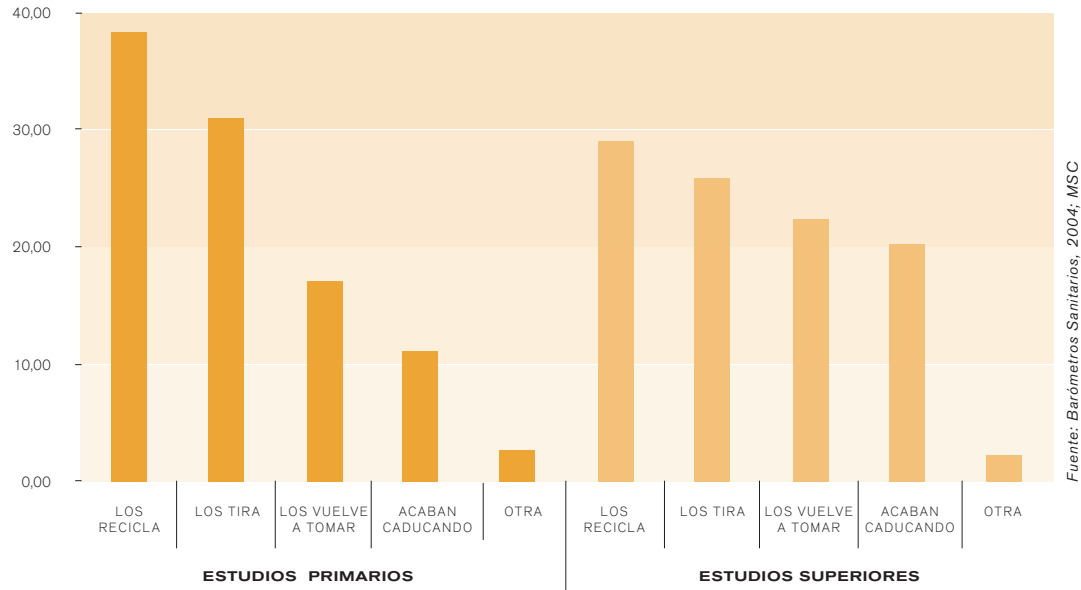


Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

En los últimos años se ha apreciado un esfuerzo, por parte de las autoridades sanitarias, en concienciar a los usuarios para que reciclen los fármacos fuera de uso, ya que el reciclaje favorece la protección medio-ambiental y reduce el riesgo de circulación y uso de medicamentos caducados. El mensaje ha sido bien recibido y aceptado por los ciudadanos, ya que el 38,5 % de la población con estudios primarios afirma reciclar los medicamentos, frente a los 31 % que declara tirarlos (29,09 % y 25,7 %, respectivamente, para la población con estudios superiores) (Gráfico 136). Las personas con mayor nivel de educación tienden a ser más conservadoras con los medicamentos con el fin de ser utilizados de nuevo, si bien una parte de ellos acaba caducando.

LAS PERSONAS CON MAYOR NIVEL DE EDUCACIÓN TIENDEN A SER MÁS CONSERVADORAS CON LOS MEDICAMENTOS CON EL FIN DE SER UTILIZADOS DE NUEVO, SI BIEN UNA PARTE DE ELLOS ACABA CADUCANDO

GRÁFICO 136 Porcentaje de usuarios en función del uso posterior a los medicamentos sobrantes, por nivel de educación



En resumen, podemos afirmar que la educación tiene una sensible influencia en las preferencias de los ciudadanos respecto a la opción público-privada en sanidad, siendo mayor el nivel de estudios de los adeptos a la atención sanitaria privada y más bajo el de los fieles a la sanidad pública.

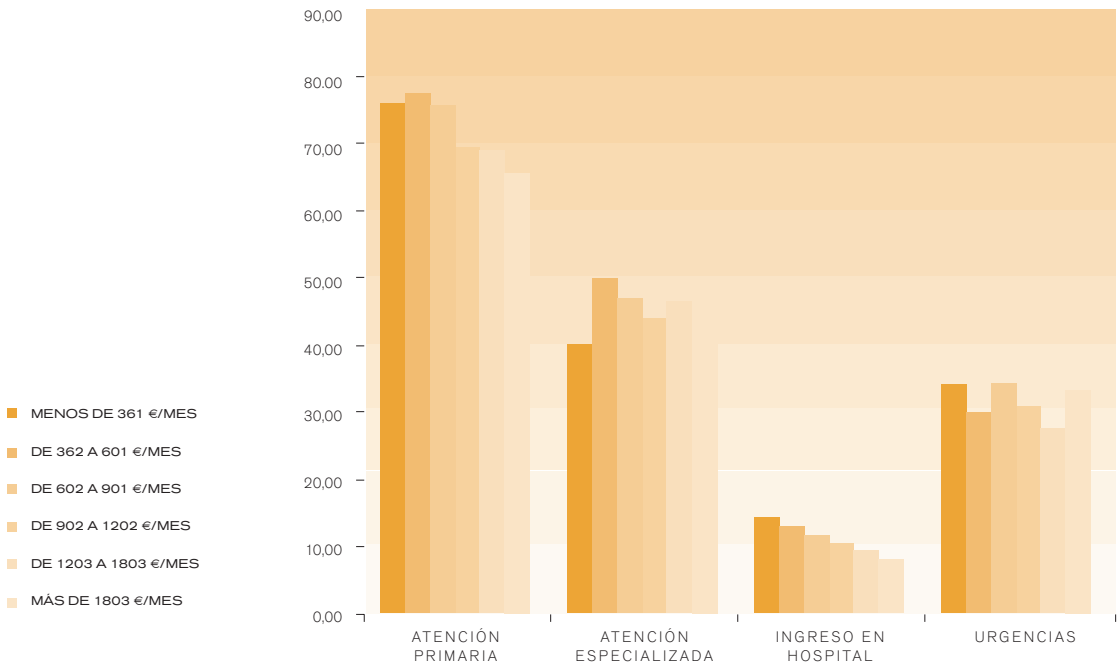
La regla que asocia mayor uso de recursos sanitarios a menor nivel de formación se cumple para los tres niveles asistenciales: atención primaria, ingreso hospitalario y urgencias, siendo excepción el uso de la atención especializada, donde parece que las necesidades son similares para todos los usuarios, e incluso algo mayores en los niveles superiores de educación.

5.2 RENTA PROPIA E INGRESOS DEL HOGAR

Como se ha venido señalando en las páginas de este texto, se pueden verificar diferencias muy significativas de estado de salud asociadas a los niveles de renta. Partiendo de esta base, y sabiendo que el más elevado nivel de salud corresponde a los hogares con mayores recursos económicos, parece razonable, a priori, pensar que los miembros de hogares con alto nivel de renta tengan menor necesidad de utilizar los servicios médicos y sanitarios.

En el 2004 se observan dos bloques de conductas bien diferenciables en relación a la renta: por un lado, la atención primaria y los ingresos hospitalarios, niveles de atención en los que se registra una clara asociación entre los ingresos mensuales del hogar y el menor uso de estos recursos sanitarios (primaria y hospitalización). El segundo bloque está compuesto por los niveles asistenciales referentes a la atención hospitalaria y al servicio de urgencias. Ambos niveles presentan un grado de utilización, similar en los diferentes escalones de renta (Gráfico 137).

GRÁFICO 137 Porcentaje de usuarios en función de haber utilizado, o no, algún tipo de servicio sanitario durante el último año, según nivel de renta del hogar



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

Podemos concluir que el uso de servicios sanitarios, en el nivel asistencial de primaria y en los ingresos hospitalarios, disminuye a medida que aumenta el nivel de ingresos del hogar, a diferencia de la atención especializada, en el que solo destaca su menor uso por parte de las rentas inferiores, y el servicio de urgencias, cuya utilización parece escasamente relacionada con el nivel de renta.

En general, los grupos de población con menor nivel socioeconómico tienen una mayor utilización de recursos sanitarios. Asimismo, la frecuentación en la atención primaria, tanto pública como privada, es notablemente superior a la de los demás servicios sanitarios. Ello se traduce no solo en una mayor tasa de personas que utilizan estos servicios, sino también en el número medio de visitas que estos usuarios hacen de la atención primaria pública (Tabla 56), prácticamente el doble que las que se realizan a la asistencia especializada. En el ámbito privado la utilización de estos dos niveles de asistencia se encuentra, sin embargo, muy equilibrada.

TABLA 56

Nº de visitas a un médico, público o privado, por niveles de atención sanitaria (2004; total de usuarios)

	PÚBLICO	PRIVADO
ATENCIÓN PRIMARIA	4,88	3,71
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	2,57	3,04
HOSPITALIZACIONES	1,30	1,26
URGENCIAS	1,88	2,05

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

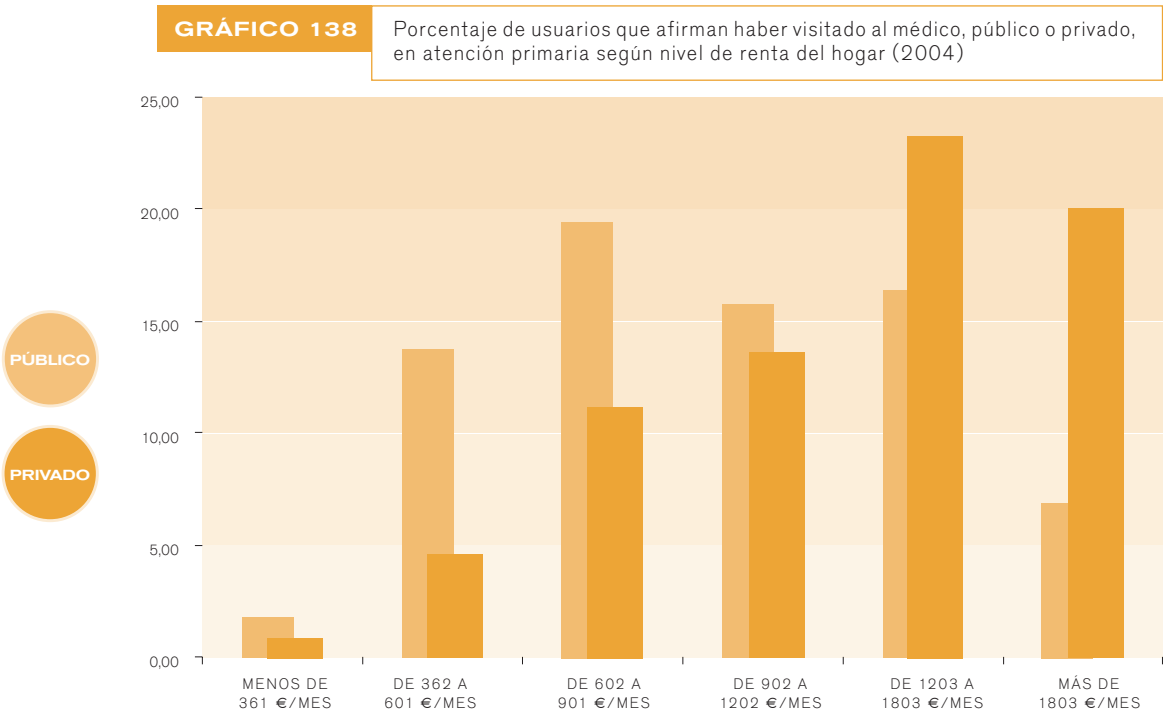
Al comparar las tendencias en la conducta real de los usuarios, separadamente para el sector público y el privado, destaca la relación inversa entre el nivel de renta del hogar y el uso de los recursos sanitarios públicos. Más del 50 % de los que utilizan los servicios sanitarios públicos declaran tener unos ingresos inferiores a 1202 €/mes. Este panorama, que vincula la sanidad pública con los hogares de menor renta, se repite en los tres restantes escenarios, atención especializada, hospitalización y urgencias, con pequeñas variaciones en los porcentajes obtenidos.

LA RENTA MEDIA DEL USUARIO TIPO (MODA) DE LA SANIDAD PRIVADA DUPLICA LA DEL USUARIO DE LA PÚBLICA

Por lo contrario, en materia de sanidad privada, las personas provenientes de hogares con un nivel de renta superior al de 1202 €/mes, son las que configuran el perfil de usuario más habitual. El grupo modal (el grupo de ingresos con mayor tasa de utilización de servicios sanitarios) en la sanidad pública es el que se sitúa en el intervalo de renta de los 602 a los 901 €/mes, mientras que la renta modal de utilización de recursos sanitarios en el ámbito privado se encuentra entre los 1203 y los 1803 €/mes. (Grafico 138, Grafico 139 y Grafico 140).

Así pues, la renta media del usuario tipo (moda) de la sanidad privada duplica la del usuario de la pública. El uso de las urgencias sanitarias de carácter privado eleva aún más el listón de renta media de sus usuarios, configurándose casi como un signo externo de elevada renta (Grafico 141).

EN GENERAL, LOS GRUPOS DE POBLACIÓN CON MENOR NIVEL SOCIOECONÓMICO TIENEN UNA MAYOR UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

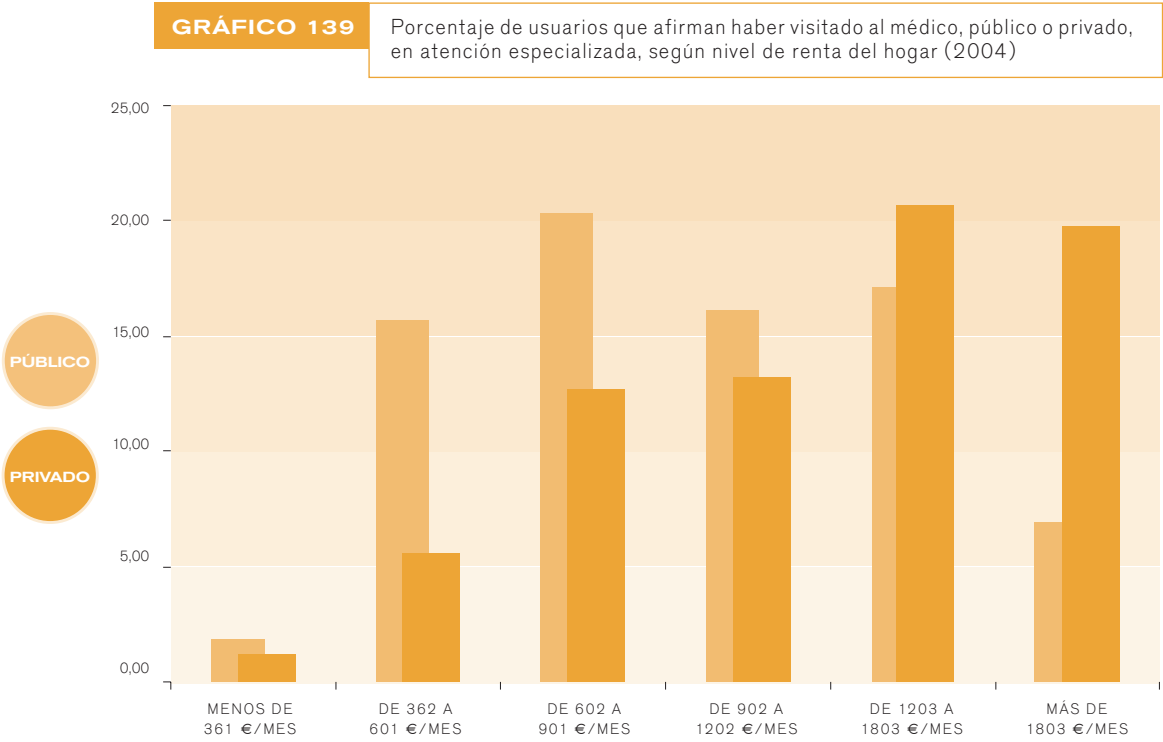


GRÁFICO 140

Porcentaje de usuarios que afirman haber estado ingresados en un hospital, público o privado, según nivel de renta del hogar (2004)

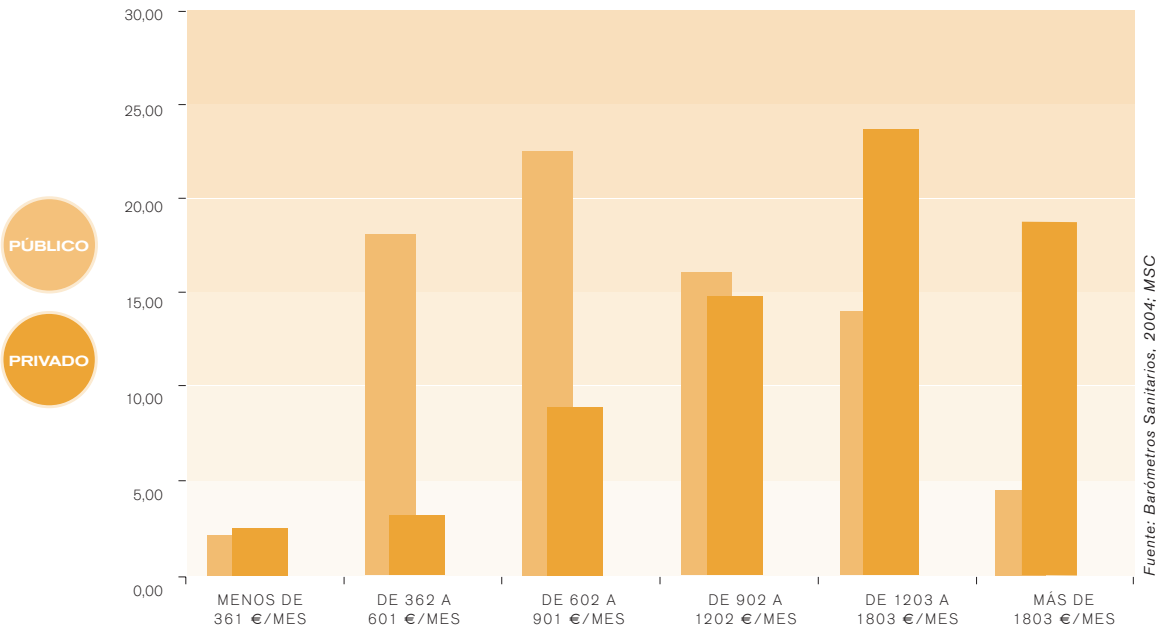
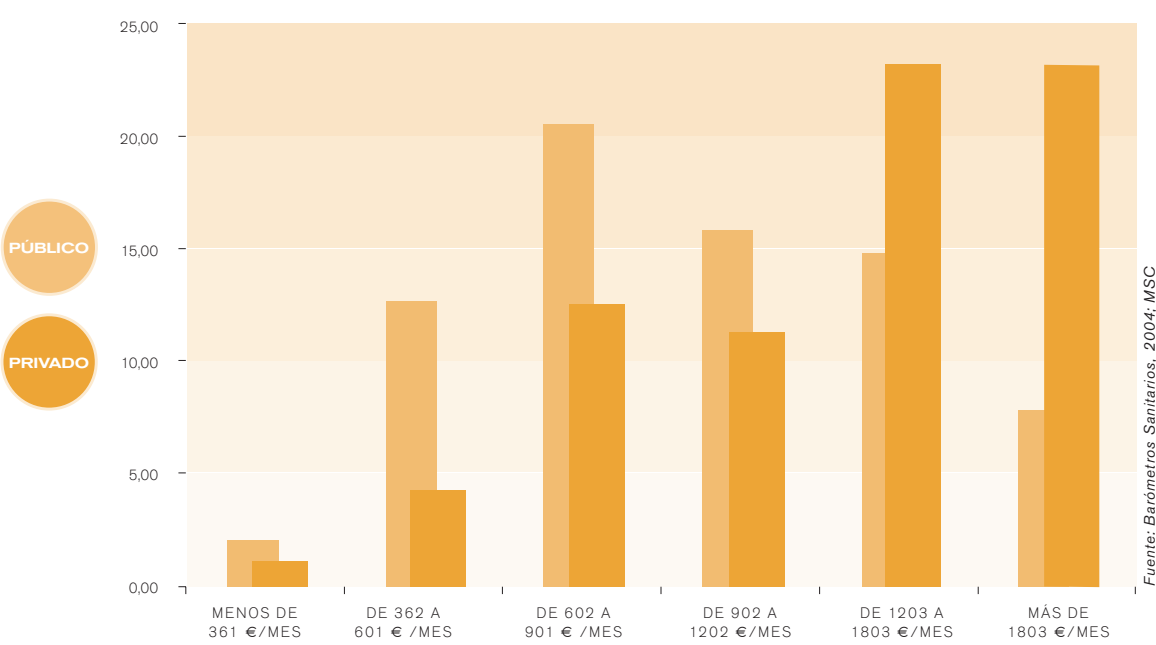


GRÁFICO 141

Porcentaje de usuarios que afirman haber utilizado el servicio de urgencias, público o privado, según nivel de renta del hogar (2004)

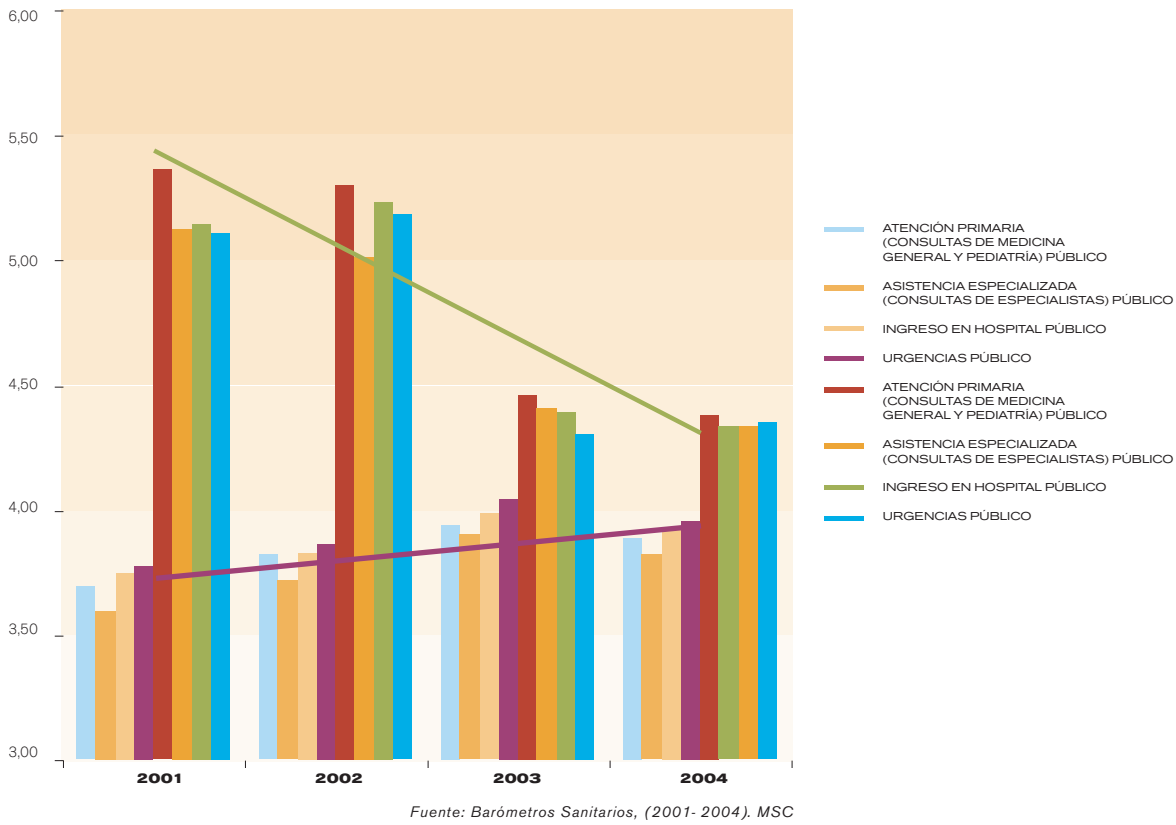


Es evidente que la opción privada en materia sanitaria se encuentra asociada con un mayor nivel de renta o una posición socioeconómica más elevada, más aún en la medida en que, en España, la sanidad privada se enmarca, en su casi totalidad, dentro del segundo nivel de doble cobertura de la que disfrutaban uno de cada ocho españoles. Es decir, que el usuario de la sanidad privada no esta pagando ésta para tener asistencia sanitaria, sino para tener - en opinión de quienes optan por ella - una mejor o mayor asistencia sanitaria. Entre el usuario medio de la sanidad privada y el de la pública ha existido - y aún existe - una diferencia apreciable de renta.

EL USUARIO DE LA SANIDAD PRIVADA NO ESTA PAGANDO ÉSTA PARA TENER ASISTENCIA SANITARIA, SINO PARA TENER UNA MEJOR O MAYOR ASISTENCIA SANITARIA

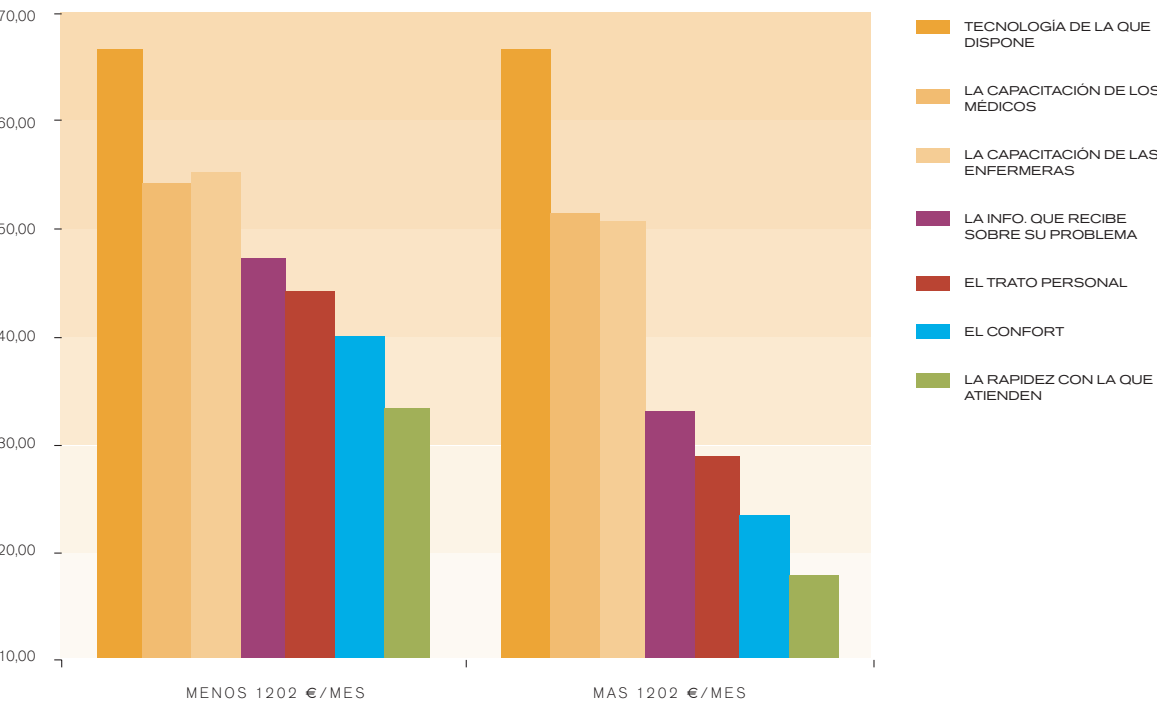
GRÁFICO 142

Evolución del indicador de renta media del hogar según preferencia pública o privada en atención sanitaria



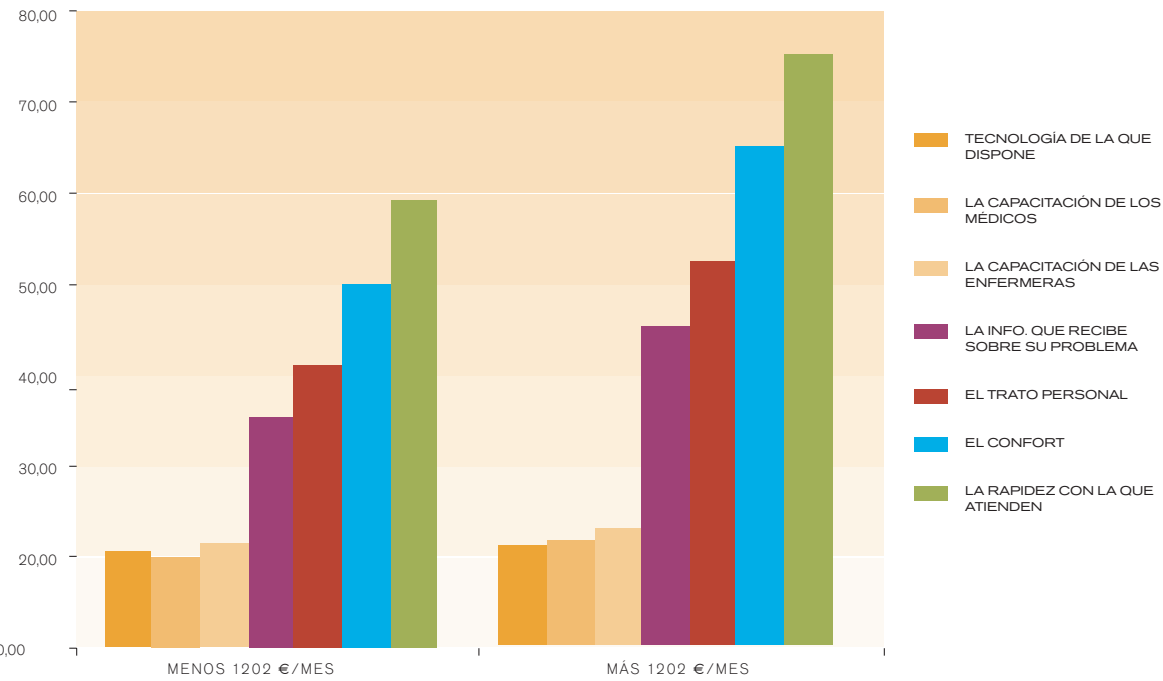
Sin embargo, este diferencial de rentas entre los adeptos a la sanidad pública y los afines a la privada, que se ha mantenido sin apenas variaciones durante la década de los noventa, ha disminuido enormemente con el cambio de siglo, habiéndose aproximado notablemente el nivel de rentas entre ambos. Hay que recordar que no estamos analizando el uso real de uno u otro tipo de sanidad, sino las preferencias manifestadas por los ciudadanos respecto a los dos tipos de asistencia sanitaria (Gráfico 142).

GRÁFICO 143 Porcentaje de usuarios que eligen asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar, según nivel de renta del hogar (Pública)



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

GRÁFICO 144 Porcentaje de usuarios que eligen asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar, según nivel de renta del hogar (Privada)

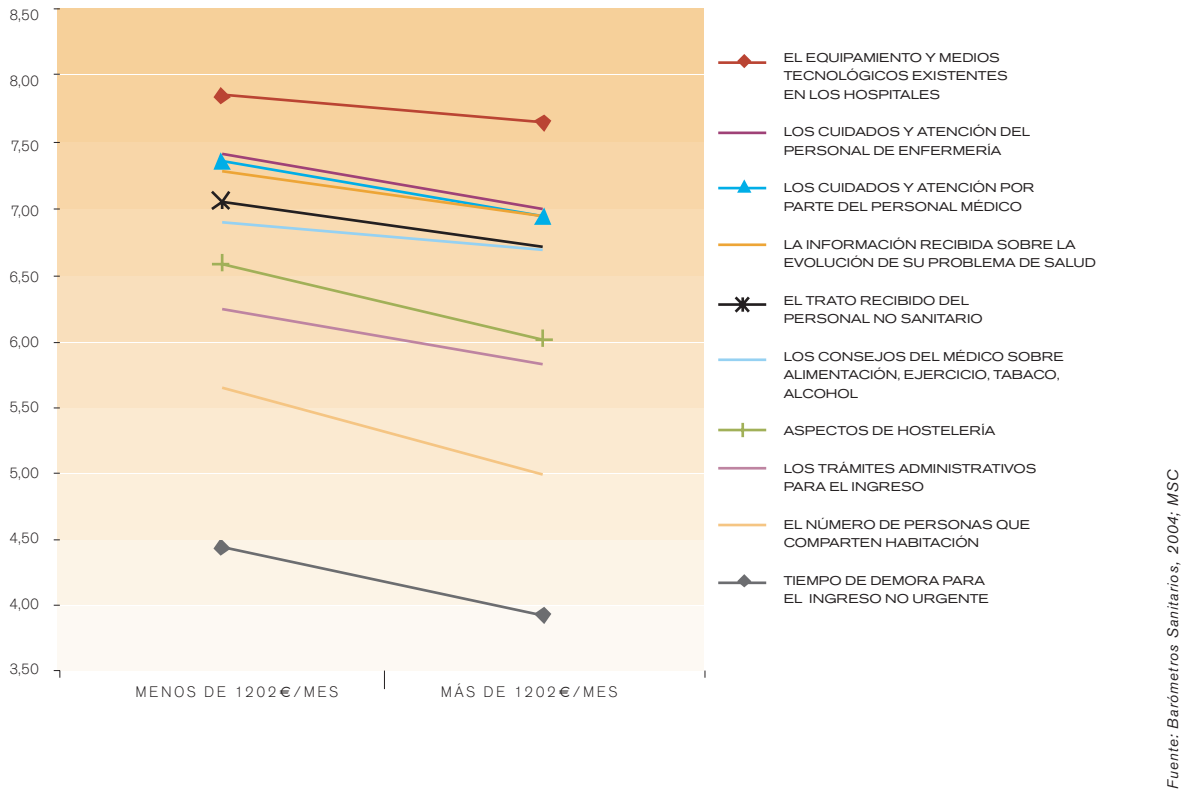


Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC

Las principales razones de esta creciente tendencia hacia el sector privado se encuentran en el menor cuidado hacia aspectos como el trato personal, el confort y, sobretudo, la falta de rapidez y agilidad por parte de la asistencia sanitaria pública. Destaca la alta sensibilidad que presentan los miembros de hogares con mayores recursos económicos hacia dichos aspectos, es decir, la población, cuyos ingresos del hogar superan los 1202€/al mes, se muestran mucho más preocupados por temas de confort y rapidez en la atención que las personas con un nivel de renta inferior a 1202€/mes. En concreto, uno de cada dos, frente a uno de cada cuatro, respectivamente (Gráficos 143, 144 y 145).

LAS PRINCIPALES RAZONES DE ESTA CRECIENTE TENDENCIA HACIA EL SECTOR PRIVADO SE ENCUENTRAN EN EL MENOR CUIDADO HACIA EL TRATO PERSONAL, EL CONFORT Y LA FALTA DE RAPIDEZ Y AGILIDAD POR PARTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA

GRÁFICO 145 Valoración (1 a 10) de los usuarios de la asistencia recibida en los hospitales públicos, por nivel de renta



UN 1,3 % DEL TOTAL DE LA POBLACIÓN, CON UN NIVEL DE RENTA ENTRE 0 Y 5000€/AÑO, SEÑALA COMO MOTIVO PARA NO HABER ACUDIDO AL MÉDICO LA IMPOSIBILIDAD ECONÓMICA

A pesar de que en España exista un sistema sanitario bien desarrollado que cubre a la gran mayoría de la población, un 10,44 % de los españoles con renta anual inferior a los 5000, afirma haber necesitado asistencia médica y no haberla recibido, por alguna razón (Grafico 146). La principal causa que impide, o demora, el uso de los servicios sanitarios varía entre los distintos niveles de renta, siendo las listas de espera el problema fundamental para los hogares con renta inferior a los 30.000€/mes y la falta de tiempo libre, para los que superan dicho nivel de renta (Tabla 57).

Aunque el hecho de acudir o no a la consulta médica en España no depende del nivel de renta, dado que todos los ciudadanos tienen derecho a hacerlo, un 1,3 % del total de la población, con un nivel de renta entre 0 y 5000€/año, señala como motivo para no haberlo acudido al médico la imposibilidad económica, que podemos interpretar como una consecuencia directa del coste de los fármacos necesarios para el tratamiento.

GRÁFICO 146 Porcentaje de personas que ha tenido necesidad de asistir a la consulta de un médico (excepto dentista) o recibir tratamiento médico y no ha podido, por nivel de renta del hogar

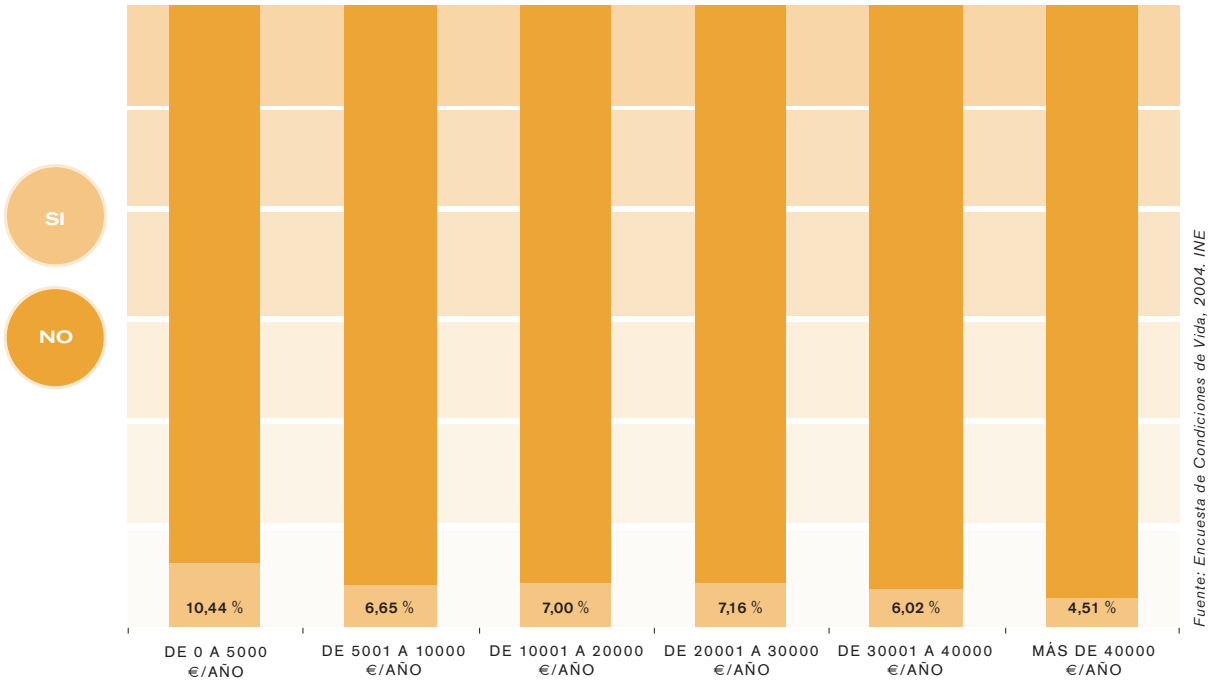


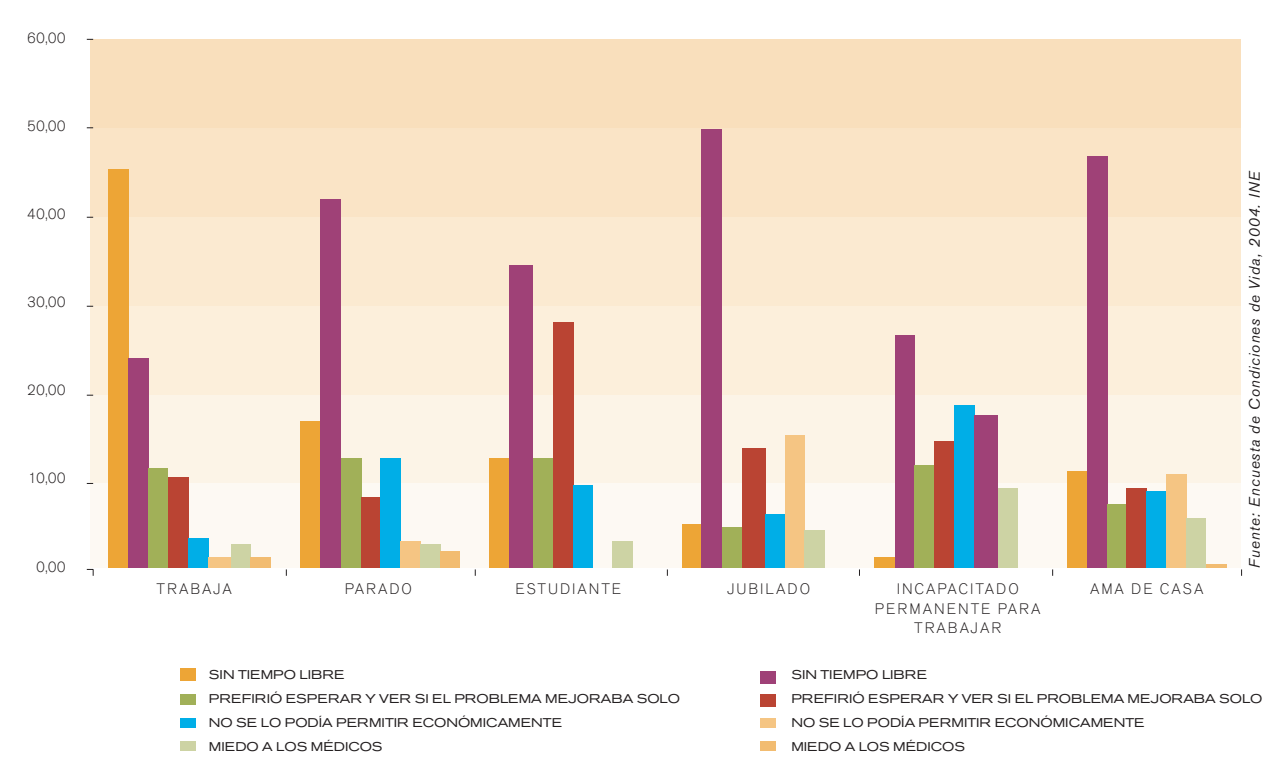
TABLA 57 Porcentajes de usuarios según el principal motivo para no poder asistir a la consulta médica o no poder recibir tratamiento médico

MOTIVOS	DE 0 A 5.000 EURO/AÑO	DE 5.001 A 10.000 EURO/AÑO	DE 10.001 A 20.000 EURO/AÑO	DE 20.001 A 30.000 EURO/AÑO	DE 30.001 A 40.000 EURO/AÑO	MÁS DE 40.000 EURO/AÑO
NO SE LO PODÍA PERMITIR ECONÓMICAMENTE	12,50	12,69	7,78	3,26	3,56	0,63
ESTABA EN UNA LISTA DE ESPERA	26,67	32,09	35,15	36,46	32,44	30,82
SIN TIEMPO POR TRABAJO O TENER QUE CUIDAR NIÑOS...	25,00	17,16	25,51	26,48	34,67	41,51
LA CONSULTA ESTABA LEJOS PARA DESPLAZARSE	12,50	13,06	5,13	5,09	1,78	0,63
MIEDO A LOS MÉDICOS, A LOS HOSPITALES, AL TRATAMIENTO	2,50	4,48	4,67	4,48	2,22	2,52
PREFIRIÓ ESPERAR Y VER SI EL PROBLEMA MEJORABA SOLO	6,67	8,58	9,80	10,79	11,56	11,95
NO CONOCÍA NINGÚN MÉDICO O ESPECIALISTA COMPETENTE	0,00	1,87	0,62	1,43	0,89	0,63
OTROS MOTIVOS	14,17	10,07	11,35	12,02	12,89	11,32

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

La Encuesta de Condiciones de Vida, 2004, estudia la posibilidad de haber precisado ayuda médica y no haberla recibido. Ya hemos visto (Grafico 146) que el porcentaje de personas que por algún motivo no pudieron acudir al médico no supera el 10 %. Lógicamente, es entre las personas empleadas u ocupadas donde predomina el motivo de la falta de tiempo para no haberlo hecho. Así el 46 % de las personas que trabajan señalan como principal motivo para no acudir al médico la falta de tiempo. El resto de los grupos de actividad, tanto los parados, como los estudiantes, los jubilados, etc., achacan en su mayoría a las listas de espera la culpa de no haber podido utilizar los servicios sanitarios, en el momento en que lo necesitaron.

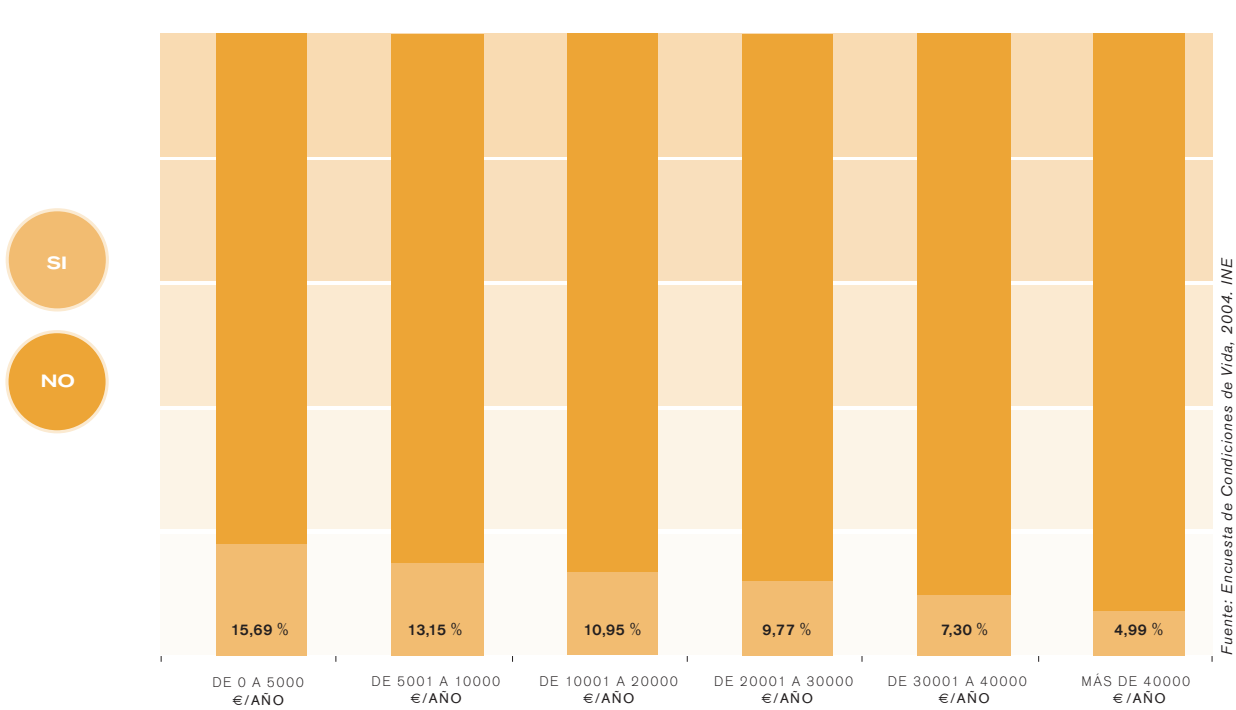
GRÁFICO 147 Porcentaje de usuarios en función del motivo que les impidió acudir a la consulta médica, según actividad laboral



ENTRE UN 5 % Y UN 15 % DE LA POBLACIÓN NO HA PODIDO, POR DIFERENTES MOTIVOS, ACCEDER A LA CONSULTA DEL DENTISTA

No sucede lo mismo en las cuestiones que atañan a la salud bucucodental. Entre un 5 % y un 15 % de la población no ha podido, por diferentes motivos, acceder a la consulta del dentista (Grafico 148). En este ámbito y debido a la falta de cobertura pública se aprecia la enorme influencia de la renta del hogar en las decisiones de los españoles relativas a salud bucucodental. La consecuencia inmediata son los elevados porcentajes de usuarios que señalan como principal motivo para no acudir al dentista que “no se lo podía permitir económicamente”.

GRÁFICO 148 ¿Ha tenido usted necesidad de asistir a la consulta de un dentista o de recibir tratamiento dental y no ha podido? Por nivel de renta del hogar



El coste de los tratamientos odontológicos se convierte en barrera de acceso hasta en hogares con niveles de renta elevados. Un 11,7 % de la población con ingresos inferiores a 5000€ anuales e incluso un 2 % de las personas cuyos hogares ingresan más de 40.000€, afirman no poder solventar sus problemas de salud dental por dificultades económicas (Tabla 58). La sanidad pública ofrece una cobertura escasa en el ámbito de la salud bucal, limitándose las prestaciones del sector público a las extracciones dentarias y algunos programas preventivos en población infantil y adolescente. Los problemas más frecuentes y sencillos quedan en manos de las clínicas dentales privadas, lo que supone un impedimento de acceso para una parte importante de la población, incluidos los hogares relativamente bien dotados en recursos económicos.

LA SANIDAD PÚBLICA OFRECE UNA COBERTURA ESCASA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD BUCAL. LOS PROBLEMAS MÁS FRECUENTES Y SENCILLOS QUEDAN EN MANOS DE LAS CLÍNICAS DENTALES PRIVADAS

TABLA 58 Porcentajes de usuarios según el principal motivo para no poder asistir a la consulta del dentista o no poder recibir tratamiento dental*

MOTIVOS	DE 0 A 5.000 EURO/AÑO	DE 5.001 A 10.000 EURO/AÑO	DE 10.001 A 20.000 EURO/AÑO	DE 20.001 A 30.000 EURO/AÑO	DE 30.001 A 40.000 EURO/AÑO	MÁS DE 40.000 EURO/AÑO
NO SE LO PODÍA PERMITIR ECONÓMICAMENTE	74,32	79,57	70,34	60,58	55,60	
ESTABA EN UNA LISTA DE ESPERA	0,00	0,54	1,74	1,58	1,81	0,55
SIN TIEMPO POR TRABAJO O TENER QUE CUIDAR NIÑOS...	7,65	5,02	8,12	14,96	15,52	28,02
LA CONSULTA ESTABA LEJOS PARA DESPLAZARSE	3,83	1,79	0,77	0,43	0,72	2,20
MIEDO A LOS MÉDICOS, A LOS HOSPITALES, AL TRATAMIENTO	8,74	7,35	11,01	14,24	14,80	18,68
PREFIRIÓ ESPERAR Y VER SI EL PROBLEMA MEJORABA SOLO	2,19	1,97	3,96	3,17	5,42	7,14
NO CONOCÍA NINGÚN MÉDICO O ESPECIALISTA COMPETENTE	0,55	0,00	0,19	0,58	0,36	1,10
OTROS MOTIVOS	2,73	3,76	3,86	4,46	5,78	4,40

* Porcentajes sobre el total de los que han contestado "sí" en el gráfico 148.
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, 2004. INE

5.3 OTROS FACTORES SOCIALES: LUGAR DE RESIDENCIA Y SITUACIÓN LABORAL

Aunque el lugar de residencia o la pertenencia del individuo a una u otra región o comunidad suele utilizarse con frecuencia en el análisis social a efectos descriptivos y comparativos, es claro que no se trata propiamente de un determinante social sino más bien de un conjunto de ellos combinados con muy diferente ponderación. La residencia de un individuo en un país del mundo con escaso desarrollo o a uno avanzado permite presumir y constatar importantes diferencias en salud.

En contextos geográficos y socioeconómicos más homogéneos, como lo es el español, también se producen variaciones regionales en los comportamientos sanitarios derivados de múltiples factores como la salud de la población, el envejecimiento de la misma, el desarrollo socioeconómico o el funcionamiento del sistema sanitario autonómico, entre otros determinantes. El “lugar de residencia”, como factor determinante en el uso de los recursos sanitarios, involucra a todos los demás factores, tanto sociales, como demográficos, económicos, etc.

En cuanto a la situación de actividad, el estado de salud y el uso de recursos sanitarios varían entre la población activa y la población pasiva, tanto por la edad como por el estilo de vida. A ello hay que añadir que, dada la enorme vinculación de esta variable con otras como la educación, la renta, la ocupación y la edad, es razonable esperar que la actividad desarrollada tenga una significativa influencia en la conducta de la población a la hora de utilizar los recursos sanitarios

5.3.1 LUGAR DE RESIDENCIA

Como ya se comentó anteriormente, la inclinación de las preferencias de los usuarios hacia los servicios de la sanidad pública o de la privada depende de la experiencia y percepción individual de cada una de las personas, de su edad, de su nivel de renta y educación y, por supuesto, de la propia estructura y funcionamiento de unos y otros servicios sanitarios. A esto habría que añadir algunos vectores de carácter sociopolítico y cultural de difícil definición. Ello hace extremadamente aventurado pretender establecer una relación de determinación entre la residencia geográfica y sus preferencias en relación al binomio público-privado.

No obstante, las visibles diferencias entre las preferencias de los usuarios de unas y otras regiones, reflejan realidades sociosanitarias diferentes que resultan de interés, cuando menos a efectos topológicos o de descripción de la realidad social subyacente en la sanidad española. La estructura sociodemográfica poblacional varía entre las distintas comunidades autónomas y esto implica que el sistema de salud se tiene que adaptar a las características y necesidades de cada región. El lugar de residencia se configura como un determinante multifactorial de cierta complejidad, con algún peso específico en la orientación de los españoles por el uso de recursos sanitarios públicos o privados.

La preferencia por lo público o lo privado parece estar más relacionada con la mayor o menor presencia del sector público o privado en las diferentes comunidades que con posibles deficiencias de calidad en la sanidad pública. Sin embargo, es posible observar algunas particularidades en cuanto a la valoración que hacen los habitantes de cada CCAA sobre los distintos aspectos de la asistencia sanitaria, que permiten establecer algunos posibles determinantes de sus respectivas orientaciones.

Las CCAA con más afinidad hacia lo público en materia sanitaria son las de Asturias, Navarra y Castilla-León, seguidas por Galicia y Castilla La Mancha. Por el contrario, Baleares, Cataluña y Canarias son las que reflejan una mayor simpatía hacia la sanidad privada, especialmente las Islas Baleares en las que esta opción es mayoritaria en la asistencia especializada y la hospitalaria. La asistencia sanitaria especializada privada es también una elección mayoritaria en Cataluña y Canarias, Extremadura y Madrid. En general, el noroeste peninsular tiene una mayor orientación a lo público que la España mediterránea (Tabla 59).

ALGUNAS PARTICULARIDADES EN CUANTO A LA VALORACIÓN QUE HACEN LOS HABITANTES DE CADA CCAA SOBRE LOS DISTINTOS ASPECTOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA, PERMITEN ESTABLECER ALGUNOS POSIBLES DETERMINANTES DE SUS RESPECTIVAS ORIENTACIONES

TABLA 59 Tipo de centro al que acudiría, público o privado, según asistencia sanitaria requerida (%)

2004	ATENCIÓN PRIMARIA		ASISTENCIA ESPECIALIZADA		INGRESO EN HOSPITAL		URGENCIAS		INDICADOR DE PREFERENCIA POR LO PÚBLICO
	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PÚBLICO	PRIVADO	PROMEDIO % PUB.
ASTURIAS	87,74	12,26	85,27	14,73	89,47	10,53	90,76	9,24	88,31
NAVARRA	86,43	13,57	77,74	22,26	88,40	11,60	87,98	12,02	85,14
CASTILLA Y LEÓN	78,22	21,78	63,37	36,63	78,22	21,78	80,88	19,12	75,17
GALICIA	76,80	23,20	62,58	37,42	76,16	23,84	79,14	20,86	73,67
C.- LA MANCHA	75,55	24,45	63,91	36,09	74,41	25,59	79,15	20,85	73,25
PAÍS VASCO	72,72	27,28	64,74	35,26	73,86	26,14	75,30	24,70	71,66
ARAGÓN	69,23	30,77	57,31	42,69	69,97	30,03	77,41	22,59	68,48
RIOJA (LA)	77,78	22,22	48,84	51,16	66,08	33,92	75,17	24,83	66,97
ANDALUCÍA	64,05	35,95	52,06	47,94	69,67	30,33	72,04	27,96	64,46
MURCIA	60,21	39,79	49,55	50,45	71,01	28,99	74,69	25,31	63,87
C. VALENCIANA	61,88	38,12	52,55	47,45	67,63	32,37	69,52	30,48	62,90
CANTABRIA	62,78	37,22	35,06	64,94	67,76	32,24	76,54	23,46	60,53
MADRID	55,06	44,94	49,19	50,81	61,67	38,33	64,06	35,94	57,49
EXTREMADURA	62,06	37,94	41,71	58,29	60,47	39,53	64,48	35,52	57,18
CANARIAS	54,67	45,33	37,54	62,46	61,86	38,14	57,68	42,32	52,94
CATALUÑA	54,75	45,25	43,08	56,92	55,87	44,13	57,98	42,02	52,92
BALEARES	54,44	45,56	35,04	64,96	46,27	53,73	56,26	43,74	48,00

Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

EL TIEMPO DE ESPERA HASTA ENTRAR EN CONSULTA, LA FACILIDAD PARA CONSEGUIR CITA Y EL TIEMPO QUE TARDA EL MÉDICO EN VERLE

Los datos sobre valoración de los diferentes aspectos de la asistencia pública sanitaria pueden ayudar a explicar parcialmente algunas de las reseñadas diferencias. Tanto en atención primaria como en asistencia especializada, el tiempo de espera hasta entrar en consulta, la facilidad para conseguir cita y el tiempo que tarda el médico en verle desde que el paciente solicita la cita, son las características peor valoradas por los usuarios.

En asistencia especializada, Asturias y Navarra fueron en 2004 las regiones con mejor valoración media. Galicia, Canarias, Murcia y Madrid fueron, en cambio, las que mostraron peores calificaciones medias en dicho año. Especialmente mal valorado fue el tiempo que tarda el especialista en ver al paciente desde que éste pide la cita en las comunidades de Murcia, Cantabria y Andalucía, todas ellas con puntuaciones inferiores al 4.0.

Por el contrario, los ciudadanos de Asturias y el País Vasco son los menos desesperados de nuestra geografía sanitaria: el porcentaje de usuarios que son atendidos por el especialista en menos de un mes es del 45 % y 44,2 % respectivamente. También Cataluña, La Rioja, Baleares y Castilla-La Mancha tienen tasas de espera de menos de un mes superiores al 40 % de sus usuarios. En el conjunto de España, sólo uno de cada tres usuarios (34,4 %) espera menos de un mes para poder acudir a la consulta del especialista.

Las comunidades de Andalucía, Galicia, Aragón y Extremadura son las que presentan los porcentajes más elevados de usuarios con esperas superiores a los tres meses. En todas ellas, entre un 23 y un 26 % esperaron más de dicho tiempo para visitar al especialista. Mención especial merece en este apartado la comunidad de Asturias, en la que solo un 1,6 % de los usuarios llega a esperar más de tres meses para visitar al especialista. No en vano, y como ya hemos visto, es la región en la que este aspecto es mejor valorado (Tabla 60).

Parece registrarse una disminución del uso de servicios hospitalarios en casi todas las comunidades autónomas, perceptible tanto en las tasas de hospitalización como en la frecuentación hospitalaria. Será preciso contrastar esta tendencia en las próximas ediciones de los BS y convalidar estos resultados con la Encuesta de Indicadores Hospitalarios, aún con datos parciales y provisionales para 2004. Baleares, seguida por Aragón y Asturias, mantiene actualmente (2004) la tasa de hospitalización más elevada de todas las comunidades españolas, posición que también ocupaba en 2001. Asimismo, Galicia presenta las cifras de frecuentación más elevadas con 1,6 en hospitalización privada y 1,5 en pública (Tabla 60).

TABLA 60 Tiempo medio de espera entre la solicitud de cita y la consulta del especialista por comunidad

	HASTA 15 DÍAS	HASTA 1 MES	HASTA 2 MESES	HASTA 3 MESES	HASTA 4 MESES	HASTA 5 MESES	HASTA 6 MESES	MÁS DE 6 MESES	N.S.	N.C.
SNS	17,2	17,2	16,1	10,2	4,9	2,7	5,6	5,6	11,2	9,3
ANDALUCÍA	16,3	12,0	13,8	11,2	6,5	5,4	6,5	8,0	14,1	6,2
ARAGÓN	21,5	16,1	15,1	5,4	8,6	3,2	4,3	7,5	6,5	11,8
ASTURIAS	11,6	33,3	19,3	5,0	0,8	-	-	0,8	22,4	6,7
BALEARES	22,5	18,3	8,5	14,1	4,2	1,4	-	2,8	9,8	18,3
CANARIAS	13,6	10,0	10,0	8,2	1,8	0,9	6,4	9,1	20,9	19,1
CANTABRIA	9,4	4,7	20,3	14,1	9,4	3,1	3,1	3,1	17,2	15,6
CASTILLA - LA MANCHA	20,0	20,8	15,0	3,3	4,2	0,8	2,5	7,5	8,3	17,5
CASTILLA Y LEÓN	10,8	16,5	14,4	14,4	5,1	2,9	2,2	5,0	17,9	10,8
CATALUÑA	23,8	18,0	17,0	10,9	4,5	2,3	5,5	4,8	4,8	8,4
COMUNIDAD VALENCIANA	18,5	13,1	21,4	10,7	7,3	2,9	6,3	4,9	10,7	4,4
EXTREMADURA	7,4	15,8	15,8	12,6	5,3	2,1	8,4	7,3	17,9	7,4
GALICIA	4,0	16,0	12,0	8,7	5,3	2,7	11,3	6,0	20,7	13,3
MADRID	17,7	22,1	18,0	11,8	4,4	2,6	7,0	5,5	2,2	8,9
MURCIA	17,1	21,1	21,1	3,9	2,6	2,6	1,3	3,9	7,9	18,4
NAVARRA	20,4	17,5	10,1	7,3	1,4	-	7,3	7,2	24,5	4,3
PAÍS VASCO	25,6	18,6	17,1	10,1	2,3	2,3	4,7	2,3	10,9	6,2
LA RIOJA	19,1	22,1	11,8	4,4	4,4	-	2,9	1,5	30,8	3,0

PUEDEN DESTACARSE LOS ELEVADOS NIVELES DE SATISFACCIÓN EN LAS COMUNIDADES DEL PAÍS VASCO, ASTURIAS Y NAVARRA

Los datos sobre satisfacción referidos a las expectativas previas de los usuarios deben analizarse y valorarse con el debido cuidado, ya que en las comunidades en las que el nivel de calidad de la asistencia sanitaria es generalmente más elevado, las expectativas de los ciudadanos también lo son, por lo que es problemático establecer comparaciones entre unas y otras. En todo caso, pueden destacarse los elevados niveles de satisfacción en las comunidades del País Vasco, Asturias y Navarra, que sirven para convalidar elevados niveles de calidad ya contrastados²⁶ (Tabla 61).

Las comunidades de Navarra y Cantabria presentan unos resultados extraordinarios en cuanto a satisfacción de la atención hospitalaria pública. En ambas regiones el 100 % de los encuestados manifestaron buena o muy buena valoración de la atención recibida (Tabla 62). Al margen de las diferencias entre una u otra región²⁷, cabe resaltar el elevado nivel de satisfacción que reflejan los datos evaluados, ya que en todas ellas el porcentaje de encuestados que valoran como buena o muy buena la atención recibida supera el 75 %.

LAS COMUNIDADES DE NAVARRA Y CANTABRIA PRESENTAN UNOS RESULTADOS EXTRAORDINARIOS EN CUANTO A SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA PÚBLICA

TABLA 61 Tasas de hospitalización, frecuentación e indicador de uso de servicios hospitalarios por CCAA

AÑO	2001			2004			
CC.AA	TASA DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUE- TACIÓN HOSP. PUBLICA	FRECUE- TACIÓN HOSP. PRIVADA	TASA DE HOS- PITALIZACIÓN	FRECUE- TACIÓN HOSP. PUBLICA	FRECUE- TACIÓN HOSP. PRIVADA	INDICADOR DE USO DE SERVICIOS HOSPITALAR- IOS
BALEARES	35,1	1,6	1,6	14,3	1,4	1,1	813
MADRID	30,7	1,4	1,7	10,7	1,3	1,2	704
ASTURIAS	25,0	1,1	2,0	11,4	1,0	1,0	686
MURCIA	30,2	1,6	1,6	10,5	1,2	1,7	685
CATALUÑA	23,9	1,4	1,2	9,4	1,3	1,5	605
GALICIA	27,3	1,3	1,0	7,6	1,5	1,6	587
CANTABRIA	30,4	1,3	1,3	7,7	1,5	1,0	581
ANDALUCÍA	28,7	1,4	1,2	8,9	1,2	1,1	572
NAVARRA	30,0	2,0	1,0	11,3	1,0	1,5	562
C LA MANCHA	21,6	1,3	1,0	11,5	1,3	1,0	556
C VALENCIANA	24,6	1,2	1,0	10,4	1,3	1,1	547
CANARIAS	24,5	1,3	1,0	9,7	1,1	1,0	517
ARAGÓN	24,5	1,2	1,2	12,0	1,2	1,5	497
PAÍS VASCO	22,0	1,5	2,0	10,9	1,2	1,2	457
EXTREMADURA	31,8	1,6	1,0	8,3	1,0	1,0	414
CASTILLA LEÓN	17,4	1,1	1,0	7,9	1,2	1,0	378
RIOJA (LA)	10,4	1,0	0,1	9,6	1,1	1,5	311

TABLA 62 Valoración de la atención que ha recibido en el hospital público

	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA	N.C.	IS ₁ ²⁸
CANTABRIA	46,16	53,84	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
NAVARRA	47,50	52,50	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
BALEARES (ISLAS)	31,28	62,43	6,29	0,00	0,00	0,00	93,71
COMUNIDAD VALENCIANA	38,30	55,31	6,39	0,00	0,00	0,00	93,61
CASTILLA Y LEÓN	20,03	73,29	6,68	0,00	0,00	0,00	93,32
ARAGÓN	26,66	66,67	3,34	0,00	3,34	0,00	89,99
CASTILLA - LA MANCHA	26,46	61,79	8,82	0,00	0,00	2,93	88,25
MADRID (COMUNIDAD DE)	28,36	62,19	1,90	1,90	1,88	3,79	86,77
ANDALUCÍA	27,68	60,02	10,77	0,00	1,53	0,00	86,16
PAÍS VASCO	22,23	66,66	8,33	2,78	0,00	0,00	86,11
GALICIA	15,65	68,73	9,38	3,11	0,00	3,13	81,26
MURCIA (REGIÓN DE)	33,33	57,15	0,00	4,72	4,79	0,00	80,97
CANARIAS	34,49	48,25	13,81	3,44	0,00	0,00	79,30
CATALUÑA	22,58	59,68	12,90	4,84	0,00	0,00	77,42
EXTREMADURA	42,82	38,08	14,32	0,00	4,79	0,00	76,11
ASTURIAS	58,71	17,28	3,52	0,00	0,00	20,49	75,99
RIOJA (LA)	33,43	46,61	13,33	0,00	6,63	0,00	73,42

²⁶Un análisis más detallado y extenso de la valoración de los diferentes aspectos de la atención sanitaria en España se puede encontrar en Del Llano, J, Hidalgo, A. y Pérez Camarero, S; Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud" Ed. Ergon, 2006 , Madrid.

²⁷Como ya se ha comentado en páginas anteriores, en algunas comunidades, como La Rioja o Cantabria, las submuestras de los BS son muy pequeñas, por lo que los resultados deben valorarse con prudencia.

²⁸Indicadores de satisfacción orientativos: suma de % valoraciones positivas menos suma de % de valoraciones negativas.

TABLA 63 Valoración de la atención recibida en hospital público en relación a las expectativas

	MUCHO MEJOR DE LO QUE ESPERABA	MEJOR	MÁS O MENOS IGUAL	PEOR	MUCHO PEOR	N.C.	IS ₂
PAÍS VASCO	8,34	55,56	33,33	2,78	0,00	0,00	61,11
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	41,29	21,10	13,61	3,52	0,00	20,49	58,87
NAVARRA	4,80	47,40	43,10	0,00	0,00	4,70	52,20
COMUNIDAD VALENCIANA	10,65	38,30	48,92	2,13	0,00	0,00	46,82
CANARIAS	13,78	44,85	24,14	13,80	0,00	3,44	44,83
ARAGÓN	3,34	46,67	43,33	6,67	0,00	0,00	43,33
CASTILLA Y LEÓN	0,00	46,63	50,00	0,00	3,37	0,00	43,26
ANDALUCÍA	9,22	36,90	47,72	4,62	1,53	0,00	39,97
MADRID (COMUNIDAD DE)	7,58	39,57	39,63	9,42	0,00	3,79	37,74
BALEARES (ISLAS)	12,46	31,28	43,74	6,29	0,00	6,23	37,44
EXTREMADURA	9,57	33,29	47,61	9,53	0,00	0,00	33,33
CASTILLA - LA MANCHA	11,78	29,39	47,08	8,82	0,00	2,93	32,35
GALICIA	3,11	31,27	59,37	3,11	0,00	3,13	31,27
MURCIA (REGIÓN DE)	4,79	33,33	52,36	4,72	4,79	0,00	28,61
CATALUÑA	6,45	20,97	62,91	9,68	0,00	0,00	17,74
CANTABRIA	23,08	0,00	69,23	7,69	0,00	0,00	15,40
RIOJA (LA)	13,33	6,70	66,64	6,70	6,63	0,00	6,70

Las comunidades autónomas que registraron, en 2004, una mayor tasa de urgencias²⁹ son las de las Islas Baleares y Canarias, Andalucía, Comunidad Valenciana y Murcia. Por el contrario, las regiones donde las situaciones de urgencia, que desembocan en un centro sanitario, fueron menores son las de Castilla y León, Castilla - La Mancha y el País Vasco (Tabla 64). En casi todas las comunidades se verifica una paulatina reducción de las situaciones de urgencia. En algunas de ellas, como La Rioja o Navarra, esta circunstancia no se registra, pero no hallamos otra explicación para ello que el escaso tamaño de la muestra en algunas comunidades, al que ya hemos aludido, y que estimamos puede producir algunos datos de dudosa representatividad.

²⁹ La pregunta del cuestionario del BS no interroga sobre ingresos hospitalarios, sino sobre situaciones de urgencia que obligan a acudir a un centro sanitario, por lo que la tasa es mas elevada que la de ingresos por servicios de urgencias (un 26,5 % en 2003, ENS)

TABLA 64 Porcentaje de usuarios que tuvieron que acudir a un centro sanitario durante el ultimo año por un problema urgente

	2001		2002		2003		2004	
	SI	NO	SÍ	NO	SÍ	NO	SI	NO
BALEARES (ISLAS)	41,6	58,4	54,2	45,8	40,0	60,0	39,4	60,6
CANARIAS	32,0	68,0	40,4	59,6	47,6	52,4	33,0	67,0
ANDALUCÍA	37,4	62,6	36,7	63,3	43,2	56,8	32,9	67,1
C. VALENCIANA	42,2	57,8	46,6	53,4	49,1	50,9	32,0	68,0
MURCIA (REGIÓN DE)	34,9	65,1	45,5	54,5	53,7	46,3	31,8	68,2
MADRID	44,3	55,7	35,3	64,7	47,4	52,6	31,6	68,4
CATALUÑA	44,3	55,7	33,0	67,0	47,1	52,9	31,2	68,8
EXTREMADURA	37,5	62,5	39,9	60,1	44,9	55,1	29,8	70,2
CANTABRIA	37,7	62,3	24,0	76,0	46,8	53,2	28,5	71,5
GALICIA	29,3	70,7	29,9	70,1	35,3	64,7	28,5	71,5
ASTURIAS	28,3	71,7	34,9	65,1	35,5	64,5	26,3	73,7
ARAGÓN	31,2	68,8	39,3	60,7	35,6	64,4	25,0	75,0
RIOJA (LA)	6,1	93,9	27,2	72,8	27,6	72,4	24,7	75,3
NAVARRA	17,4	82,6	18,5	81,5	35,3	64,7	24,5	75,5
PAÍS VASCO	34,1	65,9	16,3	83,7	32,6	67,4	22,6	77,4
CASTILLA - LA MANCHA	27,0	73,0	44,8	55,2	39,2	60,8	22,4	77,6
CASTILLA Y LEÓN	21,7	78,3	34,2	65,8	31,6	68,4	22,3	77,7

Como hemos podido comprobar a lo largo de este capítulo, el principal motivo por el que la población declara no haber podido recibir tratamiento médico en alguna ocasión que lo necesitaba, son las listas de espera. Tal y como se aprecia en el gráfico 148, prácticamente el 50 % de los encuestados piensan que el problema de las listas de espera ha permanecido invariable a lo largo del último año, mientras que el 25,7 % considera que ha mejorado, frente al 8,6 % que opina que empeoró. Respecto a las repuestas por comunidad autónoma, destaca la buena percepción que tienen los asturianos, ya que el 43,7 % considera que el problema de las listas de espera mejoró en el último año. Igualmente positivos se muestran los castellano manchegos con un 37,6 % de ciudadanos que piensan que la situación mejoró en el último año. En el extremo opuesto se sitúan los navarros, ya que casi el 20 % piensan que la situación ha empeorado.

EL 50 % DE LOS ENCUESTADOS PIENSAN QUE EL PROBLEMA DE LAS LISTAS DE ESPERA HA PERMANECIDO INVARIABLE A LO LARGO DEL ÚLTIMO AÑO, MIENTRAS QUE EL 25,7 % CONSIDERA QUE HA MEJORADO, FRENTE AL 8,6 % QUE OPINA QUE EMPEORÓ

HAY, SIN EMBARGO, COMUNIDADES EN LA QUE EL ALTO INTERÉS COLECTIVO POR LA SANIDAD SE ENCUENTRA UNIDO A UNA VALORACIÓN POSITIVA DEL SISTEMA SANITARIO

La disminución del interés relativo de los ciudadanos en la Sanidad podría interpretarse como un indicador de mejora del sistema sanitario: su situación ha mejorado y, por tal motivo, preocupa menos a los ciudadanos, estando más satisfechos con los servicios recibidos. Los asturianos son a la vez quienes menor interés manifiestan frente a la Sanidad y también quienes mejor valoran su sistema sanitario (Tabla 65).

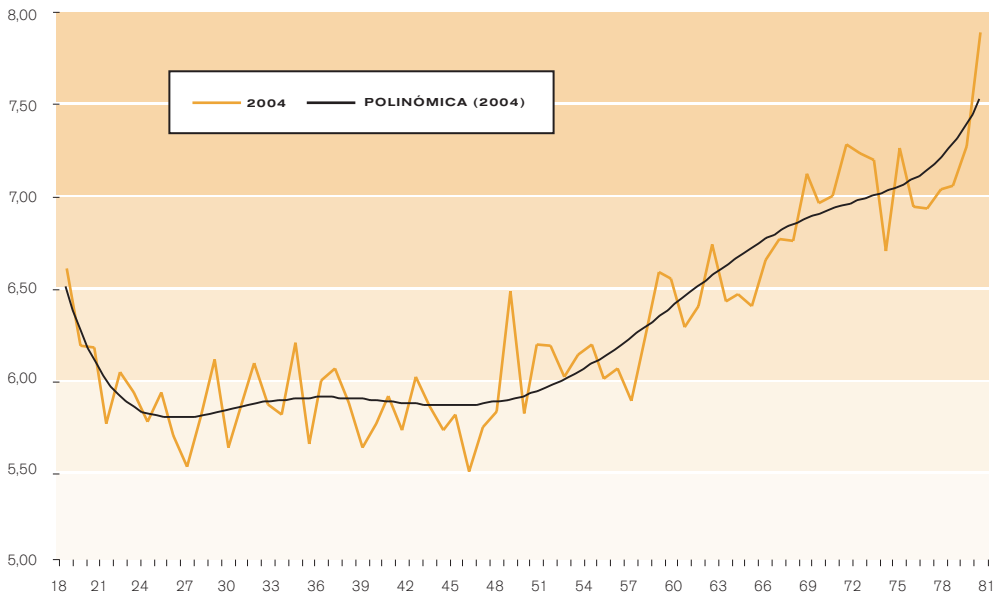
Hay, sin embargo, comunidades como Navarra en la que el alto interés colectivo por la Sanidad se encuentra unido a una valoración positiva del sistema sanitario. Así pues, la opinión de los ciudadanos no permite la plena complacencia con el actual estado de nuestra Sanidad porque el porcentaje de individuos que en 2004 opinan que el SNS funciona bastante bien es prácticamente el mismo que diez años atrás: uno de cada cinco (20 %). El hecho de que la tasa de satisfechos no haya crecido demasiado tampoco debe interpretarse como un elemento necesariamente negativo, ya que el nivel de calidad y eficiencia requeridos para satisfacer a los mismos es cada vez mayor.

TABLA 65 Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos, según CCAA (2004)

COMUNIDAD	SANIDAD	VIVIENDA	EDUCACIÓN	PENSIONES	SEGURIDAD CIUDADANA	DEFENSA	TRANSPORTES	N.S.	N.C.
ASTURIAS	13,27	27,64	23,92	27,25	3,81	1,11	0,37	2,26	0,37
CATALUÑA	25,27	21,02	19,08	13,85	15,67	0,85	1,46	2,55	0,24
CANTABRIA	28,85	25,00	21,63	8,17	11,06	1,92	0,48	2,40	0,48
RIOJA (LA)	29,72	10,53	13,05	14,05	9,52	1,01	0,50	21,62	0,00
MADRID	29,81	23,50	18,06	5,72	16,88	1,47	0,15	3,38	1,03
ANDALUCÍA	30,04	13,92	23,71	10,70	11,74	1,50	0,23	8,06	0,12
CANARIAS	30,43	21,68	18,44	8,42	14,88	0,97	0,97	3,88	0,32
ARAGÓN	30,98	14,09	30,98	9,15	10,92	0,70	0,00	2,82	0,35
PAÍS VASCO	31,08	25,13	22,54	6,48	5,18	0,26	0,26	8,81	0,26
BALEARES	32,04	18,63	22,90	9,09	9,99	1,29	0,87	4,76	0,44
MURCIA	32,54	18,62	15,13	11,24	15,86	1,94	0,00	4,28	0,38
CASTILLA - LA MANCHA	33,53	12,10	12,08	12,68	16,31	0,60	0,61	10,88	1,21
GALICIA	35,37	16,60	21,19	12,00	9,39	0,87	0,87	2,61	1,09
COMUNIDAD VALENCIANA	37,20	13,95	22,54	9,31	12,35	1,08	0,72	2,32	0,54
CASTILLA Y LEÓN	39,97	12,57	18,62	10,48	9,28	0,70	0,70	7,22	0,47
NAVARRA	40,19	19,59	22,57	6,36	8,33	0,50	0,49	1,98	0,00
EXTREMADURA	44,90	13,21	21,89	7,16	8,68	1,51	0,38	2,27	0,00

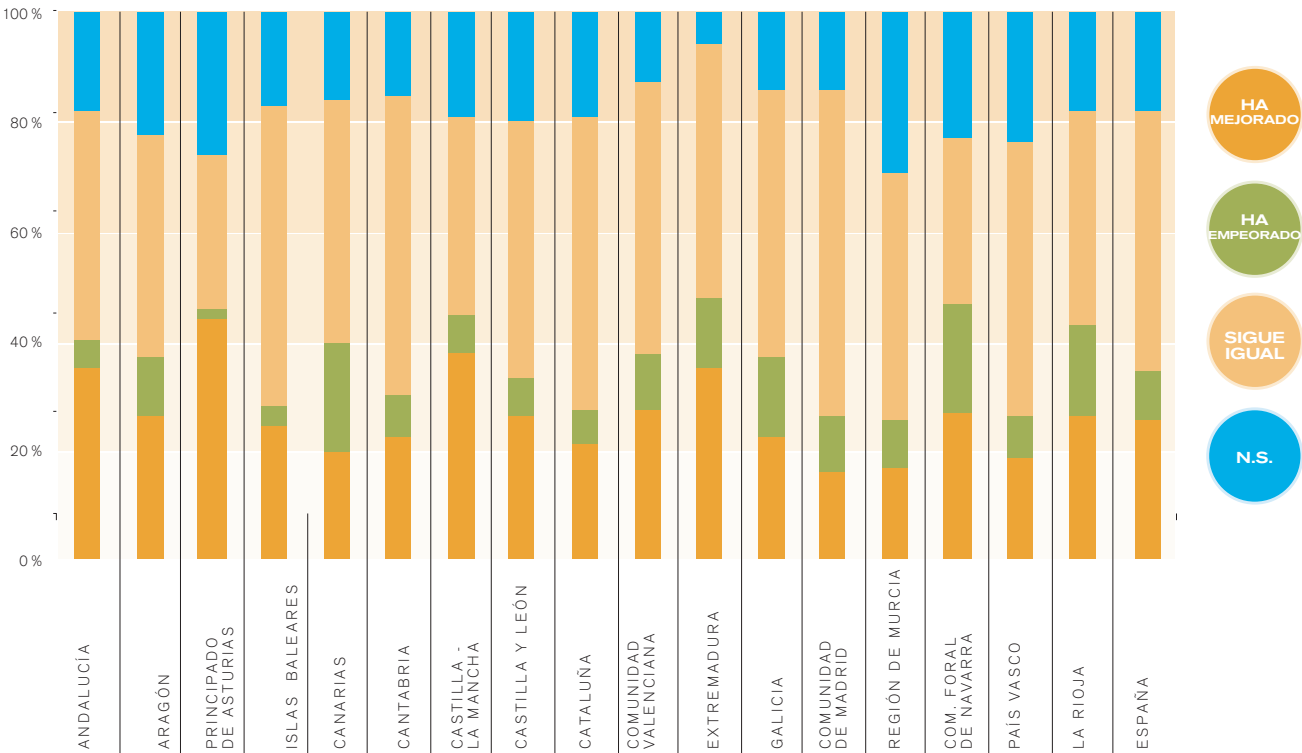
Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

GRÁFICO 150 Valoración del SNS (1 a 10) por edad, 2004



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

GRÁFICO 149 Evolución de la percepción del problema de las listas de espera por CC.AA. (2004)



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

El coeficiente de correlación entre el uso de servicios sanitarios y la valoración del mismo es muy elevado (Cf. Pearson = 0.33, en 2002). Este hecho conlleva una mejor valoración del sistema sanitario en las comunidades mas envejecidas, en las que al mayor uso de servicios sanitarios debemos unirle la casi siempre mejor valoración de las personas de edades avanzadas, con una mayor utilización de servicios de salud, valorando el sistema sanitario.

Navarra, Asturias y el País Vasco vienen siendo en el último lustro las comunidades en las que los ciudadanos manifiestan una mejor valoración respecto al funcionamiento de su sistema sanitario. No obstante, las comunidades que más han mejorado en esta valoración, en el último trienio analizado, fueron las de Murcia, Andalucía y Extremadura, si bien, tanto Navarra como el País Vasco obtuvieron en dicho periodo mejoras en la puntuación de sus sistemas sanitarios superiores a la media de las CCAA. Con las valoraciones más críticas se sitúan las comunidades de Andalucía, Madrid, Canarias y Galicia (Tabla 66).

LAS COMUNIDADES QUE MÁS HAN MEJORADO EN ESTA VALORACIÓN, EN EL ÚLTIMO TRIENIO ANALIZADO, FUERON LAS DE MURCIA, ANDALUCÍA Y EXTREMADURA

TABLA 66 Valoración del sistema sanitario español según Comunidad Autónoma

COMUNIDAD AUTONOMA	2002	2003	2004	INCR. MEDIO INTERANUAL % 2002-2004
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	7,28	7,11	7,40	-0,37
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	6,97	7,19	7,20	3,18
PAÍS VASCO	6,82	7,15	6,80	2,45
RIOJA (LA)	6,58	6,48	6,76	0,57
CASTILLA - LA MANCHA	6,14	6,21	6,62	4,48
MURCIA (REGIÓN DE)	5,74	6,34	6,31	10,21
CANTABRIA	6,20	5,92	6,30	-1,28
ARAGÓN	6,40	6,51	6,23	-0,42
EXTREMADURA	5,68	5,90	6,16	6,06
CASTILLA Y LEÓN	6,13	6,38	6,15	2,29
CATALUÑA	5,93	5,81	6,09	0,39
COMUNIDAD VALENCIANA	6,15	6,27	6,06	0,38
BALEARES (ISLAS)	5,98	5,79	6,05	-0,87
ANDALUCÍA	5,52	5,81	5,98	6,69
MADRID (COMUNIDAD DE)	5,79	5,81	5,92	1,30
CANARIAS	5,44	5,34	5,60	0,59
GALICIA	5,40	5,62	5,41	2,26

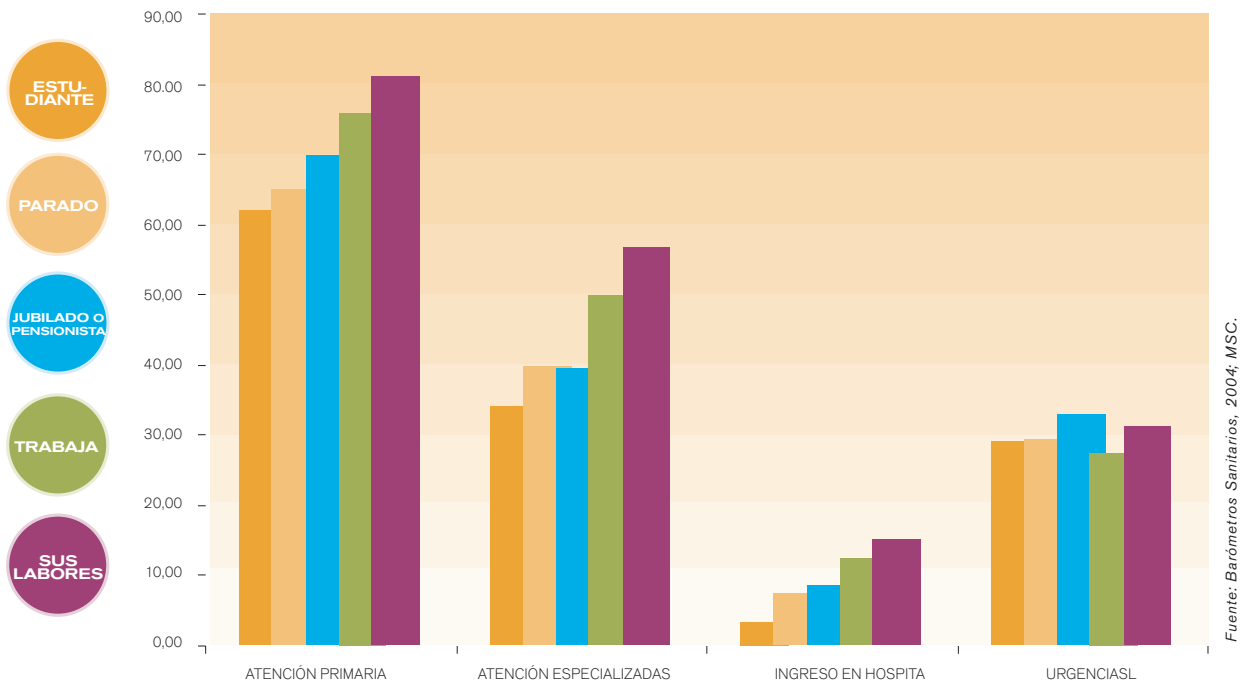
Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

5.3.2 SITUACIÓN EN LA ACTIVIDAD

El orden de frecuentación en el uso de los diferentes niveles de asistencia sanitaria para todos los grupos analizados, es el que cabe esperar: atención primaria, atención especializada, urgencias y, en último lugar, recursos hospitalarios, resultado coherente con la naturaleza de estos servicios sanitarios y con la mayor o menor facilidad para acceder a cada uno de ellos (Gráfico 150).

La valoración que los diferentes grupos de actividad realizan de nuestro sistema nacional de salud induce a pensar que son precisamente quienes más lo utilizan los que mas positivamente valoran. Jubilados y personas dedicadas a sus labores, con edades medias que superan el medio siglo, presentan la visión mas positiva del sistema sanitario. Las personas más mayores son también, en general, más conservadoras y menos críticas. Si a ello añadimos el hecho de que necesitan más los servicios de salud y los utilizan en mayor medida, no es extraño que tiendan a realizar las mejores valoraciones respecto al funcionamiento de la Sanidad (Grafico 152).

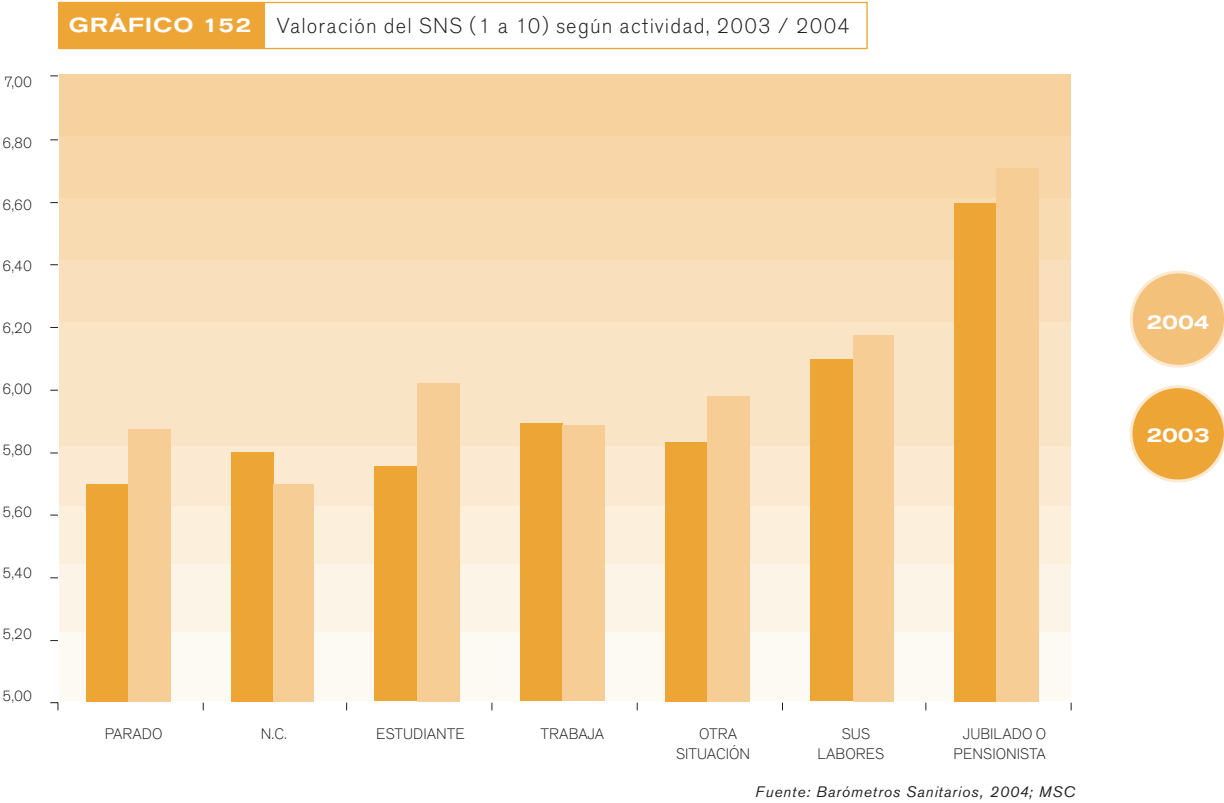
GRÁFICO 151 Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos, según CCAA (2004)



Fuente: Barómetros Sanitarios, 2004; MSC.

En el extremo opuesto, los desempleados tienen la peor valoración del funcionamiento de la Sanidad, circunstancia que parece relacionada con la propia psicología del desplazamiento y la exclusión social y también con la edad media de los desempleados, 31 años, ya que si bien éstos suelen tener peor salud que los ocupados, siendo, por tanto, mayores usuarios de la sanidad, esta circunstancia no parece ser la causa de que sean más críticos con el sistema sanitario. En general, la edad joven, aliada con un mayor grado de educación e información, favorece el sentido crítico de los usuarios.

A su vez, la mayor edad parece ejercer un papel catalizador de las críticas al sistema sanitario: la edad media de los jubilados supera los 66 años, la del grupo dedicado a sus labores se acerca a los 50. Efectivamente, las personas jubiladas, por su elevada edad media, son líderes en acudir a la consulta de un médico. El 81 % de los jubilados afirman haber utilizado, en 2004, el servicio de atención primaria, pública o privada, siendo este porcentaje del 56,51 %, 15,15 % y 31,10 % en atención especializada, hospitalización y urgencias, respectivamente. También es elevada la proporción de personas desempleadas que afirman haber utilizado el servicio de urgencias durante el año 2004 (uno de cada tres) y que supera la tasa de uso de este servicio en los jubilados.



6. CONCLUSIONES

En este trabajo hemos pretendido analizar la salud de los españoles desde la perspectiva de sus determinantes. Conocíamos de antemano que la amplitud del proyecto y la gran cantidad de factores que determinan la salud de una población hacían casi imposible analizar en detalle las vinculaciones del medio social en las diversas dolencias y enfermedades. Por ello, hemos preferido dar una visión de conjunto, apuntando las tendencias y los aspectos más generales, mostrando algunos de los determinantes que deben ser analizados con más detenimiento y profundidad a lo largo de futuros trabajos.

LAS DIFERENTES ENCUESTAS ANALIZADAS DEMUESTRAN LA RELACIÓN POSITIVA ENTRE NIVEL DE RENTA Y EDUCACIÓN Y SALUD, TANTO A NIVEL INDIVIDUAL COMO REGIONAL

El primer aspecto que podemos destacar, es que España muestra un nivel de salud acorde a su situación económica o incluso algo por encima de lo que indicarían sus niveles de desarrollo económico. Por tanto, si bien es cierto que los niveles de salud de las poblaciones están condicionados por su nivel de desarrollo económico, no lo es menos que el progreso se sustenta sobre la capacidad de las sociedades de conservar las condiciones sociales y ambientales que permitan ese desarrollo a largo plazo, circunstancias ambas que parecen cumplirse en nuestra nación.

El segundo elemento que debemos subrayar es que los datos corroboran empíricamente la relación existente entre los determinantes sociales, económicos y los estilos vida tanto con la salud como con el uso de los recursos sanitarios. Es decir, las diferentes encuestas analizadas demuestran la relación positiva entre nivel de renta y educación y salud, tanto a nivel individual como regional. Del mismo modo, los hábitos y los estilos de vida también producen efectos claros sobre la salud y el uso de los recursos sanitarios. La obesidad, el

alcoholismo y el tabaquismo se muestran como factores que explican diferencias en salud y de empleo de recursos sanitarios.

Son precisamente este tipo de influencias, que nunca son unidireccionales y que normalmente se sustentan en elementos multifactoriales las que exigirán en el futuro un análisis mucho más detallado. Desde tal perspectiva, hemos aportado una descripción general de la salud de los españoles a la luz de los diferentes determinantes de la misma, se describen las relaciones empíricas entre la salud y la enfermedad y las diferentes variables sociales o personales, más focalizando y enfatizando grupos de riesgo que definiendo determinantes causales de la enfermedad. No hemos pretendido agotar el repertorio de condicionantes de la salud, habida cuenta de que la limitada información estadística nos ha obligado a ceñirnos a las fuentes y los datos disponibles.

A continuación, resumiremos los aspectos más sobresalientes que se describen de forma detallada a lo largo de las páginas del presente trabajo de investigación.

Con respecto a la mortalidad, en el 2004, la tasa de mortalidad en España se sitúa en un 8,6 por mil habitantes, que supone un 4,43 % menos que el año inmediatamente anterior. Analizando los datos relativos a la tasa de mortalidad en España resulta interesante, pero quizás no tan sorprendente, el descenso de la misma a partir del año 2000. España está experimentando, en los últimos años, los efectos directos que la inmigración creciente provoca en áreas tan importantes como son la sanidad, la tesorería de la seguridad social, etc. En el caso de la tasa de mortalidad es muy probable que dicho colectivo tenga su influencia en la reducción observada. Dicho de otra manera, la edad media de los inmigrantes que llegan a España tiende a ser bastante joven. Con ello aumenta la población joven registrada en los padrones municipales y se ve compensado el efecto alcista de la tasa de mortalidad derivado del envejecimiento demográfico.

El 9,21 % (34.250) del total de las defunciones registradas en 2004, fue a causa de enfermedades cerebrovasculares, seguido por el infarto agudo de miocardio, cuyo coste, en términos de vidas perdidas, se sitúa por encima de los 22.000 muertos al año. El dato positivo, acerca de este grupo de enfermedades, es la variación negativa observada, del 6,32 %, entre los años 2003 y 2004. La tercera enfermedad por importancia del número de muertes causadas es la insuficiencia cardíaca, con 57.972 muertes acumuladas en el trienio analizado, suponiendo un 5,14 % del total de las defunciones acaecidas en el año 2004 como consecuencia de esta dolencia.

Con respecto a las características biométricas, la estatura media de los adultos españoles es en 2003 de 165,5 cm. y su peso de 70,4 kilogramos. En los hombres la altura media se sitúa en los 172 cm. y en la mujer en 160,1 cm. La diferencia en la distribución de tallas de hombres y mujeres es notable; mientras que más de la mitad (56,57 %) de las mujeres no pasa de 1,60 centímetros, un 90 % de los varones supera esta altura; asimismo, mientras que más de la mitad de los hombres superan el 1,70, en las mujeres este grupo solo representa un 6,5 % de toda la población femenina. En esta línea, se constata un crecimiento continuo de la estatura media. Por ello, si nos centramos en los jóvenes de 20 a 24 años, la altura media es de 176,9 cm. en los varones y de 164,5 en las mujeres, alcanzando el conjunto de ambos sexos una estatura media de 170,7 cm. En general y exceptuando los segmentos extremos (personas de más de 1,81 metros) las personas más altas manifiestan una mejor autovaloración de la salud.

El peso medio de los adultos españoles estaba, en 2003, en 77,3 kgs.; el de las mujeres en 64,6 kgs. Esta diferencia de más de 12 kilos entre los pesos medios de hombres y mujeres varía según el tramo de edad considerado ya que la evolución del peso de los adultos a lo largo de la vida es diferente según el sexo de las personas. Los varones alcanzan su máximo peso entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres lo hacen prácticamente veinte años después, entre los 55 y 70 años. Asimismo, el índice de masa corporal más elevado se alcanza en la población española entre los 60 y 70 años para ambos sexos. En este grupo de edad el IMC tanto de hombres como de mujeres se encuentra en 27,4. Independientemente de la altura, el mayor peso constituye ya en las mujeres un indicador biométrico asociado con peor salud. A partir de los 50 kgs. de peso, la correlación entre más peso y peor autovaloración de la salud es directa y creciente.

La relación, sin embargo, entre peso y salud no es tan clara en los hombres, ya que en éstos las variaciones de altura son más importantes y diluyen la importancia relativa del peso. Solamente los hombres, cuyo peso se sitúa por debajo de los 50 kgs. y por encima de los 100 kgs., evidencian peor salud. Entre ambos pesos, las diferencias de salud relacionadas con el peso son poco significativas en los varones. Sin

EN EL 2004, LA TASA DE MORTALIDAD EN ESPAÑA SE SITÚA EN UN 8,6 POR MIL HABITANTES, QUE SUPONE UN 4,43 % MENOS QUE EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR

embargo, hay algunos datos que sugieren que los hombres tienden a disimular los efectos negativos en la salud de su exceso de peso, ya que así como en las mujeres existe una consistencia entre su salud autovalorada y la morbilidad declarada (haber padecido alguna dolencia en los últimos diez días), en los varones se da también una correlación clara entre mayor peso y mayor tasa de dolencias, pero esta no es consistente con la autovaloración de las salud.

De igual forma, si analizamos la autovaloración de la salud de los diferentes grupos de IMC, encontramos que la mejor percepción de su propia salud la tienen las personas de uno y otro sexo cuyo IMC se encuentra en el intervalo considerado como normopeso (entre 18,5 y 25), empeorando dicha valoración en los grupos de IMC superiores e inferiores al citado intervalo

La obesidad conlleva mayor riesgo de morbilidad y mayor tasa de mortalidad. Entre las enfermedades directamente relacionadas con la obesidad se encuentran la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes. Los datos de la última encuesta de salud ponen de relieve la importante incidencia que, el peso de las personas, tiene en la prevalencia de estas enfermedades. La tasa, ajustada por edad, de hipertensión se incrementa un 75 % en los obesos respecto al grupo de normopeso; la de exceso de colesterol en un 25 %, y la de diabetes en un 100 %. Asimismo, las enfermedades crónicas del corazón, mala circulación y artrosis o problemas reumáticos ven aumentada su prevalencia con sobrepeso u obesidad; la tasa de enfermos crónicos del corazón se incrementa un 41,53 % en el grupo de personas obesas con respecto a los de peso normal; los problemas crónicos de circulación en un 43,04 %, y la artrosis y los problemas reumáticos en un 48,56 %.

En relación al uso de recursos sanitarios, la incidencia de la obesidad es especialmente importante en el número de días de ingreso, en el número de visitas a urgencias y en el hecho de estar polimedicado. En cambio, en el número de hospitalizaciones y en la visita al médico no parece que exista un factor de incidencia muy superior a medida que aumenta el IMC.

Un aspecto relacionado con la obesidad es el ejercicio físico, los datos de nuestro país indican que hay mucho trabajo por delante en cuanto a la promoción del deporte, puesto que los resultados de la ENS, a nivel nacional, señalan como seguidores de las buenas prácticas deportivas a tan sólo el 43 % de la población adulta española. Dentro de esta falta de iniciativa deportiva por parte de la mayoría de los españoles, los hombres son los que realizan más actividad física en su tiempo libre. Un 46,61 % de varones afirman hacer ejercicio fuera del trabajo, frente al 39,59 % de mujeres que hacen lo mismo. A modo de resumen cabe resaltar que las personas que realizan alguna actividad física son las que mejor puntúan su estado de salud. Además, el practicar deportes en el tiempo libre resulta favorable a la reducción de la tasa de accidentalidad, tanto en los hombres como en las mujeres, debido, probablemente, a las habilidades que desarrolla el cuerpo humano como consecuencia de realizar ejercicios físicos.

Otro aspecto relacionado con la obesidad es el de la alimentación. En general, la alimentación de los varones es más calórica y menos equilibrada que la de las mujeres y comen más embutidos, carne, pescado y huevos que éstas. En ambos sexos hay un cierto descuido hacia el consumo de pescado y legumbres, alimentos que son consumidos con menos frecuencia que los dulces y embutidos. Existe una relación positiva entre el mayor grado de conocimientos, sobre todo en temas de salud, y los hábitos saludables en alimentación. Dentro de esta conducta observamos que el grupo de población con nivel de estudios universitarios encabeza el consumo diario de fruta, verduras y productos lácteos. Estrechamente ligada con la edu-

cación se encuentra la renta disponible, razón por la cual las personas con menos estudios consumen en mayor medida pan, pasta y legumbres.

El tabaco es otro de los hábitos que influye directamente sobre la salud de la población. En el año 2003 poco más de la cuarta parte de la población (25,7 %) tenía el hábito de fumar diariamente. Es un dato relativamente positivo si tenemos en cuenta que en la ENS de 1997 la tasa de fumadores diarios para ambos sexos se encontraba en el 33 %. En 2003, la tasa de fumadores diarios de los varones (33,3 %) es notablemente más alta que la de las mujeres (19,2 %). Además, existe una relación entre la edad de comienzo y el tipo de fumador, de tal forma que los españoles que han empezado a fumar más jóvenes son los que representan en mayor medida a los fumadores diarios y también a los que más les cuesta abandonar el tabaco. Según las autovaloraciones de la salud ofrecidos por los que fuman habitualmente y los que no han fumado nunca, resulta que existe una ventaja en salud a favor de los no fumadores, que se hace más grande con la edad. Los que fuman a los 70 probablemente lo hayan hecho durante la mayor parte de su vida y lo seguirán haciendo. La consecuencia directa de esta conducta frente al tabaco, es el empeoramiento continuo de su estado de salud de una forma bastante más acelerada que los que no fuman. En las enfermedades directamente ligadas al consumo de tabaco las diferencias de prevalencia en función de la vinculación al tabaco son aún más transparentes. Uno de cada cuatro fumadores (27,1 %) o exfumadores de (24,5 %) más de 65 años padece asma, bronquitis crónica o enfisema, mientras que este porcentaje baja en los no fumadores de la misma edad a representar sólo a uno de cada nueve (11,3 %). También, las tasas de enfermos de úlcera de estómago es entre los exfumadores (4,8 %) y fumadores (4,4 %) muy superior a la existente entre las personas que nunca han fumado (3,1 %).

La utilización de recursos por parte de los fumadores no es mucho más intensiva que la de los no fumadores. Los únicos recursos que parece claramente que los fumadores utilizan más es la visita al dentista y los hospitales, ya que el número de hospitalizaciones de los fumadores moderados y severos es mayor al del resto de los grupos. Si analizamos por edad, en el grupo de edad de 40 a 49 años podemos observar cómo la utilización de recursos sanitarios por parte de los fumadores es más importante y creciente en función del número de cigarrillos que fuman. En este caso, se aprecia con más intensidad el efecto sobre las visitas al dentista, el número de hospitalizaciones, el número de días de ingreso en el hospital y el número de visitas a urgencias. En este último caso, la media de visitas a urgencias en los fumadores moderados es de 1,87 y para los severos de 1,77, mientras que para aquellos que nunca han fumado se sitúa en el 1,68 y para los exfumadores en 1,59.

Para finalizar con los estilos de vida, el alcoholismo es otro de los aspectos claves a la hora de explicar diferencias en salud. La tendencia de consumo de alcohol, marcada por la edad, alcanza sus máximos entre los 20 y los 50 años, siendo el máximo absoluto del 66,84 % de españoles que han probado algún tipo de alcohol en el año 2003, correspondiente a las edades entre 40 y 44 años. Dicho porcentaje se ve afectado al alza por el sexo masculino y a la baja por el género femenino. Es decir, entre los hombres, cuya edad está comprendida entre los años de mayor concentración de bebedores (40-44 años) ocho de cada diez afirman haber consumido algo de alcohol. Sin embargo, entre las mujeres, son cinco de cada diez las que declaran ser bebedoras a dicha edad. Este tramo de la edad no sólo concentra al mayor número de bebedores, sino también a la mayor cantidad consumida (de gran riesgo para la salud), medida en gramos de alcohol puro al mes. Los resultados anteriores no son sorprendentes, puesto que los mayores porcentajes (hombres 34,38 %, mujeres 44,44 %) de personas que han padecido alguna dolencia durante más de diez días corresponden a los españoles, cuyo consumo de alcohol se califica como de gran riesgo. sí se observa que el género femenino alcanza su mayor tasa de accidentalidad en el caso de las bebedoras altas, a diferencia de los hombres, cuyos accidentes aumentan notablemente con el consumo de gran riesgo. Estos datos son coherentes con la capacidad de resistencia al alcohol por parte del cuerpo femenino, y que es la razón por la que el límite “razonable” para ellas está fijado por debajo del de los hombres.

El consumo de alcohol no es un factor que genere un uso intensivo de recursos sanitarios, en comparación de los no bebedores. El aspecto en el que existe una mayor influencia de la ingesta de alcohol sobre la utilización de recursos sanitarios es el número de hospitalizaciones, ya que los bebedores excesivos tienen 1,78 ingresos frente a las 1,36 de los abstemios. Al igual que ocurría con los fumadores, las personas que consumen más alcohol también acuden más al dentista.

Si nos centramos ahora en los determinantes sociales, el impacto de la educación sobre la salud es, como se ha señalado, real y visible en todos los niveles de edad y educación, no limitándose a unos mejores hábitos de vida o a una mayor sensación subjetiva de bienestar. Las personas con mayor nivel de educación tienen menor morbilidad que se traduce en menos enfermedades, incapacidades y deficiencias crónicas. Así, el porcentaje de individuos que tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deficiencia crónicas es en las personas con un nivel de educación primaria (41,1 %) casi doble del que presentan las personas con educación secundaria (22,1 %) y cercano al triple de las que tienen educación superior (15,4 %).

Con los datos analizados se pueden verificar diferencias muy significativas de estado de salud derivadas o asociadas a los niveles de renta. Puede afirmarse que la buena y la mala salud viven en órbitas de renta diferentes. Entre quienes gozan de muy buena salud hay, por supuesto, rentas altas y bajas, al igual que sucede con el grupo de los que tienen peor salud, pero las rentas medias de unos y otros grupos son bien

concluyentes: la renta media de los que afirman disfrutar de muy buena salud es diez veces superior a la de los que dicen padecer muy mala salud; de igual forma, la renta media de quienes se perciben con buena salud es casi cinco veces superior a la de los que se autovaloran con mala salud.

Hay que resaltar que estas correlaciones entre renta y salud se producen ya en los escalones más bajos de edad, por lo que se puede deducir que se encuentran vinculadas a la forma de vida del hogar (condiciones y estilos de vida) y no sólo al crecimiento del bienestar individual de cada persona a lo largo de su vida. Efectivamente, también las rentas medias disponibles de los hogares se encuentran escalonadas en correlación con el estado de salud percibido por sus miembros. Las rentas medias de los hogares pertenecientes a personas cuyo estado de salud es malo o muy malo se encuentran entre un 30 % y un 40 % por debajo de las de los hogares de las personas cuya salud es percibida como buena o muy buena. La correlación entre salud y renta es muy elevada, tanto en el caso de la renta personal (Cfic. Corr. Pearson, 0,22) como en el de la renta del hogar (0,20).

El porcentaje de dolencias crónicas en las rentas bajas (de 5001 a 10000 €/año) duplica al de las más altas (más de 40000 €/año), mientras que las limitaciones de la actividad casi se triplican entre ambas franjas de renta (Tabla 15; Gráfico 73). Si bien, es cierto que en los grupos de rentas más bajas la edad media es bastante superior a los de las rentas altas, las diferencias no son achacables sólo a la edad.

Es sabido que la actividad es fuente de salud y también, consecuentemente, que la falta de dicha actividad puede ser al mismo tiempo un reflejo y una causa de peor salud. No es, pues, de extrañar que las personas con trabajo muestren mejores indicadores de salud que las que no lo tienen. Los trabajadores con empleo muestran mejor

salud que los que se encuentran desempleados y también que quienes desempeñan labores del hogar o de cuidado de personas. Tampoco debe sorprender que quienes tienen un régimen de contratación estable muestren mejores indicadores de salud por edad que las personas que tiene un empleo temporal. También es fácil comprender que quienes tienen alguna fuente de morbilidad encuentran más dificultades para mantener sus empleos de forma estable.

La alianza del nivel de educación con la renta se fragua o traduce en la ocupación o empleo desempeñado por cada individuo. Las ocupaciones que requieren mayor cualificación suelen estar asociadas con salarios más elevados y con rentas familiares más altas. Todo ello tiene un reflejo en la salud de las personas. Profesionales en organización de empresas; profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3er ciclo universitario, en ciencias sociales y humanas y en la enseñanza, junto a comerciales y profesionales de apoyo en operaciones financieras, presentan los mejores indicadores de autovaloración de salud. En el otro extremo, con peor salud percibida, se encuentran los trabajadores cualificados en actividades ganaderas, los conserje de edificios, limpiacristales y vigilantes, los empleados domésticos y el personal de limpieza de interior de los edificios.

Islas Baleares, Navarra y País Vasco son las regiones españolas que presentan mejores datos de autovaloración de la salud: dos de cada tres ciudadanos de estas tres comunidades dicen tener buena o muy buena salud.

En términos de salud percibida se aprecia que el matrimonio es más beneficioso para el hombre que para la mujer. A partir de los 30 años, el hombre soltero tiene peor valoración de su propia salud que el casado, circunstancia que no se da en las mujeres, en las que el estado de casada se encuentra asociado con peor salud en la práctica totalidad de los grupos de edad.

También las características de la vivienda representan un indicador aceptable de la salud de sus habitantes. Las personas que carecen de servicios básicos para la higiene como el baño o la ducha o el inodoro con agua corriente refieren notables diferencias de salud con respecto a las que si disponen de dichos servicios. Así, por ejemplo, el 37 % de las personas que no disponen de bañera o ducha en sus hogares dice tener mala o muy mala salud, lo que también les sucede al 27 % de los que no disponen de inodoro con agua corriente en el interior de su vivienda para uso exclusivo del hogar, mientras que estos porcentajes, con mala y muy mala salud, rondan el 14 %, en ambos casos, cuando en los hogares existen los citados servicios.

Con respecto a la utilización de los recursos sanitarios, el 28,78 % de los españoles han consultado al médico en las últimas dos semanas. Como se aprecia, 4.128.720 varones y 6.047.457 mujeres sí lo habían consultado, lo que implica que el 23,93 % de los hombres y el 33,39 % de las mujeres. Según estos datos, cada día (ignorando diferencias según el día de la semana) acude al médico aproximadamente el 2 % de la población, 203.523 personas, de las cuales 82.574 son varones y 120.949 son mujeres.

De los 10.176.177 españoles que han consultado al médico en las dos últimas semanas, el 95,36 % lo han hecho menos de tres veces. La recurrencia elevada (más de cinco visitas en dos semanas) es muy reducida quedando circunscrita a un 0,8 % de la población. Por otra parte, las mujeres dejan pasar menos tiempo sin consultar a un médico; el 88,28 % de las mujeres consultan al médico con menos de 12 meses, mientras que ese porcentaje es en los hombres del 76,4 %.

Respecto al motivo de la consulta, se observa que el 41,7 % de los españoles va al médico para que se diagnostique su enfermedad o para su tratamiento y un 25,4 % para revisión, siendo los porcentajes prácticamente idénticos para hombres y mujeres. Sin embargo, frente a ello, una tercera parte de las visitas médicas se realizan para actos con un mayor componente de gestión; así, uno de cada cuatro españoles (26,21 %) va al medico solo para obtener recetas. A ello hay que añadir un 2,84 % que acuden para obtener un parte de baja, confirmación o alta; grupo en el que son mayoría los varones (4,21 %; 1,90 % en las mujeres) debido a su mayor tasa de actividad y también a su mayor siniestralidad laboral.

**LA ALIANZA
DEL NIVEL DE
EDUCACIÓN CON LA
RENTA SE FRAGUA
O TRADUCE EN
LA OCUPACIÓN
O EMPLEO
DESEMPEÑADO POR
CADA INDIVIDUO**

Por último, destacamos que el 87,51 % de los médicos consultados por los españoles pertenecían al Sistema Nacional de Salud, siendo el porcentaje de la medicina privada el 12,49 % si sumamos las sociedades médicas, iguales médicas y médicos de empresa y la consulta privada pura.

Si analizamos estas mismas variables en función de la edad comprobamos que el mayor porcentaje de visitas al médico se da en el grupo de 80 a 89 años, con un 51,84 % de la población de esa edad que sí ha consultado al médico en las dos últimas semanas, seguido del grupo de 70 a 79 años, con el 50,37 %. En el otro extremo se sitúan los jóvenes entre 20 a 29 años con sólo el 17,43 % de los mismos que declaran haber consultado al médico.

En los grupos de edad más jóvenes el motivo primario de consulta es el diagnóstico y el tratamiento, mientras que a partir de los 60 años el motivo fundamental de la consulta es únicamente la dispensación de recetas, lo que supone que más de 35 % de las consultas que realizan

las personas mayores están únicamente relacionadas con la dispensación de recetas, motivo por el que una gestión eficiente de la misma podría suponer una ahorro importante en tiempo y recursos para el Sistema Nacional de Salud.

A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LAS CONSULTAS MÉDICAS EN GENERAL, LAS TASAS DE VISITACIÓN ODONTOLÓGICA SON DECRECIENTES CON LA EDAD: LAS PERSONAS MAYORES VAN MENOS AL DENTISTA QUE LAS MÁS JÓVENES.

El hecho de que la cobertura pública sanitaria en España no alcance más que aspectos muy específicos y limitados de la asistencia odontológica influye en la menor visita-ción y frecuentación del dentista. En el caso de las consultas odontológicas, solo 6.635.451 españoles han ido al dentista en los últimos tres meses, lo que supone el 18,76 % del total. De nuevo, son las mujeres las que más van al odontólogo, con un porcentaje del 20,72 % frente al 16,72 % de los hombres. Con respecto a la edad, comprobamos que los grupos de edad comprendidos entre los 20 a los 49 años suponen más del 60 % del total de la población que acudió al dentista. Es decir, a diferencia de lo que ocurre en las consultas médicas en general, las tasas de visita-ción odontológica son decrecientes con la edad: las personas mayores van menos al den-tista que las más jóvenes.

Según la ENS de 2003, casi cuatro millones de españoles (3.845.084) estuvieron hospitalizados al menos una noche en los últimos doce meses, lo que representa el

9,86 % del total. En cuanto a las diferencias por sexos, comprobamos que el porcentaje de hombres y mujeres no difiere mucho, siendo el de los primeros un 9,22 % y el de las segundas un 10,46 %. Esta diferencia en la tasa de hospitalización de las mujeres, un 13,4 % superior a la de los hombres puede achacarse íntegramente al ciclo reproductivo de la mujer. Hay que recordar que uno de cada seis ingresos hospitalarios de la mujer se produce por motivo de parto.

Con relación a los motivos por los que acuden hombres y mujeres al hospital, el sexo es un factor diferenciador, ya que el 18 % de las mujeres acuden al mismo para dar a luz, ya sea con parto o cesárea. Sin embargo, una vez que descontamos las 343.913 mujeres que acuden al hospital por esta causa, los números absolutos y los porcentajes entre hombres y mujeres se igualan, ya que el 55,45 % de las mujeres que acuden al hospital por causas diferentes al parto lo hacen para una intervención quirúrgica, porcentaje similar al de los hombres.

En cuanto al pago de los servicios hospitalarios vemos que el 82,63 % de los españoles cargan al Sistema Nacional de Salud los gastos de hospitalización, sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos. Ahora bien, si diferenciamos el tipo de asistencia y analizamos quién corre con los gastos, observamos como el porcentaje de mayor utilización de la asistencia sanitaria privada se da en el caso de las mujeres y el parto, ya que el 23,84 % de las mujeres eligen la asistencia sanitaria privada cuando tienen que dar a luz, motivo que hace que en el indicador agrupado las mujeres estén cinco puntos por encima en la utilización de la asistencia sanitaria privada en comparación a los hombres.

El 26,90 % de la población española ha acudido a urgencias al menos una vez durante los últimos 12 meses. Aunque con escasa diferencia, la tasa de utilización de los servicios de urgencias es algo más elevada en las mujeres (27,62 %). La edad es el factor más importante para explicar la utilización de este servicio sanitario. El uso de las urgencias en cada grupo de edad es decreciente hasta los 40-50 años, edad a partir de la cual vuelve a ser creciente hasta alcanzar casi al 45 % de los mayores de 90 años.

El 50 % de la población española consume al menos un medicamento en las últimas dos semanas, que representan el 44,46 % de los hombres y el 57,01 % de las mujeres. Esta diferencia por sexo es patente en todos los grupos de edad. Tanto la tasa de consumo de medicamentos como el número absoluto de usuarios crecen a medida que lo hace la edad hasta los 80 años.

Independientemente del sexo, apreciamos cómo a medida que aumenta la edad el porcentaje de personas que consumen medicamentos se incrementa, llegando a ser del 90 % en las personas de 90 y más años. Esta tendencia no se refiere únicamente al número de personas que consumen medicamentos, sino también al número de fármacos que consumen.

Desde 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5 % de los españoles, es decir, a la práctica totalidad de la población española, incluida la de los inmigrantes. Más del 95 % de los españoles reciben asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud y otro 3,5 % dispone de ella por medio de las diferentes Mutualidades del Estado, totalizando, en 2004, un 98,8 % de cobertura pública.

Junto a la asistencia sanitaria pública, prácticamente generalizada, encontramos un 1,1% de españoles que optan por el seguro médico privado, bien concertado a través de las empresas en las que trabajan, bien contratados directa e individualmente. La tasa de población desprotegida que hace uso de servicios médicos sin cobertura de aseguramiento, público o privado, era en 2004 de un 0,1 % (Tabla 54). Además, hay que señalar que el 12,8 % de los españoles goza de doble cobertura sanitaria: de ellos, el 87 % están cubiertos en segunda instancia por aseguramiento privado, y el 13 % por mutualidades del Estado (la mayoría de ellas acogidas, a su vez, al seguro privado). La evolución de la última década muestra una situación de cobertura prácticamente universal estabilizada, en la que el crecimiento del seguro privado se está realizando primordialmente dentro de la doble cobertura.

No es difícil vislumbrar alguna de las causas de este deslizamiento de un grupo importante de la población hacia el sector asistencial privado. Con datos del último BS, de 2004, puede comprobarse que los factores de infraestructura técnica (tecnología y capacitación) siguen siendo claramente favorables a la asistencia pública, que, sin embargo, cede ante la privada en factores como la rapidez, la comodidad y el trato personal que reciben los usuarios. Pese al deslizamiento de las preferencias de los usuarios hacia la sanidad privada en los últimos años, esta migración no parece que esté directamente relacionada con una elevada percepción negativa respecto al funcionamiento de la sanidad pública.

Los datos indican que los aspectos más negativos que le están restando atractivo a la atención sanitaria pública, tanto en medicina general, como en atención especializada, son los relacionados con el “tiempo”; es decir, los usuarios perciben como excesivo el tiempo que pasa desde que se pide la cita hasta que realmente les vea el médico, así como el, a veces complicado, procedimiento para pedir la cita. Ello crea dificultades a la hora de utilizar los servicios sanitarios públicos. Colas y procedi-

PESE AL DESLIZAMIENTO DE LAS PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS HACIA LA SANIDAD PRIVADA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS, ESTA MIGRACIÓN NO PARECE QUE ESTÉ DIRECTAMENTE RELACIONADA CON UNA ELEVADA PERCEPCIÓN NEGATIVA RESPECTO AL FUNCIONAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA

mientos se configuran como importantes obstáculos para la satisfacción de los ciudadanos con la asistencia sanitaria pública.

Los hospitales públicos atienden (ENS, 2003) las dos terceras partes de las urgencias. Sin embargo, pese a que, con frecuencia, se relaciona la sobreutilización de los servicios de urgencia de los hospitales públicos con el desconocimiento médico por parte de los usuarios y con el deseo de eludir colas, listas y demoras, las razones que alegan mayoritariamente sus usuarios están relacionadas con problemas de dotación e infraestructura sanitaria, tanto en medios humanos como en equipamiento técnico.

De hecho, el 95 % de los usuarios alegaron en 2004 razones de este tipo: existencia de mejores medios técnicos en los servicios de urgencias de los hospitales; no disponibilidad del médico de cabecera o estar fuera de la residencia habitual. Sólo un 5 % alegaron desconocimiento de las urgencias de atención primaria o el hecho de que la cita para el especialista fuera muy tarde. Por nivel de estudios, se observa alta unanimidad en las manifestaciones, siendo el grupo de personas con estudios superiores el más consciente de la importancia de los medios disponibles para el buen funcionamiento del servicio de urgencias.

En resumen, podemos afirmar que la educación tiene una sensible influencia en las preferencias de los ciudadanos respecto a la opción público-privada en sanidad, siendo mayor el nivel de estudios de los adeptos a la atención sanitaria privada y más bajo el de los fieles a la sanidad pública.

El uso correcto de los recursos sanitarios y de consumo de medicamentos de los individuos se ve afectado por el nivel de conocimientos que éstos poseen sobre conceptos básicos de salud y sanidad, parcialmente ligados al grado de formación recibida. Así, por ejemplo, el 53,30 % de la población con estudios primarios, el 79,94 % de los españoles con estudios secundarios y el 94,27 % de los titulados superiores,

afirman tener conocimientos acerca de lo que es un medicamento genérico, por lo tanto, en los cuatro grupos estudiados son mayoría los conocedores del concepto. Sin embargo, la proporción de los que contestan afirmativamente aumenta a medida que aumenta el nivel de educación; si en el grupo de personas con estudios primarios uno de cada dos afirma saber lo que son los medicamentos genéricos, en el de los titulados superiores son prácticamente la totalidad.

La regla que asocia “mayor uso de recursos sanitarios a menor nivel de formación” se cumple para los tres niveles asistenciales: atención primaria, ingreso hospitalario y urgencias, siendo excepción el uso del servicio de atención especializada, donde parece que las necesidades son similares para todos los usuarios, e incluso algo mayores en los niveles superiores de educación.

En general, los grupos de población con menor nivel socioeconómico tienen una mayor utilización de recursos sanitarios. Asimismo, la frecuentación en la atención primaria,

tanto pública como privada, es notablemente superior a la de los demás servicios sanitarios. Ello se traduce no sólo en una mayor tasa de personas que utilizan estos servicios, sino también en el número medio de visitas que estos usuarios hacen de la atención primaria pública, prácticamente el doble que las que se realizan a la asistencia especializada. En el ámbito privado la utilización de estos dos niveles de asistencia se encuentra, sin embargo, muy equilibrada.

Las CCAA con más afinidad hacia lo público en materia sanitaria son las de Asturias, Navarra y Castilla-León, seguidas por Galicia y Castilla La Mancha. Por el contrario, Baleares, Cataluña y Canarias son las que reflejan una mayor simpatía hacia la sanidad privada, especialmente las

Islas Baleares en las que esta opción es mayoritaria en la asistencia especializada y la hospitalaria. La asistencia sanitaria especializada privada es también una elección mayoritaria en Cataluña y Canarias, Extremadura y Madrid.

El coeficiente de correlación entre el uso de servicios sanitarios y la valoración del mismo es muy elevado (Cf. Pearson = 0.33, en 2002). Este hecho conlleva una mejor valoración del sistema sanitario en las comunidades más envejecidas, en las que al mayor uso de servicios sanitarios debemos unirle la casi siempre mejor valoración de las personas de edades avanzadas, con una mayor utilización de servicios de salud, valorando el sistema sanitario.

En el extremo opuesto, los desempleados tienen la peor valoración del funcionamiento de la Sanidad, circunstancia que parece relacionada con la propia psicología del desplazamiento y la exclusión social y también con la edad media de los desempleados, ya que si bien éstos suelen tener peor salud que los ocupados, siendo, por tanto, mayores usuarios de la sanidad, esta circunstancia no parece ser la causa de que sean más críticos con el sistema sanitario. En general, la edad joven, aliada con un mayor grado de educación e información, favorece el sentido crítico de los usuarios. A su vez, la mayor edad parece ejercer un papel catalizador de las críticas al sistema sanitario: la edad media de los jubilados supera los 66 años, la del grupo dedicado a sus labores se acerca a los 50, mientras que la media de los desempleados se sitúa en los 31 años.

**EN GENERAL,
LOS GRUPOS DE
POBLACIÓN CON
MENOR NIVEL
SOCIOECONÓMICO
TIENEN UNA MAYOR
UTILIZACIÓN
DE RECURSOS
SANITARIOS**

7. BIBLIOGRAFÍA

Cantarero, D, Pascual, M. y Sarabia, J.M. Desigualdad de la renta, salud y financiación autonómica en el contexto español y de la comunidad de Cantabria. Gaceta Sanitaria 2003; 17: 11 - 12

Linda J. Waite and Maggie Gallagher, The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier, and Better Off Financially, (New York Doubleday, 2000), p. 64.

Katherine Reissman and Naomi Gerstel. “Marital Dissolution and Health: Do Males or Females Have Greater Risk?” Sooial Science and Medicine 20 (1985): 627-635.

Verbrugge L., Balaban D. “Patterns of Change, Disability and Well-Being,” Medical Care 27 (1989): S128-S147.

I.M. Joung, et al. “Differences in Self-Reported Morbidity by Marital Status and by Living Arrangement,” International Journal of Epidemiology 23 (1994): 91-97.

Goodwin J., et al. “The Effect of Marital Status on Stage, Treatment, and Survival of Cancer Patients,” Journal of the American Medical Association, 258 (1987): 3152-3130.

Malzberg B. “Marital Status in Relation to the Prevalence of Mental Disease,” Psychiatric Quarterly 10 (1936): 245-261.

Wilmoth J., Koso G. “Does Marital History Matter? Marital Status and Wealth Outcomes Among Pre-retirement Adults,” Journal of Marriage and Family, 64 (2002): 743-754.

Rogers R. “Marriage, Sex, and Mortality,” Journal of Marriage and the Family 57 (1995): 515-526.

Cochrane, Susan H., O’Hara D., Leslie J. ‘The Effects of Education on Health’, Documento de trabajo del personal del Banco Mundial, no. 405, julio de 1980.

Alvarado Pérez, E (coord.). 1998. Retos del Estado del Bienestar en España a finales de los noventa, Madrid, Tecnos.

Alvarez-Dardet, C., Peiró, S. (ed.). 2000. Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública-Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

CIRES. 1997. La realidad social en España 1995-96, Madrid, Fundación BBK-Fundación BBV Fundación Caja de Madrid.

CIS. 1990. Estructura social y salud, Madrid, CIS.

De Miguel, JM. 1985. La salud pública del futuro, Barcelona, Ariel.

De Miguel, JM. 1994. «Salud y Sanidad» en FUNDACIÓN FOESSA, V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000, Madrid, Fomento de Estudios Sociales de Sociología Aplicada.

Durán, MA. (ed.). 1980. Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas, Madrid, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.

Durán, MA. 1983. Desigualdad social y enfermedad, Madrid, Tecnos.

Gil Lacruz, M. 2000. Salud y fuentes de apoyo social, Madrid, CIS.

Hernández Pedreño, M. 2000. Desigualdades según género en la vejez, Murcia, Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud.

Hernández Pedreño, M. 2002. «Vejez y desigualdad social», Praxis sociológica, 6: 129-146.

INE. 1999. Indicadores Sociales de España, ww.ine.es/daco42/analysoci/indisoci.

INE. 2000. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999, Madrid,

INE. 2001. España en cifras 2000, Madrid, INE.

Navarro Rubio, MD. 1996. Encuestas de salud, Madrid, CIS.

Pérez Adán, J. 1999. La salud social, Madrid, Trotta.

Regidor, E. 1991. Indicadores de salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, JJ., Rodríguez, Carmen. 1994. Diferencias y desigualdades en salud en España, Madrid, Díaz de Santos.

Rodríguez, JA. 1987. Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español, Madrid, Tecnos.

Rodríguez, JA. 1988. «El reparto del bienestar: salud y desigualdad social en España», Sistema, 83: 75-111.

Rodríguez, JA., De Miguel, JM. 1990. Salud y poder. Madrid, CIS.

8. ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.	Distribución porcentual por estatura de la población española	20
TABLA 2.	Estatura media de los jóvenes de 20 a 24 años según sexo y comunidad autónoma	21
TABLA 3.	Peso medio y edad media de varones y mujeres por comunidad autónoma	25
TABLA 4.	Porcentajes de personas que han padecido dolencias durante los últimos diez días o han visto limitada su actividad en las últimas dos semanas	29
TABLA 5.	Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal y grupo de edad	31
TABLA 6.	Enfermos dados de alta por diagnóstico principal	34
TABLA 7.	Principales causas de muerte en España (nº de defunciones)	40
TABLA 8.	Enfermedades del sistema circulatorio con mayor número de muertes por sexo (2002-2004)	42
TABLA 9.	Realización o no de ejercicio en el tiempo libre en función de la actividad física principal en el trabajo, por sexo	47
TABLA 10.	Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alimentos, por edad	56
TABLA 11.	Hábitos de consumo de tabaco según frecuencia y sexo	63
TABLA 12.	Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de los distintos grupos de alcohol, por grupos de edad	74
TABLA 13.	Consumo de bebidas con alcohol respecto al de hace doce meses	76
TABLA 14.	Correlación entre el estado de salud percibido y la renta personal y del hogar (coef.Pearson)	87
TABLA 15.	Dolencias crónicas y limitación de la actividad según renta anual del hogar	90
TABLA 16.	Autovaloración media de la salud, porcentaje de personas con dolencias crónicas y con limitaciones por morbilidad y renta bruta disponible de los hogares rdb (per cápita) por comunidad autónoma	92
TABLA 17.	Hogares (%) con dificultades para llegar a n de mes y autovaloración media de la salud (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	93
TABLA 18.	Autovaloración de la salud, porcentaje de afectados crónicos y de individuos que han visto limitada su actividad por motivos de salud, según situación profesional	94
TABLA 19.	Porcentajes de individuos de las diversas situaciones profesional según su valoración de la propia salud	96
TABLA 20.	Autovaloración de la salud, y renta media de los hogares, según situación profesional (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	96
TABLA 21.	Edad media e indicadores de salud según situación laboral	98
TABLA 22.	Autovaloración de la salud según comunidad autónoma de residencia	103
TABLA 23.	Edad media y autovaloración de la salud según comunidad autónoma de residencia	104
TABLA 24.	Estado general de salud, dolencias crónicas y limitaciones de la actividad diaria según nacionalidad	105
TABLA 25.	Autovaloración del estado de salud según grupo de edad y estado civil	109
TABLA 26.	Porcentaje de hogares que disponen de determinados bienes de consumo y tienen retrasos en ciertos pagos (mayor puntuación indica peor salud percibida)	113
TABLA 27.	Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas	117
TABLA 28.	Número de veces que ha consultado con algún médico en las últimas dos semanas	118
TABLA 29.	Tiempo que hace que consultó a un médico por última vez	119
TABLA 30.	Motivo de la consulta con el médico	120
TABLA 31.	Régimen al que pertenece el médico al que acudió	121
TABLA 32.	Ha consultado a un médico en las últimas dos semanas por grupo de edad	121

TABLA 33.	Número de veces que consultó con un médico por grupo de edad	125
TABLA 34.	Tiempo que hace que consultó a un médico por grupo de edad	126
TABLA 35.	Motivo de consulta al médico por grupo de edad	127
TABLA 36.	Régimen del médico consultado por grupo de edad	129
TABLA 37.	Ha ido al dentista en los últimos tres meses	131
TABLA 38.	Número de veces que ha ido al dentista en los últimos tres meses	132
TABLA 39.	Tiempo que hace que visitó al dentista	133
TABLA 40.	Sistema al que pertenece el dentista al que acudió	134
TABLA 41.	Ha ido al dentista en los últimos tres meses	135
TABLA 42.	Ha estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses	136
TABLA 43.	Número de veces que ha estado hospitalizado en los últimos doce meses	137
TABLA 44.	Motivo del último ingreso en el hospital	137
TABLA 45.	A cargo de quién corrieron los gastos de su última hospitalización	138
TABLA 46.	Ha estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses	140
TABLA 47.	Ha utilizado algún servicio de urgencias durante los últimos doce meses	141
TABLA 48.	Tipo de servicio de urgencias utilizado	144
TABLA 49.	Causa por la que acudió a ese servicio de urgencias	146
TABLA 50.	Número de personas en función del consumo de medicamentos	147
TABLA 51.	Utilización de recursos sanitarios en función del imc del individuo	150
TABLA 52.	Utilización de recursos sanitarios en función del número medio de cigarrillos que fuma	154
TABLA 53.	Utilización de recursos sanitarios en función del número de gramos de alcohol que consume	157
TABLA 54.	Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta	159
TABLA 55.	Usuarios que arman cumplir las instrucciones del médico en cuanto a cantidad de medicamento y tiempo, por nivel de formación (2004)	170
TABLA 56.	Nº de visitas a un médico, público o privado, por niveles de atención sanitaria (2004; total de usuarios)	174
TABLA 57.	Porcentajes de usuarios según el principal motivo para no poder asistir a la consulta médica o no poder recibir tratamiento médico	181
TABLA 58.	Porcentajes de usuarios según el principal motivo para no poder asistir a la consulta del dentista o no poder recibir tratamiento dental*	184
TABLA 59.	Tipo de centro al que acudiría, público o privado, según asistencia sanitaria requerida (%)	186
TABLA 60.	Tiempo medio de espera entre la solicitud de cita y la consulta del especialista por comunidad autónoma, 2004	187
TABLA 61.	Tasas de hospitalización, frecuentación e indicador de uso de servicios hospitalarios por ccaa	188
TABLA 62.	Valoración de la atención que ha recibido en el hospital público	189
TABLA 63.	Valoración de la atención recibida en hospital público en relación a las expectativas	190
TABLA 64.	Porcentaje de usuarios que tuvieron que acudir a un centro sanitario durante el último año por un problema urgente	191
TABLA 65.	Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos, según ccaa (2004)	193
TABLA 66.	Valoración del sistema sanitario español según comunidad autónoma	194

9. ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1.	Estatura, peso e índice de masa corporal de los españoles por sexo	18
GRAFICO 2.	Distribución porcentual por sexo de la población española según estatura	19
GRAFICO 3.	Estatura media de los españoles por sexo y grupo de edad.	20
GRAFICO 4.	Autovaloración de la salud de los españoles según estatura y grupos de edad	21
GRAFICO 5.	Porcentaje de personas que vieron limitada su actividad habitual por un problema de salud durante más de 10 días continuados según estatura.	22
GRAFICO 6.	Peso y autovaloración de la salud de los españoles según edad y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	23
GRAFICO 7.	Índice de masa corporal medio de los españoles según edad y sexo	24
GRAFICO 8.	Autovaloración de la salud de las mujeres, ajustada por edad, según grupo de peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	26
GRAFICO 9.	Autovaloración de la salud de los varones, ajustada por edad, según grupo de peso (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	27
GRAFICO 10.	Porcentaje medio de varones (ajustado por edad), que han padecido alguna dolencia en los últimos diez días, según grupo de peso.	27
GRÁFICO 11.	Índice medio de masa muscular (imc medio) ajustado por edad, según autovaloración de la salud y sexo.	28
GRÁFICO 12.	Autovaloración de la salud de varones y mujeres, ajustada por edad, según grupo de imc (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	29
GRAFICO 13.	Porcentajes de personas que han padecido dolencias durante los últimos diez días o han visto limitada su actividad en las últimas dos semanas, según sexo	30
GRAFICO 14.	Distribución porcentual de la población según grupo de masa corporal por comunidad autónoma	31
GRAFICO 15.	Prevalencias, ajustadas por edad, de enfermos crónicos por hipertensión, colesterol y diabetes según grupos de imc.	32
GRAFICO 16.	Prevalencias, ajustadas por edad, de enfermedades crónicas del corazón, mala circulación y artrosis o problemas reumáticos según grupos de imc.	32
GRÁFICO 17.	Número de mujeres dadas de alta por complicaciones del embarazo, parto y puerperio	34
GRÁFICO 18.	Número de altas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por grupos de edad (2004)	35
GRÁFICO 19.	Nº de altas hospitalarias por grupo de enfermedad y sexo (2002-2004)	36
GRÁFICO 20.	Enfermedades en España por grupos de edad. (2004)	37
GRÁFICO 21.	Esperanza de vida al nacer en España (año 2004)	38
GRÁFICO 22.	Tasa de mortalidad en España, por sexo (1996 -2003)	39
GRÁFICO 23.	Nº de defunciones en España (1983 -2003)	40
GRÁFICO 24.	Principales causas de muerte en España (2004)	41
GRÁFICO 25.	Enfermedades con mayor número de muertes por sexo (2002-2004)	43
GRÁFICO 26.	Porcentajes de población que arma realizar algún tipo de actividad física, por CCAA	44
GRÁFICO 27.	Porcentajes de población en función de realizar o no algún tipo de actividad física, por sexo	45
GRÁFICO 28.	Porcentajes de la población que arma realizar algún tipo de actividad física, por grupos de edad	46
GRÁFICO 29.	Distribución porcentual de la población española según el número de horas de sueño	47
GRÁFICO 30.	Autovaloración de la salud, corregida por edad, según el número de horas de sueño (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	48
GRÁFICO 31.	Porcentajes de población que realiza, o no, algún tipo de actividad física y valora su estado de salud como bueno, por grupos de edad	49

GRÁFICO 32.	Autovaloración de la salud por edad (2003) en función de realizar o no actividad física alguna (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud) ..	49
GRÁFICO 33.	Porcentajes de personas que han tenido algún accidente durante el último año en función de realizar o no algún tipo de actividad física, por sexo	50
GRÁFICO 34.	Porcentajes de personas que han tenido algún accidente durante el último año en función de realizar o no algún tipo de actividad física, por edad	51
GRÁFICO 35.	Diferencial de tasa de accidentalidad por edad entre quienes realizan actividad física o deportiva y quienes no la realizan	52
GRÁFICO 36.	Tasas de accidentalidad y realización de actividad física por CCAA	52
GRÁFICO 37.	Indicador de consumo de alimentos en España, por frecuencia (2003)	53
GRAFICO 38.	Frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos	54
GRÁFICO 39.	Porcentajes de población en función de la conducta alimentaria diaria, por nivel de educación	55
GRÁFICO 40.	Evolución del consumo de alimentos en función de la edad y el sexo (hombres)	59
GRÁFICO 41.	Evolución del consumo de alimentos en función de la edad y el sexo (mujeres)	59
GRÁFICO 42.	Frecuencia de consumo de carne y pescado, por cc.Aa	60
GRÁFICO 43.	Porcentajes de población en función de la frecuencia de consumo de FRUTA y verdura, por cc.Aa	61
GRÁFICO 44.	Autovaloración de la salud por edad (2003) en función del consumo de los distintos alimentos (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud) ..	62
GRÁFICO 45.	Porcentajes de población según hábito de fumar	63
GRÁFICO 46.	Porcentajes de población según hábito de fumar, por CCAA	64
GRÁFICO 47.	Edad media de comienzo según tipo de fumador y CCAA	65
GRÁFICO 48.	Porcentajes de fumadores habituales por grupos de edad	65
GRÁFICO 49.	Evolución del número medio de cigarrillos diarios según la edad y el sexo	66
GRÁFICO 50.	Autovaloración de la salud por edad (2003) y en función de fumar o no (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).	67
GRÁFICO 51.	Consumo medio diario de cigarrillos en fumadores por sexo, según su autovaloración de la salud	68
GRÁFICO 52.	Porcentaje de personas que han sufrido alguna dolencia en los últimos diez días según su relación con el consumo de tabaco	68
GRÁFICO 53.	Prevalencias de asma, bronquitis crónica o ensema en personas de más de 65 años y de úlcera de estomago en población adulta, según su relación con el consumo de tabaco	69
GRÁFICO 54.	Tasas de consumidores de alcohol en los últimos doce meses, por cc.Aa (2003)	71
GRÁFICO 55.	Distribución porcentual de la población en función del grupo de bebedor al que pertenece, por sexo (2003)	72
GRÁFICO 56.	Evolución del consumo de alcohol según la edad, por sexo (2003)	73
GRÁFICO 57.	Frecuencia media de consumo de alcohol, por sexo (nº medio de días de consumo al mes)	76
GRÁFICO 58.	Autovaloración de la salud en función del tipo de consumo de alcohol en los hombres, por grupos de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).	77
GRÁFICO 59.	Autovaloración de la salud en función del tipo de consumo de alcohol en las mujeres, por grupos de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la salud).	78
GRÁFICO 60.	Porcentaje de personas que han sufrido alguna enfermedad durante más de 10 días, por tipo de bebedor y sexo	78
GRÁFICO 61.	Porcentajes de bebedores que han sufrido algún accidente y/o han visto sus actividades limitadas, según tipo de bebedor y sexo	79
GRÁFICO 62.	Porcentajes de población que ha tenido algún tipo de accidente en función de consumir o no bebidas alcohólicas, por grupos de edad	79
GRAFICO 63.	Autovaloración de la salud según nivel de educación y grupo de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	81
GRAFICO 64.	Autovaloración de la salud según nivel de educación y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	82
GRAFICO 65.	Porcentaje de personas que tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deciencia crónicas según nivel educativo	83
GRAFICO 66.	Porcentaje de personas que tiene alguna enfermedad crónica o alguna incapacidad o deciencia crónicas según nivel educativo y grupo de edad	83
GRAFICO 67.	Porcentaje de personas que se ha encontrado limitada en el desarrollo de la actividad diaria durante los últimos 6 meses debidos a problemas de salud ..	84
GRAFICO 68.	Renta media anual personal (2003) de los diferentes grupos de edad según su autovaloración de la salud.	85
GRAFICO 69.	Renta media anual personal (2003) por trabajo en ambos sexos según su autovaloración de la salud.	86
GRAFICO 70.	Renta media anual del hogar (2003) en ambos sexos según su autovaloración de la salud.	87
GRAFICO 71.	Autovaloración de la salud según grupos de renta anual del hogar (2003) y grupos de edad (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud).	88
GRAFICO 72.	Autovaloración de la salud según grupos de edad (2003) y niveles de renta del hogar (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud).	89

GRAFICO 73.	Dolencias crónicas y limitación de la actividad según renta anual del hogar	90
GRAFICO 74.	Porcentaje de individuos con dolencias crónicas por grupos de edad y niveles de renta anual del hogar	91
GRAFICO 75.	Porcentaje de individuos con dolencias crónicas por grupos de edad, sexo y niveles de renta anual del hogar	91
GRAFICO 76.	Autovaloración de la salud según facilidad del hogar para llegar a n de mes y renta media de sus hogares (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	93
GRAFICO 77.	Autovaloración media de la salud, corregida por la edad, según la situación profesional (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud).....	95
GRAFICO 78.	Autovaloración media de la salud y edad media, según la situación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	97
GRAFICO 79.	Autovaloración media de la salud según edad y situación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	98
GRAFICO 80.	Autovaloración media de la salud de los que trabajan por edad según tipo de contratación laboral (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	99
GRAFICO 81.	Autovaloración media de la salud de los desempleados por grupos de edad según sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	100
GRAFICO 82.	Autovaloración media de la salud, según la situación laboral y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	101
GRAFICO 83.	Autovaloración media de la salud, según tipo de ocupación y sexo (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	102
GRAFICO 84.	Edad media y autovaloración media de la salud, según lugar de nacimiento (mayor puntuación equivale a peor valoración de la propia salud)	105
GRAFICO 85.	Autovaloración de la salud según estado civil (50 a 57 años)	106
GRAFICO 86.	Autovaloración de la salud por grupos de edad y sexo según estado civil (mayor puntuación indica peor salud percibida)	107
GRAFICO 87.	Diferencial de salud asociado al matrimonio en los hombres según grupos de edad	108
GRAFICO 88.	Diferencial de salud asociado al matrimonio en las mujeres según grupos de edad	108
GRAFICO 89.	Autovaloración de la salud según nivel de afecto percibido y sexo	110
GRAFICO 90.	Autovaloración de la salud según disposición de ciertos bienes de consumo (mayor puntuación indica peor salud percibida)	111
GRAFICO 91.	Autovaloración de la salud según posibilidad de realizar ciertos gastos (mayor puntuación indica peor salud percibida)	112
GRAFICO 92.	Autovaloración de la salud según retrasos en realizar ciertos pagos (mayor puntuación indica peor salud percibida)	112
GRAFICO 93.	Autovaloración de la salud según disponibilidad en la vivienda de determinados servicios y ocurrencia de ciertos problemas (mayor puntuación indica peor salud percibida)	114
GRAFICO 94.	Autovaloración de la salud según tipo vivienda y grado de urbanización (mayor puntuación indica peor salud percibida)	115
GRAFICO 95.	Autovaloración de la salud según grupo de edad y número de habitaciones de la vivienda (mayor puntuación indica peor salud percibida)	115
GRÁFICO 96.	Porcentaje de españoles que han consultado a un médico en las últimas dos semanas, según el número de visitas	117
GRÁFICO 97.	Número de personas en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez.	118
GRÁFICO 98.	Porcentaje de personas, según sexo, en función del tiempo que hace que consultó a un médico por última vez.	119
GRÁFICO 99.	Porcentaje de personas en función del motivo de consulta a un médico.	120
GRÁFICO 100.	Porcentaje de personas, sobre el total de la población, que han consultado a un médico en las dos últimas semanas por grupo de edad.	122
GRÁFICO 101.	Porcentaje de personas que han consultado a un médico más de dos veces en las dos últimas semanas por grupo de edad.	123
GRÁFICO 102.	Porcentaje de personas que han consultado a un médico en menos de un mes por grupo de edad.	124
GRÁFICO 103.	Porcentaje de personas por motivo de consulta más frecuente y grupo de edad.	128
GRÁFICO 104.	Tasa de personas que consultan un médico privado y grupo de edad.	130
GRÁFICO 105.	Tasa y número de personas que han ido al dentista en los tres últimos meses.	131
GRÁFICO 106.	Porcentaje de personas en función del tiempo que hace que acudieron al dentista.	133
GRÁFICO 107.	Porcentaje de personas en función del régimen al que pertenece el dentista al que acudió.	134
GRÁFICO 108.	Porcentaje de personas que acudieron al dentista en los tres últimos meses por grupo de edad.	135
GRÁFICO 109.	Porcentaje de personas que ha estado hospitalizado al menos durante una noche en los últimos doce meses	136
GRÁFICO 110.	Porcentaje de personas por motivo de ingreso en el hospital	138
GRÁFICO 111.	Porcentaje de personas que utilizan la sanitaria privada en su ingreso en el hospital por motivo y sexo	139
GRÁFICO 112.	Porcentaje de personas por grupos de edad que han estado al menos una noche hospitalizados en los últimos 12 meses	140

GRÁFICO 113.	Porcentaje de personas por grupos de edad que han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses	142
GRÁFICO 114.	Porcentaje de personas que han utilizado un servicio de urgencias en los últimos 12 meses sobre el total	143
GRÁFICO 115.	Porcentaje de personas según el tipo de servicio de urgencias que han utilizado	145
GRÁFICO 116.	Porcentaje de personas que han consumido al menos un medicamento en las últimas dos semanas por grupo de edad	148
GRÁFICO 117.	Número medio de medicamentos diferentes consumidos en las últimas dos semanas por grupo de edad	148
GRÁFICO 118.	Utilización de recursos sanitarios en función del imc del individuo	151
GRÁFICO 119.	Utilización de recursos sanitarios en función del número medio de cigarrillos que fuma el individuo. Todas las edades	153
GRÁFICO 120.	Utilización de recursos sanitarios en función del número medio de cigarrillos que fuma el individuo. Grupo de edad entre 40-49 años	155
GRÁFICO 121.	Utilización de recursos sanitarios en función del número de gramos de alcohol consumidos	156
GRAFICO 122.	Preferencias para acudir al servicio sanitario público o privado en atención primaria por niveles de educación (%)	160
GRAFICO 123.	Preferencias para acudir a servicio sanitario público o privado en asistencia especializada por niveles de educación (%)	161
GRAFICO 124.	Preferencias para acudir al servicio sanitario público o privado en ingreso hospitalario por niveles de educación (%)	162
GRAFICO 125.	Preferencias para acudir a servicio sanitario público o privado en urgencias por nivel de educación (%)	162
GRAFICO 126.	Tasa de usuarios que elegiría asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar	163
GRAFICO 127.	Porcentaje de usuarios en función de su opinión acerca de la atención primaria pública por niveles de educación	164
GRAFICO 128.	Valoración de la atención primaria en función de las expectativas de los usuarios según el nivel de educación (%)	165
GRAFICO 129.	Porcentaje de usuarios en función de su opinión acerca de la atención especializada pública por niveles de educación	165
GRAFICO 130.	Porcentaje de usuarios que arman haber utilizado algún servicio sanitario, por nivel asistencial y educación (2004).	166
GRAFICO 131.	Porcentaje de usuarios según fuente de la decisión de acudir a urgencias por nivel de educación.	167
GRAFICO 132.	Porcentaje de usuarios en función de la razón por la que acudieron al servicio de urgencias público según nivel educativo	168
GRAFICO 133.	Porcentaje de usuarios en función de su conocimiento acerca del significado de los medicamentos genéricos, según nivel educativo	169
GRAFICO 134.	Suponiendo que tras la visita del médico, éste le recetara un medicamento genérico, explicándole que se trata del mismo medicamento, en lugar de uno de marca que vd. Ya conoce, ¿cuál sería su reacción?	170
GRAFICO 135.	Porcentaje de usuarios que maniestan guardar, o no, los medicamentos que sobran después del tratamiento, por nivel de educación	171
GRAFICO 136.	Porcentaje de usuarios en función del uso posterior a los medicamentos sobrantes, por nivel de educación	172
GRAFICO 137.	Porcentaje de usuarios en función de haber utilizado, o no, algún tipo de servicio sanitario durante el último año, según nivel de renta del hogar	173
GRAFICO 138.	Porcentaje de usuarios que arman haber visitado al médico, público o privado, en atención primaria según nivel de renta del hogar (2004)	175
GRAFICO 139.	Porcentaje de usuarios que arman haber visitado al médico, público o privado, en atención especializada, según nivel de renta del hogar (2004)	175
GRAFICO 140.	Porcentaje de usuarios que arman haber estado ingresados en un hospital, público o privado, según nivel de renta del hogar (2004)	176
GRAFICO 141.	Porcentaje de usuarios que arman haber utilizado el servicio de urgencias, público o privado, según nivel de renta del hogar (2004)	176
GRAFICO 142.	Evolución del indicador de renta media del hogar según preferencia pública o privada en atención sanitaria	177
GRAFICO 143.	Porcentaje de usuarios que eligen asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar, según nivel de renta del hogar (pública)	178
GRAFICO 144.	Porcentaje de usuarios que eligen asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar, según nivel de renta del hogar (privada)	179
GRAFICO 145.	Valoración (1 a 10) de los usuarios de la asistencia recibida en los hospitales públicos, por nivel de renta	180
GRAFICO 146.	Porcentaje de personas que ha tenido necesidad de asistir a la consulta de un médico (excepto dentista) o recibir tratamiento médico y no ha podido, por nivel de renta del hogar	181
GRAFICO 147.	Porcentaje de usuarios en función del motivo que les impidió acudir a la consulta médica, según actividad laboral	182
GRAFICO 148.	¿Ha tenido usted necesidad de asistir a la consulta de un dentista o de recibir tratamiento dental y no ha podido? Por nivel de renta del hogar.....	183
GRAFICO 149.	Evolución de la percepción del problema de las listas de espera por CC.AA. (2004)	192
GRÁFICO 150.	Valoración del sns (1 a 10) por edad, 2004	193
GRAFICO 151.	Porcentaje de usuarios que arman haber visitado al médico, por nivel asistencial y situación laboral.	195
GRAFICO 152.	Valoración del sns (1 a 10) según actividad, 2003/2004	196



