

Población y salud en España.
Patrones por género, edad y nivel de renta*
por
José Alberto Molina**
José A. Herce***
DOCUMENTO DE TRABAJO 2000-21

Noviembre, 2000

* Este trabajo ha sido escrito durante la estancia que José Alberto Molina ha realizado como Investigador Visitante en la Fundación de Estudios de Economía Aplicada - FEDEA (Madrid), quien desea agradecer la hospitalidad y los medios puestos a su disposición durante toda su estancia. Asimismo, los autores agradecen a Namkee Ahn sus valiosos comentarios y sugerencias. Ambos autores desean agradecer la ayuda financiera a los programas de investigación de los que ha surgido este trabajo (Proyecto 2FD97-2057 de la CICYT y Comisión Europea -Fondos FEDER- para el primero de los autores y proyecto SEC 1999-0239 de la CICYT para el segundo). Destinado a su publicación en Economistas, nº 86, diciembre 2000.

** Universidad de Zaragoza y FEDEA.

*** FEDEA y Universidad Complutense de Madrid.

Los Documentos de Trabajo se distribuyen gratuitamente a las Universidades e Instituciones de Investigación que lo solicitan. No obstante están disponibles en texto completo a través de Internet: <http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#Documentos de Trabajo>

These Working Documents are distributed free of charge to University Department and other Research Centres. They are also available through Internet: <http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#Documentos de Trabajo>

Resumen

En este trabajo realizamos una explotación de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, recientemente disponible, con objeto de establecer los patrones de salud por género, edad y nivel de renta de la población española de edad adulta. Abordamos aspectos tales como el estado de salud percibido y las principales incidencias de salud sufridas por la población, el uso de los servicios sanitarios o los comportamientos que afectan a la salud. La evidencia que encontramos indica la existencia de patrones claros para las diferentes dimensiones anteriormente señaladas (género, edad y nivel de renta). Así, por ejemplo, el estado de salud percibido es peor entre las mujeres o cuanto mayor es la edad o menor el nivel de renta del encuestado. Aunque la evidencia obtenida es incondicionada, desarrollamos un limitado análisis multivariante que la confirma.

Clasificación JEL: I10

1. Introducción y resumen

La publicación reciente de la última Encuesta Nacional de Salud para 1997, del Ministerio de Sanidad y Consumo, permite una completa caracterización y puesta al día de las principales incidencias relacionadas con la salud que se dan entre la población española distinguiendo a ésta por diversas categorías socio-económicas y características personales. Las sucesivas encuestas nacionales hasta la fecha (1987, 1993, 1995 y 1997) han sido frecuentemente analizadas por la perspectiva dinámica que ofrecen y la variedad de aspectos de salud que cubren. Junto a la evolución del estado general de salud de la población, uno de los aspectos que más interés ha suscitado es el de la equidad en el acceso a la salud. De hecho, este es el primero de los 38 objetivos que se fijó para el año 2000 la Organización Mundial de la Salud en su ambiciosa estrategia “Salud para todos 2000” hace ya 23 años¹.

En este trabajo se aborda la caracterización anteriormente mencionada en un plano puramente descriptivo dejando para trabajos posteriores un análisis más detallado de la relación entre los indicadores de salud y las características personales mencionadas. Aun así, nuestra aproximación rinde un conjunto de resultados que estimamos de gran interés ya que se refieren a los patrones globales de percepción de su estado de salud por parte de la población, de la incidencia de problemas de salud y del uso de los servicios sanitarios a su alcance. Igualmente, podemos establecer patrones sobre determinados comportamientos estrechamente relacionados con incidencias de salud entre la población.

Aunque la principal pregunta de la encuesta se refiere al estado de salud percibido por los encuestados, por lo tanto subjetivo, el patrón que emerge del conjunto de respuestas es muy nítido: las mujeres perciben su salud más negativamente que los hombres, el estado percibido de salud empeora con la edad y con el nivel de renta. En línea con este resultado, confirmado por un análisis multivariante, se sitúan, en general, las incidencias de salud efectivamente sufridas por la población, los efectos sobre sus actividades, el consumo de medicamentos o la utilización de servicios sanitarios. Finalmente, el mismo patrón se observa en lo referente a ciertos hábitos y comportamientos relacionados con la salud, como la realización de ejercicio físico o el consumo de alcohol y tabaco.

¹ Para una apreciación de conjunto sobre el cumplimiento de la estrategia STP 2000 en España, véase la introducción al volumen La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo, Informe SESPAS 2000, editado por Carlos Álvarez Dardet y Salvador Peiró. Monografía número 30 de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Octubre 2000. Sobre la equidad en el acceso a la salud véase la sección “Lograr equidad en salud” de Joan Benach y Rosa María Urbanos en dicha obra y “Veinte años de estudios sobre equidad y salud en España” de Beatriz González López-Valcarcel y Rosa Urbanos Garrido en las Actas de las XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, mayo 2000.

Esta evidencia ha de completarse de forma que se puedan establecer relaciones entre los diferentes resultados, por ejemplo, entre el estado percibido de salud y las principales patologías o los comportamientos que afectan a la salud. Todo ello se escapa a la intención de esta primera aproximación y forma parte de la agenda para futuros trabajos. Pero la mera obtención de esta primera evidencia debe servir para constatar que el sistema sanitario español ha de copar con una incidencia significativa de problemas de salud entre una población muy numerosa. Cuando observamos que el 11,4 por ciento de la población adulta padece hipertensión arterial (aceptando el porcentaje resultante de la encuesta), hablamos de casi 4 millones de personas, o de 17 millones de personas cuando nos preguntamos sobre el consumo de medicamentos. A la vez, 11 millones de personas fuman diariamente y casi 28 millones no hacen ejercicio nunca o lo hacen ocasionalmente.

Las abultadas cifras anteriores deben llamar también a la reflexión de los responsables sanitarios. Existe el riesgo de confundir la masiva intervención a que el sistema sanitario se ve obligado con su éxito. En realidad esta intervención masiva es una especie de fracaso. Este campo no es, por ejemplo, como el de transporte de viajeros de cercanías en el que su éxito se mide por el crecimiento de los viajeros. En materia de salud, cuantas menos personas se vean obligadas a hacer uso de los hospitales y los medicamentos mayor será el éxito de las políticas sanitarias. Sin duda ha de considerarse como muy positivo que, dado el estado sanitario de la población, el sistema de salud esté en condiciones suficientes de afrontar los problemas, pero lo que de verdad importa es reducir la dependencia de la población del complejo medico-hospitalario-farmacéutico² estimulando la prevención y los comportamientos compatibles con la salud, lo que, además, es más barato.

2. La Encuesta Nacional de Salud para 1997

La encuesta Nacional de Salud para 1997³ continúa la nueva metodología iniciada en 1995 por el Ministerio de Sanidad y Consumo a fin obtener información detallada sobre el estado de salud y uso de los servicios sanitarios de la población española. Más que una macroencuesta, como las correspondientes a fases anteriores, se trata de un muestreo reducido a un menor número de unidades entrevistadas a las que, sin embargo, se solicita información mucho más detallada destinada a la evaluación y planificación de los servicios sanitarios y las políticas de salud pública. El diseño de la encuesta corresponde a la Dirección General de Salud Pública mientras que el Centro de

² Especialmente referida a los hospitales, esta orientación de la política sanitaria se conoce como “hospitalocentrismo”. Ver la contribución “Optimizar los recursos y la gestión de los servicios sanitarios” de Eduard Ribas y Eduard Portella al Informe SESPAS 2000 anteriormente citado.

³ Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Serie Información y Estadísticas Sanitarias. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999.

Investigaciones Sociológicas lleva a cabo el trabajo de campo y la explotación de la información. La encuesta se divide en una encuesta a adultos (16 y más años, 6.400 entrevistas) y una encuesta infantil (2.000 entrevistas) que se realizan en cuatro oleadas a lo largo del año para contrarrestar sesgos estacionales u ocurrencias puntuales en el momento de la encuesta⁴.

La ENS97 referida a adultos solicita una muy variada información sobre cuatro grandes apartados:

- a) Morbilidad percibida por la población (enfermedades, dolores, molestias, limitaciones e incapacidades, accidentes)
- b) Uso de los servicios sanitarios (consultas, hospitalizaciones, urgencias)
- c) Hábitos de vida (consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, horas de sueño, ejercicio físico)
- d) Independencia funcional de la población mayor de 65 años

Toda la información anterior se obtiene para muestras representativas de la población adulta por género, grupo de edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de renta familiar, comunidad autónoma y tamaño de municipio de residencia. A pesar de la cuidada selección de las unidades objeto de encuesta, su reducido número hace que en las comunidades autónomas menos pobladas el error muestral resulte elevado aunque para el conjunto de la muestra este error es aceptablemente pequeño⁵. Por esta razón no mostraremos detalle territorial alguno en este trabajo. Los tamaños de la muestra de adultos para las distintas categorías personales contempladas en lo sucesivo son los que se muestran en el Cuadro 1.

⁴ En este trabajo explotaremos solamente la información procedente de la encuesta a adultos.

⁵ Ver Encuesta Nacional de Salud de España 1997, Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de publicaciones, págs. 12 a 14.

Cuadro 1 Tamaño de las categorías de la muestra de adultos			
	Número de observaciones	%	% acumulado (por grupos de categorías)
Total	6.378	100,00	100,00
Hombres	3.092	48,48	48,48
Mujeres	3.286	51,52	100,00
Entre 16 y 25 años	1.353	21,21	21,21
Entre 26 y 35 años	1.227	19,24	40,45
Entre 36 y 45 años	1.012	15,87	56,32
Entre 46 y 55 años	853	13,37	69,69
Entre 56 y 65 años	927	14,54	84,23
Más de 65 años	1.006	15,77	100,00
Menos de 100.000 ptas./mes	1.801	36,24	36,23
Entre 100.000 y 200.000	2.319	46,66	82,90
Entre 200.000 y 300.000	510	10,26	93,16
Más de 300.000	340	6,84	100,00
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1997)			

Dado el tamaño de la muestra total, no es de extrañar que para las comunidades autónomas de menor población, el método de selección arroje submuestras de unas pocas docenas de individuos, lo que se traduce en incidencias nulas o del 100% en la intersección de determinadas circunstancias de salud en un número apreciable de comunidades autónomas. Ni que decir tiene que cualquier control estadístico que utilizase esta categoría carecería de validez, y *a fortiori* en presencia de las restantes categorías por género, edad y nivel de renta. La dimensión territorial de la encuesta es claramente insuficiente.

Respecto al nivel de renta familiar, la máxima categoría contemplada (más de 300.000 pesetas por mes) es demasiado reducida, en nuestra opinión, sobretudo si tenemos en cuenta que se refiere al año 1997. En esta categoría se encuentran el 6,8% de los casi 6.400 adultos encuestados. Para hacerse una idea de cuan limitada es la validez de esta estratificación de la muestra por nivel de renta, repárese en que, según datos del panel del IRPF para 1994, los declarantes de la decila superior tenían una base imponible media de 7,7 millones de pesetas, lo que se traduce en algo más de 640.000 pesetas al mes. Por otra parte, según la misma fuente, el límite inferior de la novena decila era de casi 3,5 millones de pesetas (unas 290.000 al mes). Ello sugiere que, en 1997, más del veinte por ciento de las familias españolas tendrían rentas superiores a las 300.000 pesetas mensuales, en claro contraste con la proporción recogida en la encuesta.

Para sucesivas aplicaciones de la encuesta sería conveniente aumentar el número de individuos encuestados, con el fin de que el detalle territorial tuviera plena representatividad, así como ajustar los niveles de renta familiar y los tamaños de las submuestras correspondientes.

3. Estado de salud percibido e incidencias de salud entre la población

Evidencia incondicionada sobre el estado de salud percibido

La ENS97 recoge la percepción de los encuestados sobre su estado general de salud y les interroga también sobre las patologías que efectivamente padecen, según la información recibida de su médico. Hay que destacar, en las respuestas, las rotundas diferencias por género, edad o nivel de renta, cuya explicación es relativamente fácil de intuir a falta de un análisis multivariante que no se realiza en este trabajo. Casi el 70 por ciento de la población opina que disfruta de un estado de salud general bueno o muy bueno (ver Cuadro 2) frente al 23,5 por ciento que estima como regular su estado de salud o el 8,12 por ciento que lo percibe como malo o muy malo.

Cuadro 2			
¿Cómo es su estado de salud?			
	Bueno o muy bueno	Regular	Malo o muy malo
Total	68,39	23,45	8,12
Hombres	72,42	20,59	6,99
Mujeres	64,60	26,15	9,16
Entre 16 y 25 años	84,26	13,53	2,22
Entre 26 y 35 años	83,70	13,45	2,86
Entre 36 y 45 años	76,56	18,00	5,34
Entre 46 y 55 años	62,60	28,84	8,55
Entre 56 y 65 años	51,14	34,16	14,59
Más de 65 años	40,90	40,10	18,90
Menos de 100.000 ptas./mes	52,17	33,20	14,57
Entre 100.000 y 200.000	72,69	21,10	6,16
Entre 200.000 y 300.000	80,00	17,06	2,94
Más de 300.000	81,76	15,59	2,36
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1997)			

Las mujeres tienden a percibir su estado de salud menos favorablemente que los hombres. Los adultos de ambos sexos de más de 65 años de edad también presentan la percepción más negativa de todos los grupos de edad en coherencia con un patrón de buena salud claramente descendiente con la edad. Por fin, la percepción del estado de salud es mejor a medida que aumenta la renta familiar, siendo especialmente abrumadora la diferencia en lo que se refiere a quienes perciben su estado de salud como malo o muy malo. Claramente, la edad y el nivel de renta influyen en el estado de salud de la población, del que se deriva la percepción que los propios individuos tienen del mismo.

Respecto al nivel de renta, conviene enfatizar que nos encontraremos muy a menudo con que esta característica de los individuos está estrechamente

asociada a la mayor parte de las dimensiones del estado de salud de los individuos analizadas en este trabajo. Este es uno de los aspectos cruciales del panorama general de la salud, en nuestro país y en muchos otros, en el que el avance, por otra parte, no parece ser satisfactorio⁶.

Puesto que el acceso al sistema sanitario, en cualquier país democrático avanzado, no sólo no es excluyente para la población de menores recursos, sino que a menudo se practica discriminación positiva, hay que preguntarse qué factores, de comportamiento, económicos u otros, hacen que los recursos al alcance de toda la población rindan un peor resultado sanitario entre la población de menores recursos económicos⁷. No necesariamente se trata de un problema de *take-up* o aprovechamiento de los servicios al alcance de la población de menores recursos, que sí puede darse en el caso de servicios especializados, por problemas de información; pero, ciertamente, algunos comportamientos y estilos de vida asociados a los menores ingresos, como veremos más adelante, parecen estar jugando un determinado papel.

Evidencia condicionada sobre el estado de salud percibido

La evidencia del Cuadro 2, sin embargo, se presenta de manera incondicionada, es decir, no sabemos a ciencia cierta si la percepción del estado de salud empeora con la edad exclusivamente o debido a que se suman otras circunstancias como el género o el nivel de renta. Con objeto de determinar si, dadas todas las características contempladas menos una cualquiera de ellas, esta última mantiene la relación que sugiere el Cuadro 2 hemos estimado un probit ordenado en el que la variable dependiente es el estado percibido de salud por cada encuestado siendo las variables independientes sus características de género, edad y nivel de renta familiar. El individuo de referencia es una mujer de 65 o más años y nivel de renta inferior a 100.000 pesetas al mes. Los resultados se muestran en el Cuadro 3, en el que puede apreciarse que se mantienen los patrones incondicionados anteriores. La elevada proporción de personas que no declaran su nivel de renta (un 22,2 por ciento de los encuestados), no afecta a la significatividad de los resultados obtenidos.

Cuadro 3				
Estado de salud percibido (variable dependiente) y características personales				
Variable independiente	Coefficiente	Error estándar	z	P>z
Hombres	0,1581222	0,032697	4,836	0,000

⁶ Ver nota 1.

⁷ Ver “La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el periodo 1987-1995” de Rosa María Urbanos Garrido en Hacienda Pública Española, 153-2/2000. La autora concluye que los factores determinantes de la desigualdad en materia de salud son de demanda más que de oferta, por lo que el margen del sistema sanitario para reducir la desigualdad es reducido, aunque no el de una política sanitaria en sentido amplio.

Edad entre 16 y 25	1,039463	0,0564166	18,425	0,000
Edad entre 26 y 35	1,007292	0,0575336	17,508	0,000
Edad entre 36 y 45	0,7439588	0,0573338	12,976	0,000
Edad entre 46 y 55	0,3995155	0,0564885	7,073	0,000
Edad entre 56 y 65	0,1613759	0,0525408	3,071	0,002
Renta entre 100 y 200 mil	0,2888602	0,0408511	7,071	0,000
Renta entre 200 y 300 mil	0,4270873	0,0708998	6,024	0,000
Renta más de 300 mil	0,5074306	0,085656	5,924	0,000
No declaran renta	0,3241357	0,0472806	6,856	0,000
Probit ordenado: Observaciones = 6.342; chi2(10) = 949,24; prob > chi2 = 0,0000; Log Likelihood = -4623,619; pseudo R2 = 0,0931				

Así, por ejemplo, dado el género y la edad, los individuos de mayor nivel de renta disfrutarán de un mejor estado de salud percibido o, dado el género y el nivel de renta, los individuos de menor edad disfrutarán de un mejor estado de salud percibido. Conclusiones que se establecen dentro de niveles de significatividad de los parámetros estimados muy satisfactorios, lo que no podía asegurarse a partir de la evidencia incondicionada.

Principales incidencias de salud entre la población

Entre percepción subjetiva del propio estado de salud y estado de salud objetivo existe sin embargo una diferencia difícil de establecer. Por un lado, un individuo exhaustivamente informado sobre su estado de salud tendrá una percepción más acorde con el mismo que un individuo que ignore su verdadero estado de salud, especialmente en ausencia de síntomas destacables. Por otro, individuos más optimistas tenderán a verse mejor que individuos menos optimistas. Finalmente, el disfrute de una calidad de vida suficiente, incluso bajo circunstancias desfavorables de salud, puede llevar a numerosas personas a encontrar su estado de salud satisfactorio, como probablemente suceda con las personas mayores de 65 años. Los factores o circunstancias de riesgo no tienen por qué traducirse en un mal estado de salud aunque tengan una elevada incidencia entre la población, mientras que las enfermedades crónicas sí tendrán ese reflejo, en general.

Así pues, la sola percepción del estado de salud por parte de los propios individuos no debería llevarnos a basar en dicha indicación la *performance* del sistema sanitario, aunque, naturalmente, no calificaríamos elevadamente el funcionamiento de un sistema sanitario si la población por él cubierta percibiera su estado de salud de manera insatisfactoria. En particular, hemos de considerar el abanico de incidencias o problemas de salud que efectivamente afectan a la población y el uso de los servicios sanitarios que ello implica. Como veremos a continuación, el panorama cambia apreciablemente consolidándose la impresión de que el sistema sanitario español afronta una demanda muy considerable por parte de la población. Hasta cierto punto, lo anterior es una mala noticia ya que refleja la incapacidad de la prevención sanitaria para limitar la extensión de las

principales patologías y, consiguientemente, el uso de los servicios sanitarios. La constatación de que un sistema sanitario copa con un gran número de casos es de la misma naturaleza que la de que un seguro de automóviles registra incidencias en todos sus asegurados. Lo bueno es que todo el mundo esté asegurado, pero que sólo unos pocos tengan que hacer una declaración de accidente.

Por todo ello conviene contrastar la impresión que se retira de los Cuadros 2 y 3 con el análisis de la incidencia de las principales enfermedades que sufre la población. En el Cuadro 4 se ofrecen, para las mismas características personales anteriores, los porcentajes de cada grupo que sufren hasta siete problemas crónicos de salud. A pesar de la percepción que muestran los individuos sobre su buen estado de salud general, se registra una incidencia significativa de enfermedades crónicas y, especialmente, de circunstancias precursoras de las anteriores, como puedan ser la hipertensión arterial o el colesterol.

Los tres principales problemas de salud, por su incidencia entre la población, son la hipertensión arterial, el colesterol y las alergias, que afectan, respectivamente, al 11,4%, el 8,21% y el 8% de la población, aunque la diabetes, el asma y las enfermedades cardíacas afectan a casi el 5% de la población. La úlcera de estómago tiene la menor incidencia de las consideradas en el Cuadro 4, afectando a poco más del 3,5%. El riesgo de hipertensión (13,75%), colesterol (8,59) diabetes (5,84%) y alergias (9,6%) es mayor para las mujeres, pero los hombres presentan mayor riesgo de asma (5,46%) y úlcera de estómago (4,4%). La incidencia de enfermedades cardíacas es similar para ambos.

Por edades, el mayor riesgo de hipertensión (31%), colesterol (16,9%), diabetes (14,5%), asma (11%), enfermedades del corazón (16,2%) y úlcera de estómago (6,4%) se da entre las personas mayores de 65 años. Todas ellas crecen con la edad, excepto el asma que presenta un valle alrededor de los 40 años (1,8%) y las alergias que están mucho más presentes entre los jóvenes de entre 16 y 25 años (10,6%) y disminuyen con la edad. Esta rápida panorámica a través de los grupos de edad es, sin embargo, transversal y no necesariamente, el patrón detectado, se ajusta al perfil longitudinal y dinámico sobre el que debería basarse un análisis más preciso de los riesgos de salud ligados a la edad. Pero un perfil por edades que no sea una distribución uniforme, provoca importantes efectos de composición debido a la edad en el estado de salud del conjunto de la población. Este es un análisis ineludible una vez se ha determinado la evolución en el tiempo del patrón por edades de determinadas enfermedades crónicas, que, como acabamos de ver, dista mucho de ser uniforme.

Cuadro 4 ¿Padece actualmente alguna enfermedad crónica?							
	Hipertens. arterial	Colesterol	Diabetes	Asma	Enferm. corazón	Úlcera de estómago	Alergia
Total	11,39	8,21	4,99	5,02	4,88	3,53	7,98
Hombres	8,90	7,84	4,10	5,46	4,94	4,40	6,13
Mujeres	13,75	8,59	5,84	4,63	4,81	2,73	9,60
Entre 16 y 25 años	0,68	0,76	0,30	4,01	0,91	1,29	10,63
Entre 26 y 35 años	0,92	1,67	0,33	1,92	0,58	1,83	8,00
Entre 36 y 45 años	4,65	5,15	1,72	1,82	1,22	3,13	6,37
Entre 46 y 55 años	13,93	13,58	5,17	4,09	3,01	3,73	7,11
Entre 56 y 65 años	24,51	16,78	11,09	8,46	9,66	6,25	7,38
Más de 65 años	31,04	16,87	14,46	11,01	16,18	6,38	6,92
Menos de 100.000 ptas./mes	19,33	12,60	9,32	7,50	8,19	5,51	8,15
Entre 100.000 y 200.000	8,83	6,57	4,02	4,72	4,02	3,27	7,37
Entre 200.000 y 300.000	5,82	4,82	1,41	2,21	3,01	2,81	9,42
Más de 300.000	6,85	5,37	0,90	3,58	2,69	1,79	9,01
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1997)							

Respecto al nivel de renta, sorprende vivamente la formidable incidencia de los precursores de los problemas coronarios (hipertensión y colesterol) y de las propias dolencias cardíacas entre las personas de menor capacidad económica. Todas las demás dolencias crónicas presentan también un perfil decreciente a menudo que aumenta la renta.

Igualmente, aunque no abordaremos aquí este análisis, ha de tenerse en cuenta que la evidencia presentada para cada categoría en este epígrafe, y la que se presentará en las siguientes secciones, no está condicionada a una ocurrencia dada de las restantes categorías. Los controles llevados a cabo en la sección precedente sugieren, sin embargo, que esta primera evidencia es robusta.

Conviene tener en cuenta que la evidencia destacada en esta sección se traduce permanentemente en millones de personas que sufren severas limitaciones de salud, incluso a edades que no pueden considerarse avanzadas.

4. Reducción de la actividad por causas de salud y recurso a los medicamentos

Actividad y salud

Como consecuencia de las diferentes incidencias de salud, accidentes, etc. un número elevado de personas han de reducir sus actividades tanto profesionales, en el hogar o de ocio. La manera en que la ENS97 aborda esta cuestión garantiza que lo que se observa referido a las dos semanas previas al momento de la encuesta puede predicarse en clave de tiempo continuo corrigiendo en buena medida el sesgo de ocurrencia ocasional inherente a este tipo de pregunta. Ello es así porque la encuesta se realiza en cuatro fases a lo

Recurso a los medicamentos

No extrañará nada que las incidencias de salud estén relacionadas con el recurso a los medicamentos. Esta relación es, sin embargo, más compleja de lo que parece a primera vista ya que el recurso a los medicamentos puede: (a) estar indicado por la existencia de problemas de salud, (b) evitar la aparición de determinadas enfermedades o (c) provocar problemas secundarios. Cuando analizamos los datos de la ENS97 sobre este particular, encontramos, en el Cuadro 6, que el 51,7 por ciento de los encuestados ha tomado algún medicamento a lo largo de las dos semanas precedentes a la encuesta. Esta cifra revela un recurso masivo y permanente por parte de la población española a los medicamentos, mucho mayor en las mujeres (59%) que en los hombres (44%), creciente con la edad aunque muy significativo entre los adultos de entre 16 y 25 años (37%) y, relativamente independiente del nivel de renta.

El recurso a los medicamentos tiene que ver mayoritariamente con episodios de gripe y/o procesos febriles. En cada caso, el patrón por género es distinto, pero en ambos casos el recurso a los medicamentos asociados disminuye generalmente con la edad y aumenta con el nivel de renta. El recurso a los antibióticos es menos frecuente entre la población adulta (7%), pero los tranquilizantes se usan significativamente (12,4%), así como los medicamentos contra la tensión arterial (18,7%). Estos dos últimos tipos de fármacos se usan más intensivamente por las mujeres, a medida que aumenta la edad y cuanto menor es el nivel de renta. Como muestran las diferentes columnas del Cuadro 6, un número significativo de personas recurren simultáneamente a más de uno de los tipos de medicamentos considerados.

Cuadro 6						
¿Durante las dos últimas semanas, ha tomado medicamentos?						
	Sí	¿De qué tipo?				
		Gripe/ Bronquios	Dolor/ Fiebre	Antibió- ticos	Tranquili- zantes	Tensión arterial
Total	51,65	22,56	30,24	7,06	12,44	18,59
Hombres	43,96	27,18	24,74	6,79	9,45	16,54
Mujeres	58,93	19,30	34,12	7,25	14,55	20,03
Entre 16 y 25 años	37,34	37,97	36,38	9,94	3,78	0,60
Entre 26 y 35 años	39,29	27,56	37,16	9,60	6,89	1,25
Entre 36 y 45 años	41,81	23,52	39,90	7,13	11,64	4,99
Entre 46 y 55 años	52,83	18,75	31,47	6,47	16,29	18,30
Entre 56 y 65 años	68,05	15,06	24,52	4,49	16,03	30,13
Más de 65 años	80,00	17,34	20,85	6,03	16,71	38,69
Menos de 100.000 ptas./mes	61,88	19,78	26,96	7,26	17,60	27,59
Entre 100.000 y 200.000	48,03	24,21	31,62	6,41	10,75	15,18
Entre 200.000 y 300.000	48,92	24,19	33,87	10,89	10,08	8,87

Por edades, con la excepción del grupo de entre 16 y 35 años, la hospitalización es creciente con la edad, así como la estancia media. El patrón por nivel de renta no parece muy nítido excepto en lo que se refiere a las hospitalizaciones por diagnóstico y tratamiento cuya incidencia disminuye con el nivel de renta.

El recurso a los hospitales por parte de la población incluye a los hospitales públicos y a los privados. En el Cuadro 9 puede apreciarse detalle sobre esta cuestión referido a la utilización de los servicios de urgencias. El 18,6% de los encuestados habían utilizado dichos servicios en el año precedente. De ellos, el 25% dos o más veces y casi el 8% en una entidad privada. El recurso a los servicios públicos de urgencias es pues muy importante entre la población española que, como es bien sabido, lo utiliza en parte para iniciar un proceso propiamente dicho de hospitalización. No existen diferencias significativas por género en este caso, aunque los hombres utilizan en mayor medida los servicios privados, seguramente ligado ello a la actividad profesional. Por edades, la utilización de los servicios de urgencia presenta un patrón en forma de “U” correspondiendo la menor incidencia a las personas de entre 36 y 55 años. Sin embargo, el recurso a los servicios privados es mayor entre los más jóvenes y disminuye con la edad. Tampoco la utilización global de los servicios de urgencias presenta un perfil diversificado para las diferentes categorías de renta, aunque los servicios privados se utilizan creciente a medida que aumenta la renta familiar.

Cuadro 9					
¿Durante el último año, ha utilizado el servicio de urgencias?					
	Sí	¿Cuántas veces?		En la última ocasión: ingresó en...	
		≤ 1	≤ 3	la Seguridad Social	una entidad privada
Total	18,63	75,44	94,56	91,15	7,91
Hombres	18,69	77,88	96,04	89,34	9,09
Mujeres	18,58	73,12	93,15	92,87	6,80
Entre 16 y 25 años	23,08	75,41	94,43	89,97	9,39
Entre 26 y 35 años	18,56	77,73	93,18	88,11	11,01
Entre 36 y 45 años	14,94	73,94	97,18	89,93	8,06
Entre 46 y 55 años	15,63	73,98	93,50	90,77	9,23
Entre 56 y 65 años	18,59	74,39	94,51	94,12	4,71
Más de 65 años	19,04	75,81	95,16	95,26	3,68
Menos de 100.000 ptas./mes	22,04	71,96	92,06	97,70	1,79
Entre 100.000 y 200.000	17,93	77,53	95,71	90,29	8,25
Entre 200.000 y 300.000	20,98	82,08	97,17	82,08	17,92
Más de 300.000	18,24	73,77	86,89	72,58	27,42
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1997)					

En su conjunto, la población española, también en este aspecto del panorama sanitario, recurre significativamente a los diferentes servicios sanitarios (consultas, hospitalización y urgencias), fundamentalmente del sistema público de salud. Por los patrones observados puede decirse que el progresivo envejecimiento de la población llevará a un uso más intenso especialmente de las consultas y la hospitalización, que puede verse contrarrestado por el aumento del nivel de renta y la introducción de políticas preventivas.

6. Estilos de vida relacionados con la salud

Precisamente, determinados estilos de vida y comportamientos tienen mucho que ver con la prevención de ocurrencias de mala salud, accidentes, etc. Para analizar en qué medida, en la actualidad, algunas de estas conductas se prodigan entre la población explotamos en esta última sección las contestaciones a determinadas preguntas de la ENS97 relacionadas con ellas. Fumar o tomar, en exceso, bebidas alcohólicas tiene un claro impacto negativo sobre la salud de los individuos mientras que hacer ejercicio tiene un efecto preventivo indiscutible. Aunque, en esta materia, lo importante es si estos hábitos aumentan o disminuyen, una simple instantánea bastará a los efectos de este trabajo.

En el Cuadro 10 se analiza el hábito de fumar entre la población. Según la ENS97, elevando el porcentaje de respuestas a total nacional, casi once millones de españoles mayores de 15 años fuman diariamente sin que se aprecie progreso en el abandono del hábito. Si bien muchas menos mujeres que hombres fuman diariamente, las primeras progresan en este hábito mientras los hombres retroceden.

Cuadro 10 ¿Fuma?						
	Sí, diariamente	Respecto a hace dos años		Sí, aunque no diariamente	No, pero ha fumado	Nunca ha fumado
		Más	Menos			
Total	33,14	26,03	26,08	2,58	15,00	49,18
Hombres	42,16	22,75	28,23	2,69	22,55	32,47
Mujeres	24,66	31,29	22,65	2,47	7,89	64,89
Entre 16 y 25 años	36,64	39,06	23,93	4,22	5,63	53,44
Entre 26 y 35 años	51,51	25,76	26,09	3,67	13,12	31,54
Entre 36 y 45 años	45,70	24,45	21,81	2,47	16,52	35,21
Entre 46 y 55 años	29,89	20,63	23,02	1,76	16,65	51,70
Entre 56 y 65 años	19,35	10,80	38,64	1,41	19,46	59,68
Más de 65 años	8,70	9,30	44,19	0,90	22,90	67,30
Menos de 100.000 ptas./mes	28,27	27,74	27,15	1,84	15,41	54,48
Entre 100.000 y 200.000	34,97	25,06	25,94	3,02	15,67	46,29
Entre 200.000 y 300.000	39,76	26,40	28,43	3,35	15,94	40,94

Sin información sobre la evolución de los patrones observados en la ENS97 es difícil pronunciarse sobre el futuro inmediato de estos hábitos entre la población aunque la ingesta observada entre los jóvenes parece evolucionar rápidamente con la edad a la vez que los jóvenes de generaciones posteriores presentan mayores ingestas. En cualquier caso es notable el hecho de que la distribución de quienes no han probado nunca bebidas alcohólicas de cualquier tipo, salvo en el caso de las de graduación media (vino/cava), es creciente con la edad. Ello anuncia igualmente el progreso de este hábito entre la población por el mero relevo generacional.

Frente a los hábitos contrarios a la salud, como el tabaco y el alcohol, tan presentes entre la población adulta, se encuentran los hábitos saludables como la realización de ejercicio. En el Cuadro 12 se observa que el 45,6 por ciento de los encuestados nunca hace ejercicio mientras que sólo el 6,9 por ciento lo hace, regularmente, varias veces a la semana. En esta materia son más activos los hombres que las mujeres, los jóvenes que los mayores y quienes tienen mayor capacidad económica, aunque los porcentajes tampoco son espectaculares. Claramente, la población parece dar la espalda a los hábitos saludables a la vez que se empeña más en los que tienen incidencia negativa sobre la salud.

Cuadro 12				
¿Hace ejercicio en su tiempo libre?				
	Ocasionalmente	Regularmente, varias veces al mes	Regularmente, varias veces a la semana	Nunca
Total	38,56	8,72	6,90	45,62
Hombres	39,75	11,84	9,08	39,07
Mujeres	37,45	5,79	4,84	51,77
Entre 16 y 25 años	32,59	17,48	16,52	33,33
Entre 26 y 35 años	38,13	10,39	8,18	43,04
Entre 36 y 45 años	38,67	8,61	5,44	47,08
Entre 46 y 55 años	38,15	5,28	4,11	52,46
Entre 56 y 65 años	45,95	4,32	1,73	47,89
Más de 65 años	40,56	1,99	0,99	55,86
Menos de 100.000 ptas./mes	38,10	3,11	2,95	55,67
Entre 100.000 y 200.000	38,32	9,68	6,65	45,27
Entre 200.000 y 300.000	38,98	12,40	13,39	35,04
Más de 300.000	45,29	12,94	16,18	25,59
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (1997)				

La política sanitaria también debería medir su éxito por su capacidad para influir en estos patrones de comportamiento relacionados con la salud y no solamente por su capacidad para atender masivamente a una población excesivamente dependiente del complejo médico-hospitalario-farmacéutico.

7. Conclusiones

La Encuesta Nacional de Salud para 1997 proporciona una amplia información para evaluar el estado de salud de la población española, su recurso a los servicios sanitarios, a los medicamentos y sus conductas relacionadas con la salud. Es claramente un instrumento valiosísimo para la política sanitaria a las diversas escalas en las que ésta se aplica hoy en nuestro país. Pero, por su reducido tamaño y las numerosas categorías en las que se divide la muestra total, presenta problemas de representatividad especialmente en la escala territorial. Por otra parte, algunas las categorías relativas al nivel de renta adolecen de falta de equivalencia con las que se dan actualmente entre la población española. Pero por encima de estos problemas, la encuesta ofrece una información de la que se desprenden numerosas constataciones y que se presta a análisis detallados.

En este trabajo hemos optado por una explotación preliminar, no exhaustiva, de la ENS97 seleccionando un grupo limitado de preguntas. Tampoco se ha llevado a cabo un análisis multivariante de los datos, salvo con alguna simple excepción, que revelara con nitidez correlaciones condicionadas entre los datos. A cambio, con un esfuerzo moderado, hemos podido establecer un conjunto coherente de resultados preliminares que invitan a una explotación en profundidad en un futuro próximo.

Los resultados detallados obtenidos se han explicado en las secciones precedentes mientras que un resumen de los mismos se ha ofrecido en la sección primera. Reservamos pues esta última sección para enfatizar las recomendaciones que se desprenden de los resultados anteriormente comentados.

La población española presenta incidencias de salud significativas que se traducen en una percepción subjetiva de su estado de salud en línea con las mismas. A tenor de ello, el recurso a los servicios sanitarios públicos es muy importante y aún más lo es el recurso a los medicamentos. En estas condiciones llaman la atención el abuso del tabaco y la significativa ingesta de bebidas alcohólicas, por un lado, y la escasa práctica de ejercicio por otro.

Los hombres encabezan el patrón anterior, más que las mujeres, aunque el estado de salud percibido entre las mujeres es peor. A mayor edad, como cabría esperar, mayor incidencia de salud, aunque se observan patrones problemáticos en algunos casos. A mayor nivel de renta, en general, menor incidencia de problemas de salud y mejores comportamientos relacionados con la misma. De cara al futuro, la mayor presencia de mujeres en la vida profesional, el tránsito de generaciones hacia el envejecimiento general de la población implica una combinación de factores de salud y comportamientos en

absoluto exenta de problemas, mientras que el aumento del nivel de renta operará favorablemente, si se exceptúa el consumo de tabaco.

Las autoridades sanitarias, en vista de estos resultados, deberían diseñar políticas de salud orientadas a los grupos sociales que más influirán en la dinámica de la composición futura de la población en general y de la población activa en particular: los jóvenes y las mujeres. Por otra parte, deberían empezar a favorecer con recursos y políticas reales el enfoque preventivo (sanitario y de comportamiento y estilos de vida saludables) antes que el recurso masivo y curativo de la población al complejo médico-hospitalario-farmacéutico. Dada la disponibilidad de recursos, que siempre será deficitaria cuando una población de cuarenta millones de personas presenta elevados índices de problemas sanitarios, el verdadero éxito de la política sanitaria radica en que la población dependa cada vez menos del recurso a médicos, hospitales y medicamentos y no al revés.

RELACION DE DOCUMENTOS DE FEDEA

COLECCION RESUMENES

98-01: “Negociación colectiva, rentabilidad bursátil y estructura de capital en España”, **Alejandro Inurrieta**.

TEXTOS EXPRESS

2000-02: “El tipo de cambio Euro/Dólar. Encuesta de FEDEA sobre la evolución del Euro”, **Simón Sosvilla-Rivero y José A. Herce**.

2000-01: “Recomendaciones para controlar el gasto sanitario. Otra perspectiva sobre los problemas de salud”, **José A. Herce**.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

2000-21: “Población y salud en España. Patrones por género, edad y nivel de renta”, **José Alberto Molina y José A. Herce**.

2000-20: “Integration and Growth in the EU. The Role of Trade”, **José A. Herce y M^a Luz García de la Vega**.

2000-19: “Foreign Direct Investment and Productivity Spillovers”, **Salvador Barrios**.

2000-18: “Female Employment and Occupational Changes in the 1990s: How is the EU Performing Relative to the US?”, **Juan J. Dolado, Florentino Felgueroso y Juan F. Jimeno**.

2000-17: “Do tobacco taxes reduce lung cancer mortality?”, **José Julián Escario y José Alberto Molina**.

2000-16: “Solution to Non-Linear MHDS arising from Optimal Growth Problems”, **J. R. Ruiz-Tamarit y M. Ventura-Marco**.

2000-15: “El sistema de pensiones contributivas en España: Cuestiones básicas y perspectivas en el medio plazo”, **Juan Francisco Jimeno**.

2000-14: “Assessing the Credibility of the Irish Pound in the European Monetary System”, **Francisco Ledesma-Rodríguez, Manuel Navarro-Ibáñez, Jorge Pérez-Rodríguez y Simón Sosvilla-Rivero**.

2000-13: “La utilidad de la econometría espacial en el ámbito de la ciencia regional”, **Esther Vayá Valcarce y Rosina Moreno Serrano**.

2000-12: “The role of the minimum wage in the welfare state: An appraisal”, **Juan J. Dolado, Florentino Felgueroso y Juan F. Jimeno**.

2000-11: “Modelling evolving long-run relationships: The linkages between stock markets in Asia”, **José L. Fernández-Serrano y Simón Sosvilla-Rivero**.

2000-10: “Integration and Inequality: Lesson from the Accessions of Portugal and Spain to the EU”, **Juan F. Jimeno, Olga Cantó, Ana Rute Cardoso, Mario Izquierdo y Carlos Farinha Rodrigues**.

2000-09: “Explaining Youth Labor Market Problems in Spain: Crowding-Out, Institutions, or Technology Shifts”, **Juan J. Dolado, Florentino Felgueroso y Juan F. Jimeno**.

2000-08: “Distributional aspects of the quality change bias in the CPI: Evidence from Spain”, **Javier Ruiz-Castillo, Eduardo Ley y Mario Izquierdo**.

2000-07: “Testing chaotic dynamics via Lyapunov exponents”, **Fernando Fernández-Rodríguez, Simón Sosvilla-Rivero y Julián Andrada-Félix**.

2000-06: “Convergencia: Un análisis conjunto de los sectores. Aplicación al caso de las regiones españolas”, **Pablo Álvarez de Toledo, Jaime Rojo, Álvaro Toribio y Carlos Usabiaga**.