

## **6. El estado de salud de la población española**



### 1 Introducción

Este informe se ha centrado en la discapacidad y quienes la padecen, pero la EDDDES99 se propone también como objeto de conocimiento el estado general de salud en España. Aunque se trata de dos temas muy diversos por su amplitud, condicionantes y conceptualización, la relación entre ambos es estrecha. Por una parte, la salud general determina la extensión y relevancia de los problemas que pueden derivar en discapacidades y, por otra, la presencia de discapacidades, propias y ajenas, el modo de vivirlas y la respuesta que se les dan, son signos y comportamientos sociales en los que las personas perciben y ven reflejado el estado de "salud colectiva".

El análisis del estado de salud de una población se enfrenta a un difícil problema de partida; el de hacer operativo el propio concepto de salud. Una definición abstracta como la de la OMS de 1947 ("La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia") sirve para extender un fondo sobre el que trabajar, pero deja pendiente la cuestión de qué indicadores utilizar y cómo deben interpretarse.

Como primera aproximación, lógicamente derivada de lo ya visto hasta ahora, se presenta en el siguiente apartado un breve repaso al posible peso de la discapacidad en el estado general de salud. No obstante, la EDDS, además de los cuestionarios específicos para personas y familias con presencia de limitaciones o discapacidades, incluye también un cuestionario dirigido al conjunto de la población que proporciona algunos indicadores básicos sobre la autovaloración del estado de salud, los hábitos de vida, la accidentalidad y las enfermedades crónicas. La explotación de algunos de tales datos ocupará el grueso de este capítulo<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Puede encontrarse abundante información sobre estos temas en la página del Instituto de Información Sanitaria en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es/>. De hecho, buena parte de los temas abordados por este cuestionario específico sobre salud son coincidentes con los de la Encuesta Nacional de Salud. Aparte de algunas diferencias relevantes en el diseño del cuestionario, la principal especificidad de la EDDDES estriba en la posibilidad de cruzar la información sobre salud con aquella otra relativa a las deficiencias y discapacidades.

### 2 La discapacidad en el estado general de salud

Una cosa es hacer objeto de estudio a las personas cuyo estado de salud no es el óptimo, y otra intentar caracterizar el de la población en su conjunto. Puede, claro está, establecerse la relación entre unos y otros, y la EDDS nos permite decir que quienes tienen algún tipo de discapacidad son el 9% del total de la población que vive en hogares familiares. Esa proporción, sin embargo, no es un buen modo de resumir el estado general de salud. Depende lógicamente del modo en que se haya definido la discapacidad pero, incluso en caso de mantenerse una misma definición para las distintas poblaciones y momentos cuya comparación se pretende, la "tasa de prevalencia" de la discapacidad seguiría siendo un mal indicador de la salud colectiva por al menos dos motivos:

– Una simple proporción de personas con discapacidad ignora la estructura por edades como factor determinante. En efecto, en dos poblaciones con un incidencia de la discapacidad exactamente idéntica en cada una de las edades, la proporción de afectados será siempre mayor en la población con más personas de edad avanzada. Es posible incluso que una población "joven" con una elevada incidencia de la discapacidad por edades tenga una proporción de personas con discapacidad inferior a la que presenta una población envejecida aunque con mejor salud colectiva. La comparación de las proporciones entre ambas poblaciones sugiere, así, una interpretación errónea de los datos.

– Con dicho indicador se pierden de vista también los efectos de la mayor o menor supervivencia. Si se comparase España con un país hipotético tan atrasado que las personas con discapacidades fallecieran en poco tiempo, su proporción de discapacitados sería muy inferior a la de nuestro país. Se trataría de un resultado totalmente falaz, puesto que dicha proporción sería mayor en nuestro país precisamente porque nuestro nivel de salud es mucho mejor.

## 6. El estado de salud de la población española

### 2.1 Las esperanzas de vida en salud

En el análisis demográfico existe una manera de mantener al margen los efectos de la estructura por edades, utilizando indicadores "sintéticos" tan conocidos como la esperanza de vida o la fecundidad. Lo que hacen tales indicadores es construir una generación ficticia que, a lo largo de las sucesivas edades de su vida, experimentaría el fenómeno estudiado con la misma intensidad con que lo hacen las distintas edades presentes en el momento para el que disponemos de información. Este método de la "falsa generación" permite ignorar la estructura por edades de la población estudiada, y tomar únicamente en consideración la incidencia del fenómeno que interesa.

El uso más conocido es la "esperanza de vida". Con la simple "tasa bruta de mortalidad", Suecia podría mostrar valores peores que Ruanda pese a que en todas las edades su mortalidad es más baja. El motivo es que la población mayor o muy mayor es sumamente escasa en Ruanda, y sus jóvenes tienen, claro está, una mortalidad más baja que los ancianos suecos. En cambio, una generación que viviese a lo largo de toda su vida padeciendo en cada edad las condiciones actuales de mortalidad de Ruanda arrojaría un número medio de años de vida (ese promedio es precisamente la esperanza de vida) muy inferior a la correspondiente hipotética generación en Suecia.

Durante la mayor parte del siglo XX las mejoras en la esperanza de vida han servido como indicador de la evolución en la salud de las poblaciones e, incluso, como medio de comparar entre sí la situación de poblaciones contemporáneas. España, que empezó el siglo con la esperanza de vida más baja de Europa (menos de 35 años), lo ha acabado como uno de los países más aventajados del mundo, de lo que cabe deducir una mejora realmente espectacular en el estado de salud colectiva.

Sin embargo, una vez los aumentos conseguidos en este indicador dejaron de alimentarse con el descenso de la mortalidad en edades infantiles y empezaron a deberse a mejoras en la supervivencia de las edades

más avanzadas, la utilidad del indicador para seguir reflejando las mejoras de la salud colectiva fue puesta en entredicho. Este cambio de óptica empezó a producirse en los países más avanzados en las últimas décadas del siglo XX, ante la sospecha de que las ulteriores mejoras de la esperanza de vida pudiesen conseguirse a costa de aumentar los años de padecimiento y discapacidad asociados al envejecimiento.

La reorientación que bajo el lema "vida a los años" encabezó la OMS y se adoptó en las políticas de salud nacionales, hacía necesario un indicador complementario a la mera "esperanza de vida", que diese cuenta también de la evolución de la "calidad" de los años de vida ganados.

Dicho indicador es la "esperanza de vida en salud", una combinación de las tradicionales esperanzas de vida y los datos disponibles sobre la situación de salud en cada una de las edades. El resultado sigue siendo el número medio de años que viviría una generación ficticia, con las condiciones por edad del momento analizado, pero esta vez los años de vida pueden separarse entre los que se vivirían en buena salud y los que no.

Existen distintas versiones, en función del indicador de salud utilizado, pero uno de los más corrientes es el padecimiento o no de discapacidad, de manera que la EDDES99 resulta una fuente adecuada para el cálculo de la "Esperanza de vida libre de discapacidad" (EVLD). En realidad el propio INE ha realizado y publicado ya los cálculos correspondientes, tanto de este indicador como de diversas variantes del mismo<sup>1</sup>, como la esperanza de vida en ausencia de discapacidades concretas, o con buena salud percibida, o sin enfermedades crónicas. Todos ellos son indicadores que el cuestionario de la EDDES hace posibles y el INE los resume en el siguiente cuadro:

<sup>1</sup> Tanto los resultados como la metodología utilizada se describen detalladamente en INE (2002), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y Estado de Salud 1999. Resultados nacionales detallados*, Madrid, INE, IMSERSO y Fundación ONCE. El INE los ofrece también en formato pdf en <http://www.ine.es/inebase/index.html>, bajo el epígrafe "Sociedad", en el apartado de "Salud", donde existe un link específico para la EDDES99.

## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 1. Esperanzas de salud y esperanza de vida por edad y sexo**

Edad	EV	EVLEC	EVBS	EVLD	EVLD1	EVLD2	EVLD3	EVLD4	EVLD5	EVLD6	EVLD7	EVLD8	EVLD9
<b>Hombres</b>													
0	75,29	40,85	59,52	68,52	71,07	71,17	72,68	71,21	73,78	73,00	73,33	73,22	73,32
15	60,89	29,11	45,56	54,35	56,75	56,93	58,30	56,88	59,41	58,63	58,97	58,85	58,93
45	32,70	10,17	19,61	26,90	29,04	29,18	30,28	29,15	31,35	30,74	30,89	30,76	30,89
65	16,17	3,31	7,78	11,39	13,09	13,03	13,94	13,22	14,86	14,34	14,52	14,38	14,83
75	9,66	1,76	4,24	5,60	6,95	6,82	7,57	7,11	8,35	7,87	8,16	8,05	8,59
80	7,11	1,26	3,18	3,56	4,68	4,49	5,14	4,75	5,81	5,34	5,78	5,69	6,18
<b>Mujeres</b>													
0	82,31	37,89	58,17	72,12	75,44	75,06	77,07	75,14	7,65	76,65	79,18	79,48	78,27
15	67,85	25,62	43,94	57,87	61,05	61,74	62,61	60,73	65,21	62,21	64,76	65,05	63,81
45	38,62	8,14	18,25	29,25	32,18	31,86	33,53	31,87	36,06	33,23	35,65	35,93	34,73
65	20,25	2,77	7,52	12,39	14,66	14,29	15,56	14,39	17,80	15,43	17,55	17,83	17,15
75	12,13	1,56	1,56	5,95	7,54	7,18	8,11	7,36	9,77	7,96	9,90	10,05	9,94
80	8,73	1,16	1,16	3,68	4,81	4,51	5,24	4,69	6,42	5,05	6,86	6,94	7,12

Fuente: Tabla proporcionada por [INE, 2002], pg 61

EVLEC. Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica;

EVBS. Esperanza de Vida en Buena Salud Percibida

EVLD. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad

EVLD1. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad Severa

EVLD2. Esperanza de Vida Libre de Discapacidades que necesitan Ayudas

EVLD3. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para las Actividades de la Vida Diaria;

EVLD4. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad de Movilidad

EVLD5. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad de Autocuidado

EVLD6. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para realizar las Tareas Domésticas

EVLD7. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para Ver

EVLD8. Esperanza de Vida Libre de Discapacidad para Oír

EVLD9. Esperanza de Vida Libre de deficiencias osteoarticulares

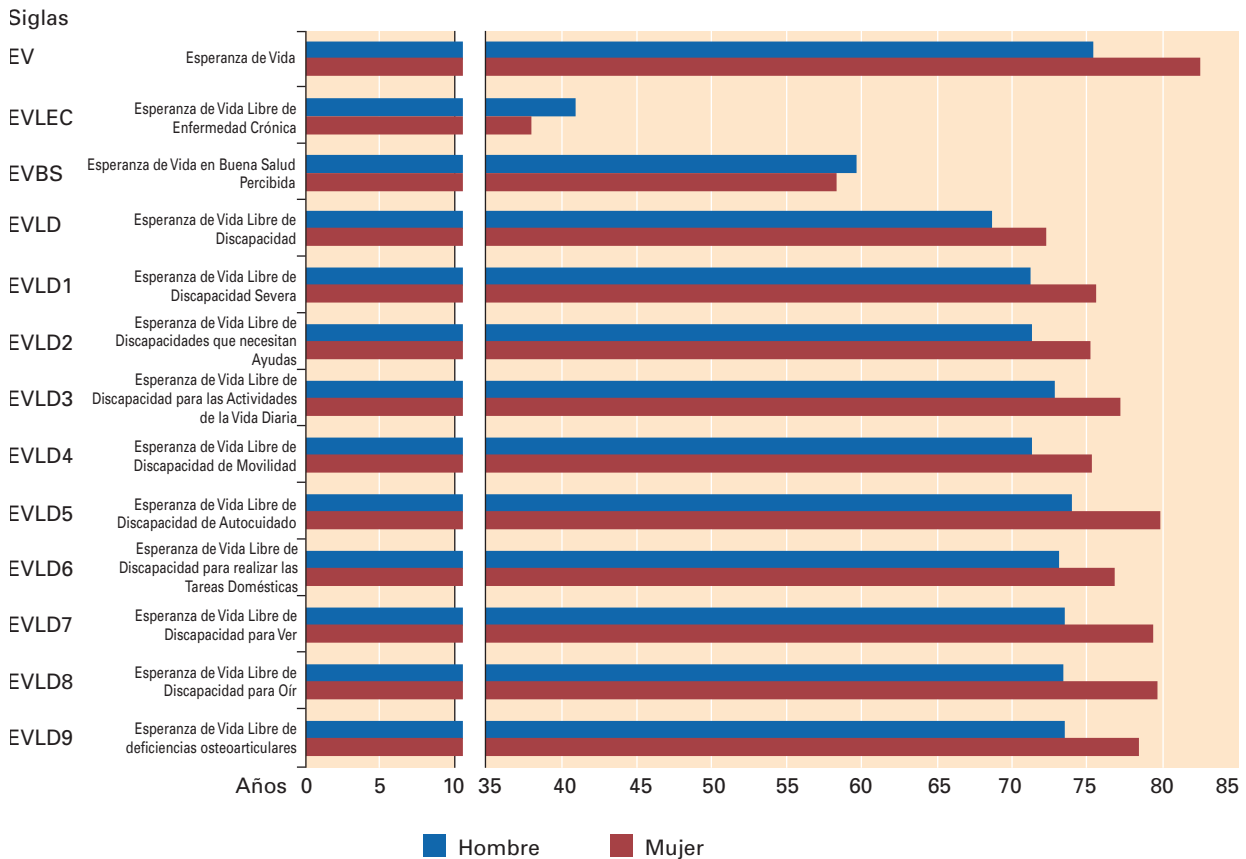
Con la mortalidad por edades de España al empezar 1999 una generación ficticia viviría un promedio de 75,3 años, en el caso de los varones, y 82,3 en el de las mujeres. Pueden parecer valores excelentes respecto a los de un pasado no muy lejano y, de hecho, resultan de los mejores en el panorama demográfico mundial. Pero la verdad es que la interpretación que suele hacerse de ellos es mucho menos triunfalista de lo que el indicador permite en realidad. Pese a su denominación, lo que así se calcula no significa la "esperanza" real de vida, sino la que se tendría en caso de que la mortalidad por edades no cambiase y quedase "congelada" durante prácticamente un siglo. Sólo en tal caso los nacidos en 1999 vivirían "únicamente" ese número medio de años. Pero lo cierto es que, en ausencia de grandes cataclismos, es de esperar que a lo largo de to-

dos esos años se produzcan mejoras sustanciales en la supervivencia de las diferentes edades que la generación 1999 va atravesando. Por tanto, el número medio de años que sus integrantes pueden esperar vivir resulta considerablemente superior al que indica la esperanza de vida existente en el año en que nacieron.

Es precisamente a causa de expectativas tan sorprendentes por lo que resulta urgente comprobar en qué condiciones de salud se vive esa gran cantidad de años recientemente conquistados a la muerte por la población española. De nuevo aplicando a la generación ficticia de 1999 la prevalencia por edades de la discapacidad en ese mismo año, los datos nos dicen que los hombres vivirían el 91% de la vida sin discapacidad y las mujeres el 88%. Si se hace el

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 1. Esperanza de vida al nacimiento y esperanza de salud**



Fuente: El gráfico ha sido tomado literalmente de [INE, 2002], pg 16

supuesto de que todos los años de discapacidad se acumulan al final de la vida<sup>1</sup>, en la etapa previa a la muerte, ello implicaría que no padecerían ninguna discapacidad hasta los 68,52 años si son hombres, y hasta los 72,12 años si son mujeres (véase el cuadro anterior). Pero, incluso siguiendo el mismo supuesto de separación dicotómica entre años iniciales libres de discapacidad y años finales afectados por ella, los que cumplieren 80 años todavía podrían esperar vivir el

50% (los hombres) y el 42% (las mujeres) de sus vidas restantes en ausencia de discapacidad alguna.

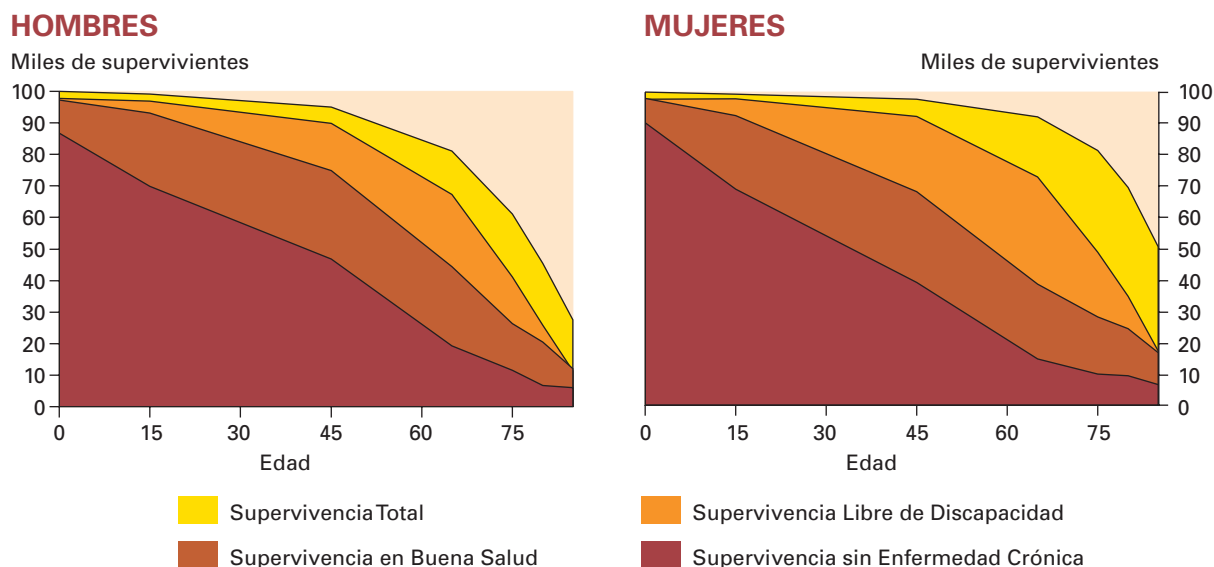
Ese mismo supuesto (el del progresivo tránsito de una situación a otra) es el que arroja las siguientes figuras, que modelizan el curso de vida de la generación hipotética con comportamientos por edades como los de la población de 1999.

El supuesto, en realidad, es una mera herramienta analítica, porque la pérdida de la salud, en cualquiera de sus variantes, no tiene por qué ser irreversible. Aún más, las anteriores curvas teóricas omiten deliberadamente la cuestión de cual es la situación de salud con que han debido vérselas en el pasado quienes hoy ocupan las distintas edades. En otras palabras, atribuir en el futuro a los jóvenes actuales la misma situación de salud que

<sup>1</sup> Aunque se trata de un supuesto claramente instrumental, suele ser interpretado literalmente, de lo cual se deriva erróneamente una visión de la discapacidad que la supone irreversible y que fomenta el fatalismo con el que es vista la vejez. Lo cierto es que no hay nada, en principio, que impida cualquier otra distribución de los años de discapacidad a lo largo del ciclo vital o, lo que es lo mismo, que buena parte de las discapacidades sean sólo temporales.

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 2. Mortalidad observada y curvas teóricas de supervivientes a la discapacidad, mala salud y enfermedades crónicas. Líneas de supervivientes**



Fuente: El gráfico ha sido tomado literalmente de [INE, 2002], pg 16

hoy tienen las generaciones de mayor edad sólo puede justificarse por la utilidad de emplear hipótesis fijas en la construcción de indicadores que resuman la situación presente.

Lo interesante de las diferentes versiones de la esperanza de vida en salud, no es tanto el nivel, que dependerá de cómo la definamos, sino su evolución, que nos dice si realmente las cosas van bien y estamos mejorando. Desgraciadamente, los distintos tipos de EVS derivados de la EDDDES99 no nos dicen si hemos mejorado respecto a 1987, porque no miden la misma cosa. El motivo, como ya se expuso en el primer capítulo, es que la definición de discapacidad está en debate y reformulación constante, empezando por la propia OMS, y su actualización la hace diferente en ambas encuestas. De la misma manera, la estricta comparación de indicadores internacionales resulta problemática, porque es sumamente extraño que diferentes países utilicen los mismos criterios para definir la salud<sup>1</sup>.

Pese a todo, y para cerrar este apartado de una manera algo más conclusiva, existen algunos indicios de hacia dónde evoluciona la relación entre la mejora de la supervivencia, medida en años de esperanza de vida, y la es-

peranza de vida en salud. Un estudio reciente en el que se procesaban datos relativos a dicha relación para una gran cantidad de países, arroja resultados inesperados (gráfico 3).

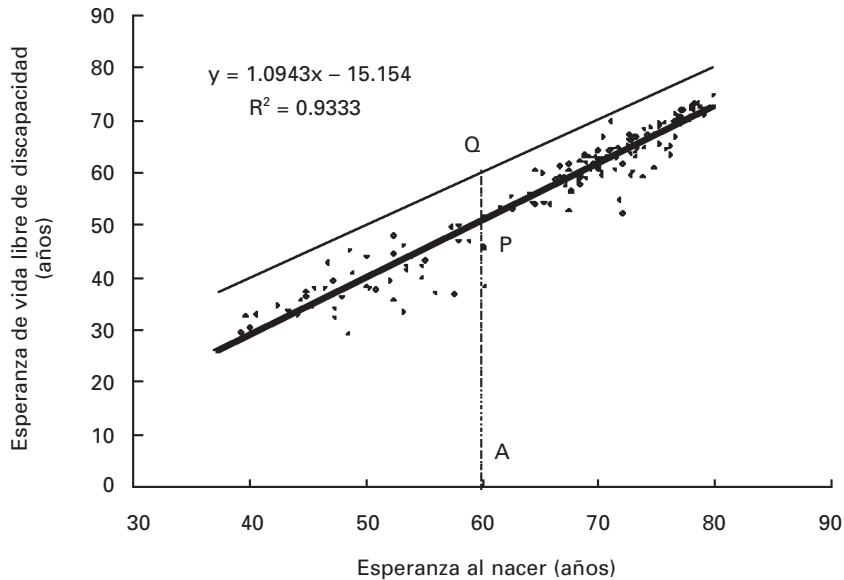
En efecto, contra lo que se había temido en los años ochenta y noventa, no parece confirmarse que las esperanzas de vida más altas vayan acompañadas de un mayor número de años vividos en mala salud. De hecho, lo que sugiere la relación entre ambos indicadores es el fenómeno exactamente opuesto: son las poblaciones con una menor supervivencia las que tienen una mayor número de años de vida afectados por alguna discapacidad, incluso en términos absolutos.

La expresión matemática de esta relación nos permite incluso calcular la EVLD que te-

<sup>1</sup> Lo cual no quiere decir que no existan ya indicadores internacionales con cierta profusión y homogeneidad, sino que su análisis e interpretación debe hacerse con bastantes precauciones. Véanse al respecto la página web de la *Réseau sur l'espérance de vie en santé* (<http://euroeves.ined.fr/revs/>) o los informes de la OMS sobre el estado de salud en el mundo (<http://www.who.int/whr/>). Puede encontrarse además una síntesis de la situación internacional en Mathers, C. D.; Sadana, R.; Salomon, J. A.; Murray, C. J. L., et al. (2001), "Healthy life expectancy in 191 countries, 1999", publicado en *Lancet*, (357): 1685-1691.

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 3. Relación entre la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de discapacidad en diferentes países**



Fuente: [J.L. Murray y A.D. Lopez, 1996]

Nota: En el eje vertical se sitúan las EVLD. La línea gruesa representa la ecuación que mejor se ajusta al conjunto de puntos así representados, mientras que la línea delgada representaría una absoluta ausencia de discapacidad, de modo que el lapso vertical entre ambas es el número de años afectados por alguna discapacidad.

óricamente correspondería a España en función de su esperanza de vida, y comparar los resultados con los que arrojaba la EDDDES99. A los 75,3 años de esperanza de vida masculina les corresponderían (con la función de Murray & López) 67,2 años de vida libre de discapacidad, algo menos que los 68,5 que arroja la encuesta. A las mujeres, con 82,3 años de esperanza de vida, les corresponderían 74,9 años libres de discapacidad. En este caso se trata de una cantidad algo superior a la calculada con la encuesta (73,0 años). Se trata de similitudes suficientes que avalan la buena situación de España, confirman la relación teórica derivada de los datos internacionales y aminoran los temores que pudiesen suscitar las mejoras futuras de la supervivencia.

a las distintas versiones de la EVS en la función de evaluar las repercusiones de la discapacidad en el estado general de salud. Ideado por Murray y López<sup>1</sup>, requiere simplemente asignar a cada discapacidad un valor de "impacto" en la salud, específico para cada tipo de discapacidad y cada grado de severidad, cosa que permite hacer las combinaciones necesarias para obtener un único valor de "carga" para cada persona que tenga en cuenta sus condiciones individuales. Tales valores personales pueden, a su vez, combinarse para obtener valoraciones del impacto en distintas clases de personas e, incluso, en el conjunto de la población. Por tanto, la diferencia respecto a otros indicadores clásicos como el de Sullivan (el empleado para calcular la EVLD) y sus variantes presentadas más arriba, es que supera la consideración dicotómica discapacidad/no discapacidad (en la que pesan por igual las discapacidades aisladas que

UN COMPLEMENTO A LA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD: LA "CARGA TOTAL DE LA DISCAPACIDAD"

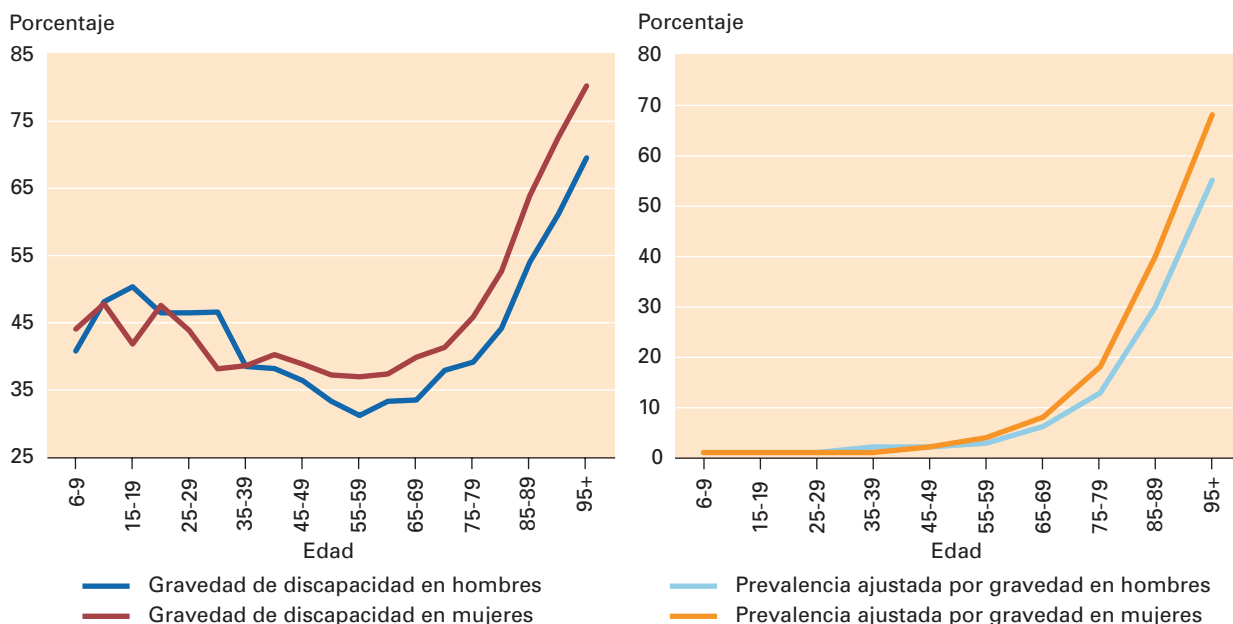
La "carga" de la discapacidad es un sencillo indicador, que se pretende complementario

<sup>1</sup> Murray, J. L. y Lopez, A. D. (1996), *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press.



## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 4. Gravedad media de la discapacidad y prevalencia ajustada en consecuencia, según edad y sexo**



Fuente: Elaboración propia aplicando la metodología de [F. Viciano, et al., 2003]

las acumuladas y en el que no se distinguen las mayores o menores consecuencias de cada una de ellas).

Pese a su sencillez y potencialidades, y dado el carácter reciente de la propuesta, todavía no se ha impuesto una convención universalmente aceptada acerca de los pesos que cabe atribuir a cada tipo de discapacidad. No obstante, existen ya propuestas y ensayos diversos, uno de ellos en nuestro país y precisamente a partir de los datos de la ED-DES99. Se trata de un trabajo de Viciano et al.<sup>1</sup>, basado en la aplicación previa de [C.J.L. Murray, J.A. Salomon y C.D. Mathers, 2002], pero con una propuesta tentativa propia acerca de la asignación de valores a las distintas discapacidades. Sus cálculos se refieren exclusivamente a Andalucía, pero el interés de del método recomendaba reproducir aquí los cálculos para el conjunto de España, que han arrojado los siguientes resultados:

<sup>1</sup> Tanto el análisis de los resultados como la tabla completa con los valores asignados a cada discapacidad se encuentran en Viciano, F.; Hernández, J. A.; Canto, V. D. y Ávila, A. I. (2003), *Longevidad y calidad de vida en Andalucía*, Sevilla, Instituto de Estadística de Andalucía.

En una escala entre el 0 (la total ausencia de discapacidad) y una carga límite de 1, o del 100%, que nadie alcanza y que podría identificarse con la muerte), el conjunto de las personas que padecen alguna discapacidad en España soporta una carga de 0,43 como promedio (con una clara diversidad, claro está, que produce una dispersión de 0,3 en torno a la media), y el promedio de toda la población, en su conjunto, es 0,04. Se trata de datos muy generales, pero que pueden reproducirse para muy diversas desagregaciones, entre las cuales resultan especialmente reveladoras la de sexo y edad.

Parece claro que, desde el punto de vista colectivo (gráfico a la derecha), el impacto de la discapacidad en la salud se encuentra inversamente relacionada con la edad, y que la carga media de la discapacidad femenina es superior a la de los hombres, precisamente a partir del final de las edades maduras y de las primeras de la vejez. No hay novedad en ello, aunque convendrá prestar atención a la evolución futura de tales niveles, porque en ellos concurre un factor constante que podríamos considerar "biológico", pero también un factor "generacional" de gran relevancia,

## 6. El estado de salud de la población española

acorde con la rapidez con que han cambiado las condiciones del ciclo de vida de las generaciones actualmente presentes en la población española. No debe suponerse sin más que los que nacen hoy reproducirán las pautas de salud de los actuales mayores.

Si lo observado es únicamente la carga de la discapacidad sobre las personas que padecen alguna (gráfico 4, izquierda) el método de Viciano revela de forma diáfana que las mayores cargas se dan en la vejez más avanzada y que las distancias entre hombres y mujeres son aún superiores a lo que sugería el comentario anterior. Pero se hacen visibles elementos nuevos a considerar. La gravedad de las cargas no es regularmente creciente con la edad. Por el contrario las cargas más bajas se dan en las edades maduras, entre los 55 y los 59 años. Claro está que afectan a más personas que en las edades anteriores, pero en éstas la carga media de las discapacidades es sensiblemente superior, dándose la notable situación de que para volver a encontrar la soportada por aquellos que aún no tienen 30 años de edad hay que trasladar la mirada en las siguientes edades hasta quienes tienen más de 80 años. Por otra parte, entre los menores de 40 años no rige la peor situación femenina sino que los varones son quienes tienen cargas más altas.

En resumidas cuentas, la infancia, la juventud y la vida adulta son periodos de la vida mucho más saludables que las edades posteriores, pero quienes padecen discapacidades soportan impactos considerables en su vida cotidiana. Esto es resultado del alto componente de los problemas congénitos o de los accidentes en el origen de las discapacidades, pero también del progresivo éxito en paliar y suprimir los efectos de otros problemas de salud, hasta que sólo los más graves siguen teniendo efectos discapacitantes.

### 3 La salud percibida

El propio concepto de salud incluye un alto componente valorativo, ligado al bienestar

psicológico y a la autosatisfacción de las personas. Ese componente es el que la EDDDES pretende recoger al incluir una pregunta acerca del juicio personal que le merece a los entrevistados su propio estado de salud.

Esta "autopercepción" puede parecer poco objetiva, pero para el análisis sociológico y epidemiológico resulta un factor explicativo sumamente importante de conductas tan diversas como el consumo de medicamentos o el recurso a los servicios sanitarios. Por ello, este tipo de pregunta tiene continuidad en las encuestas de salud de ámbito nacional, autonómico y local desde el año 1985. No obstante, y pese a su sencillez, la información que arroja debe tomarse con grandes prevenciones, al margen de la fiabilidad de la respuesta; las propias fuentes suelen ser muy heterogéneas, desde el propio muestreo hasta el redactado de la pregunta (incluso su ubicación en el conjunto del cuestionario produce variaciones importantes en las respuestas).

Tampoco se trata, claro está, de una medición suficiente. Debe ir acompañada del análisis complementario de otros indicadores sobre la morbilidad, especialmente en lo que se refiere a enfermedades crónicas, así como sobre el padecimiento de síntomas o molestias y sobre la repercusión de las deficiencias de salud en la actividad cotidiana.

Con todas estas prevenciones, sabemos que las cuatro ediciones de la Encuesta Nacional de Salud realizadas desde 1987 presentan una gran estabilidad en lo que se refiere a la salud percibida. Entre el 67% y el 68% de la población española de 16 ó más años declaró tener una salud "Muy buena" o "Buena" (1987, 1993, 1995, 1997). Pues bien, la EDDDES arroja resultados aún más elevados.

**Quienes se consideran en buena o muy buena salud son el 73,1% de los mayores de 14 años** (y el 76,7% del total de edades). Al margen de que los datos puedan considerarse estrictamente comparables con los de las anteriores encuestas de salud, es muy probable que realmente estemos ante una mejora general. De hecho, el simple mante-

## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 2. Salud percibida. Distribución en cada edad**

Edad	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	Total
0-14	46,7	50,3	2,8	0,1	0,0	100
15-29	29,1	63,2	6,9	0,7	0,1	100
30-44	16,8	68,3	13,0	1,6	0,2	100
45-64	8,4	54,9	29,6	6,1	1,0	100
65-79	4,0	39,5	43,6	11,3	1,6	100
>79	4,3	33,4	39,6	18,2	4,6	100
Total	20,2	56,5	18,6	4,0	0,7	100
>14 años	15,5	57,6	21,4	4,7	0,8	100

nimiento de la estabilidad anterior ya debería interpretarse como una mejora: puesto que la percepción de la propia salud es tanto peor cuanto más avanzada es la edad, el rápido envejecimiento demográfico experimentado por la población española en los últimos años debería haber empeorado este indicador en su conjunto, cosa que no ha sucedido.

Se confirma igualmente la bien conocida **desventaja femenina**, aunque la proporción de quienes declaran encontrarse en buena o muy buena salud (un 78% de los hombres y el 69% de las mujeres) es superior en ambos sexos a la de cualquier fuente estadística anterior<sup>1</sup>.

Sin duda, el principal determinante de la percepción de la propia salud es la edad, y existen motivos objetivos para ello, como confirman más adelante los datos sobre las dolencias crónicas. Pese a ello, en las edades avanzadas o muy avanzadas la proporción de quienes consideran que su salud es mala o muy mala parece estabilizarse. Este “no empeoramiento” del indicador puede tener que ver con un reajuste de las propias expectativas de los más mayores, pero puede

ser también un efecto espurio de la salida de observación de quienes padecen las peores situaciones, tanto por defunción como por su cambio de domicilio a una residencia colectiva (este tipo de residencias quedan fuera del universo muestral de la EDDES99).

La relación de edad y género también presenta diferencias. Hasta los 10-15 años la igualdad es grande, pero en los 16-19 de las mujeres se produce una discontinuidad importante y las que declaran encontrarse muy bien pasan a ser sensiblemente menos que los hombres. Las diferencias, además, ya no harán más que acentuarse hasta ser máximas en las edades más avanzadas.

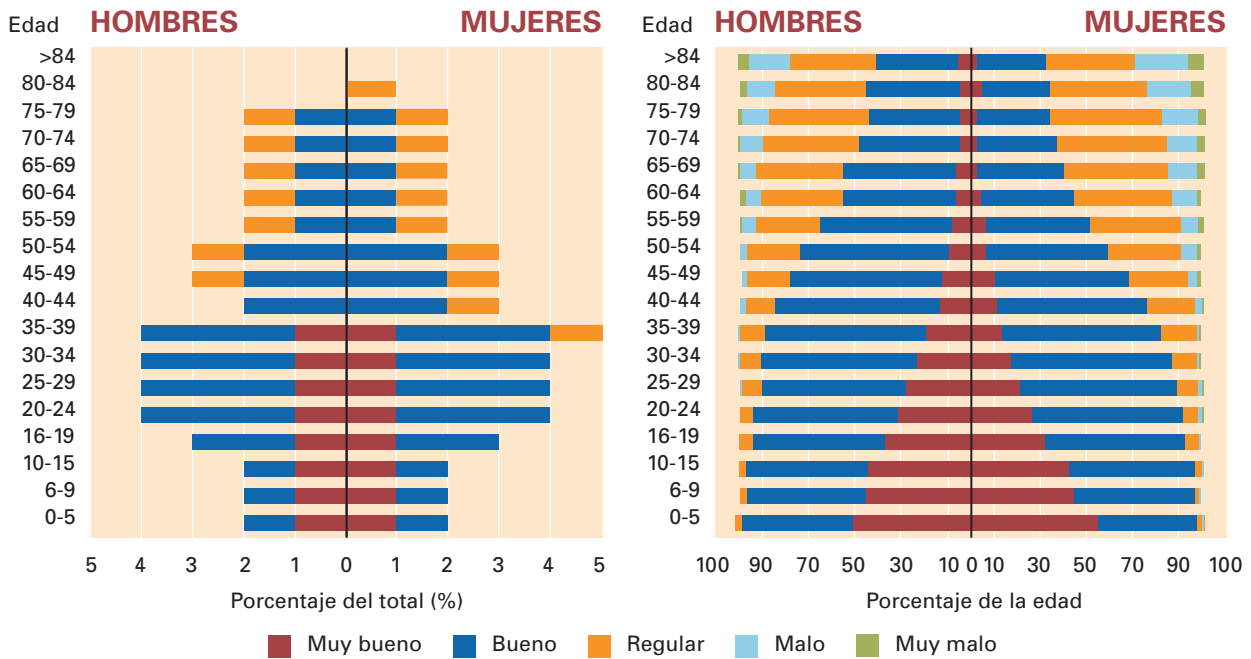
La proporción de quienes declaran tener “buena” o “muy buena” salud no presenta apenas diferencias entre los más jóvenes y, cuando las hay, son favorables a las niñas. Las adolescentes en cambio pierden esa mínima ventaja y en el resto de edades la desventaja no hace más que acentuarse (entre los 40-50 años alcanza máximos estables en más de diez puntos porcentuales). No obstante esta peor percepción femenina se alimenta del incremento entre las que declaran una salud “regular”, y sólo en edades avanzadas la proporción de quienes declaran tener mala o muy mala salud se vuelve significativamente superior en las mujeres.

En general la EDDES confirma algo ya sabido, y es que la salud percibida es peor en las mujeres, especialmente en las edades mayores. No obstante, debe tenerse en cuenta que, a tales edades, el sexo es en gran medida un simple mediador de otros condicionantes. Un ejemplo es el nivel de

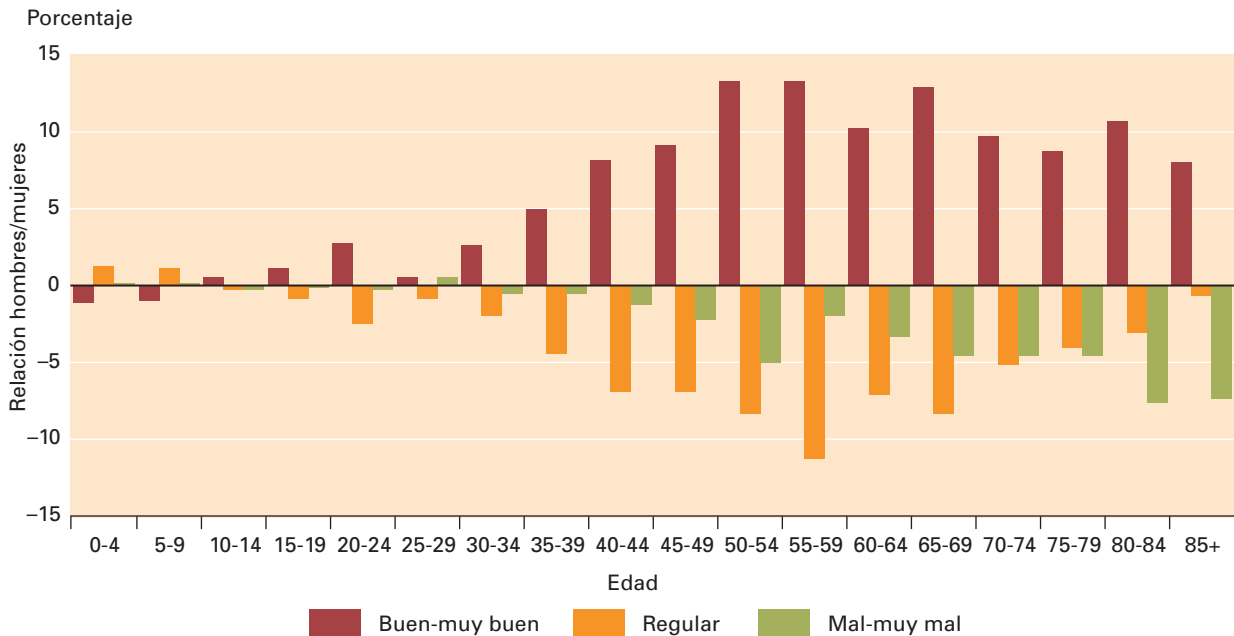
<sup>1</sup> Con todas las prevenciones que deben guardarse respecto al indicador, las mejoras femeninas parecen estar siendo mayores y, por tanto, las diferencias se reducen, según Alvarez-Dardet, C. y Peirò, S., -Eds-. (2000), Informe SESPAS 2000. *¿Se han alcanzado en España los objetivos de la OMS?*, <http://www.sespas.es/informe2000/>. En dicho informe se incluye información sobre el papel de variables como la clase social, la CCAA, la actividad laboral o el nivel educativo.

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 5. Salud percibida según el sexo y la edad**



**Gráfico 6. Diferencia entre sexos en el peso de cada estado percibido de salud, por edades**



Nota: Las barras se sitúan por encima del eje cuando los hombres son más abundantes en el estado de salud en cuestión, y por debajo cuando lo son las mujeres.

instrucción, que como en tantas otras fuentes en la EDDDES correlaciona de forma positiva muy clara con la buena percepción de

la propia salud, pero podrían añadirse muchos otros, como la historia laboral, el estado civil o el tipo de ejercicio físico. Todos

## 6. El estado de salud de la población española

ellos actúan de forma desfavorable para las mujeres a causa de la gran diferencia de roles de género asignados social y familiarmente en las generaciones más antiguas.

### 4 Las enfermedades crónicas

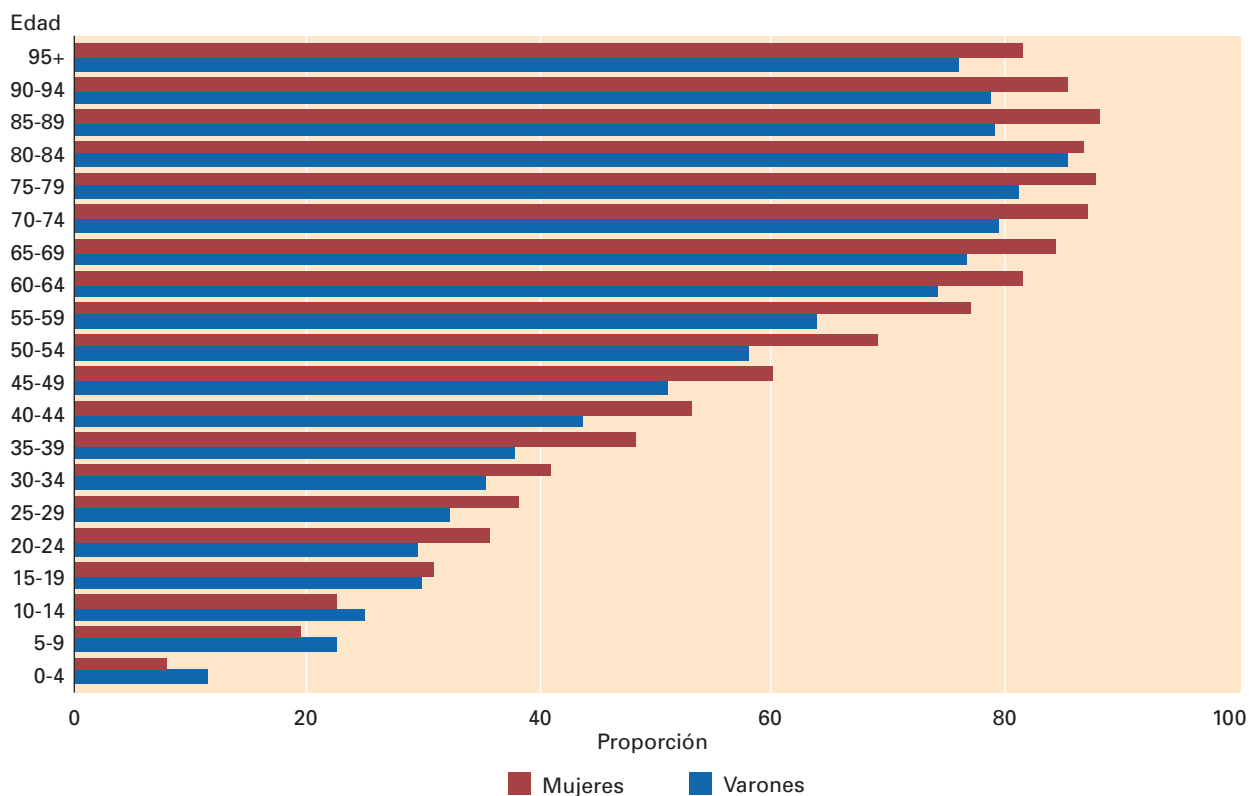
La información acerca del padecimiento de enfermedades crónicas diagnosticadas eleva en cierto grado la objetividad, pero tampoco constituye la panacea: la frecuencia con que las personas se someten a escrutinio médico está también condicionada por la percepción de su propia salud, además de por muchos otros condicionantes socioeconómicos o culturales.

La proporción de personas afectadas por enfermedades crónicas muestra pautas por sexo y edad similares a las ya observadas respecto a la percepción de la salud, especialmente la

relación directa con la edad y la desventaja general de las mujeres. En efecto, la incidencia mínima se da entre los menores de cinco años, en torno al 10%, mientras que en las edades más avanzadas alcanza a prácticamente el 85% de la población. Por otra parte, **del conjunto de los varones los afectados son el 44,2%, frente al 52,7% de las mujeres.**

No obstante, y a diferencia de lo que ocurría con la salud percibida, en este indicador resultan claramente desfavorecidos los varones en las edades infantiles. La interpretación no necesariamente apunta a una mayor fragilidad infantil masculina. Aunque sí haya sido constatada su mayor mortalidad durante el primer año por causas que podrían considerarse "endógenas", y cierta sobremortalidad masculina se mantenga después en las edades infantiles, las diferencias de mortalidad no son de la magnitud observada en el gráfico sobre la morbilidad. Hay que considerar, por tanto, explicaciones adicionales

**Gráfico 7. Padece alguna enfermedad crónica\* por sexo y edad**



\* Nota: Se trata de enfermedades médicamente diagnosticadas. No se incluyen las derivadas de accidentes.

## 6. El estado de salud de la población española

asociadas en general a las diferencias de rol ya en edades tan precoces, como los comportamientos de riesgo diferenciales (un buen ejemplo es el tipo de juegos) o incluso diferentes maneras de reaccionar por parte de los progenitores ante las dolencias de sus hijos.

Entre los 15 y los 20 años las diferencias entre sexos son prácticamente nulas, y es en las posteriores cuando aparece sistemáticamente una proporción siempre mayor entre las mujeres, con diferencias siempre en torno a un 10% adicional. Nuevamente, pese a la mayor objetividad de la diagnosis médica respecto a la propia percepción, es posible que el uso de dicha diagnosis sea más frecuente en las mujeres a partir de las primeras menstruaciones y el inicio de la vida fértil, frente a una mayor "inconsciencia" masculina del propio cuerpo.

Una explicación similar podría tener la estabilización e incluso ligero descenso de la incidencia de enfermedades crónicas en las edades más avanzadas. Sería precipitado concluir de ello una mejora real en el ciclo vital o, incluso, una selección negativa por la mortalidad previa de quienes padecían peor salud. Hay que considerar en cambio los efectos de la metodología y la muestra utilizadas, y parece más creíble que tanto por la generación de pertenencia como por su situación actual, las personas de más edad acudan en menor medida a los reconocimientos médicos. Por otra parte, los muy ancianos de salud muy frágil resultan menos accesibles para los sistemas de sondeo y entrevista, máxime en una encuesta como esta en la que quedan excluidos quienes residen en hogares colectivos.

La proporción de afectados por enfermedades crónicas es sólo una dimensión en la situación personal y social que producen, dimensión a la que necesariamente hay que añadir **el número de enfermedades crónicas padecido simultáneamente**. No obstante, dicho análisis no hace más que acentuar las diferencias ya observadas en lo que se refiere al sexo y la edad:

– Respecto al conjunto de las edades, las mujeres también presentan una peor situación en este aspecto. El conjunto de enfermedades crónicas, distribuido en el total de la población, implica **un promedio de 1,3 por mujer, y sólo 0,8 por hombre**. Si se distribuyen únicamente entre quienes padecen alguna, los promedios se elevan a **2,4 en las mujeres con alguna enfermedad crónica y a 1,9 en los hombres**.

De la misma manera, la edad no sólo hace aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas, sino también el número de estas:

– Entre los más jóvenes el cuadro múltiple resulta bastante escaso, de forma que casi el 80% de quienes padecen enfermedades crónicas se ve aquejado sólo por una. En cambio, cuando los afectados pasan de los 65 años dicha proporción es sólo del 30% en los hombres, y el 23% en las mujeres.

– Los mayores de 65 en su conjunto tienen un promedio de 2 enfermedades (los hombres) y 2,6 (las mujeres), promedios que se elevan a 3 y 2,6 cuando se calculan sólo para los afectados por al menos una enfermedad.

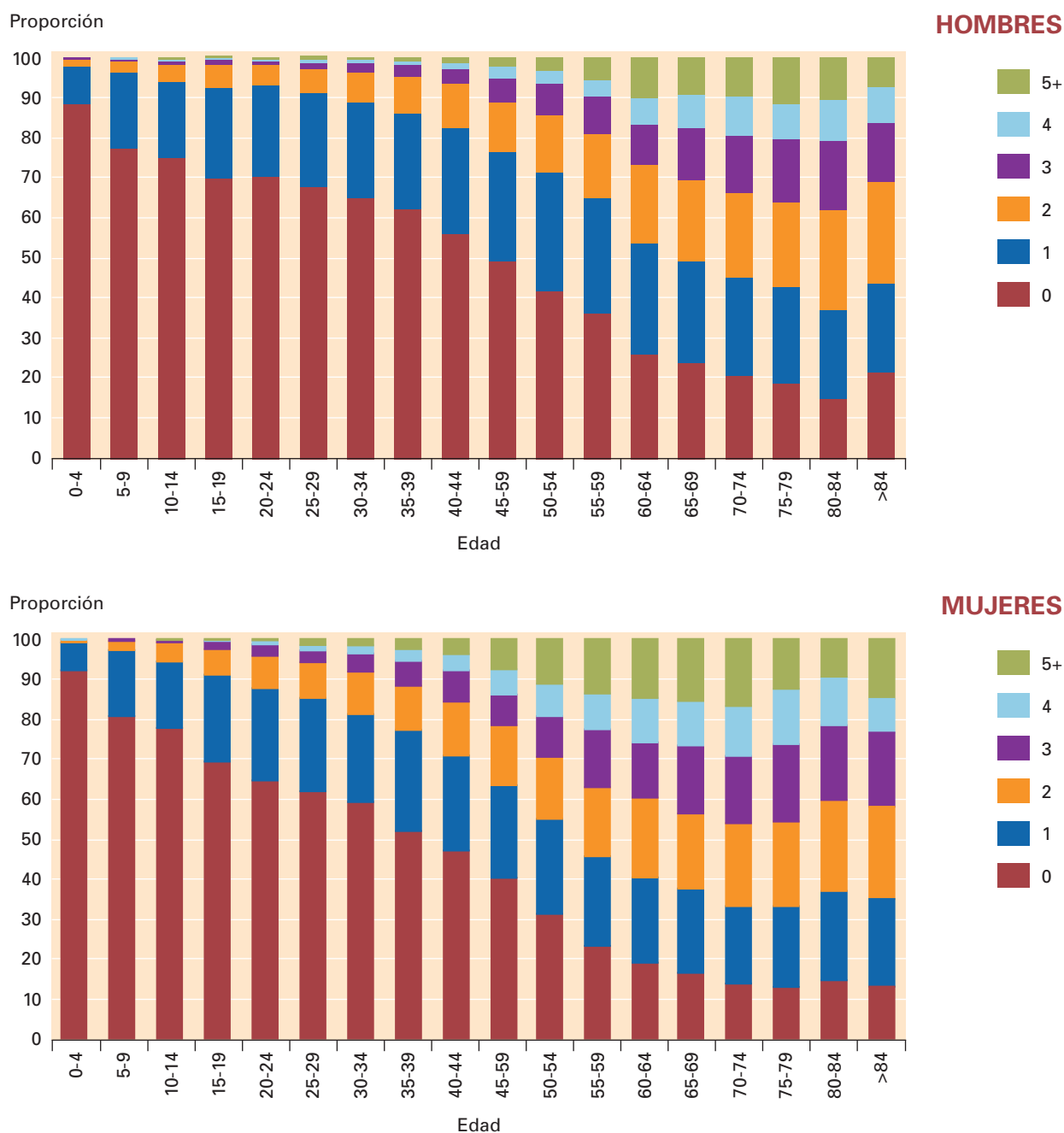
– El cuadro múltiple alcanza proporciones realmente importantes en las edades superiores y, especialmente, en las mujeres. Ya

**Cuadro 3. Número medio de enfermedades crónicas, por sexo y grupos de edad**

	0-19	20-44	45-64	65+	Total
<b>Hombres</b>					
Población total	0,29	0,52	1,28	2,03	0,85
Población afectada	0,27	1,48	2,11	2,57	1,92
<b>Mujeres</b>					
Población total	0,28	0,78	1,97	2,63	1,28
Población afectada	1,32	1,83	2,77	3,05	2,44

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 8. Distribución según el número de enfermedades crónicas, por sexo y grupos de edad**



en el intervalo 45-64 años presentan las mujeres una situación peor que la de los hombres mayores de 64 años. Cuando son ellas las que tienen estas últimas edades, un 20% de las mujeres aquejadas por una enfermedad crónica padece en realidad cinco o más de tales enfermedades simultáneamente.

Nuevamente las diferencias según sexos resultan significativas. En el conjunto de la población masculina la distribución de las enfermedades crónicas arroja una proporción de 85 por cada cien personas, mientras que las mujeres tocan a más de una por persona (128/100). Pero no es este el único rasgo di-

## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 4. Prevalencia de cada tipo de enfermedad crónica en cada sexo e intervalo de edad**

	0-19	20-44	45-64	65+	Total
<b>Hombres</b>					
Padecimiento de alguna enfermedad crónica diagnosticada	22,9	35,1	60,6	79,3	44,2
Bronquitis crónica, asma o enfisema	5,0	3,2	7,3	18,6	6,7
Alergias de cualquier tipo	14,0	12,8	8,6	8,1	11,5
Epilepsia	0,4	0,7	0,6	0,8	0,6
Diabetes	0,3	0,6	5,8	12,7	3,4
<b>Hipertensión</b>	0,1	2,4	14,3	24,9	7,7
Enfermedades del corazón	0,8	1,2	6,7	17,9	4,7
<b>Colesterol</b>	0,6	3,9	13,6	13,1	6,6
Cirrosis hepática	0,0	0,3	0,9	0,8	0,4
<b>Artrosis y problemas reumáticos</b>	0,7	4,7	19,8	33,8	11,2
Úlcera estóm o duodeno, gastr. erosiva	0,2	3,7	10,5	11,2	5,4
Hernias	0,7	2,9	8,3	14,3	5,2
<b>Mala circulación</b>	0,2	1,7	8,0	18,1	5,0
Anemias crónicas	0,3	0,3	0,6	1,6	0,5
<b>Nervios, depresiones, dific. en dormir</b>	1,0	4,9	9,1	10,5	5,7
Jaquecas, migrañas, dolor cabeza	2,2	4,6	6,4	5,5	4,6
Problemas del periodo menopáusico	-	-	-	-	-
Otros	2,6	4,3	7,3	11,4	5,6%
<b>Mujeres</b>					
Padecimiento de alguna enfermedad crónica diagnosticada	21,2	42,8	71,2	86,2	52,7
Bronquitis crónica, asma o enfisema	3,5	3,8	5,3	9,5	5,1
Alergias de cualquier tipo	11,8	15,4	12,8	10,2	13,1
Epilepsia	0,4	0,4	0,7	0,4	0,5
Diabetes	0,2	0,6	6,0	13,7	4,2
<b>Hipertensión</b>	0,1	1,9	18,6	34,2	11,2
Enfermedades del corazón	0,7	0,9	5,4	16,0	4,7
<b>Colesterol</b>	0,6	2,4	14,0	18,6	7,6
Cirrosis hepática	0,0	0,2	0,4	0,7	0,3
<b>Artrosis y problemas reumáticos</b>	1,4	8,8	37,1	57,2	22,6
Úlcera estóm. o duodeno, gastr. erosiva	0,3	2,9	6,2	6,7	3,8
Hernias	0,3	2,3	7,3	9,4	4,3
<b>Mala circulación</b>	0,4	9,4	24,1	34,6	15,5
Anemias crónicas	0,8	2,9	4,0	3,3	2,8
<b>Nervios, depresiones, dific. en dormir</b>	1,7	8,4	20,3	23,8	12,5
Jaquecas, migrañas, dolor cabeza	3,0	12,3	18,0	12,2	11,6
Problemas del periodo menopáusico	0,0	0,6	9,9	2,7	3,0
Otros	2,8	4,9	7,2	9,6	5,9

ferenciador; también los distintos tipos de enfermedades tienen una presencia diversa:

**Las alergias son los problemas más frecuentes entre los hombres**, ya que las padece el 11,5% y suponen el 13,5% de todas las enfermedades crónicas que les afectan. Pero se trata de enfermedades claramente relaciona-

das con la juventud y la vida adulta. En las edades maduras y avanzadas ganan terreno y resultan mayoritarias las artrosis y problemas reumáticos, que se convierten así en el segundo problema más frecuente al afectar al 11,2% y suponer el 13,2% de todas las enfermedades crónicas masculinas.



## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 5. Enfermedades crónicas más abundantes en cada sexo y gran grupo de edad**

	0-19	20-44	45-64	65+
<b>Hombres</b>				
1	Alergias (48,1)	Alergias (24,6)	Artrosis (15,5)	Artrosis (16,6)
2	Bronquitis (17,3)	Nervios (9,3)	Hipertensión (11,2)	Hipertensión (12,3)
3	Otros (8,9)	Artrosis (9,0)	Colesterol (10,6)	Bronquitis (9,2)
4	Jaquecas (7,6)	Jaquecas (8,9)	Úlcera estóm. (8,2)	Mala circul (8,9)
5	Nervios (3,5)	Otros (8,3)	Nervios (7,1)	Corazón (8,8)
% total	85,3	60,2	52,7	55,7
<b>Mujeres</b>				
1	Alergias (42,0)	Alergias (19,7)	Artrosis (18,8)	Artrosis (21,8)
2	Bronquitis (12,6)	Jaquecas (15,7)	Circulación (12,2)	Circulación (13,2)
3	Jaquecas (10,6)	Circulación (12,0)	Nervios (10,3)	Hipertensión (13,0)
4	Otros (10,1)	Artrosis (11,3)	Hipertensión (9,4)	Nervios (9,0)
5	Nervios (5,9)	Nervios (10,8)	Jaquecas (9,1)	Colesterol (7,1)
% total	81,2	69,6	59,9	64,1

En clara relación con su mayor supervivencia y el consecuente mayor peso de las edades avanzadas, **para las mujeres la artrosis y los problemas reumáticos constituyen con diferencia las enfermedades crónicas más relevantes** (las padece el 22,6% y suponen 17.6% de las enfermedades), y el mismo factor explica que el segundo lugar lo ocupen los problemas de circulación (12.0%).

En general, pues, las enfermedades más frecuentes entre la población española confirman una estadio avanzado en la transición epidemiológica<sup>1</sup>. La progresiva supresión de las enfermedades infecciosas como causas de muerte, y su reducción al estatus de agudas y de curso breve, ha sido simultánea al aumento de la supervivencia, una mayor eficiencia reproductiva y, en consecuencia, una menor fecundidad. Todos ellos son factores que derivan en el actual envejecimiento demográfico y en la creciente relevancia de las enfermedades crónicas degenerativas propias de la edad.

Puede plantearse, con la información vista hasta aquí, hasta qué punto existe coincidencia entre la situación de "salud colectiva" dibujada por este tipo información y la

opinión subjetiva que los españoles tienen acerca de su propia salud, tal como ha sido descrita en el apartado anterior.

En general quienes declaran no padecer enfermedad crónica alguna afirman también que su salud es buena o muy buena. Las excepciones se dan principalmente entre los mayores y son pocas, (sólo el 3% de los hombres y el 4% de las mujeres sin enfermedades crónicas afirman tener mala o muy mala salud).

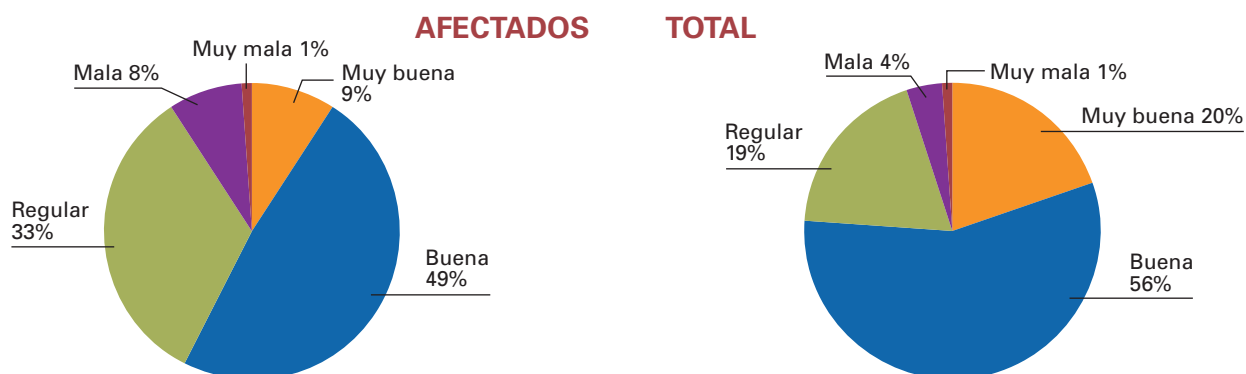
En cambio, la relación entre el padecimiento diagnosticado de tales enfermedades y la autopercepción resulta menos ajustada (gráfico 9).

En efecto, el padecimiento de alguna enfermedad crónica no conlleva automáticamente una mala percepción de la propia salud. De hecho, una amplia mayoría de quienes están aquejados por alguna de tales enfermedades afirma que su salud es buena o muy buena (el 58%). Esto es cierto en ambos sexos, pero especialmente en las edades más jóvenes y entre los hombres (entre los hombres de menos de 20 años afectados el 86,6% declara como mínimo buena salud). De hecho, entre los más jóvenes que padecen alguna enfermedad crónica prácticamente nadie afirma tener una salud mala

<sup>1</sup> Para una explicación general del concepto de "transición epidemiológica" véase [Robles González, 1996 #1859]

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 9. Percepción de la propia salud en los afectados por alguna enfermedad crónica**



**Cuadro 6. Afirma padecer alguna enfermedad crónica, por estado de salud, sexo y edad (0-19, 20-44, 45-64, 65+)**

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
<b>Hombres</b>						
0-19	27,2	59,4	12,4	0,7	0,3	100,0
20-44	14,4	63,9	18,8	2,6	0,4	100,0
45-64	5,6	49,2	36,4	7,3	1,4	100,0
>64	2,9	37,7	45,6	11,8	2,1	100,0
Total	10,3	52,3	30,2	6,1	1,1	100,0
<b>Mujeres</b>						
0-19	26,8	59,7	12,4	1,0	0,1	100,0
20-44	11,4	61,3	23,8	3,1	0,4	100,0
45-64	4,6	40,2	43,4	10,2	1,5	100,0
>64	2,1	30,0	48,1	16,9	2,9	100,0
Total	7,8	45,3	36,2	9,3	1,5	100,0

o muy mala, y entre los 20 y 45 años sólo lo hacen el 3%. Hay que remitirse a los mayores de 64 años para que las proporciones sean de cierta importancia (14% de los hombres y 20% de las mujeres) (gráfico 9).

## 5 Hábitos y salud

### 5.1 Consumo de medicamentos

El consumo de medicamentos guarda una relación directa con la salud percibida y con el

padecimiento de enfermedades, pero es también función de otros determinantes que engloban, por ejemplo, las políticas sanitarias, la fijación de precios por la industria, o las pautas de expedición por parte de los médicos. El consumo por persona español no es de los más altos de la UE, pero sí uno de los que aumenta más rápidamente, lo que motiva una intensa actividad reformadora en el sistema y un interés creciente sobre el tema.

La EDDDES, a la pregunta sobre el consumo en los últimos quince días, recibe respuestas más moderadas que las de la Encuesta Nacional de Salud o las del Barómetro sanitario. No

## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 7. Consumo de medicamentos las últimas 2 semanas**

	Número absoluto			Proporción (%)	
	Consumió	No consumió	Total	Consumió	No consumió
Hombres	7.408.509	11.820.984	19.229.493	38,5	61,5
Mujeres	9.839.245	10.178.280	20.017.525	49,2	50,9
Total	17.247.754	21.999.264	39.247.018	43,9	56,1

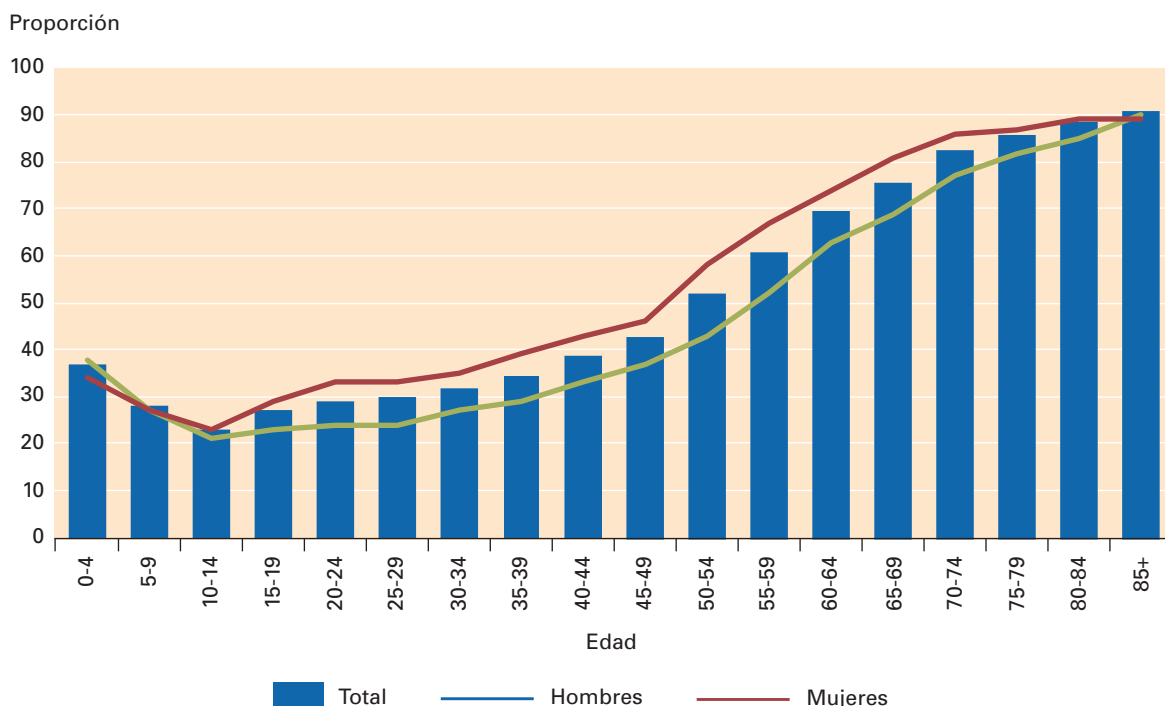
obstante, coincide con estas fuentes en que quienes afirman tener una salud buena o muy buena (el 76,7%) son una parte muy superior a quienes declaran no haber consumido ningún medicamento recientemente (56,1%). En resumidas cuentas la incompatibilidad entre ambas respuestas es sólo parcial.

También coincide con otras fuentes el que las mujeres declaren afirmativamente a la pregunta en una proporción superior a los hombres. El 43,9% de la población manifiesta haber consumido algún medicamento en las últimas dos semanas, pero este porcentaje se eleva casi hasta el 50% en el caso de las mujeres, mientras que en los hombres solo es del 38%, una diferencia sin duda considerable.

Esta diferencia entre sexos además, no puede imputarse al mayor peso de los mayores en la población femenina, ya que se mantiene muy constante en todas las edades (gráfico 10).

En las edades infantiles se produce un consumo más extenso que en la primera juventud y la etapa adulta (la proporción en los cinco primeros años de vida no vuelve a ser tan elevada hasta que lo observados son mayores de 40 años) y las diferencias entre sexos son muy escasas. Pero a partir de los 15-19 años, de forma parecida a lo ya visto respecto a la salud percibida, las mujeres se distancian de los varones y mantienen ya en todas las edades un mayor consumo. La relación con la edad se vuelve ya directa, como cabía

**Gráfico 10. Consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas, según el sexo y la edad**



## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 8. Forma de pago de los medicamentos**

	Total Sani. Publ.	Parcial San. Publ.	Partic. Con receta	Partic. Sin receta	Se medicaron
Hombres (1)	3.506.551	2.724.380	776.054	1.117.417	7.408.507
Mujeres (1)	4.901.494	3.272.335	1.140.464	1.599.018	9.839.245
Total	8.408.045	5.996.715	1.916.518	2.716.435	17.247.752
Hombres (2)	47,3	36,8	10,5	15,1	109,7
Mujeres (2)	49,8	33,3	11,6	16,3	110,9
Total (2)	48,7	34,8	11,1	15,7	110,4

Nota: la suma de las distintas modalidades no equivale al 100% porque no son excluyentes entre sí. Una misma persona puede haber accedido a distintos medicamentos y mediante más de una forma de pago.

(1) Valores absolutos.

(2) Porcentajes.

esperar, aunque es en las edades posteriores a la madurez donde más acusada se vuelve la relación, hasta incluir a prácticamente el 90% de la población mayor de 80 años.

Con cierta diferencia, **la mayor parte (casi el 49%) de quienes usaron medicamentos lo hicieron con cargo total a la Sanidad Pública**, y con cargo parcial lo hicieron en una proporción también considerable (34,7%).

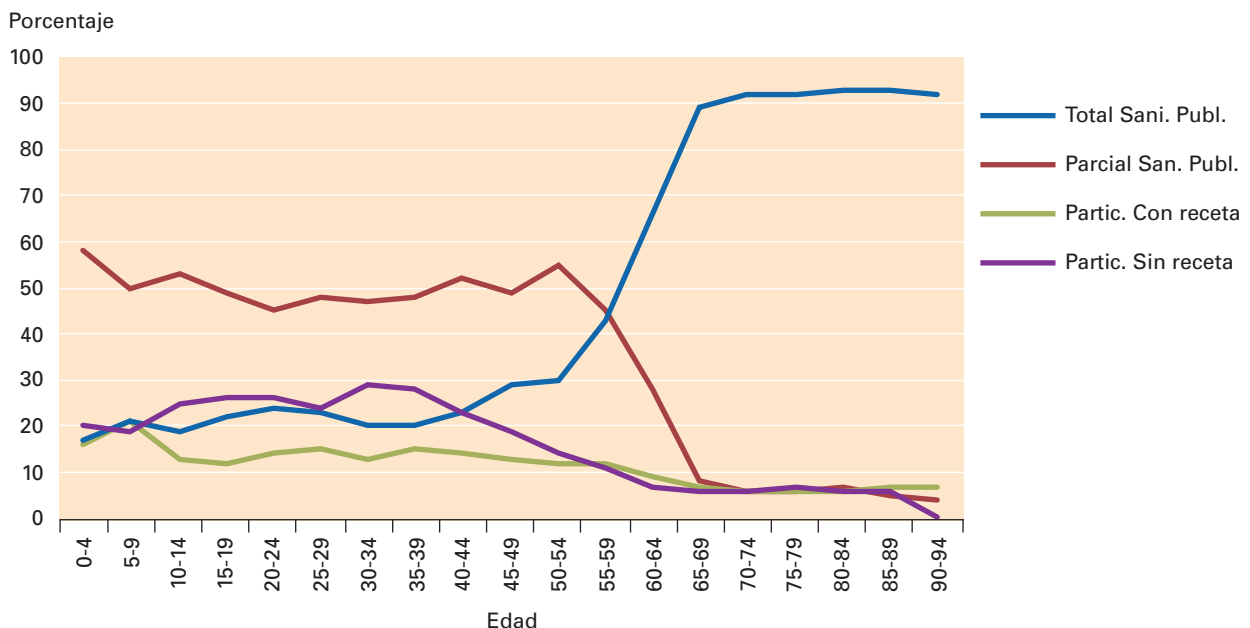
El pago particular de los medicamentos, sin apenas diferencias entre sexos, es más frecuente cuando se adquieren sin receta (así

los pagó el 15,8% de quienes se medicaron, mientras que con receta pero sin cargo alguno a la sanidad pública sólo los adquirió el 11,1%).

Quienes utilizaron más de una modalidad de pago resultan especialmente escasos. Respecto al 100% que resultaría de una total exclusión mutua de las modalidades, la suma sólo alcanza un 110,4% adicional.

Estos grandes rasgos ocultan, sin embargo, notables diferencias en lo que respecta a la edad (gráfico 11).

**Gráfico 11. Proporción de quienes han pagado medicamentos según las distintas fórmulas de pago, por grupos de edad**



## 6. El estado de salud de la población española

Hasta las edades de jubilación, la modalidad más frecuente es la de pago parcial de la Sanidad Pública (alrededor del 50%), y el pago particular sin receta tiene una presencia también considerable (entre el 20 y el 30%), por encima incluso del pago total por la Sanidad Pública

De los 50 a los 70 se produce una inflexión radical que invierte la relevancia respectiva de las dos formas de pago más frecuentes, sin duda como resultado del tránsito a la situación de pensionista y las posibilidades que ello supone para la financiación de los medicamentos.

A partir de los 70 años la inflexión es ya completa y estable. Más del 90% de quienes pagan medicamentos lo hacen con cargo total a la Sanidad Pública, mientras que la

proporción de cada una de las restantes modalidades permanece en valores apenas superiores al 5%.

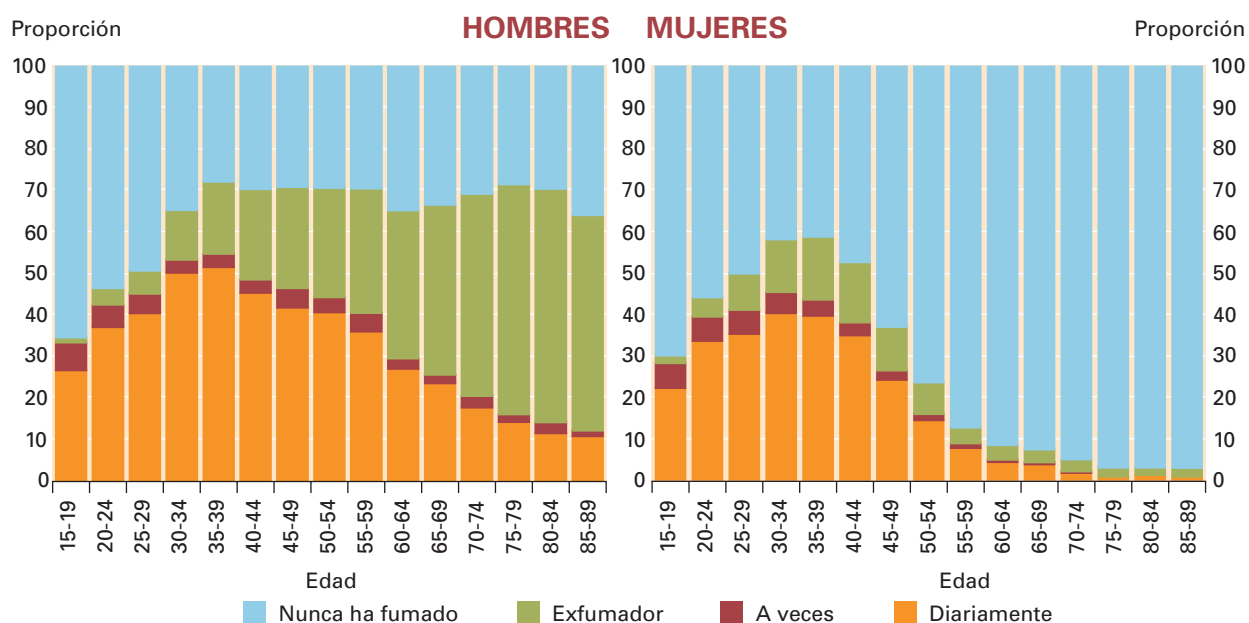
### 5.2 Tabaquismo

Los hombres españoles aparecían en un estudio de la OMS de 1996 como los de mayor prevalencia de consumo de tabaco de toda la UE (47,2% de los mayores de 15 años), frente al 27,2% de las mujeres<sup>1</sup>. La EDDS arroja valores algo distintos pero en la misma escala de magnitud, lo que no resulta demasiado halagüeño de no observarse tendencias claras hacia la reducción del hábito (cuadro 9).

**Cuadro 9. Relación con el consumo de tabaco, por sexos (mayores de 16 años)**

Consumo	Varones	Mujeres	Total	Varones (%)	Mujeres (%)	Total (%)
Diariamente	5.820.070	3.682.277	9.502.347	37	22	29
Eventualmente	606.239	493.778	1.100.017	4	3	3
Exfumador	3.459.335	1.255.781	4.715.116	22	8	15
Nunca fumó	5.786.177	11.223.987	17.010.164	37	67	53
Total	15.671.999	16.656.943	32.328.942	100	100	100

**Gráfico 12. Relación con el consumo de tabaco, según el sexo y la edad**



<sup>1</sup> *Perfiles sobre tabaco en la UE*, OMS, Marzo 1996. Véase igualmente la página web del Ministerio de Sanidad y Consumo acerca del tabaquismo en España: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/tabaco/tabaco.htm>

## 6. El estado de salud de la población española

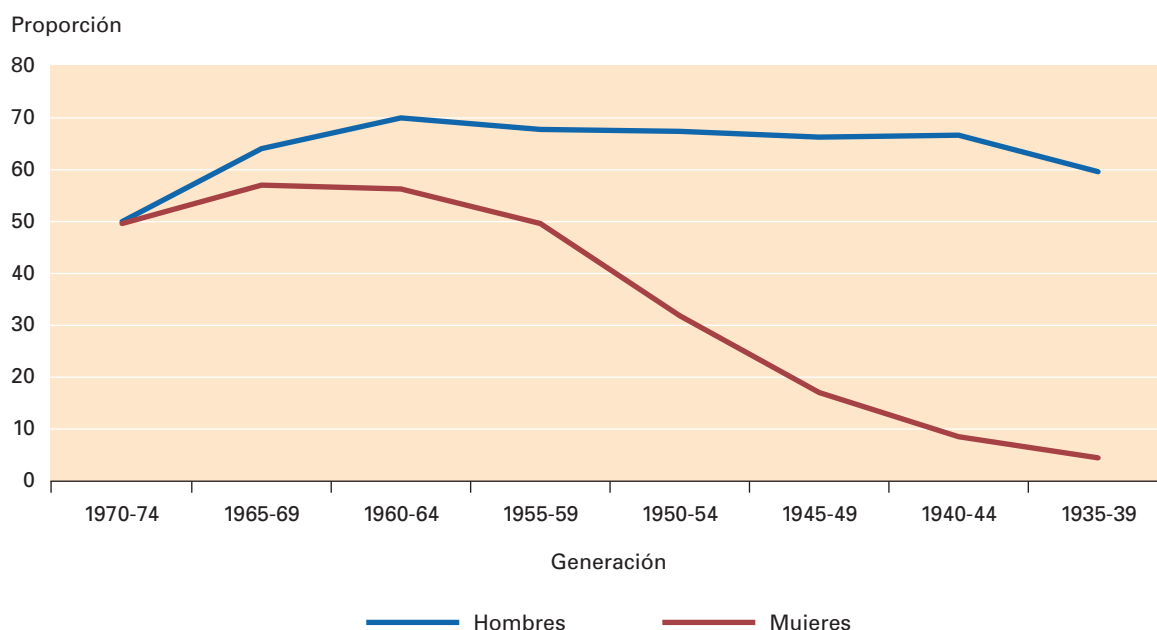
Las diferencias entre sexos respecto a la intensidad general del tabaquismo ocultan una clara homogeneización en las décadas recientes, coexistiendo con grandes diferencias generacionales. Entre los hombres es muy constante que cerca del 70% haya sido fumador en algún momento de su vida, y las diferencias entre edades las marca el progresivo abandono del hábito. En cambio las mujeres maduras y mayores pertenecen a generaciones en las que muy pocas han fumado y apenas se dan exfumadoras, en claro contraste con las adultas-jóvenes, entre las que algunas vez fumadoras se acercan al 60%, y las que mantienen el hábito a más del 45% (proporción esta no muy lejana de la que presentan los fumadores activos varones de su misma edad, que apenas rebasan el 50%). Igualmente la edad media a la que se inicia el tabaquismo, más tardía antaño entre las mujeres, ha acabado convergiendo en ambos sexos, en torno a los 17 años.

De nuevo el resultado puede parecer desalentador, habida cuenta de la igualación de los hábitos femeninos con los masculinos, y no al revés (gráfico 13).

Sin embargo, el gráfico anterior no es estrictamente el adecuado para hacer un análisis generacional auténtico, porque las distintas generaciones están tomadas en diferentes edades y lo correcto sería compararlas a la misma edad. Puesto que la EDDDES no sólo inquiriere sobre el consumo de tabaco en el momento de la entrevista, sino también sobre la edad a la que se inició, dicho ejercicio comparativo resulta posible, con resultados mucho más esperanzadores de lo que parecían los anteriores (gráfico 14).

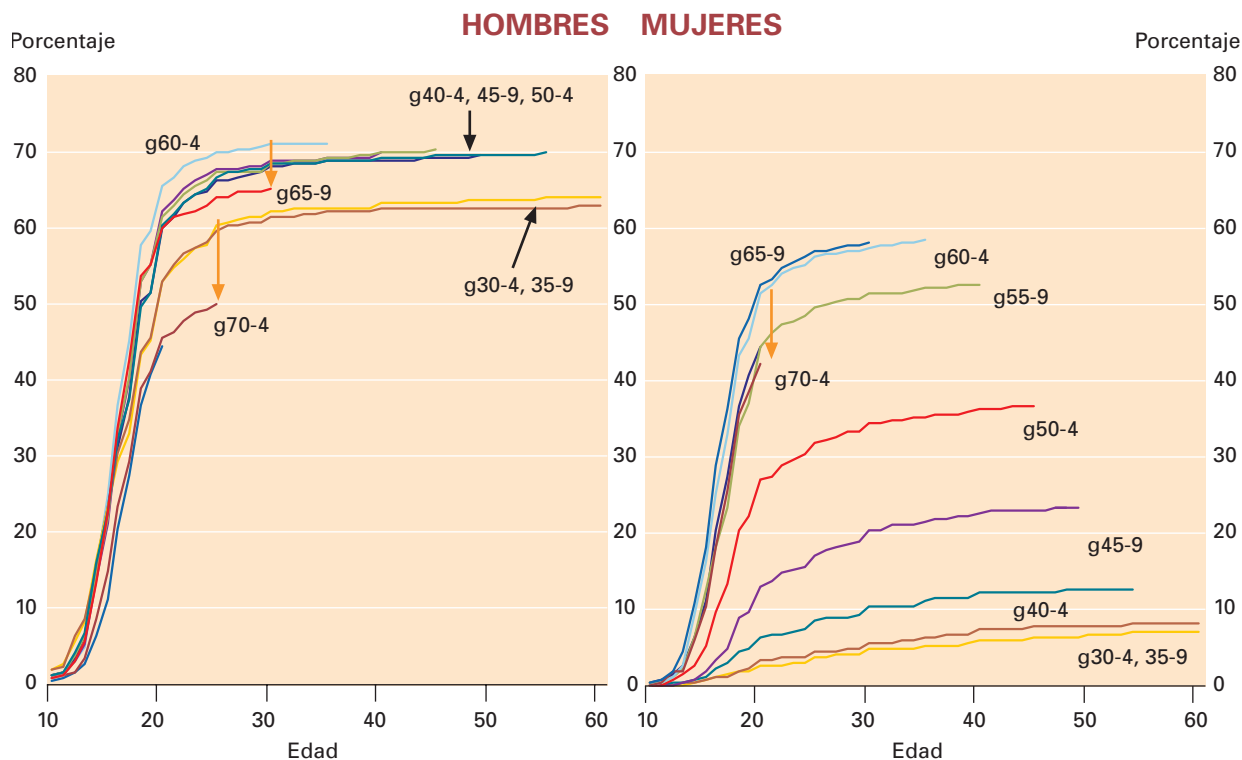
Puede observarse que, en efecto, la proporción de mujeres que alguna vez han adquirido el hábito de fumar es creciente en las sucesivas generaciones, y que las pautas de las generaciones más recientes se aproximan a las masculinas. Las alguna vez fumadoras nacidas en los años treinta nunca llegaron a suponer el 10% de su generación a ninguna edad, mientras que las nacidas en los años cuarenta acabaron superando el 20% ya a partir de los 20 años de edad. En las siguientes el hábito se vuelve más precoz e intenso, hasta los máximos representados por las generaciones nacidas en la segunda mitad de los años sesenta que, a los

**Gráfico 13. Proporción de alguna vez fumadores, según el sexo y la generación**



Nota: Las generaciones corresponden a las edades a partir de los 25-29 años (generación 1970-74) en el momento de la encuesta.

**Gráfico 14. Alguna vez fumadores, por edad, sexo y generación**



20 años ya tenían un 50% de alguna vez fumadoras y a los 30 años de edad se aproximan al 60%.

Sin embargo, los datos anteriores también revelan que la generación siguiente, la nacida en la primera mitad de los años setenta, está rompiendo la tendencia al alza y muestra, a los 20 años de edad, una extensión del hábito inferior a la de todas las generaciones anteriores nacidas después de 1950.

Que el tabaquismo ha empezado a reducirse en las generaciones más jóvenes queda confirmado de forma clara si se observan las generaciones masculinas, con el añadido de que la inversión de las tendencias es incluso anterior en el tiempo. En efecto, la máxima incidencia parece haberse dado en la generación 1960-64 (un 70% a los 25 años de edad), mientras que los nacidos en el quinquenio siguiente muestran ya porcentajes inferiores en todas las edades para las que existe información. La solidez de la tendencia se confirma en la generación 1970-74, que a los 25 años presenta una proporción

del 50%, lo que supone un espectacular descenso respecto a las anteriores y es, de hecho, la proporción más baja a esa edad de todas las generaciones presentes. Se trata, sin dudas, de una buena noticia.

### 5.3 Alimentación

Otra de las dimensiones de la salud colectiva recogida en el cuestionario de la EDDDES es la de la alimentación. Por supuesto, se trata de un tema que ya cuenta en nuestro país con un cantidad considerable de información y análisis, entre los que destacan, por su continuidad, las encuestas que sobre este tema viene realizando el Ministerio responsable en esta materia desde 1987<sup>1</sup>. No obstante, la EDDDES presenta el considerable atractivo de

<sup>1</sup> Actual Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. A través de la Dirección General de Alimentación, ofrece abundante información sobre esta y otras encuestas relacionadas en la web <http://www.mapya.es/alimentacion/pags/consumo/consumo.htm>.

## 6. El estado de salud de la población española

incluir preguntas sobre hábitos alimentarios en una fuente de representatividad extraordinaria (79.000 hogares, frente a los 6.000 de la última Encuesta de Consumo Alimentario en Hogares) y con una inusitada cantidad de preguntas de muy amplio espectro temático, con las posibilidades que ello supone para profundizar en el tema.

En general, y al margen de los datos que se presentan a continuación, este es un tema en el que España goza de una buena situación comparativa dentro de la UE<sup>1</sup> en lo que se refiere a hábitos y a dieta, pero no parece en vías de mejorarlas y, ni siquiera de conservarlas, de modo que los problemas nutricionales empiezan a ser muy similares a los del conjunto de la Unión.

La población española conserva todavía el hábito de distribuir la alimentación en al menos tres comidas fuertes diarias (90% de la población) y presenta en ello diferencias

escasas entre sexos. De hecho, una proporción no negligible añade la merienda en todas las edades, aunque lógicamente esta práctica sólo sea mayoritaria entre los más jóvenes, para los cuales supera, no obstante, un notable 70%.

Resulta destacable, por tanto, la escasez de otras pautas, como la de una única comida fuerte al día, el saltarse alguna comida principal y o la frecuente ingesta de pequeñas cantidades al cabo del día (cuadro 10).

El hogar como lugar habitual de tales comidas sigue siendo abrumadoramente mayoritario, aunque dicha pauta destaca, si cabe, en el caso de las cenas, donde resulta prácticamente universal. Este hecho se acentúa aún más entre los mayores de 65 años, quienes en muy contados casos realizan habitualmente comida alguna fuera del hogar. Es entre los hombres de 20 a 44 años, en el caso del almuerzo, donde esta ruptura de la pauta mayoritaria resulta más frecuente (sin duda más en respuesta a las condiciones laborales que a las preferencias) y aún así

<sup>1</sup> Véase, por ejemplo, el informe de la UE *Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe*, de junio de 2000.

**Cuadro 10. Tipo de alimentación respecto a las comidas diarias, por sexo y grupos de edad (Porcentajes)**

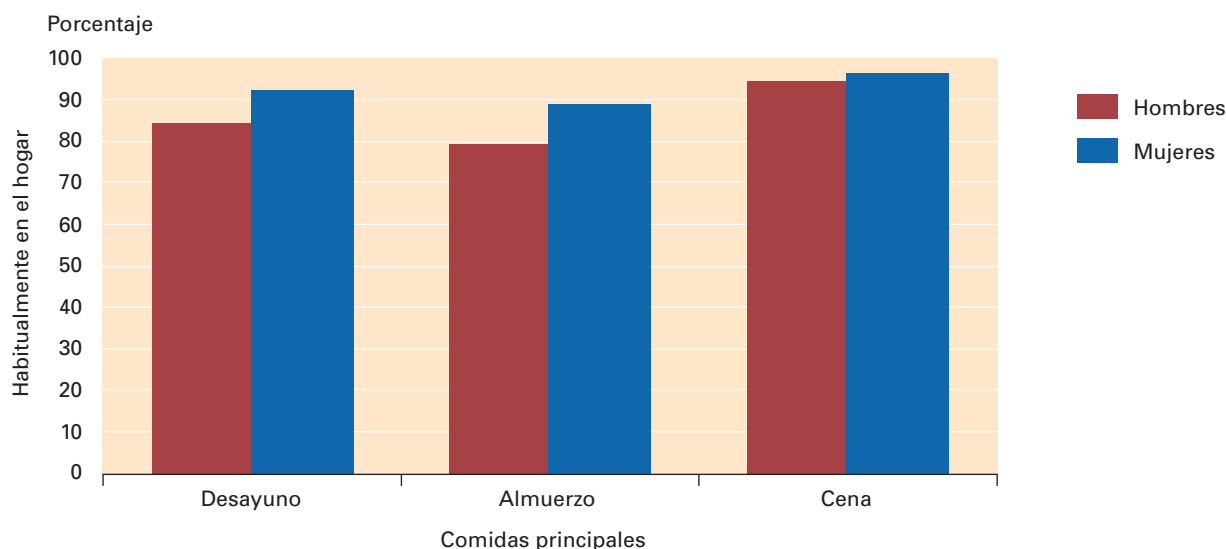
		Edad				Total
		0-19	20-44	45-64	65+	
Hombres	Desayuno, comida y cena	18,3	67,5	75,5	73,1	58,8
	Desayuno, comida, merienda y cena	73,2	21,8	15,0	20,0	31,8
	Sólo una comida fuerte al día	0,1	0,9	1,0	0,8	0,7
	A menudo pequeñas cantidades a lo largo del día	4,2	1,7	1,5	1,8	2,2
	Se salta alguna comida principal	1,4	6,0	5,6	3,5	4,5
	Otros hábitos alimenticios	2,7	2,2	1,4	0,7	1,9
Mujeres	Desayuno, comida y cena	22,7	65,9	69,9	67,8	58,1
	Desayuno, comida, merienda y cena	67,2	23,9	21,0	24,0	32,3
	Sólo una comida fuerte al día	0,3	1,0	1,1	1,0	0,9
	A menudo pequeñas cantidades a lo largo del día	4,6	2,4	2,7	3,1	3,1
	Se salta alguna comida principal	3,1	5,5	4,0	3,0	4,2
	Otros hábitos alimenticios	2,2	1,3	1,3	0,9	1,4
Total	Desayuno, comida y cena	20,5	66,7	72,6	70,0	58,4
	Desayuno, comida, merienda y cena	70,3	22,8	19,0	22,4	32,1
	Sólo una comida fuerte al día	0,2	0,9	1,1	0,9	0,8
	A menudo pequeñas cantidades a lo largo del día	4,4	2,0	2,1	2,6	2,7
	Se salta alguna comida principal	2,2	5,8	4,8	3,2	4,4
	Otros hábitos alimenticios	2,5	1,7	1,4	0,8	1,7

Nota: la pregunta se dirige a los hábitos en los últimos seis meses.



## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 15. Lugar donde se realizan habitualmente las principales comidas, según el sexo**



sólo el 20% realiza habitualmente dicha comida fuera del hogar. Otro grupo importante de personas que comen fuera del hogar, y con escasas diferencias de sexo, son los menores de 20 años, en este caso en estrecha relación con los escolares que deben hacer uso del servicio de comedores de los colegios.

Además de poner en evidencia la abrumadora primacía del hogar como lugar de las comidas principales, la EDDDES pregunta también sobre el tipo de comidas realizadas dentro y fuera de él. Los resultados son igualmente claros: en el hogar se consumen

principalmente platos cocinados, reduciéndose quienes comen únicamente platos precocinados y/o enlatados a porcentajes casi insignificantes que en la mayoría de casos no llegan ni al 1%. Al contrario de lo que podría parecer en principio no se aprecian diferencias entre sexos ni entre grupos de edad (cuadros 11 y 12).

Fuera del hogar, en cambio, es mayor el porcentaje de aquellos que optan por comidas de 'menor calidad'. En especial el grupo 0-19 presenta una importante proporción de personas que fuera del hogar consume principalmente bocadillos. Destaca igual-

**Cuadro 11. Tipo de comida que se consume en el hogar, por sexo y edad (Porcentajes)**

	Platos principalmente...	Edad				
		0-19	20-44	45-64	65+	Total
Hombres	Cocinados en el hogar	96,4	95,1	97,6	98,5	96,4
	Precocinados y/o enlatados	0,8	0,7	0,3	0,2	0,6
	Ambos tipos por igual	2,8	4,2	2,2	1,3	3,0
Mujeres	Cocinados en el hogar	95,5	95,4	98,6	99,2	96,9
	Precocinados y/o enlatados	0,9	0,4	0,1	0,1	0,4
	Ambos tipos por igual	3,6	4,2	1,3	0,7	2,8
Total	Cocinados en el hogar	96,0	95,2	98,1	98,9	96,6
	Precocinados y/o enlatados	0,8	0,6	0,2	0,2	0,5
	Ambos tipos por igual	3,2	4,2	1,7	0,9	2,9

## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 12. Tipo de comida que se consume fuera del hogar, por sexo y edad (Porcentajes)**

	Platos principalmente...	Edad				Total
		0-19	20-44	45-64	65+	
Hombres	Preparados en rtes, autoservicios, etc.	53,1	64,9	75,3	63,2	64,3
	Bocadillos	21,5	10,7	5,5	2,8	10,9
	Ambos tipos por igual	22,9	20,8	9,8	6,7	16,9
	(en blanco)*	2,5	3,5	9,5	27,3	8,0
Mujeres	Preparados en rtes, autoservicios, etc.	54,5	65,8	75,7	56,2	63,8
	Bocadillos	20,2	8,8	4,2	1,9	8,9
	Ambos tipos por igual	23,5	22,6	10,0	5,8	16,9
	(en blanco)*	1,9	2,8	10,2	36,1	10,4
Total	Preparados en rtes, autoservicios, etc.	53,8	65,4	75,5	59,1	64,1
	Bocadillos	20,9	9,8	4,8	2,3	9,9
	Ambos tipos por igual	23,2	21,7	9,9	6,1	16,9
	(en blanco)*	2,2	3,1	9,8	32,4	9,2

\* Se incluyen las respuestas en blanco por su alta incidencia

mente el importante número de personas mayores de 65 años que no ha contestado esta pregunta, de lo que cabe deducir que en buena parte no lo han hecho porque no suelen comer nunca fuera del hogar.

Como puede comprobarse, se trata de comportamientos cuya comprensión requiere establecer relaciones con el poder adquisitivo (los jóvenes que recurren al bocadillo), con los roles de género y la desigual distribución de las tareas domésticas (la mayor proporción de mujeres que no declara comida alguna fuera del hogar), con las diferencias generacionales (son los mayores quienes menos uso hacen de la restauración) y muchos otros factores determinantes, como el nivel de estudios o la relación con la actividad, todas ellas presentes en el cuestionario de la EDDDES a la espera de un análisis más detallado que excede las aspiraciones de este informe general.

### 6 La adaptación del entorno

Existe otro grupo de preguntas en el cuestionario de la EDDDES sobre salud general que proporcionan información sobre la adecuación del entorno, las facilidades para la movilidad espacial, para el uso de servicios diversos, etc. En definitiva se trata de una dimensión social de la salud que rebasa la

estricta condición fisiológica o médica de las personas pero que la condiciona por influir enormemente en la interrelación con lo que nos rodea y en la funcionalidad de nuestras capacidades. Sobre tales factores se aportan a continuación algunas pinceladas:

#### 6.1 Accesibilidad de la vivienda

Puesto que la EDDDES inquiriere acerca del tipo de vivienda, resulta posible relacionar dicha información con las ya vistas acerca de la salud. De esta manera puede comprobarse, por ejemplo, que la accesibilidad de la vivienda guarda una relación estrecha con la propia percepción del estado de salud.

La residencia en "horizontal", en viviendas unifamiliares, es en España bastante escasa

**Cuadro 13. Tipo de edificio en el que está ubicada la vivienda**

	Personas	Proporción (%)
Vivienda unifamiliar	13.961.726	35,6
Edificio de pisos con ascensor	14.204.900	36,2
Edificio de pisos sin ascensor	11.080.393	28,2
Total	39.247.019	100,0

## 6. El estado de salud de la población española

si se la compara con el resto de la UE. Según los datos del Panel de Hogares de Eurostat sólo en Italia es todavía menos frecuente. Lo más habitual son los países que sobrepasan el 60%, pero existen otros, como Dinamarca, que superan el 70%, y se alcanzan extremos como los de Holanda (81%) e Irlanda (98%)<sup>1</sup>. Teniendo en cuenta la excepcionalmente elevada componente de las viviendas en edificios de pisos característica de nuestro país, la relación entre la salud y los equipamientos en tales edificios requiere de cierta atención, y la EDES permite indagaciones de las que sólo se proporciona aquí una pequeña muestra.

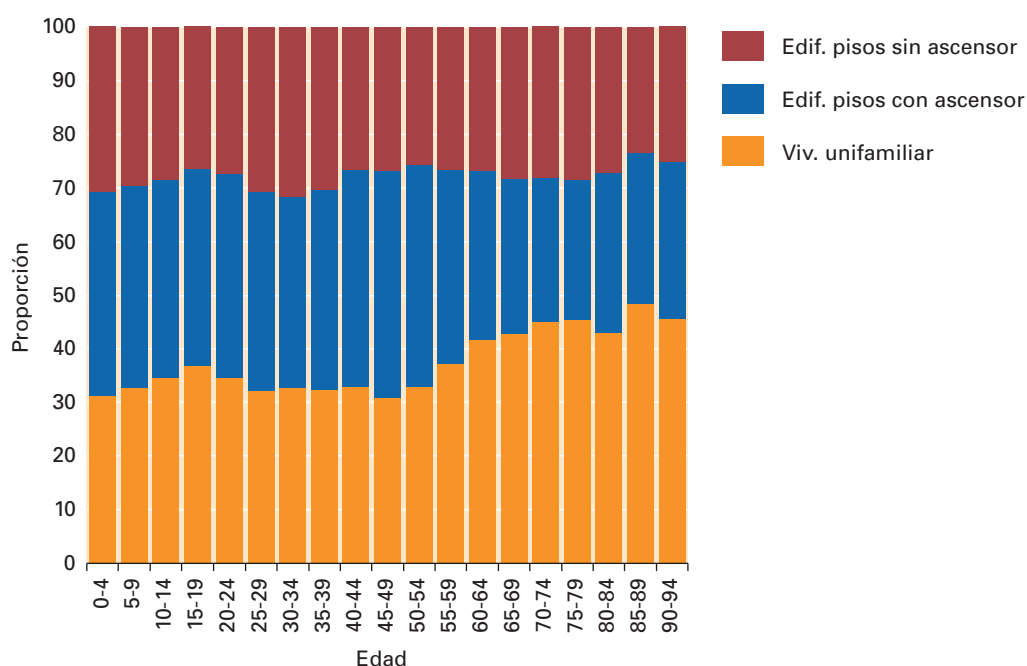
Afirman encontrarse bien o muy bien el 83% de quienes viven en pisos con ascensor, frente al 76% de quienes lo hacen en pisos sin ascensor. Esta diferencia se acentúa con la edad. Los mayores de 50 años que se encuentran bien o muy bien son el 60% si tie-

nen ascensor, y el 50% si no lo tienen, de modo que este simple indicador proporciona un buen predictor parcial del grado de autosatisfacción, y una vía sencilla de mejora en el bienestar para la vejez. La interpretación del indicador, no obstante, requiere prevenciones, ya que la edad de los residentes está relacionada con la antigüedad del parque de las viviendas que ocupan, y existen diferencias generacionales importantes, que se acentúan en función del tamaño de los municipios y el tipo de entorno, rural o urbano.

En cualquier caso resulta destacable que no existan demasiadas diferencias por edad en la proporción de quienes residen en edificios de pisos sin ascensor, buena muestra de que se trata realmente de un tipo de vivienda con gran peso en el total. Lo que cambia es la distribución del resto entre los pisos con ascensor y las viviendas unifamiliares, más frecuente en las edades maduras y avanzadas (lo que puede resultar tanto de la mayor extensión de este tipo de residencia entre las generaciones más antiguas como de su mejor adaptación a la situación de tales edades) (cuadro 14).

<sup>1</sup> Centro de Estudios Demográficos (2004) La constitución familiar en España: Tendencias y factores. Madrid, Fundación BBVA

**Gráfico 16. Tipo de edificio en el que está ubicada la vivienda, según la edad**



## 6. El estado de salud de la población española

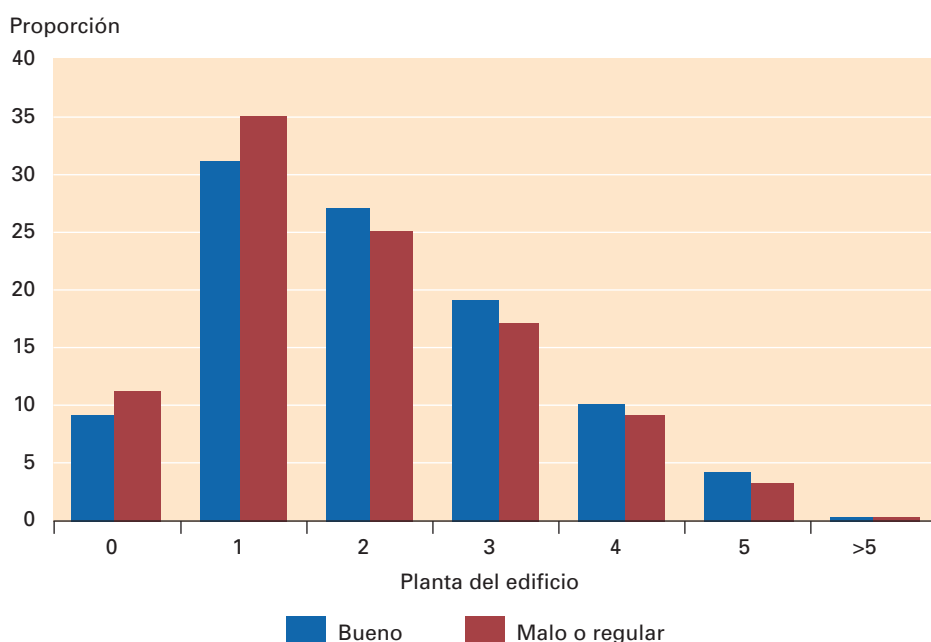
El cuestionario sobre salud incluye otras preguntas sobre “accesibilidad” que hacen alusión a posibles dificultades en el uso de diversos tipos de transporte o, simplemente, en el desplazamiento por lugares públicos o en la propia vivienda. El siguiente cuadro sintetiza tales preguntas en un único conjunto de datos, pero sus posibilidades de detalle son considerables (cuadro 15).

El número absoluto de quienes tienen problemas de accesibilidad es realmente elocuente, y apunta a un objeto claro de mejoras en las políticas públicas. No obstante, la

**Cuadro 14. Número de planta en la que está ubicada la vivienda (en edificios sin ascensor)**

Planta	Personas	Proporción (%)
Baja	1.042.950	9,4
Primera	3.554.169	32,1
Segunda	2.910.203	26,3
Tercera	2.034.139	18,4
Cuarta	1.098.939	9,9
Quinta	382.320	3,5
Sexta	31.911	0,3
ns/nc	25.762	0,2
Total	11.080.393	100,0

**Gráfico 17. Distribución de los residentes en edificios de pisos sin ascensor, según el número de planta y la salud percibida**



**Cuadro 15. Incidencia de cierto tipo de problemas de accesibilidad, y edad media de quienes los padecen**

Tipo de dificultad	Varones	Mujeres	Total	Edad media		
				Varones	Mujeres	Total
Por salud, para conducir coche	954.813	1.589.022	2.543.835	59,5	66,5	63,9
Por salud, para usar transporte público	769.748	1.581.371	2.351.119	61,6	69,6	67,0
Por salud, obligan al transporte accesible	95.766	145.373	241.139	55,6	66,5	62,2
Por salud, para caminar por la calle	811.832	1.543.218	2.355.050	61,0	69,5	66,6
En la propia vivienda	967.752	1.937.529	2.905.282	60,8	67,4	65,2

## 6. El estado de salud de la población española

relación entre este tipo de dificultades y la edad es bastante clara. Los promedios podrían, no obstante, ocultar los problemas de otras edades, pero la observación desagregada confirma la primera impresión. De nuevo resulta obligado destacar la peor situación relativa de las mujeres, que ya ha podido observarse anteriormente en una gran variedad de indicadores (gráfico 18).

### 6.2 Accidentes

Finalmente, también la accidentalidad resulta un buen indicio de la interrelación entre las personas y su entorno, y de sus consecuencias para el estado de salud. La EDDDES incluye información sobre los accidentes en general, recogida por separado para los de tráfico. Se muestran aquí sólo resultados generales pero, como en tantas otras materias, las posibilidades de desagregación y de tratamiento estadístico de su relación con otras variables son enormes.

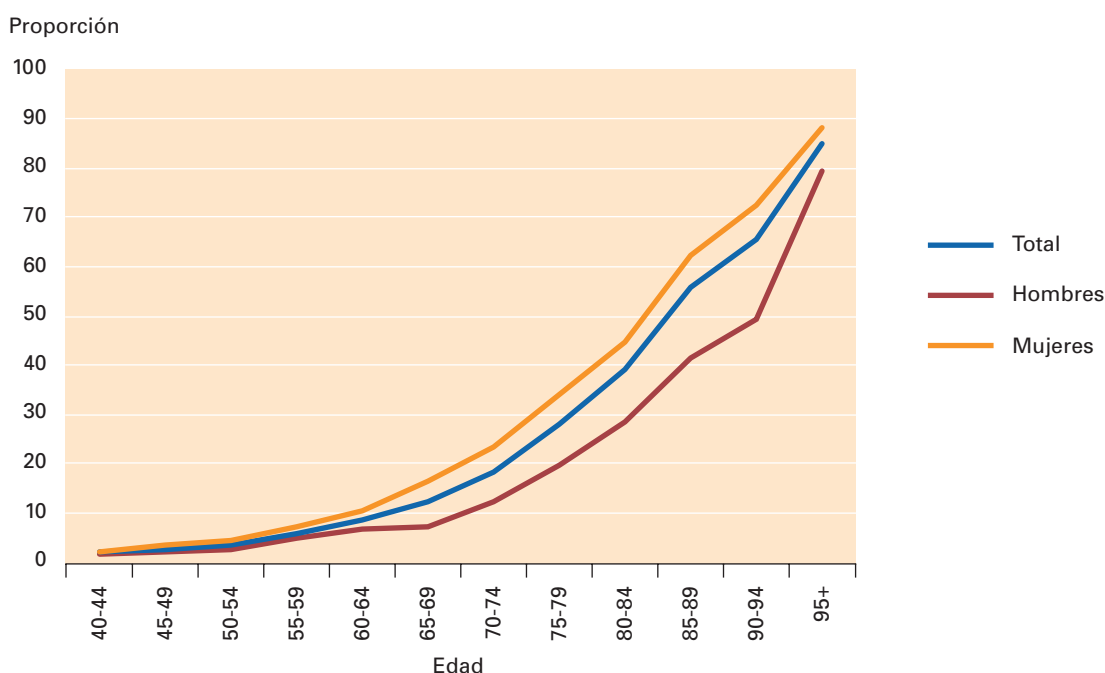
Quienes en el año inmediatamente anterior sufrieron algún accidente (excluyendo los de tráfico) que les produjo limitaciones en

la actividad cotidiana fueron 2.439.529, un 6,2% de la población. No disponer de datos homologables anteriores impide deducir cual ha sido la evolución hasta llegar a tales cifras, pero tanto el volumen como la tipología de los accidentes están en la línea de lo ya conocido<sup>1</sup>.

En la frecuencia que tiene cada tipo de accidente puede observarse una abrumadora mayoría de las caídas, que han afectado a casi el 5% de la población y nada menos que a las tres cuartas partes de las personas accidentadas. Teniendo en cuenta la estrecha relación entre dicho tipo de accidentes y la ergonomía del entorno, la posibilidad de mejoras es evidente.

<sup>1</sup> Estos datos están en las líneas generales de otras fuentes, pero como en tantos otros casos existe un problema de homogeneidad entre las preguntas de los respectivos cuestionarios que las hacen difícilmente comparables. Sobre la situación de España en materia de accidentalidad en el momento inmediatamente anterior a la realización de la EDDDES puede encontrarse una buena síntesis en Alvarez-Dardet, C. y Peirò, S., -Ed-. (2000), *Informe SESPAS 2000. ¿Se han alcanzado en España los objetivos de la OMS?*, <http://www.sespas.es/informe2000>.

**Gráfico 18. Personas con dificultad para usar transporte público, por sexo y edad**



## 6. El estado de salud de la población española

**Cuadro 16. Ha sufrido algún accidente (no de tráfico), durante el último año, que produjo limitaciones en las actividades cotidianas**

Tipos	Accidentados	% Sobre la población	% Sobre los accidentados
Envenenamientos por ingestión de drogas o medicamentos	28.588	0,07	1,2
Envenenamientos por ingestión de alimentos	25.844	0,07	1,1
Envenenamientos por ingestión de corrosivos y cáusticos	13.412	0,03	0,5
Caídas accidentales	1.849.668	4,71	75,8
Atrapamientos y cortes de instrumentos eléctricos	166.057	0,42	6,8
Fuego	52.531	0,13	2,2
Consumo de alcohol y drogas	1.296	0,00	0,1
Otro accidentes y envenenamiento	357.252	0,91	14,6
Total accidentados	2.439.529	6,22	100

Las cifras corresponden a accidentes y no son excluyentes, de modo que una misma persona puede encontrarse simultáneamente en más de una categoría.

**Cuadro 17. Lugar donde ha sufrido el accidente (no de tráfico)**

Lugar	Accidentados	% Sobre la población	% Sobre los accidentados
Hogar	738.529	1,88	30,3
Centro de trabajo	520.562	1,33	21,3
Centro de enseñanza	215.714	0,55	8,8
Vía pública	551.227	1,40	22,6
Recinto deportivo	118.069	0,30	4,8
Lugares públicos	192.799	0,49	7,9
Otros lugares	194.174	0,49	8,0
Total accidentados	2.439.529	6,22	100

Nota: Los totales no corresponden al sumatorio de la columna, pues existe una 4% de accidentados que han declarado haber tenido más de un accidente y pueden estar recogidos en más de una fila.

Por otra parte, tanto la probabilidad de la propia caída como la de que se convierta en un accidente con efectos limitadores son crecientes con la edad. En consecuencia, el envejecimiento de la población no hará más que aumentar el peso y la visibilidad de este problema sanitario.

No obstante, el esfuerzo preventivo no puede limitarse al ámbito público. Es cierto que tanto los centros de trabajo como la vía pública son ámbitos fundamentales de accidentabilidad (aproximadamente una quinta parte de los accidentados en cada uno de tales ámbitos), y en ellos las adecuadas actuaciones urbanísticas, reguladoras y administrativas pueden tener efectos positivos bien visibles. De hecho, ya pudo comprobarse en un capítulo anterior que la sinies-

tralidad laboral en España es una importante causa de discapacidades sobre la resulta urgente incidir. Pero también es cierto que el ámbito más frecuente en el que se producen los accidentes es el hogar, (el 30% de quienes tuvieron algún accidente se vió afectado por uno ocurrido en dicho ámbito) y, de nuevo, la evolución de la estructura por edades debe tener efectos mecánicos sobre dicha proporción, acrecentándola si no se produce también una intervención sobre la adecuación del entorno doméstico.

Los accidentes de tráfico, por la gravedad de los efectos que suelen tener, requieren comentario a parte. La cifra de casi 670 mil personas accidentadas en los 12 meses anteriores revela un problema de gran magnitud, que se ve agravado por la elevada mor-

## 6. El estado de salud de la población española

tandad resultante y que, lógicamente, no queda reflejada aquí. El perfil de los accidentados, en este caso, es también peculiar, por el peso abrumador de los jóvenes. Por otra parte, este es un problema que afecta más a los hombres (son el 62% de los accidentados), en clara asociación con diferencias de género que guardan relación con la actividad laboral, los sectores productivos, el uso del tiempo libre y el ocio e incluso las pautas de socialización y de consumo. No obstante, la creciente igualdad laboral y social entre géneros podría en este caso tener futuros efectos negativos, similares a los que se observaron más arriba en relación al tabaquismo (cuadro 18).

### 6.3 Servicios sanitarios y/o sociales

Finalmente, el cuestionario de salud que la EDES recoge sobre la población en general dedica un apartado al uso de servicios sanitarios y sociales cuya demanda no se debe al padecimiento de alguna discapacidad o limitación (tales servicios habían quedado previamente recogidos en los cuestionarios correspondientes). La detección inicial discrimina entre servicios de corto alcance tempo-

ral, en cuyo caso el periodo de referencia son los últimos quince días, o bien aquellos de duración amplia, sobre los cuales se indaga en caso de haberlos solicitado durante el último año.

La primera distinción que cabe hacer, además de si se han demandado o no tales servicios, es si la demanda ha obtenido o no respuesta (cuadro 19).

La información relativa al ámbito en el que se han recibido los servicios en cuestión revela el muy desigual peso de la asistencia sanitario y la social en nuestro país. Los Centros de Atención Primaria, especialistas y despachos médicos fueron utilizados por un 40% de la población durante el año anterior, y los hospitales por un 12,5% adicional (lógicamente, no se trata de servicios excluyentes entre sí). La atención en centros que podrían considerarse estrictamente sociales, al lado de tales cifras, resulta ciertamente escasa (cuadro 20).

Esta acusada asimetría entre lo social y lo sanitario debe tenerse muy en cuenta cuando lo observado es el régimen económico de los servicios recibidos. En este caso, además, resulta fundamental la distinción entre

**Cuadro 18. Accidentes de tráfico, por sexo y edad**

	0-19	20-44	45-64	65+	Total
<b>Número de afectados</b>					
Hombres	90.618	234.458	62.158	28.027	415.261
Mujeres	46.385	138.543	39.514	29.327	253.769
Total	137.003	373.001	101.672	57.354	669.030
<b>Distribución por edades</b>					
Hombres	21,82	56,46	14,97	6,75	100
Mujeres	18,28	54,59	15,57	11,56	100
Total	20,48	55,75	15,20	8,57	100
<b>Proporción de la población de esa edad y sexo (Porcentajes)</b>					
Hombres	2,1	3,0	1,5	1,0	2,2
Mujeres	1,1	1,8	0,9	0,8	1,3
Total	1,6	2,4	1,2	0,9	1,7

Nota: Se trata de quienes han tenido algún accidente de tráfico, durante los últimos 12 meses, que ha provocado limitaciones en las actividades cotidianas.

## 6. El estado de salud de la población española

### Cuadro 19. Situaciones respecto a la necesidad de recibir servicios sanitarios y/o sociales

	Hombres	Mujeres	Total	Hombres %	Mujeres %	Total %
Necesitó y obtuvo	9.594.648	11.201.053	20.795.701	49,9	56,0	53,0
Necesitó y no obtuvo	464.677	657.006	1.121.683	2,4	3,3	2,9
No necesitó	9.502.394	8.635.620	18.138.014	49,4	43,2	46,2

Nota: Se trata de servicios cuya demanda no se debe al padecimiento de alguna discapacidad o limitación. Las dos primeras situaciones no son excluyentes entre sí, mientras que la tercera sí lo es con ambas.

### Cuadro 20. Tipo de centros donde se han recibido los servicios sanitarios y sociales

Tipo de Centro	Personas atendidas	% población
Hospitales	4.918.419	12,5
Hospitales de día	731.325	1,9
Centr. at. primaria o espec. y despachos médicos	15.660.599	39,9
Domicilio del paciente	153.829	0,4
Centros residenciales	33.906	0,1
Centros de día	236.115	0,6
Centros sociales	118.983	0,3

Nota: Las categorías no son excluyentes entre sí.

aquellos servicios recibidos en los últimos 14 días (servicios más cotidianos y realizables en centros más próximos, con una duración limitada) y servicios recibidos en el último año (servicios más complejos que en el mayor parte se deben efectuar en hospitales y pueden abarcar periodos más amplios de tiempo) (cuadros 21 y 22).

Los servicios recibidos en los últimos 14 días, en los que cabe suponer resultan am-

pliamente mayoritarios los servicios médicos más básicos, se han obtenido en régimen gratuito en más del 90% de casos. En ello podría verse un buen indicador sobre la eficacia con que la sanidad pública presta servicios universales. En cambio, los servicios recibidos en el último año se han recibido de manera muy similar por pago gratuito y pago directo (el pago mixto es casi insignificante en ambos casos).

### Cuadro 21. Servicios\* sanitarios y sociales recibidos los últimos 14 días

	Hombres	Mujeres	Total	Hombres %	Mujeres %	Total %
Gratuito	3.364.133	4.511.185	7.875.318	91,5	91,3	91,4
Pago mixto	16.862	35.818	52.680	0,5	0,7	0,6
Pago directo	334.971	498.567	833.538	9,1	10,1	9,7
Algún servicio	3.675.673	4.939.870	8.615.543			

\* El cuadro resume la información relativa a 9 tipos distintos de servicios: cuidados médicos y enfermería, pruebas diagnósticas, podología, rehabilitación, salud mental y psiquiátrica, ayuda a domicilio, teleasistencia sanitaria, actividades, servicios de respiro, culturales, recreativos y de ocio.



**Cuadro 22. Servicios\* sanitarios y sociales recibidos en el último año**

	Hombres	Mujeres	Total	Hombres %	Mujeres %	Total %
Gratuito	4.096.180	4.490.953	8.587.133	59,1	57,8	58,4
Pago mixto	65.953	79.462	145.415	1,0	1,0	1,0
Pago directo	3.966.768	4.832.938	8.799.706	57,2	62,2	59,9
Algún servicio	6.932.406	7.768.722	14.701.128			

\* El cuadro resume la información relativa a 7 tipos distintos de servicios: dentista, información/asesoramiento/valoración, asistencia sanitaria por personal hospitalario, transplantes/implantes, intervenciones quirúrgicas, servicios de respiro, transporte sanitario y/o adaptado.

## 7 Peso y estatura

Se ha dejado para el último apartado una información que, pese al carácter transversal de la encuesta, sí puede decirnos algo sobre la evolución que ha experimentado la población española en materia de salud, aunque sea indirectamente. Como se verá, las conclusiones son ambivalentes, ya que se hacen visibles mejoras evidentes pero también problemas que requieren respuestas inmediatas.

La EDDDES permite algún conocimiento básico sobre las llamadas "características antropométricas" de la población, en particular la altura y el peso. Esta información puede parecer elemental pero no ha contado con fuentes estadísticas representativas del conjunto de la población hasta hace bien poco. Existían, eso sí, datos relativos a los varones de unos 19-20 años, obtenidos por el ejército respecto a los "mozos" llamados a filas<sup>1</sup>, bastante claros sobre el importante aumento de la estatura media que la EDDDES evidencia (gráfico 19).

Indicadores tan sencillos como estos confirman un progreso notable en la constitución física de los españoles durante las últimas décadas. La fase de crecimiento infantil hasta el intervalo de 15-19 años, sitúa a los hombres de dicha edad con una talla media de 178 cm y a las mujeres con 165. En ambos casos son casi diez centímetros más de lo que consiguieron alcanzar en su día quie-

nes hoy rondan los 85 años (entre otros, este simple indicador generacional proporciona una excelente posibilidad de anticipar una importante mejora en la constitución física de los futuros mayores españoles).

No obstante, y junto a esta contundente evidencia de que se han conseguido progresos evidentes en las condiciones de vida, los resultados relativos al peso corporal obligan a algunas prevenciones sobre el futuro. El peso sigue una pauta por edad diferente a la altura, y alcanza sus máximos en edades distintas según el sexo: las edades de mayor peso medio entre los hombres son las posteriores a los 30 años, mientras que en las mujeres se sitúan nada menos que alrededor de los 60 años. También su valoración es distinta: mientras que la mayor talla resulta, en general, positiva, el peso óptimo se sitúa en una franja concreta de valores en relación a la talla, resultando perjudiciales los valores que no la alcanzan o que la exceden.

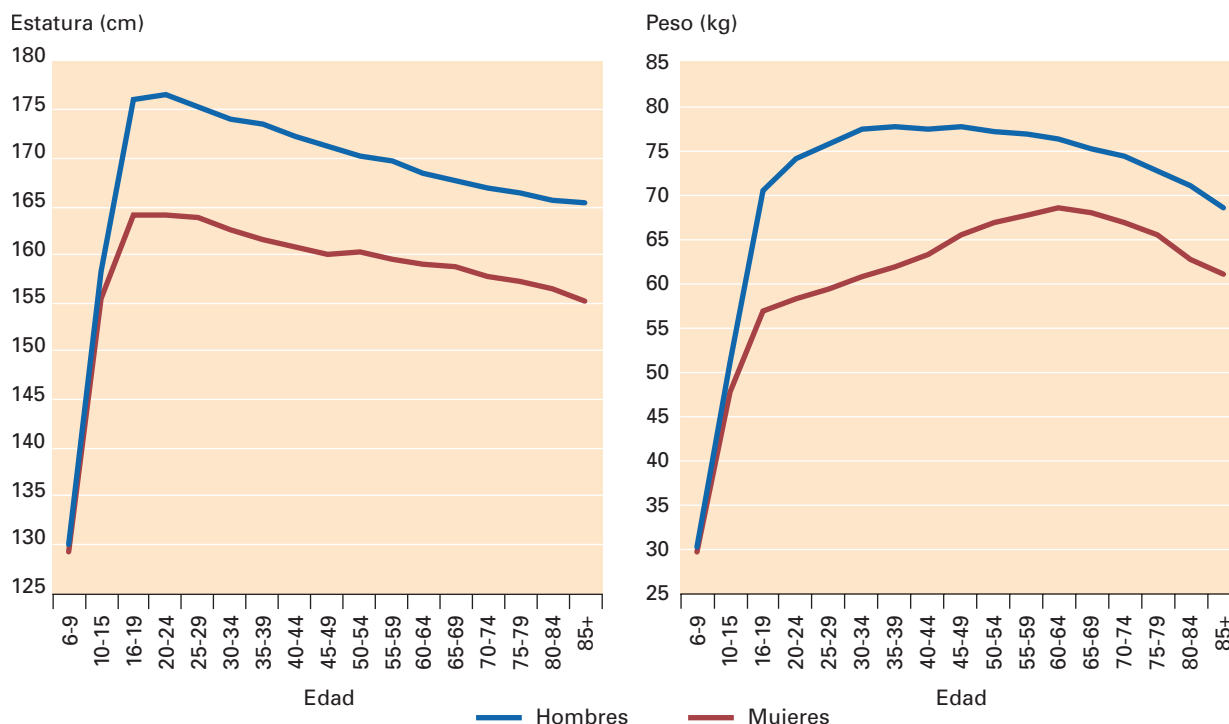
La manera más habitual de relacionar ambas medidas es el llamado Índice de masa corporal<sup>2</sup>, que permite una sencilla clasifica-

<sup>1</sup> La implantación del ejército profesional ha puesto fin a esta fuente, pero los datos del Ministerio de Defensa eran eloquentes: la talla media, que en 1961 había sido de 166,9 cm., alcanzaba 174,6 en 1996, mientras que el peso medio creció de 63,4 a 68,2 kgs.

<sup>2</sup> Body Mass Index (BMI), también conocido como Índice de Quetelet. Se obtiene dividiendo el peso por el cuadrado de la talla, y la clasificación aquí usada se establece con los intervalos siguientes: "insuficiente" (<18,5); "normal" (18,5 a 24,9); "sobrepeso" (25,0 a 29,9) y "obesidad" (30 o más). Para más información sobre este indicador y el método de cálculo puede consultarse la web del National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/index.htm>. Para una explicación más extensa véanse Garrow, J. S. y Webster, J. (1985), "Quetelet's index (W/H<sup>2</sup>) as a Measure of fatness", publicado en *International Journal of Obesity*, (9): 147-153, y Gallagher, D. ; Visser, M. ; Sepulveda, D. ; Pierson, R., et al. (1996), "How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups?" publicado en *American Journal of Epidemiology*, (143): 228-239

## 6. El estado de salud de la población española

**Gráfico 19. Estatura y peso medios según la edad**



**Cuadro 23. Relación entre el peso y la altura, según el sexo (mayores de 20 años)**

	Varones	Mujeres	Total	Varones %	Mujeres %	Total %
Insuficiente	244.076	842.001	1.086.077	2	5	3
Normal	7.566.701	9.570.113	17.136.814	47	56	52
Sobrepeso	6.641.823	4.580.004	11.221.827	41	27	34
Obesidad	1.696.191	1.977.730	3.673.921	11	12	11
(Sin datos)	62.980	156.650	219.630			
<b>Total</b>	<b>16.211.771</b>	<b>17.126.498</b>	<b>33.338.269</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

ción según la cual el 45% de la población adulta excede el peso recomendable.

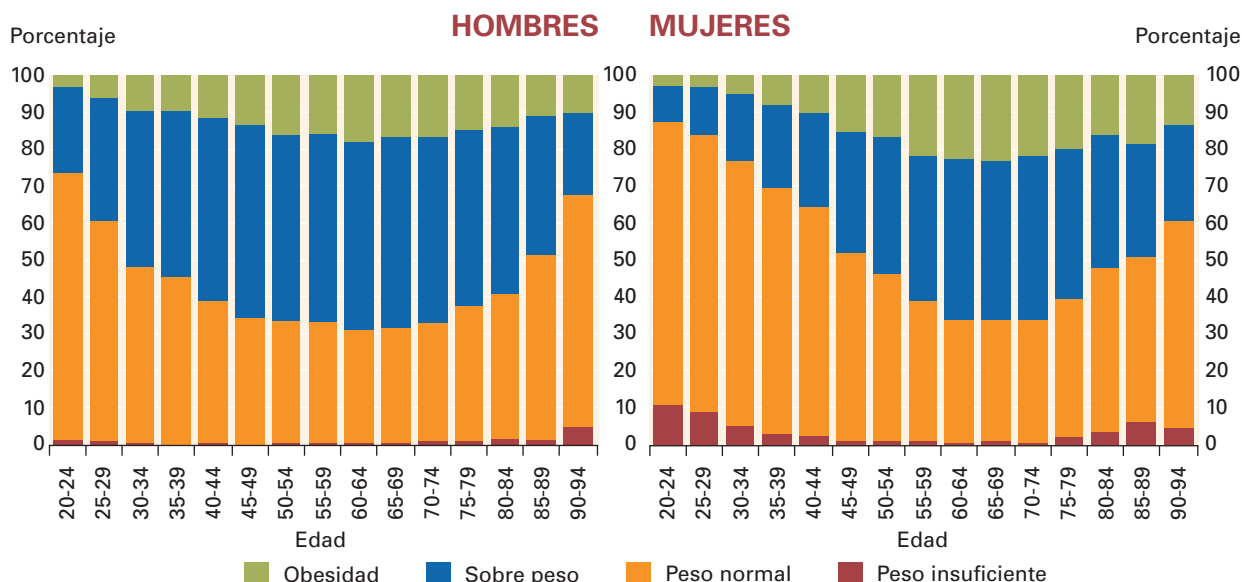
En definitiva, estos datos resultan menos halagüeños, y son indicativos de un problema que se agudiza recientemente en España<sup>1</sup> pero que ya era bien conocido en los países más ricos. Sabemos que se trata de

un fenómeno reciente en nuestro país, pero la rapidez con que se ha producido nos sitúa en una posición poco envidiable en el contexto de los países desarrollados, sin que se haya asumido consciencia del problema con una rapidez equivalente. En particular, y según estudios comparativos internacionales (Komlos & Baur. 2003), las mujeres en España están entre las peor situadas en todo el mundo.

No es ningún secreto para la medicina contemporánea la estrecha relación entre la

<sup>1</sup> Véase la página web de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO): <http://www.seedo.es/>

**Gráfico 20. Relación entre el peso y la altura, según el sexo y la edad**



obesidad y la morbilidad, de manera que la autocomplacencia por la rapidez con que mejoraron el nivel de vida, la supervivencia y la salud en nuestro país debería abandonarse cuanto antes para asumir que la privilegiada situación alcanzada (España es uno de los países con mayor esperanza de vida en el mundo actual) conlleva problemas nuevos, como acaba de verse en relación a la siniestrabilidad y los accidentes de tráfico. El del sobrepeso, en particular, está claramente ligado a los nuevos hábitos de vida y de alimentación, y tiene en los menores unas víctimas desvalidas que sufrirán los efectos a largo plazo. Si se pretende no ya mejorar, sino incluso mantener nuestra privilegiada situación colectiva, habrá que obrar en consecuencia.

## 8 Conclusiones

Esta parte del informe se centra en el aspecto de la salud en general de la población y en la relación existente entre estado de salud y discapacidad. El grueso de los datos proviene de un cuestionario que, a diferencia de los otros, estaba dirigido a todos los miembros de los hogares independiente-

mente de su relación con la discapacidad. Por una parte se ha analizado el posible peso de la discapacidad en el estado general de la salud y por otra se presentan los indicadores básicos sobre la autovaloración del estado de salud, los hábitos de vida, la accidentalidad y las enfermedades crónicas del conjunto de la población.

– Quienes se consideran en buena o muy buena salud son el 73,1% de los mayores de 14 años (y el 76,7% del total de edades).

– La percepción empeora con la edad. Entre los jóvenes de menos de 30 años menos del 1% considera su salud mala o muy mala; entre los adultos-maduros de entre 45 y 64 años dicho porcentaje se eleva al 7%, mientras que entre los mayores de 80 años supera el 22%.

– También la salud percibida es peor entre las mujeres (un 78% de los hombres y el 69% de las mujeres declaran encontrarse en buena o muy buena salud).

– Respecto al padecimiento de enfermedades crónicas diagnosticadas resulta destacable que las pautas sean similares a las ya observadas respecto a la percepción de la salud. La incidencia mínima se da entre los menores de cinco años, en torno al 10%, mientras que en las edades más avanzadas alcanza a prácticamente el 85% de la pobla-

## 6. El estado de salud de la población española

ción. Por otra parte, los varones afectados son el 44,2%, frente al 52,7% de mujeres.

– Entre los más jóvenes el cuadro múltiple (padecimiento simultáneo de más de una enfermedad crónica) resulta bastante escaso, de forma que casi el 80% de quienes padecen enfermedades crónicas se ve aquejado sólo por una. No ocurre lo mismo entre los más mayores; cuando los afectados pasan de los 65 años dicha proporción es sólo del 30% en los hombres, y el 23% en las mujeres.

– Las alergias son los problemas más frecuentes entre los hombres, ya que las padece el 11,5% y suponen el 13,5% de todas las enfermedades crónicas que les afectan. Pero se trata de enfermedades claramente relacionadas con la juventud y la vida adulta. En las edades maduras y avanzadas ganan terreno y resultan mayoritarias las artrosis y problemas reumáticos, que se convierten así en el segundo problema más frecuente al afectar al 11,2% y suponer el 13,2% de todas las enfermedades crónicas masculinas.

– En clara relación con su mayor supervivencia y el consecuente mayor peso de las edades avanzadas, para las mujeres la artrosis y los problemas reumáticos constituyen con diferencia las enfermedades crónicas más relevantes (las padece el 22,6% y suponen 17,6% de las enfermedades), y el mismo factor explica que el segundo lugar lo ocupen los problemas de circulación (12,0%).

También se ha estudiado la relación entre los hábitos y el estado de salud, con especial atención en el consumo de medicamentos, el tabaquismo y la alimentación.

– En cuanto al consumo de **medicamentos** cabe señalar que el 43,9% de la población manifiesta haber consumido algún medicamento en las últimas dos semanas, porcentaje que se eleva casi hasta el 50% en el caso de las mujeres, mientras que en los hombres sólo es del 38 %.

– La mayor parte (casi el 49%) lo hicieron con cargo total a la Sanidad Pública, y con

cargo parcial lo hicieron en una proporción también considerable (34,7%).

– En el apartado dedicado al **tabaco** destaca la igualación de los hábitos femeninos con los masculinos, y no al revés. Entre los hombres es muy constante que cerca del 70% haya sido fumador en algún momento de su vida, y las diferencias entre edades las marca el progresivo abandono del hábito. El tabaquismo ha empezado a reducirse en las generaciones más jóvenes de hombres pero se confirma una clara inversión de las tendencias: entre las mujeres maduras y mayores pocas son las que han fumado, mientras que entre las adultas-jóvenes las alguna vez fumadoras se acercan al 60% y las que todavía mantienen el hábito superan el 45%.

– El tabaquismo ha empezado a reducirse en las generaciones más jóvenes, especialmente las masculinas. En efecto, la máxima incidencia se dio en la generación 1960-64 (un 70% a los 25 años de edad), mientras que los nacidos en el quinquenio siguiente muestran ya porcentajes inferiores en todas las edades para las que existe información. La solidez de la tendencia se confirma en la generación 1970-74, que a los 25 años presenta una proporción del 50%, lo que supone un espectacular descenso respecto a las anteriores y es, de hecho, la proporción más baja a esa edad de todas las generaciones presentes.

– En cuanto a los **hábitos alimenticios** hay que señalar que la población española conserva todavía el hábito de distribuir la alimentación en al menos tres comidas fuertes diarias (90% de la población) con diferencias escasas entre sexos. De hecho, una proporción no negligible añade la merienda en todas las edades, aunque lógicamente esta práctica sólo sea mayoritaria entre los más jóvenes, para los cuales supera, no obstante, un notable 70%.

– El hogar sigue siendo abrumadoramente mayoritario como lugar habitual de tales comidas, aunque dicha pauta destaca, si cabe, en el caso de las cenas, donde resulta prácticamente universal. Este hecho se acentúa aún más entre los mayores de 65 años, quienes en muy contados casos realizan ha-

## 6. El estado de salud de la población española

bitualmente comida alguna fuera del hogar. Además en el hogar se consumen principalmente platos cocinados, reduciéndose quienes comen únicamente platos precocinados y/o enlatados a porcentajes casi insignificantes que en la mayoría de casos no llegan ni al 1%.

Otro de los puntos tratados en este capítulo ha sido la adaptación del entrono físico, una dimensión social de la salud que rebasa la estricta condición fisiológica o médica de las personas pero que la condiciona por influir en la interrelación con lo que nos rodea. Se ha puesto especial atención en temas como la **accesibilidad a las viviendas**, los **accidentes** (excluyendo los de tráfico) y la **demandas y uso de los servicios sociales y sanitarios** que no se deban al padecimiento de alguna discapacidad o limitación.

– Afirman encontrarse bien o muy bien el 83% de quienes viven en pisos con ascensor, frente al 76% de quienes lo hacen en pisos sin ascensor, y la diferencia se acentúa con la edad.

– Quienes en el año inmediatamente anterior sufrieron algún accidente (no de tráfico) que les produjo limitaciones en la actividad fueron 2.439.529, un 6,2% de la población.

– La información relativa al ámbito en el que se han recibido los servicios en cuestión revela el muy desigual peso de la asistencia sanitaria y la social en nuestro país. Los Centros de Atención Primaria, especialistas y despachos médicos fueron utilizados por un 40% de la población durante el año anterior, y los hospitales por un 12,5% (no se trata de servicios excluyentes entre sí). La atención en centros que podrían considerarse estrictamente sociales se sitúa en todos sus tipos por debajo del 1%.

Por último se ha incluido información sobre el **peso y la altura**, variables antropométricas básicas que no han contado hasta hace bien poco con fuentes estadísticas representativas del conjunto de la población. Cabe destacar que la fase de crecimiento infantil hasta el intervalo de 15-19 años, sitúa a los hombres de dicha edad con una talla media de 178 cm y a las mujeres con 165cm. Son casi diez centímetros más de lo

que consiguieron alcanzar en su día quienes hoy rondan los 85 años, de forma que el factor generacional implica un gran potencial de mejora para la vejez futura.

