

LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES A LO LARGO DE LA ÚLTIMA DÉCADA

Colectivo IOÉ (*)

Por iniciativa de la Obra Social de la Confederación Española de Cajas de Ahorros hemos realizado un informe que acaba de ser publicado dentro de la colección Estudios de la Fundación de FUNCAS, bajo el título *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década*. En este artículo presentamos las características de dicho informe así como sus principales conclusiones.

1. CARACTERÍSTICAS Y FUENTES DEL INFORME

El objetivo del trabajo es conocer la situación actual y los cambios que se han registrado a lo largo de la última década en torno al estado de salud de la población española. Para ello se utilizó la información suministrada por las Encuestas Nacionales de Salud (ENS), promovidas por el Ministerio de Sanidad. La primera de ellas se realizó en 1987, pero hasta cinco años más tarde no se puso en marcha la segunda. A partir de 1993 se ha venido realizando con periodicidad bianual. Desde entonces contamos con cinco encuestas realizadas (1993, 1995, 1997, 1999 y 2001) y una en marcha, de la que sólo se conocen algunos datos de avance (2003).

Las ENS distinguen entre población infantil y adulta, puesto que sus problemáticas y necesidades de atención en cuanto a la salud son —en muchos asuntos— diferentes. Debido a ello destinan partes específicas de sus cuestionarios a estos dos segmentos de población. En este trabajo hemos optado, con el fin de simplificar la presentación de resultados, por analizar *sólo la situación y evolución sanitaria de la población adulta*. Se realiza un análisis longitudinal, comparando la situación existente en 1993 con la del último año disponible (en general 2001, en algunos casos 2003), prestando atención a la evolución experimentada durante los años intermedios. Además, se ofrece un panorama de la situación actual, refiriéndonos

a las cifras absolutas de población afectada, puesto que en ocasiones el simple uso de porcentajes puede hacernos perder de vista la magnitud de algunas situaciones. Para realizar esta labor hemos explotado los ficheros de microdatos de las ENS realizadas entre 1993 y 2001; las cifras provisionales de 2003 proceden de las publicadas por el Instituto Nacional de Estadística en su página web. En la medida de lo posible intentamos contextualizar la situación española comparándola con la detectada en otros países europeos. Para ello, utilizamos información recientemente difundida por EUROSTAT, la oficina de estadística de la Unión Europea (1).

El trabajo se estructura en tres grandes apartados. El primero de ellos se refiere a la morbilidad percibida por la población; es decir, a su estado de salud o enfermedad. Contiene cinco capítulos: el primero hace referencia a la valoración que las personas hacen de su propio estado de salud; el segundo analiza las enfermedades crónicas que se padecen; el tercero estudia las enfermedades agudas (no crónicas) más habituales; el cuarto se refiere a los accidentes sufridos y sus consecuencias, y el quinto analiza las limitaciones de la población para realizar actividades de la vida diaria.

La segunda parte se refiere a los hábitos y estilos de vida de la población que más influyen sobre el estado de salud. Está organizada en seis capítulos cuyos contenidos son los siguientes: los principales hábitos alimentarios; el sedentarismo, la falta de descanso y la obesidad; el consumo de tabaco; el consumo de bebidas alcohólicas; el consumo de medicamentos; y la existencia o déficit de relaciones de apoyo afectivo.

La tercera parte se refiere monográficamente a las relaciones entre la población y el sistema sanitario, es decir, al uso de los servicios existentes. Se analiza el tipo de cobertura sanitaria (pública y privada); la asistencia a consultas médicas, a servicios de urgencia, los ingresos hospitalarios, la

salud dental y la atención odontológica, y algunas prácticas de asistencia sanitaria preventiva (atención ginecológica y vacunación contra la gripe).

Finalmente, en el capítulo de conclusiones se presentan de forma sintética algunos de los principales rasgos que caracterizan la situación analizada.

El informe no pretende ofrecer un diagnóstico acabado de todas las cuestiones relacionadas con el estado de salud de la población. Su objetivo es más modesto: poner a disposición del público no especializado una información, en gran parte financiada con fondos públicos, que habitualmente no está a su alcance. En tanto que la salud es cosa de todos, no sólo de profesionales y especialistas, se trata de que una mejor información contribuya a promover una ciudadanía activa, convertida en agente de promoción de las mejoras necesarias.

2. PRINCIPALES CONCLUSIONES

En este resumen sintético de las principales cuestiones detectadas a lo largo del estudio nos referiremos, en primer lugar, a las cuestiones relacionadas con la morbilidad y el estado de salud, mostrando cómo se incrementan algunos problemas de salud y la relación que tienen con las condiciones de vida de la población. En segundo lugar, nos centraremos en los servicios de atención sanitaria, señalando cuáles son los que se increpan y señalando las diferencias entre usuarios de las redes pública y privada. En tercer lugar, veremos la evolución en la asignación de recursos, económicos y humanos, a las distintas redes de atención, mostrando su incongruencia con la evolución de la población atendida por cada una. Finalmente, nos referiremos a las relaciones generales entre atención sanitaria, salud y condiciones de vida, y el ámbito en que debieran intervenir las actuaciones de salud pública.

2.1. Morbilidad y condiciones de vida

El análisis de las Encuestas Nacionales de Salud aplicadas en la última década lleva claramente a la conclusión de que *se han incrementado sensiblemente los síntomas de malestar en la sociedad española*, ya se trate de la percepción negativa del propio estado de salud (colectivo que ha crecido un 26 por 100) o del consumo de fármacos (incremento de un 42 por 100 de la población que ha consumido medicamentos en las dos

últimas semanas), de la existencia de enfermedades crónicas (sólo las siete que vienen recogidas en las Encuestas de Salud han aumentado un 27 por 100; los mayores incrementos corresponden a la hipertensión arterial y al colesterol elevado), del incremento de las enfermedades agudas (en especial las degenerativas y crónicas, ligadas al envejecimiento de la población, mientras se han reducido las de origen infeccioso) o de los accidentes, cuyo incremento global en la década considerada ha sido de un 29 por 100.

Estos síntomas de malestar en el estado de salud guardan estrecha relación, por una parte, con el envejecimiento general de la población y, por otra, con la evolución de los estilos de vida (estrés social y laboral, menos horas de sueño, aislamiento afectivo...), régimen alimentario (el colectivo de obesos se ha incrementado en un 42 por 100), consumo de alcohol y tabaco (aunque éste último se ha reducido, España sigue ocupando posiciones elevadas en la dependencia de estos productos), etc. Veamos con más detalle algunas de estas situaciones:

— Las personas mayores de 15 años que en 1993 calificaban su salud como mala o muy mala eran el 7,1 por 100 en 1993 y el 9,6 por 100 en 2003 (3,4 millones de personas). La población española es una de las que peor valora su estado de salud en el contexto europeo, sólo superada por las de Portugal e Italia.

— Entre 1993 y 2001 se ha registrado un incremento constante de las personas afectadas por enfermedades crónicas (sólo siete de ellas afectaban al 30 por 100 en 1993 y al 37 por 100 en 2001). También ha crecido el porcentaje de quienes han visto limitadas sus actividades habituales a causa de las mismas (6,4 por 100 en 1993 y 9,4 por 100 en 2001).

— Las dolencias agudas afectan a un segmento creciente de los adultos: en 1993 el 19,6 por 100 vio afectada su actividad durante diez o más días por año, en 2003 la cifra ascendió al 22,7 por 100. Simultáneamente se registró un descenso de la población que guardó cama (de 8,3 por 100 en 1993 a 7,5 por 100 en 2001) —probablemente debido al temor de perder un empleo precario— pero se incrementó la media de días pasados en cama (de 3,4 a 3,9). La mayor parte de las enfermedades que aumentaron su incidencia están relacionadas con el modo de vida dominante en la sociedad actual (estrés, prisas, aislamiento social, etcétera).

— En general disminuye la prevalencia de las enfermedades infecciosas y carenciales (debido a mejoras en las prácticas preventivas) y se incrementan las de carácter degenerativo y crónicas (debido al envejecimiento de la población) más las enfermedades profesionales y los accidentes laborales.

— Cada vez hay más accidentados: 7,5 por 100 en 1993, 9,8 por 100 en 2003 (unos 3,8 millones de adultos). La mayoría de los afectados (1,7 millones) sufrió contusiones, hematomas o luxaciones; 850.000 padecieron fracturas o heridas profundas; 280.000 algún tipo de quemadura y 106.000 una intoxicación o envenenamiento. En relación con otros países europeos España es, según Eurostat, de los que registran mayores tasas de accidentes laborales mortales (sólo por detrás de Portugal e Irlanda) y de víctimas en accidentes de tráfico (por detrás de Grecia, Portugal, Luxemburgo y Bélgica).

— Disminuyen las horas de sueño diario: entre 1993 y 2001 la media pasó de 7 horas 36 minutos a 7 horas 24 minutos. Alrededor de 2,8 millones de adultos no superan las cinco horas de sueño diarias, de ellos 1,7 millones están en edad activa (menores de 65 años).

— Un tercio de los adultos que trabajan lo hacen casi siempre sentados. Además, las actividades realizadas durante el tiempo libre por la mayoría de personas son de tipo sedentario, aunque la tendencia muestra un incremento importante de las personas que realizan actividad física varias veces a la semana o de manera ocasional.

— Entre 1993 y 2001 el porcentaje de personas con sobrepeso se ha mantenido estable, con tendencia a un leve descenso: en torno al 16 por 100 (5,7 millones de personas). En cambio, la obesidad se ha incrementado constantemente, pasando del 9,1 por 100 de los adultos hasta un 13,7 por 100 (4,8 millones) en 2001, aunque los avances de 2003 señalan una disminución hasta el 12,9 por 100 (4,6 millones). En el contexto europeo, España se sitúa inmediatamente detrás de los dos países con mayor porcentaje de población obesa (Reino Unido y Alemania).

— Desciende el porcentaje de población fumadora, pero ocupamos el cuarto puesto en el ranking europeo de fumadores. Entre 1993 y 2003 se ha registrado una disminución de la población afectada por el consumo de tabaco: hay menos

fumadores en activo (de 36,2 a 31,2 por 100) y más ex fumadores (13,4 a 17,7 por 100). Los fumadores serían 7,3 millones de hombres y 4,9 de mujeres; los ex fumadores 4,3 y 1,7 millones, respectivamente, y los que nunca han fumado 5,7 millones de hombres y 11,5 millones de mujeres. En Europa, los mayores porcentajes de población fumadora se registran en Austria y Noruega (más del 40 por 100 de los adultos), a continuación se sitúa España, junto a Dinamarca e Islandia (en torno al 35 por 100).

— Aumentan los bebedores de bebidas alcohólicas aunque disminuye el consumo diario. La proporción de población mayor de 15 años que ha consumido alguna bebida alcohólica durante las últimas dos semanas ha aumentado, desde el 47,3 por 100 en 1993 al 52 por 100 en 2001. El consumo habitual incluye a algo más de dos tercios de los hombres (11,8 millones en 2001) y sólo a un tercio de las mujeres (6,8 millones).

También se ha incrementado la cantidad ingerida en cada consumo (número de copas o vasos) aunque, simultáneamente, ha disminuido el consumo diario de estas bebidas, a favor de uno más esporádico. Esta tendencia general podría resumirse como el crecimiento de un consumo moderado.

— La dependencia de la población anciana, originada en limitaciones para realizar determinadas actividades, crece numéricamente (debido al envejecimiento de la población) aunque se contiene, e incluso retrocede, porcentualmente. Más de 175.000 personas (en torno al 3 por 100 de la población anciana) están severamente limitadas en sus capacidades, ya que no pueden comer, levantarse o acostarse, andar, lavarse o peinarse por sí mismas; algo más de 600.000 tienen dificultades para realizar otras tareas domésticas (lavar ropa a máquina, cambiar sábanas, hacer la cama, hacer la compra), problemas de movilidad (subir diez escalones, usar transporte público) o de autonomía (quedarse solo durante la noche).

— En 1993 el 46,1 por 100 de los adultos había consumido algún medicamento en las dos semanas anteriores; en 2003 la cifra se había incrementado hasta el 65,5 por 100. Los productos cuyo consumo ha aumentado más son los medicamentos para la alergia, para bajar el colesterol, y los antidepresivos o estimulantes. De una lista de dieciocho tipos de fármaco, en catorce de

ellos se incrementó el porcentaje de consumo bajo receta médica; la automedicación es más habitual en productos para adelgazar, contra el catarro, gripe, afecciones de la garganta o los bronquios, contra el dolor o la fiebre, los laxantes y las vitaminas o tónicos.

— Entre 3 y 3,8 millones de adultos no reciben amor, no tienen amistades íntimas, ni apoyo en situaciones difíciles; además, casi 7 millones de adultos nunca o casi nunca son invitados a salir con otras personas. La falta de apoyo afectivo es proporcionalmente mayor entre la población anciana, aunque, en números absolutos, son más los afectados que tienen entre 16 y 64 años.

2.1.1. Salud, enfermedad y situación social: siguen enfermando más los mismos sectores

A lo largo del período analizado subsisten, en general, las *desigualdades en el estado de salud en función de la edad, el sexo, la clase social o la comunidad autónoma*. En especial, los problemas se acentúan cuando se juntan dos o más de las características anteriores, si bien existen algunas excepciones tal como recogemos con detalle a continuación:

— Ancianos, mujeres y las personas con ingresos bajos se sienten con peor salud. Por comunidades autónomas, las percepciones de salud más negativas corresponden a ambos archipiélagos, Galicia y las comunidades del sur peninsular (Extremadura, Andalucía y Murcia). Salvo en el caso de Baleares, se trata de las regiones españolas con más bajos niveles de renta.

— El bajo nivel de ingresos correlaciona siempre con mayores porcentajes de enfermedad crónica, especialmente cuanto mayor es la edad de la persona.

— En cuanto a las enfermedades agudas existe mayor morbilidad de las mujeres, las personas sin estudio, con ingresos bajos y afectadas por enfermedad crónica.

— Los accidentados son especialmente hombres jóvenes (menores de 35 años) con ingresos altos, que sufren accidentes de tráfico o laborales, y mujeres mayores (65 o más años) con ingresos bajos, accidentadas en el espacio doméstico o en la calle.

— Las limitaciones y la dependencia de los ancianos son mayores cuando se trata de personas sin pareja, particularmente las que viven solas, generalmente mujeres, de bajos ingresos.

— Las dietas más descompensadas corresponden a jóvenes activos de los sectores con menores ingresos; los varones destacan en tres de los casos analizados (ingesta poco frecuente de frutas y verduras, alta de embutidos) y las mujeres en el restante (consumo frecuente de dulces).

— Existe una franja significativa de la población que realiza muy poca actividad física. Los más sedentarios son los 5,9 millones de adultos que no realizan ningún tipo de ejercicio físico; de ellos, 4,2 millones tienen entre 16 y 64 años: predominan las personas con estudios superiores, los económicamente activos, y algo más a menudo los hombres que las mujeres.

— Quienes menos duermen son las personas de más edad, económicamente inactivas y con ingresos bajos; en el segmento de población activa destacan quienes viven en hogares con ingresos bajos o medio-bajos, las personas de mayor edad, las mujeres, especialmente las inactivas (“amas de casa”).

— Las personas obesas tienen frecuentemente ingresos bajos o medio-bajos, estudios primarios o inferiores; destacan las mayores de 55 años, y las económicamente inactivas.

— El porcentaje de fumadores disminuye constantemente entre los hombres pero entre las mujeres sólo se registra un ligero descenso en 2003. La población femenina parece iniciarse en el consumo y abandonarlo en mayor medida que los hombres. El hábito es mayor entre los varones pertenecientes a hogares de ingresos bajos y entre las mujeres de ingresos medio-altos o altos.

— El consumo de alcohol es más frecuente entre los hombres que las mujeres, aunque el de ellos tiende a disminuir y el de ellas a aumentar. Las pautas de consumo según el nivel de ingresos varían con el sexo y el tipo de bebida: los varones de ingresos bajos son los que más consumen vino y cava, licores, aperitivos y whisky; los de ingresos medios quienes más beben cerveza y sidra. Entre las mujeres, en cambio, el consumo es más habitual en los segmentos de ingresos medios y altos.

— El estatus social bajo está asociado con un mayor consumo de medicamentos, aunque dicha correlación está limitada por la capacidad adquisitiva (el estrato de ingresos más bajo consume menos medicinas que el medio-bajo). La mayor propensión al consumo de medicinas corresponde a las mujeres menores de 45 años y con niveles de ingresos reducidos.

— Los más carentes de apoyo social y afectivo son personas maduras, de sectores sociales desfavorecidos (con menores niveles de estudios y de ingresos), que viven solas.

2.2. Las respuestas del sistema sanitario

2.2.1. Mayor utilización de los servicios sanitarios

A lo largo de los años noventa se ha logrado una *mayor igualdad en el acceso de la población a los servicios sanitarios*, como resultado de la extensión de la cobertura sanitaria, de la reforma de la asistencia primaria y del proceso de descentralización de la gestión. Debido a ello, y como consecuencia del aumento de enfermedades y accidentes, *se ha incrementado el número de consultas realizadas por año y persona, pero no se ha resuelto —aunque sí aliviado ligeramente— el problema ya crónico de las listas de espera cuyo número de afectados se ha duplicado*. Recogemos con mayor detalle los elementos que avalan esta valoración:

— Las personas que acuden asiduamente a consultas son unos 8,6 millones de personas; especialmente mujeres, inactivas, mayores de 65 años, con bajos ingresos y nivel educativo, residentes en Madrid, Extremadura, la Comunidad Valenciana o La Rioja.

— Dos tercios son de medicina general y un tercio de especialistas. La consulta a especialistas alcanza valores máximos entre los 25 y 44 años (disminuye bruscamente a partir de los 65 años), entre las personas de mayor nivel de estudios y las económicamente activas; son más habituales en Navarra, Cataluña y Ceuta.

— Crece continuamente la utilización de los servicios de urgencia: entre 1993 y 2003 los usuarios pasaron del 14,1 hasta el 26,7 por 100 (en torno a 9,4 millones de adultos en 2003). Son más utilizados por las mujeres que por los hombres en todos

los segmentos de edad, pero especialmente entre los 45 y 64 años; predomina la población que pertenece a hogares con ingresos bajos.

— Se producen más ingresos hospitalarios pero son de menor duración. Se ha incrementado el porcentaje de población adulta que fue hospitalizada a lo largo del año, mientras que se ha mantenido el número medio de hospitalizaciones y ha descendido el número promedio de días de cada ingreso. El número de adultos que dice haber sido ingresado a lo largo de 2001 es algo mayor a los tres millones de personas.

— Las listas de espera para ingresos hospitalarios tienden a disminuir. En torno a la cuarta parte de las personas ingresadas estaban en lista de espera. Entre 1993 y 2001 se detecta un descenso tanto del volumen de afectados (de 25,5 a 23,3 por 100 de los ingresados) como del tiempo de espera (de 7,1 a 6,5 meses). En 2001 algo más de 700.000 de los tres millones de ingresos procedían de listas de espera.

2.2.2. Asistencia pública y asistencia privada

— Prácticamente toda la población española está cubierta por algún tipo de seguro médico, y la gran mayoría (96 por 100) tiene acceso al sistema sanitario público, sea directamente o a través de una mutualidad. Un grupo reducido utiliza las prestaciones de seguros privados, sea directamente o a través de una mutualidad. Existe también una franja de población que cuenta con doble cobertura, al ser beneficiarias de más de un sistema de seguro médico. Este segmento creció de forma significativa desde 1993 (pasando de 4,7 a 11 por 100). Estos dos últimos grupos están constituidos principalmente por personas con estudios secundarios o superiores y niveles de ingreso altos o medio-altos.

— Los profesionales del sistema público atienden a más del 80 por 100 de la población que acude a consultas médicas y cada año reciben a una proporción mayor de pacientes. Los médicos privados, en cambio, aunque ocupan el segundo lugar, han descendido, mientras que los adscritos a sociedades médicas han experimentado un moderado ascenso. Cada uno de estos dos segmentos recibe en torno al 6 por 100 de las consultas.

— Los servicios de urgencia son utilizados cada vez más (14,1 por 100 de los adultos en 1993, 26,7 por 100 en 2003). La mayoría de las urgencias es

atendida en centros del sistema público, y la proporción (en torno al 89 por 100) se mantiene constante durante el período estudiado.

— También ha crecido el volumen de población hospitalizada (de 7,4 a 8,7 por 100). Los gastos de internamiento son asumidos mayoritariamente por el sistema público de Seguridad Social, aunque se registra una evolución descendente (en 2001 cubrieron 2,5 de los 3 millones de ingresos). A mucha distancia, pero con tendencia al incremento, aparecen las entidades privadas de seguros médicos (270.000) y las mutualidades del estado (140.000). Menos importancia, que además es decreciente, tienen los ingresos costeados por el propio paciente (52.000).

— Más del 80 por 100 de la población que recibe atención odontológica se atiende en consultas privadas. Los profesionales del sector privado siguen atendiendo la mayor parte de la demanda y, además, han incrementado la proporción de población atendida entre 1993 y 2001; los odontólogos del sistema público ocupan el segundo lugar, pero han perdido importancia relativa durante este período: el incremento de población atendida se ha canalizado hacia los profesionales de la medicina privada.

— Por ello, la condición social incide de forma importante en la salud bucodental y en las prácticas asistenciales: los sectores sociales con menores niveles educativos y de ingresos son los que se encuentran menos atendidos en esta faceta de su salud. Esta situación obedece a la combinación de dos factores: por un lado, una menor información acerca de la importancia de la salud bucodental; por otro, mayores dificultades económicas para acceder a la atención profesional, puesto que ésta se desarrolla en su mayor parte en el ámbito privado.

— Cada vez son más las mujeres mayores de 15 años que han acudido al menos alguna vez al ginecólogo. También está aumentando la frecuencia de visitas: cada vez son más las mujeres que acuden con frecuencia anual o inferior. Existe una relación evidente con el estatus social: cuanto más elevado es el nivel de ingresos del hogar y el de estudios de la persona más frecuentes son las consultas ginecológicas. Y viceversa. También existe una fuerte correlación con la edad: las visitas son más frecuentes cuanto más joven es la mujer y se van espaciando con la edad, notablemente a partir de los 55 años.

2.3. Falta de recursos y precarización en el sistema sanitario público

A pesar del aumento apreciable de población atendida por el sistema sanitario público, *el porcentaje de gasto público sanitario respecto al PIB del país apenas ha variado entre 1990 y 2000* (de 5,2 a 5,4 por 100) mientras que el gasto privado se incrementó de forma notable (de 1,4 a 2,3 por 100). Como resultado ha crecido la participación del gasto privado hasta alcanzar el 30 por 100 del total. Esta tendencia apunta a un proceso de *creciente dualización (público/privado) de los recursos, en proporciones que no se corresponden con el volumen de población atendida por cada uno de los sectores*; en concreto, el sistema privado absorbe más recursos de los que le corresponderían en función de la demanda que atiende. Ampliamos esta valoración en los siguientes puntos:

— El gasto sanitario público en España es de los más bajos de la Unión Europea (de 15 miembros): en 2000 se situaba en el 5,4 por 100 del PIB, mientras la media comunitaria se cifraba en el 6,5 por 100; sólo tres países (Grecia, Finlandia e Irlanda) destinaban una proporción menor de su producto interno a la financiación pública de la salud.

— Aunque en España ha crecido el gasto por habitante en asistencia sanitaria entre 1993 y 2000 (de 839 a 1.068,6 unidades de poder de compra), dicho incremento ha sido menor al experimentado en el conjunto de la Unión Europea (de 1.220,4 a 1.615,6 respectivamente). La consecuencia es que ha aumentado la diferencia entre España y la UE. El gasto sanitario por habitante en España sólo supera al de Grecia y Portugal.

— El total de empleados en el área de salud por cada 1.000 habitantes es menor, y ha crecido menos, en España que en el conjunto de los veintidós países europeos de la OCDE; el incremento producido en España entre 1997 y 2001 fue la mitad del registrado en el conjunto europeo, y se produjo preferentemente en el sector privado. Además, mientras en la zona europea se incrementó el porcentaje de ocupados en salud respecto al empleo total (de 6,1 a 6,7 por 100) en España la proporción ha descendido (de 4,6 a 4,3 por 100).

— Estamos ante un incremento de la demanda de atención y un estancamiento de los recursos, humanos y materiales, del sistema sanitario público en España. Desde cierta perspectiva, esta situación puede contemplarse positivamente, en la

medida en que denota una mayor productividad del personal empleado; desde otra, en cambio, cabría resaltar el deterioro que se puede estar produciendo en la calidad de la atención y en las condiciones de trabajo y remuneración de los profesionales, en especial de los más jóvenes.

2.4. Derecho a la salud, asistencia sanitaria y desigualdades sociales

Los datos disponibles sugieren que el Sistema Nacional de Salud cuenta con recursos importantes para afrontar la cura de enfermedades; sin embargo, parece menos preparado para la prevención y para ocuparse de la morbilidad crónica, que tiende a aumentar continuamente. La composición demográfica de la población, caracterizada por un continuo envejecimiento, plantea la necesidad de desarrollar servicios de geriatría y de carácter médico-social para la atención de personas ancianas e incapacitadas.

Con ser necesario, el desarrollo de la asistencia sanitaria no será suficiente para garantizar el buen estado de salud de la población. Como se ha venido mostrando a la luz de los datos de las ENS, en muchos de los asuntos clave existe una correlación clara entre salud y situación social de la población. Con frecuencia, las personas con mayor morbilidad se encuentran entre las capas de la población que tienen menor nivel de ingresos y de estudios. Y la situación se agrava cuanto mayor es

la edad de las personas y su grado de aislamiento social. Por tanto, una política de salud adecuada no puede limitarse a desarrollar servicios sanitarios. La propia Organización Mundial de la Salud plantea como requisitos necesarios para una buena salud el contar con trabajo, vivienda, alimentación, educación y un entorno de bienestar, paz y desarrollo social.

Así, las desigualdades sociales se constituyen en un factor que contribuye a la mala salud de los grupos más débiles. Y en este aspecto existe un claro componente relacional: lo que enferma no es sólo (ni siquiera en gran medida) la pobreza absoluta o la indigencia, sino la distancia que separa a algunos sectores de la norma de éxito social. Vicens Navarro plantea que un pobre de Harlem dispone de mayores recursos que una persona de clase media de Zambia, sin embargo, su nivel de salud no es mejor, sino peor, debido a que sufre más su pobreza y está más marginado. Por tanto, una parte considerable de los "problemas de salud" sólo pueden afrontarse más allá del ámbito estrictamente sanitario, con intervenciones que modifiquen favorablemente las principales carencias sociales.

NOTAS

(*) Equipo de investigación social. E-mail: ioe@nodo50.org.

(1) EUROSTAT (2003): *Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys*, Luxemburgo, European Commission.