

# Estructura social y desigualdades en salud.

Manuel Hernández Pedreño

## INTRODUCCIÓN.

La salud es un derecho fundamental directamente relacionado con el bienestar de la población, por ello los estados modernos asumen la responsabilidad de su protección y promoción. De hecho, cada año los recursos del presupuesto estatal dedicados a sanidad son más elevados: entre 1990 y 1997 crecieron un 66,2%. Algo similar ocurre con el gasto farmacéutico por habitante del INSALUD, que en el mismo periodo se duplica, pasando de 68,21 /hbte. a 137,12 /hbte. (INE, 1999). La salud personal es el aspecto que más preocupa a los españoles (51%), por encima de otros como la vida afectiva (8%), el dinero (13%) o las relaciones familiares (26%) (CIRES, 1997: 68). La salud no se define como la ausencia de enfermedad, según la OMS es «un estado de bienestar físico, mental y social que permite a los individuos dedicar su vida a actividades de trabajo y de ocio». En este sentido, según la última *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud*, el total de personas con discapacidad en España en 1999 asciende a 3.528.221, lo que supone un 9% de la población (INE, 2000).

Existen tres tipos de factores que determinan el nivel de salud de la persona una vez dada la dotación epidemiológica individual: el *estilo de vida*, las *condiciones medioambientales* y el *consumo de bienes y servicios sanitarios* (CIS, 1990). Dentro del estilo de vida se puede incluir el consumo de tabaco y alcohol o el ejercicio físico que se realiza. Como condiciones medioambientales se pueden destacar el tipo de trabajo que se realiza, el clima y la contaminación ambiental del hábitat. Por último, las consultas al personal sanitario sirven para determinar el consumo de este tipo bienes y servicios. Estos tres grupos de factores dependen de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, la educación, los ingresos, la actividad económica o el hábitat. A su vez, la *clase social* de los individuos conlleva una valoración distinta de los hábitos relacionados con la salud, una diferente exposición a los factores ambientales y un acceso discriminatorio a los bienes y servicios sanitarios disponibles (J.M. de Miguel, 1985; M.A. Durán, 1983; J.A. Rodríguez, 1987). Sin embargo, no existe una medida perfecta de la clasificación

socioeconómica —entiéndase clase social, posición económica o estatus socioeconómico— de los individuos. En realidad se trata de un problema teórico de no fácil solución (E. Regidor; J.J. Gutiérrez-Fisac y J.A Rodríguez, 1994: 20).

La mayoría de estudios obtienen la condición de clase a partir del grupo ocupacional. La división del orden ocupacional en clases es posiblemente el uso más aceptado del concepto de clase social en la sociología actual (M. Subirats y C. Sánchez, 1995: 151). No obstante, cada vez resulta más compleja la determinación de una única y válida clasificación ocupacional, debido a la propia evolución del mercado de trabajo (nuevas relaciones laborales, aparición de nuevas profesiones) y a la progresiva cualificación de las ocupaciones (distinta forma de ejercitar los trabajos y con uso de nuevas tecnologías). Como indican J.A. Rodríguez y J.M. de Miguel (1990: 86): «la clase social no se distingue únicamente por el nivel de ingresos, educación o condiciones de vida sino también por unos estilos de vida diferenciados». En la sociedad moderna, una vez alcanzado cierto nivel de bienestar colectivo, el estilo de vida se convierte en un elemento diferenciador de la población. La causa de muchas enfermedades es social, debido a las diferencias en salud que pueden llegar a determinar algunos hábitos sociales vinculados con ciertos estilos de vida.

De este modo, las variables sociodemográficas que, en principio, más condicionan la cantidad y la calidad de la asistencia sanitaria a la que pueden acceder los individuos son la renta, la educación y la ocupación. Sin embargo, debido a las dificultades comentadas, en este trabajo no se ha considerado la ocupación y sí los ingresos, la educación y la actividad económica, junto a otras variables. Así, en el estudio de los problemas de salud se deben tener en cuenta también la edad y el género, dado su distinto impacto sobre las necesidades de servicios sanitarios y su distribución asimétrica por grupos de renta y educación (M. Hernández Pedreño, 2002). Los grupos de menos renta tienen un acceso limitado a ciertos servicios sanitarios considerados de *lujo*, como puede ser el caso de los cuidados odontológicos (M.A. Durán, 1983; J.A. Rodríguez, 1988). Los datos aportados por el *Informe Black* en Gran Bretaña en 1980 confirmaron que, a pesar de la presencia del Servicio Nacional de Salud desde de 1948, los estratos socioeconómicos más bajos de la población continuaban teniendo peor salud que la clase alta<sup>1</sup>. Sin duda, la aparición de este informe promovió la investigación de las desigualdades en salud en Europa. Nuestro país no se quedó atrás. Son varios los estudios y las recopilaciones estadísticas que analizan los procesos de la salud y la enfermedad en esta década. A la cabeza de dichos estudios se encuentra el realizado por M.A Durán en 1980, el conocido *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas*, investigación de carácter nacional que utilizando la encuesta como técnica principal coincidía con las tendencias observadas en el *Informe Black*.

Tras el estudio pionero de M.A Durán surgen otras investigaciones que también utilizan la encuesta como método de estudio. De las de ámbito local y regional destacan:

---

<sup>1</sup> Una reflexión más amplia sobre este informe se puede encontrar en E. Regidor; J.J. Gutiérrez-Fisac y C. Rodríguez, 1994: 11-18.

*Encuesta de salud en la Comunidad Autónoma Vasca, 1985-86; Encuesta de salud de Barcelona, 1986; Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma Valenciana, 1990-91; Encuesta de salud de Barcelona, 1992.* Respecto a los estudios nacionales resaltar los distintos informes FOESSA, aunque el que incluye un estudio más detallado sobre la salud sea el último, el de 1994. Por último, estarían los cuatro estudios realizados por el CIS y el Ministerio de Sanidad y Consumo, las denominadas Encuestas Nacionales de Salud. La primera se realizó en 1987 y las siguientes en 1993, 1995 y 1997. Las Encuestas Nacionales de Salud tienen ámbito nacional e incluyen a la población española no institucionalizada. La encuesta consta de dos cuestionarios: uno para adultos (16 años y más) y otro para niños (de 0 a 15 años). La cuantía de la muestra para adultos se ha visto reducida en las dos últimas encuestas realizadas (1995 y 1997), estabilizándose en 6.400 entrevistas, con lo cual la representatividad es de carácter nacional, mientras que las muestras de las anteriores (1987 y 1993) superaron los 20.000 entrevistados, teniendo representatividad regional.

Aunque la encuesta se haya ido ampliando con nuevas materias (vacunación, visita al ginecólogo, etc.), la mayoría de preguntas se repiten respecto a ediciones anteriores; con lo cual es posible analizar la evolución en el tiempo de las respuestas. Sin embargo, una dificultad a la hora de comparar los resultados de los diversos estudios de salud entre sí, en relación a la desigualdad social, es que se han utilizado distintas clasificaciones de nivel educativo, ingresos y ocupación, incluso entre la primera Encuesta Nacional de Salud y las siguientes. De las 73 preguntas que se plantean en la encuesta se han seleccionado aquellas que pueden estar más relacionadas con la estructura social. A efectos de análisis las cuestiones se han agrupado en tres grandes bloques de medidas de salud: a) *Salud, morbilidad percibida y restricción de la actividad*, b) *Conductas y hábitos relacionados con la salud*, c) *Acceso y utilización de los servicios sanitarios*.

La explotación de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (ENS-97) ha sido realizada por este investigador<sup>2</sup>. Sin embargo, los datos de la ENS-87 se han obtenido, en su mayoría, del estudio del CIS (1990): *Estructura social y salud*; con el inconveniente añadido de que éste no siempre ofrece los resultados desagregados por variables sociodemográficas.

En definitiva, en este trabajo se comparan fundamentalmente los resultados de la ENS-97 con los de la ENS-87. A la vez que se realiza un análisis sociológico de las relaciones entre la estructura social y la salud, considerando a la población de más de 16

---

<sup>2</sup> Los criterios seguidos en la explotación y tratamiento de los datos son los siguientes: a) Debido a la baja cuantía de la muestra de la ENS-97 se han agrupado varias de las categorías tenidas en cuenta en las variables de clasificación (ingresos, nivel educativo, etc.) para obtener mayor representatividad. Las agrupaciones finales se pueden observar en la Tabla 1; b) Se han eliminados los no contesta, que en algunas cuestiones y/o variables eran muy elevados. Así, existen distintas muestras según las variables de clasificación que se tengan en cuenta; c) La cuantía de la muestra (6.400 casos) no permite obtener representatividad al realizar cruces de más de dos variables, ni al descender a niveles regionales, pues con un escaso número de efectivos la enorme variabilidad de las estimaciones invalidaría los resultados.

años y teniendo en cuenta las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios, nivel de ingresos, actividad económica y tipo de hábitat.

#### 1. INDICADORES DE SALUD.

Son muchos los indicadores o medidas de la salud de una población que pueden emplearse: la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil, la morbilidad hospitalaria, el número de médicos o camas de hospital por habitante, etc. (E. Regidor, 1991; J. Pérez Adán, 1999). Todos ellos pueden considerarse indicadores de salud desde el punto de vista macrosociológico, siendo indispensables a la hora de determinar el grado de desarrollo económico y social de un país. Descendiendo a un nivel más micro, la información que suministran las encuestas de salud permite indagar en las desigualdades sociales relacionadas con la salud dentro de un mismo grupo de individuos (M.D. Navarro Rubio, 1996), en nuestro caso la población española.

##### *1.1 Salud, morbilidad y restricción de la actividad.*

Como medidas de la salud, la morbilidad y la restricción de la actividad se han incluido las cuestiones relativas a la autopercepción de la salud, la restricción de la actividad, el padecimiento de enfermedades crónicas y la accidentalidad.

Según la ENS-97 el 68% de la población adulta española autopercibe su **nivel de salud** en el último año como bueno o muy bueno, frente a un 32% que lo considera regular, malo o muy malo. Estos datos difieren apenas de los obtenidos en la ENS-87, donde el 67% valoraba su salud como buena o muy buena. A pesar del escaso aumento en la década de los que valoran positivamente su salud, este incremento puede verse como un significativo logro si se tiene en cuenta el importante envejecimiento de la población de 1987 a 1997, lo que supone contar con más personas de edad avanzada y, por tanto, con mayor probabilidad de padecer enfermedades. No obstante, los resultados globales de la ENS-97 esconden importantes diferencias si se examinan los datos teniendo en cuenta las variables sociodemográficas (Tabla 1).

TABLA 1.

AUTOPERCEPCIÓN DEL NIVEL DE SALUD SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (%), ENS 1997.

Edad	Autopercepción del nivel de salud			Total
	Bueno y Muy bueno	Regular	Malo y Muy malo	
16-24 años	84,4	13,7	2,0	100
25-34 años	83,4	13,3	3,3	100
35-44 años	77,8	17,5	4,7	100
45-54 años	64,9	27,4	7,7	100

55-64 años	51,4	33,7	15,0	100
65 años y más	42,1	39,8	18,1	100
Total N=6341 NH=3076 NM=3265 (1)	68,4	23,5	8,1	100
Nivel de estudios	Bueno y Muy bueno	Regular	Malo y Muy malo	Total
Terminados a los 14-15 años o menos	61,8	28,5	9,7	100
Posteriores sin ser universitarios	82,5	14,7	2,8	100
Universitarios	84,9	12,0	3,2	100
Total N=5905 NH=2908 NM=2997	70,7	22,4	6,9	100
Ingresos mensuales en el hogar	Bueno y Muy bueno	Regular	Malo y Muy malo	Total
Menos de 600 /mes	52,2	33,3	14,5	100
De 600 a 1.200 /mes	72,8	21,1	6,2	100
Más de 1.200 /mes	80,8	16,5	2,7	100
Total N=4959 NH=2423 NM=2536	66,7	24,7	8,6	100
Actividad económica	Bueno y Muy bueno	Regular	Malo y Muy malo	Total
Trabaja	79,1	17,3	3,7	100
Jubilado o pensionista	43,4	36,9	19,7	100
Parado	73,3	20,0	6,7	100
Estudiante	89,1	9,9	1,0	100
Labores Hogar	58,3	32,2	9,4	100
Total N=6307 NH=3057 NM=3250	68,4	23,6	8,0	100
Tamaño hábitat	Bueno y Muy bueno	Regular	Malo y Muy malo	Total
Menos de 10.000 hbtes.	64,6	27,4	8,0	100
De 10.000 a 100.000 hbtes.	65,6	24,1	10,3	100
Más de 100.000 hbtes.	72,6	20,8	6,5	100
Total N=6359 NH=3086 NM=3273	68,4	23,5	8,1	100

(1): N= muestra total; NH= muestra hombres; NM= muestra mujeres.

Fuente: elaboración propia a partir de ENS-1997.

Como ya confirmasen otros estudios de salud anteriores (M.A. Durán, 1983; J.M. de Miguel, 1985; J.A. Rodríguez, 1987; J.A. Rodríguez y J.M. de Miguel, 1990; E. Regidor, J.J. Gutiérrez-Fisac y C. Rodríguez, 1994), para todas las edades, las mujeres autoperceben peor su salud, considerándola como regular, mala o muy mala en un 35% de los casos frente al 28% de los hombres. Además, conforme aumenta la edad se eleva el número de personas que declaran peores niveles de salud. Teniendo en cuenta las demás variables, se observa que las mujeres declaran con más frecuencia tener peor salud que los varones, sea cual sea su edad, educación o ingresos. A la vez, se observa que el aumento de la educación, los ingresos y la urbanización contribuye a una mejor apreciación del nivel de salud de los sujetos, lo cual puede interpretarse como unos mejores cuidados preventivos y una mejor utilización de los bienes y servicios sanitarios. No obstante, la edad podría ser el factor explicativo de más peso, pues la población mayor suele tener menores niveles de estudios e ingresos, a la vez que se concentra más en los hábitats más rurales. La percepción mayoritaria de buen estado de salud de la población española se demuestra también al observar que el 81% manifiesta que en el último año no ha sufrido dolencia, enfermedad o impedimento que haya supuesto **restricción de la actividad** por más de diez días. Este tipo de restricción durante el

último año no se analizó en la ENS-87.

En la ENS-97 las diferencias según sexo en la limitación de la actividad por motivos de salud no resultan significativas: un 18% de los hombres, frente a un 20% de las mujeres. El perfil de la persona con mayor restricción de la actividad cotidiana en el último año no está tan claramente definido como los que manifiestan peor nivel de salud. No obstante, se asemeja mucho. El nivel de estudios afecta de forma inversa: a mayor nivel educativo menor restricción de la actividad. Del mismo modo actúan los ingresos, siendo aún más claros los efectos en los hombres. La edad actúa positivamente en ambos sexos, al aumentar la edad aumenta la restricción. La actividad económica refleja comportamiento similar según género; los que más limitan su actividad son los pensionistas/jubilados. Al aumentar la urbanización disminuye la probabilidad de restricción solo en los hombres, pues las mujeres presentan mayor restricción de la actividad si viven en entornos intermedios.

Por otro lado, el 68% de los encuestados manifiesta que no padece actualmente ninguna **enfermedad crónica** que le haya sido diagnosticada por su médico. De esta forma, un 32% de la población sí tendría una o más enfermedades crónicas, que se distribuyen de forma distinta según edad y sexo. La autodeclaración de padecer enfermedades crónicas permite comprobar, de nuevo, que las mujeres presentan problemas de salud con mayor frecuencia: un 34% de las mujeres manifiesta padecer alguna enfermedad crónica, frente a un 31% de los hombres. El porcentaje de ambos con alguna enfermedad crónica se incrementa conforme aumenta la edad. Las enfermedades crónicas consideradas en la ENS-87 no son las mismas que las de 1997. En la ENS-87 se contempla mayor número de enfermedades crónicas, siendo las más frecuentes: reumatismo: 25%; dolor de cabeza, jaqueca: 17%; nervios, depresión: 12%; problemas de boca o encías: 12%; dolor de estómago: 10%; tensión alta: 10%; varices: 9%; problemas persistentes en los pies: 8%. Las enfermedades crónicas consideradas en la ENS-97 es la siguiente: hipertensión arterial: 11%; colesterol elevado: 8%; diabetes: 5; asma o bronquitis crónica: 5%; enfermedades del corazón: 5%; úlcera de estómago: 4% y alergia: 8% . En general, la incidencia de las enfermedades crónicas se relaciona con la edad y el género. Al aumentar la edad se padece mayor número de enfermedades, exceptuando la alergia donde la población más afectada es la de 16-24 años, donde alcanza al 12% de los hombres y al 9% de las mujeres. Además, cada género tiene una morbilidad distinta, relacionada con la edad, los hábitos sociales y también con aspectos biológicos o físicos. Esta diferenciación según sexo es mayor en las personas de edad por existir más discrepancias en los hábitos sociales y en los trabajos realizados que en los más jóvenes (M. Hernández Pedreño, 2000).

Otro importante indicador relacionado con la salud de la población es la **accidentalidad** en el último año, incluyendo las agresiones, intoxicaciones y quemaduras. Un 9% de los encuestados declara haber sufrido algún accidente, produciéndose la mayor parte de ellos (30%) en el domicilio habitual del entrevistado (casa o escaleras). Un 22% son accidentes de tráfico, otro 22% se han producido en la calle, teniendo lugar los restantes accidentes en el trabajo (16%) u otros lugares (10%). Según la ENS-87 la población que padeció accidentes fue menor, el 8%, y el lugar también varía: casa y

escaleras, 32%; calle, 15%; carretera y tráfico, 23%; trabajo, 21%; otros, 9%; observándose que la variación más importante en la década es el descenso de los accidentes de trabajo; lo cual debe interpretarse como un importante avance en las condiciones laborales. La frecuencia en los accidentes varía según género y edad. El mayor número de accidentes (14%) lo tienen los de menos edad (16-24 años). El porcentaje desciende conforme aumenta la edad para elevarse de nuevo a partir de los 65 años. Las mujeres tienen los accidentes en el hogar principalmente (48%), mientras que los de los hombres suceden en el trabajo (27%) o son de tráfico (27%). El nivel educativo y los ingresos apenas influyen en la probabilidad de accidente, mientras que para ambos sexos la urbanización aumenta la accidentalidad.

### *1.2 Conductas y hábitos relacionados con la salud.*

La mejor forma de conocer la prevalencia de factores de riesgo relacionados con la morbilidad es observar la conducta de los individuos ante determinados hábitos perjudiciales para la salud, como fumar y beber alcohol, o favorecedores como hacer ejercicio físico.

El **consumo de tabaco y alcohol** en España ha sido objeto de análisis en gran número de estudios llegándose a atribuir las diferencias de morbilidad y mortalidad según sexo a los distintos estilos de vida (J.A. Rodríguez, 1987; J.A. Rodríguez y J.M. de Miguel 1990; E. Regidor, J.J. Gutiérrez-Fisac y C. Rodríguez, 1994; J.M. de Miguel, 1994). Estos estudios aportan resultados similares en cuanto al número de fumadores (38-40% de la población). Según la ENS-97 el 36% de la población fuma en la actualidad, mientras que un 49% nunca ha fumado; el resto, el 15%, ha dejado de fumar. Los datos de la ENS-87 ofrecían mayor número de fumadores, 38%, siendo menos los que dejaron de fumar, 12%. Esta diferencia apunta hacia una mayor conciencia social de los efectos nocivos del tabaco. Aunque la población fumadora es el 36%, un 3% de éstos solo fuma esporádicamente. Ciñéndonos a los que fuman diariamente, según género, el porcentaje de hombres casi duplica al de mujeres (42% frente a 25%). No obstante, estas diferencias son escasas en los dos intervalos de menos edad, donde ambos sexos fuman por igual. A partir de los 35 años, a la vez que disminuye el porcentaje de fumadores, el hábito de fumar se concentra más en los hombres.

El nivel de estudios establece distintas pautas en el consumo de tabaco. Los que tienen estudios medios son los que más fuman (39%). Sin embargo, según sexo, los hombres que más fuman son los que tienen menos estudios (45%), disminuyendo el hábito al aumentar la educación; por el contrario, las mujeres que más fuman son las de estudios universitarios (39%), reduciéndose en ellas el hábito al disminuir la educación. El distinto nivel de ingresos establece diferencias en el hábito de fumar solo en las mujeres. El 36% de las mujeres con ingresos altos fuma y solo el 16% de las de ingresos bajos. Teniendo en cuenta la actividad económica, el mayor número de fumadores (hombres y mujeres) se concentra en la llamada población activa: más del 50% de los que trabajan o están en paro fuman. Seguidos en importancia por los estudiantes (27%). El tipo de hábitat no ofrece

diferencias en los hombres (42%) aunque sí en las mujeres, pasando el número de fumadoras del 20% al 28% al aumentar la urbanización.

Por otro lado, solo un 33% de hombres *no ha fumado nunca*, frente a un 65% de mujeres. Sin embargo, en la ENS-87 los valores estaban más distanciados según sexo, el 26% de ellos no había fumado nunca frente a un 70% de ellas (E. Regidor, 1991: 238). Mientras en la ENS-87 el 39% los hombres y el 43% de las mujeres de 16-24 años no ha fumado nunca, en 1997 el valor es de un 55% para ambos sexos. La similar adopción de hábitos sociales confirma la igualdad de oportunidades según género en los grupos de edad más jóvenes. Considerando como *gran fumador* a aquellos que fuman más de 20 cigarrillos/día, se observa que el 55% de los hombres fumadores supera esta cantidad y solo el 35% de las mujeres. Según los resultados de la ENS-87, el mayor porcentaje de grandes fumadores se encuentra, para todas las edades, en los grupos sociales más bajos y en los que tienen estudios primarios o menos (E. Regidor, J.J. Gutiérrez-Fisac y C. Rodríguez, 1994: 173). En cambio, en la ENS-97 son estos niveles educativos bajos los que arrojan menor número de grandes fumadores, al igual que ocurre con los niveles de ingresos. No obstante, al diferenciar según género se observa que lo que sucedía en 1987 sigue siendo válido para los hombres en 1997, pues en ellos al aumentar los ingresos y la educación desciende el porcentaje de fumadores, ocurriendo lo contrario en las mujeres. Las cifras globales esconden el distinto comportamiento según sexo al tener en cuenta ingresos y educación. Como se ha visto, las pautas sociales en el consumo de tabaco y su cantidad han cambiado conforme la sociedad ha evolucionado; no solo se ha hecho menos masculino el hábito de fumar, sino que se ha visto afectado de distinto modo según sexo por la movilidad social.

Respecto al **consumo de alcohol**, el 48% de la población manifiesta no haber consumido ningún tipo de bebida alcohólica en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista. De este modo, un 52% de los encuestados declara haber consumido alguna bebida alcohólica en este periodo. En la ENS-87 este porcentaje era algo superior, un 54%. Al tener en cuenta la edad nos encontramos que el mayor consumo de alcohol se da entre los 25 y 44 años, donde alcanza el 62%, si bien con grandes diferencias según género. A partir de los 45 años el consumo de alcohol desciende en ambos sexos, especialmente en las mujeres. Los perfiles masculinos y femeninos de consumo de alcohol son distintos, aunque no tanto como los de los fumadores. Las mayores diferencias según género se dan en los últimos intervalos de edad. El 69% de los hombres bebe alcohol, aumentando este porcentaje cuando se tienen estudios medios o superiores, se trabaja, se tienen ingresos altos y se tiene entre 25 y 44 años. Respecto a las mujeres, solo el 37% de ellas bebe alcohol, aunque este porcentaje se supera cuando trabajan, están paradas, son estudiantes, tienen ingresos altos, viven en hábitats urbanos, tienen menos de 55 años y, sobre todo, cuando tienen estudios superiores. La *edad media de inicio* en el consumo regular de bebidas alcohólicas es a los 18,4 años. Las bebidas alcohólicas que con más frecuencia se consumen en nuestro país —una o más veces al día— son el vino (18,4%) y la cerveza (9,3%).

Respecto a la práctica de **ejercicio físico en el tiempo libre**, el 54% de los encuestados contesta afirmativamente; realizando actividad física ocasionalmente (38%),



varias veces al mes (9%) o varias veces a la semana (7%). El resto (46%), no hace ejercicio físico en su tiempo libre. Los datos de la ENS-87 ofrecen una población menos activa, pues solo el 40% hacía algún tipo de ejercicio. Según las variables edad y género, el ejercicio físico que se realiza es notablemente diferente. Mientras que un 52% de las mujeres no realiza ningún tipo de ejercicio, en los hombres el valor es del 39%. Al tener en cuenta la edad, el porcentaje de los que hacen ejercicio disminuye del 68% a los 16-24 años, hasta el 45% a los 65 y más años. En todas las edades los hombres hacen más ejercicio que las mujeres, excepto en el intervalo 35-44 años donde apenas hay diferencias.

### *1.3 Acceso y utilización de los servicios sanitarios.*

Para disponer de una valoración completa de la salud de la población es necesario conocer el uso que se hace de los servicios sanitarios a través de la consulta al personal sanitario: médico, dentista u hospital.

En la ENS-87 el 19% de los entrevistados había realizado una **consulta al médico** en las dos últimas semanas anteriores a la realización de la entrevista, mientras que en la ENS-97 el porcentaje alcanza el 25%. Las variables de clasificación arrojan relevantes diferencias. Los hombres acuden al médico en menor proporción que las mujeres. Conforme aumenta la edad aumenta la asistencia al médico, especialmente en las mujeres. En los hombres la relación no es tan directa, dándose los menores porcentajes en las edades intermedias (24-55 años). Los niveles de ingresos presentan un comportamiento idéntico al nivel educativo. En ambos casos y en ambos sexos los grupos más favorecidos son los que menos van al médico. Estos datos difieren de los obtenidos por M.A. Durán (1983) y la ENS-87 (CIS, 1990: 46) donde la visita al médico aumentaba directamente con el nivel de ingresos y se reducía con el nivel de estudios; mientras que en la ENS-97 bajos estudios e ingresos conllevan mayor asistencia (28% y 31%, respectivamente). De nuevo, el envejecimiento demográfico y el hecho de ser la población mayor el grupo social más desfavorecido en ingresos y estudios puede explicar este cambio de tendencia. Según la actividad económica, los que más visitan al médico son los jubilados/pensionistas (36%). Seguidos de los activos, siendo la asistencia similar según sexo en los parados/as (19%) y muy distinta en los que trabajan (16% hombres y 26% mujeres). En contra de lo que pudiera pensarse, la urbanización apenas marca diferencias en la visita al médico.

En cuanto a la *frecuencia de las consultas médicas* en las últimas dos semanas, la media es de 1,39 veces, siendo mayor en las mujeres. Este valor en la ENS-87 era de 1,51, lo cual pone de manifiesto que si bien son más los españoles que van al médico, éstos lo hacen menos veces; lo que puede interpretarse como una mejora en la eficacia de las visitas. El *motivo principal* de la consulta al médico fue el diagnóstico y/o tratamiento (57%) y, en menor medida, la revisión médica (27%) y la dispensa de recetas (11%). En la ENS-87 los porcentajes difieren (58%, 23% y 14%, respectivamente); apreciándose en la década un aumento de la asistencia para revisión y un descenso en la de dispensa de

recetas. Por último, tanto el *tiempo en llegar a la consulta* como el *tiempo de espera* se han visto reducidos en la década de estudio. El tiempo en llegar a la consulta se ha reducido de 19,25 a 3,92 minutos; y el tiempo de espera de 38,21 a 7,16 minutos.

Se observa, de nuevo, la progresiva mejora de la eficiencia del sistema sanitario en la reducción de tiempos de llegada y espera, tanto por el aumento del número de Centros de Salud como por los nuevos sistemas de atención al paciente introducidos en los últimos años.

En cuanto a la salud bucal, el 84% de los encuestados dice no haber realizado **consulta al dentista**, protésico o higienista dental en los tres meses anteriores a la entrevista. De este modo, un 16% de los encuestados manifiesta que ha acudido al dentista en este periodo con una media de 2,21 veces; dato más elevado en las mujeres que en los hombres. Esta media era algo mayor en la ENS-87 (2,24); aunque el porcentaje de los que visitaban al dentista era menor, el 14%. Así, acude más población al dentista, aunque con menor frecuencia, como ocurría con la visita al médico. Los motivos principales para acudir al dentista han sido en orden decreciente: sacar una pieza (31%), empastar (29%), revisión general (28%), limpieza bucal (25%) y poner una pieza o prótesis (20%). Comparando con la ENS-87 se observa que se dan importantes diferencias: en 1987 se iba más a sacar una pieza (44%), menos a empastar (21%) o poner una pieza (13%) y bastante menos a revisión general (7%) y limpieza bucal (8%).

Teniendo en cuenta las variables sociodemográficas obtenemos las siguientes pautas sociales. Las mujeres acuden más que los hombres (17% y 14%, respectivamente). Según el nivel educativo, ambos sexos asisten más conforme aumenta la educación, encontrándose importantes diferencias entre estudios bajos (13%) y superiores (23%). Los ingresos favorecen positivamente la asistencia al dentista en ambos sexos, aumentando de un 11% a un 22%. La urbanización también fomenta la visita al dentista, aumentado del 14% al 18%. Según la actividad económica, los estudiantes presentan los mayores porcentajes (22%), especialmente las mujeres (27%). Los que menos asisten son los jubilados mujeres y hombres (10%). En consonancia, conforme aumenta la edad la asistencia al dentista disminuye en ambos sexos hasta el 9% del grupo mayor. El 79% de los encuestados acudió a un odontólogo privado y solo un 16% a un dentista de la Seguridad Social. El resto, 5%, consultó a un dentista de una sociedad médica. El análisis de la visita al dentista pone de manifiesto, por un lado, el aumento de la prevención y educación para la salud de la población española, aunque también confirma la permanencia de desigualdades sociales en el consumo de servicios sanitarios considerados de lujo como éste.

También la **hospitalización** institucional de las personas sigue pautas socioeconómicas diferenciadas. Las mujeres sufren menos hospitalizaciones que los varones. La duración de la hospitalización viene determinada, en gran medida, por la edad de la persona y por el sexo. Un 9% de los entrevistados ha sido hospitalizado en los últimos doce meses, con una estancia media de 7,6 días. En la ENS-87 era el 7% el porcentaje de hospitalizados y la estancia media de 17,1 días. Aumenta el número de sujetos hospitalizados, a la vez que se reduce el tiempo de permanencia en el hospital. Esta hospitalización es más frecuente en las mujeres que en los hombres (8,8% frente a

8,2%). No obstante, se debe matizar que esta diferencia global se debe a la distancia existente en el intervalo de edad de 25-34 años, donde las mujeres alcanzan el 14% y los hombres solo el 5%. La diferencia se explicaría por tratarse de la edad más frecuente de parto en las mujeres. De hecho, en los demás intervalos el hombre sufre más hospitalizaciones que la mujer. Los hospitalizados con mayor frecuencia tienen más de 65 años (13%), especialmente los hombres (17%).

## 2. CONCLUSIONES.

### 2.1 *Evolución de los indicadores de salud de 1987 a 1997.*

En la década que transcurre desde la primera encuesta nacional de salud de 1987 a la de 1997 han acontecido en nuestro país importantes sucesos económicos y sociales: progresiva incorporación de la mujer al mercado de trabajo, descenso de la fecundidad y significativos logros en materia sanitaria que han continuado aumentando la esperanza de vida. Junto a estos avances se han producido también notables reducciones de las desigualdades sociales, incluidas las relacionadas con la salud. A pesar de ello, aún persisten diferencias en los niveles de salud, en los hábitos y en el acceso y uso de los servicios sanitarios que se relacionan, no solo con el género y la edad, sino, en gran medida, con la educación y los ingresos. Sin embargo, la persistencia de algunas desigualdades en salud, se explican por la edad pues, debido a la historia política y social de nuestro país, la población mayor es la que posee menor nivel educativo, menos ingresos y la que más habita, proporcionalmente, los espacios rurales.

En líneas generales, se puede concluir que la valoración que hacen los españoles de su estado de salud permanece estable en el periodo analizado; encontrándose diferencias en otros aspectos, como hábitos sociales o uso de los servicios sanitarios. El escaso aumento en la década de los que valoran positivamente su salud debe interpretarse como un significativo avance si se tiene en cuenta el importante envejecimiento de la población en estos años y, por consiguiente, el crecimiento del número de personas mayores con problemas de salud. Las mujeres declaran tener peor salud que los varones, sea cual sea su nivel de ingresos, educación y edad. A la vez, la educación, los ingresos y la urbanización contribuyen positivamente a una mejor apreciación del nivel de salud en ambos sexos. La restricción de la actividad por dolencia o enfermedad disminuye al aumentar la educación y los ingresos, con efectos más claros en los hombres. La edad actúa positivamente en ambos sexos: al aumentar la edad aumenta la restricción. La urbanización reduce la probabilidad de restricción solo en los hombres.

Un tercio de la población manifiesta que padece alguna enfermedad crónica, si bien, las diferentes enfermedades ofrecen distintas pautas sociales según edad y género. En la década, el porcentaje de personas que tienen accidentes se mantiene prácticamente constante (9%), observándose, sin embargo, una redistribución de las causas. Aunque la variación más importante en el periodo es el descenso de los accidentes de trabajo, también disminuyeron los que se producen en el hogar; aumentando, en cambio, los

considerados de tráfico y los que suceden en la calle, sin ser de tráfico. Los varones de todas las edades consumen tabaco con mayor frecuencia que las mujeres, si bien, la incidencia de las variables sociodemográficas en el hábito de fumar es mayor en las mujeres que en los hombres. Entre las mujeres, el hábito de fumar se concentra en los grupos de edad más joven, aumentando con los ingresos, la educación y la urbanización. En los varones, por el contrario, la mayor educación reduce el hábito y la edad lo aumenta solo hasta los 44 años. Las demás variables apenas influyen en el consumo de tabaco en los hombres. Estas diferentes pautas según sexo se deben a que las mujeres han comenzado a fumar más recientemente, en especial las mujeres jóvenes y con más oportunidades sociales, o sea, las que estudian o trabajan y viven en núcleos urbanos. Los datos de la ENS-97 reflejan que se está produciendo un cambio en el hábito de fumar. La tendencia apunta a que está disminuyendo, aunque levemente, el número de personas que fuma. Este cambio se refleja también en los datos relativos a exfumadores, que en 1987 eran el 12% y en 1997 el 15%. Respecto al consumo de alcohol, los perfiles masculinos y femeninos son distintos, aunque no tanto como en el caso de los fumadores. El porcentaje de habituales de este consumo desciende levemente respecto a 1987, dándose el mayor número de consumidores entre los de 25 y 44 años y con grandes diferencias según sexo, ofreciendo ellas frecuencias menores. El consumo de alcohol aumenta con los ingresos y la educación y en las mujeres también con la urbanización. En lo que a estilos de vida se refiere, el porcentaje de personas que dedica su tiempo de ocio a realizar ejercicio físico aumenta en el periodo del 40% al 54%. Hay grandes diferencias según edad y género, siendo los hombres —especialmente los de menos edad— los que más ejercicio practican.

En esta etapa de diez años, la población que visita al médico aumenta notablemente (de 19% a 25%), al tiempo que disminuye el número de veces que se ha acudido a este profesional en las dos últimas semanas. Del mismo modo, el tiempo medio en llegar a la consulta se ve reducido en más de 15 minutos (hasta 3,92), al igual que el tiempo medio de espera, que desciende más de 30 minutos (hasta 7,16). Igualmente se aprecian cambios positivos en la asistencia al dentista y el motivo de consulta. Pese a que la extracción sigue siendo el primer motivo, aumentan todos aquellos relacionados con la higiene y conservación de los dientes. Por último, aunque el porcentaje de personas hospitalizadas aumenta del 7% al 9%, se observa una importante reducción del tiempo medio de permanencia en el hospital: de 17,1 a 7,6 días.

## *2.2 Desigualdades según las variables sociodemográficas.*

La *edad* es la característica que más diferencias establece en la mayoría de indicadores relacionados con la salud. Conforme aumenta la edad se padecen más enfermedades, se declara peor nivel de salud, se asiste más al médico y se sufren más hospitalizaciones. Sin embargo, al aumentar los años, se fuma y se bebe menos alcohol, se hace menos ejercicio y se acude en menor medida al dentista. La probabilidad de que una persona acuda a consulta con profesionales sanitarios debe aumentar con la edad, puesto que la frecuencia con que se tienen problemas de salud que requieren ser examinados por un médico es

mayor.

El *género* establece grandes diferencias en los hábitos sociales, pese a ello va a ser su combinación con la edad lo que condicione en mayor medida las distintas pautas en conductas relacionadas con los estilos de vida, como fumar, beber alcohol o hacer ejercicio físico. Así, en los determinantes del consumo de tabaco y bebidas alcohólicas el comportamiento de los sexos es diferente. En las mujeres se observa un comportamiento modernista: el consumo de tabaco crece con la urbanización y la educación y decrece con la edad. Los varones, por el contrario, no ven estos hábitos afectados por la urbanización y su mayor nivel educativo disminuye el consumo. Se observa, asimismo, que es más probable que las mujeres vayan al médico, lo que puede deberse a que ellas experimenten más problemas de salud y también a que se preocupan más por las enfermedades, debido al rol cuidador que tradicionalmente han venido desempeñando.

La *educación* actúa como una variable de eficiencia o rendimiento en el logro de un mejor nivel de salud. Las personas con más estudios no solamente saben utilizar mejor los servicios sanitarios, sino que también conocen mejor cómo prevenir la enfermedad, administrarse correctamente los medicamentos y tener una continuidad en los cuidados de salud. Este hecho se ha visto constatado al analizar la autopercepción de la salud, las visitas al médico, la consulta al dentista y la restricción de la actividad. Así, la variable educación colabora a conseguir un aprovechamiento mejor de los recursos sanitarios y puede reducir ciertos hábitos nocivos para la salud, excepto para el consumo de tabaco en el caso de las mujeres.

El *nivel de ingresos* ofrece unas pautas similares a las del nivel educativo. Los que tienen menos ingresos son los que peor nivel de salud declaran y los que más van al médico, ocurriendo lo contrario cuando se trata de especialistas privados, como el dentista. No ocurre lo mismo con ciertos hábitos nocivos, como el consumo de alcohol, que es más frecuente conforme aumenta la renta.

Respecto a la *actividad económica*, al relacionarse directamente con la edad, los ingresos o el género no establece pautas claras y particulares. Como se ha visto, las diferencias en la distinta actividad económica se debían más a colectivos según edad y género (estudiantes, amas de casa y jubilados) junto al nivel de ingresos asociado a esa actividad.

Por último, la *urbanización*, que en otros estudios anteriores se mostraba como una variable importante a la hora de acceder a cuidados médicos —ya que en principio en las ciudades resultaría más sencillo acudir a consulta al existir más médicos—, en la ENS-97 se ha visto que no es así. Aunque se han observado diferencias en los niveles de salud, debe matizarse que éstas se deben en gran medida a la distinta estructura de edades de los hábitats rurales y urbanos, pues como se ha visto, la mayor urbanización no influía en la visita al médico, ni en el tiempo en llegar a la consulta o en el tiempo de espera.

### 2.3 A modo de cierre o discusión.

Los estudios de salud por encuesta utilizan una metodología ampliamente difundida y

aceptada, su potencialidad reside en la capacidad de estudiar las relaciones entre variables de salud y de uso de los servicios sanitarios junto a las características sociodemográficas de los entrevistados. Por ello, la información que proporcionan es útil para la identificación de las desigualdades. Sin embargo, conllevan una serie de limitaciones respecto a la representatividad de la muestra, ya que habitualmente quedan excluidos los grupos de población con mayores problemas de salud y más necesidad de servicios sanitarios. Esto se debe a que las personas institucionalizadas, tanto en hospitales como en residencias, no forman parte de la muestra. Lo mismo cabría decir para los niveles de educación y renta más bajos, que residen en zonas alejadas de las urbes y, por tanto, no incluidas en los muestreos. Este hecho implica que en los resultados globales obtenidos en cuanto a niveles de salud y uso de los servicios sanitarios cabe esperar una subestimación de las necesidades de la población, al igual que de los que padecen problemas crónicos, dependencias físicas o sufren hospitalizaciones.

En términos generales, la salud de los españoles ha mejorado sustancialmente en la década de estudio. Gran parte de estos progresos deben ser atribuidos a la mejora de las condiciones y niveles de vida, así como a la extensión y modernización del Sistema Nacional de Salud. En la revisión realizada se observa claramente el aumento de la eficacia de este sistema. Así lo confirma la menor frecuencia de asistencia al médico, el menor tiempo en llegar a la consulta y el de espera o la reducción de los días de hospitalización. A la vez, se aprecian leves mejoras en los hábitos sociales, tanto de los nocivos para la salud (beber alcohol o fumar), como de los beneficiosos (hacer ejercicio). Este hecho no debe ocultar que, aunque las desigualdades entre los diversos grupos sociales en salud y utilización de servicios sanitarios se han visto reducidas, en general; éstas se mantienen, especialmente, al tener en cuenta variables como la educación o los ingresos.

Los distintos estilos de vida de la población española reproducen las diferencias sociales y mantienen pautas diferentes en la salud y la enfermedad. Los mayores ingresos y los más altos niveles educativos siguen suponiendo mejores niveles de salud y mayor uso de determinados servicios sanitarios de lujo, como la asistencia al dentista. Así, la reducción de las desigualdades educativas conducirían a una disminución de las desigualdades de salud. Sin embargo, la política de salud pública debe conseguir romper los efectos positivos de los ingresos, la educación y la urbanización en el consumo de tabaco en las mujeres. Mientras que para los hombres, la política pública debe aprovechar el efecto negativo de la educación sobre el consumo para reducir este hábito.

Puesto que el origen de la enfermedad se relaciona en parte con las condiciones sociales, los programas sanitarios solo tendrán éxito si reducen las condiciones sociales que generan enfermedad. Las reformas del sistema sanitario deben complementarse con amplios cambios sociales; se requieren profundos cambios en otras esferas relacionadas con la estructura de poder, como los salarios, la redistribución de la renta, la nutrición, la vivienda, las condiciones de trabajo, el medio ambiente o la solidaridad intergeneracional (E. Alvarado Pérez, 1998).

La reducción de las desigualdades sociales en salud se ve obligada a ampliar la definición de salud, haciéndola más social (C. Alvarez-Dardet y S. Peiró, 2000). La no

equitativa distribución de la renta es uno de los grandes problemas de nuestro país. Esta cuestión no puede solucionarla el sistema sanitario, es un problema social, de nuestra estructura social. El desempleo juvenil y adulto o la falta de apoyo social a los mayores, son problemas que debe solucionar el sistema en su conjunto y no el sistema sanitario en particular. Es imprescindible articular políticas socio-sanitarias cuyos objetivos sean la consecución de los principios de equidad.

Se puede concluir que en nuestro país persisten grandes diferencias económicas y sociales que se traducen en variaciones importantes en la salud de la población. Los determinantes son muchos y no fáciles de delimitar. Sin embargo, es claro que la pobreza, la incultura, las malas condiciones de vida, en definitiva el estatus socioprofesional continua teniendo un relevante papel en las desigualdades. La existencia de desigualdades y la posibilidad de su reducción reafirman la necesidad de insistir en complementar la política de salud con la social. La universalización de la cobertura sanitaria y la ampliación de las prestaciones sanitarias deben complementarse con la redistribución de la renta y con la implantación de nuevas prestaciones sociales y económicas que corrijan las desigualdades. En esta línea, las mejoras ambientales en los núcleos urbanos y un mayor control de los riesgos ocupacionales disminuirán el elevado impacto de estos factores en los sujetos con ocupaciones manuales, menor educación y bajo nivel de renta.

No obstante, no se debe olvidar que parte de las desigualdades actuales se concentran en un mismo colectivo: la población mayor, especialmente en las mujeres mayores. Es un hecho que en nuestro país éste es uno de los grupos más desfavorecidos. La trayectoria vital y profesional de los mayores actuales está impregnada de carencias educativas y económicas: poseen menores niveles educativos y menor volumen de ingresos. Esto les coloca en una situación de desventaja social y, por supuesto, también en lo que se refiere al acceso a productos y servicios relacionados con la salud. El montante de estos efectivos será aún más importante en un futuro próximo, aunque con otros perfiles sociales: serán más cultos y relativamente menos pobres. Así, en apenas unas décadas los grupos desfavorecidos serán otros. Los efectos de la globalización, la ampliación de las distancias norte-sur y la afluencia masiva de inmigrantes a los países desarrollados están modificando la estructura social. Sin olvidar la aparición de nuevas enfermedades vinculadas a la sociedad del bienestar: las enfermedades crónicas y el estrés. Estos cambios deben tenerse en cuenta en las futuras políticas socio-sanitarias.

Quedan en el tintero muchas cuestiones que deben tenerse en cuenta: la rápida evolución social, económica y tecnológica; la desaparición de las fronteras como consecuencia de los modernos sistemas de comunicación e información (Internet); la conformación de nuevos e importantes grupos sociales (mayores, inmigrantes); las desigualdades regionales (actuales y potenciales) y su reducción o aumento por efecto de las transferencias en materia sanitaria; la necesidad imperante de articular verdaderas políticas socio-sanitarias, o el fomento y complementación del sistema público de salud con el privado, entre otros aspectos.

## REFERENCIAS.

- ALVARADO PÉREZ, Emilio (coord.). 1998. Retos del Estado del Bienestar en España a finales de los noventa, Madrid, Tecnos.
- ALVAREZ-DARDET, Carlos y PEIRÓ, Salvador (ed.). 2000. *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública-Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- CIRES. 1997. *La realidad social en España 1995-96*, Madrid, Fundación BBK-Fundación BBV-Fundación Caja de Madrid.
- CIS. 1990. *Estructura social y salud*, Madrid, CIS.
- DE MIGUEL, Jesús Miguel. 1985. *La salud pública del futuro*, Barcelona, Ariel.
- DE MIGUEL, Jesús Miguel. 1994. «Salud y Sanidad» en FUNDACIÓN FOESSA, *V Informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000*, Madrid, Fomento de Estudios Sociales de Sociología Aplicada.
- DURÁN, María Ángeles (ed.). 1980. *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas*, Madrid, Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.
- DURÁN, María Ángeles. 1983. *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos.
- GIL LACRUZ, Marta. 2000. *Salud y fuentes de apoyo social*, Madrid, CIS.
- HERNÁNDEZ PEDREÑO, Manuel. 2000. *Desigualdades según género en la vejez*, Murcia, Secretaría Sectorial de la Mujer y de la Juventud.
- HERNÁNDEZ PEDREÑO, Manuel. 2002. «Vejez y desigualdad social», *Praxis sociológica*, 6: 129-146.
- INE. 1999. *Indicadores Sociales de España*, [www.ine.es/daco42/analisoci/indisoci](http://www.ine.es/daco42/analisoci/indisoci).
- INE. 2000. *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud 1999*, Madrid, INE.
- INE. 2001. *España en cifras 2000*, Madrid, INE.
- NAVARRO RUBIO, María Dolores. 1996. *Encuestas de salud*, Madrid, CIS.
- PÉREZ ADÁN, José. 1999. *La salud social*, Madrid, Trotta.
- REGIDOR, Enrique. 1991. *Indicadores de salud*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- REGIDOR, Enrique, GUTIÉRREZ-FISAC, Juan J. y RODRÍGUEZ, Carmen. 1994. *Diferencias y desigualdades en salud en España*, Madrid, Díaz de Santos.
- RODRÍGUEZ, Josep A. 1987. *Salud y Sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español*, Madrid, Tecnos.
- RODRÍGUEZ, Josep A. 1988. «El reparto del bienestar: salud y desigualdad social en España», *Sistema*, 83: 75-111.
- RODRÍGUEZ, Josep A. y DE MIGUEL, Jesús Miguel. 1990. *Salud y poder*, Madrid, CIS.
- SUBIRATS, Marina y SÁNCHEZ, Cristina. 1995. «Clases sociales y desigualdad de estilos de vida en la Región Metropolitana de Barcelona», en CARABAÑA, Julio (ed), *Desigualdad y clases sociales*, 151-170, Madrid, Fundación Argentaria-Visor.