

## COLABORACION ESPECIAL

### ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1993

**Unidad Responsable:** Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias (Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria).

**Equipo Coordinador.** Lourdes Biglino Campos, Alonso Coronado Luengo, Enrique Gil López, Jesús Gil Redrado, Asunción Prieto Orzanco y Enrique Regidor Poyatos.

**Autores y Colaboradores.** Rosario Arevalo Sánchez (1), José Ramón Banegas Banegas (1), Lourdes Biglino Campos (1), Isabel Espiga López (1), Santiago Esteban Gonzalo (1), Gloria Fernández-Mayoralas Fernández (2), Isabel García García (1), Enrique Gil López (1), Jesús Gil Redrado (1), Begoña Girón (1), Julia González Alonso (1), Jesús González Enríquez (1), Juan Luis Gutiérrez Fisac (1), Sagrario Mateu Sanchís (1), Julián Martín Pérez (1), Pilar Polo Sanz (1), José Luis Prieto Alonso (1), Asunción Prieto Orzanco (1), Enrique Regidor Poyatos (1), Teresa Robledo de Dios (1), Carmen Rodríguez Blas (1), Jacinto Rodríguez Osuna (3), Vicente Rodríguez Rodríguez (2), Francisco Sevilla Pérez (1), Carmen Sivit Ganan (1), José Luis de la Torre Misiego (1), Francisco Vargas Marcos (1) y Fernando Villar Alvarez (1).

(1) Ministerio de Sanidad y Consumo.

(2) Instituto Económico y Geográfico CSIC.

(3) Centro de Investigaciones Sociológicas.

#### 1. PRESENTACION Y ANTECEDENTES

La Encuesta Nacional de Salud de España 1993 (ENSE 93) tiene como objetivo la obtención de información sobre aspectos de salud y uso de servicios, no abordables mediante los sistemas de información rutinarios, procurando complementar a éstos para producir valoraciones necesarias, a efectos de planificación sanitaria y de salud, y, en general, conseguir una mejor adaptación entre las necesidades de salud y la actividad del sistema sanitario en su conjunto.

En diversos países (Inglaterra, Estados Unidos, Alemania, Canadá, Francia, Holanda, Italia) se realizan encuestas con contenidos similares que se aproximan, mediante metodologías de diseño y aplicación diversas, al conocimiento tanto de hábitos como de situación de salud y uso de servicios. La Organización Mundial de la Salud está realizando actualmente trabajos que permitan la comparabilidad de resultados entre países.

En lo que a España se refiere, la ENSE 1993 es deudora de los trabajos desarrollados en anteriores encuestas de ámbito muni-

cipal y comunitario (Encuesta de Salud de Barcelona, Encuestas de Salud del País Vasco y Navarra, Encuesta sobre Personas Mayores de Madrid) y muy especialmente de la anterior Encuesta Nacional de Salud de 1987 (ENSE 87), respecto de la cual conserva totalmente la metodología y, con mínimas modificaciones, la estructura temática.

El presente trabajo pretende aportar al lector especializado una descripción de carácter general de los principales resultados de la ENSE 1993. Se ha buscado esencialmente la presentación de los datos principales en forma clara y sucinta. En este sentido, los documentos que componen la monografía resultan un primer paso en el análisis de los resultados, y pretenden introducir al lector en la amplia riqueza de información, susceptible de ser extraída de la Encuesta mediante explotaciones específicas. El interés mostrado por diferentes administraciones, instituciones y organismos, respecto a la utilización de la ENSE para una amplia gama de investigaciones, permiten suponer que la actual presentación se verá continuada en nuevos e interesantes trabajos que toman a la ENSE como punto de referencia.

En las páginas siguientes, se podrá encontrar en primer lugar una descripción de la metodología empleada para el desarrollo de la ENSE, seguida de la descripción de las áreas temáticas de la misma. Así, a la inicial valoración del estado de salud, accidentes y restricción de actividad, le siguen los hábitos y estilos de vida, las actividades de carácter preventivo y la utilización de servicios en general. A continuación se exponen resultados respecto al grado de autovalimiento de los mayores de sesenta y cinco años y, por último, una valoración de la cobertura sanitaria. Aun cuando el cuestionario de la ENSE recoge otras posibles variables de cruce, se han seleccionado prioritariamente las variables de control de edad y sexo, así como territorio (Comunidad Autónoma) y nivel social (educativo, posición), para realizar esta aproximación a los resultados.

En la actualidad se encuentran en edición los resultados generales de la ENSE, que se recogerán en una publicación específica equivalente a la realizada para la ENSE 1987, lo cual facilitará la ampliación de información para aquellos lectores interesados en aspectos concretos.

Cuanto hemos participado en la elaboración de esa colaboración especial, confiamos en que su contenido resulte de interés, tanto para conocer mejor los aspectos sanitarios y de salud recogidos por la ENSE, como para valorar la utilidad de una herramienta de información que, aún con las limitaciones metodológicas propias de este tipo de instrumento, proporciona información relevante para desarrollar y sustentar políticas sanitarias y de salud. En este sentido, el futuro habrá de llevarnos con toda probabilidad a convertir la ENSE en un elemento de información estable y no esporádico.

## 2. METODOLOGÍA DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA 1993

La Encuesta Nacional de Salud de España 1993 (ENSE 93) se ha realizado sobre una amplia muestra de población española no institucionalizada de 0 y más años, mediante entrevista directa,

a los ciudadanos de 16 años o más, o a uno de los padres, en el caso de menores de 16 años. Las entrevistas se realizaron en el período 15 de febrero a 3 de marzo de 1993.

Para su elaboración se ha tomado como punto de partida la experiencia y resultados obtenidos con la Encuesta Nacional de Salud de 1987 (ENSE 87), exponiéndose a continuación la metodología empleada respecto a materias objeto del estudio, elaboración de cuestionarios, diseño y procedimiento muestral, control y verificación.

### Materias objeto del estudio

Al igual que en la ENSE 87, las grandes materias que se abordan en la ENSE 93 son la valoración subjetiva del estado de salud, la valoración del tipo de accidentes ocurridos y su gravedad, la utilización de los servicios sanitarios públicos y privados en régimen ambulatorio y de hospitalización, determinados hábitos de vida que influyen en el estado de salud (alcohol, tabaco, ejercicio físico, horas de sueño) y la modalidad de cobertura sanitaria. No se ha recabado información en la ENSE 93 acerca de la utilización de servicios realizada por un ciudadano en representación de otro (consultas por familiares), que sí fueron objeto de análisis en 1987. En 1993 se ha recabado información acerca del nivel de autovalimiento en las personas mayores de 65 años, como elemento que se reconoce con gran influencia en la previsión de las necesidades de servicios.

### Diseño de los cuestionarios y supervisión de administración de los mismos

Los cuestionarios aplicados a niños y adultos fueron diseñados por un pequeño grupo de trabajo ad-hoc, tomando como base aquellos empleados en la ENSE 87, con el fin de preservar al máximo la posibilidad de comparación entre ambos estudios. Se suprimieron o modificaron sustancialmente aquellas preguntas de la ENSE 87 que habían

resultado con elevadas tasas de respuesta inválida o no respuesta. Se obvió la inclusión en el cuestionario de aquellas preguntas que, siendo de aplicación sucesiva a otras preguntas filtro, y teniendo en cuenta los resultados de 1987, no permitieran obtener resultados utilizables, según el tamaño muestral previsto.

Se analizaron por el grupo las necesidades de nueva información surgidas desde 1987, y así se decidió incorporar preguntas específicas acerca de determinadas materias, para las cuales no existiera otra fuente de información y cuyo conocimiento resultara de interés para planificar la reorientación de servicios y guiar acciones del propio Ministerio de Sanidad y, en su caso, de las diferentes Comunidades Autónomas. Así, se incluyeron como novedad, respecto a 1987, la ya mencionada escala de autovalimiento para mayores de 65 años (ya testada en una encuesta anterior de la Comunidad Autónoma de Madrid) y preguntas sencillas sobre recepción de dosis de vacuna antigripal (todas las edades), utilización de servicios ginecológicos (mujeres). Se introdujo una pregunta en el cuestionario infantil (a contestar por la madre o el padre) acerca del conocimiento de las vacunaciones obligatorias, en sustitución de una pregunta directa sobre el estado vacunal que había mostrado dificultades de aplicación en 1987. Se introdujo, asimismo, una modificación sustancial respecto a la ENSE 87 en la forma de preguntar el tipo de cobertura sanitaria, siendo en la ENSE 93 comparable a la formulada en la Encuesta de Cobertura de Asistencia Sanitaria de 1987 (y otras posteriores del Ministerio de Sanidad y Consumo).

Las materias nuevas o con modificaciones sustanciales, respecto a la ENSE 87, pueden verse en la Tabla 2.1.

Las preguntas correspondientes se especificarán y analizarán en la exposición de resultados.

Se modificó sustancialmente la variable de control de la ENSE 87 "nivel de renta", que había obtenido elevadas tasas de no respuesta, por una variable generada a partir de otras dos directamente recogidas (estudios y

**TABLA 2.1.**  
**Modificaciones temáticas respecto a ENSE 87**

<i>Materias nuevas o modificaciones importantes de preguntas respecto a ENSE 87</i>
Vacunación antigripal
Vacunaciones infantiles
Visitas al ginecólogo (niñas y mujeres)
Escala autovalimiento en mayores de 65 años

ocupación del cabeza de familia) obteniendo el nivel socioeconómico del hogar 5 tramos. Esta nueva variable de control había sido ya testada por el propio Ministerio de Sanidad y Consumo en otras encuestas, obteniendo resultados satisfactorios respecto a su idoneidad, comparabilidad internacional y tasa de respuesta. La clasificación de posición social empleada puede verse en la Tabla 2.2.

El diseño del cuestionario se acompañó de la elaboración del Manual del Entrevistador, con las indicaciones necesarias para una correcta administración de los cuestionarios.

El Centro de Investigaciones Sociológicas, que había realizado ya los trabajos de campo de la ENSE 87, distribuyó previamente al inicio del trabajo de campo el material (Cuestionarios y Manual) entre sus entrevistadores, fijando el período de consultas previo al trabajo de campo, para aquellas materias o cuestiones que precisaran algún tipo de aclaración. Las dudas surgidas fueron solventadas mediante un equipo único de respuesta (CIS-MSyC), en las 48 h previas al inicio de las entrevistas. Se mantuvo un dispositivo de consulta similar (conjunto entre ambas instituciones) durante el período completo de trabajo de campo, así como durante los procesos de verificación y codificación.

### **Ambito del estudio y población marco**

Como ya se ha indicado, abarca a la totalidad de la población española no institucionalizada de cualquier edad, incluida aquella población residente en las ciudades de Ceuta y Melilla.

**TABLA 2.2**  
**Nivel socio-económico**

PROFESION	ESTUDIOS				
	Ningún estudio	Estudios terminados a los 14-15 años	Estudios terminados a los 16-19 años	Estudios posteriores sin ser universitarios	Estudios universitarios
<b>TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA:</b>					
• Agricultor (Pequeña explotación)	5	4	4	3	3
• Agricultor (Gran explotación)	4	3	3	3	2
• Autónomo o empleado con 5 empleados o menos	4	4	3	3	2
• Empresario con 6 empleados o más	3	2	1	1	1
• Profesional por cuenta propia o ajena				3	2
<b>TRABAJADORES POR CUENTA AJENA:</b>					
• Miembro de la dirección					
— Responsable de 5 subordinados o menos	3	3	2	2	1
— Responsable de 6 subordinados o más	3	3	2	1	1
• Mandos, intermedios	4	3	3	2	2
• Otros empleados con trabajo de oficina	4	3	3	3	2
• Otros empleados con trabajo fuera de oficina y obreros cualificados	4	4	3	3	3
• Trabajadores manuales no cualificados	5	5	4	4	3
<b>NO TRABAJAN:</b>					
• Jubilado/Pensionista	5	4	4	3	3
• Parado	5	4	4	3	3
• Parado (menos de 3 meses) según profesión anterior					

1 = Acomodada o alta.  
 2 = Medio alta.  
 3 = Media-media.  
 4 = Media-baja.  
 5 = Baja.

Dada la necesidad de realizar estimaciones a nivel de cada Comunidad Autónoma, se optó por diseñar una muestra estratificada con representatividad por Comunidad Autónoma.

La información sobre la población marco se obtuvo del Censo de Población 1991, referida a la población por municipios y a la distribución de las secciones. Esta información se sometió al proceso de estratificación al que posteriormente se hace referencia.

### Diseño de la muestra

Se diseñaron una muestra para adultos y otra para niños, bajo esquemas básicamente coincidentes, pero con algunas peculiaridades:

#### A. *Tamaños muestrales:*

1. **Muestra de adultos (población de 16 años y más):** el tamaño de la muestra es de 21.120 entrevistas distribuidas en forma no proporcional entre las diferentes Comunidades Autónomas, Ceuta y Melilla. Permite

garantizar representatividad de la muestra a nivel de Comunidad Autónoma, y estimar tendencias en el caso de Ceuta y Melilla. Para ello, se hizo una afijación que garantizara el número mínimo de entrevistas por Comunidad, y que tuviera en cuenta las diferencias de tamaño poblacional. De acuerdo con estos criterios, se aplicaron los módulos que se indican en la Tabla 2.3.

Una vez asignadas las entrevistas por Comunidades, se hizo una distribución al interior de las mismas por provincias, asignando a cada una de ellas 120 entrevistas fijas, y el resto proporcional. En las Comunidades uniprovinciales la muestra es autoponderada.

Al tratarse de una muestra no proporcional y, en consecuencia, con diferentes tasas de muestreo de los distintos estratos, se hace imprescindible la aplicación de coeficientes de ponderación que permitan agregar los resultados de los diferentes estratos. Como unidad de ponderación se ha tomado la provincia, a la cual se aplican los coeficientes recogidos en la Tabla 2.4.

**TABLA 2.3.**  
Distribución de entrevista por Comunidades

<i>Comunidades Autónomas</i>	<i>Entrevistas adultos</i>	<i>Entrevistas niños</i>
Andalucía	2.000	500
Aragón	1.000	250
Asturias	800	200
Baleares	800	200
Canarias	1.000	250
Cantabria	800	200
Castilla-La Mancha	1.000	250
Castilla y León	1.500	375
Cataluña	2.000	500
Comunidad Valenciana	1.500	375
Extremadura	1.000	250
Galicia	1.500	375
Madrid	2.000	500
Murcia	800	200
Navarra	800	200
País Vasco	1.500	375
Rioja	800	200
Ceuta	160	40
Melilla	160	40
<b>TOTAL</b>	<b>21.120</b>	<b>5.280</b>

**TABLA 2.4.**  
**Coefficientes de ponderación**

	<i>Muestra niños</i>	<i>Muestra adultos</i>
Alava	0,528	0,568
Albacete	1,009	0,916
Alicante	1,638	1,343
Almería	1,488	1,231
Avila	0,558	0,665
Badajoz	0,688	0,597
Baleares	0,484	0,499
Barcelona	1,785	1,994
Burgos	0,911	1,107
Cáceres	0,507	0,536
Cádiz	2,662	1,949
Castellón	0,869	0,971
Ciudad Real	1,128	1,105
Córdoba	2,011	1,681
La Coruña	1,064	1,168
Cuenca	0,570	0,678
Gerona	1,004	1,129
Granada	1,932	1,752
Guadalajara	0,448	0,522
Guipúzcoa	0,663	0,786
Huelva	1,544	1,229
Huesca	0,369	0,506
Jaén	1,706	1,640
León	1,201	1,408
Lérida	0,777	0,942
La Rioja	0,152	0,182
Lugo	0,602	0,842
Madrid	1,347	1,350
Málaga	2,509	1,998
Murcia	0,825	0,683
Navarra	0,321	0,361
Orense	0,551	0,844
Asturias	0,645	0,805
Palencia	0,578	0,687
Las Palmas	0,940	0,808
Pontevedra	1,136	1,098
Salamanca	0,835	1,119
Tenerife	0,929	0,790
Cantabria	0,332	0,358
Segovia	0,445	0,576
Sevilla	2,929	2,283
Soria	0,279	0,404
Tarragona	1,141	1,155
Teruel	0,321	0,412
Toledo	1,134	1,112
Valencia	1,514	1,504
Valladolid	1,297	1,359
Vizcaya	0,707	0,868
Zamora	0,578	0,788
Zaragoza	0,683	0,820
Ceuta	0,291	0,190
Melilla	0,250	1,159

*Fuente:* Explotación de Censo de población y vivienda 1991. Muestra Avance. Principales resultados.

2. **Muestra de niños (población de 0 a 15 años):** El tamaño de la muestra es de 5.280 entrevistas distribuidas de forma no proporcional tanto entre Comunidades, siguiendo el mismo procedimiento que para los adultos respecto a la afijación provincial dentro de cada Comunidad. Esta cifra de 5.280 entrevistas representa el 25% de la muestra de adultos, porcentaje similar al que representa la población de 0 a 15 años sobre la población de 16 años y más. Fijado el porcentaje, se hicieron módulos al igual que en la muestra de adultos. La distribución resultante se ofrece en la Tabla 2.3.

Los coeficientes de ponderación (distintos de los de adultos, dada la diferente estructura etaria provincial), se incluyen en la Tabla 2.4.

3. **Errores de muestreo:** Tomando en cuenta tanto el tamaño muestral como el procedimiento de muestreo, se han estimado los siguientes errores máximos:

El error de muestreo máximo ( $p = 50\%$ ) para la estimación de resultados globales es-

tatales en la muestra de adultos es de 0,9%, con un nivel de confianza del 95,5%.

El error de muestreo máximo ( $p=50\%$ ) para la estimación de resultados globales estatales en menores de 16 años es de un 1,8%, asimismo para un nivel de confianza del 95,5%.

El error de muestreo máximo en la muestra global (adultos + niños) es del 0,8%, para el mismo nivel de confianza.

Los errores máximos de muestro para las submuestras por CCAA se especifican en la Tabla 2.5.

#### B. *Procedimiento de muestreo:*

El Procedimiento de muestreo ha sido similar en ambas muestras. Se ha realizado un muestreo polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las diferentes unidades de muestreo de forma aleatoria proporcional en el caso de los municipios, y de forma aleatoria simple en el de las secciones. La de los individuos se ha realizado mediante rutas y cuotas de edad y sexo.

**TABLA 2.5.**  
Errores muestrales en las submuestras

<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Error por cien (<math>p = q</math>; N. confianza 95,5 %)</i>
2.000 entrevistas	2,90
1.500 entrevistas	3,35
1.000 entrevistas	4,11
800 entrevistas	4,59
500 entrevistas	5,81
375 entrevistas	6,71
250 entrevistas	7,58
200 entrevistas	8,48
160 entrevistas	9,10
40 entrevistas	17,39

La estratificación de municipios se ha realizado en 7 tamaños de hábitat, distribuyendo las entrevistas de forma proporcional al peso de los distintos tamaños de hábitat respecto al total de la población de la provincia en cuestión.

### Control y Verificación

Recogida la información a través de la Red de Campo, se procedió a la depuración de los cuestionarios, el cierre de preguntas abiertas, edición de libro de claves y grabación. Tras realizar la detección de valores erráticos y verificación de la adecuada aplicación de preguntas filtro, se efectuaron cruces de consistencia. La simulación se realizó utilizando las variables de nivel de estudios y ocupación, con resultados aceptables.

### Tabulación y Explotación

Se realizó en primer lugar una distribución de marginales de la muestra ponderada. En base a dicha información preliminar y a los resultados de las explotaciones generales realizadas sobre la ENSE 87, el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo

definió un plan de explotación pormenorizado. La explotación así definida fue efectuada por el CIS. El programa utilizado para realizar la explotación fue el SPSS-Mainframe.

Los principales resultados en diversas materias se exponen en esta publicación.

## 3. RESULTADOS Y ANALISIS

### 3.1. Situación de Salud

#### *Autovaloración de salud*

Una de las cuestiones más características de las encuestas de salud por entrevista se refiere a la autopercepción de la salud por los propios entrevistados. Generalmente se les pregunta cómo consideran que ha sido su estado de salud en los 12 meses anteriores a la entrevista: muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo. En las Tablas 3.1.1, 3.1.2 y 3.1.3 se presenta la distribución porcentual de la población, tanto adulta como infantil, según la autovaloración del estado de salud en 1993, por edad, sexo, clase social del cabeza de familia y comunidad autónoma de residencia.

**TABLA 3.1.1.**  
Distribución porcentual de la población según la autovaloración del estado de salud, por edad, sexo y clase social. Población de 16 y más años. España, 1993

	<i>Muy bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy malo</i>
TOTAL	11	57	24	6	1
EDAD					
16 - 44	15	66	15	3	1
45 - 64	7	52	31	8	2
65 y +	4	37	43	14	2
SEXO					
Hombre	13	61	21	5	1
Mujer	9	54	28	7	1
CLASE SOCIAL					
Alta	18	65	13	3	1
Media - alta	17	66	14	3	0
Media - media	14	64	18	3	0
Media - baja	9	57	26	6	1
Baja	8	49	32	9	2



**TABLA 3.1.2.**  
**Distribución porcentual de la población según la autovaloración del estado de salud, por**  
**Comunidad Autónoma. Población de 16 y más años. España, 1993**

	<i>Muy bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy malo</i>
TOTAL	11	57	24	6	1
COMUNIDAD					
Andalucía	12	54	26	7	1
Aragón	9	60	24	5	1
Asturias	13	53	27	6	1
Balears	13	55	24	6	2
Canarias	7	58	26	8	2
Cantabria	17	56	23	4	0
Castilla-La Mancha	8	62	24	4	2
Castilla y León	11	55	27	5	1
Cataluña	12	62	19	6	1
Comunidad Valenciana	14	56	23	5	1
Extremadura	10	55	28	7	1
Galicia	7	56	28	7	1
Madrid	8	59	25	6	1
Murcia	17	53	22	7	2
Navarra	11	64	21	4	0
País Vasco	13	59	22	4	1
La Rioja	8	62	21	7	1

**TABLA 3.1.3.**  
**Distribución porcentual de la población según la autovaloración del estado de salud, por edad,**  
**sexo y clase social. Población de 0 a 15 años. España, 1993**

	<i>Muy bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy malo</i>
TOTAL	24	65	10	1	0
EDAD					
0 - 4	21	66	12	1	0
5 - 15	25	65	9	1	0
SEXO					
Niño	23	66	10	1	0
Niña	25	65	9	1	0
CLASE SOCIAL					
Alta	34	55	10	1	0
Media - alta	35	55	8	2	0
Media - media	25	64	10	0	0
Media - baja	22	68	9	1	0
Baja	20	69	9	1	0

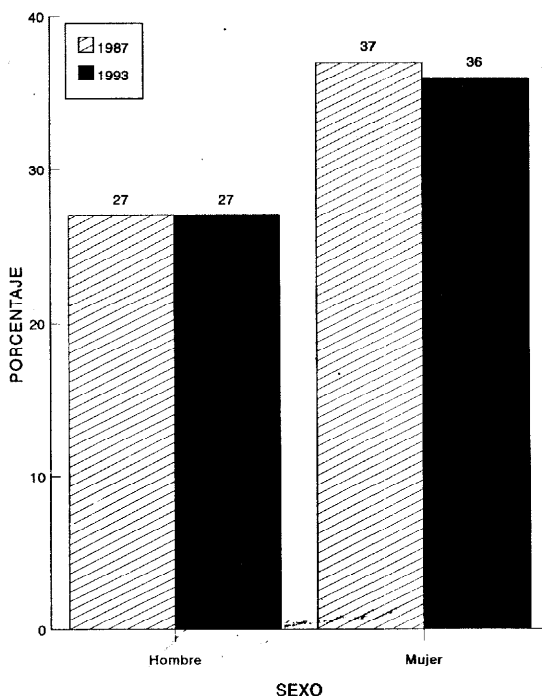
El 68% de la población de 16 y más años valora su estado de salud como muy bueno o bueno, el 24% como regular y el 7% como malo o muy malo. El porcentaje de individuos que valora su estado de salud como muy bueno o bueno disminuye conforme aumenta la edad y es más bajo en las mujeres y en las clases sociales bajas. Complementariamente, la proporción de personas que consideran que su estado de salud ha sido regular, malo o muy malo aumenta con la edad y es más alta en las mujeres y en las clases sociales bajas.

Por su parte, en la población menor de 16 años, el estado de salud es valorado como muy bueno o bueno en el 89% de los casos, como regular en el 10% y como malo o muy malo en el 1%. Al contrario que en la población adulta, no se observan grandes diferencias según la edad, el sexo y la clase social.

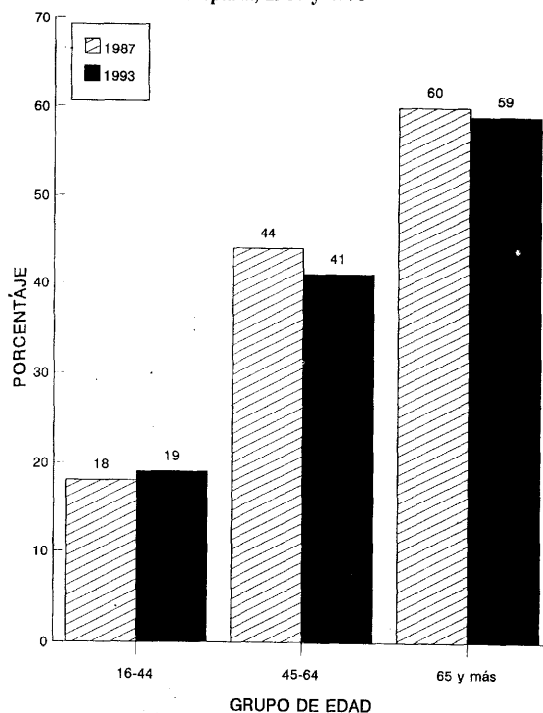
El análisis global de las respuestas puede realizarse dividiendo a los individuos en los que valoran negativamente su salud, esto es, responden "regular, malo o muy malo" y los que la valoran positivamente, es decir, responden "muy bueno o bueno". Así, si observamos la Figura 3.1.1 puede apreciarse que las mujeres valoraron peor su salud que los hombres: en 1993, el 36% de las mujeres valoraron negativamente su salud, mientras que entre los hombres lo hicieron el 27%. Apenas hubo cambios significativos con respecto a 1987.

Por lo que se refiere a la edad, la autovaloración negativa de la salud en 1993 se incrementó desde un 19% en el grupo de 16 a 44 años hasta un 59% en los mayores de 65 años. En el grupo de 45 a 64 años el porcentaje de individuos que valoraban negativamente su salud disminuyó de un 44% en 1987 a 41% en 1993 (Figura 3.1.2).

**FIGURA 3.1.1.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según sexo. España, 1987 y 1993**



**FIGURA 3.1.2.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según grupo de edad. España, 1987 y 1993**



En cuanto a las comunidades autónomas, hay que señalar que, en 1993, la población de Canarias, Extremadura y Galicia era la que en mayor porcentaje valoraba negativamente su salud, concretamente en un 36%, tal y como se refleja en la Tabla 3.1.4. En 1987, estas comunidades, junto a Murcia, eran también en las que en mayor porcentaje se valoraba peor la salud. Por su parte, Navarra y Cataluña fueron las Comunidades donde un menor porcentaje de población respondió en 1993 que su salud era regular, mala o muy mala en el año anterior a la entrevista. En 1987, sin embargo, fueron La Rioja y Cantabria.

Por lo que se refiere a la valoración de la salud en los niños, apenas hay diferencia con respecto a los resultados de la encuesta de 1987, tal y como se observa en las Figuras 3.1.3 y 3.1.4: un 11% de los niños y un 10% de las niñas, según la opinión de sus padres, presentaron una salud negativa en 1993. Por

grupos de edad, un 13% de los menores de 5 años declararon tener una salud regular, mala o muy mala; mientras que este porcentaje fue del 10% en los niños de 5 a 15 años.

#### *Accidentes Declarados*

Un 9% de los hombres y un 6% de las mujeres de 16 años y más años refirieron algún accidente en el año anterior a la entrevista, tanto en 1987 como en 1993, tal y como se refleja en la Tabla 3.1.5. El mayor porcentaje de entrevistados que declara algún accidente se produce en el grupo de edad de 16 a 44 años: en este intervalo de edad el 9% de los entrevistados respondió haber sufrido algún accidente en los últimos 12 meses —cifra es similar a la de 1987—; sin embargo, en el grupo de 45 a 64 años, ese porcentaje disminuyó (del 6% en 1987 se pasó al 5% en 1993) y en el de 65 y más años aumentó (se pasó del 5% al 6%).

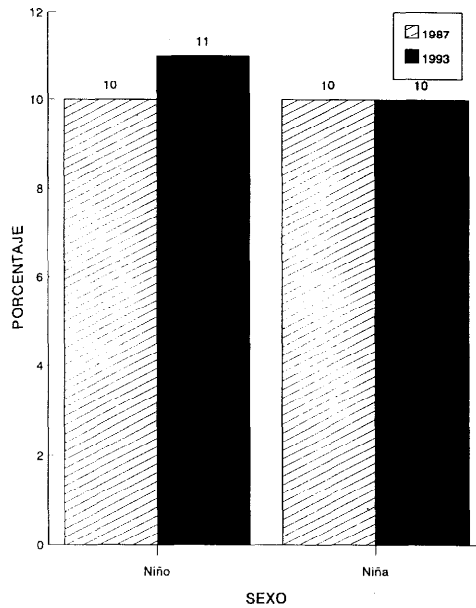
**TABLA 3.1.4.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según Comunidad Autónoma. España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	32	31
COMUNIDAD		
Andalucía	32	34
Aragón	28	30
Asturias	30	34
Balears	29	32
Canarias	38	36
Cantabria	27	27
Castilla-La Mancha	34	30
Castilla y León	33	33
Cataluña	31	26
Comunidad Valenciana	31	29
Extremadura	36	36
Galicia	36	36
Madrid	32	32
Murcia	36	31
Navarra	29	25
País Vasco	28	27
La Rioja	27	29

**TABLA 3.1.5.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que refiere algún accidente en los últimos 12 meses, según edad, sexo y clase social. España, 1987 y 1993**

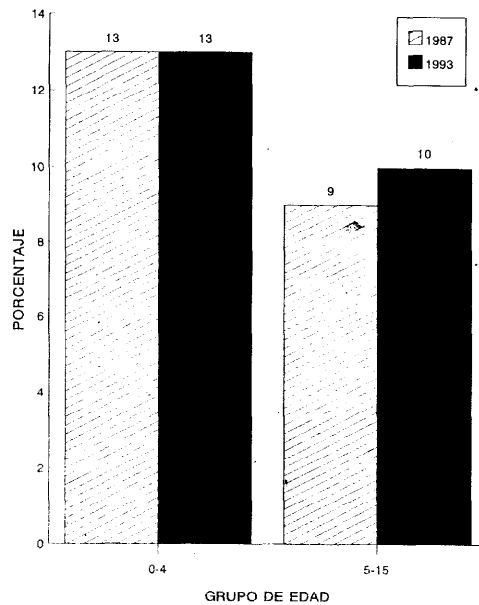
	1987	1993
TOTAL	8	8
EDAD		
16 - 44	9	9
45 - 64	6	5
65 y +	5	6
SEXO		
Hombre	9	9
Mujer	6	6
CLASE SOCIAL		
Alta	—	8
Media - alta	—	7
Media - media	—	8
Media - baja	—	8
Baja	—	7

**FIGURA 3.1.3.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según sexo.**  
**España, 1987 y 1993**



(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

**FIGURA 3.1.4.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que declara tener una salud regular, mala o muy mala, según grupo de edad.**  
**España, 1987 y 1993**



(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

En 1993, el 7% de los individuos de clase media-alta y baja declararon haber sufrido algún accidente en el año anterior a la entrevista; los individuos pertenecientes al resto de las clases sociales lo hicieron en un 8%.

La comunidad autónoma que en 1993 señaló la menor ocurrencia de algún accidente fue La Rioja: un 5% de la población de 16 años y más años de esta comunidad refirió la presencia de algún accidente durante los 12 meses anteriores a la entrevista. El porcentaje en el resto de las comunidades autónomas oscilaba entre 6 y 8%, tal y como se muestra en la Tabla 3.1.6. En 1987, también fue La Rioja, junto con Aragón, donde se refirió un

menor porcentaje de accidentes; concretamente un 4%. Por su parte, la comunidad autónoma con un mayor porcentaje de declaración de accidentes fue País Vasco (10%), seguida de Madrid, Castilla-La Mancha y Murcia con un 9%.

En la Tabla 3.1.7 se observa el porcentaje de accidentes declarados en los niños de 0 a 15 años. En el 10% de los niños de esta edad se señaló algún accidente en 1993, al igual que en 1987. En cambio, en las niñas, ese porcentaje disminuyó del 8% en 1987 al 6% en 1993. Igualmente, el porcentaje de accidentes disminuyó de 1987 a 1993 en el grupo de 0 a 4 años (pasó de un 8 a un 6%) y en el grupo de 5 a 15 años (del 10% se redujo al 9%).

**TABLA 3.1.6.**  
Porcentaje de población de 16 y más años que refiere algún accidente en los últimos doce meses, según Comunidad Autónoma. España, 1987 y 1993

	1987	1993
TOTAL	8	8
COMUNIDAD		
Andalucía	7	8
Aragón	4	6
Asturias	6	6
Baleares	8	8
Canarias	7	8
Cantabria	8	8
Castilla-La Mancha	9	6
Castilla y León	7	7
Cataluña	8	8
Comunidad Valenciana	7	8
Extremadura	8	6
Galicia	7	7
Madrid	9	8
Murcia	9	6
Navarra	7	7
País Vasco	10	8
La Rioja	4	5

**TABLA 3.1.7.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que refiere algún accidente en los últimos doce meses, según edad, sexo y clase social. España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	9	8
EDAD		
0 - 4	8	6
5 - 15	10	9
SEXO		
Niño	10	10
Niña	8	6
CLASE SOCIAL		
Alta	—	9
Media - alta	—	7
Media - media	—	9
Media - baja	—	8
Baja	—	8

(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

Las clases sociales alta y media-alta son las que declaran un mayor porcentaje de accidentes en los niños, concretamente un 9%; les siguen las clases media-baja y baja con un 8% y, por último, la clase media-alta con un 7%.

### *Restricción de actividad*

En la evaluación de la restricción de actividad por motivos de salud se van a analizar exclusivamente los resultados de la encuesta de 1993. El distinto período del año en el que se realizaron las dos Encuestas Nacionales de Salud (julio en 1987 y febrero en 1993) podría producir resultados no estrictamente comparables, debido a la posible influencia de la estacionalidad.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1993, el 8% de los hombres de 16 años y más años declararon haber restringido su actividad principal por motivos de salud durante las dos semanas anteriores a la entrevista (Tabla 3.1.8). Por su parte, las mujeres lo hicieron en un 14%. Esa declaración de

restricción de actividad principal se incrementó con la edad de los entrevistados: 9% los de 16 a 44 años, 12% los de 45 a 64 años y 17% los mayores de 65 años.

**TABLA 3.1.8.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha restringido su actividad principal en las dos últimas semanas, según edad, sexo y clase social. España, 1993**

TOTAL	11
EDAD	
16 - 44	9
45 - 64	12
65 y +	17
SEXO	
Hombre	8
Mujer	14
CLASE SOCIAL	
Alta	10
Media-alta	11
Media-media	10
Media-baja	10
Baja	14

En relación con la clase social, los entrevistados que declararon mayor restricción de actividad principal fueron los de la clase baja, concretamente un 14%. La clase alta, la clase media-media y la clase media-baja lo hicieron en un 10% y la clase media-alta en un 11%.

La población de Madrid y La Rioja fue la que declaró haber restringido su actividad principal en mayor medida. Un 15% de los entrevistados de estas comunidades indicó restricción de actividad por motivos de salud. Por su parte, la comunidad donde en menor porcentaje se declaró haber restringido actividad fue Navarra, con un 6% (Tabla 3.1.9).

En los niños, la restricción de actividad principal declarada fue del 19% en los niños y del 15% en las niñas (Tabla 3.1.10). En el grupo de edad de 0 a 4 años, ese porcentaje fue del 16%, mientras que en el grupo de 5 a 15 fue del 13%. Por lo que se refiere a la clase social, la clase media-alta fue la que señaló un mayor

porcentaje de restricción de actividad en los niños, concretamente un 20%.

### 3.2. Hábitos

#### *Consumo de tabaco*

El consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de morbi-mortalidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado. En España, la prevalencia del consumo de cigarrillos en 1993 fue del 36%. Esta prevalencia es inferior al 38,1% que se obtuvo en 1987, y similar a la observada en 1989.

Por sexos, como puede verse en la figura 3.2.1, se observa una evolución bien diferente en mujeres que en hombres. Mientras que en éstos se ha reducido considerablemente el porcentaje de fumadores —55 en 1987 y 48 en 1993— en las mujeres ha aumentado, pasando de 23 en 1987 a 25 en 1993.

**TABLA 3.1.9.**  
Porcentaje de población de 16 y más años que ha restringido su actividad principal en las dos últimas semanas, según Comunidad Autónoma, España, 1993

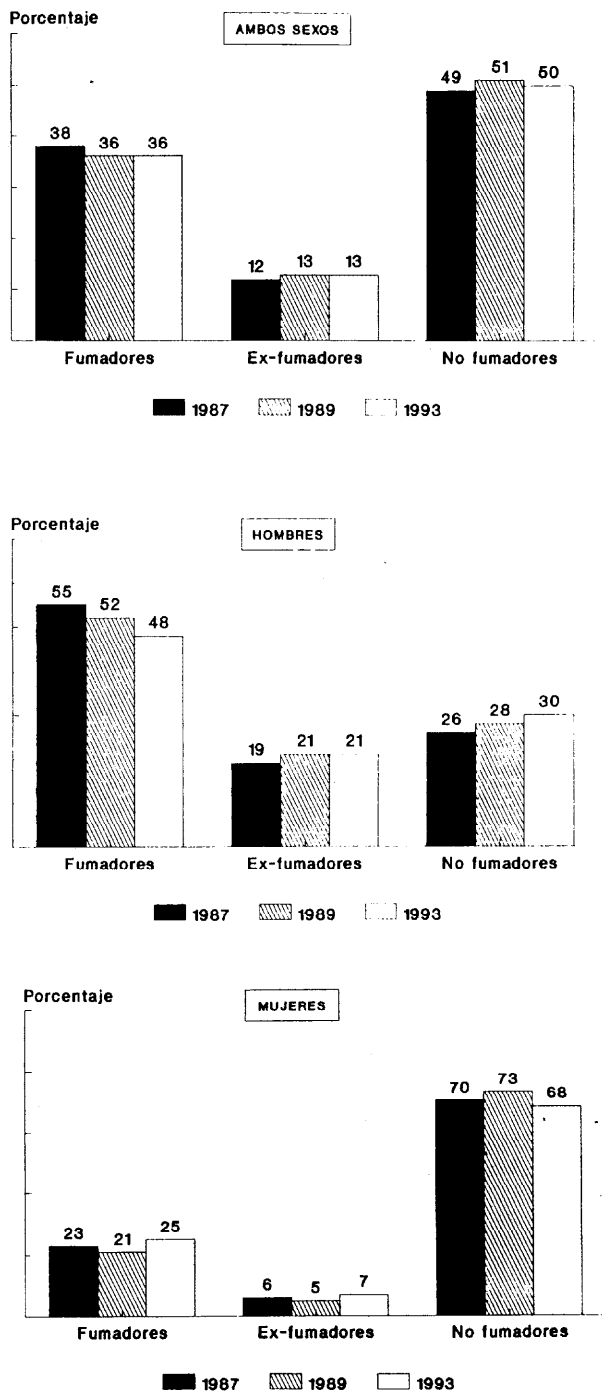
TOTAL	11
COMUNIDAD	
Andalucía	11
Aragón	10
Asturias	9
Baleares	12
Canarias	14
Cantabria	10
Castilla-La Mancha	9
Castilla y León	10
Cataluña	10
Comunidad Valenciana	11
Extremadura	10
Galicia	9
Madrid	15
Murcia	9
Navarra	6
País Vasco	9
La Rioja	15

**TABLA 3.1.10.**  
Porcentaje de población de 0 a 15 años que ha restringido su actividad principal en las dos últimas semanas, según edad, sexo y clase social, España, 1993

TOTAL	14
EDAD	
0 - 4	16
5 - 15	13
SEXO	
Niño	14
Niña	15
CLASE SOCIAL	
Alta	12
Media-alta	20
Media-media	16
Media-baja	13
Baja	11



**FIGURA 3.2.1.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años según su consumo de tabaco por sexo.**  
**España, 1987, 1989 y 1993**



El descenso que se ha producido desde 1987 hasta 1993 en la prevalencia de fumadores, tanto en el conjunto de la población como en los hombres, no se debe únicamente a un aumento en el porcentaje de exfumadores, que en el caso de los hombres pasó de 19 en 1987 a 21 en 1993, sino también a un aumento en el porcentaje de individuos que nunca han fumado, que pasó de 26 a 30% en los varones entre 1987 y 1993, como se aprecia en la figura 3.2.1. Este último indicador es reflejo del descenso en el porcentaje de hombres que se inician en el consumo de cigarrillos, circunstancia que generalmente suele producirse durante la adolescencia o juventud.

En las mujeres, por su parte, aunque también ha aumentado el porcentaje de exfumadoras desde 1987 hasta 1993, se ha reducido el porcentaje de mujeres que nunca ha fumado, reflejando el incremento en los inicios en el consumo durante el período considerado.

Según la edad, como se aprecia claramente en la tabla 3.2.1, la mayor prevalencia de tabaquismo se observa en los individuos de 25 a 44 años, de los que, en 1993, consumían cigarrillos un 51%, y en los de 16 a 24, entre los que lo hacían un 43%. La frecuencia del consumo desciende en los dos grupos de edad más avanzada. Desde 1987 se ha producido un descenso en la frecuencia de tabaquismo en todos los grupos de edad, excepto en el de

25 a 44 años. El mayor descenso se ha producido en las edades más jóvenes, en los que el aumento en el porcentaje de jóvenes que nunca ha fumado, como se ve en la tabla 3.2.1, confirma que el principal mecanismo en la reducción del tabaquismo juvenil es el descenso en los inicios en el consumo, si bien este fenómeno, como se aprecia en la figura 3.2.1, no se produce en las mujeres.

La tabla 3.2.2 muestra el porcentaje de fumadores, de exfumadores y de individuos que nunca han fumado según la clase social del cabeza de familia. Como puede verse, el mayor porcentaje de fumadores, un 44% en 1993, se observa en la clase media-media, seguida de la alta y la media-alta. Por contra, un 56% de los individuos cuya cabeza de familia es clasificado como de clase social baja, declara que nunca ha fumado, mientras que lo hace sólo un 42% de los de clase acomodada y media-alta. Estos datos nos harían pensar que el problema del consumo de tabaco es más importante en la clase social alta y media que en la baja. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la influencia de la edad puede ser determinante. En efecto, al ser los individuos de un nivel de estudios más bajo (probablemente clasificados como de clase social baja) de mayor edad, y al ser la frecuencia del consumo de tabaco descendente al avanzar la edad, las prevalencias que obser-

**TABLA 3.2.1.**  
Porcentaje de población según su consumo de tabaco por edad.  
España, 1987, 1989 y 1993

	<i>Fumador</i>			<i>Exfumador</i>			<i>No fumador</i>		
	1987	1989*	1993	1987	1989*	1993	1987	1989*	1993
16 - 24	51	51	43	7	5	6	41	44	50
25 - 44	48	48	51	11	12	12	40	41	37
45 - 64	28	15	28	13	17	15	59	57	56
65 y +	15	13	11	20	15	21	64	71	67

\* Los grupos de edad son los siguientes: 16-25, 26-45, 46-65 y > 65.

vamos en la tabla 3.2.2 no son válidas para realizar comparaciones por grupos. Sería más adecuado emplear, en cada clase social, tasas específicas por edad o tasas ajustadas por edad.

Finalmente, como se observa en la tabla 3.2.3, las prevalencias de tabaquismo en 1993 según la Comunidad Autónoma de residencia varían de forma visible. Así, Cantabria, con un 42% de fumadores, y Murcia, con un 40%, son las comunidades donde la prevalencia es más elevada. Por contra, Cas-

tilla La Mancha, donde consumen tabaco un 32% de la población de 16 y más años, y Baleares y Aragón, donde lo hacen un 34%, son los lugares de residencia donde la prevalencia es menor.

Respecto a la tendencia desde 1987, como puede verse en la tabla 3.2.3, en todas las Comunidades Autónomas se ha producido un descenso en la prevalencia de tabaquismo, excepto en Cantabria, si bien el incremento observado es pequeño.

**TABLA 3.2.2**  
Porcentaje de población de 16 y más años según su consumo de tabaco por clase social.  
España, 1989 y 1993

	<i>Fumador</i>		<i>Exfumador</i>		<i>No fumador</i>	
	1989	1993	1989	1993	1989	1993
Alta y media-alta	42	42	18	16	40	42
Media-media	45	44	13	13	42	43
Media-baja	35	35	12	13	53	52
Baja	29	30	12	13	59	56

**TABLA 3.2.3.**  
Porcentaje de población de 16 y más años fumadora por Comunidad Autónoma.  
España 1987 y 1993

	1987	1993
COMUNIDAD		
Andalucía	39	36
Aragón	40	34
Asturias	37	35
Baleares	34	34
Canarias	38	36
Cantabria	41	42
Castilla-La Mancha	34	32
Castilla y León	37	35
Cataluña	38	35
Comunidad Valenciana	38	36
Extremadura	39	37
Galicia	35	35
Madrid	40	37
Murcia	40	40
Navarra	39	38
País Vasco	41	39
La Rioja	38	35

### Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los principales determinantes del estilo de vida de la población española. La encuesta de salud de 1993 investigó el consumo de alcohol mediante dos instrumentos de medida diferentes: el consumo de alcohol en las dos semanas previas a la entrevista y el consumo habitual de bebidas alcohólicas. Dada la mayor utilidad de este último y para evitar cualquier confusión sobre los datos, sólo se van a exponer los resultados relativos al consumo habitual de alcohol.

El 61% de la población de 16 y más años declara consumir habitualmente alguna cantidad de alcohol. Como puede verse en la tabla 3.2.4, más de la mitad de la población de 16 y más años consume alcohol de forma ligera o moderada, mientras que un 4% lo hace de forma alta o excesiva.

Según la edad, como se refleja en la tabla 3.2.4, los mayores porcentajes de población abstemia, y por tanto los menores niveles de consumo, se observan en los individuos de 45 a 64 años, entre los que un 43% declara no consumir cantidad alguna de alcohol. Los individuos de 25 a 64 años son los que consumen alcohol de forma alta y excesiva con

mayor frecuencia. Un 3% de la población de estos grupos de edad consume alcohol de forma excesiva.

Por lo que respecta al sexo, se observan grandes diferencias en los patrones de consumo. Mientras que un 24% de los hombres se declara abstemio, entre las mujeres declara no consumir cantidad alguna de alcohol un 53% (tabla 3.2.4). Las diferencias son también evidentes en los altos niveles de consumo. Así, mientras que un 8% de los hombres consume alcohol de forma alta o excesiva, apenas existen mujeres en estas categorías de consumo.

Según la clase social, como puede verse en la tabla 3.2.4, se observa un patrón bastante definido en el nivel del consumo. Los consumos moderados son más frecuentes en las clases sociales altas: mientras que un 56% de los individuos cuyo cabeza de familia es clasificado como de clase alta consume alcohol de forma ligera, entre los de clase baja lo hace un 31%. Por su parte, tanto el porcentaje de abstemios como el de bebedores excesivos es más alto en la clase social más baja —51% y 31%— que en la más alta, 27% y 2%.

**TABLA 3.2.4.**  
Porcentaje de población de 16 y más años según su consumo de alcohol por edad, sexo y clase social.  
España, 1993

	<i>Abstemio</i>	<i>Bebedor ligero</i>	<i>Bebedor moderado</i>	<i>Bebedor alto</i>	<i>Bebedor excesivo</i>
TOTAL	39	41	14	2	2
EDAD					
16-24	32	54	9	1	2
25-44	30	46	17	2	3
45-64	43	34	15	2	3
65 y más	60	27	8	1	1
SEXO					
Hombre	24	43	24	3	5
Mujer	53	40	4	0	0
CLASE SOCIAL					
Alta	27	56	14	1	2
Media-alta	25	55	14	1	1
Media-Media	31	48	15	2	2
Media-baja	40	40	14	2	3
Baja	51	31	12	1	3

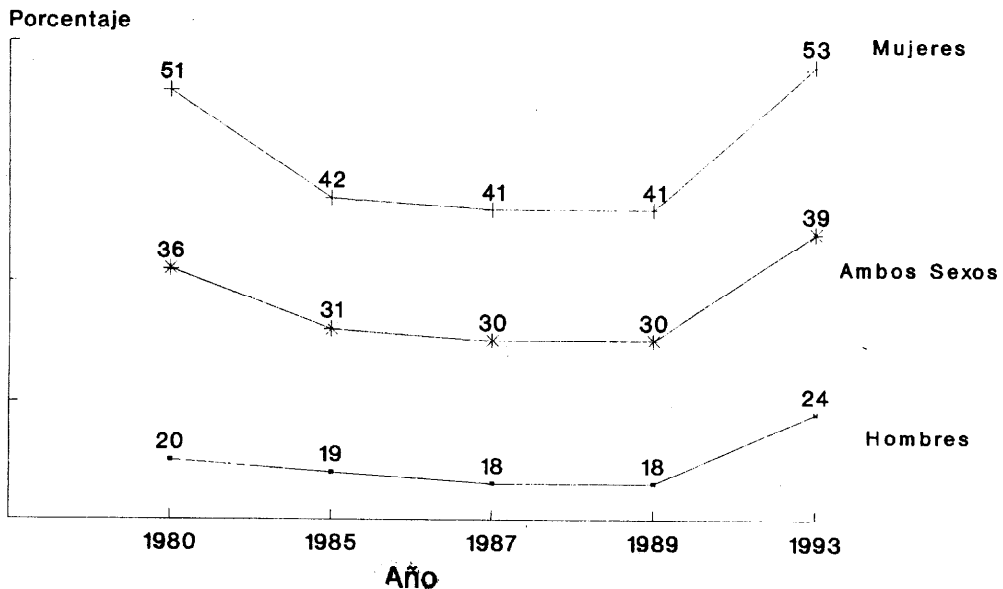
En la figura 3.2.2, se muestra la tendencia en la prevalencia del consumo de alcohol en el conjunto de la población y en cada uno de los dos sexos. Como puede verse claramente, el porcentaje de población abstemia ha venido descendiendo desde 1980 hasta 1989 tanto en los hombres como en las mujeres, aunque siempre ha sido mayor en éstas. En 1993, sin embargo, se ha producido un aumento en el porcentaje de abstemios, lo que refleja un descenso en el consumo de alcohol en la población, tanto en uno como de otro sexo.

La figura 3.2.3 muestra la tendencia en la prevalencia del consumo excesivo desde 1980 hasta 1993. Como puede verse, la tendencia es claramente descendente en los hombres, entre los que se ha pasado de un 8% de consumidores excesivos en 1980 a un 5% en 1993. Entre las

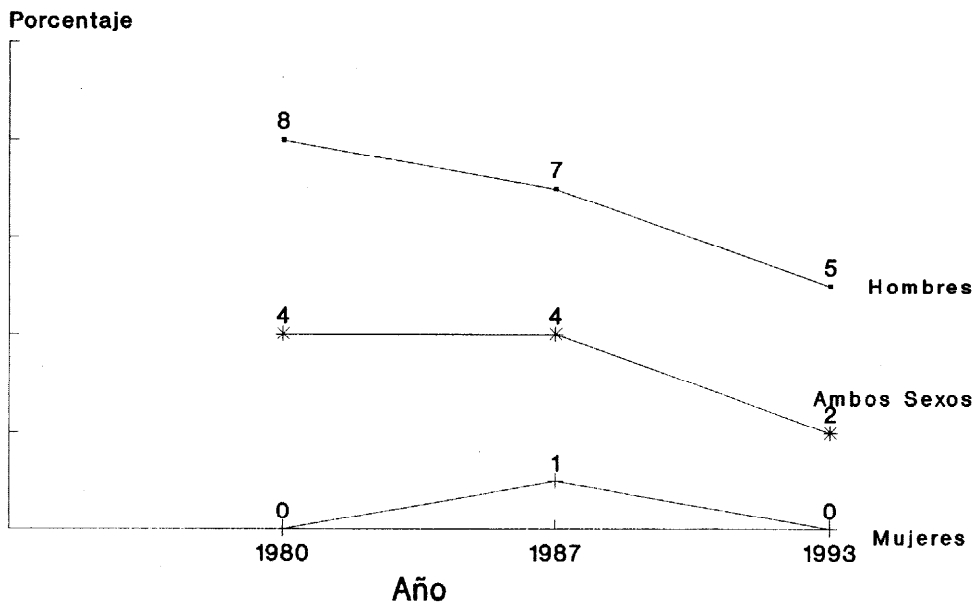
mujeres, dada la baja frecuencia de este tipo de consumo, la tendencia es menos clara.

Por Comunidades Autónomas se aprecian importantes variaciones en el porcentaje de población de 16 y más años abstemia y bebedora excesiva. Como muestra la tabla 3.2.5, las comunidades con un mayor porcentaje de abstemios son Asturias, donde un 55% de los individuos mayores de 16 años declara no consumir cantidad alguna de alcohol, y Extremadura donde el porcentaje de abstemios es del 48%. Respecto a la tendencia desde 1987, en todas las Comunidades Autónomas se ha producido un aumento en el porcentaje de población abstemia, si bien cabe destacar, por su magnitud, el ocurrido en Madrid y en Castilla-La Mancha, donde se pasó de un 20% a un 42%, y de un 29% a un 45%, respectivamente.

**FIGURA 3.2.2.**  
Porcentaje de población de 16 y más años abstemia según sexo. España, 1980-1993



**FIGURA 3.2.3.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años bebedora excesiva por sexo.**  
**España, 1980-1993**



**TABLA 3.2.5.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años abstemia y bebedora excesiva según Comunidad Autónoma.**  
**España, 1987 y 1993**

	<i>Abstemia</i>		<i>Bebedor excesivo</i>	
	1987	1993	1987	1993
TOTAL	30	39	4	2
COMUNIDAD				
Andalucía	29	37	5	3
Aragón	38	39	5	3
Asturias	44	55	3	1
Balears	27	40	5	1
Canarias	38	40	2	2
Cantabria	36	40	7	3
Castilla-La Mancha	29	45	5	4
Castilla y León	34	37	4	3
Cataluña	29	37	2	2
Comunidad Valenciana	34	38	3	1
Extremadura	37	48	7	4
Galicia	28	37	5	6
Madrid	20	42	3	2
Murcia	36	40	2	1
Navarra	32	32	4	2
País Vasco	28	37	7	2
La Rioja	34	35	7	1

Respecto al consumo excesivo, Galicia, con un 6%, y Extremadura y Castilla-La Mancha, con un 4%, son las Comunidades Autónomas que muestran los mayores porcentajes de población de 16 y más años que se declara consumidora excesiva. Galicia es, además, la única Comunidad donde el porcentaje de bebedores excesivos se incrementó entre 1987 y 1993, como se muestra en la tabla 3.2.5.

### *Actividad física*

Las figuras 3.2.4 y 3.2.5 muestran que en España, en 1993, más del 50% de la población de 16 y más años declaraba no realizar ejercicio físico alguno ni durante la actividad principal ni durante el tiempo libre. No es posible realizar comparaciones con la encuesta de 1987, ya que en se han explotado índices de actividad física diferentes.

Por sexo, tanto en lo referente a la actividad física en el tiempo libre como a la realizada durante la actividad principal, los hombres desarrollan un grado mayor de ejercicio físico que las mujeres. Así, como se muestra en la figura 3.2.4, mientras que el 21% de los hombres desarrolla su actividad principal caminando o realizando un trabajo pesado, sólo lo hace un 9% de las mujeres. Por su parte, como se ve en la figura 3.2.5, mientras que el 18% de los hombres realiza regular o frecuentemente ejercicio físico durante el tiempo libre, entre las mujeres, sólo un 8% realiza ejercicio físico con esta frecuencia. También el grado de sedentarismo es mayor en las mujeres que en los hombres, en cualquiera de los dos aspectos de la actividad física medidos en la encuesta.

La figura 3.2.6 muestra los porcentajes de población de 16 y más años de edad que declaran no realizar ningún ejercicio físico en el tiempo libre y pasar la mayor parte de la jornada sentada, según la edad. Como se aprecia claramente, la frecuencia de sedentarismo durante el tiempo libre es mayor al aumentar la edad,

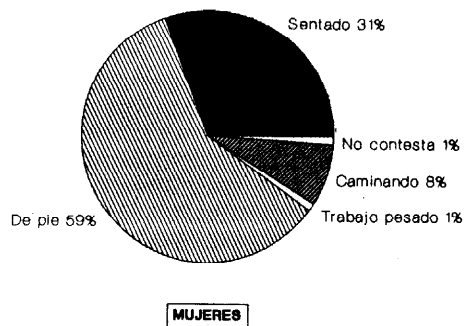
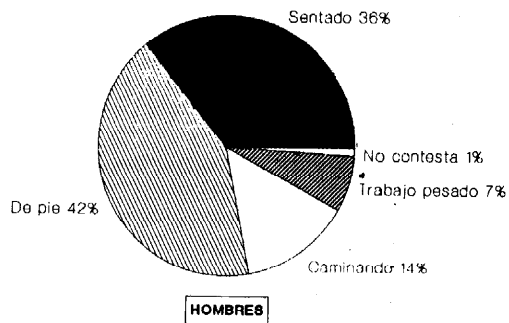
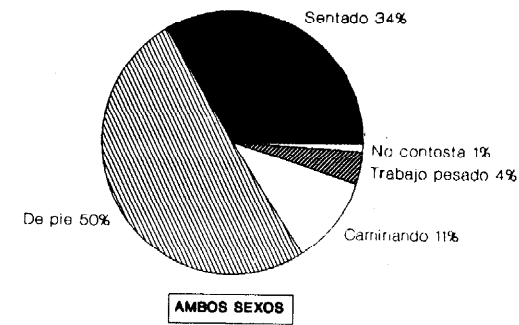
mientras que durante la actividad principal es mucho más frecuente en los individuos de 65 y más años, en su mayor parte jubilados, y en los de 16 a 24 años, generalmente estudiantes.

Respecto la clase social, la tabla 3.2.6 muestra una relación clara con los dos tipos de actividad física medidos en la encuesta. Así, respecto al ejercicio desarrollado durante la actividad principal, los mayores porcentajes de población sedentaria se observan en las clases sociales más altas, entre las que la mitad de los individuos declara pasar la mayor parte de la jornada sentados. Igualmente, los mayores niveles de actividad física se observan en las clases baja y media-baja.

Respecto a la actividad física en el tiempo libre, se observa el efecto contrario; las clases sociales más bajas realizan ejercicio físico con mucha menor frecuencia que las clases alta y media-alta. En estas últimas, un 25% de la población realiza ejercicio físico en el tiempo libre regular o frecuentemente, mientras que en la clase social más baja sólo realiza ejercicio con esta frecuencia un 6% de los individuos.

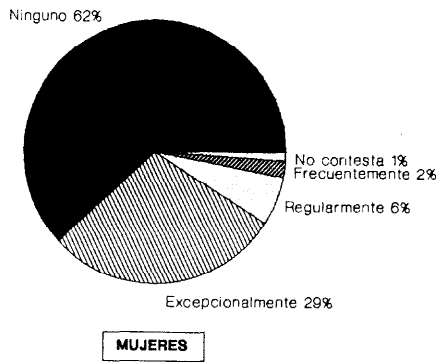
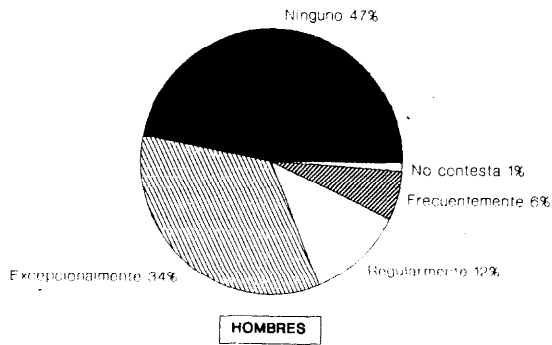
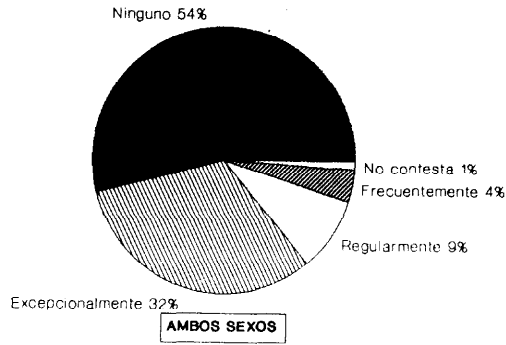
Finalmente, se ha de comentar un aspecto de indudable interés en todo análisis epidemiológico, como es el estudio de la variabilidad de un fenómeno, en nuestro caso la actividad física, según el lugar de residencia. Las diferencias respecto al nivel de actividad física entre las distintas Comunidades Autónomas en España son apreciables. Como puede verse en la tabla 3.2.7, la frecuencia de sedentarismo durante la actividad principal varía entre el 43% y 41% de Murcia y País Vasco, respectivamente y el 27% de Extremadura. En cuanto al ejercicio en el tiempo libre, las variaciones son aún mayores, observándose que Castilla La Mancha y Asturias, con 68 y 65% respectivamente, son las Comunidades Autónomas con un mayor nivel de sedentarismo durante el tiempo libre. Las menores prevalencias se dan en Murcia (33%) y en Baleares (39%).

**FIGURA 3.2.4.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años según su actividad física durante la actividad principal, por sexo. España, 1993**

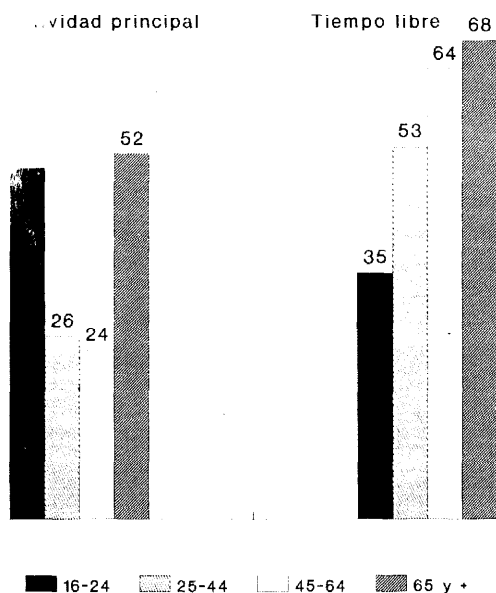




**FIGURA 3.2.5.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años según su actividad física durante el tiempo libre, por sexo.**  
**España, 1993**



**FIGURA 3.2.6.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años sedentaria durante la actividad principal (1)**  
**y durante el tiempo libre (2) por edad.**  
**España, 1993**



- (1) Persona que declara pasar la mayor parte de la jornada laboral sentada.  
 (2) Persona que declara que no realiza ejercicio físico durante el tiempo libre.

**TABLA 3.2.6.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años según actividad física durante la actividad principal**  
**y durante el tiempo libre por clase social. España, 1993**

	<i>Alta</i>	<i>Media-alta</i>	<i>Media-media</i>	<i>Media-baja</i>	<i>Baja</i>
<b>Ejercicio físico en actividad principal</b>					
Sentado	48	50	36	29	32
De pie	39	43	49	54	50
Caminando	11	6	11	11	11
Trabajo pesado	1	1	2	4	6
No contesta	1	1	1	1	1
<b>Ejercicio físico en el tiempo libre</b>					
Ninguno	40	41	45	56	68
Excepcionalmente	34	34	36	32	25
Regularmente	17	18	12	7	4
Frecuentemente	8	6	5	4	2
No contesta	1	1	1	1	1

**TABLA 3.2.7.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años sedentaria durante la actividad principal (1)**  
**y durante el tiempo libre (2) por Comunidad Autónoma. España, 1993**

	<i>Actividad Principal</i>	<i>Tiempo libre</i>
TOTAL	34	55
COMUNIDAD		
Andalucía	30	59
Aragón	36	59
Asturias	39	65
Balears	28	39
Canarias	34	55
Cantabria	28	50
Castilla-La Mancha	31	68
Castilla y León	33	51
Cataluña	34	50
Comunidad Valenciana	33	54
Extremadura	27	61
Galicia	30	59
Madrid	37	53
Murcia	43	60
Navarra	34	33
País Vasco	41	45
La Rioja	39	43

(1) Persona que declara pasar la mayor parte de la jornada laboral sentada.

(2) Persona que declara que no realiza ejercicio físico durante el tiempo libre.

### 3.3. Utilización de Servicios Sanitarios

La Encuesta Nacional de Salud 1993 (ENSE) recoge información de los servicios de consulta empleados por el entrevistado durante los 15 días previos a la entrevista, así como de los servicios de hospitalización y urgencias de los que se ha hecho uso en el año anterior a la entrevista.

Para la correcta interpretación de los resultados que a continuación se exponen, es preciso recordar que la Encuesta se realizó durante el mes de febrero-marzo, por lo que los resultados de utilización en los 15 días previos reflejarán la influencia del período estacional correspondiente. Asimismo, hay

que considerar que la Encuesta se realiza exclusivamente sobre población no institucionalizada.

#### *Consultas al médico*

Las respuestas a la ENSE 1993 muestran que el 24% de la población mayor de 16 años y el 29% de la menor de 16 años encuestada había realizado una consulta al médico en los últimos 15 días (febrero de 1993).

Comparando los resultados obtenidos con los de la Encuesta de 1987 (realizada en el mes de julio), se puede observar que la visita al médico en los últimos 15 días era de un 18% en adultos y un 16% en niños (Tabla 3.3.1).

**TABLA 3.3.1.**  
**Consulta médica en los últimos 15 días.**  
**España, 1987-1993**

<i>Consulta Médico</i> <i>Últimos quince días</i>	<i>ENS 1987</i>		<i>ENS 1993</i>	
	<i>Adultos</i>	<i>Niños</i>	<i>Adultos</i>	<i>Niños</i>
Si	18,0	16,0	24	29
No	81,0	84,0	75	71
NS/NC	0,2	0,0	1	0

En 1993, los adultos que no han acudido al médico en los últimos 15 días como media, lo han hecho por última vez hace 16 meses. En niños, el tiempo medio transcurrido desde la última consulta es de 9 meses y medio.

En la tabla 3.3.2. se puede observar como varía la utilización de la consulta médica en los últimos 15 días según el sexo y la edad. Al igual que recogen otros estudios, en todos los tramos de edad la frecuentación es mayor en mujeres que en varones. En niños de 0 a 15 años las diferencias entre sexos son menos acusadas que en los adultos (28% son niños frente a un 30% de niñas).

Si en el grupo de edad de 16 a 24 años han acudido a consultar al médico un 15% de los varones y un 20% de las mujeres, es en el grupo de edad de 45-64 años donde empieza a aumentar la frecuentación, alcanzando sus

cifras máximas en los ancianos de 75 y más años (36% y 39% para hombres y mujeres respectivamente). El grupo de 0-4 años es el que tiene una frecuentación más alta (46%), incluso superior a la de los ancianos.

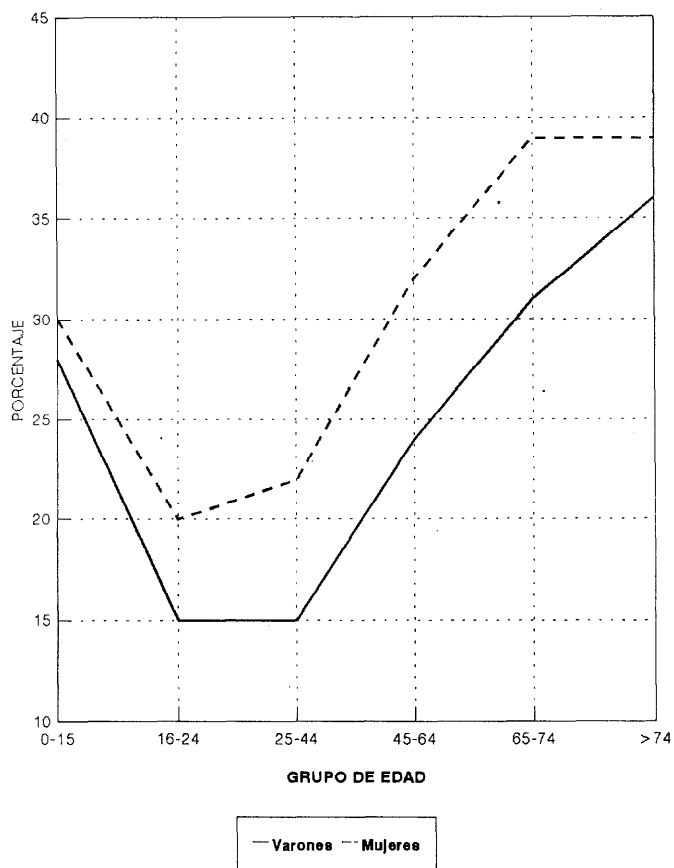
En la figura 3.3.1., se observa una distribución en utilización de las consultas en razón a la edad, cuyos máximos corresponden a las edades extremas.

Si se analiza el nivel social al que pertenece el cabeza de familia, los resultados aportan una información tan interesante como la que ofrecía la edad y el sexo. Así, mientras que en la clase acomodada han consultado al médico el 19%, en la clase baja este porcentaje sube a un 28%, en población mayor de 16 años. Sin embargo, en los niños, es la clase acomodada la que más ha consultado al médico en los últimos 15 días, con un 32% (Tabla 3.3.3).

**TABLA 3.3.2.**  
**Población que ha consultado al médico en los últimos 15 días por sexo y edad. España, 1993**

<i>Edad</i>	<i>ENS 1993</i>	
	<i>Varones</i>	<i>Mujeres</i>
0 - 15	28	30
16 - 24	15	20
25 - 44	15	22
45 - 64	24	32
65 - 74	31	39
> 74	36	39

**FIGURA 3.3.1.**  
**Porcentaje de población que ha consultado al médico en las dos últimas semanas, según edad y sexo.**  
**España, 1993**



**TABLA 3.3.3.**  
**Consulta médica en los últimos quince días por Nivel Social.**  
**España, 1993**

Consulta Médica Últimos quince días	ENS 1993	
	Adultos	Niños
Acomodada	19	32
Media-Alta	21	30
Media-Media	20	31
Media-Baja	24	28
Baja	28	24

El nivel de estudios ofrece resultados superponibles al nivel social en población mayor de 16 años: los que no tienen ningún estudio han consultado en un 35% de los casos, frente a un 18% de los universitarios. En niños, y al igual que sucedía con el nivel socioeconómico, la situación se invierte: son los hijos de universitarios los que más han consultado (30%) y los hijos de quienes no tiene estudios, los que menos (24%).

Si se analiza el número de veces que se ha acudido a consulta en los últimos 15 días, se observa que los adultos han acudido 1,4 veces como media, mientras que los niños lo han hecho en una proporción mayor (2,8 veces).

Existen diferencias de utilización de la consulta médica en los últimos 15 días según la Comunidad Autónoma, correspondiendo el máximo uso a Andalucía y el mínimo a Navarra (Tabla 3.3.4).

**TABLA 3.3.4.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consultado al médico en los últimos quince días, según Comunidad Autónoma, España 1993**

TOTAL	24
COMUNIDAD	
Andalucía	28
Aragón	26
Asturias	19
Baleares	26
Canarias	20
Cantabria	23
Castilla-La Mancha	22
Castilla y León	21
Cataluña	23
Comunidad Valenciana	23
Extremadura	26
Galicia	22
Madrid	27
Murcia	24
Navarra	17
País Vasco	20
La rioja	24

En un porcentaje superior al 75% se sitúan las visitas al médico de la Seguridad Social. La consulta médica privada (médico particular o de una sociedad) es de un 12% en los adultos y de un 19% en niños en dicho período.

Por CC.AA., las que presentan mayor grado de utilización de la consulta médica privada son Canarias (15%), Baleares (18%) y Cataluña (19%), donde menos se utiliza es en Castilla-La Mancha (3%), Navarra (6%) y La Rioja (7%).

Los entrevistados que acuden a consulta lo hacen para diagnóstico, tratamiento o revisión en un 78%. Este porcentaje se incrementa en niños, siendo de un 94%. Los adultos han acudido para prescripción de recetas en un 16%, este porcentaje desciende a un 2% cuando se trata de niños.

En cuanto a la especialidad del médico consultado, en un 72% se ha consultado al médico general en población adulta; en niños, un 41% han consultado al médico general y un 50% al pediatra. La consulta a pediatría hospitalaria supone un 2%.

El tiempo que tardó en llegar a la última consulta médica supone una media de 17 minutos, y el tiempo de espera es 35 minutos en adultos y 28 en niños. Debe tenerse en cuenta que este tiempo de espera es para cualquier tipo de consulta, tanto en atención primaria como especializada, y en sector público o privado.

La comparación de resultados del bloque que compone la consulta médica con la ENSE 1987, puede verse en la Tabla 3.3.5.

### *Hospitalización*

El 7% de la población mayor de 16 años encuestada en 1993 dice haber sido hospitalizada en el último año. La frecuentación disminuye al 4% en la población menor de 16 años, manteniéndose estable en relación con la ENSE de 1987 (Tabla 3.3.6). Se considera hospitalización todo internamiento que suponga estar hospitalizado, al menos, una noche.

**TABLA 3.3.5.**  
**Consulta médica en los últimos quince días.**  
**España, 1987 y 1993**

	ENS 1987		ENS 1993	
	Adultos	Niños	Adultos	Niños
<b>TIPO DE MEDICO</b>				
Seguridad Social	79,1	76,3	76	74
Beneficiencia	1,0	2,8	1	2
Privado	9,0	15,4	7	13
Sociedad Médica	5,9	—	5	6
Otros	0,9	1,5	1	0
NS/NC	5,0	4,4	10	5
<b>MOTIVO</b>				
Diagnóstico o Tto./Revisión	78,4	92,2	78	94
Recetas	13,0	3,3	16	2
Trámite Administrativo	1,0	0,8	1	—
Otros	2,0	—	3	1
NS/NC	4,9	3,7	2	3
<b>ESPECIALIDAD MEDICO</b>				
Medicina general	63,8	41,7	72	41
Pediatra	7,5*	44,3	0	50
Especialista	22,3	9,2	25	8
NS/NC	7,0	4,8	3	1
<b>LUGAR CONSULTA</b>				
Centro de Salud	5,1	7,0	16	16
Consultorio	65,4	65,5	58	56
Consulta externa hospital	5,0	3,7	6	3
Urgencias ambulatorio	1,0	—	1	1
Urgencias hospital	2,0	2	2	2
Consulta privada/Sociedad	13,0	14,2	11	16
Lugar de trabajo, escuela	—	0,2	1	0
Domicilio	—	3,1	2	3
Telefónica	—	0,4	1	1
Otras	3,7	0,3	1	1
NS/NC	5,0	3,4	2	1
N =	4.985	1.614	5.013	1.500

Nota: El guión indica categorías que no estaban incluidas en alguna de las dos Encuestas de Salud.

\* La Encuesta de 1987 recogía consulta para uno mismo o familiares.

**TABLA 3.3.6.**  
**Hospitalización últimos 12 meses.**  
**España, 1987-1993**

HOSPITALIZACION ULTIMOS 12 MESES	ENS 1987		ENS 1993	
	Adultos	Niños	Adultos	Niños
Si	7,0	4,2	7	4
No	91,6	95,3	92	95
NS/NC	1,5	0,5	1	1
<b>MOTIVO DE LA ESTANCIA</b>				
Intervención quirúrgica	37,2	45,2	43	41
Estudios diagnóstico	—	—	11	23
Tratamiento médico	—	—	24	26
Otros	41,6	49,6	7	6
Partos	17,8		14	
NS/NC	3,4	5,2	1	4
<b>FORMA DE INGRESO</b>				
Servicio de Urgencias	55,9	56,7	58	58
Ingreso Ordinario	40,4	37,5	39	38
NS/NC	3,7	5,7	3	4
<b>FINANCIACION</b>				
Seguridad Social	75,9	83,0	80	76
Mutualidad Obligatoria	6,4	1,9	3	1
Beneficiencia	0,7	0,9	1	0
Sociedad Médica	7,0	4,9	7	6
Propio Cargo	4,1	3,8	3	4
Otros	—	—	1	1
NS/NC	7,7	6,1	5	12
N =	1.936	428	1.557	235

Nota: El guión indica categorías que no estaban incluidas en alguna de las dos Encuestas de Salud.

Si analizamos los resultados por sexo, existen diferencias especialmente en la población menor de 16 años, ya que las niñas son ingresadas en proporciones muy inferiores a los niños (Frecuentación hospitalización 6% en niños y

3% en niñas). En la población mayor de 16 años, las diferencias son pequeñas (Frecuentación 7% en hombres y 8% en mujeres), y la mayor frecuencia de hospitalización de mujeres se relaciona con los ingresos por parto.



El análisis de los resultados por edad presenta una imagen en U, descrita habitualmente, con la máxima frecuentación en el colectivo de más de 74 años (figura 3.3.2.).

El nivel social del individuo hospitalizado o del cabeza de familia marca diferencias relevantes. La frecuentación aumenta conforme disminuye el nivel tanto en los adultos (3% en la clase acomodada y 9% en la clase baja) como en los niños (2% en la clase acomodada y 5% en la clase baja).

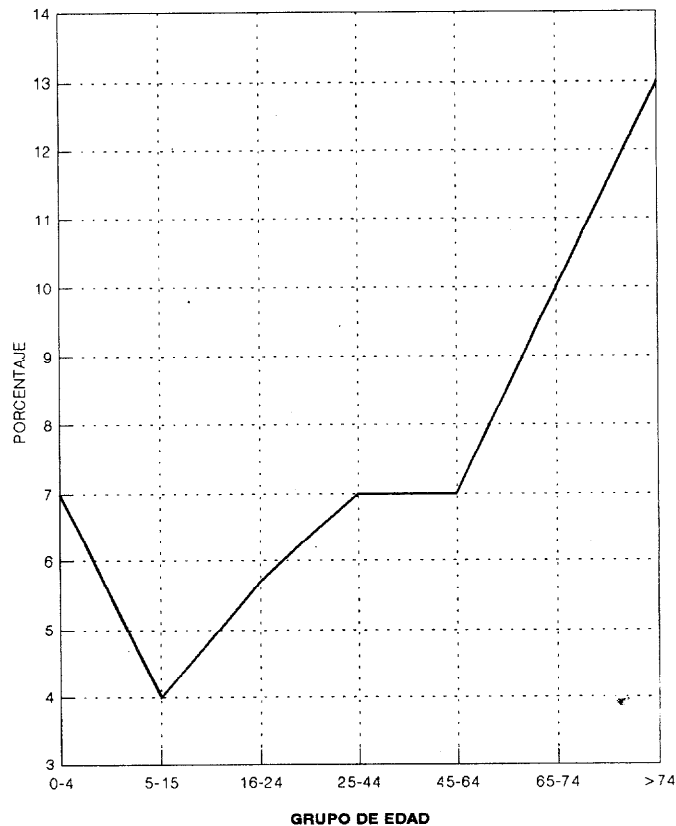
También incide el nivel en la estancia media del último ingreso, siendo mayor a medida que disminuye. Los promedios en

adultos son de 6,8 días en la clase acomodada y 13,4 en la clase baja. En niños la clase media-media altera la tendencia, si bien existen diferencias entre la clase acomodada 1,4 días y la clase baja 18,7.

Por Comunidades Autónomas, corresponde la frecuentación menor (6%) a Asturias, Extremadura, Madrid, La Rioja y la Comunidad Valenciana, y la mayor (11%) a Baleares, en población mayor de 16 años.

La hospitalización no se modifica por el tipo de financiación de la misma. En los adultos es algo superior en los que refieren financiación privada y en niños, los de financiación pública.

**FIGURA 3.3.2.**  
Porcentaje de población que ha estado hospitalizada en los últimos doce meses, según edad.  
España, 1993



### Características última hospitalización:

La estancia media hospitalaria del último ingreso es de 13,0 días en adultos (17,2 en la ENSE de 1987) y de 15,4 en menores de 16 años (11,3 en la ENSE de 1987), manteniéndose, al igual que en 1987, una alta desviación, que indica una gran diversidad de situaciones.

El análisis de la última hospitalización por sexo establece diferencias, los niños ingresan más que las niñas (6% frente a 3%), y en adultos, en los que el porcentaje de ingresados es similar, la estancia media de los varones es de 13,3 días siendola de las mujeres de 12,7 días. Las diferencias de hospitalización por sexo se constatan en otras fuentes (ENSE 87, Encuesta de Morbilidad Hospitalaria).

Por edad, de forma similar a 1987, la estancia media es mayor en aquellos tramos de edad que presentan también frecuentaciones más elevadas (Tabla 3.3.7).

En el análisis por Comunidad Autónoma, diez Comunidades están en el rango de 10,2 - 14,0 días de estancia media en adultos, Baleares, con la máxima frecuentación de ingresos, presenta la menor estancia media con 7,6 días.

La causa más frecuente de hospitalización (Tabla 3.3.6), tanto en adultos como en niños, es la realización de procedimientos quirúrgicos (43% de los ingresos de adultos y 41% en niños). El parto representa el 14% del total de ingresos de los adultos (17% en la ENSE de 1987), y el 25% en el grupo de mujeres mayores de 16 años.

La forma de ingreso no se ha modificado respecto a 1987, siendo la opción más frecuente la vía de urgencias, 58% tanto en adultos como en niños (55,9% y 56,7%, respectivamente, en 1987). En los mayores de 16 años no existen claras diferencias por sexo, edad o nivel social.

Es diferente en los menores de 16 años en los que por sexo los ingresos vía urgencia representan el 63% en niños y el 48% en niñas; por edad, el 66% de los ingresados menores de 4 años lo hicieron por vía urgente, frente al 52% de los ingresados de 5 a 15 años; por nivel social, el 44% de los niños ingresados procedentes de clase acomodada y media-alta ingresaron por urgencias, ascendiendo hasta un 66% de ingresos por vía urgente en los niños con nivel social bajo.

**TABLA 3.3.7.**  
Frecuentación y estancia media por edad. España, 1993

<i>Hospitalización por edad</i>	<i>Frecuentación</i>	<i>Estancia media</i>
0 - 15 años	4	15,4
16 - 17 años	5	10,2
18 - 24 años	6	7,7
25 - 44 años	7	8,8
45 - 64 años	7	15,0
65 - 74 años	10	19,2
> 74 años	13	16,1

## Tiempos de Espera

Del total de hospitalizados (por vía urgente o programada) el 25% de los adultos y el 21% de los niños manifestaron estar en lista de espera por la misma causa que motivó el ingreso. Por grupos de edad, las personas de 45 a 64 años son las que más frecuentemente están en lista de espera en el momento del ingreso (el 37% de los ingresados por vía ordinaria o urgente con estas edades dijo estar en lista de espera). No hay diferencias en la distribución por sexo.

A los pacientes con ingreso programado se les preguntó acerca del tiempo que transcurrió desde que les indicaron que debían ser hospitalizados hasta el ingreso, con una media de 81,3 días de tiempo de espera (78,0 días en la ENSE de 1987). Para los menores de 16 años, la media de tiempo de espera fue de 70,9 días (67,6 días en la ENSE de 1987). Los resultados comparativos 1987-1993 pueden verse en la Tabla 3.3.8.

En 1993, el 50% de los adultos ingresados por vía ordinaria (Percentil 50 = mediana de la distribución) indicó que había ingresado en 21 días o menos desde que se le indicó, y el 75% (percentil 75) había esperado durante 72 días o menos. Este tipo de distribución indica el gran peso que, en el tiempo medio de espera, están implicando las esperas muy prolongadas concentradas en un pequeño porcentaje de personas (un 4,5% de

las personas que ingresaron de forma programada tuvieron una espera igual o superior a 365 días).

Por sexo, no se evidencian en los adultos diferencias relevantes en 1993 en lo que a tiempos de espera se refiere: en 1987 las mujeres indicaban una espera media de 102 días hasta el ingreso programado, frente a 45 días en los hombres; mientras en 1993 las mujeres indican una espera media de 76 días, frente a 87 días en hombres.

El nivel social, al igual que en la hospitalización, muestra diferencias tanto en el porcentaje de pacientes que ingresaron por vía urgente o normal estando en lista de espera por esa causa (los niveles altos contestan con menos frecuencia que estaban en lista de espera cuando se produjo el ingreso), como en los tiempos medios de espera para un ingreso programado (menos tiempo de espera en los niveles altos para el ingreso programado).

En adultos, por Comunidades Autónomas, cinco Comunidades tienen una espera promedio mayor de 100 días, y tres de ellas un porcentaje de pacientes superior a la media del Estado. En Cataluña de los ingresos por vía ordinaria sólo el 18% estaban en lista de espera con un promedio de 50,48 días de espera y en La Rioja el 40% de los pacientes que ingresan por vía ordinaria estaban en lista de espera con un promedio de 21,7 días de demora.

**TABLA 3.3.8.**  
**Tiempo de espera para hospitalización (\*)**  
**España, 1987-1993**

Hospitalización	ENS 1987		ENS 1993	
	Adultos	Niños	Adultos	Niños
Menos de 1 mes	58,1	55,4	46,5	52,8
De 1 a 2 meses	7,9	4,2	9,0	11,2
Más de 2 meses	17,6	23,9	22,0	20,2
NS/NC	16,4	16,5	22,5	15,8

(\*) % Sobre Ingresos Ordinarios.

## Urgencias

Para valorar estos resultados es necesario considerar la forma en que fue formulada la pregunta ya que, al haberse preguntado al entrevistado acerca de si acudió a un servicio de urgencias, la respuesta, como medida de la utilización general de las urgencias, puede encontrarse sesgada por defecto (especialmente en aquellos ámbitos en los que la atención urgente es fundamentalmente domiciliaria, como son las zonas rurales).

Un 14% de los encuestados mayores de 16 años ha acudido al Servicio de Urgencias en el año previo. En niños este porcentaje se eleva al 18%. Comparando los resultados de la ENS 1993 con la del 1987 destaca un aumento de la frecuentación a urgencias que registra un incremento aproximado de un 4%, tanto en adultos como en población infantil (Tabla 3.3.9).

Mientras que en los adultos no existen diferencias significativas entre sexos, en población infantil sí se observan estas diferencias, ya que los niños acudieron a urgencias en un 20% de los casos, mientras que las niñas acudieron en un 15%.

Por edad, los que presentan mayor frecuentación de las urgencias son los niños de 0 a 4 años, con un porcentaje del 26%, los mayores de 74 años acuden en un 20% y los que menos acuden al servicio de urgencias son los adultos de 45 a 64 años, con un 13%.

Por Comunidades Autónomas, la que presenta mayores valores en adultos es Baleares con un 21%, y la que menos es Asturias con un 5%, estando 14 Comunidades Autónomas entre el 11 y el 17% de utilización anual de urgencias (Tabla 3.3.10).

**TABLA 3.3.9.**  
Consulta al servicio de urgencias en los últimos 12 meses.  
España, 1987 y 1993

SERVICIO DE URGENCIAS ULTIMOS 12 MESES	ENS 1987		ENS 1993	
	Adultos	Niños	Adultos	Niños
Si	11,5	14,2	14	18
No	88,1	85,3	86	82
NS/NC	0,4	0,5	0	0
LUGAR				
Hospital de la Seguridad Social	76,0	74,1	73	69
Sanatorio, hospital o clínica privada*	6,4	5,0	4	3
Centro no hospitalario de la Seguridad Social	12,2	14,6	11	16
Centro Privado de Urgencias*	3,7	3,8	4	3
Casa de Socorro	—	—	1	0
Otros	—	—	1	1
NS/NC	1,7	2,6	5	7
INDICACION URGENCIA HOSPITAL S. SOCIAL				
Porque el médico se lo mandó	26,0	19,0	21	22
Vd. o sus familiares o allegados lo estimaron necesario	66,0	79,0	75	75
N =	3.190	1.452	2.967	926

Nota: El guión indica categorías que no estaban incluidas en alguna de las dos Encuestas de Salud.

\* En 1987: Otro tipo de Hospital o Centro que no es de la Seguridad Social.

**TABLA 3.3.10.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que han**  
**acudido al servicio de urgencias en los últimos**  
**doce meses, según Comunidad Autónoma.**  
**España, 1993**

TOTAL	14
COMUNIDAD	
Andalucía	16
Aragón	14
Asturias	5
Balears	21
Canarias	17
Cantabria	16
Castilla-La Mancha	11
Castilla y León	14
Cataluña	16
Comunidad Valenciana	12
Extremadura	10
Galicia	12
Madrid	15
Murcia	16
Navarra	15
País Vasco	11
La Rioja	12

Al analizar la clase social se ve que en adultos existen diferencias de frecuentación de urgencias según nivel: la clase acomodada acude menos (aproximadamente un 12%), mientras que la clase baja acude en un 15%. En niños, la clase acomodada acude igual que la clase baja, en un 18%, y donde se da una frecuentación más alta, aunque con el aumento sólo de un punto, es en la clase media-baja.

Entre los que habían acudido alguna vez a un servicio de urgencias en el último año, la media de veces en que fue utilizado este tipo de servicio en adultos es 1,36 y en niños 1,72.

El servicio de urgencias más utilizado es el de un hospital de la Seguridad Social (73% en adultos y 69% en niños, de entre quienes utilizaron algún servicio urgente), seguido de un centro no hospitalario de la Seguridad

Social (ambulatorio, etc.) con un 11 y 16% respectivamente. A un hospital privado han acudido 4% de adultos y un 3% de niños. Este mismo porcentaje se mantiene en la utilización de un centro de urgencias privado. Los resultados comparativos entre 1987 y 1993 pueden apreciarse en la Tabla 3.3.9.

En la ENSE 93, se preguntó específicamente sobre quién tomó la decisión de acudir a urgencias de un hospital de la Seguridad Social; en un 75% de los casos fue el usuario o sus familiares, y sólo en un 21% de los casos es el médico el que realiza la indicación de acudir a urgencias.

Por Comunidades Autónomas, Baleares (14%), Madrid (13%) y Cataluña (12%) presentan los mayores porcentajes de utilización de centros privados (hospitalarios o no), mientras que Extremadura (1%), Asturias (3%) y Navarra y La Rioja (4%) presentan la menor utilización de servicios privados de urgencias.

### 3.4. La capacidad funcional de los ancianos españoles

#### *Medida de la capacidad funcional*

La falta de capacidad puede ser definida como el conjunto de consecuencias que los problemas de salud imponen a una persona cuando quiere realizar tareas en su vida diaria. La incapacidad más fácilmente aprehensible es la de origen físico. Las enfermedades entre los viejos son una realidad demasiado frecuente como para dudar de su influencia, aunque no siempre prevalencia equivalga necesariamente a limitación o incapacidad. Existen indicadores objetivos (días de estancia en cama, enfermedades diagnosticadas y tratadas) y subjetivos (estado de salud auto-declarado), así como los rasgos demográficos y socioeconómicos de los viejos, que explican la incapacidad física.

La incapacidad funcional se relaciona de una forma más directa con la necesidad de

asistencia para soportar las actividades de la vida diaria. No es necesaria la existencia de malas condiciones físicas para que un anciano tenga una clara incapacidad funcional, si las condiciones sociales o económicas limitan notablemente su autonomía personal, o si lo hacen los roles sociales entre hombres y mujeres, o también la predisposición a aceptar ayuda y soporte social, diferente según sexos.

La información necesaria para el estudio de la incapacidad se obtiene a partir de la pregunta 36 del Cuestionario de Adultos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENSE 93) ("Voy a hacerle unas preguntas sobre algunas actividades corrientes de la vida de cualquier persona y querría saber si es Vd. capaz de realizarlas sin ayuda, con ayuda o si no es capaz de realizarlas de ninguna manera"), referida a personas mayores de 65 años, el 16% de la muestra. Los datos originales han sido transformados de la siguiente forma:

a) identificación de grupos funcionales de actividades (Tabla 3.4.1) con rasgos comunes para las personas de 65 ó más años, válidas no institucionalizadas, mediante la asignación a dichos grupos de los 27 ítems encuestados, aunque algunos de ellos puedan tener una cierta limitación en su encaje (ej. "quedarse sólo toda la noche", "levantarse de la cama y acostarse").

Las *actividades de la vida diaria o de autocuidados* comprenden todas aquellas tareas básicas diarias relacionadas con el mantenimiento y el cuidado personal ("alimentarse", "asearse", " ducharse o bañarse", "vestirse", en diversas opciones).

En segundo lugar están las *actividades domésticas*, de tipo instrumental, que suponen el manejo de utensilios caseros y que no suelen estar caracterizadas por un conjunto homogéneo de ítems, quizás por la propia definición de actividad instrumental. El mayor grado de complejidad en su ejecución se relaciona con la pérdida de movilidad, pero también con los componentes afectivos y sociales del comportamiento de la persona y sus roles sociales y familiares

para el desempeño de estas actividades. Un problema destacado en su medición es la no discriminación entre tareas desarrolladas en el interior de la casa, *labores domésticas*, propiamente dichas (como "preparar el desayuno", "hacer la cama", "lavar la ropa", etc.), y fuera de ella, que requieren una mayor *movilidad*. Estas últimas se corresponden con el tercer grupo de actividades seleccionadas ("coger el autobús", "andar", "subir 10 escalones", etc.).

b) generación de tres variables (referidas a los tres grupos) que resumen la puntuación total para cada individuo, obviando el valor 9 de la categoría NS/NC.

c) obtención de otras tres variables con las puntuaciones medias (al dividir la puntuación total en cada actividad entre el número de actividades asignadas a cada grupo). De esta manera se consigue una escala de puntuación de 1 a 3 en cada actividad para cada individuo, de manera que las puntuaciones, cuanto más se separen del valor 1 más cercanas estarán a una situación de incapacidad en la persona.

d) elección de variables de control que quizás afectan al comportamiento de la población vieja en su vida diaria (autovaloración del estado de salud y algunas patologías crónicas, entre las variables de carácter sanitario; edad, sexo, estado civil, situación de convivencia y estatus social, entre los factores personales y sociales; y el tamaño del hábitat, entre los factores geográficos).

### *Valoración general de la capacidad funcional de los ancianos*

Un primer hecho destacado es que, como consecuencia del tipo de población encuestada (válida no institucionalizada), la mayor parte de los ancianos (80%) pueden ser considerados como independientes, ya que son capaces de desarrollar, sin ningún tipo de ayuda, las tareas diarias, siendo, por lo tanto, el porcentaje de incapacidad muy reducido (en general, menos del 5% no pueden realizarlas de ninguna manera) para el conjunto de cada actividad (Tabla 3.4.1).

**TABLA 3.4.1.**  
**Actividades de la vida diaria de la población mayor de 65 años**

<i>Escalas</i>	<i>Actividades</i>	<i>Puede hacerlo sin ayuda (%)</i>	<i>Puede hacerlo con ayuda (%)</i>	<i>No puede hacerlo de ninguna manera (%)</i>	<i>No contesta (%)</i>
Autocuidados	Tomar sus medicinas (acordarse de cantidad y momento en que las tiene que tomar)	87,5	5,0	1,2	6,3
	Comer (cortar la comida e introducirla en la boca)	90,0	2,0	1,0	7,0
	Vestirse y desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse	89,9	2,8	0,7	6,6
	Peinarse (mujer), afeitarse (hombre)	90,0	2,7	0,8	6,5
	Cortarse las uñas de los pies	72,6	11,0	9,8	6,6
	Lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba	88,3	3,6	1,4	6,7
	Ducharse y bañarse	82,6	8,9	1,9	6,6
	Quedarse sólo durante toda la noche	86,3	3,4	3,6	6,7
Labores Domésticas	Utilizar el teléfono (buscar el número y marcar)	85,4	5,2	3,2	6,2
	Comprar comida o ropa	82,8	7,0	4,0	6,2
	Preparar su propio desayuno	87,9	3,4	2,4	6,3
	Preparar su propia comida	85,4	5,2	2,6	6,8
	Cortar una rebanada de pan	90,3	2,1	1,1	6,5
	Fregar los platos	85,3	4,0	3,5	7,2
	Hacer la cama	81,8	6,8	4,2	7,2
	Cambiar las sábanas de la cama	79,5	8,1	4,8	7,6
	Lavar ropa ligera a mano	77,8	6,8	7,0	8,4
	Lavar ropa a máquina	79,6	6,6	5,6	8,2
	Limpiar la casa o el piso (fregar el suelo, barrer)	75,5	9,1	7,5	7,9
Limpiar una mancha del suelo	76,6	8,0	7,6	7,8	
Coser un botón	79,8	5,4	6,6	8,2	
Movilidad	Coger el autobús, metro, taxi, etc.	78,4	10,3	4,6	6,7
	Administrar su propio dinero (pagar recibos, tratar con el banco, firmar cheques)	86,0	5,3	2,1	6,6
	Andar (con o sin bastón)	89,3	3,5	0,7	6,5
	Levantarse de la cama y acostarse	88,4	3,7	1,3	6,6
	Subir diez escalones	81,3	9,0	3,2	6,5
	Andar durante una hora seguida	73,8	8,5	10,9	6,8

Los tres grupos de actividades son distintos entre y dentro de sí. En las actividades de mantenimiento personal (*autocuidados*) se

observa el mayor porcentaje de ancianos autónomos (85,9%), con una variación muy pequeña entre todas las actividades (coefi-

ciente de variación: 6,9%), frente a una significación muy baja de los que no pueden cuidarse sin ayuda (2,6%). Tres actividades marcan la diferencia dentro de este grupo por su dificultad: un 10% de los ancianos españoles no pueden por sí mismos "cortarse las uñas de los pies" (y un 11% necesitan ayuda); un 9% requieren de alguna ayuda para "ducharse y bañarse"; y un 7% necesitan de "alguien que se quede con ellos durante la noche".

En las *labores domésticas* se mantiene la misma ley: el 82% son viejos autónomos (con una variación dentro del grupo del 5%), frente a un 11,5% que no lo son; existen diferencias apreciables entre labores sencillas y rutinarias ("preparar el desayuno" o "la comida", "cortar una rebanada de pan" o "fregar los platos", que entre el 5% y el 10% de los viejos hacen con alguna ayuda o no hacen), y aquéllas que requieren un mayor esfuerzo físico y especialización como "lavar la ropa", "cambiar las sábanas", "limpiar la casa" o "coser un botón" (los valores de incapacidad son cercanos al 15%).

En lo que se refiere a las actividades que implican *movilidad* el esquema es similar, con un poco más del 10% de los viejos no autónomos totalmente, pero con una notable disparidad entre actividades verdaderamente móviles ("coger el autobús..." o "andar durante una hora"), con más del 15 % de los ancianos con dificultades para hacerlas, y otras de movilidad más rutinaria ("andar", "levantarse de la cama"), con porcentajes más bajos.

Estos hechos confirman, en primer lugar, la idea de que la población vieja realiza un mantenimiento básico de sus capacidades funcionales, independientemente de las condiciones de salud y los rasgos sociodemográficos. Pero además, la información sobre la capacidad funcional se obtiene en la ENSE 93 de una muestra de personas válidas y no institucionalizadas, lo que reduce el margen de encontrar población vieja con problemas de capacitación, como sucedería entre los viejos institucionalizados (hospitales, residencias). Están en dichos lugares, precisa-

mente, y entre otras causas por no ser "capaces" y, por lo tanto, ser dependientes. También, desde un punto de vista subjetivo existen indicios de respuestas no sinceras en encuestas sobre autonomía personal, como consecuencia de una preocupación entre la población vieja por mantener su apariencia personal, incluida la imagen de un anciano sano, lo que de hecho significa un rechazo de la edad y del estereotipo social del viejo.

### *Capacidad funcional y características de los individuos*

Una valoración más profunda del desempeño de estas actividades debe conducir a establecer relaciones con otras variables. Para ello se emplean, no los porcentajes, sino las puntuaciones calculadas.

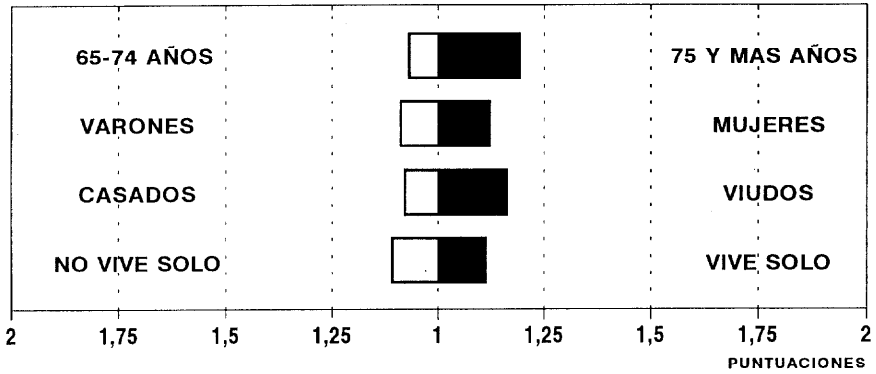
La Figura 3.4.1 permite apreciar la influencia de las **variables demográficas** (edad, sexo, estado civil y forma de convivencia) eligiendo sólo las categorías más señaladas. En los 3 grupos de actividades hay comportamientos semejantes: los ancianos mayores de 75 años (valores entre 1,20 y 1,30) son más incapaces que los menores de 75 años; las mujeres lo son ligeramente más en relación con los hombres (salvo en el caso notable de las *labores domésticas*); y los viudos si se comparan con los casados (1,20 y 1,13, aproximadamente). El hecho de vivir "sólo" o "no sólo" no es una condición suficiente para diferenciar actividades, salvo en el caso de las *labores domésticas* (los que viven solos sufren menos incapacidad, es decir, son más autónomos).

La capacidad funcional está afectada por la *edad*, de manera que, a medida que ésta aumenta, disminuye la facilidad de la persona para ejecutar tareas diarias de forma autónoma. Pero, frente a actividades rutinarias (como comer o aquéllas ligadas a la higiene personal), para las que la edad no influye significativamente, otras, más "especializadas" según tipos de personas, sí se modifican con la edad. Es el caso de andar, ir de compras, utilizar el teléfono o manejar dinero.

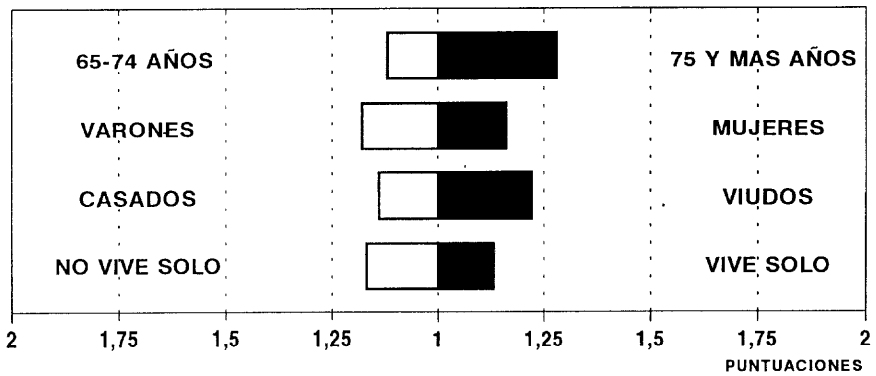


**FIGURA 3.4.1.**  
Escalas de actividades

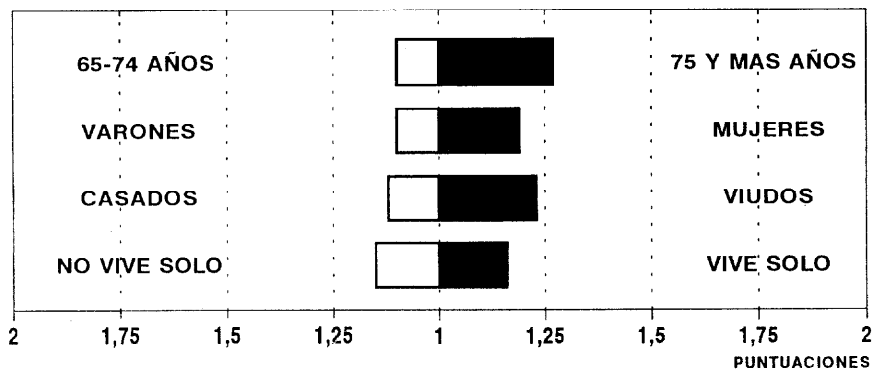
**AUTOUIDADOS**



**LABORES DOMESTICAS**



**MOVILIDAD**



Pero debajo de este comportamiento según la edad hay otros aspectos a considerar: la influencia del *género*, el *estado civil* y el *rol social* que la persona, por ser hombre o mujer, desempeña en la sociedad. Es sabido que las mujeres viven más tiempo que los hombres y que la mayor parte de ese tiempo está comprometido con la incapacidad, así como que las enfermedades crónicas, la percepción de la salud, la morbilidad y los comportamientos sociales predicen un riesgo superior de discapacidad funcional entre las mujeres. Los hombres, sin embargo, tienen menos dificultades para realizar actividades que las mujeres, porque éstas suelen tener “enfermedades menores” con una frecuencia mayor, lo que reduce su capacidad para las tareas de la vida diaria, acentuándose, este hecho, con la edad. Es también reconocido que los varones se encuentran más “incapacitados” para realizar actividades tradicionalmente efectuadas por las mujeres y de las que los hombres, más que estar incapacitados física o psíquicamente, pueden estarlo socialmente, dado su desconocimiento, inexperiencia y desmotivación en general. A los hombres, durante su vida, les atañen menos estas ocupaciones domésticas por lo que tienden a demostrar menor capacidad en su realización. Este es el caso de actividades como “preparar la comida”, “hacer la cama” o “lavar la ropa a máquina”. En cambio, aquéllas otras que implican ejercicio físico son desempeñadas con mayor capacidad por el varón (ej. “coger el autobús”, “andar una hora”), no tanto por el esfuerzo que suponen, cuanto porque responden a actividades socialmente más propias del hombre. Esta diferenciación tiene una consecuencia inmediata que afecta al comportamiento diario del anciano, reforzándose su esquema de relaciones y de separación de papeles sociales, el del hombre muy centrado en espacios externos al domicilio y el de la mujer, al contrario.

En lo que se refiere a su relación con el **estado de salud declarado** se confirma, en primer lugar, que cuanto peor es el estado de salud existe más incapacidad para el desarrollo de actividades, y, en segundo lugar, que,

cuando la salud empeora, entre las actividades de *autocuidado* y las otras dos existe una mayor diferencia en su realización. El punto de inflexión se sitúa en el estado de salud “malo”. Además, algunas de las **enfermedades** más comunes entre la población vieja (o más bien síntomas crónicos de disfunciones fisiológicas) observan también una relación con la capacidad para realizar actividades. El viejo sano (sin enfermedad diagnosticada) es más autónomo en cualquier actividad diaria frente a los que padecen problemas de hipertensión y colesterol, y, por supuesto, en relación con los enfermos diabéticos, bronquiales o coronarios. A medida que la enfermedad tiene un carácter más severo, la diferencia entre la realización de actividades de autocuidado, más sencillas, y las que implican una mayor esfuerzo físico es más apreciable.

También se observa una mayor incapacidad, aunque no muy significativa, entre los viejos para desarrollar *labores domésticas* y de *movilidad* ligada a los niveles más bajos de **estatus social**, mientras que para los cuidados personales la incapacidad es mucho menor. Esto es así, en buena medida, porque el estatus social no es un indicador ni definido en el corpus científico ni formalizado para su medición. A pesar de ello, las limitaciones más claras de las actividades diarias tienden a concentrarse en los segmentos más pobres de la sociedad, pero no así en las actividades de cuidado personal (*autocuidados*), en las que la condición socioeconómica no crea diferencias apreciables. El problema surge cuando se pretende asociar un nivel alto de estatus social (como ventaja comparativa) con una mejora en la capacitación para el desarrollo de actividades, hecho que no ha sido demostrado a través de la ENSE 93.

Existen también problemas en cuanto a la definición de umbrales de **tamaño de hábitat** ya que depende del tipo de poblamiento en cada región. No obstante, algunos estudios afirman que el viejo de las grandes ciudades, en general, presenta mayor autonomía para la realización de todo tipo de tareas, especialmente las que implican *movilidad* (“coger el autobús”, por propia lógica) y otras especializadas

("lavar la ropa a máquina"). Otros estudios, al contrario, han comprobado un mayor margen de autonomía personal en la población rural, resaltando que es más independiente en su cuidado personal, lo que puede reflejar una composición familiar y normas rurales que propician el mantenimiento de una mayor autosuficiencia e independencia, aunque su nivel de salud sea comparable al del viejo urbano. Tales afirmaciones, opuestas aunque lógicas, no se han comprobado en la ENSE 93, seguramente porque para detectar la relación entre hábitat y realización de actividades diarias se necesita una encuesta con un propósito específico.

### 3.5. Educación Sanitaria y Actividades Preventivas: servicios ginecológicos, vacunaciones de gripe e infantil, revisores odontológicos, automedicación

La educación para la salud y las actividades preventivas constituyen un pilar básico dentro del Sistema Nacional de Salud. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1993 así lo ha considerado, incluyendo en los cuestionarios utilizados para la recogida de información varias preguntas orientadas a conocer la percepción y la actitud de la población con respecto a estas cuestiones.

#### *Servicios Ginecológicos*

El 67% de las mujeres de 16 y más años ha acudido alguna vez al ginecólogo. Por edad, los porcentajes de consulta más altos se observan en los grupos etarios de 25-44 años (86%) y de 45-64 años (73%); por el contrario, los porcentajes más bajos, en los de 16-17 años (13%) y de más de 64 años (46%). La menor frecuencia de utilización de los servicios ginecológicos corresponde a las clases sociales baja (55%) y media-baja (66%), como se muestra en la Tabla 3.5.1.

Las comunidades autónomas de País Vasco y Cataluña presentan los porcentajes más altos de visita al ginecólogo —un 78% y 76%, respectivamente— y Castilla-La Man-

cha (53%) y Extremadura (56%), los más bajos (Tabla 3.5.2).

**TABLA 3.5.1.**  
Porcentaje de mujeres de 16 y más años que ha acudido alguna vez a un ginecólogo, según edad y clase social.  
España, 1993

TOTAL	67
EDAD	
16-17	13
18-24	52
25-44	86
45-64	73
65 y +	46
CLASE SOCIAL	
Alta	80
Media-alta	82
Media-media	79
Media-baja	66
Baja	55

**TABLA 3.5.2.**  
Porcentaje de mujeres de 16 y más años que ha acudido alguna vez a un ginecólogo, según Comunidad Autónoma.  
España, 1993

TOTAL	67
COMUNIDAD	
Andalucía	59
Aragón	62
Asturias	65
Balears	65
Canarias	71
Cantabria	69
Castilla-La Mancha	53
Castilla y León	61
Cataluña	76
Comunidad Valenciana	70
Extremadura	56
Galicia	63
Madrid	74
Murcia	62
Navarra	67
País Vasco	78
La Rioja	73

Por lo que se refiere a las niñas de 10 a 15 años (Tabla 3.5.3), un 7% ha acudido alguna vez al ginecólogo; observándose diferencias importantes por clase social: mientras que un 17% de las niñas de clase alta han utilizado los servicios ginecológicos, sólo un 2% de las de clase baja han acudido a los mismos.

### *Vacunaciones de gripe e infantil*

Un 18% de la población de 16 y más años se ha vacunado contra la gripe en la última campaña, no existiendo diferencias por sexo (Tabla 3.5.4). Con respecto a la edad, la proporción de vacunados es del 8% en el grupo de 16-44 años, del 19% en el de 45-64 años y del 49% en los mayores de 64 años. A medida que se desciende en la clase social, se observa una mayor frecuencia de vacunación contra la gripe: 9% en la alta, 10% en la media-alta, 12% en la media-media, 19% en la media baja y 24% en la baja.

Por lo que se refiere al porcentaje de la población de 16 y más años que se ha vacunado contra la gripe en la última campaña según comunidad autónoma (Tabla 3.5.5), éste oscila entre un 12% en Cataluña a un 24% en Castilla-La Mancha y Extremadura.

**TABLA 3.5.3.**  
Porcentaje de niñas de 10 a 15 años que ha acudido alguna vez a un ginecólogo, según clase social. España, 1993

TOTAL	7
CLASE SOCIAL	
Alta	17
Media-alta	7
Media-media	10
Media-baja	7
Baja	2

**TABLA 3.5.4.**  
Porcentaje de población de 16 y más años que se ha vacunado de la gripe en la última campaña, según edad, sexo y clase social. España, 1993

TOTAL	18
EDAD	
16-44	8
45-64	19
65 y +	49
SEXO	
Hombre	18
Mujer	18
CLASE SOCIAL	
Alta	9
Media-alta	10
Media-media	12
Media-baja	19
Baja	24

**TABLA 3.5.5.**  
Porcentaje de población de 16 y más años que se ha vacunado de la gripe en la última campaña, según Comunidad Autónoma. España, 1993

TOTAL	18
COMUNIDAD	
Andalucía	18
Aragón	16
Asturias	14
Baleares	18
Canarias	13
Cantabria	18
Castilla-La Mancha	24
Castilla y León	22
Cataluña	12
Comunidad Valenciana	21
Extremadura	24
Galicia	17
Madrid	18
Murcia	19
Navarra	17
País Vasco	18
La Rioja	21

Sólo un 8% de los niños encuestados ha sido vacunado contra la gripe, sin que se observen diferencias por grupo de edad ni sexo. En cuanto a la clase social, las mayores frecuencias corresponden a las clases media-alta (10%) y alta (9%), y las menores, a las clases media-baja (5%), media-media (6%) y baja (7%), como se muestra en la Tabla 3.5.6.

**TABLA 3.5.6.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años que se ha vacunado de la gripe en la última campaña, según edad, sexo, y clase social**  
**España, 1993**

TOTAL	8
EDAD	
0-14	7
5-15	8
SEXO	
Niño	8
Niña	8
CLASE SOCIAL	
Alta	9
Media-alta	10
Media-media	6
Media-baja	5
Baja	7

Por último, las preguntas referidas a vacunaciones infantiles dirigidas a población de 0 a 15 años en la ENS de 1993 estaban destinadas a conocer el grado de información que tienen los padres o responsables del niño respecto a las recomendaciones oficiales en materia de vacunación infantil.

En 1993, la mayoría de padres conoce las vacunas que están recomendadas para la población infantil menor de seis años (Tabla 3.5.7). No obstante, el grado de conocimiento es variable según el tipo de vacuna al que se refiera; así, mientras que un 94% de los padres cree oficialmente recomendada la vacuna de la poliomielitis, sólo el 71% identifica como aconsejada la vacuna contra la parotiditis, siendo un 73% la proporción de ellos que cree que la vacuna de la tuberculosis está entre las vacunas recomendadas. En algunos casos, el grado de conocimiento, a su vez, parece guardar cierta relación con la clase social; por ejemplo, un 99% de padres de clases altas identifica a la vacuna contra la poliomielitis entre las indicadas, aunque sólo un 27% de este grupo cree que la vacuna contra la neumonía está entre las aconsejadas, mientras que un 45% de los padres de clase baja cree que esta última vacuna está entre las oficialmente recomendadas.

**TABLA 3.5.7.**  
**Porcentaje de padres de niños menores de 6 años que creen que están recomendadas oficialmente distintas vacunaciones infantiles, según clase social.**  
**España, 1993**

	<i>Difteria</i>	<i>Tétanos</i>	<i>Tosferina</i>	<i>Tuberculosis</i>	<i>Sarampión</i>	<i>Parotiditis</i>	<i>Rubeola</i>	<i>Poliomielitis</i>	<i>Neumonía</i>
TOTAL	77	88	87	73	85	71	77	94	36
CLASE SOCIAL									
Alta	81	89	84	69	88	76	83	98	27
Media	89	91	94	63	85	66	75	99	34
Media-media	75	85	86	72	83	68	77	94	28
Media-baja	76	88	86	75	85	72	76	92	38
Baja	76	89	89	77	86	74	78	92	45

En cuanto a la opinión sobre las recomendaciones del grupo de vacunaciones para niños de 6 ó más años (rubéola —en niñas—, recuerdo de tétanos, hepatitis B y gripe), los resultados muestran un grado de información variable (Tabla 3.5.8). Mientras que el 86% de los padres de este grupo de niños cree que el recuerdo del tétanos está recomendado, sólo el 57% opina lo mismo de la hepatitis B y un 46% lo sostiene para la vacuna de la gripe, sin que se observen diferencias importantes entre las diferentes clases sociales, excepto para las vacunas contra la gripe.

### *Servicios Odontológicos*

El 15% de la población de 16 años y más años ha ido en 1993 al dentista, protésico o higienista dental para exámen, consejo o tratamiento de su dentadura o boca en los tres meses anteriores a la entrevista —en 1987, este porcentaje había sido del 14%—, como se refleja en la Tabla 3.5.9. La utilización es mayor en las mujeres (16%) que en los hombres (13%); y disminuye con la edad: así, entre las personas de 16 a 44 años alcanza el 17%, mientras que a partir de los 65 años es de un 8%. Por clase social, es la población de la clase media-

alta la que acude en mayor porcentaje al dentista (23%), seguida por la media-media (19%) y la alta (18%).

La distribución por comunidades autónomas se muestra en la Tabla 3.5.10, donde se observa que el 20% de la población adulta de País Vasco en 1993 y el 19% de la de Murcia han consultado al dentista en los últimos tres meses, mientras que de la población de Castilla-La Mancha y Extremadura tan sólo habían acudido a este especialista el 11% y 12%, respectivamente. En 1987 las comunidades que presentaban una menor utilización de los servicios odontoestomatológicos eran, también, Castilla-La Mancha y Extremadura (10%) y la mayor, Madrid (17%).

Por lo que se refiere a la población infantil, el 17% ha realizado en 1993 alguna consulta al dentista en los últimos tres meses, porcentaje superior al del año 1987 (13%), como se muestra en la Tabla 3.5.11. Las niñas acuden en mayor frecuencia (18%) que los niños (15%), y este porcentaje aumenta con la edad, siendo de un 22% para el grupo de 5-15 años. En cuanto a la clase social, son los niños de las clases alta y media-media los que más visitan al dentista (20%), mientras que de la clase baja únicamente acuden un 11%.

**TABLA 3.5.8.**  
Porcentaje de padres de niños de 6 años o mayores que creen que están recomendadas oficialmente distintas vacunaciones infantiles, según clase social.  
España, 1993

	<i>Rubeola (en niñas)</i>	<i>Recuerdo tétanos</i>	<i>Hepatitis B</i>	<i>Gripe</i>	<i>Viruela</i>
TOTAL	78	86	57	46	65
CLASE SOCIAL					
Alta	85	89	53	41	52
Media-alta	83	85	50	39	53
Media-media	75	84	53	41	64
Media-baja	80	87	62	49	70
Baja	74	86	56	49	67

**TABLA 3.5.9.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según edad, sexo y clase social.**  
**España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	14	15
EDAD		
16-44	16	17
45-64	13	14
65 y +	8	8
SEXO		
Hombre	13	13
Mujer	15	16
CLASE SOCIAL		
Alta	—	18
Media-alta	—	23
Media-media	—	19
Media-baja	—	14
Baja	—	11

**TABLA 3.5.10.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según Comunidad Autónoma.**  
**España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	14	15
COMUNIDAD		
Andalucía	14	13
Aragón	12	13
Asturias	15	13
Balears	16	16
Canarias	14	13
Cantabria	13	13
Castilla-La Mancha	10	11
Castilla y León	12	15
Cataluña	13	15
Comunidad Valenciana	13	15
Extremadura	10	12
Galicia	15	16
Madrid	17	16
Murcia	12	19
Navarra	13	12
País Vasco	16	20
La Rioja	16	16

Analizando el motivo de la última consulta odontostomatológica realizada, en la Tabla 3.5.12 se observa como las actividades preventivas —revisión y limpieza— son mucho menos frecuentes que las actividades asistenciales. La frecuencia de obturaciones (empastes) y actividades preventivas es menor en los hombres y en edades avanzadas, mientras que es mayor la de extracciones y de prótesis.

Respecto a 1987 (Figura 3.5.1), se ha producido un incremento en las actividades de revisión

y limpieza, ha disminuido el porcentaje de extracciones y ha aumentado el de obturaciones.

En la población infantil, el principal motivo de consulta en 1993 es la revisión, con un 38%, seguido de las obturaciones, con un 31%, como se muestra en la Tabla 3.5.13. Por sexo, apenas hay diferencias —excepto una mayor frecuencia de obturaciones en las niñas (33%) que en los niños (29%)—. A medida que disminuye la clase social, es menor el porcentaje de niños que acude a revisión.

**TABLA 3.5.11.**  
Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según edad, sexo y clase social. España, 1987 y 1993

	1987	1993
TOTAL	13	17
EDAD		
0-4	4	2
5-15	16	22
SEXO		
Niño	13	15
Niña	14	18
CLASE SOCIAL		
Alta	—	20
Media-alta	—	18
Media-media	—	20
Media-baja	—	16
Baja	—	11

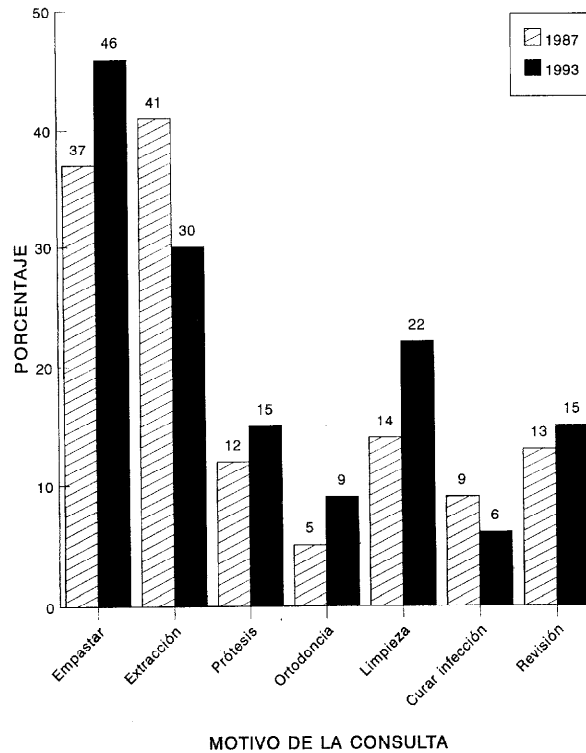
(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años

**TABLA 3.5.12.**  
Distribución porcentual de la población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según motivo de la consulta, edad y sexo. España, 1993

	Empastar	Extracción	Prótesis	Ortodoncia	Limpieza	Curar infección	Revisión	Otro
TOTAL	46	30	15	9	22	6	15	4
EDAD								
16-44	53	25	10	7	26	6	17	3
45-64	38	38	21	9	19	5	12	3
65 y +	19	44	30	19	10	5	7	6
SEXO								
Hombre	44	33	15	8	23	5	13	3
Mujer	48	27	14	9	22	7	16	4



**FIGURA 3.5.1.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según motivo de la consulta.**  
**España, 1987 y 1993**



**TABLA 3.5.13.**  
**Distribución porcentual de la población de 0 a 15 años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según motivo de la consulta, edad, sexo y clase social.**  
**España, 1993**

	<i>Empastar</i>	<i>Extracción</i>	<i>Prótesis</i>	<i>Ortodoncia</i>	<i>Limpieza</i>	<i>Curar infección</i>	<i>Revisión</i>	<i>Otro</i>
TOTAL	31	19	3	19	9	3	38	5
EDAD								
0-4	11	5	0	0	13	2	72	6
5-15	32	19	3	20	8	3	37	5
SEXO								
Niño	29	19	2	18	9	3	38	6
Niña	33	19	3	20	9	3	38	4
CLASE SOCIAL								
Alta	29	14	4	11	4	0	61	0
Media-alta	29	19	0	24	9	2	40	4
Media-media	26	17	5	20	10	4	39	3
Media-baja	33	20	2	17	8	3	38	6
Baja	42	24	3	20	9	6	26	4

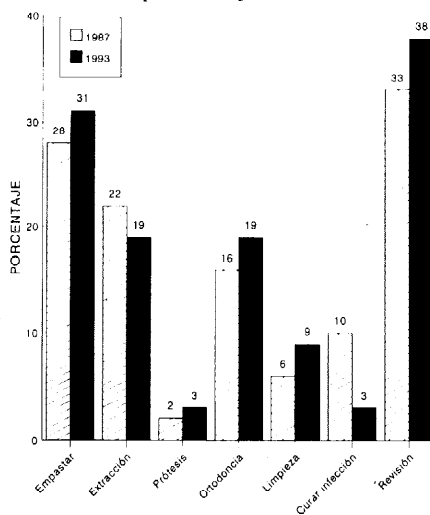
Si se analiza la tendencia desde 1987 (Figura 3.5.2), en 1993 han aumentado las actividades preventivas y las obturaciones practicadas a la población menor de 16 años de edad.

Atendiendo a las características de la última consulta dental (Tabla 3.5.14), el 84% de la población adulta demandó los servicios de un profesional del sector privado, un 10% de la Seguridad Social y un 4% de socieda-

des médicas. A medida que avanza la edad, la utilización de los servicios de la Seguridad Social es mayor, suponiendo un 19% para los mayores de 65 años.

Desde 1987, aumenta el porcentaje de población de 16 y más años que consulta a un dentista del sector privado —del 73% al 84%—, y disminuye el que acude a la Seguridad Social —del 22% al 10%—, como se observa en la Figura 3.5.3.

**FIGURA 3.5.2.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según motivo de la consulta.**  
**España 1987 y 1993**

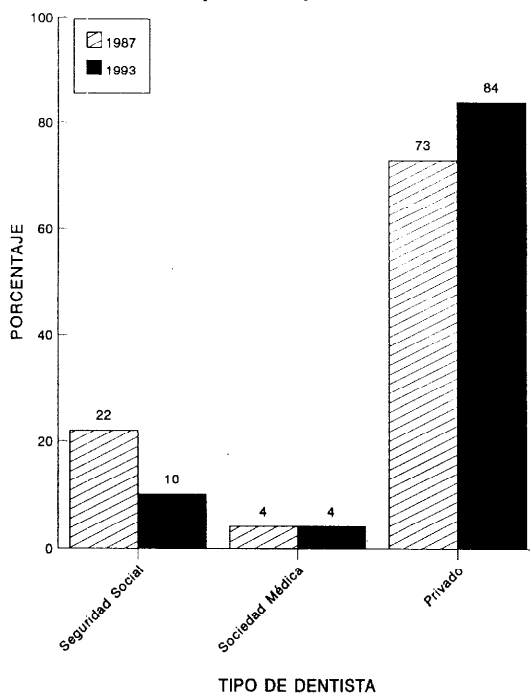


MOTIVO DE LA CONSULTA  
 (\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

**TABLA 3.5.14.**  
**Distribución porcentual de la población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los tres últimos meses, según tipo de dentista, edad y sexo.**  
**España, 1993**

	Seguridad Social	Ayuntamiento	Sociedad Médica	Privado	Otro
TOTAL	10	0	4	84	1
EDAD					
16-44	8	0	4	86	0
45-64	13	0	3	82	0
65 y +	19	1	4	71	1
SEXO					
Hombre	12	0	3	82	1
Mujer	9	0	4	85	0

**FIGURA 3.5.3.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según tipo de dentista.**  
**España, 1987 y 1993**



Por lo que se refiere a la población infantil (Tabla 3.5.15), un 77% de los niños ha acudido en 1993 a un dentista del sector privado y un 15% al de la Seguridad Social. Los niños de 0 a 4 años de edad consultan, principalmente, a un especialista de la Seguridad Social (45%). Por otra parte, se observa que, a medida que es más baja la clase social, un mayor porcentaje de niños utiliza los servicios del dentista de la Seguridad Social.

Respecto a 1987 (figura 3.5.4), ha aumentado el porcentaje de población menor de 16 años que acude a un dentista privado, y ha disminuido el que utiliza los servicios del especialista de la Seguridad Social.

#### *Consumo de medicamentos*

En 1993, el 46% de la población de 16 y más años ha utilizado algún tipo de medicamentos (gotas, pastillas, inyecciones, supositorios, etc.) durante las últimas dos semanas

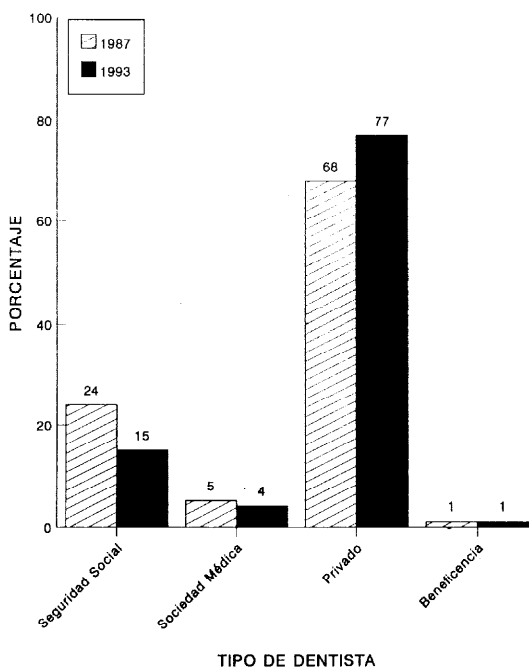
(Tabla 3.5.16), frecuencia superior a la del año 1987 (42%). Este porcentaje es superior en mujeres (52%) que en hombres (40%), y se observan los mayores porcentajes de consumo en la población de más edad —un 73% en la de 65 y más años, un 52% en la de 45-64 años y un 35% en la de 16-44 años—. Por clase social, la frecuencia de utilización de medicamentos oscila entre un 52% en la clase baja a un 40% en la media-media.

En cuanto a la comunidad autónoma (Tabla 3.5.17), los porcentajes de consumo de medicamentos más altos en 1993 corresponden a Baleares (54%), Andalucía y Madrid (51%) y Comunidad Valenciana (50%), mientras que los más bajos a Asturias y La Rioja (37%) y País Vasco (38%). En 1987, las comunidades con la mayor frecuencia de consumo de fármacos eran Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Madrid (46%), y con la menor, Asturias (31%), País Vasco (35%) y Galicia (37%).

**TABLA 3.5.15.**  
**Distribución porcentual de la población de 0 a 15 años que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según tipo de dentista, edad, sexo y clase social.**  
 España, 1993

	<i>Seguridad Social</i>	<i>Ayuntamiento</i>	<i>Sociedad Médica</i>	<i>Privado</i>	<i>Otros</i>
TOTAL	15	1	4	77	1
EDAD					
0-4	45	5	1	35	5
5-15	14	1	4	79	1
SEXO					
Niño	14	1	3	79	1
Niña	16	0	4	76	1
CLASE SOCIAL					
Alta	4	0	12	84	0
Media-alta	10	0	7	77	1
Media-media	12	0	4	82	0
Media-baja	18	0	2	77	2
Baja	22	4	3	67	2

**FIGURA 3.5.4.**  
 Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que ha consultado al dentista en los últimos tres meses, según tipo de dentista.  
 España, 1987 y 1993



(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

**TABLA 3.5.16.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas, según edad, sexo y clase social. España 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	42	46
EDAD		
16-44	30	35
45-64	50	52
65 y +	69	73
SEXO		
Hombre	34	40
Mujer	49	52
CLASE SOCIAL		
Alta	—	46
Media-alta	—	41
Media-media	—	40
Media-baja	—	47
Baja	—	52

**TABLA 3.5.17.**  
**Porcentaje de población de 16 y más años que ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas, según Comunidad Autónoma. España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	42	46
COMUNIDAD		
Andalucía	42	51
Aragón	39	48
Asturias	31	37
Balears	46	54
Canarias	38	43
Cantabria	39	43
Castilla-La Mancha	46	42
Castilla y León	38	44
Cataluña	44	45
Comunidad Valenciana	46	50
Extremadura	44	46
Galicia	37	40
Madrid	46	51
Murcia	44	43
Navarra	42	42
País Vasco	35	38
La Rioja	41	37

El 37% de los niños ha consumido medicamentos en las dos semanas anteriores a la entrevista en 1993, mientras que en 1987 esta frecuencia era del 26%, como se muestra en la tabla 3.5.18. Aunque en 1987 no se observaban diferencias en cuanto al sexo

(26%), en 1993 un 39% de las niñas y un 35% de los niños han utilizado fármacos. Los porcentajes son siempre superiores en los grupos etarios de menor edad: un 46% de los niños menores de 5 años, en 1993 —y un 36%, en 1987— ha consumido medicamen-

tos, frente a un 34% de los niños de 5 a 15 años, en 1993—y un 22%, en 1987—. Por clase social, los niños de los niveles superiores presentan un

mayor consumo; así, un 45% de la clase social alta ha utilizado fármacos, mientras que en la clase baja sólo los ha consumido un 33%.

**TABLA 3.5.18.**  
**Porcentaje de población de 0 a 15 años (\*) que ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas, según edad, sexo y clase social. España, 1987 y 1993**

	1987	1993
TOTAL	26	37
EDAD		
0-4	36	46
5-15	22	34
SEXO		
Niño	26	35
Niña	26	39
CLASE SOCIAL		
Alta	—	45
Media-alta	—	40
Media-media	—	37
Media-baja	—	37
Baja	—	33

(\*) En el año 1987, población de 1 a 15 años.

### 3.6. Cobertura Sanitaria

La pregunta efectuada permitía clasificar como titular de hasta dos modalidades de cobertura y como beneficiario de otras dos (iguales o diferentes a aquellas en las que se constara como titular), de entre las modalidades de seguro o carencia de seguro ofertadas. Por lo tanto, la elección máxima permitía abarcar hasta 4 formas de cobertura, sobre las categorías cerradas que se exponen en la Tabla 3.6.1.

En la distribución de frecuencias ninguno de los encuestados agotó las 4 elecciones simultáneas posibles.

La tasa de respuesta a la pregunta fue alta, obteniendo el resultado “No Contesta” solo en el 1% de los cuestionarios de adultos y el 0,8% de los cuestionarios de niños.

**TABLA 3.6.1.**  
**Modalidades de grupo sanitario**

1. Seguridad Social.
2. Mutualidades del Estado acogidas a Seguridad Social.
3. Mutualidades del Estado acogidas a un seguro privado.
4. Seguro Médico Privado, concertado individualmente.
5. Seguro médico concertado por su empresa.
6. No tengo seguro, utilizo beneficencia.
7. No tengo seguro, utilizo médicos privados.
8. No tengo seguro, utilizo una iguala.
9. N.C.

Los resultados fueron similares respecto a las modalidades de cobertura para ambos grupos de edad (menores de 16 años y mayores de esta edad), tal y como puede verse en la Tabla 3.6.2. Como diferencias más llamativas aparecen las diferencias de cobertura por Mutualidades entre adultos y niños, en forma que el porcentaje de niños es apreciablemente inferior al de adultos en la modalidad Mutua-Seguridad Social, mientras que ocurre exactamente la situación contraria cuando se trata de Mutua-Seguro Privado.

Al realizar la valoración de los resultados de la ENSE 93, respecto a cobertura de asistencia sanitaria, y en comparación con otros estudios, debe tenerse en cuenta que a final de 1989 se produjo el reconocimiento del derecho a recibir asistencia sanitaria para ciudadanos carentes de recursos y sin otra cobertura pública. Dicha prestación se realiza a través de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

La Seguridad Social proporciona cobertura sanitaria al 94,7% de los que contestaron (cuestionarios de adultos y niños), con un incremento del 4,2% respecto a 1987. Un 0,2%

de la población está asegurada sanitariamente por la beneficencia.

Es un 2,4% de la población la que responde que, a través de la correspondiente Mutualidad de funcionarios, recibe asistencia por los servicios de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, frente a un 2,1% de la población que manifiesta estar asegurada en la modalidad de Mutualidades-Compañía privada.

Un 1,3% de la población indica que su cobertura sanitaria se produce a través de un Seguro concertado por la Empresa. Al analizar la respuesta dicho 1,3% se divide en un 1% con concurrencia con Seguridad Social y un 0,3% en modalidad exclusiva (ver Tablas 3.6.3 y 3.6.4). El 1,3% de respuestas coincide con el porcentaje de población afiliada a empresas colaboradoras.

Un 90% de la población manifiesta obtener cobertura a través de una modalidad exclusiva de seguro público (Tabla 3.6.3), aumentando las opciones públicas como única modalidad de cobertura sanitaria en un 2% respecto a 1987.

**TABLA 3.6.2.**  
**Cobertura de asistencia sanitaria en 1993**

	<i>0-15 años</i> (N = 5.250)	<i>16 y más años</i> (N = 21.061)	<i>Global (sobre los que respondieron):</i> (N = 26.066)
Seguridad Social	93,7	93,8	94,7
Beneficencia	0,3	0,2	0,2
Mutualidades-Seguridad Social	1,8	2,5	2,4
Mutualidades-Seguro Privado	2,7	2,0	2,1
Seguro Privado individualmente concertado	5,9	6,4	6,3
Seguro por empresa	0,6	1,5	1,3
Iguala	0,0	0,1	0,1
Médico Privado	0,1	0,5	0,4
No contesta	0,8	1,0	— —

**TABLA 3.6.3.**  
**Porcentaje de personas cubiertas por una única modalidad de seguro**

	<i>Modalidad exclusiva adultos</i>	<i>Modalidad exclusiva niños</i>
Seguridad Social	86,5	87,9
Beneficencia	0,1	0,3
Mutualidades-Seguridad Social	1,9	1,4
Mutualidades-Seguro Privado	1,3	2,0
Seguro Privado individualmente concertado	1,2	1,5
Seguro por empresa	0,3	0,2
Médico Privado	0,1	0,0

Del total de entrevistados, sólo un 0,1% de los adultos se ubicaron exclusivamente en la respuesta "No tengo seguro, utilizo siempre médicos privados", y ello parece indicar que, efectivamente, por una o varias modalidades, la población española tiene cubierta su asistencia sanitaria. Hay que tener en cuenta, no obstante, que un 1,2% de la población adulta y un 1,5% de la infantil (1,26% del total) indica que su única forma de cobertura es un Seguro Privado individualmente contratado, si bien, como se verá más adelante, la financiación exclusivamente privada de la asistencia sanitaria se concentra en los estatus económicos más altos.

Las respuestas obtenidas en 1993 respecto a cobertura exclusivamente privada muestran, pues, los efectos de la universalización de la asistencia, al comparar los resultados con la Encuesta de Cobertura de Asistencia Sanitaria de 1987, en los cuales se obtuvo que un 2,3% de los hogares tenía cobertura exclusivamente privada y un 0,3% carecía de cualquier cobertura pública o privada.

Las duplicidades de cobertura se producen tanto en combinación de seguros privado-público como entre seguros públicos, esquematizándose estas duplicidades en la Tabla 3.6.4.

En los resultados comparativos con la Encuesta de Cobertura de Asistencia Sanitaria 1987 se observa un incremento en las duplicidades entre coberturas públicas (Seguridad Social-Mutualidades), que han pasado del 0,3% de duplicidad en 1987 al 1,1% en 1993. La duplicidad de cobertura Seguridad Social-seguros médicos y médicos particulares es prácticamente estable (5,6% en 1987 y 5,2% en 1993), habiéndose producido una disminución muy notable de la cobertura por iguales, que hace esta duplicidad prácticamente inexistente en 1993 (en 1987 un 1,7% de la población duplicaba cobertura por iguala y por Seguridad Social).

Por Comunidades Autónomas (Tabla 3.6.5), las mayores coberturas por Seguridad Social se dan en Cataluña con un 96,3% de los adultos y La Rioja con un 96%, correspondiendo las menores coberturas de Seguridad Social a Murcia (89,1%) y Madrid (91,5%). La Seguridad Social, como modalidad exclusiva, da cobertura a un 93% de los mayores de 16 años en Canarias y a un 75,2% en Baleares, situándose el resto de Comunidades Autónomas en valores intermedios. Como puede observarse, Cataluña ofrece, curiosamente, valores máximos respecto a coberturas por Seguridad Social, pero casi mínimos respecto a que dicha modalidad sea la única cobertura sanitaria del ciudadano.



**TABLA 3.6.4.**  
**Porcentajes de entrevistados con coberturas dobles**

	<i>Seguridad Social</i>	<i>Mutualidades Seguridad Social</i>
Mutua Seguridad Social		
Adultos	0,5	
Niños	0,3	
Mutua Seguro Privado		
Adultos	0,6	
Niños	0,6	
Seguro Empresa		
Adultos	1,0	
Niños	0,4	
Seguro Individual		
Adultos	5,0	0,1
Niños	4,5	0,0
Médico Privado		
Adultos	0,3	
Niños	0,0	
Iguala		
Adultos	0,1	
Niños	0,1	

**TABLA 3.6.5.**  
**Cobertura por Seguridad Social y por Seguridad Social con modalidad exclusiva (16 años y más)**

<i>Comunidad</i>	<i>% adultos con cobertura Seguridad Social</i>	<i>% adultos con cobertura exclusiva S.S.</i>
Andalucía	93,7	90,3
Aragón	91,3	86,0
Asturias	93,8	90,0
Baleares	92,1	75,2
Canarias	95,0	93,0
Cantabria	93,5	91,6
Castilla-La Mancha	94,8	91,4
Castilla y León	94,1	90,6
Cataluña	96,3	79,1
Comunidad Valenciana	95,5	91,0
Extremadura	92,0	91,4
Galicia	94,5	90,5
Madrid	91,5	76,6
Murcia	89,1	87,0
Navarra	93,5	90,1
País Vasco	92,7	90,1
La Rioja	96,0	91,2
ESPAÑA	93,8	86,6

La cobertura exclusivamente privada por Comunidades Autónomas es máxima en Baleares (2,8%), Madrid (2,1%) y Murcia (2,1%) y mínima en Cantabria (0,2%), Galicia (0,5%) y La Rioja (0,6%).

Considerando financiación pública la correspondiente a las modalidades de seguro: Seguridad Social, Mutuas Seguridad Social, Mutuas Seguro Privado y Beneficencia y financiación privada el resto, se realiza el análisis por nivel social del núcleo familiar (nivel 1= acomodada; nivel 5= baja), que puede verse en la Tabla 3.6.6. Lógicamente, la financiación

privada exclusiva se concentra claramente en los niveles más altos, disminuyendo también conforme disminuye el nivel social, la duplicidad de financiación pública-privada.

La comparación con estudios previos sobre cobertura sanitaria muestra un incremento en la cobertura por Seguridad Social, con disminución de las coberturas por beneficencia. La cobertura por Mutualidades se mantiene establemente entre el 4-6% en toda la serie, con tendencia decreciente. Resulta llamativa (aunque explicable) la disminución del peso de la iguala (tabla 3.6.7.).

**TABLA 3.6.6.**  
Financiación de la cobertura según nivel social

	<i>Financiación excl. pública</i>	<i>Financiación excl. privada</i>	<i>Financiación mixta</i>
Acomodado			
Adultos	79	4	17
Niños	82	4	14
Medio Alto			
Adultos	78	6	16
Niños	77	7	16
Medio Medio			
Adultos	87	2	11
Niños	91	2	7
Medio Bajo			
Adultos	95	1	4
Niños	97	1	2
Bajo			
Adultos	97	1	2
Niños	99	0	1

**TABLA 3.6.7.**  
Evolución de la cobertura sanitaria

	<i>1987</i> <i>N = 13.370</i> <i>Todas edades</i>	<i>1989</i> <i>N = 7.074</i> <i>&gt; 18 años</i>	<i>1992</i> <i>N = 1.100</i> <i>&gt; 18 años</i>	<i>1993</i> <i>N = 26.400</i> <i>Todas edades</i>
Seguridad Social	90,5	92,5	95,6	94,7
Mutualidades-Seguridad Social	2,8	3,0	2,4	2,4
Mutualidades-Seguro Privado	3,0	2,1	2,6	2,1
Beneficencia	0,9	0,5	0,2	0,2
Seguro Privado	7,0	6,0	4,4	6,3
Seguro por empresa	1,8	1,5	2,0	1,3
Médico Privado	0,4	0,5	0,4	0,4
Iguala	1,8	0,8	0,8	0,1