

OBJETIVO 2

VALORAR SALUD Y CALIDAD DE VIDA

En el año 2000 todas las personas debieran tener igualdad de oportunidades para el desarrollo y utilización del potencial de salud de cada individuo para llevar a cabo una vida social económicamente satisfactoria.

Jordi Alonso

Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris

Montse Ferrer

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM), Barcelona

1. CONTENIDO DEL OBJETIVO

El enunciado del segundo objetivo del programa SPT incluye diversos conceptos: el de la igualdad (de nuevo), el concepto del potencial de salud y, finalmente, el de la vida económicamente satisfactoria. Pareciera como si este objetivo pretendiese englobar intenciones más detalladas en otros: el 3 (las personas con incapacidades deberían tener las oportunidades físicas, sociales y económicas...), el 4 (el número medio de años que la gente vive libre de enfermedades mayores e incapacidades...), el 6 (la esperanza de vida al nacer...), por sólo citar los más cercanos. Para los redactores de este apartado resulta materialmente imposible la monitorización de este objetivo.

Con la pretensión de simplificar esta tarea, los compiladores de este Informe SESPAS y los redactores del capítulo, a partir de la lista de indicadores regionales de la Región Europea de la OMS, decidieron restringir la revisión a los siguientes indicadores: 2.1. Medición de la percepción de salud; 2.5. Proporción de personas desempleadas; 2.6. Medición de la salud social y el apoyo; 2.7. Medición de la calidad de vida; y 2.8. Expectativa de vida saludable.

2. ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

A partir de los datos del Padrón de Habitantes, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (1), y el Movimiento Natural de la Población Española de 1986, se calcularon los años de Esperanza de Vida "Libre de Incapacidad" (EVLI) (2) para diversos grupos de edad. Al nacer, la EVLI era de 61,6 años. A esta cifra hay que sumar otros 14,8 años de vida con incapacidad, para llegar a la esperanza de vida en aquel momento, de 76,4 años. A los 65 años, la esperanza de vida era de 16,9 años, 6,7 de los cuales estarían libres de incapacidad y 10,2 serían con incapacidad.

Como señala el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (2), las conocidas diferencias en esperanza de vida según el género se reducían drásticamente al tener en cuenta la incapacidad. Así, mientras las mujeres tenían una esperanza de vida mayor en 6,4 años que los hombres, las diferencias se reducían a 1,8 (a favor de las mujeres) en esperanza de vida libre de discapacidad (60,8 para los hombres frente a 62,6 para las mujeres).

Según la actualización de la serie de Indicadores de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo (3), en España se produjo un aumento global de 1,3 años de esperanza en "buena salud" entre los años 1986 y 1991. Pasó concretamente de 52,6 años a 53,9 años. Este resultado sería consistente con los correspondientes a cinco países de economía de mercado desarrollada (EEUU, Japón, Australia, Francia y Canadá) (4). En estos países se ha observado un aumento de la esperanza de vida y un aumento paralelo de la esperanza de vida sin discapacidad grave y sin discapacidad en general. Estos datos sugieren que no cabe esperar un aumento de la discapacidad grave en los países desarrollados tal como se había augurado al observar el continuo crecimiento de la esperanza de vida. Sin embargo, los autores se muestran muy cautelosos por las diferencias metodológicas existentes en la construcción de estos indicadores.

A la espera de series de datos comparables en España, parece aceptable concluir que existe un aumento de la esperanza de vida en parte acompañado por un aumento de la esperanza de vida en buena salud.

Además de controlar este indicador, sería importante seguir la evolución del nivel de cobertura de las necesidades de las personas con incapacidades (Objetivo 3).

3. EVOLUCIÓN DE LA SALUD PERCIBIDA

Como indicador de la salud percibida hemos utilizado la pregunta sobre la valoración general de la salud. Es ésta una opción reduccionista, puesto que en este apartado podrían —o deberían— considerarse variables como los trastornos crónicos declarados, los síntomas o molestias, la restricción de la actividad, el bienestar psicológico, la satisfacción con la salud, etc.

En España la pregunta sobre la percepción global del estado de salud se ha incluido de manera sistemática en las encuestas de salud en el ámbito nacional, autonómico y local desde el año 1985. A nadie se le debe escapar que junto al atractivo de utilizar un indicador tan sencillo existe la dificultad de manejar la falta de fiabilidad que éste tiene. Además, quizá tan importante como esta fuente de error son las diferencias sistemáticas en la realización de las encuestas, desde el muestreo hasta el texto y el orden de las preguntas que contienen.

Con todas estas limitaciones en mente, la Encuesta Nacional de Salud (5-8) proporciona evidencias de una estabilidad notable durante el decenio 1987-1997 en el nivel de salud percibido: entre el 67% y el 68% de la población española de 16 ó más años declaró tener una salud “Muy buena” o “Buena” en las 4 encuestas realizadas en ese período (1987, 1993, 1995, 1997) (Gráfico 1). Respecto a la bien descrita diferencia entre hombres y mujeres los datos publicados (que incluyen todas las edades) señalan que en 1987 la proporción en buena salud (“Muy buena” o “Buena”) era del 72,9% de los hombres frente al 62,7% de las mujeres. En 1995, habían aumentado en ambos grupos aunque el aumento era superior en las mujeres (75,4% y 68,2% respectivamente).

Datos más comparables en los ámbitos autonómico y local proceden de las encuestas del País Vasco y de la ciudad de Barcelona. En esta última (9), los datos comparables se refieren a los años 1986 y 1992, encontrándose también un aumento proporcionalmente superior en las mujeres (69,4% a 73,1%) que en los hombres (79,9% a 82,1%). Mientras que en el País Vasco (10) los datos comparables (años 1992 y 1997) mostraban estabilidad tanto en hombres (61,5% y 59,2%) como en mujeres (57,4% y 58,4%).

4. MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida mediante cuestionarios con múltiples ítems de validez y comparabilidad bien establecida han superado los problemas de fiabilidad de la pregunta única sobre la percepción global del estado de salud. Sin embargo, aunque existen numerosos estudios transversales que miden la salud percibida con este tipo de cuestionarios multidimensionales, su evolución en la población general no se halla disponible, no ya en España, sino en el mundo occidental. Por ello, para valorar este indicador, en lugar de controlar la calidad de vida de la población española, hemos pretendido evaluar la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación clínica de nuestro país.

Se realizaron búsquedas bibliográficas (utilizando como palabra clave *Quality of Life*) tanto en revistas españolas como internacionales recogidas en Medline en el periodo comprendido entre 1987 y 1998, ambos incluidos. Se encontraron 174 artículos publicados en revistas españolas y 80 en revistas editadas fuera de España. Del total de 254 artículos publicados entre 1987 y 1998, casi la mitad son originales (47%), mientras que el 12 % eran artículos de revisión, y el resto correspondía a editoriales, noticias, artículos especiales, cartas, etc.

Cuando se observa la serie temporal (Gráfico 2) se comprueba que en estos 12 años el número de artículos se ha multiplicado casi por 10 (de 6 artículos en 1987 a 50 en 1998). Asimismo, este aumento ha ido acompañado de un mayor crecimiento en las publicaciones internacionales (del 18% del total en 1989 a casi la mitad en 1998).

Finalmente, cabe destacar el contenido de los artículos originales (un total de 119). Su mayor parte (el 41%) utilizaba instrumentos de medida de la calidad de vida en estudios evaluativos de terapéuticas clínicas; el 30% describía el desarrollo o la adaptación o la calibración de instrumentos de medición; el resto de artículos se centraban en la descripción de la calidad de vida de poblaciones específicas y otros aspectos.

En definitiva, parece que si de medir más (y probablemente mejor) la calidad de vida se trataba, el objetivo se ha logrado en estos últimos años. Las numerosas limitaciones del análisis aquí presentado no permiten concluir sobre si el aumento observado en investigación se corresponde con un aumento de su

uso en la práctica clínica. Por datos indirectos, estamos convencidos de que no. Esta sería una importante prioridad para el futuro.

5. PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DESEMPLEADA

Para controlar la evolución de este indicador hemos utilizado la Encuesta de Población Activa, en concreto los datos que aparecen en la página web del Instituto Nacional de Estadística (11), calculando el porcentaje de parados según la definición utilizada en dicha fuente: personas de 16 ó más años que durante la semana de referencia han estado sin trabajo, disponibles para trabajar y buscando activamente empleo.

En el primer trimestre del año 1994, la población activa total en España era de 15.428.060 personas. De éstas, el 24,6% estaba desempleada, con importantes diferencias por género (20,7% de los hombres frente a un 31,2% de las mujeres). Por grupos de edad, las diferencias eran también notables (36,3% de desempleados en el grupo de 16 a 19 años; 48,1% en los de 20-24; 21,2% en el grupo de 25-54 años y sólo del 11% en los de 55-64 años). Las comunidades autónomas de Andalucía (34,3%) y Extremadura (31,6%) presentaban las proporciones más elevadas, mientras que las de Navarra (14,7%), la Rioja (17,5%) y Aragón (19,5%) presentaban las más bajas.

La situación del desempleo utilizando la misma fuente ha cambiado de manera muy destacable (Gráfico 3). En este momento —primer trimestre del año 1999—, la población activa total es de más de 16 millones de personas, de las cuales el 17% está desempleada, lo que representa un descenso del 30% de la cifra en 1994. Sin embargo, siguen existiendo diferencias por género (la proporción actual en los hombres es del 12,4% frente al 24% en las mujeres), que se deben a una tasa bien desigual de descenso en el desempleo (40% en los hombres, y algo más del 23% en las mujeres). Para los grupos de edad, destaca que sólo el de 16 a 19 años supera el 40% de desempleo, aunque también las mujeres de 20-24 años presentan una elevada tasa: 36,7%, frente al 29,4% de los hombres de esa misma edad. Por comunidades autónomas persiste la misma situación relativa, en la actualidad, claro está, con mejores indicadores en todas ellas.

6. APOYO SOCIAL

Los fuertes cambios demográficos y culturales experimentados en las sociedades industrializadas han conllevado cambios en cuanto al papel de la ayuda formal e informal a las personas incapacitadas, en su mayoría personas de edad avanzada. Los datos publicados sobre apoyo social en España provienen de encuestas de salud a personas mayores que viven en la comunidad realizadas en diferentes ciudades: Barcelona, en 1992 (12); Leganés, en 1993 (13); y Córdoba, en 1994 (14). Las encuestas de Barcelona y Córdoba eligieron como punto de corte los 60 años, mientras que en Leganés se estudió a los mayores de 65 años.

Según los datos de estos estudios, la mayor parte de personas mayores comparten la vivienda solamente con su pareja (porcentaje que oscilaba entre el 33% en Córdoba y el 41% en Barcelona). La proporción de personas que vivían solas oscilaba entre el 11% en Leganés y el 20% en Barcelona. Córdoba presentaba una situación intermedia con un porcentaje del 14% en las personas de más de 60 años. En consecuencia, casi la mitad de los hogares con personas mayores estaban ocupados por un máximo de 2 personas en Leganés y Córdoba, mientras que en Barcelona este porcentaje llegaba al 60%. Por otro lado, la mayoría de los encuestados declaró tener algún tipo de apoyo emocional (el 96% en Córdoba y el 90% en Barcelona). Respecto a la valoración de la disponibilidad de ayuda en caso de enfermedad o discapacidad, entre un 7 y un 10% de nuestros mayores piensa que nadie estaría dispuesto a ayudarle.

Los datos publicados permiten hacer una fotografía de la situación actual pero no existe información sobre la tendencia. Teniendo en cuenta que la proporción de personas mayores que viven solas en la mayoría de países desarrollados es mucho mayor que en España y su red familiar parece más reducida, ésta sería la evolución esperable en nuestro país en los próximos años.

7. CONCLUSIÓN

De manera general, podemos concluir que no ha existido un avance apreciable en la salud percibida medida por este indicador. Evaluar hasta qué punto era de esperar tal avance y en qué grado el mismo resultaba de los programas y acciones del sector sanitario es una tarea inabordable en este capítulo.

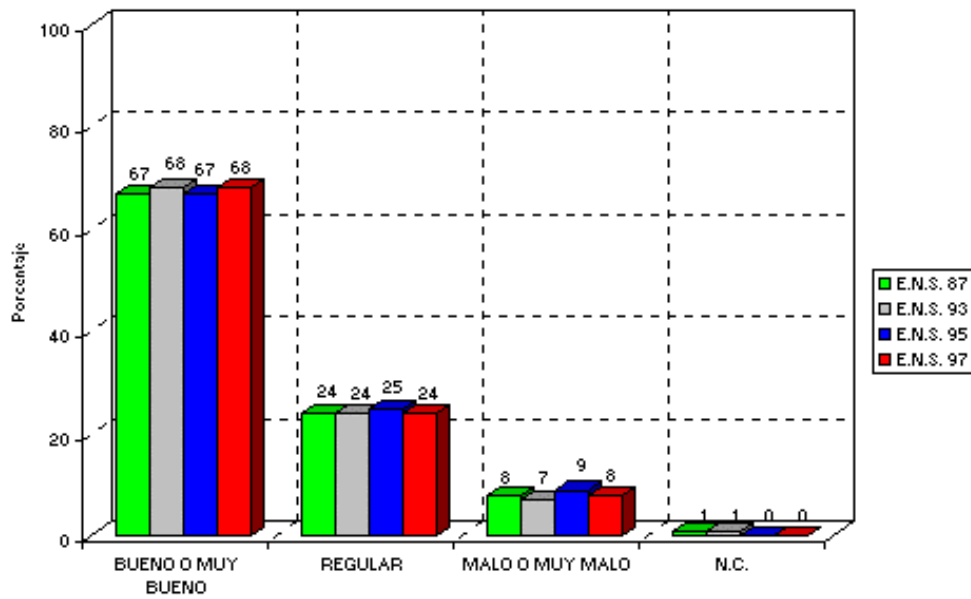
El indicador del empleo, o mejor el de la falta absoluta de empleo, ha presentado una excelente evolución en los últimos años en nuestro país. Si la actividad laboral presenta un efecto beneficioso para la salud y

la esperanza de vida en buena salud y la situación de empleo se mantiene en la misma tendencia o la misma situación, tendremos la oportunidad de observar una mejora importante en el futuro próximo. Sin embargo, quizás sería necesaria una información más detallada sobre las condiciones de empleo (contratos temporales, o en condiciones precarias) para poder realizar esta predicción.

Finalmente, sería importante controlar el reparto de la riqueza en la población, concepto repetidamente aludido para explicar las diferencias entre países en la esperanza de vida. Sería de gran interés que ambos indicadores (empleo precario y reparto de la riqueza) aparecieran también de manera periódica en las publicaciones sobre los datos estadísticos españoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías. Madrid: INE, 1986.
2. Secretaría General de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
3. Secretaría General de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995 (www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/indicadores/tercera_evalu.htm, 1995).
4. Robine JM, Romieu I, Cambois E. Healthy expectancy indicators. Bulletin of the World Health Organization 1999;77(2):181-5.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1993. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. [<http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta/encuesta.htm>]
9. Ajuntament de Barcelona. La salut a Barcelona, 1997. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona, 1998.
10. Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca. Bilbao: Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1987.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Madrid: INE. [<http://www.ine.es/htdocs/espcif/espcifes/trab98.pdf>].
12. Ferrando J, Nebot M, Borrell C, Egea L. Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. Gac Sanit 1996;10:174-82.
13. Beland F, Zunzunegui MV. La ayuda recibida por las personas mayores. Rev Gerontol (Esp) 1995;5:294-308.
14. Espejo J, Martínez de la Iglesia J, Rubio V, Dueñas R, Fernandez MJ, Yun A. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). Aten Primaria 1998;21:88-96.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (E.N.S.) de España.
 [http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuesta/fig_1_9.htm]

Gráfico 1
 Evolución de la salud percibida en la población de 16 y más años (1987-97)

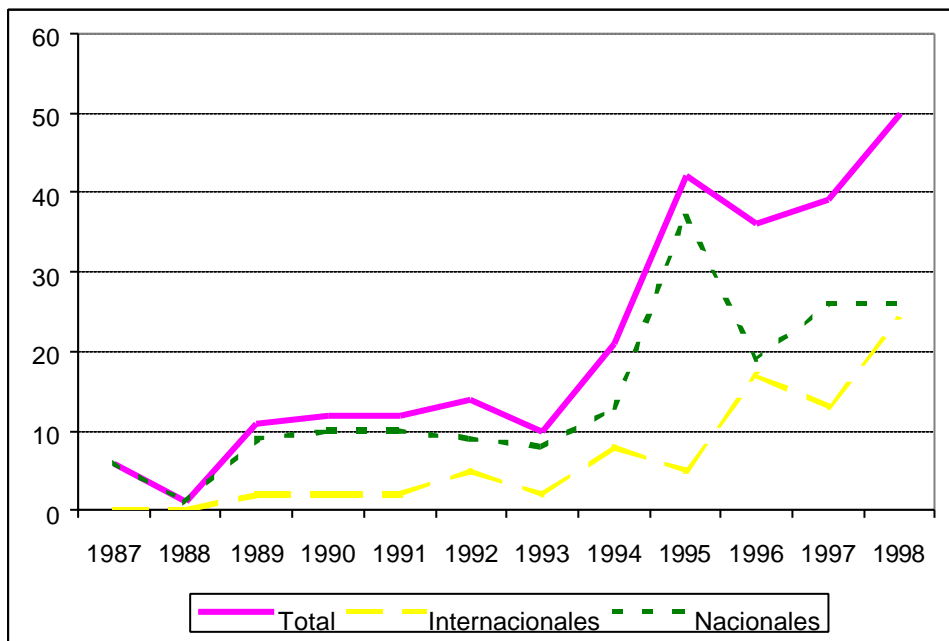


Gráfico 2
 Evolución de las publicaciones de "Calidad de Vida" realizadas por los autores españoles (1987-88)



Fuente: Encuesta de Población Activa

Gráfico 3
Evolución del número de parados en España según género (1994-98)