

I. EL ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES

EL ESTADO DE SALUD Y SUS DETERMINANTES: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS 1 A 12

Fernando Rodríguez Artalejo
Universidad del País Vasco

Juan Luis Gutiérrez-Fisac
Ministerio de Sanidad y Consumo

Todo ejercicio de evaluación trata de responder a una pregunta en un contexto temporal y espacial determinados. El presente capítulo trata de responder la pregunta: ¿qué progresos han ocurrido en España desde 1985 en relación con los objetivos de salud formulados por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud en la estrategia SPT-2000?

A continuación se valoran los resultados de los doce primeros objetivos de la estrategia SPT-2000, referidos al estado de salud de la población. Los capítulos siguientes analizan la situación de los objetivos en mayor profundidad.

1. SITUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

1.1. LOGRAR EQUIDAD EN SALUD

La Tabla 7 resume la información disponible sobre la tendencia en las diferencias según el sexo y el nivel socioeconómico de algunos de los indicadores de los doce primeros objetivos de la estrategia SPT-2000.

En cuanto a las diferencias por sexo, están aumentando en la tasa de desempleo, la capacidad funcional de los ancianos y la mortalidad por neoplasias malignas, cáncer de pulmón, cáncer de colon y recto, causas externas y suicidio. En el resto de los indicadores para los que existe información, las diferencias se reducen, excepto en la esperanza de vida, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y la prevalencia de accidentes domésticos, indicadores en los que no se observan cambios.

El estudio de las diferencias por nivel socioeconómico —exceptuando trabajos puntuales tratados en el capítulo correspondiente— está limitado a los indicadores que proceden de las encuestas de salud. Las diferencias según el nivel de estudios están aumentando en los indicadores de morbilidad percibida (autovaloración de la salud e incapacidad temporal) y capacidad funcional de los ancianos, mientras que se observa una reducción de dichas diferencias en los accidentes domésticos.

1.2. VALORAR SALUD Y CALIDAD DE VIDA

La percepción que la población tiene sobre su salud es cada vez más positiva. Un porcentaje creciente valora su salud como buena o muy buena, mientras que el porcentaje de población que percibe su salud como mala o muy mala es decreciente. Esta tendencia favorable en la autovaloración de la salud se observa tanto en hombres como en mujeres, y se refleja en el continuado aumento de la esperanza de vida saludable.

La tasa de desempleo supera el 20% de la población activa en España y afecta sobre todo a los jóvenes. La tendencia es de difícil valoración por las fluctuaciones observadas, si bien entre 1985 y 1997 la tasa de paro descendió ligeramente. Esta tendencia descendente es muy clara en los hombres, mientras que en las mujeres la tasa de desempleo está aumentando.

1.3. MEJORAR LAS OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Este objetivo está insuficientemente desarrollado y la disponibilidad de datos para obtener los indicadores para el conjunto del Estado está limitada a la encuesta de discapacidades, deficiencias y minusvalías que el INE realizó en 1986.

1.4. REDUCIR LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La evaluación de este objetivo resulta compleja por la imprecisión de algunos de los indicadores propuestos y por la gran diversidad de los aspectos que se incluyen. No obstante, se puede afirmar que la evolución de la mayoría de los indicadores es positiva. Tanto la incidencia de enfermedades hereditarias como la de la mayoría de las enfermedades transmisibles propuestas en este objetivo está disminuyendo en España. Los indicadores de salud bucodental en niños de 12 años muestran una evolución positiva, con una reducción de la incidencia de caries y enfermedad periodontal desde 1985. No hay suficiente información para evaluar con rigor la tendencia en la frecuencia de las principales enfermedades crónicas. Finalmente, la prevalencia de incapacidad de corta duración muestra una tendencia creciente en la población adulta española.

1.5. REDUCIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El objetivo de eliminación de casos autóctonos de una serie de enfermedades transmisibles se ha cumplido en el caso de la poliomielitis y la difteria, sin casos declarados desde 1990, y del paludismo, siendo todos los casos declarados importados. Sigue habiendo casos declarados de sarampión y parotiditis, si bien la tendencia es claramente descendente en los últimos años. La declaración obligatoria de la sífilis congénita, el tétanos neonatal y la rubeola congénita se incluyó en el sistema de vigilancia en 1997; desde entonces se ha declarado un caso de esta última enfermedad y 5 casos de sífilis congénita en 1998.

1.6. LOGRAR UNA VEJEZ SALUDABLE

En España, la esperanza de vida ha aumentado desde los años 80, superando ya en 1991 los 75 años. Respecto a las personas de 65 y más años, su situación en relación con los indicadores de independencia para las actividades de la vida diaria es positiva, con un incremento en los últimos diez años del porcentaje de mayores que son independientes. Las diferencias por sexo y por nivel de estudios están, sin embargo, aumentando.

1.7. NEJORAR LA SALUD INFANTIL Y JUVENIL

Aparte de la mortalidad infantil (MI) y la mortalidad perinatal (MP), no hay indicadores disponibles para evaluar de forma válida la salud infantil. La tendencia desde 1985 a 1995 en la MI ha sido descendente, con un decremento porcentual medio de 3,48 por 1.000 nacidos vivos al año (3,64 en la mortalidad neonatal y 3,15 en la postneonatal). La MP descendió, en el mismo periodo, un 4 por 1.000 nacidos vivos al año. En ambos indicadores, el objetivo establecido en la región europea está, desde antes de 1985, cumplido.

Por otra parte, no se ha producido una reducción de las diferencias en las tasas de MI y MP entre las comunidades autónomas, siendo la mortalidad perinatal y la postneonatal las que presentan una mayor dispersión.

1.8. MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES

La valoración de este objetivo resulta dificultada por la escasa relevancia de los indicadores. Aunque la mortalidad materna es muy baja en España, este indicador no puede ser considerado sensible en un contexto socioeconómico desarrollado. La tasa de partos por cesárea (en claro aumento) no es de fácil interpretación. Sobre los embarazos no planificados y el acceso a métodos anticonceptivos no existe información normalizada para el conjunto del Estado desde 1985. La morbilidad por enfermedad inflamatoria pélvica está disminuyendo. Las diferencias entre hombres y mujeres en la tasa de paro están aumentando (a pesar de un descenso de las diferencias en la tasa de actividad), mientras que en el nivel de estudios están disminuyendo.

1.9. REDUCIR LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Con la información actualmente disponible, la evaluación de este objetivo sólo puede realizarse utilizando datos de mortalidad. Desafortunadamente no existe información suficiente para valorar la tendencia de la incidencia de la enfermedad cardiovascular (ECV) ni de la prevalencia de algunos de sus principales factores de riesgo, como la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial.

La mortalidad por ECV en España ha descendido de forma considerable y constante desde 1985. Este decremento supone un descenso de más de un 25 % en la tasa ajustada de mortalidad entre ese año y

1995. La razón hombre/mujer no ha variado en el periodo considerado, mientras que por edad se han producido descensos superiores al 15% en todos los grupos, especialmente en los más jóvenes.

Respecto a la enfermedad isquémica del corazón (EIC), la tendencia desde 1985 ha sido igualmente descendente, si bien el descenso en la tasa ajustada de mortalidad (6%) ha sido mucho menor que en el conjunto de la ECV. La razón hombre/mujer en la tasa ajustada descendió ligeramente. La tendencia descendente que se viene observando desde 1985 afectó a la gran mayoría de los grupos de edad, si bien en los individuos de 75 y más años la tasa de mortalidad por EIC aumentó en el periodo considerado.

Por su parte, la tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular descendió en un 35% entre 1985 y 1995. La razón hombre/mujer se mantuvo constante durante el periodo considerado. El descenso experimentado por la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha sido evidente en todos los grupos de edad.

1.10. LOGRAR EL CONTROL DEL CÁNCER

La mortalidad por tumores malignos experimentó en España un incremento entre 1985 y 1995 de alrededor de un 8% que afectó a la mayoría de los grupos de edad con excepción de los más jóvenes. Este incremento en la mortalidad por tumores malignos ha sido muy importante en el tumor maligno de la traquea, de los bronquios y del pulmón, cuya tasa ajustada de mortalidad se incrementó en un 22% entre los años considerados, y en el tumor maligno del colón y del recto que, aunque de una magnitud mucho menor que el anterior, sufrió un incremento de un 38% en la tasa ajustada de mortalidad. El aumento en la mortalidad por estos dos tumores afectó a todos los grupos de edad.

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, tanto en la mortalidad por tumores malignos como en los dos tipos de tumores considerados más arriba, aumentaron en el periodo considerado, sobre todo en el cáncer de pulmón, en el que la razón hombre/mujer pasó de 10,8 en 1985 a 13 en 1995.

Tanto el cáncer de mama en la mujer como el tumor maligno de cuello uterino sufrieron incrementos en la tasa ajustada de mortalidad en el periodo considerado. En el caso del cáncer de mama, este incremento afectó a todos los grupos de edad, especialmente a las mujeres de edades más avanzadas.

1.11. REDUCIR LOS ACCIDENTES

La mortalidad por causas externas de traumatismos y envenenamientos sufrió un cambio de tendencia en el periodo 1985-1995. La tasa ajustada de mortalidad por este grupo de causas aumentó un 1,6% en el periodo decenal analizado, si bien desde 1990 la tasa ajustada de mortalidad descendió. El incremento observado entre 1985 y 1995 se produjo en los hombres, en los que la tasa ajustada creció un 2,4% en el periodo considerado, mientras dicha tasa descendió un 2,7% en las mujeres. La razón hombre/mujer aumentó, pues, considerablemente en los diez años considerados.

Respecto a los accidentes de tráfico de vehículos a motor, la tendencia de la tasa ajustada entre 1985 y 1995 es descendente, si bien el decremento porcentual (7,2%) está aún lejos del objetivo de reducción en al menos un 25% la mortalidad por accidentes. Igual que en el conjunto de los accidentes, hasta 1990 se observó una tendencia ascendente, mientras que desde ese año la tasa ajustada de mortalidad descendió. El descenso en la mortalidad por accidentes de tráfico se produjo, con una magnitud similar, tanto en hombres como en mujeres.

Por edad, es difícil valorar las tendencias de mortalidad por accidentes, debido a las grandes variaciones interanuales que se observan. Sin embargo, el incremento en la mortalidad por accidentes en su conjunto afecta, fundamentalmente, a los individuos entre 15 y 44 años, mientras que en el caso de los accidentes de tráfico, si bien existe una tendencia descendente que afecta a la mayoría de los grupos de edad, en los individuos de 25 a 34 años la mortalidad podría estar aumentando.

1.12. REDUCIR LAS ENFERMEDADES MENTALES Y SUICIDIOS

La tendencia de la tasa ajustada de mortalidad por suicidio y lesiones autoinfligidas es ascendente, con un incremento porcentual del 10% entre 1985 y 1995. Este incremento se observa en los hombres, en los que la tasa creció un 15% en el periodo considerado, mientras que en las mujeres se produjo un descenso en la tasa ajustada de mortalidad. La razón hombre/mujer aumentó llegando a ser del 3,7 en 1995.

Por edad, el incremento en la mortalidad por suicidio afectó principalmente a los grupos de 15 a 44 y de 65 y más años. El incremento en el grupo de edad más joven se observó también en las mujeres.

2. TENDENCIA DE LOS INDICADORES DE SALUD

La Tabla 8 muestra la tendencia de algunos de los indicadores de salud incluidos en los doce primeros objetivos de la estrategia SPT-2000, en términos de si la dirección de dicha tendencia es la correcta —es decir, una disminución de la mortalidad, de la tasa de desempleo o un aumento en la esperanza de vida— o no lo es.

Los indicadores que muestran una tendencia desfavorable en los últimos años en España son los referidos a la mortalidad por neoplasias malignas, incluyendo los cánceres de pulmón, cuello de útero, mama en la mujer y colon y recto, la mortalidad por suicidio, la prevalencia de accidentes domésticos y el número de días de restricción de actividad principal por persona y año. En el caso de las causas externas y los accidentes de tráfico, la tendencia es descendente sólo en la segunda mitad del decenio analizado.

En el resto de los indicadores reflejados en la tabla la evolución es favorable.

3. RECOMENDACIONES

Dejando al margen las recomendaciones específicas para cada objetivo de salud, tratados en los capítulos correspondientes, se formulan las siguientes recomendaciones, que contribuirían a mejorar tanto el estado de salud de la población como la efectividad de la propia estrategia SPT-2000:

1. Adaptar la estrategia SPT-2000 en dos sentidos. Por un lado, al contexto socioeconómico de los países más desarrollados de la región, para los que algunos de los indicadores no son útiles; por otro, a las posibilidades de cálculo de ciertos indicadores, para los que no existe información en muchos de los países.
2. Mejorar las fuentes de información en aquellos campos en los que existen importantes lagunas, como las discapacidades, las enfermedades crónicas y algunos de sus principales factores de riesgo o la fecundidad.
3. Asignar alta prioridad a la salud pública en las agendas de los gobiernos y reforzar su presencia en las instituciones europeas, ya que muchos de los problemas prioritarios son transnacionales.
4. Reforzar la práctica de la salud pública basada en la evidencia, lo cual involucra definición de sus funciones, acreditación y evaluación de instituciones y agencias de salud pública.
5. Priorizar los problemas de salud claramente evitables y aquellos en los que la tendencia sea menos favorable.

Tabla 7

Tendencias de diferentes indicadores de salud según el sexo y el nivel socioeconómico

INDICADOR	TENDENCIA EN LAS DIFERENCIAS	
	Sexo ¹	Nivel socioeconómico ²
Salud percibida	↓	↑
Esperanza de vida saludable	↓	.
Desempleo	↑	.
Días de restricción	↓	↑
Días de cama	↓	↑
Salud bucodental	.	.
Enfermedades hereditarias	.	.
Esperanza de vida al nacer	=	.
Capacidad funcional > 65 años	↑	↑
Mortalidad enfermedades cardiovasculares	=	.
Mortalidad enfermedad isquémica de corazón	↓	.
Mortalidad enfermedad cerebrovascular	↓	.
Mortalidad por neoplasias malignas	↑	.
Mortalidad por cáncer de pulmón	↑	.
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	.	.
Mortalidad por cáncer de mama	.	.
Mortalidad por cáncer de colon y recto	↑	.
Mortalidad por causas externas	↑	.
Mortalidad por accidentes de tráfico	↓	.
Accidentes domésticos	=	↓
Mortalidad por suicidio	↑	.

¹ Razón hombre/mujer² Razón sin estudios/estudios de tercer grado. Se ha considerado el nivel de estudios como variable socioeconómica

. Sin información disponible o no procede

Tabla 8

Dirección de la tendencia temporal de diferentes indicadores de salud

INDICADOR	DIRECCIÓN CORRECTA
Salud percibida	Sí
Esperanza de vida saludable	Sí
Desempleo	Sí
Días de restricción	No
Días de cama	Sí
Salud bucodental	Sí
Enfermedades hereditarias	Sí
Esperanza de vida al nacer	Sí
Capacidad funcional > 65 años	Sí
Mortalidad infantil	Sí
Mortalidad perinatal	Sí
Mortalidad enfermedades cardiovasculares	Sí
Mortalidad enfermedad isquémica de corazón	Sí
Mortalidad enfermedad cerebrovascular	Sí
Mortalidad por neoplasias malignas	No
Mortalidad por cáncer de pulmón	No
Mortalidad por cáncer de cuello uterino	No
Mortalidad por cáncer de mama	No
Mortalidad por cáncer de colon y recto	No
Mortalidad por causas externas	¿
Mortalidad por accidentes de tráfico	¿
Accidentes domésticos	No
Mortalidad por suicidio	No