

Capítulo

3

El derecho a la protección de la salud

Artículo 43. *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*

Artículo 43.1. *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.*

3.1.- La salud como objetivo constitucional

Un repaso a nuestras Constituciones históricas, incluida la más reciente de la República de 1931, muestra lo lejos que se estaba de poder fijar como obligación de los poderes públicos la protección de la salud de los ciudadanos. No obstante, la ausencia de referencias directas a la salud en los textos constitucionales no indica la falta de sensibilidad ante el problema sanitario, como muestra, por ejemplo, la creación ya a partir del siglo XVI de hospitales y centros de beneficencia, bajo la tutela de los ayuntamientos, a los que se dotaba de terrenos para que las rentas producidas sirviesen al mantenimiento de los gastos de atención a los enfermos e incluso a aquellos viajeros que, llegados al término municipal, careciesen de recursos, tal y como dan cuenta múltiples documentos y, con su ingenio habitual, la novela picaresca española.

Puede decirse, por tanto, que el primer texto constitucional español donde se desarrolla el tema de la salud es el de 1978 y, como se puede apreciar por los artículos que encabezan el capítulo, nuestra Constitución no se limita a concebir la protección de la salud en el sentido tradicional de afrontar la enfermedad, sino que señala también una línea de prevención que se ve reforzada en otros artículos del Título Primero como por ejemplo el 50, que se refiere al establecimiento de un sistema de servicios sociales para que los ciudadanos de la tercera edad puedan ser atendidos en problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio, y como el 51.1, que garantiza la defensa de los consumidores protegiendo la seguridad y la salud.

Además de ello, la Constitución, entendiendo la salud en un sentido amplio, trata en su artículo 49 de la obligación, por parte de los poderes públicos, de realizar una po-



lítica de "previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos".

Estas preocupaciones por los problemas de las personas que tienen algún tipo de limitación para desarrollar sus actividades cotidianas y por las personas de la tercera edad, etapa de la vida en la que se precipitan dichas limitaciones, consiguen que nuestro texto constitucional pueda calificarse de avanzado puesto que, según la reciente concepción de la Organización Mundial de la Salud, se entiende ésta como el "estado completo de bienestar físico y mental", interpretando que existe un componente social en la enfermedad que condiciona su evolución y que, aunque "la asistencia sanitaria está dirigida a resolver la fase aguda de la enfermedad, cada vez más personas necesitan de manera prolongada ayudas y atenciones sociales que van a ser decisivas en la evolución de la enfermedad".



«Tampoco hay Seminario, Collegio, Casa de Recolectión y Piedad, ni más Hospital que uno de simple cubierto para los viandantes. Las enfermedades que más comúnmente se padecen, son algunos afectos de pecho por el trabajo de la ganadería y arriería, y algunas tercianas que contraen los mozos de la labor en los agostos»

Página dedicada a la localidad de Vargas en las *Relaciones del Cardenal Lorenzana*. 1786.

3.2.- La información estadística en la etapa preconstitucional

Es muy curioso asomarse a la información histórica que existe en materia de salud. Ya en las *Relaciones Topográficas de Felipe II*, por ejemplo, se solicitaron datos sobre salubridad, estado de la tierra (sana o enferma) y abundancia o escasez de agua, hospitales existentes en el lugar, etcétera. Uno de los primeros intentos de obtención sistemática de información se dieron en el siglo XVIII, con las llamadas *Descripciones del Cardenal Lorenzana*, que obligó a los párrocos de los lugares del Arzobispado de Toledo a rellenar un cuestionario de 14 preguntas, como la referida a "enfermedades que comúnmente se padecen y como se curan: número de muertos y nacidos, para poder hacer juicio de la salubridad del pueblo".

No obstante estos antecedentes históricos, puede decirse que, hasta iniciado el siglo XX, no existe en España una información estadística mínimamente expresiva de la situación sanitaria. En este sentido, resulta elocuente la Orden de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad de 28 de junio de 1879, donde se indicaba la necesidad de "formar una estadística sanitaria de nuestra Península e Islas adyacentes con objeto de que los datos de observación que suministre sirvan para caminar con mayor acierto en la averiguación de las verdades que ilustran la ciencia médica y especialmente la higiene pública, encomendada al cuidado de la administración", donde también se recordaba que hasta ese momento "únicamente la provincia de Barcelona venía realizando dicho trabajo con resultados tan satisfactorios y facilidad tan grande, que no fuera disculpable ni privar a los demás de igual beneficio ni suponerlas (a las otras provincias) incapaces de imitarla".

Gracias a la información disponible, sabemos que la situación sanitaria en España a principios del pasado siglo era tan insatisfactoria que la esperanza de vida al nacer no llegaba a los 35 años, por efecto principalmente de una mortalidad general que en el año 1900 afectaba a un 3% de la población y que, hasta 1923, no consiguió reducirse a menos del 2%. La causa principal de esta elevada tasa de mortalidad general se encontraba en la alta mortalidad infantil, dado que prácticamente el 40% de las defunciones que se produjeron en los primeros 30 años del pasado siglo eran de niños que no habían cumplido los cinco años de edad. Para tener una idea de la importancia de estas cifras, basta señalar que anualmente se producían del orden de 100.000 muertes de niños menores de un año, de los aproximadamente 650.000 niños que nacían con vida cada uno de los años del primer tercio del pasado siglo, lo que suponía en términos relativos un 15,4% de lo que ahora conocemos como tasa de mortalidad infantil.

Una idea bastante exacta de las malas condiciones sanitarias en la España de ese tiempo se extrae de las esta-



dísticas de causas de defunción, que dan cuenta de que las más importantes eran la diarrea y la enteritis (con unas 50.000 defunciones anuales de menores de dos años), enfermedades orgánicas del corazón (de lo que fallecían unas 40.000 personas cada año), así como enfermedades como la difteria, la tuberculosis y otras del aparato respiratorio, que en conjunto produjeron unas 63.000 muertes anuales durante el periodo 1920-1930.

La obligación de declarar determinado tipo de enfermedades permitió calcular los denominados coeficientes de letalidad, o número de fallecidos por cada 100 casos declarados. En 1930, morían la totalidad de los enfermos de lepra o rabia, el 73% de quienes contraían meningitis cerebroespinal, el 67% de quienes declaraban encefalitis letárgica y casi la mitad de las personas que se veían afectadas de tuberculosis pulmonar o septicemia puerperal (inmediata al parto).

A lo largo del siglo, las condiciones mejoraron y, siguiendo con ese indicador tan expresivo de las condiciones sanitarias que es la tasa de mortalidad infantil, se observa que en 1943 se bajó de 10 menores de un año fallecidos por cada 100 nacidos con vida, en 1952 esta mortalidad de menores se redujo a la mitad, aunque todavía superaba ligeramente el 5%, y hubo que esperar hasta bien entrados los años 60 para que el índice de mortalidad infantil bajase del 4%.



También se aprecian mejoras importantes a través de la información que proporcionan las causas de muerte. Las enfermedades que obedecen a malas condiciones ambientales, nutritivas, etcétera, comenzaron a verse reducidas en términos absolutos. Así, por ejemplo, en el año 1943 se dieron 3.008 casos de fiebres tifoidea y paratifoidea, que llegaron a reducirse en sólo 10 años a 493 casos, y en 20 años a los 119 casos registrados en 1963.

Del mismo modo, otras enfermedades que tienen una mortalidad evitable a través de los correspondientes trata-

mientos médicos, como tuberculosis, asma, hernias y apendicitis, anemias y algunos tipos de tumores, también comenzaron a tener una reducción en su incidencia. A estos efectos, cabe señalar que la importancia relativa que cada una de las causas de muerte tiene en el total de defunciones, aunque es un indicador muy explicativo de la situación sanitaria, se ve muy influida por el estado de la ciencia y la consiguiente precisión de los diagnósticos y, obviamente, por la propia clasificación de causas de mortandad, hasta el punto de que, por ejemplo, hasta los años 80 no se comienzan a considerar algunas causas de muerte, como el SIDA, la encefalopatía espongiforme bovina (conocida como la enfermedad de las vacas locas) y otras más alejadas de nuestro entorno como la fiebre hemorrágica (Ébola, Lassa, etcétera.).



A estos efectos, cabe destacar la irrupción de los accidentes de tráfico como causa de muerte que, a lo largo del siglo irían ganando en importancia hasta el punto de constituirse hoy en día como una de las causas que más incidencia tienen en la mortalidad general, así como enfermedades de tipo profesional que surgen como consecuencia del tratamiento de distintas materias, como el amianto o el mercurio, o por la exposición a radiaciones, aspectos que se están poniendo de relieve en recientes estudios epidemiológicos y que explican causas de mortalidad que, en tiempos anteriores, pasaban desapercibidas.

Por lo que se refiere a los recursos de que se disponía para afrontar los problemas de salud, se puede decir que también mejoraron a lo largo del pasado siglo aunque no de un modo determinante. Así, por ejemplo, todavía en el año 1960 había 35.685 médicos aproximadamente, uno por cada 1.000 habitantes, 2.788 odontólogos o estomatólogos, uno por 10.000 españoles y 27.050 diplomados en enfermería.

En cuanto a disponibilidades hospitalarias, en la España de los 60 había 1.648 hospitales, de los que 291 eran de tipo general, 213 maternas, 125 psiquiátricos, etcétera, y,



«La Salud de España» fascículo 9 de la serie *Así es España*. Presidencia del Gobierno - Instituto Nacional de Estadística, 1953

entre todos ellos, sumaban 156.819 camas, lo que equivalía a una por cada 200 habitantes.

Lo cierto es que la población protegida por los servicios sanitarios españoles era muy reducida. En el año 1945, primero en el que se dispone de información del antiguo Instituto Nacional de Previsión, el porcentaje de población asistida en materia de salud apenas superaba el 22%. Hubo que llegar al año 1956 para que dicha población asistida alcanzase a un tercio de los ciudadanos españoles y al año 1964 para que se llegara a una cobertura del 50% de la población.

Las familias compensaban la falta de cobertura sanitaria, y en su caso buscaban una asistencia de mayor calidad, pagando directamente por los servicios sanitarios. Las Encuestas de Presupuestos Familiares han dejado un interesante testimonio de los gastos de los hogares en bienes y servicios y el hecho de que se repitieran con frecuencia, sobre todo con motivo de las renovaciones que exigían los índices de precios de consumo, permite disponer de una serie de datos de mucha perspectiva histórica.

Es muy destacable la evolución de los gastos sanitarios y el peso relativo que han ido teniendo respecto a lo que era el total de los gastos familiares.

Tabla 3.1 Gasto sanitario por persona en pesetas de cada año

	1964/65	1973/74	1980/81	2000
Servicios médicos	496	1.894	5.582	22.705
Gasto Total	19.974	71.713	236.660	839.986
% sobre gasto total	2,5	2,6	2,4	2,7

Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. INE

Desde el año 1964 no ha variado sustancialmente el peso relativo que los gastos en servicios médicos tienen en el gasto total de los hogares. Así, en aquella fecha se dedi-

caba a este concepto de gasto el 2,5% y en la actualidad se emplea en servicios médicos un 2,7% del gasto total. Dada la muy diferente cobertura sanitaria existente en ambas fechas, todo parece indicar que las familias españolas siguen recurriendo en buena medida a la atención privada. No obstante, las diferencias de gasto en sanidad se han reducido entre los distintos grupos sociales, como por ejemplo se aprecia en una de las variables que más discriminan en todo tipo de gasto como es el nivel de estudios de los sustentadores principales de las viviendas. Así, mientras que, por ejemplo, en 1973 las familias de titulados superiores gastaban en sanidad un 264% más que las familias cuyo sustentador principal era analfabeto, en la actualidad esa diferencia entre ambos tipos de hogares es del 106%.

Aunque, como se acaba de señalar, el peso relativo de la sanidad no ha variado de forma sustancial, sí lo ha hecho su estructura. Así, las medicinas suponen en 2.000 el 35,9% del total del gasto sanitario, frente al 54,5 que pesaba en 1974 y, por el contrario, los propios servicios de medicina constituyen ahora casi el 40% del gasto familiar en sanidad mientras que en 1974 apenas llegaban al 23% de dicho gasto.

Además de los gastos en sanidad propiamente dichos, el análisis del consumo de las familias permite apreciar otros factores que tienen una extraordinaria influencia en la salud. Dejando de lado gastos en vacaciones, vivienda y otras cuestiones que contribuyen a llevar una vida saludable, los gastos que más directamente inciden en la salud, tal y como se ha demostrado en los estudios que el INE ha llevado a cabo en colaboración con el Instituto de Nutrición basados precisamente en las EPF, son los gastos en alimentación.

La serie de estos gastos muestra la mejora registrada en el nivel de vida de la población española, no ya por el aumento del gasto en alimentación en términos reales sino porque, como signo inequívoco del desarrollo, la proporción que las familias dedican a alimentación dentro del to-

tal de sus gastos es cada vez menor, habiendo pasado de ser el 48,7% en el año 1964 al 23,5% del total en el año 2000. Además de ello, la estructura de lo gastado en los diferentes bienes alimenticios va encaminándose hacia pautas más desarrolladas, con disminución del peso relativo del consumo de aceite y grasas, cereales, pan y pastas, patatas, etcétera y aumentos también relativos del consumo de frutas, verduras, carne y pescado.

Tabla 3.2. Gasto en alimentación.

Porcentaje del gasto anual medio por persona en cada uno de los subgrupos de alimentación sobre el consumo total de grupo.

	1964/65	1973/74	1980/81	2000
Pan, pastas y cereales	16,2	10,2	10,8	13,7
Patatas, hortalizas y legumbres	12,0	9,7	8,6	8,7
Frutas	5,7	7,0	8,6	8,0
Carnes	22,6	29,0	28,7	26,4
Pescados	8,2	8,6	10,6	13,7
Huevos	6,2	4,0	2,9	1,0
Leche, queso y mantequilla	8,5	10,2	11,8	11,5
Aceites y grasas comestibles	9,3	6,6	4,9	3,4
Azúcar, dulces y confitería	3,8	2,9	3,2	3,1
Café, malta y otras bebidas arom.	2,1	1,9	2,6	1,7
Vinos, cervezas y licores	4,0	5,6	4,6	3,8
Bebidas no alcohólicas	0,7	1,4	1,5	3,6
Otros	0,7	2,9	1,2	1,4
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares. INE

3.3.- La revolución experimentada por el sistema sanitario español.

En el año 1978, cuando se promulga nuestra Constitución, en España había cerca de un 82% de la población que estaba protegida en materia de salud, existían 202.043 camas en establecimientos hospitalarios, había 75.081 médicos, 3.820

odontólogos y estomatólogos y 97.110 diplomados en enfermería. La esperanza de vida al nacer alcanzaba los 75 años (78 para las mujeres y 72 para los hombres), la mortalidad infantil se había reducido a 1,2 niños menores de un año por cada 100 nacidos con vida, las enfermedades evitables también se habían reducido gracias a la mejora de un nivel de vida que, entre otras cosas se había traducido en que el 83% de las viviendas dispusieran de agua corriente (66% en 1968) y el 83% tuvieran servicios de aseo o higiene (65% un decenio antes), si bien todavía se daban fuertes desigualdades, puesto que en los municipios rurales, de menos de 2.000 habitantes, todavía en 1975, año del que se dispone de este tipo de información por haberse realizado una Encuesta de Equipamiento, había un 30,5% de viviendas que carecían de agua corriente y un 46,5% que no disponían de servicios de aseo o higiene.

En la actualidad, nuestro sistema sanitario cubre a la práctica totalidad de la población residente en España, concretamente al 99,8%. Para que pueda apreciarse la importancia del camino recorrido en materia sanitaria en el, relativamente breve, periodo de vigencia de nuestra Constitución, se facilitan unos indicadores que resultan expresivos de lo conseguido.



El 1 de julio de 1984 nace la primera «niña probeta» española.

Tabla 3.3. Indicadores de la situación sanitaria

	1978	2000
Esperanza de vida	75	79
Mortalidad infantil por 1.000 habitantes	1,2	0,5
Médicos por 1.000 habitantes	2,04	4,35
Odontólogos por 1.000 habitantes	0,10	0,42
Diplomados en enfermería por 1.000 habitantes	2,64	4,97
Camas de hospital por 1.000 habitantes	5,49	3,92

Fuente: INE

Como puede apreciarse, el número de médicos ha aumentado en dos veces y media, el de diplomados en enfer-



mería se ha multiplicado por 2,1 y el número de odontólogos y estomatólogos, que expresan un tipo de atención sanitaria más desarrollada, es nada menos que 4,6 veces superior a los que había hace 22 años, fecha que separa las cifras facilitadas en la tabla.

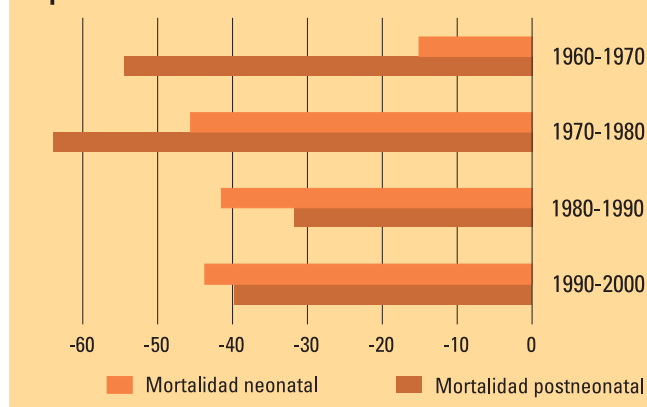
La evolución en los equipamientos sanitarios merece un comentario detenido. En primer lugar, la reducción de camas hospitalarias que en 1978 eran 202.043, a las 149.885 existentes en 1998, último año con datos disponibles, no expresa con exactitud la cobertura de la asistencia hospitalaria por cuanto en los 20 años que, en este caso, han transcurrido entre ambas fechas se ha operado un cambio trascendental en los días de estancia hospitalaria, duplicándose el número de los pacientes que en la actualidad ocupan las camas disponibles (unas 30 personas en el año 1998). Además de esta reducción de los tiempos medios de estancia en hospital, cada vez es más frecuente que la atención hospitalaria se vea complementada con la que tiene lugar en los ambulatorios. No obstante, cabe señalar que, a pesar de estos mejores aprovechamientos, todavía se dan problemas de espera que, en esta materia tan sensible para la ciudadanía, han originado quejas en etapas recientes.

El detalle de hospitales, y las camas correspondientes de que disponen, sigue la evolución marcada por el propio proceso demográfico, habiéndose casi duplicado el número de camas geriátricas, que actualmente se elevan a 12.996, y habiendo disminuido el número de camas dedicadas a obstetricia que eran 14.728 en 1978 y ahora se han reducido a 7.342, prácticamente la mitad.

La esperanza de vida, ya en 1978 en las cifras altas que se han citado, ha subido hasta los 79 años situándose entre las más elevadas de los países desarrollados, y la mortalidad infantil ha disminuido hasta el 0,5 %. Es muy interesante observar a qué factores ha obedecido esta extraordinaria reducción de la mortalidad infantil, lo que

puede conseguirse separando la resultante de factores endógenos (conocida como mortalidad neonatal) de la que tiene por causa factores exógenos determinados por el medio ambiente y más evitables con la ciencia médica (conocida en demografía y en medicina como mortalidad postneonatal).

Gráfico 3.1. Variación porcentual de la mortalidad infantil en periodos decenales



Fuente: Movimiento Natural de la Población. INE

En el gráfico adjunto se aprecian dos etapas muy diferenciadas, la que transcurre hasta el año 1980, en la que las reducciones más fuertes en la mortalidad infantil se dan en la que calificamos de postneonatal, y que obedecen a mejoras en los sistemas de alimentación, higiene y, por supuesto, a la mejora en los cuidados médicos, y la etapa de los últimos 20 años en la que las mayores reducciones se dan en la mortalidad neonatal y que, en este caso, responden a los avances que se han registrado en la educación sanitaria en materias como preparación para la maternidad, anticoncepción, preparación para el parto y en aquellos otros factores que tanto tienen que ver con la viabilidad de los nacidos.

La lucha contra la mortalidad infantil

La confirmación de esta mejora en la educación sanitaria de la población, que es la que en mayor medida puede evitar fallecimientos de menores de un año, dado que la otra mortalidad, la postneonatal, se ha reducido tanto que actualmente se sitúa por debajo del 0,2%, la tenemos en los indicadores que se facilitan en la siguiente tabla.

Tabla 3.4.

Indicadores relacionados con el nivel de educación sanitaria de la población

	1975	1991	1997	2001
Porcentaje de nacimientos atendidos en centros sanitarios	82	92	99,5	99,6
Mortalidad materna				
Por cada 100.000 nacidos vivos (causas grupo XI de la CIE)	21,6	3,3	2,2	*3,5
Centros de Planificación Familiar	**331	693	-	-
Tasa global de Fecundidad	79,2	40,4	36,2	38,6
Nº medio de hijos por mujer	2,8	1,3	1,2	1,3

Fuente: INE y Ministerio de Sanidad y Consumo

(*) Datos del año 2000

(**) Datos del año 1987

Tasa global de fecundidad es el número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años.

En la actualidad, prácticamente la totalidad de los nacimientos, concretamente el 99,6%, se atienden en centros sanitarios, la mortalidad materna se ha dividido por seis en los últimos 25 años; sólo fallecen algo más de 3 mujeres por cada 100.000 nacimientos; los centros de planificación familiar se han multiplicado por 2 entre 1987 y 1991 y, posteriormente a esa fecha son incontables por existir en todas las Administraciones (incluidas las municipales e incluso en Asociaciones de Vecinos). Por otra parte, tanto la tasa global de fecundidad, que es el número de nacidos por cada 1000 mujeres en edad fértil, como el número medio de hijos por mujer, se han dividido por dos en el mismo periodo de tiempo.

Centrando la atención en algunas de las causas que producen la muerte de la población residente en España, se pueden extraer algunas consecuencias de interés.

Tabla 3.5. Defunciones por determinadas causas

Causa	1960	1978	1990	2000
Todas	262.260	196.781	331.142	360.391
Enfermedades infecciosas y parasitarias	11.943	5.697	3.890	6.284
Tumores	36.041	56.241	79.609	95.702
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3.279	8.064	13.982	17.363
Trastornos mentales	1.192	955	5.443	11.149
Demencia senil y presenil	409	327	4.388	8.902
Enfermedades del sistema nervioso	38.152	3.388	4.624	10.476
Infarto agudo de miocardio	16.656	19.559	23.912	25.074
Enfermedades cerebro vasculares	31.686	49.300	43.263	36.596
Mortalidad materna	499	82	22	14
Afecciones en el periodo perinatal	9.738	4.251	1.363	859
Accidentes de tráfico	2.465	6.639	7.989	6.019
Suicidios	1.670	1.507	2.939	3.393

Fuente: Defunciones por causa de muerte. INE

Las enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyen incluso en términos absolutos desde 1960 hasta la actualidad y eso a pesar de que, en las defunciones de 2000, se incluye el SIDA+VIH, enfermedad que ha surgido con una incidencia muy fuerte por sus altos niveles de mortalidad. Los tumores, por el contrario, se han acrecentado de un modo preocupante hasta configurarse, junto con las enfermedades cerebrovasculares y los infartos agudos, como las principales causas de muerte de la población española.

Algunas de las causas de muerte seleccionadas en el cuadro anterior, como la mortalidad materna, que acarreó el fallecimiento de 14 mujeres en el 2000, y las afecciones en el periodo perinatal, que se han dividido por 12 desde 1960, vuelven a ratificar lo dicho al tratar de la mortalidad infantil y, por lo que se refiere a los accidentes de tráfico, el hecho de que casi se hayan triplicado en los últimos 40 años como causa de muerte muestra que constituyen uno de los principales motivos de preocupación.

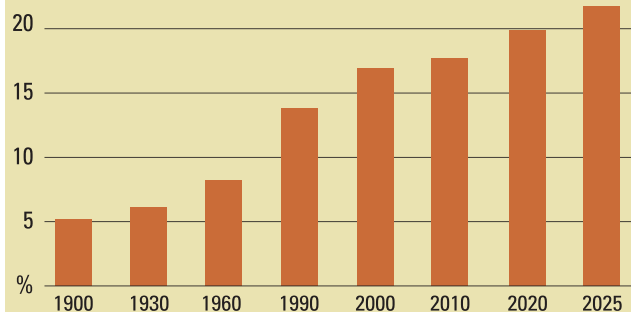
El suicidio, como causa de muerte, que se ha multiplicado por dos en términos absolutos desde 1960, y los trastornos mentales que fueron en 2000 causa de la muerte de 11149 personas, 10 veces más que cuarenta años atrás, también debieran ser motivo de reflexión por cuanto, posiblemente, son causas sintomáticas de situaciones sociales y familiares que debieran verse corregidas.

Los problemas de una población envejecida

Una causa de muerte que reviste especial interés en los momentos actuales es la demencia senil y presenil, cuya incidencia en términos absolutos se ha multiplicado por 20 en los últimos cuarenta años, debido al incremento experimentado en la esperanza de vida que en 1960 apenas llegaba a los 70 años, edad en la que se precipita este tipo de enfermedad. En efecto, a pesar de que los análisis globales de la situación sanitaria en España indican una evolución muy positiva, en la sociedad española se han operado varias circunstancias demográficas que agravan las necesidades de atención sanitaria en la línea, prevista por nuestra Constitución y destacada al principio de este capítulo, de la previsión, tratamiento e integración de las personas que presentan algún tipo de disminución o incapacidad, problemas que se acrecientan con el envejecimiento de una población que, como se ha visto, vive cada vez más años y que, dados los cambios que se están operando en las estructuras familiares, no puede ser atendida en el seno familiar y requiere, de forma cada vez más perentoria, de todo tipo de asistencia.

Estos cambios en la estructura familiar, que se comentan con mayor amplitud en el capítulo 10 de este libro, se sintetizan en la evolución del peso relativo que la población de 65 años y más tiene en el total de la población, en la incorporación de la mujer a la actividad laboral y en el tamaño de las familias.

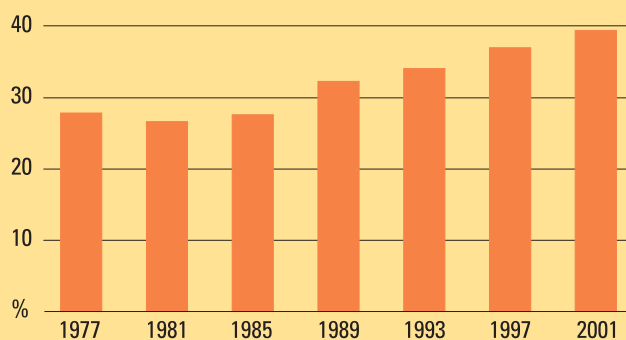
Gráfico 3.2. Evolución de la población de 65 y más años



Fuente: INE. Revisión de proyecciones de la población española calculadas a partir del Censo de 1991. Evaluación y Resultados

La importancia relativa que, dentro del total de una población, tienen las personas que alcanzan las edades de jubilación, en la actualidad los 65 años, se considera en demografía como un indicador del grado de envejecimiento relativo de una sociedad. Y, como puede verse por el gráfico adjunto, donde para gozar de mayor perspectiva se facilitan cifras desde principios del pasado siglo y proyecciones hasta el 2025, es espectacular el paso de un 5,2% de mayores en 1900 a un 17% en la actualidad, así como preocupante la

Gráfico 3.3. Tasa de actividad femenina

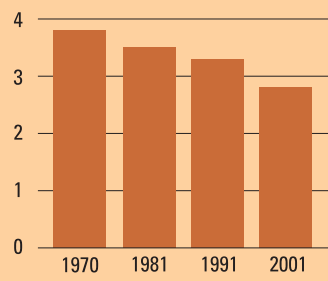


Fuente: Encuesta de Población Activa. INE

posibilidad de que, a mediados de este siglo, pueda llegar a haber casi un anciano por cada tres personas.

El segundo factor que influye en pérdida de la atención que se prestaba tradicionalmente a los ancianos en el seno familiar es el de la decidida incorporación de la mujer al mercado laboral, dado que, como tantas otras actividades domésticas, de cuidado de hijos, etcétera, dicha atención a los mayores también recaía en las mujeres. En 1978 apenas realizaban trabajos remunerados fuera del domicilio familiar un 28% de las mujeres, mientras que en la actualidad lo hacen prácticamente el 40% de ellas y, lo que es más importante, esta incorporación de la mujer al mercado laboral prosigue su marcha acelerada puesto que, sistemáticamente, el crecimiento de las tasas de actividad femenina es superior al crecimiento que se experimenta en el caso de los hombres.

Gráfico 3.4.
Evolución del tamaño medio de los hogares



Fuente: Censos de Población

Como resultado de los factores señalados, y de otros parejos que también se comentan con mayor detalle en otros capítulos (baja fecundidad, retraso en la edad de contraer matrimonio, incremento de separaciones o divorcios, etcétera), la actual estructura de los hogares muestra una disminución muy importante, pasando el tamaño medio del hogar desde las 3,8 personas que convivían en 1970 a las 2,8 personas que, por término medio, residen juntas en 2001 en cada hogar.

En la actualidad hay prácticamente 3 millones de hogares en los que una persona vive sola y 3,6 millones donde son sólo dos las personas que conviven. De este modo, por ejemplo, cada vez es más rara la coexistencia de más de dos generaciones en una misma vivienda y lo más preocupante de esta situación es que gran parte de los hogares unipersonales están constituidos por personas de 65 años o más, lo que ocurre en España a 1.368.297 casos (según los datos del reciente Censo de Población de 2001).

Precisamente, y en relación con los problemas derivados de personas mayores, no puede concluirse este capítulo sin mencionar el tema de la dependencia que, aunque no distingue edades, tiende a precipitarse en el caso de las personas mayores.

La preocupación de la Organización Mundial de la Salud ante el tema de las discapacidades y minusvalías, llevó en los años 80 a establecer una clasificación que ponía rigor a conceptos manejados un tanto caóticamente y como si fueran sinónimos (anormal, subnormal, minusválido, etcétera), definiendo con precisión las deficiencias o enfermedades, que llevaban a poder padecer discapacidades o limitaciones y que, a su vez, podían suponer una minusvalía o handicap para desarrollar determinadas actividades de la vida cotidiana.

El INE de España fue uno de los primeros países que aplicaron la nueva clasificación de la OMS en su encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986, la cual ha vuelto a realizar en el año 1999. Sobre la base de estos estudios, y centrándonos sólo en las limitaciones de la población, sabemos que 3.528.220 personas tenían en esta última fecha alguna discapacidad, y cerca del 59% de ellas eran personas con 65 años o más. Casi un millón de personas mayores tienen discapacidades graves que les impiden realizar actividades de la vida cotidiana.

A la vista de esta información y teniendo en cuenta la cifra ya facilitada de casi 1,4 millones de mayores de 65 años que viven solos, surge una de las grandes materias pendientes del reto constitucional citado al principio del capítulo, el cual proyecta el derecho a la salud a los terrenos de la prevención y de las prestaciones de servicios. La carencia de residencias, por no hablar de la dudosa calidad de algunas de las existentes, lo limitado de la asistencia

Las limitaciones y las minusvalías



domiciliaria y otros factores semejantes han llevado a una desatención de muchos de los ancianos que viven solos y están necesitados de ayuda e incluso al hecho lamentable de que, con preocupante frecuencia, se descubra días más tarde de haber ocurrido, el fallecimiento en soledad de personas mayores.

Quizás otro problema pendiente, éste de índole general, sea la falta de visión integral de la sanidad y la implicación que en ella tiene cuanto ocurra en otros campos de conocimiento. A lo largo del capítulo se ha hecho mención a los problemas que existían en los equipamientos de agua y servicios de aseo en las viviendas o al aspecto de la alimentación. También existen otras cuestiones, con su propia problemática pero tan conectadas a la salud que debieran ser objeto de tratamiento conjunto.

El medio ambiente y la salud



El medio ambiente, con sus implicaciones de ruidos, contaminación ambiental, etcétera, es un aspecto importante a tener en cuenta. Según el Censo de 2001, un 30% de familias manifestaron tener problemas de ruidos exteriores en el entorno de sus viviendas, un 31,8% poca limpieza en las calles y un 18,8% problemas de humos y contaminación. Pero estos valores medios nacionales, lógicamente, encubren diferencias importantes que, precisamente un censo, por su exhaustividad, permite señalar con un detalle máximo. Así, se aprecia la influencia de grandes zonas industriales, como en el caso de Huelva que presenta uno de los máximos porcentajes en materia de contaminación o malos olores, y el efecto que en materia de ruidos o de problemas de limpieza tienen los grandes núcleos urbanos como Madrid, Barcelona y Valencia. Como aspecto positivo es de destacar que sólo el 1% de los hogares se preocupan de la falta de servicio de aseo en sus viviendas, porcentaje que, al compararse con los datos facilitados en este capítulo de años previos a la Constitución, dan una idea precisa de lo que se ha avanzado en este

equipamiento con fuertes implicaciones para la salud de las personas.

Otros aspectos también deben tenerse en cuenta. Además de los ya señalados daños causados por los accidentes de tráfico, hábitos de fumar, exceso de alcohol, etcétera, existen factores, aparentemente más inocuos, que generan serios quebrantos en materia de salud. Las distancias a los lugares de trabajo y estudios, que llevan a muchos ciudadanos a efectuar comidas rápidas de dudosas propiedades nutricionales; las condiciones laborales de precariedad que, unido a los grandes endeudamientos que precisa la compra de vivienda, puede generar situaciones de tensión emocional, etcétera, son factores que deben tenerse en cuenta para afrontar los problemas de salud que la sociedad española tiene pendientes.

