



Los ciudadanos y las ciudadanas de la CAPV constituyen el conjunto poblacional sobre el que se proyectan las actuaciones del presente Plan de Salud. La nuestra, como todas las comunidades, es un conjunto vivo que va desarrollándose, variando y evolucionando a lo largo del tiempo, renovando constantemente su tejido social.

En este capítulo se describen los rasgos más significativos de la población de la CAPV, a partir de los datos observados en su pasado reciente, tratando de identificar las principales tendencias y que, de no mediar factores importantes imprevistos, configurarán las principales características de nuestra sociedad en el horizonte temporal sobre el que se proyecta el Plan. Además, también se realiza un análisis comparativo con respecto a las características que muestran las sociedades de nuestro entorno cultural, y de similar o superior nivel de desarrollo socio-económico. Esta perspectiva tendrá asimismo en cuenta el principio básico de que el conjunto de las aspiraciones, valores e intereses de los miembros de esta sociedad constituyen los cimientos fundamentales de este Plan. Con todo ello se pretende que el Plan de Salud esté al servicio de nuestra ciudadanía en la actualidad y en el futuro.

1. Estructura social

Los niveles de salud de la comunidad son el resultado de la interacción de condicionantes biológicos con determinantes socio-económicos y comportamientos individuales y sociales. Los niveles de salud son un aspecto específico del grado de desarrollo socio-económico de una sociedad, y sirven para señalar el punto de partida y los objetivos de las acciones específicas de un Plan de Salud como el nuestro.

Las actuaciones para modificar en un sentido favorable los niveles de salud puede beneficiarse del conocimiento de ciertas variables de la comunidad que se relacionan con los aspectos anteriormente mencionados. Estas variables se agrupan en tres categorías principales:

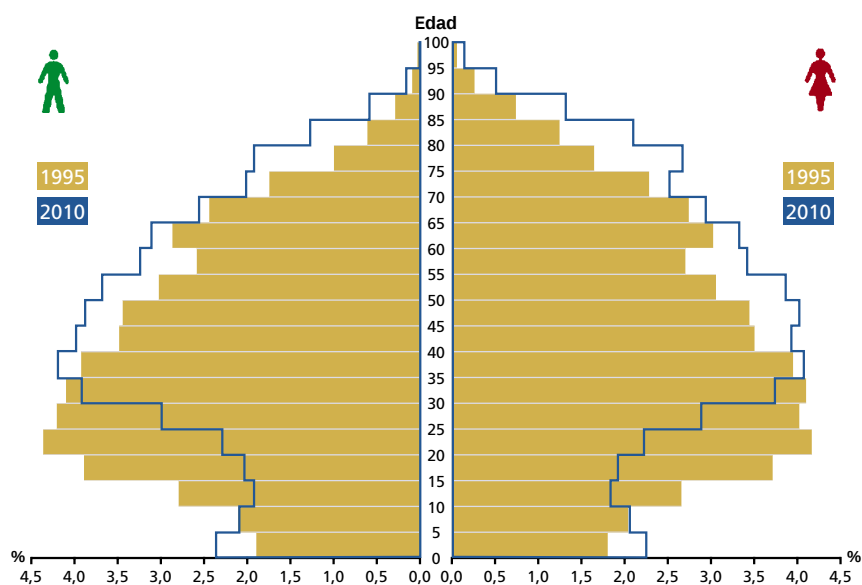
1. Demografía y recursos existentes.
2. Comportamientos.
3. Opinión de la población.

1.1. Demografía y recursos

1.1.1. Demografía

La pirámide poblacional de la CAPV está evolucionando hacia un perfil de sociedad de mayor edad (figura 2), en la que el grupo de población mayor de 64 años ha superado al de menos de 15 años (18,68% y 13,97% respectivamente, en el año 1995). Dicha estructura es el resultado de la conjunción de las bajas tasas de natalidad y mortalidad.

Figura 2. Estructura de edades de la población. CAPV, 1995-2010



Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

La tasa de natalidad de la CAPV descendió progresivamente durante los años 1975-1985 en 10 puntos, y durante la década siguiente se ha mantenido estable en unos valores en torno a 7,5 nacidos vivos x 1.000 habitantes. La tasa bruta de mortalidad de la CAPV, que descendió de manera progresiva hasta principios de los años ochenta, ha variado su tendencia y ha subido 2 puntos desde entonces (8,7 fallecidos x 1.000 habitantes en 1998). Como consecuencia de esto, en la década de los años noventa se produjo un crecimiento vegetativo negativo de la población de la CAPV. Esta circunstancia se ha visto agravada además por un saldo migratorio igualmente negativo en el mismo periodo.

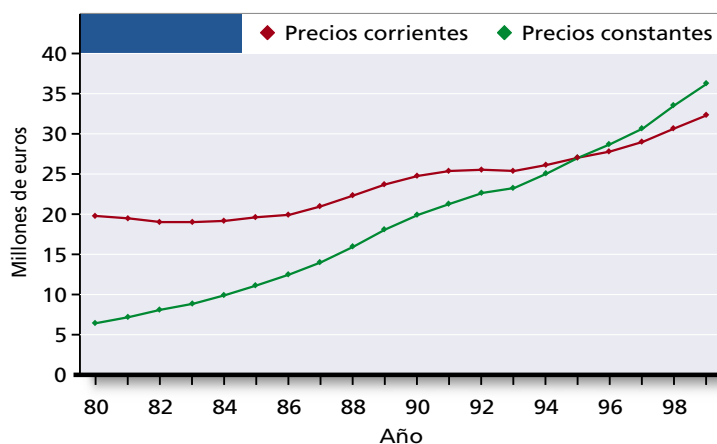
El conjunto de estos factores ha determinado que el número total de habitantes de la CAPV sea similar al de hace 25 años, pero con notables diferencias en su distribución por edades. Las proyecciones a futuro de estos datos apuntan a un mantenimiento de las tendencias presentes: reducción de la población total y envejecimiento de la pirámide poblacional.

La agrupación familiar de los individuos es nuestra forma habitual de residir en sociedad, aunque su composición ha variado en los últimos años. Las familias de más de 2 miembros agrupaban al 78% de la población de la CAPV en 1996 frente al 83% en 1981. En los últimos veinte años se observa que sólo se incrementa la proporción de las unidades familiares encabezadas por un único progenitor y de los hogares habitados por una sola persona, por lo que la media de personas por hogar se ha reducido desde 3,7 a 3,1 en 15 años (1981-1996). En los hogares encabezados por un solo progenitor vive ya un 10% de la población total y en los que están habitados por una sola persona un 5%. Un aspecto destacable de este último grupo, el de los hogares unipersonales, es que está compuesto mayoritariamente por personas mayores (61% del grupo tiene más de 64 años), y mujeres (63% del grupo).

1.1.2. Recursos

Los recursos económicos disponibles en la CAPV se han ido incrementando paulatinamente a lo largo de la década de los noventa. Dado que la población no se ha aumentado, esto ha supuesto un aumento de la renta per capita disponible. En términos reales, el Producto Interior Bruto (PIB) per capita en la CAPV se ha incrementado un 70% en los últimos 20 años (figura 3).

Figura 3. Evolución del PIB a precios de mercado. Año base 1995



Fuente: Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Es un fenómeno común a todos los países desarrollados el que el incremento de la riqueza no se distribuya equitativamente entre los distintos sectores y grupos sociales, lo que provoca un aumento de las diferencias socio-económicas en consonancia con las distintas oportunidades sociales de partida. Los mecanismos de redistribución de los que nos hemos dotado en la CAPV logran al menos atenuar notablemente las diferencias en atenciones sociales básicas.

Además, el incremento de la riqueza de la CAPV ha aumentado la capacidad de respuesta comunitaria, desde el punto de vista estrictamente económico, ante la evolución de las demandas y preferencias sociales.

Los recursos educativos constituyen el principal activo de un país como el nuestro que carece de recursos naturales productivos importantes.

En la actualidad prácticamente el 100% de los niños de la CAPV están escolarizados hasta los 16 años, edad a la que finaliza la enseñanza obligatoria.

Respecto a la formación profesional, el intenso relanzamiento industrial de los últimos años, así como las necesidades asociadas a las nuevas tecnologías en todos los campos, han revalorizado su importancia. Esto ha generado un incremento y una diversificación de la oferta educativa de ciclos formativos y modalidades complementarias de formación profesional no reglada. Estas modalidades se ofertan en numerosas ocasiones asociadas a prácticas en empresas.

También se debe destacar el gran incremento en la proporción de jóvenes de la CAPV que han obtenido titulaciones de nivel universitario. En los últimos veinticinco años, el número de alumnos universitarios se ha multiplicado por 2,5, de tal manera que durante el curso 97/98 uno de cada tres jóvenes entre 18 y 24 años estaba matriculado en la universidad.

Todo ello significa que el nivel de formación de la juventud de la CAPV, el más elevado de nuestra historia, es uno de los principales activos de nuestro País. Esto, además de las consecuencias favorables que tendrá en nuestra competitividad empresarial, presupone que en los próximos años se producirán cambios organizativos y de pautas de comportamiento en las familias.

Los recursos científicos y tecnológicos han experimentado un crecimiento muy importante en la CAPV en los últimos veinte años, pasando de una cifra insignificante a representar el 1,4% del PIB en 1999. Dentro de esta inversión, los fondos de origen público suponen aproximadamente un 40%, siendo el 60% restante aportado por el sector empresarial privado. El hecho de que exista una importante financiación pública en los proyectos permite orientar el desarrollo tecnológico en aquellas direcciones que son de especial interés para el conjunto de la sociedad.

Los recursos sociales constituyen el conjunto de medios organizados, públicos o privados, que la sociedad pone a disposición de los individuos para completar aquellas necesidades que no pueden ser adecuadamente cubiertas, bien personalmente bien por el entorno familiar o vecinal o de grupos primarios.

En la CAPV se destina en la actualidad a los recursos sociales algo más de un quinto del PIB (21,7% en 1997), siendo su tendencia creciente en los últimos años, y sin que se estime por el momento su estancamiento: en primer lugar por el incremento progresivo de las necesidades como consecuencia de los factores sociales anteriormente expuestos, y en segundo lugar por el fenómeno bien conocido de que cuanto mayores son los niveles de renta real de una sociedad mayor es su demanda en cantidad y calidad de nuevos servicios. De hecho, los países con mayor nivel de renta per capita dedican a estos servicios un porcentaje del PIB superior, hasta en 10 puntos, al de la CAPV.

1.2. Comportamientos

Las variables referidas a los comportamientos de la sociedad de la CAPV que guardan una relación más estrecha con los niveles y grado de salud son las que se refieren a conductas de riesgo sanitario, y las que recogen la evolución de la demanda real de servicios sanitarios.

1.2.1. Conductas de riesgo para la salud

Las conductas de riesgo para la salud son todas aquellas que generan pérdidas de salud en la comunidad. Estas conductas son de índole diversa, pero pueden considerarse como más significativas las siguientes:

- Consumo de drogas. El informe del año 2000 del Observatorio Vasco de Drogodependencias refleja que de la población entre 15 y 79 años, el 12,3% son consumidores habituales de cannabis, el 2,9% de anfetaminas, el 1,8% de cocaína, siendo menor la proporción de consumidores de éxtasis y LSD. Se ha constatado que aproximadamente la mitad de las personas que entran en relación con cualquiera de estas drogas se convierten en consumidores habituales de las mismas.

Con relación a las drogas permitidas, el alcohol es consumido de manera excesiva por el 4% de la población y el tabaco por el 29%. También existe un consumo dependiente de determinados medicamentos.

Parece existir una tendencia creciente en el consumo de algunas sustancias como los fármacos estimulantes, el cannabis y la cocaína.

- Actividades con riesgo de lesiones accidentales por inexistentes o inadecuadas medidas colectivas o individuales de protección. Los accidentes de tráfico están provocando en la CAPV, tras varios años de reducción, un nuevo incremento de la siniestralidad grave (123 fallecidos x 10⁶ habitantes en 1999). En los accidentes de trabajo también existe una siniestralidad grave claramente superior a la media de los países occidentales (146 fallecidos x 10⁶ trabajadores/trabajadoras en 1999). Con relación a los accidentes del ocio y domésticos, el registro específico de lesiones infantiles de 0-4 años de la CAPV muestra una incidencia de 97,5 lesiones accidentales x 1.000 niños, y el sistema europeo DADO (Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio) asigna a España una incidencia de 47 accidentes x 1.000 habitantes.

- Las relaciones sexuales sin protección están en el origen de importantes problemas de salud, principalmente las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluido el SIDA. No se disponen de datos precisos sobre la incidencia de ETS, entre otras causas por una subdeclaración al sistema de información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Por lo que respecta al SIDA, se ha reducido claramente su incidencia desde que se invirtió la tendencia en 1995.

Las relaciones sexuales sin protección originan embarazos no deseados, cuyas consecuencias son especialmente graves en las adolescentes. La dimensión real de este último problema no se conoce con exactitud, y sólo se dispone de estimaciones indirectas en base a los nacimientos de madres adolescentes y las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). La tendencia

de las IVEs en la CAPV se ha mantenido estable a lo largo de la década de los noventa, con unas tasas equivalentes a la mitad de la media estatal. Asimismo, los nacimientos en mujeres menores de 20 años han supuesto en la CAPV, a lo largo de la última década, menos del 2% del total de nacimientos, y su tendencia es descendente.

- El consumo inadecuado de medicamentos están en el origen de problemas de salud emergentes, como las crecientes resistencias a ciertos fármacos, o de agravamientos evitables de estados de salud individual. La información disponible sobre este heterogéneo apartado está muy dispersa y fragmentada.
- Las autoagresiones y las lesiones violentas a otros se están incrementando en la CAPV, si bien las tasas son inferiores a la media de nuestro entorno. En concreto, la incidencia de suicidios ha mostrado una tendencia creciente en la última década, aunque todavía se encuentra muy por debajo de la media de los países occidentales.

1.2.2. Demanda de servicios

La evolución de la demanda real de servicios sanitarios refleja las necesidades percibidas por los ciudadanos. Para tener una idea global y precisa de la evolución de la demanda real de servicios sanitarios es preciso analizar las diversas modalidades de prestación, puesto que todas ellas son complementarias:

- En atención primaria la demanda se ha mantenido estable en la década de los noventa, dado que el descenso provocado por la pequeña disminución de la población se ha visto compensada por el envejecimiento relativo de la misma.
- La atención urgente ha duplicado su demanda en el mismo período, especialmente la que es atendida a nivel hospitalario. Parece claro que existe una tendencia importante a buscar una asistencia rápida y completa en el momento mismo de acceder al servicio.
- La atención especializada, tanto en su vertiente ambulatoria como en régimen de hospitalización, ha experimentado un notable incremento de demanda; especialmente las consultas e intervenciones quirúrgicas, que han aumentado en más de un 50% en la década de los noventa, y en menor medida los ingresos, que lo han hecho aproximadamente un 25%. Estos incrementos han repercutido de manera proporcional en la demanda de servicios complementarios de diagnóstico y control.
- La demanda de servicios preventivos, principalmente vacunaciones y despistajes específicos, se está incrementando aunque todavía en proporciones no muy significativas. Esta tendencia se acelerará en los próximos años, a medida que se disponga de nuevos métodos y productos específicos para la detección de riesgos relacionados con problemas de salud graves o incapacitantes.

- En el ámbito socio-sanitario se viene constatando un incremento de la demanda de servicios, debido por un lado al envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de los procesos incapacitantes, y por otro, a los cambios sociológicos en los patrones familiares. Esta tendencia se mantendrá en los próximos años.

1.3. Opinión de la población

Las opiniones de la población reflejan unos ciertos valores en sus expectativas de cara a futuras demandas de servicios. Una de las principales fuentes de información sobre estos aspectos son las encuestas de satisfacción de los usuarios.

Más de un 80% de los usuarios se muestra satisfecho con la atención sanitaria pública recibida y la mayoría (60%) opina que el servicio ha mejorado en los últimos años. Respecto a la calidad del servicio en concreto, la valoración otorgada es de 7,6 puntos sobre 10. No obstante, estos porcentajes carecen de valor por si mismos, sí no se los compara con los de los años anteriores o con los de otros servicios que utilicen la misma metodología. Así, en cuanto a las encuestas previas, las principales mejoras se advierten a nivel de los servicios de atención primaria, siendo la valoración del resto de servicios sensiblemente parecida. Las encuestas de satisfacción de usuarios también nos muestran que en la CAPV tres de cada cuatro adultos mayores de 18 años utilizan al menos una vez al año los servicios sanitarios públicos. Esta proporción se eleva a nueve de cada diez si nos referimos a unidades familiares.

2. Estado de salud

2.1. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer es un indicador global de la salud de la población. En la CAPV este indicador está aumentando progresivamente, siendo en 1998 de 75,4 años para los varones y de 83,0 en mujeres (Figura 4). Con relación a 1990, el incremento ha sido de 2,3 años en los varones y 1,8 en las mujeres.

No existen diferencias significativas con relación a este indicador entre los tres Territorios Históricos.