

Riesgos sociales y culturales para la salud de los andaluces



Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO

Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Sede Pabellón de Nueva Zelanda, C/ Leonardo Da Vinci, 21

Isla de la Cartuja 41092- Sevilla

Sede San Gregorio C/ San Gregorio, 7

41004-Sevilla

Teléfono: 900 101 407

www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia

Riesgos sociales y culturales para la salud de los andaluces

J. Andrés Domínguez Gómez
E. Begoña García Navarro



Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía
CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, INNOVACIÓN, CIENCIA Y EMPLEO

Datos Catalográficos

Domínguez Gómez, José Andrés

Riesgos sociales y culturales para la salud de los andaluces
[Recurso electrónico] / autores, J. Andrés Domínguez
Gómez, E. Begoña García Navarro -- Sevilla : Instituto de
Estadística y Cartografía de Andalucía, 2012

1 disco compacto (CD-Rom) ; il. col. ; 12 cm.
ISBN 978-84-96659-98-8. – D.L. SE. 3154-2012

1. Salud 2. Aspectos sociales 3. Aspectos culturales. 4.
Andalucía I. García Navarro, Esperanza Begoña II. Instituto de
Estadística y Cartografía de Andalucía. II. Título

614(460,35)
364.2(460.35)

Autores

J. Andrés Domínguez Gómez
E. Begoña García Navarro

Año de Edición: 2012 Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

© **Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía**
Depósito Legal: SE. 3154-2012
ISBN: 978-84-96659-98-8

Reproducción autorizada con indicación de la fuente bibliográfica, excepto para fines comerciales

Índice

Presentación	7
Glosario	9
Justificación	13
1. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía	17
1.1. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según dependencia	17
1.2. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según sexo	21
1.3. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según edad	23
1.4. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según estado civil	28
1.5. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según provincia	30
1.6. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según nivel de formación	34
1.7. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según actividad principal	36
2. Apoyo social y salud	41
2.1. Apoyo social en la población andaluza. Encuesta de Redes Familiares	41
2.2. Apoyo Social como factor protector de la salud en Andalucía	54
2.3. Efecto Viudedad	55
2.4. Efecto Jubilación	59
3. La salud como valor social	63
Conclusiones	71
Abreviaturas empleadas	75

Presentación

La presente monografía desea subrayar la centralidad que ocupan las cuestiones de carácter social en el mundo sanitario y de la salud. Hace más de treinta años que en el ámbito académico-científico se reconoce pública e institucionalmente la causalidad social de las enfermedades. No obstante, aún es frecuente encontrar en el desempeño profesional de los sanitarios, en la investigación científica, y en la sociedad en general, reflexiones, análisis e incluso comportamientos que no son coherentes con dicho reconocimiento. Este trabajo aporta argumentos que colaboran a incrementar dicha coherencia.

La idea transversal que recorre esta obra es la siguiente: la hospitalización en Andalucía viene condicionada por una serie de factores que escapan a los tratados directamente por el Sistema Sanitario Público Andaluz (en adelante SSPA), y que es necesario tener en cuenta para avanzar hacia la eficiencia y eficacia del mismo, así como para mejorar la atención, la prevención y la salud de la población andaluza. Tratamos aquí brevemente algunos de estos factores de riesgo en el papel que juegan en el acceso al sistema y en las situaciones posteriores al paso por el mismo. También consideramos aspectos relativos a la influencia del apoyo social, y apuntamos algunas notas sobre el papel de la salud como valor social.

Los datos que manejamos para la realización de este estudio están articulados por la necesidad o no de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana (en adelante ABVC¹), lo que marca, de entrada, una diferenciación de los hospitalizados según su dependencia o no de otras personas. Una parte importante de esta dependencia, en una sociedad desarrollada como es la andaluza, la marca la elevada edad media de la población. El fenómeno del envejecimiento de la población

1. Son aquellas relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y funciones básicas de tipo mental o intelectual como cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, asearse, controlar las necesidades, vestirse, desvestirse y arreglarse, comer y beber, reconocer personas y objetos y orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas. Además en la encuesta se ha incluido mayor información, preguntando también por lo relacionado a gestionar sus propios recursos, como la capacidad de realizar gestiones, ir al médico, etc...

es un hecho de gran trascendencia a múltiples niveles (políticos, económicos, sociológicos, sanitarios y de investigaciones científicas) por las enormes consecuencias que está produciendo y que es previsible se acentúen en los próximos años.

Glosario

Valores sociales

Ideas construidas socialmente que orientan nuestras actitudes y comportamientos. Son establecidas por la sociedad en relación con su cultura, y también al momento histórico, lo que implica que en su naturaleza está el cambio. Además, cada sociedad tiene una escala o jerarquía de valores que le es propia, donde se ordenan en importancia.

Perfil sociológico

Resumen de características propias de un grupo social determinado, definido bajo algún criterio concreto (por ejemplo, perfil sociológico del fumador), que configura una imagen típica de dicho grupo social. Como tal resumen, implica la pérdida de información del detalle; aunque, por otra parte, supone los beneficios sintéticos propios del resumen.

Apoyo Social

Grado de satisfacción de las necesidades sociales básicas de la persona a través de la interacción con otros, o con la comunidad, entendiendo por *necesidades básicas* las de afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad.

Red Social de apoyo

Personas y/o grupos de personas que ejercen entre sí la función recíproca de satisfacción de necesidades sociales básicas. Está formada por individuos considerados «significativos» para cada persona o nudo de la red.

Dependencia

El Consejo de Europa define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal»

Servicios de Salud

Están compuestos por todas las personas e instituciones, públicas y privadas, que ejecutan o contribuyen a la realización de actividades destinadas a la promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación en comunidades y personas.

Tiempo de Estancia Media Hospitalaria

Es un indicador de salud basado en productos intermedios, clásicamente vinculados al servicio *número de camas* de un hospital. La estancia media (EM): estancias de los pacientes dados de alta en un período dividiéndolas entre el número de altas de ese período. Se consideran cifras adecuadas para hospitales generales entre 7 y 9 días.

Casuística Hospitalaria

A la estructura interna de los casos de un hospital se le denomina en inglés *case-mix*, concepto que en español se ha traducido como *casuística*, y que es la distribución proporcional de los episodios de hospitalización o altas hospitalarias en grupos excluyentes de diagnósticos que, según otras características como la edad o los procedimientos médicos y quirúrgicos, resultan ser homogéneos respecto a los cuidados recibidos. Con el tiempo se han producido varios métodos para conocer el quehacer hospitalario tomando en cuenta la estructura de sus casos. La más conocida es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) de la OMS, que es ampliamente conocida y aplicada para diversos fines porque está traducida a todos los idiomas y no implica, así, la creación de bases de datos especiales, ni cambios en el sistema de codificación usual de los diagnósticos.

Calidad Asistencial

Calidad asistencial es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con nivel profesional óptimo, de acuerdo a los recursos disponibles, que logra la satisfacción de los usuarios (clientes externos) y de los profesio-

nales (clientes internos). Podrían añadirse a la definición las cuestiones específicas de seguridad del paciente y de los profesionales en la actividad asistencial, pero asumimos que se encuentran implícitas en el nivel profesional óptimo.

Calidad de Vida

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno».

Salud Reproductiva

Condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

Justificación

La estructura demográfica de Andalucía se asemeja a la de cualquier país desarrollado, con un envejecimiento de la población acusado y un alto índice de dependencia. El aumento de la población mayor de 65 años y la mayor frecuencia de problemas de salud que se dan en este grupo de edad, se traducen en un aumento del consumo de los servicios sanitarios y en una necesidad de especialización de los mismos². La última *Encuesta Nacional de Salud*³, ofrece las siguientes cifras al respecto: las personas mayores dependientes concentran un 17% del total de ingresos hospitalarios y el 16,4% de las consultas médicas. En relación con el gasto farmacéutico, más de una cuarta parte de los ciudadanos que declararon haber tomado algún medicamento en las dos semanas anteriores a la encuesta eran mayores de 65 años. En la franja de 65 a 74 años el porcentaje llegó al 85% y al 92% entre los mayores de 75 años. Si consideramos la proporción de personas que tomaron tres o más fármacos fueron el 41% de los que tenían entre 65 y 74 años y la mitad de los mayores de 75 años.

Encuestas como la citada anteriormente, así como otros estudios sobre la utilización de servicios de salud⁴, enfatizan la medición y caracterización de los patrones de utilización del Sistema Sanitario, pero es la Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud, celebrada en 2007, la que reconoce la magnitud de este problema, identificando los principales factores asociados a los fenómenos que se describen seguidamente:

- España presenta uno de los mayores índices de envejecimiento, se contabiliza que en el año 2050 habrá en España 16.387.874 personas mayores, que se corresponde con el 30.8% de la población total, es decir, que en mi-

2. Iturria Sierra, J. and S. Márquez Calderón. (1997) Servicios Sanitarios y sociales: necesidades, preferencias y utilización por los ancianos tras un periodo de hospitalización. *Revista española de Salud Pública*. 71, 281.

3. Instituto Nacional de Estadística. (2006) Encuesta de morbilidad hospitalaria.

4. Rojo, F., G. Fernández-Mayoralas and E. Pozo. (2000) Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad. *Rev Mult Gerontol* . 10, 222, Peiró Moreno, S. and E. Portella. (1994) Identificación del uso adecuado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Enfermería Clínica Barcelona*. 104, 65, Velasco Díaz, L., S. García Ríos, D. Oterino De La Fuente, F. Suárez García, S. Diego Roza and Fernández Alonso, R.(1) Hospital Valle del Nalón.(2). (2005) Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Revista española de Salud Pública*. 79, 541.

5. Instituto Nacional de Estadística. (2006) Encuesta de morbilidad hospitalaria.

6. Abellán García, A., E. Barrio Truchado and P. Castejón Villarejo. (2006) Los mayores en España.

7. Rodríguez Castedo, A. and R. e. a. Cobo Gálvez. (2005) Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España.

8. Palacios Ramos, E. and A. Abellán García. (2006) Diferentes Estimaciones de la Discapacidad y la Dependencia en España.

9. Abellán García, A., E. Barrio Truchado and P. Castejón Villarejo. (2006) Los mayores en España.

10. Rodríguez Rovira, E. (2004) Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor. 194, 68.

tad de siglo la población mayor alcanzará a ser casi un tercio del total⁵. Las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2050 calculan que España será el tercer país más viejo del mundo con un 34.1% de población mayor en 2050, por delante Japón e Italia (con un 35.9% y un 35.5% respectivamente⁶»

■ Es clara la mayor prevalencia y tendencia de crecimiento de la dependencia en aquellos sectores de población mayor y muy mayor. El envejecimiento de los ya viejos, de los mayores de 80 años, por ganancias en longevidad, hará aumentar las tasas de dependencia en España alrededor de un 10%⁷».

■ El sector de población mayor es el que presenta un gasto más importante en salud en relación con un mayor consumo de recursos sanitarios y sociales. En el *Informe de Necesidades*⁸ se realiza un ejercicio de prospectiva que ilustra el horizonte de futuro definido por el cambio de década. Si los dependientes leves precisan tres horas semanales de atención, los moderados 10,5 (entre una y dos horas diarias) y los graves 42 (de tres a 24 horas diarias), la demanda global de cuidados será entonces de 25.998.831 horas semanales, lo que requeriría la disponibilidad de 649.970 cuidadores a tiempo completo para atender todas las situaciones de dependencia. En términos de coste anual, utilizando las tarifas que actualmente se pagan por estos servicios en las diferentes Comunidades Autónomas, esta estimación elevaría los recursos económicos necesarios a un total de 12.000 a 13.500 millones de euros anuales. A esta cifra, habría que sumar el coste de la asistencia sanitaria a la población mayor de 65 años, que contempla el 77,4% del consumo de medicamentos, el 40-50% de la ocupación hospitalaria y el 50% del tiempo total de asistencia en Atención Primaria⁹.

■ La principal preocupación de las personas mayores es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción de salud. «La salud es el tema que más preocupa a las personas de edad, incluso por encima de la situación económica las personas de más de 65 años daban a la salud una puntuación de 9,8 sobre 10, mientras que al bienestar económico le asignaban 8,1. Desde el punto de vista subjetivo, el 20,5% de las personas mayores confiesan que tienen mala o muy mala salud y casi el 40% regular¹⁰». De aquí se deduce que para las personas mayores, el tener buena salud-vejez, en general, viene determinado por la presencia o no de enfermedad y ésta a su vez de la necesidad de ser o no independiente, de sentirse sano.

El sistema sanitario está reaccionando en todas las áreas. Se suceden numerosos cambios en la naturaleza de los servicios sanitarios, se establecen nuevos protocolos para administrar tratamientos o servicios y se crean estrategias alternativas a la hospitalización tradicional, dada

la elevada carga presupuestaria que ésta supone. Un ejemplo de estas estrategias es la creación de Unidades de Hospitalización Domiciliarias (UHD), que otorgan mayor importancia al domicilio del paciente como entorno de cuidados, y que además pretenden evitar todos aquellos efectos negativos inherentes al ingreso en una institución como es el hospital, y derivados de la separación del propio entorno, como puede ser la pérdida de identidad propia como respuesta al aislamiento y de la separación de la propia cotidianidad. Estas iniciativas, que acercan el hospital al paciente, contribuyen a una mejora en la calidad de asistencia percibida por el propio usuario del sistema, proporcionando recursos necesarios para el abordaje del cuidado en el domicilio, aportando a su vez cuestiones innovadoras y fundamentales, con consecuencias a nivel económico en el sistema sanitario, ya que una disminución de la estancia hospitalaria (que es uno de los objetivos de las UHD) implica un menor gasto. Se apoyan para ello en el tejido social del propio paciente.

1. CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LA HOSPITALIZACIÓN EN ANDALUCÍA

El Sistema Sanitario, como subsistema social, es permeable y se ve afectado por los cambios acaecidos en la sociedad. El incremento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad, el envejecimiento de la población, la popularización del valor salud, las mejoras en las tecnologías y prácticas sanitarias, los cambios en las enfermedades de agudas a crónicas...¹¹ han condicionado, por una parte, una nueva panorámica de la morbilidad de la población, compatible con unas altas tasas de ingresos y estancias hospitalarias similares a la de cualquier país desarrollado. Por otra parte, aparece un nuevo y frecuente perfil de usuarios de más de 65 años con un alto consumo de servicios sanitarios y asiduos de hospitalizaciones agudas. El sistema ha reaccionado a estas nuevas circunstancias de acuerdo a sus exigencias: se crean nuevos perfiles de sistemas de hospitalización, se proporciona un gran empuje a unidades de hospitalizaciones cortas, se promociona una nueva red de cirugía ambulatoria, así como otras estrategias de intervención que buscan la adaptación a la demanda social.

1.1. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según dependencia

El envejecimiento poblacional y la cronificación del estado de enfermedad (con mayor o menor gravedad) en las últimas etapas de la vida humana, generan unos sectores poblacionales que, unidos a los colectivos de discapacitados por otras razones, dependen de servicios profesionales o de su entorno familiar para hacer su vida, en una situación de

11. 11. Puyol Antolín, R. and A. Abellán García. (2006) Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama de futuro de la sociedad española. 234.

resentimiento general de calidad de la misma. De acuerdo con las estimaciones de la ERF, en Andalucía, 679.088 personas refieren necesitar ayuda para realizar las ABVC; de éstas, el 55.9% han estado hospitalizadas en los últimos 10 años. El 47% de estos hospitalizados han superado una estancia media de 15 días, (184.142).

Tabla 1.1. Hospitalización según dependencia / no dependencia

	Personas dependientes	Personas no dependientes
Sí	55,9%	19,9%
No	42,4%	80,1%
Ns/Nc	..	..
Total	100,0%	100,0%

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

Por otro lado, 5.571.194 sujetos, refieren no necesitar ayuda para el desempeño de las ABVC, de los que casi el 20% han estado hospitalizados en los últimos 10 años. Hablamos, así, de una demanda hospitalaria un 279,5% mayor en el caso de personas que declaran necesitar ayuda para las ABVC.

En la investigación socio-sanitaria hay que tener en cuenta también cómo se ha ido modificando la filosofía de funcionamiento y dinámica de los hospitales, pasando de ser centros de protección social a un concepto más actual donde prima el enfoque empresarial, y como tal debe basar su gestión en criterios que aseguren su calidad asistencial. La calidad deberá realizarse con *eficacia*, es decir logrando los objetivos propuestos; con *eficiencia*, lo que significa que la consecución de los objetivos se ha realizado con la cantidad adecuada de recursos; con *equidad*, realizando un reparto de recursos adecuado y universal en la sociedad¹².

Existen otros criterios que son prioritarios para asegurarnos la ya citada calidad asistencial. La ERF¹³ nos ofrece dos indicadores relacionados con la estancia hospitalaria: cuánto han frecuentado el hospital y durante cuánto tiempo han permanecido ingresados los encuestados en los últimos diez años. También nos permite analizar las razones de ingreso para las personas que no necesitan ayuda en su vida cotidiana.

Para tratar estadísticamente el detalle de los diagnósticos y causas de hospitalización de cada ingreso hospitalario, se emplea habitualmente la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE), que es actualizada regularmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos sobre los que

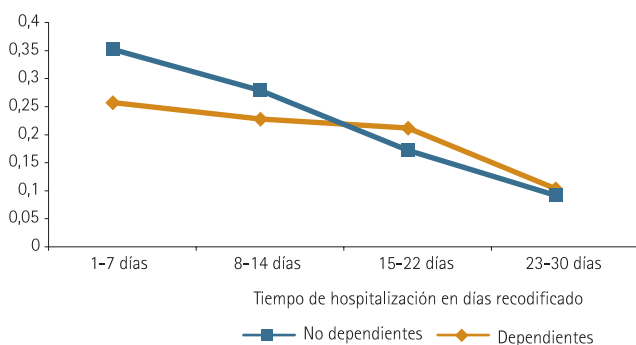
12. Álvarez, J., S. Monereo and P. Ortiz. (2004) Gestión en Nutrición Clínica. 19, 3, 125-134.

13. ERF: Encuesta de Redes Familiares

trabajamos, están agrupados sobre la base de algunos de estos criterios CIE. En este estudio la casuística hospitalaria ha sido clasificada de la siguiente forma: 1) procedimientos quirúrgicos o no; 2) procedimientos agudos o crónicos y 3) parto y postparto, complicaciones de embarazo. Además, se añaden los episodios de hospitalización por accidentes¹⁴ y otras causas de ingreso.

La dependencia es un factor clave en la valoración del consumo hospitalario. Como se muestra en el siguiente gráfico, influye tanto en la frecuencia de uso como en los tiempos de estancia:

Gráfico 1.1. Estancias Hospitalarias de la población dependiente y no dependiente



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Existen otros datos similares que demuestran esta idea en cuanto a estancias de internamiento; aquellos intervalos de edad más avanzada, donde más prevalece el fenómeno de la dependencia (mayores de 65 años, y más específicamente en mayores de 74), suponen una estancia media de 9-11 días, reduciéndose esta cifra un 50% cuando se hace referencia a individuos con el mismo intervalo de edad que no necesitan ayuda¹⁵.

Tabla 1.2. Causas de Hospitalización para pacientes no dependientes

Accidente	11,8%
Enfermedad (no crónica)	25,7%
Complicaciones embarazo	3,8%
Operación quirúrgica	48,1%
Parto y postparto	9,6%
Otros episodios	5,7%

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

14. Cabe definir en este apartado lo que entendemos por accidente como casuística hospitalaria. En la variable accidente puede incluirse tanto accidentes de hogar, como de ocio, trabajo o como accidentes de tráfico. Para poder describir este apartado del monográfico analizamos en la literatura los tipos de accidentes y su frecuencia de ingreso hospitalario. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Consumo en el año 2002 nos advierte que solamente el 4, 5% de quienes sufrieron un accidente doméstico o durante actividades de ocio requirieron de su ingreso hospitalario. La media de hospitalización fue de algo menos de 10 días, lo que apunta a una disminución de la gravedad de los accidentes. *Programa de Prevención de Lesiones. Detección de accidentes Domésticos y de Ocio. Instituto Nacional de Consumo. Informe 2002.* Dirigiremos nuestra atención, cada vez que analicemos los accidentes, a aquellos que prevalecen en la casuística hospitalaria con criterio de hospitalización, que son los accidentes de tráfico.

15. Instituto Nacional de Estadística. (2006) Encuesta de morbilidad hospitalaria.

Como se puede observar en la tabla arriba mostrada, el diagnóstico más frecuente de internamiento hospitalario es el relacionado con las intervenciones quirúrgicas, con un 48.1% de la población que ha ingresado en los últimos 10 años. Estas cifras se han reflejado en la política sanitaria de nuestra Comunidad en estrategias de intervención como las que aparecen en el Decreto 209/2001 (de 18 de septiembre). Se han generado unidades de día de hospitalización que combaten la lista de espera quirúrgica y disminuyen la estancia hospitalaria, al ser unidades de hospitalización corta; de este modo se mejoran los índices de calidad asistencial prioritarios, como son el índice de alta hospitalaria y el de estancia media. Además, se establecen las garantías de tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas, que reconoce el derecho del ciudadano a ser atendido en un tiempo máximo de 180 días para un total de 700 técnicas quirúrgicas. Esta medida ha conseguido, de hecho, la reducción a 120 días de media. Esta reducción en el plazo de las intervenciones incrementó el número de las mismas, de ahí que aparezca en nuestra población de estudio la intervención quirúrgica como el episodio más prevalente de internamiento hospitalario.

Para enfocar el detalle de los aspectos sociales de la hospitalización en Andalucía, pretendemos, aquí mostrar algunas de las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de los encuestados que han estado hospitalizados, en función de su nivel de dependencia (si necesitan ayuda o no para las ABVC). Estas características, contrastadas con la casuística hospitalaria y la morbilidad asistencial en los hospitales, mostrarán tanto factores de riesgo como factores protectores de la hospitalización en el ámbito andaluz.

La caracterización sociodemográfica o, mas ampliamente, sociológica, se ha impuesto histórica y progresivamente en la investigación en el ámbito de la salud para profundizar en las causas de las enfermedades, más allá de los factores biofísicos. De Hipócrates a Koch, la teoría de la caja negra y los epidemiólogos sociales del siglo XX. En los 80, el Informe Black demostró fehacientemente que el riesgo de morir antes de los 65 años es mayor en las clases sociales mas desfavorecidas¹⁶, y aunque desde los años 50 se observa la dinamización científica de la epidemiología social, los estudios dedicados a la investigación del papel de la desigualdad social en la salud se han multiplicado en las últimas décadas¹⁷.

El incremento del nivel de vida en el mundo desarrollado durante el último siglo subraya nuevos factores de riesgo en salud más allá del estatus socioeconómico y más próximos al estilo de vida. Variables tan elementales, al tiempo que sociológicamente tan importantes, como la edad, el sexo, la actividad sociolaboral y el estado civil, trazan ejes de análisis y marcan estilos de vida, y no por básicos dejan de ser interesantes para ser considerados en las políticas sanitarias.

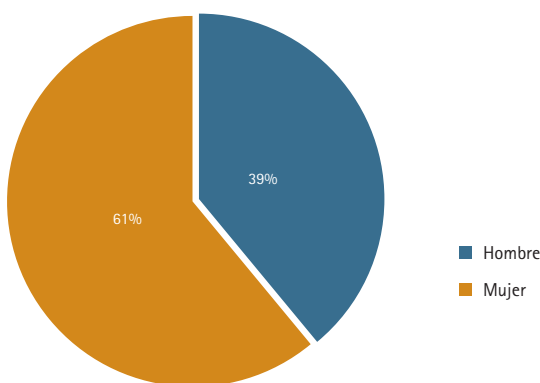
16. Borrell, C. (2006) Desigualdades y Servicios de Salud. 15, 2, 9-22.

17. Benach, J. Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud / Joan Benach, Carles Muntaner., Jimeno Martínez, V. (1982) Desigualdades en las atenciones sanitarias de España. *Revista internacional de sociología*. 40, 42, 183, Rapp, R. C., L. Li, H. A. Siegal and R. N. Deliberty. (2003) Demographic and clinical correlates of client motivation among substance abusers. *Health & Social Work*. 28, 2, 107.

1.2. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según sexo

Ya nos hemos referido brevemente a la relación existente entre envejecimiento y dependencia. Por otra parte, es fácilmente constatable la que liga la edad y el género. La tendencia de nuestra pirámide de población se va perfilando más femenina a medida que va aumentando la edad¹⁸, reflejando las diferencias intersexuales en la morbilidad y mortalidad. Ambos supuestos cruzados, anuncian incrementos de situaciones de dependencia conforme avanzamos en edad, y feminización de los mismos. Ello se ratifica en los datos referidos a Andalucía: de todos los encuestados que declaran necesitar ayuda, el 39% son hombres, siendo mujeres un 61%.

Gráfico 1.2. Dependencia según sexo del entrevistado



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

El sexo se muestra como un factor que influye en la hospitalización, dada la mayor frecuencia de mujeres en las edades mayores, donde la dependencia es más prevalente. Esta idea es confirmada con nuestros datos: para observar si el sexo femenino en edad avanzada es un factor de riesgo para la hospitalización hemos de considerar no sólo la frecuencia, sino también su comportamiento durante el período de hospitalización.

Tabla 1.3. Estancia hospitalaria según sexo de las personas dependientes

	1-7 días	8-14 días	15-22 días	23-30 días	31 días o más	NS/NC	Total
Hombres	22,7%	17,2%	22,3%	12,3%	21,1%	..	100,0%
Mujeres	27,5%	26,2%	20,5%	9,1%	14,2%	..	100,0%
Total	25,7%	22,7%	21,2%	10,3%	16,9%	3,2%	100,0%

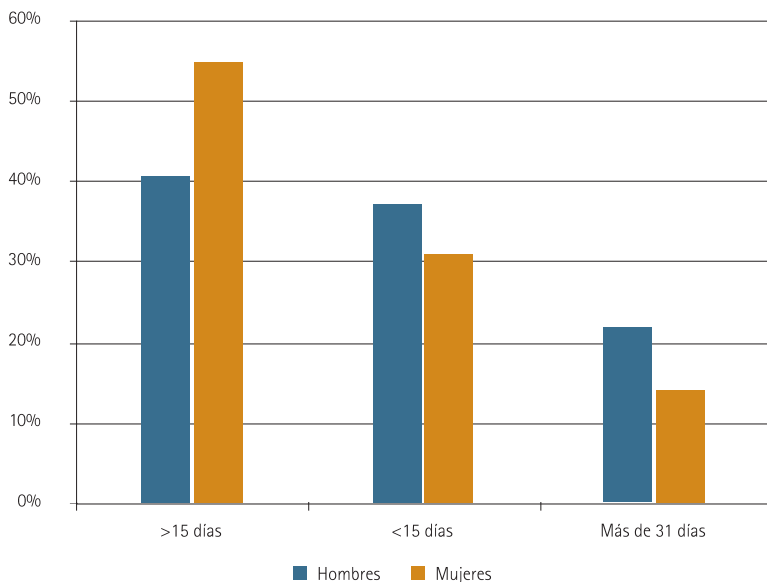
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

18. Instituto Nacional de Estadística. (2006) Encuesta de morbilidad hospitalaria.

Podemos observar en la tabla anterior, referida a datos de encuestados dependientes, cómo para estancias menores de 15 días hay un 39,9% de hombres frente a un 53,7% de mujeres y para estancias hospitalarias más largas (más de un mes), esta diferencia entre sexos se invierte, siendo los hombres los que permanecen más tiempo hospitalizados: 21,1% frente a un 14,2% de mujeres.

Gráfico 1.3. Tiempo de estancia hospitalaria por sexo



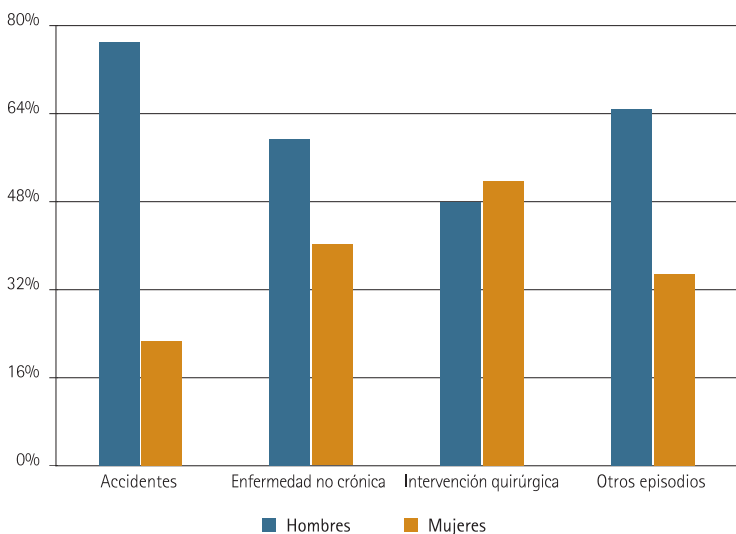
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Este fenómeno no es exclusivo de la población encuestada de nuestra comunidad autónoma, Andalucía. Los datos nacionales así lo demuestran, se observa que la estancia media de la mujer es menor que la del hombre. En la franja de edad 35-44 años estas diferencias se concretan en 6 días para las féminas y 8 para los varones. Solamente se invierte este fenómeno en la senectud de la mujer, en el intervalo de 75-95 años, acusándose esta superioridad en dos días más que los varones y alcanzando la estancia media femenina en 12 días frente a 10 de los hombres.¹⁹

Otra cuestión a analizar de suma importancia, es el comportamiento de la variable sexo al relacionarlo con la casuística hospitalaria.

19. Instituto Nacional de Estadística. (2006) Encuesta de morbilidad hospitalaria.

Gráfico 1.4. Causa de los ingresos hospitalarios por sexo



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Uno de los hallazgos más interesantes de esta comparativa es la elevada significación estadística²⁰ de la relación entre accidentes y sexo masculino. La tasa de accidentalidad mortal entre los varones multiplica por tres la de las mujeres y es que las conductoras destacan por su prudencia en todas las vertientes de la conducción, seguridad vial, etc²¹. Además, el estudio citado establece que las mujeres «tenden a provocar al volante, accidentes mucho menos graves que los hombres». Otro informe revelador, asegura que el sexo femenino muestra una mayor inteligencia emocional cuando se trata de coger el volante, además afirma que las mujeres «controlan mejor sus emociones al volante y tienden a sufrir menos accidentes porque conducen más alerta y despacio»²².

1.3. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según edad

Otro factor a tener en cuenta para dibujar el perfil de los hospitalizados es la variable edad. Más arriba señalábamos el incremento de la necesidad de ayuda para llevar a cabo la vida cotidiana conforme aumenta la edad, sugiriendo la mayor afección física de los mayores. Si la variable edad de nuestra fuente de datos la dividimos en dos intervalos, mayor y menor de 60 años, nos encontramos con un hallazgo significativo: entre las personas dependientes, un 77,2% de población mayor de 60 años ha

20. $p = .000$.

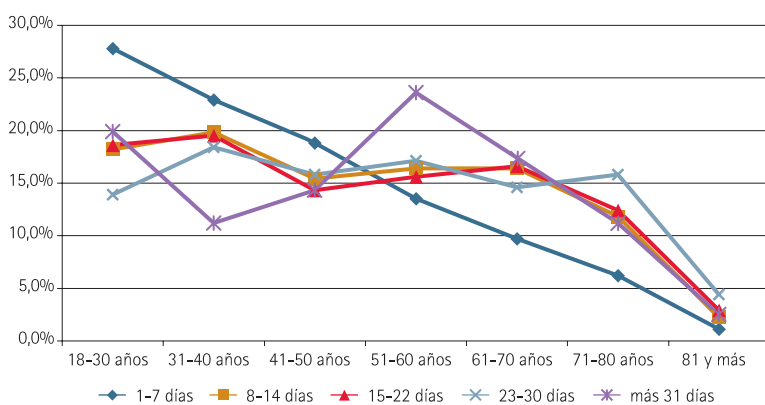
21. UNESPA. (2006) Evidencias sobre la siniestralidad grave en accidentes de tráfico. Un estudio a partir de la base de datos Tabla VI (v 1.0) de la comisión de autos UNESPA.

22. Instituto de Tráfico y Seguridad Vial. (2007) Emociones y Conducción.

estado hospitalizada al menos 1 vez en los últimos 10 años, frente a tan solo el 22.4% de encuestados menores de 60 años.

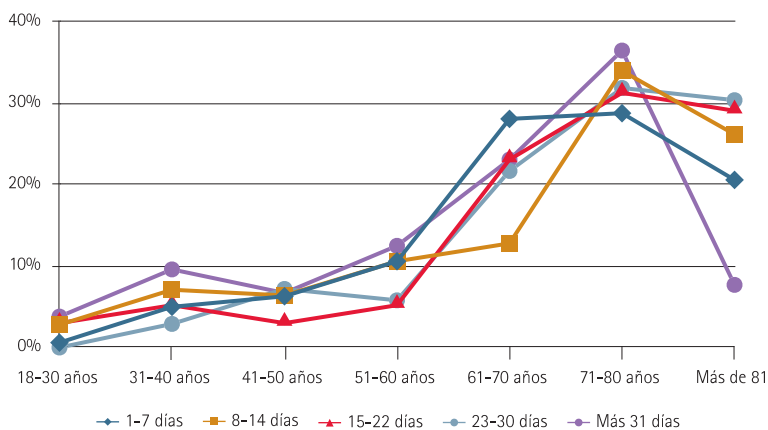
No sólo es importante confirmar el discurso reiterado de que el envejecimiento conlleva dependencia, por lo que el aumento de la esperanza de vida no es sinónimo de aumento de la calidad de vida. La información recabada en esta encuesta además confirma fehacientemente que el envejecimiento conlleva un incremento de consumo de recursos sanitarios. Para ello vamos a describir cómo se comporta la variable tiempo de hospitalización, o lo que es lo mismo, la *estancia media hospitalaria*.

Gráfico 1.5. Tiempo de hospitalización en personas no dependientes por edad



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 1.6. Tiempo de hospitalización en personas dependientes por edad

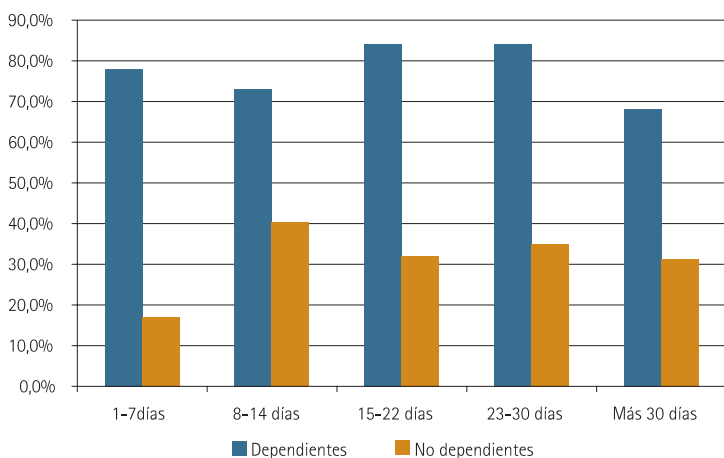


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Cuando asumimos la *estancia hospitalaria* como indicador de utilización de servicios, observamos cómo el envejecimiento influye significativamente en el aumento del uso de recursos hospitalarios, así como también que la dependencia juega un papel importante en la pauta de consumo de recursos. En la población no dependiente, observamos que las estancias cortas alcanzan su máximo porcentaje en edades jóvenes, 18-30 años, y su mínimo en los intervalos de edad más avanzada. Las estancias medias y largas son más frecuentes conforme aumenta la edad.

Para comprobar cómo se comportan los tramos de edad más avanzados en la demanda de recursos, hemos elaborado un gráfico en el que se representa el comportamiento de la variable tiempo de permanencia en el hospital, en función de dependencia o no en la población mayor de 60 años.

Gráfico 1.7. Tiempo de permanencia en el hospital e en personas dependientes y no dependientes de 60 y más años

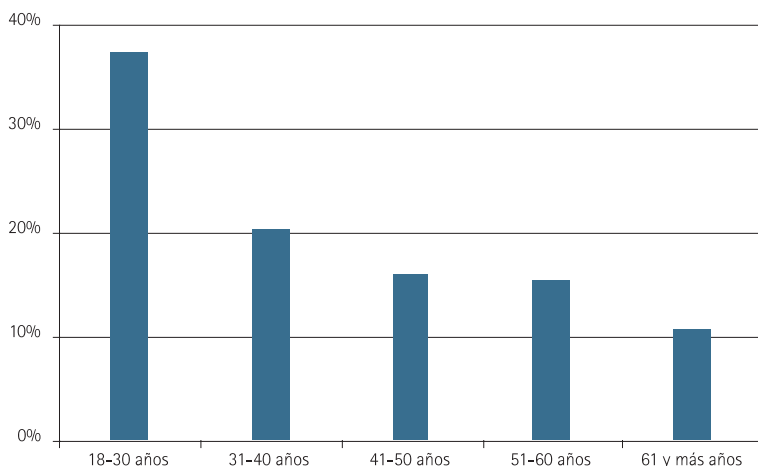


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

La distribución de la variable estancia hospitalaria con la población mayor de 60 años, muestra fuertes diferencias entre dependientes y no dependientes en todos los tiempos de estancia.

Además, el número de hospitalizados mayores de 60 años, aumenta a medida que aumenta la estancia hospitalaria, llegando al 84 % a partir de 15 días de hospitalización. Se ratifica así la tesis anteriormente expuesta de que al unir mayores de 60 años con dependencia, existe un aumento de recursos sanitarios que en este caso se traduce en el indicador estancia media hospitalaria.

Gráfico 1.8. Ingresos hospitalarios por accidentes según grupos de edad



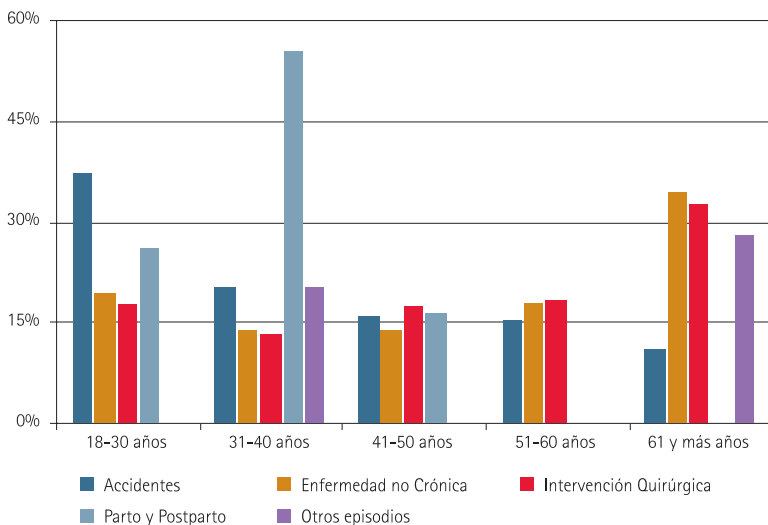
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Al observar los episodios de ingreso hospitalario en función de la edad, vemos que los accidentes muestran una presencia significativa en edades jóvenes. De todos aquellos pacientes encuestados que han sufrido un accidente en los últimos 10 años, el 57,9% eran menores de 40 años. Además hay que destacar que a medida que va aumentando la edad de los encuestados la probabilidad de ingresar a un hospital por causa de accidente se mantiene alrededor del 15%, pero a partir de los 60 desciende de una forma brusca llegando a alcanzar el valor mínimo de 1,5% a los 81 años.

El último informe realizado por la UNESPA en 2007 reproduce fielmente el comportamiento de las variables analizadas con población nacional, refiriendo que los datos disponibles por edad del lesionado dejan claro que las secuelas permanentes en accidentes de tráfico afectan especialmente a los jóvenes²³. El 17% de los lesionados permanentes en accidentes de tráfico son menores de 21 años, siendo el 5 % de éstos menores de 15 años. Los lesionados entre 21 y 30 años de edad suponen ellos solos prácticamente el 40% del total de lesionados. Los lesionados por encima de 35 años son el 27%; por encima de 55 años, el 10,5%; y con más de 65 años, el 4,8%.

23. UNESPA. (2006) Evidencias sobre la siniestralidad grave en accidentes de tráfico. Un estudio a partir de la base de datos Tabla VI (v 1.0) de la comisión de autos UNESPA.

Gráfico 1.9. Ingresos hospitalarios por episodio de hospitalización y grupo de edad



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Cuando nos referimos a las enfermedades no crónicas, observamos que el porcentaje de personas hospitalizadas por esta causa se incrementa a medida que la edad aumenta, exceptuando el primer período de edad joven donde alcanza un 19,4% de ingresos por esta causa. La progresión de la distribución de la variable es ascendente hasta llegar a la franja de edad 61-70 años sufre un descenso acusado, llegando al valor del 3.3 % de la población para mayores de 81 años. Este fenómeno puede considerarse «esperado», dado que al aumentar la edad, lo que principalmente se sufren son cronificaciones de las enfermedades, con el consiguiente incremento de ingresos hospitalarios.

En cuanto a las pacientes que han sido ingresadas por complicaciones en su embarazo, no hay ningún hallazgo no esperado, ya que los porcentajes más elevados de hospitalizaciones por esta causa (77,2%), se enmarcan en edades fértiles. En nuestra Comunidad, 2 de cada 10 mujeres encuestadas entre 41 y 50 años, tienen complicaciones en el embarazo. Los ingresos hospitalarios generados por el parto y el postparto tienen el mismo comportamiento respecto a la variable edad que en las enfermedades no crónicas, dándose los más altos porcentajes en edades fértiles. El 81,7% de la población da a luz entre los 18-40 años, destacando que el 68% de éstas tienen más de 30 años. El incremento de complicaciones en el embarazo está relacionado con la tendencia de nuestra sociedad de posponer cada vez más la búsqueda de un hijo²⁴. Se refrenda así, en nuestros datos, tesis avaladas por diversos estudios,

24. Bendezú-Martínez, G. (2001) Postergación de los embarazos en las mujeres. Pielonefritis aguda. *Ginecología y Obstetricia*. 47, 3, Luque Fernández, M. A., A. Bueno Cavanillas, M. Dramaix-Wilmet, F. S. Soria, J. de Mata Donado Campos and D. H. Guibert. (2009) Increase in maternal mortality associated with change in the reproductive pattern in Spain: 1996–2005. *J.Epidemiol.Community Health*. 63, 433.

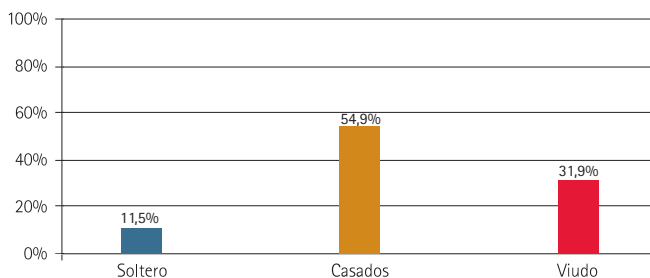
que sitúan la edad de la madre en relación directa con las complicaciones durante el embarazo y el parto²⁵.

Por último en cuanto a la casuística de los ingresos hospitalarios en relación con la edad del usuario, lo más destacable en el análisis de las intervenciones quirúrgicas es su incremento uniforme a medida que aumenta la edad. Se reafirma el argumento de la mayor probabilidad de dependencia y de consumo hospitalario con el incremento de la edad. Se exceptúa el rango de edad más alto, más de 81 años, donde esta causa de hospitalización sufre un descenso, dadas las complicaciones que este colectivo tiene para el desarrollo de una intervención quirúrgica, no sólo por las enfermedades crónicas que sufren, sino por su nivel de dependencia y la calidad de vida asociada a ambas cuestiones.

1.4. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según estado civil

El estado civil aparece como una variable analíticamente interesante en lo que se refiere a la hospitalización de los encuestados; es especialmente apreciable cuando se observa la distribución de ésta en la población que refiere necesitar ayuda en el desarrollo de las ABVC. Se percibe el predominio de ingresos hospitalarios en los encuestados que se catalogan como casados (54,9%), seguidos por los viudos (31,9%) y los que permanecen solteros y separados con un (11,5%) y (1,7%) respectivamente.

Gráfico 1.10. Estado civil de personas dependientes hospitalizadas.



25. William Callaghan, M. D. (2009) Maternal and Infant Health Branch, Division of Reproductive Health.

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las personas separadas o divorciadas no aparecen en el gráfico porque no tienen representatividad muestral suficiente.

Estos resultados se reproducen en diferentes fuentes de datos, en otros ámbitos geográficos²⁶, que siguen una pauta generacional y socio-cultural. La escasez de separados y solteros hay que ponerla en relación con las normas sociales de esa generación donde predominaba la no ruptura matrimonial y otras formas de matrimonio.

Al analizar el tiempo de estancia hospitalaria, también es destacable el resultado para los viudos dependientes, ya que suman más del 25% de los entrevistados que mantienen su ingreso hospitalario más de un mes, frente al 11,2 % de los solteros y el 1,6% de los separados; sólo son superados por aquellos encuestados que están casados, con un 55.8%, aunque este último resultado era de esperar ya que es el estado civil más prevalente en los sujetos de estudio.

De los datos que hemos referido anteriormente, se podría deducir que ser viudo y necesitar ayuda para las ABVC son dos situaciones que incrementan el consumo de recursos sanitarios, no sólo por la mayor probabilidad de ingreso hospitalario, sino también por lo prolongado de sus estancias. La enfermedad o la muerte del cónyuge pueden originar estrés en la pareja y/o mermarla en apoyo social, emocional, económico u otros apoyos pragmáticos. Se comprueba además que «el estrés y la falta de apoyo social también pueden afectar negativamente a la actividad inmunológica, de modo que la hospitalización de un cónyuge puede tener efectos fisiológicos en su pareja»²⁷. La relación directa entre edad y dependencia, unida al efecto viudedad y sus consecuencias en el apoyo social, dibujan un panorama de riesgo a considerar en la toma de decisiones que tenga que ver con el ordenamiento sanitario²⁸.

Si añadimos el estudio de las causas al análisis de la hospitalización según estado civil, observamos que encuestados casados son los que sufren más accidentes con un 56,6%. De todos los solteros entrevistados, el 36% han tenido un accidente en los últimos 10 años que les ha causado hospitalización. Estas conclusiones difieren de las de otros estudios²⁹, donde las personas casadas son las que menos accidentes han desarrollado. Presentan estados de ánimo más positivos, bajos niveles de estrés y un buen nivel de satisfacción en el trabajo, lo que disminuye la probabilidad de sufrir accidentes.

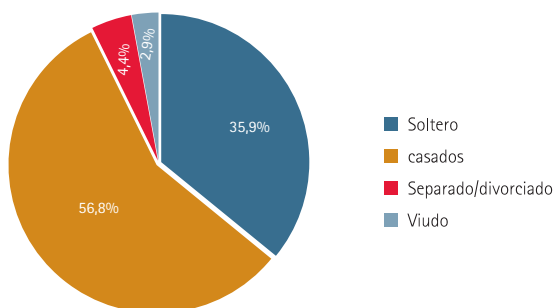
26. Rojo, F., G. Fernández-Mayoralas and E. Pozo. (2000) Envejecer en casa: los predictores de la satisfacción con la casa, el barrio y el vecindario como componentes de la calidad. *Rev Mult Gerontol.* 10, 222.

27. Christakis, N. A. and J. H. Fowler. (2009) «Social Network Visualizations in Epidemiology,». 1, 19, 5-16.

28. Más adelante nos detenemos de nuevo en este efecto.

29. Instituto de Tráfico y Seguridad Vial. (2007) Emociones y Conducción.

Gráficos 1.11. Ingresos Hospitalarios por accidentes según estado civil

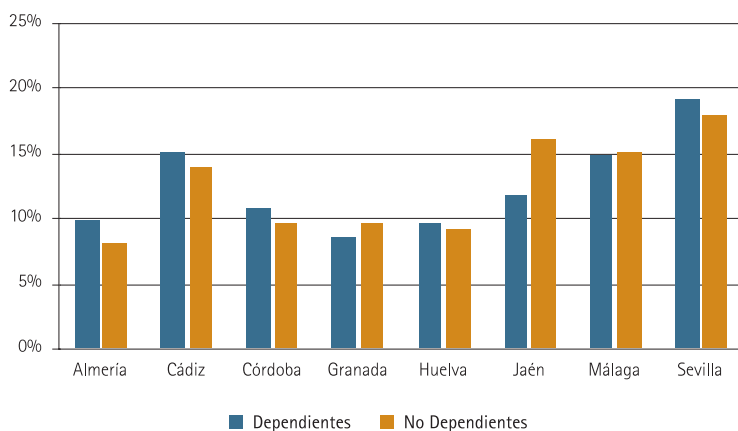


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

1.5. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según provincia

Otra variable que puede contribuir a la configuración del perfil de la hospitalización en Andalucía es la provincia de nacimiento, dado que existen factores contextuales del área geográfica que explican la salud, independientemente de los factores individuales: el medio ambiente, el urbanismo, el sector productivo predominante, los equipamientos de ocio, la provisión de servicios tanto públicos como privados, los aspectos socioculturales... Prestar la atención adecuada al estudio de la ubicación del cliente, posibilitará la detección de áreas geográficas con peores indicadores socioeconómicos y de salud, facilitando la puesta en marcha de una intervención coherente³⁰.

Gráfico 1.12. Hospitalización de la población dependiente y no dependiente por provincias



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

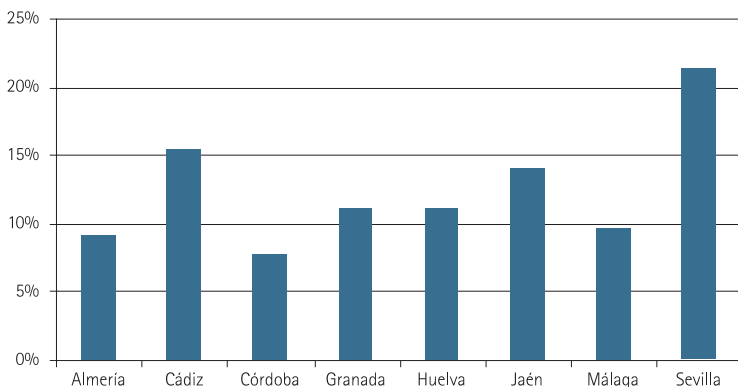
30. Borrell, C. (2006) Desigualdades y Servicios de Salud. 15, 2, 9-22

Observamos que Sevilla es la provincia andaluza donde los individuos encuestados que necesitan ayuda para la realización de las ABVC han sido hospitalizados con más frecuencia (22,3%), seguida de Málaga (18,6%) frente al menos frecuente (6%) de Huelva. De estos datos puede deducirse que la mayor cantidad de personas dependientes que habitan en la capital andaluza, utilizan más los recursos hospitalarios de la ciudad con mayor oferta en Andalucía (número de hospitales, número de camas, servicios, etc.)³¹.

Cuando nos referimos a la población que no precisa ayuda, nos encontramos que la variable sigue el mismo comportamiento que con los encuestados dependientes, siendo Sevilla la provincia en la que más ingresos hospitalarios se han registrado.

La provincia cuyos hospitales egresan o da de alta en un tiempo menor a la población dependiente es Almería, con un 15% de estancia media inferior a 15 días. Por otra parte, al observar la población no discapacitada, vemos que es en Jaén donde se da el egreso más rápido, pues 8 de cada 10 hospitalizados en esta provincia son dados de alta antes de los 15 días. Los jiennenses, así, muestran la mayor probabilidad de ser ingresados, pero con la estancia media más corta.

Grafico 1.13. Prevalencia de accidentes en las provincias andaluzas



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Los resultados que ofrece la ERF relativos a los episodios de hospitalización según provincias, muestran que el 25,6% de los accidentes se dan en la provincia de Sevilla, donde esta causa es la más prevalente, seguida de Cádiz con el 16,8% y Málaga con un 12,4. Estos resultados son coherentes con los hallados por la Dirección General de Tráfico en Andalucía en el año 2006, cuando en un estudio sobre siniestralidad se observa que la capital andaluza sigue siendo la ciudad con más prevalencia en siniestros.

31. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. (2009).

Tabla 1.4. Accidentes con víctimas según lugar de ocurrencia por provincia. Año 2006

	Andalucía	Almería	Cádiz	Córdoba	Granada	Huelva	Jaén	Málaga	Sevilla	España
En carretera										
Accidentes	8.112	888	1.284	766	1.111	683	709	1.145	1.526	49.221
Con víctimas mortales	486	69	59	43	80	39	38	84	74	2.601
En zona urbana										
Accidentes	7.394	211	2.404	297	549	301	332	1.195	2.105	50.576
Con víctimas mortales	73	13	17	2	1	2	3	16	19	518
Total										
Accidentes	15.506	1.099	3.688	1.063	1.660	984	1.041	2.340	3.631	99.797
Con víctimas mortales	559	82	76	45	81	41	41	100	74	3.119

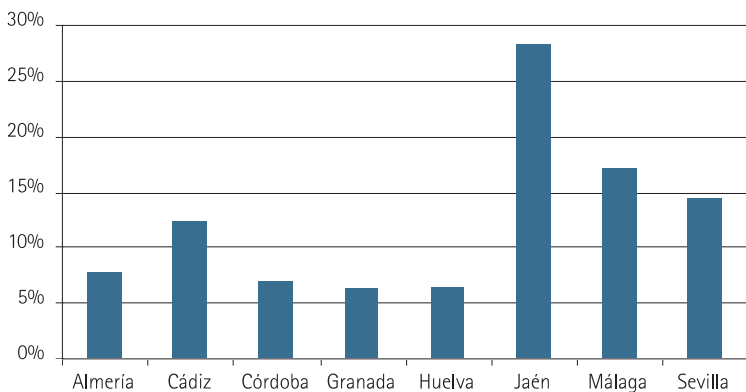
Fuente: Informe de siniestros de la DGT del año 2006

Podemos discernir, además, cómo hay tres provincias en las cuales el porcentaje de intervenciones quirúrgicas es bastante superior a la media (13,4%): Málaga, Sevilla y Jaén. De este modo, Jaén aparece entre las provincias con más ingresos por accidentes y por intervención quirúrgica, así como también se muestra como la provincia con la estancia media de hospitalización más corta.

Entre los objetivos del SSPA se encuentran disminuir las listas de espera quirúrgica y reducir los índices de estancia media. Para ello, se crean hospitales de día que fomentan la *cirugía mayor ambulatoria* (CMA), permitiendo al paciente volver a su casa en el mismo día sin requerir hospitalización, con la misma calidad y eficacia asistencial que las convencionales. Este tipo de intervenciones se incrementaron en 2004 un 62,5% con respecto a 2003, al pasar de un total de 10725 a 17436. Por provincias, Jaén registra una demora media de 48 días, le siguen Huelva y Cádiz, con 49, Córdoba (50), Almería (58), Granada y Sevilla (59), y Málaga (63)³².

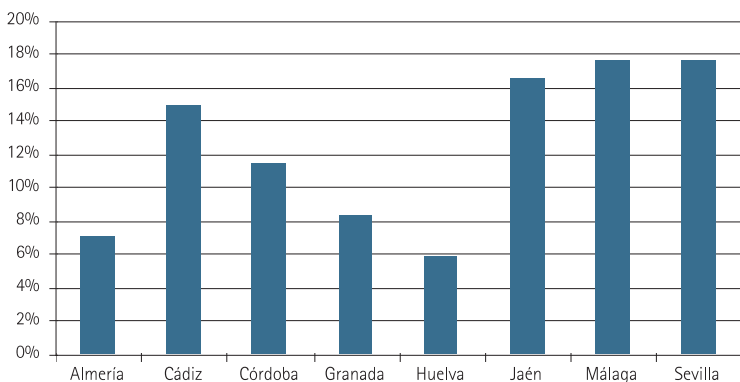
Contrastando estos datos con los de nuestro estudio, observamos como Jaén es la provincia donde menos demora existe, siendo la tercera provincia en orden de prevalencia donde más intervenciones quirúrgicas se realizan de Andalucía.

Gráfico 1.14. Intervenciones quirúrgicas por provincias



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 1.15. Estancia media de hospitalización más corta por provincias



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

En estos gráficos relacionamos dos variables que fundamentan un argumento común. Por un lado observamos que en Jaén se realizan un gran número de intervenciones quirúrgicas, pero a su vez esta provincia marca una estancia media corta, por lo que el sistema sanitario está resultando eficaz, ya que son dos indicadores de calidad cuyo fin también está relacionado con la disminución de la demora en la lista de espera quirúrgicas.

Un total de 51.940 intervenciones quirúrgicas se llevaron a cabo durante el año pasado en los cuatro hospitales públicos de esta provincia, lo que supone un incremento de un 3% con respecto a las realizadas en 2003, que fueron 50.437, es decir, 1.503 menos³³. Estos datos refuerzan nuestra hipótesis del incremento de eficacia del SSPA, que reduce

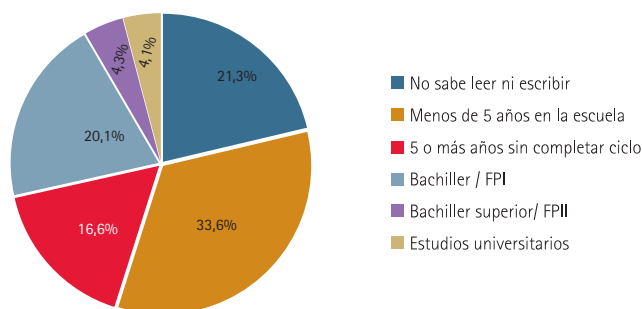
33. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. (2009).

el tiempo de espera desarrollando estrategias para llevar a cabo más intervenciones con menos tiempo de hospitalización, incluso evitando la necesidad de ésta.

1.6. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según nivel de formación

Por lo que se refiere a los encuestados dependientes que han estado hospitalizados en los últimos 10 años, se advierte que más del 70.8 % no han completado ningún nivel de estudios y el 20.8% de éstos son analfabetos.

Gráfico 1.16. Hospitalización según nivel de estudios de la población



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Considerando la asociación descrita anteriormente entre dependencia y envejecimiento, podemos deducir que se trata de población mayor, componentes de generaciones en las que tan sólo completar la escolarización básica ya era un lujo. Un estudio reciente describe cómo en Andalucía las personas nacidas antes de 1944, mayores de 65 años, tienen una proporción media de escolarización de tan sólo el 5%³⁴.

Esto significa que los bajos niveles formativos pueden suponer un factor de riesgo para la salud, a través de la variable edad y su relación directa con la dependencia; por tanto, una mayor probabilidad de utilización de los servicios sanitarios. El nivel de estudios, la ocupación, el nivel de ingresos, el área de residencia, el grado de privación material... Se trata de factores de riesgo económico y social para la salud, identificados por la literatura analítica de la salud desde la perspectiva sociológica de la desigualdad y la influencia de la estructura social en los hábitos y comportamientos³⁵.

34. Miret Gamundi, P. (2006) Escolarización, mercado de trabajo y emancipación familiar en España: un análisis longitudinal a escala de comunidad autónoma. *Papeles de geografía*. 43, 73.

35. Borrell, C. (2006) Desigualdades y Servicios de Salud. 15, 2, 9-22.

Tabla 1.5. Estancia de hospitalización de personas no dependientes según nivel formación

	1-7 días	8-14 días	15-22 días	23-30 días	Más de 31 días
No sabe leer ni escribir	18,3%	31,7%	..	..	..
Menos de 5 años en las escuela	24,2%	30,5%	19,8%	10,6%	11,9%
5 o más años sin completar el ciclo básico	28,6%	28,2%	23,5%	10,7%	9,0%
Bachiller ó FPI	41,4%	26,9%	15,0%	7,3%	9,2%
Bachiller superior ó FPII	36,6%	29,9%	17,5%	8,8%	..
Estudios universitarios	42,5%	26,1%	15,5%	..	..

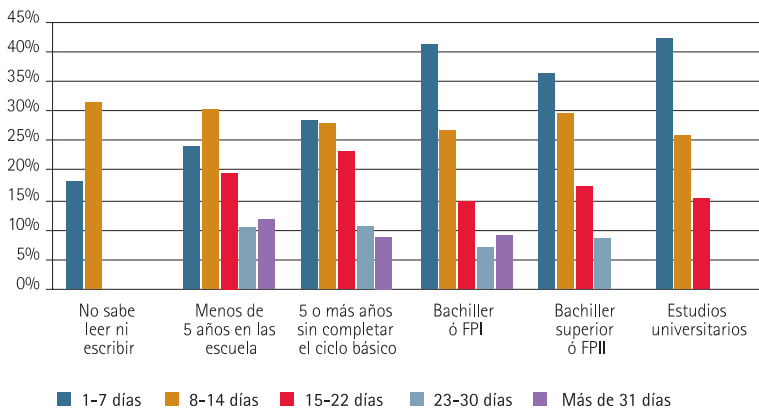
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

La contrastación de este fenómeno se reafirma en el análisis de los tiempos de estancia hospitalaria de las personas no dependientes. Aún eliminando la posible interferencia de la dependencia, observamos que el tiempo de estancia hospitalaria se va incrementando a medida que disminuye el nivel de formación.

La mitad de encuestados no instruidos mantiene una estancia supe-

Gráfico 1.17. Estancia de hospitalización de personas no dependientes según nivel formación



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las categorías que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

rior a 15 días y el 28.8% de éstos necesitan estar más de un mes. Frente a estos datos, observamos que ninguno de los encuestados que han finalizado el tercer ciclo académico ha precisado permanecer más de un mes en el hospital. Así, no sólo es más probable que la población con bajo nivel de estudios ingrese en los hospitales, sino que también es más probable que pase más tiempo en ellos, una vez que han ingresado. No obstante, con toda probabilidad esta relación nivel de estudios – estancia duración de la estancia, venga influida por la variable edad, en el sentido que los

niveles de estudios inferiores son más probables en edades más elevadas. De hecho, la variable edad ejerce una influencia estructural en los comportamientos sociales en general, y en los relativos a salud en particular.

Al contrastar las posibles diferencias en la casuística de ingreso en función del nivel de estudios, de entre los episodios analizados en nuestra fuente de datos es el referido a la reproducción el más significativo, social y estadísticamente.

Las complicaciones en el embarazo son muy frecuentes en aquellas mujeres cuyo nivel de instrucción es más bajo, pero aún más en aquellas dónde el nivel de formación es el más alto. El análisis de la ERF nos indica que aquellas licenciadas universitarias que han parido en los últimos 10 años, el 80% han tenido complicaciones en el embarazo, frente al 69,2% de aquéllas que no han finalizado su formación básica. Los factores de riesgo en el período perinatal son múltiples, entre los cuales el desconocimiento sobre los cuidados prenatales por parte de la gestante cobran gran importancia. El nivel educativo es una variable clave en la explicación y dinámica de los fenómenos relacionados con la salud reproductiva. Diversos estudios epidemiológicos han coincidido en investigar las relaciones entre niveles de instrucción y alteraciones en la salud reproductiva. Uno de ellos concluía que en condiciones de bajos niveles de escolaridad, la incidencia del embarazo precoz y el embarazo tardío, múltiple y muy frecuente, es significativamente el resultado de la ignorancia en este ámbito, además de los prejuicios, los mitos y otras circunstancias, que tornan más complejo el problema de la salud reproductiva³⁶.

Por otra parte, de nuevo aparece el efecto de la variable edad. Las mujeres que alcanzan los niveles formativos más elevados son las que consciente y voluntariamente más posponen sus embarazos, al tener que orientar su vida laboral de forma prioritaria; generalmente en ocupaciones de mayor prestigio social. Esto implica que se quedan embarazadas a edades más elevadas, donde los problemas en el embarazo son más frecuentes³⁷.

1.7. Caracterización social de la hospitalización en Andalucía: según actividad principal.

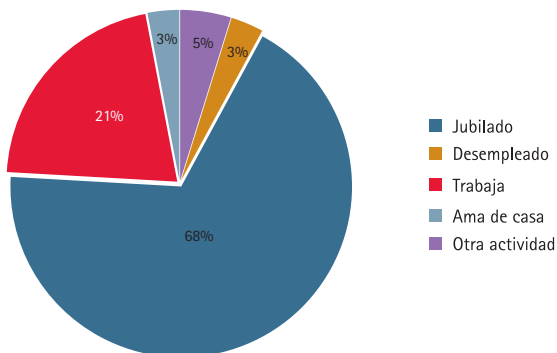
Para avanzar en la caracterización de los hospitalizados en Andalucía, vemos que la consideración de las variables sociológicas es clave para la ponderación de los riesgos en salud y de las demandas del SSPA. En esta línea, en nuestra fuente de datos hemos analizado la actividad principal de los encuestados que han ingresado en un hospital en los últimos 10 años, y observamos que el 68% de los que necesitan ayuda son jubilados.

A la inactividad como factor de riesgo para la persona jubilada,

36. Jiménez, G., D. Cervantes, S. Beltrán, B. Camacho and G. García. Estudio epidemiológico sobre frecuencia y tipo de complicaciones durante parto y puerperio.

37. Bendezú-Martínez, G. (2001) Postergación de los embarazos en las mujeres. Pielonefritis aguda. *Ginecología y Obstetricia*. 47, 3.

Gráfico 1.18. Hospitalización según la situación de actividad de la población



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

puede unirse un eventual déficit de recursos económicos (propio de la jubilación) y los riesgos propios de edades elevadas. Los jubilados padecen más enfermedades e incapacidades crónicas, se ven más impedidos por ellas y hacen un mayor uso de recursos sanitarios, tanto en medicina general como en asistencia especializada. Solamente el dentista es más visitado por los no jubilados³⁸.

Por otra parte, el desempleo es también una situación que muestra frecuencias elevadas de asistencia al hospital: el 54,3% de los residentes en Andalucía que carecen de empleo y que necesitan ayuda, fueron ingresados en los últimos 10 años.

Al introducir en el análisis el tiempo de estancia, según actividad principal y confrontando los datos según necesiten ayuda o no, observamos que los inactivos, situación sumada de desempleados y jubilados, son los encuestados que tanto si son discapacitados como si no, utilizan más los recursos sanitarios. De las estancias superiores a un mes, son los inactivos los más prevalentes, y entre ellos los desempleados dependientes los más frecuentes (31,6%). De los encuestados jubilados con más de un mes de ingreso, también son los dependientes los más frecuentes.

Respecto al colectivo que consume menos recursos hospitalarios, prevalece el de amas de casa, con un 68,9% de altas hospitalarias con menos de 15 días de hospitalización en aquellas que no necesitan ayuda. Aun necesiéndola, el tiempo de estancia hospitalaria sigue siendo escaso, obteniendo el 57,6% del total de entrevistadas con menos de 15 días de hospitalización.

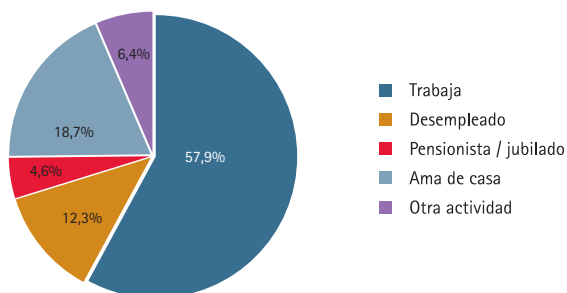
En el análisis de las causas de ingresos hospitalarios, según las situaciones de actividad laboral de los encuestados, encontramos varios datos de interés. La actividad donde más accidentes se registran

38. Del Llano Señarís, J., S. Pérez Camarero and A. Hidalgo. (2004) El impacto de la jubilación sobre la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

es en la de *estudiante*, dato que apoyaría la hipótesis señalada arriba, conforme a la cual la edad supondría una variable estructural clave en los comportamientos de salud, en general, y la hospitalización en particular. 7.792 estudiantes (el 5,8% de la población total encuestada), han sido ingresados alguna vez en los últimos 10 años en un hospital por un accidente.

Cuando hablamos de ingreso por enfermedad no crónica, observamos una frecuencia de respuesta parecida en todos los colectivos, en torno a valores del 75% de personas que dan una negativa por respuesta, y 25% que confirman haber padecido alguna enfermedad no crónica que le ha hecho ingresar en un hospital. Nuevamente es el colectivo de los jubilados quien despunta en los porcentajes, acercándose al 35% de aquellos que han padecido un ingreso por esta causa.

Gráfico 1.19. Hospitalizaciones causadas por enfermedades no crónicas según la situación de actividad de la población



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: la categoría «otra actividad» incluye, además de la opción de respuesta otras, a los estudiantes.

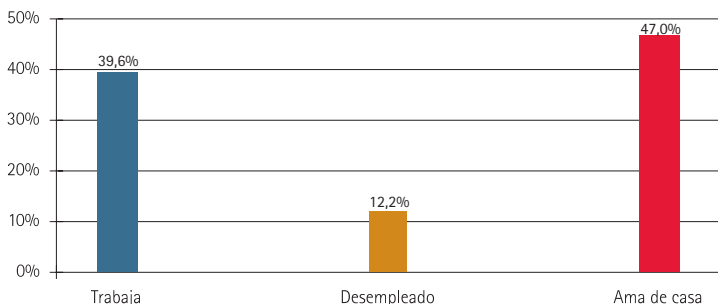
Si nos referimos de nuevo a comparar el comportamiento de este episodio en relación con la variable edad, observamos que el porcentaje de personas hospitalizadas por esta causa, se incrementa progresivamente con la edad, de un 24,3 % en la franja de edad de 18-30 años a un 40% a los 81 años.

La jubilación convencional está en torno a los 65 años, edad en la que, según nuestros datos, los ingresos hospitalarios por enfermedad no crónica no son especialmente importantes. Es a partir de los 80 años cuando alcanzan la máxima frecuencia. Este dato señalaría la existencia de otros elementos, aparte de la edad en sí misma, que podrían influir en el alto porcentaje de ingresos por enfermedad no crónica en los jubilados: la jubilación como cese de las relaciones laborales, cierre de la etapa activa de la vida, deterioro de las relaciones sociales asociadas

al marco laboral, etc. Se trata de un período de fuertes cambios vitales y relacionales en las personas. «Aunque el sujeto obtiene un equilibrio personal durante el periodo de la edad madura y que éste sigue vigente al entrar en el periodo de la jubilación, el deterioro de diversas variables personales y ambientales determina que cualquier elemento negativo tenga una mayor incidencia que en cualquier otro periodo evolutivo del sujeto»³⁹. En la bibliografía hallamos referencias incluso de afecciones concretas: «aturdimiento, depresión, ansiedad, insomnio, cefalea, hipertensión arterial, accidente cerebro vascular, anorexia, estrés, angina de pecho...»⁴⁰

En relación a otros episodios de hospitalización, nos detenemos en aquellos que están directamente relacionados con el sexo: los derivados del parto o puerperio o complicaciones en el embarazo. Del total de mujeres encuestadas en la ERF que han sido ingresadas en un centro hospitalario para dar a luz, la mitad son amas de casa (47%) y la otra mitad se divide entre trabajadoras y desempleadas, como muestra el siguiente diagrama.

Gráfico 1.20. Hospitalizaciones de mujeres por parto/posparto, según situación de actividad



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: el resto de relaciones de actividad (estudiantes, personas jubiladas y otras) no aparecen en el gráfico ya que no tienen representatividad muestral.

Del total de mujeres que han dado a luz, el 39,6% son trabajadoras, y de éstas han sufrido una complicación en el embarazo el 38,4%. La magnitud de estos datos ha sido objeto de estudio en multitud de investigaciones desde el enfoque de la prevención de riesgos laborales, que encuadra el embarazo como una situación de ciclo vital, no como una enfermedad. Esto implica la necesidad de detección de los posibles riesgos a los que las embarazadas puedan ser expuestas, así como el diseño de estrategias de intervención. Un estudio innovador sugiere que

39. Meléndez, J. (1996). *Gerokomos*. VII, 109.

39. Weston Remond, L. (2005) Jubilación: efectos médicos y psicosociales. *Acta médica peruana*. XXII, 134.

40. Moreno, N., D. Romano and S. Brunal. (2008) Guía sindical para Prevenir los Riesgos en el Embarazo y la Lactancia. 55.

41. Fundación Madrina. (2008) Informe 2008. Proyecto Sandra.

los peligros para la mujer embarazada trabajadora pueden ser desde agentes químicos, agentes biológicos a agentes físicos, tan evidentes como el monóxido de carbono, los medicamentos antimicóticos, algunos movimientos o posturas, las cargas pesadas e incluso el frío y el calor. Otros riesgos referidos en un estudio similar⁴¹, son las cargas de trabajo psicológicas asociadas al estrés de la embarazada, e incluso el *mobbing* que sufren en determinados puestos. Estas circunstancias hacen que se incremente la prevalencia en las complicaciones de embarazos de la mujer trabajadora ⁴².

2. APOYO SOCIAL Y SALUD

2.1. Apoyo social en la población andaluza. Encuesta de Redes Familiares.

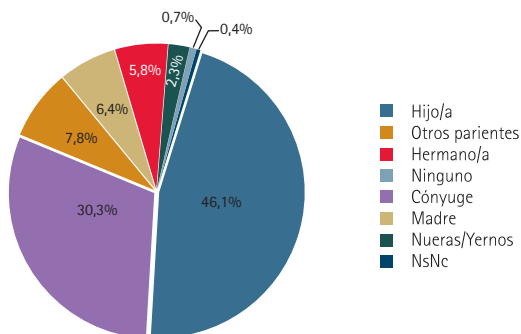
Como hemos visto, las variables sociológicas expuestas dibujan perfiles de diferente riesgo en salud. A continuación seguimos con elementos sociológicos más complejos, que también dictan diferencias en términos de consumo y riesgo en salud: la red de apoyo social. El reflejo de ésta en la salud la ejemplificaremos con dos efectos observados tanto en los datos de la ERF como en la bibliografía al respecto: el *efecto viudedad* y el *efecto jubilación*.

En los últimos años se ha incrementado el interés por el *apoyo social* y las *redes sociales* como fenómenos y procesos explicativos de otros hechos sociales. Podemos definir el nivel de apoyo social como el grado de satisfacción de las necesidades básicas de la persona a través de la interacción con otros, o con la comunidad, entendiendo por *necesidades básicas* las de afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad⁴³. Estos términos se han referido tanto a los recursos que se le proporcionan al individuo desde centros institucionales (servicios, instalaciones comunitarias, prestaciones económicas...), como a los que surgen de las relaciones sociales⁴⁴. Si rescatamos de esta definición la interacción con la comunidad, podemos entenderla también como proveedora de apoyo social, como *redes formales de apoyo*, pero si nos referimos a la interacción que tiene la propia persona con su entorno, amigos, familia, compañeros de trabajo... y cómo ésta es capaz de satisfacer las necesidades definidas anteriormente, estamos describiendo la *red de apoyo informal*.

42. Kaplan, G., J. Salonen, R. Cohen, R. Brand, L. Syme and P. Puska. (1998) Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from eastern Finland. 128, 370, 80.

43. Rodríguez Marín, J. (2001) Estrés, enfermedad y hospitalización.

Gráfico 2.1. Familiares que prestan ayuda a las personas dependientes



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Es esta red la que tendremos en cuenta en el presente capítulo, la relación entre red informal de apoyo social y la salud. Son numerosos los estudios epidemiológicos que han señalado la relación existente entre apoyo social y salud, de forma que al aumentar el apoyo social se observa mejoría de la salud, tanto física como psíquica⁴⁵. Algunos estudios destacan la reducción de la tasa de mortalidad⁴⁶ en individuos con buen apoyo social o el aumento de la utilización de los servicios de salud en caso de apoyo social pobre⁴⁷. La evidencia en la literatura científica nos afirma que el sistema de apoyo tradicional, familiar y de amigos actúa como efecto amortiguador en el fenómeno de enfermar, sobre todo en aquellos casos que la falta de vínculo merma la independencia del propio sujeto⁴⁸.

El concepto de apoyo social referido a la satisfacción de las necesidades básicas como se ha realizado al comienzo del capítulo, habría de ser clarificado considerando elementos básicos de las relaciones sociales: *cantidad, función y estructura*. Son independientes pero están íntimamente relacionadas.

■ La *cantidad y frecuencia* de las relaciones sociales que un individuo tiene. Son aspectos muy importantes para el estudio del apoyo social, ya que se puede evaluar la integración y participación social de un sujeto. Medirla nos muestra la existencia o no de apoyo, pero es necesario profundizar en los aspectos estructurales de esta variable para que se aclaren los posibles efectos que la red social puede tener en la persona.

■ Desde una perspectiva *funcional*, tres han sido los tipos del apoyo social que se han venido reflejando en la mayor parte de las clasificaciones:

44. Oxman, T. E. , L. Berkman, S. Kasl and D. H. FREEMAN. (1992) Social Support and Depressive Symptoms in the Elderly. *Am. J. Epidemiol.* 135, 4, 365-368.

45. House, J. S. , K. R. Landis and D. Umberson. (1998) Social Relations-Hips and Health. *Science*. 241, 5, 540.

46. Bellón Saameño, J. , D. S. A. , J. Luna del Castillo and P. Lardelli Claret. (1996) Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*. 18, 153-63.

47. Maya Jariego, I. And L. de la Vega. (2004) Niveles de multiplicidad y tipos de proveedores de apoyo: las redes personales de inmigrantes indios en Argentina.

emocional e informacional⁴⁹, tangible o instrumental y la participación social de la red.

■ El primero representa el sentimiento personal de ser amado, la seguridad de poder confiar en alguien y de tener intimidad con esa persona y provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas. Así, cuando las personas se enfrentan con un problema que no pueden resolverse de un modo fácil y rápido, tratan de buscar información acerca de la situación, posibles modos de solucionarla o recursos adecuados para disminuir los perjuicios que ocasiona

■ El apoyo instrumental, tangible o material hace referencia a la posibilidad de disponer de ayuda directa (por ejemplo, cuidar de la casa cuando uno se ausenta, cuidar de un familiar, facilitarle alojamiento, etc.).

■ La última de las funciones, consiste en la participación social con los miembros que componen su red. Ésta se define por las relaciones mantenidas de cara a la realización de actividades de ocio y tiempo libre

■ La *estructura* de las relaciones sociales de la persona, las redes sociales, describiría los vínculos establecidos entre los miembros de ésta. Es interesante para conocer de forma exhaustiva el entorno del sujeto. Algunas dimensiones a estudiar serían el tamaño (número de personas que componen la red), la densidad (cantidad de interrelación entre los miembros de la red), multiplicidad de las relaciones (aquellas que incluyen más de una función o actividad), la reciprocidad y equilibrio de estas interacciones y la Homogeneidad o heterogeneidad entre los miembros de la red⁵⁰.

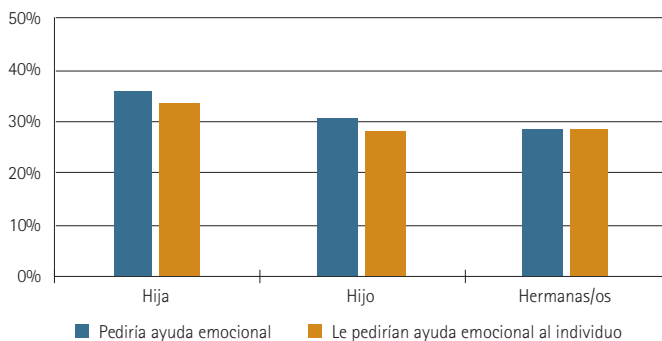
De los aspectos descritos podemos destacar cómo son objetivables *cantidad-frecuencia* y *estructura* de las relaciones, y cómo la perspectiva funcional se caracteriza por la subjetividad del sujeto, qué tipo de apoyo es el que percibe y cómo lo valora, ya que hace referencia a cómo de eficaz le ha supuesto la provisión de apoyo prestado.

Para poder evaluar el apoyo social de un individuo, la ERF realiza una valoración multidimensional en la línea de las perspectivas expuestas como se muestra en los siguientes gráficos:

48. Barrón, A. , P. Lozano and F. Chacon. (1988) Autoayuda y Apoyo Social. *Psicología Comunitaria*. 205-225.

49. Rodríguez Marín, J. (2001) Estrés, enfermedad y hospitalización.

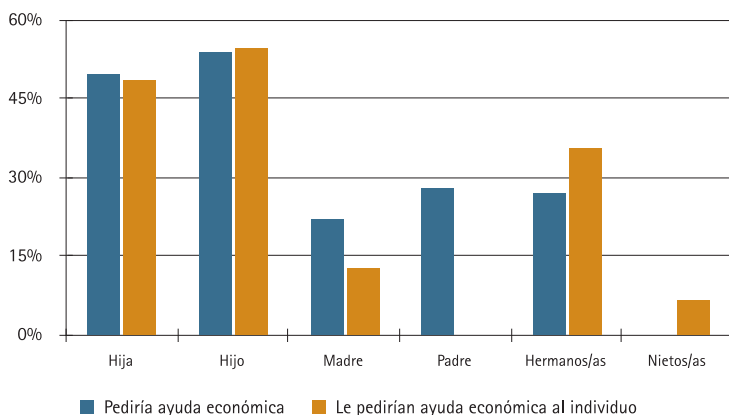
Gráfico 2.2. Parientes a los que el entrevistado pediría y cree que le pedirían ayuda emocional



Fuente: IEA, Encuesta Redes Familiares

Nota: En el gráfico sólo aparecen representados aquellos parientes que tienen suficiente representatividad muestral.

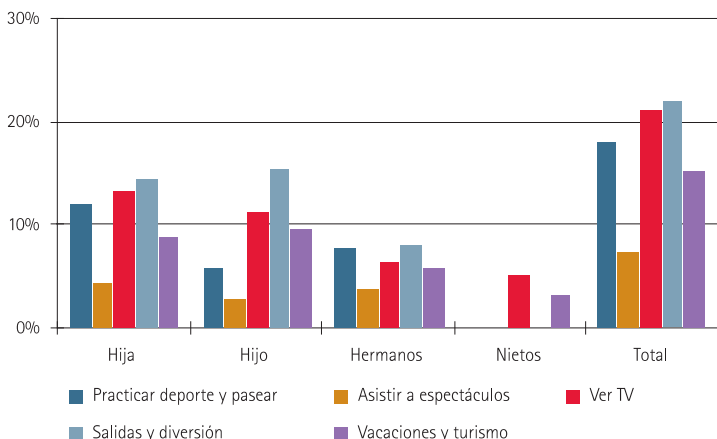
Gráfico 2.3. Parientes a los que el entrevistado pediría y cree que le pedirían ayuda económica



Fuente: IEA, Encuesta Redes Familiares

Nota: En el gráfico sólo aparecen representados aquellos parientes y categorías que tienen suficiente representatividad muestral.

Gráfico 2.4. Parientes con los que el entrevistado realiza actividades sociales



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: En el gráfico sólo aparecen representados aquellos parientes y categorías que tienen suficiente representatividad muestral.

Se han tomado como referencia las variables de la escala ASSIS (*Arizona Social Support Interview Schedule*⁵¹). Esta escala se administra originalmente a partir de una entrevista semiestructurada. Sus preguntas tratan de identificar el número de personas que componen la red, la satisfacción de la persona con el apoyo percibido; tipo y fuentes de apoyo percibido (función de la red y eficacia de ésta).

El instrumento con el que hemos recogido la información en este estudio, nos sirve para analizar la red social de apoyo de los habitantes de Andalucía, pues detecta tanto a los miembros elegidos de manera prioritaria para cada una de las dimensiones, como a aquellos que están fuera de la misma aunque no existan lazos de consanguinidad. Con este instrumento podemos obtener la perspectiva estructural, valorando el tamaño de la red de apoyo del sujeto entrevistado y observando si la red es densa o no. Incluso otras preguntas de apoyo en el cuestionario, nos permiten saber si el teniendo un número determinado de personas para cada una de las dimensiones de apoyo, densidad de la red, ésta es eficaz o no aspecto funcional del apoyo percibido.

A continuación objetivamos la cantidad de apoyo social observando el *tamaño de la red*, como elemento estructural. Comenzamos con la relación que mantienen los encuestados con aquellos miembros de su red social fuera del hogar, describiendo qué tipo de contacto tiene y con quién lo tiene. Las relaciones con el entorno social, familiar y no familiar, tienen consecuencias sobre la salud, en cuanto que definen parte de la integración social del individuo.

La siguiente tabla expone los medios a través de los que la población mantiene relación con su entorno familiar.

50. Barrera, M. and S. L. Ainlay, (1983) The Structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *J. Community Psychol.* 1, 133.

Tabla 2.1. Tipos de relaciones sociales que mantiene la población con los miembros de su familia (respuesta múltiple)

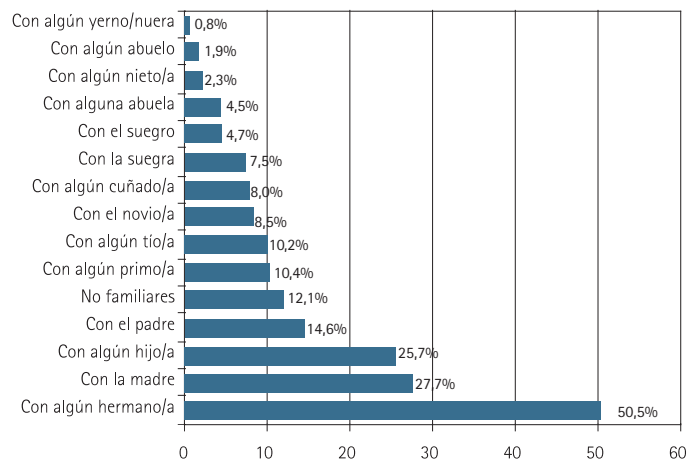
	Población	Porcentaje
Teléfono	5.091.200	81,2%
Correo postal	168.150	2,7%
Correo electrónico	479.730	7,6%
Visitas	5.376.734	85,7%
Otro tipo de encuentros (salidas, actividades de ocio y tiempo libre)	1.734.724	27,7%
Total	6.271.244	100,0%

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Al hablar de familia fuera del entorno hogar, la forma de relación más frecuente es el realizar visitas, seguida de cerca por las llamadas telefónicas: el 85,7% y el 81,2% respectivamente de todos los encuestados. Por otra parte, también es de señalar la escasa frecuencia de los encuentros de ocio, opción que, como veremos posteriormente, se da más con los amigos que con la propia familia.

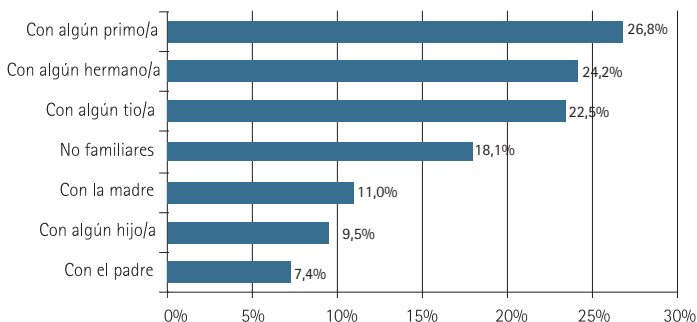
Abundando en el contacto telefónico, en el siguiente gráfico se puede observar cómo es la figura del hermano/a la elegida mayoritariamente para este tipo de contacto (así lo hizo el 50,5% de los entrevistados). Seguidamente eligen contactar con la madre (27,7%) y en tercer lugar los hijos (25,7%). La elección de contacto dentro de tu red de apoyo familiar está relacionada con la edad, y por consiguiente con las distintas etapas de tu vida; la primera elección sigue siendo la figura fraterna del hermano.

Gráfico 2.5. Personas del entorno familiar con las que no se convive y se mantiene contacto telefónico (máximo tres respuestas)



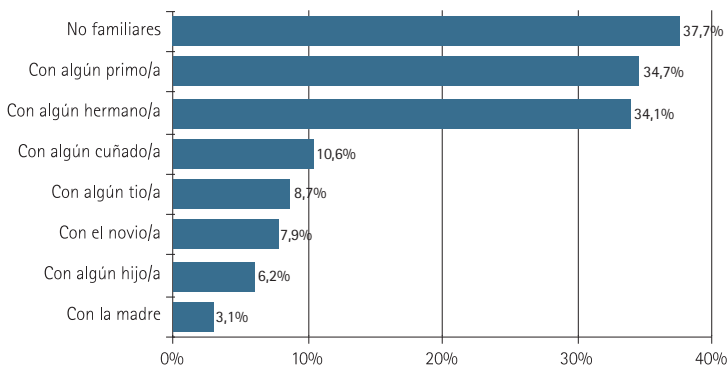
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 2.6. Personas del entorno familiar con las que no se convive y se mantiene contacto por correo postal (máximo tres respuestas)



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 2.7. Personas del entorno familiar con las que no se convive y se mantiene contacto por correo electrónico (máximo tres respuestas)

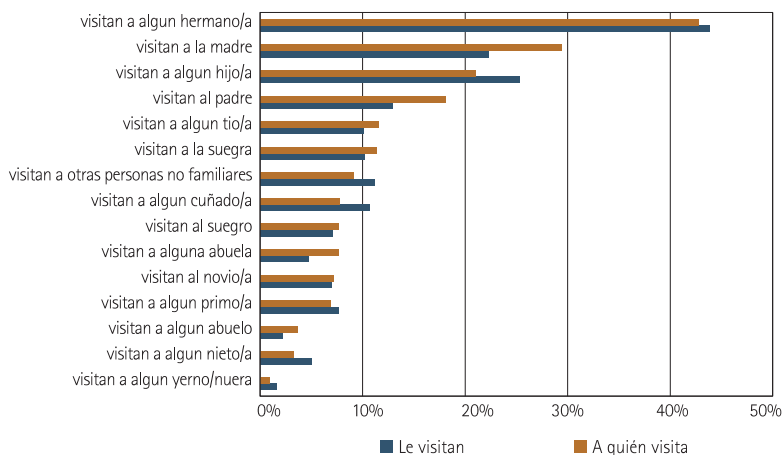


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

En los dos últimos gráficos, referidos al medio de contacto elegido para relacionarse con los miembros de la red, observamos cómo siguen un mismo patrón. Cuando se trata de correo postal o electrónico, son primos y hermanos los más elegidos en ambos casos. Es destacable que el correo postal está en desuso (presenta frecuencias de uso notablemente inferiores al electrónico), y se usa principalmente para relacionarse con miembros no consanguíneos de la red (37,7%). Dentro de la red familiar, los miembros que más se relacionan a través de estos medios son los hermanos, primos y en algunos casos los tíos.

La visita personal es el modo de relación más elegida por los residentes en Andalucía, hábito propio de una cultura de alta sociabilidad, como la nuestra.

Gráfico 2.8. Personas del entorno familiar con las que no se convive a quienes realizan visitas y por quienes son visitados los entrevistados (máximo tres respuestas)



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Los miembros de la red elegidos como objeto de las visitas son los hermanos con un 42,8%, la madre con un 29,4% y, por último los hijos, con un 21%. Respecto a la reciprocidad de esta elección, es decir si, por ejemplo, los que elegimos a los hermanos en primer lugar para realizar visitas también somos visitados por nuestros hermanos, observamos en el gráfico la confirmación de dicha reciprocidad: las visitas realizadas por los hermanos son las más frecuentes (43,8%). A continuación nos visitan los hijos (25,3%) y por último las madres (22,3%). Así, en Andalucía se visitan a los mismos miembros de la red hogar, que posteriormente devuelven la visita.

Más información para la definición del tamaño de la red de apoyo, como la cantidad de personas con las que podríamos contar en caso de necesidad, la obtenemos analizando las relaciones que existen dentro de ésta en épocas especialmente familiares, como por ejemplo las fiestas navideñas.

Tabla 2.2. Personas del entorno familiar con las que no se convive y con quienes celebra la Navidad (respuesta múltiple)

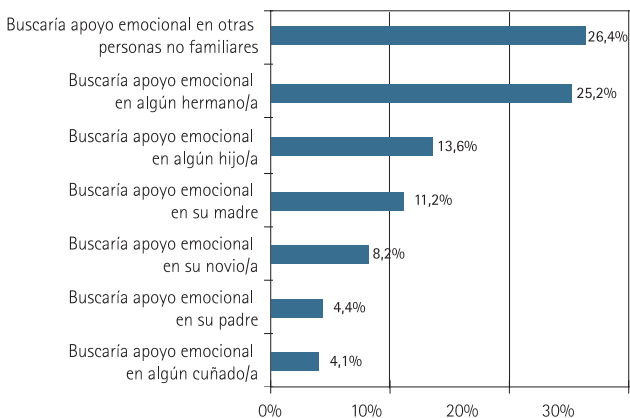
	Población	Porcentaje		Población	Porcentaje
Con el novio/a	285.812	4,6%		./..	./..
Con algún abuelo	301.149	4,8%	Con la suegra	1.318.817	21,0%
Con algún primo/a	566.381	9,0%	Con el padre	1.370.184	21,8%
Con alguna abuela	593.507	9,5%	Con algún hijo/a	1.615.122	25,8%
Con algún tío/a	751.108	12,0%	Con algún primo/a	1.781.550	28,4%
Con algún yerno/nuera	809.712	12,9%	Con la madre	1.850.988	29,5%
Con el suegro	977.426	15,6%	Con alguna hermana	2.112.614	33,7%
Con algún nieto/a	1.103.273	17,6%	Con algún hermano/a	2.789.054	44,5%
	./..	./..	Total	6.271.244	100,0%

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

De nuevo, la figura del hermano es la más frecuente en cuanto a la elección (44,5%), seguido de la madre (29,5%) y del hijo (25,8%), siendo de especial interés que para estas fechas señaladas no se elija a miembros de la red no consanguíneos en ningún caso.

Sin embargo, vamos a constatar a continuación cómo para momentos de comunicación mutua de sentimientos y confianzas, la red hogar pierde efectividad; utilizamos para ello a otros miembros que forman parte de nuestra red social fuera del entorno familiar. Los sentimientos personales, en el esquema de Barrera, se refieren a las relaciones con las que el individuo cuenta para compartir y comunicar un problema, una preocupación o cualquier otro asunto de carácter íntimo. Nuestra red social seleccionada para compartir temas emocionales no suele ser familiar, y además se caracteriza por ser recíproca, aunque haya etapas o momentos en los que utilizamos nuestra propia red familiar para abordar estos problemas. Los resultados en Andalucía se exponen en los gráficos.

Gráfico 2.9. Personas del entorno familiar a quienes se pediría apoyo emocional (máximo tres respuestas)



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: el parentesco «abuelo» no aparece representado en el gráfico por no tener suficiente representatividad muestral

En el caso de la red familiar, el primer puesto cuando se busca compartir sentimientos, lo ocupa la figura del hermano, seguido de la madre y del novio. Pero lo más destacable de este análisis, como se ha explicitado anteriormente, es que los andaluces eligen la red informal o no familiar en primer lugar con un 26,4% de la población encuestada para cubrir este tipo de apoyo.

Otra categoría que distingue Barrera⁵² para el análisis del apoyo social es la participación social, y viene definida por las relaciones man-

51. Barrera, M. and S. L. Ainsley. (1983) The Structure of social support: a conceptual and empirical analysis. *J. Community Psychol.* 1, 133.

tenidas en la realización de actividades de ocio y tiempo libre. En este estudio hemos comprobado que las relaciones de los encuestados respecto a esta dimensión siguen un patrón similar al de la categoría anterior (sentimientos personales). Una vez analizada la elección de los componentes de la red de apoyo social para desarrollar actividades como pasear, ir al parque, asistir a actividades culturales, ver la TV, tomar copas e ir de vacaciones, observamos que los elegidos con más frecuencia son los miembros de la red social que están fuera del entorno familiar. Destacar que para la participación social, los residentes en Andalucía obvian la figura del abuelo.

Tabla 2.3. Personas del entorno familiar con las que no se convive con quienes se realizan actividades sociales (máximo tres respuestas)

	Deportes, ir a pasear	Espectáculos, actos culturales	Ver TV	Salir a Comer	Viajar
Con algún hijo/a	4,1%	2,6%	5,4%	7,8%	5,1%
Con algún nieto/a	1,7%	0,6%	2,4%	1,2%	1,1%
Con la madre	4,0%	1,2%	6,4%	4,5%	3,8%
Con el padre	2,0%	1,1%	4,2%	3,7%	2,8%
Con el suegro	0,6%	0,4%	1,4%	1,5%	1,2%
Con la suegra	0,8%	0,4%	1,6%	1,5%	1,6%
Con algún abuelo	..	..	0,4%	..	..
Con alguna abuela	0,2%	..	1,0%	0,2%	0,3%
Con algún hermano/a	12,2%	8,8%	7,0%	17,7%	11,3%
Con algún yerno/nuera	0,3%	..	0,4%	1,1%	0,6%
Con el novio/a	7,6%	8,1%	6,1%	10,1%	8,5%
Con algún primo/a	3,1%	2,5%	1,3%	3,2%	2,2%
Con algún tío/a	0,8%	0,6%	0,6%	1,1%	0,9%
Con algún cuñado/a	4,6%	3,4%	1,4%	7,2%	4,9%
Con otras personas no familiares	34,5%	31,1%	11,3%	42,4%	25,6%

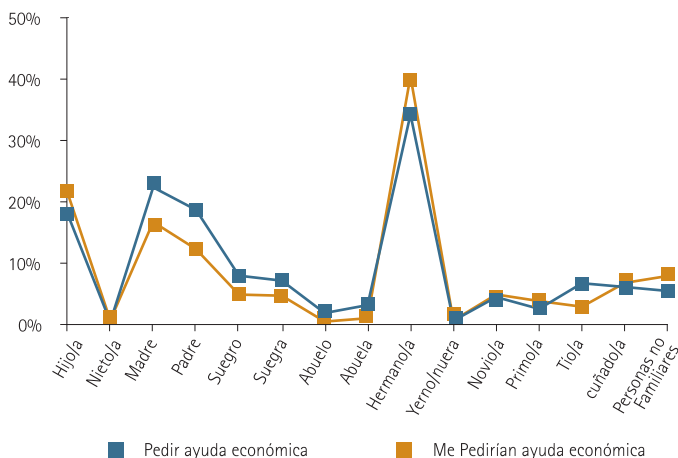
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

Por último, la dimensión de ayuda material se refiere a la percepción de disponibilidad de recibir dinero, ropa, comida, etc., en caso de necesitarlos, por parte de los miembros de la red social. En nuestra fuente de datos se analizan las personas a las que se les pediría dinero en un momento de necesidad económica que pertenecen a la red social del sujeto y a aquellos sujetos a los cuales se le prestaría dinero, observando así la reciprocidad de la red social de la población encuestada.

Al contrastar las dos variables se observa que la prestación de

Gráfico 2.10. Personas del entorno familiar con las que no se convive a quienes pedirían ayuda económica y que creen que le pedirían ayuda al entrevistado (máximo tres respuestas)



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

ayuda material sigue una pauta de reciprocidad absoluta. Para pedir tanto como para prestar algo tangible, solemos acudir a la red hogar priorizando las figuras de hermanos y hermanas (un 40,5% de los encuestados le pedirían dinero y prestarían dinero un 34,3%), dejando a la madre como segunda figura de elección (un 16,7% le pediría dinero y prestaría dinero en un 22,4% de los casos), en último lugar están los nietos y los abuelos; respecto a los miembros de la red no familiar, permanece en un discreto lugar, ya que sólo un 7,9 % de los encuestados le pedirían ayuda material a un amigo y un 5,5% le correspondería recíprocamente.

A lo largo del cuestionario cada encuestado manifiesta quienes son las personas de su entorno que les ofrecen cada uno de los tipos de ayuda evaluados, pero además se solicita el grado de satisfacción con el apoyo recibido. En nuestra herramienta hemos preguntado quién es la persona del entorno familiar con la que mejor relación se mantiene. Observamos que es la figura del hermano y/o hermana la más elegida (54,1%), seguida del hijo (26,1%) y posteriormente de la madre con un 24,6%.

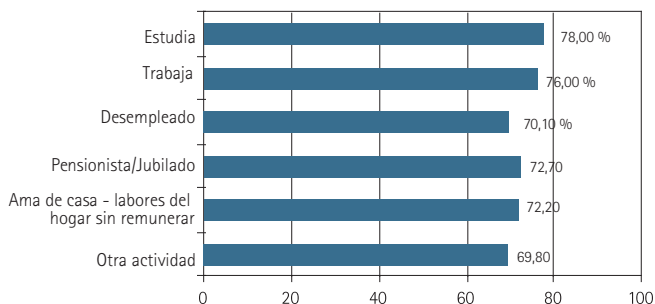
Tabla 2.4. Personas del entorno familiar con las que no se convive con quienes se mantiene mejor relación (máximo tres respuestas)

	Población	Porcentaje		Población	Porcentaje
Con algún hijo/a	1.637.020	26,1%		../.	../.
Con algún nieto/a	196.759	3,1%	Con algún hermano/a	3.394.396	54,1%
Con la madre	1.542.433	24,6%	Con algún yerno/nuera	89.777	1,4%
Con el padre	887.182	14,1%	Con el novio/a	524.933	8,4%
Con el suegro	168.679	2,7%	Con algún primo/a	632.636	10,1%
Con la suegra	297.057	4,7%	Con algún tío/a	445.177	7,1%
Con algún abuelo	84.788	1,4%	Con algún cuñado/a	744.843	11,9%
Con alguna abuela	171.252	2,7%	Con otras personas no familiares	713.160	11,4%
	../.	../.	Total individuos	6.271.244	100,0%

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

Gráfico 2.11. Satisfacción con la vida según situación de actividad



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Tratando específicamente el entorno hospitalario, una de las manifestaciones del apoyo social que se dan en el mismo son las visitas de familiares y amigos que recibe el/la hospitalizado/a. Tanto la población que necesita ayuda en su vida cotidiana como la que no, y que además fue visitada por sus familiares durante su estancia en el hospital, muestra una elevada valoración de la familia. Los que recibieron visitas valoraron, de media, un 9% más la familia que los que no recibieron visitas durante su estancia en el hospital.

Tabla 2.5. Probabilidad de acompañamiento al familiar hospitalizado, según familiares y jornada (día-noche)

	Día necesita ayuda	Día no necesita ayuda	Noche necesita ayuda	Noche no necesita ayuda	% medio
Cónyuge	45,3%	57,0%	36,4%	46,7%	46,35
Hijo	38,9%	22,8%	23,4%	9,2%	23,55
Hija	51,6%	26,0%	41,4%	12,9%	32,98
Nieto/a	4,6%	..	..	..	..
Padre	..	16,5%	..	6,2%	..
Madre	7,8%	34,9%	4,7%	25,7%	18,29
Suegro	..	1,3%	..	..	..
Suegra	..	3,6%	..	1,7%	..
Abuelo	..	..	..	..	..
Abuela	..	1,5%	..	..	..
Hermano	6,0%	10,2%	..	4,2%	6,80
Hermana	12,1%	15,2%	8,6%	9,3%	11,29
Yerno/nuera	5,7%	1,4%	5,6%	1,1%	3,47
Novio/a	..	1,7%	..	1,5%	..
Primo/a	..	..	..	..	..
Tío/a	..	2,0%	..	..	..
Cuñado/a	3,2%	2,8%	..	1,9%	..
Otros no familiares		2,3%			..

Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Nota: Las cifras que no aparecen en la tabla corresponden a valores muestrales no significativos.

Podemos considerar la variabilidad del tipo de parentesco o relación en los visitantes como un indicador de extensión de la red de apoyo. Cónyuges, hijos, madres y hermanos, por este orden, son los familiares que más apoyan al hospitalizado/a con sus visitas. La mayor variabilidad en las visitas (en cuanto al tipo de pariente que realiza la visita), la encontramos cuando se trata de personas hospitalizadas que no necesitan ayuda en su vida cotidiana y durante la jornada de

día. La menor variabilidad, cuando el hospitalizado necesita ayuda y se trata de la jornada de noche. Durante el día, cónyuge e hijos son los visitantes más frecuentes, mientras que durante la noche se les añade la madre, sobre todo cuando se trata de personas que no necesitan ayuda para las ABVC.

Puede observarse en los datos el efecto de la edad del encuestado en el parentesco del familiar que lo visita. Así, cuando se trata de personas que necesitan ayuda para su vida cotidiana, son principalmente los hijos quienes, tanto de día como de noche, acompañan al hospitalizado. Como indicamos más arriba las personas con necesidad de ayuda marcan una edad media notablemente superior a las que no la necesitan.

También se observa una clara feminización de las visitas. Las madres visitan más al hospitalizado, tanto de día como de noche, especialmente en el caso de la noche en las personas que no necesitan ayuda para ABVC. En este caso, las madres asisten al hospital un 76% más para ver a sus hijos por la noche que los padres, proporción que se queda en el 53% durante el día. Lo mismo sucede cuando los/as visitantes son los/as hijos/as. Las hijas visitan más a sus padres, especialmente en el caso de la noche en los hospitalizados que necesitan ayuda para el desarrollo de su vida cotidiana. También en el resto de distinciones por sexo observamos mayores frecuencias de visita por parte de las mujeres. El rol de cuidadoras de la socialización diferencial por género sigue ejerciendo su influencia.

Los resultados de este estudio afirman que en Andalucía gozamos de una red familiar de tamaño medio, pero efectiva, con tres figuras protagonistas: el hermano, la madre y el hijo. La red ofrece una gran multiplicidad, ya que está capacitada para asumir más de una función (emocional, tangible e informativa). Es una red densa, pues las elecciones se centran en pocos protagonistas, que cubren diversas necesidades sociales simultáneamente; y además, en general, también ostenta un alto grado de reciprocidad.

2.2. Apoyo Social como factor protector de la salud en Andalucía

Como refiere Gracia y Herrero en su estudio sobre Apoyo Social en la Comunidad⁵³, diversos autores han propuesto distintos niveles de análisis de las relaciones sociales para identificar las fuentes de apoyo social, Gottlieb⁵⁴ propone que el concepto de apoyo social se operacionalice a tres niveles:

52. Gracia, E. and J. Herrero. (2004) Determinants of Social integration in the Community: An exploratory analysis of personal and interpersonal and situational variables. *Journal of Community and applied Social Psychology*. 14, 1-15.

53. Gottlieb, B. H. (1981) Social Networks and Social Support in community mental health. *Social Network and Social support*. 11-42.

■ *Nivel comunitario o macro*, entendido de un modo subjetivo, como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización, y también objetivo, como capital social, es decir, la calidad y cantidad de las interacciones sociales de un grupo social en un determinado marco institucional y normativo.

■ *Nivel medio*, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en el entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación e identidad.

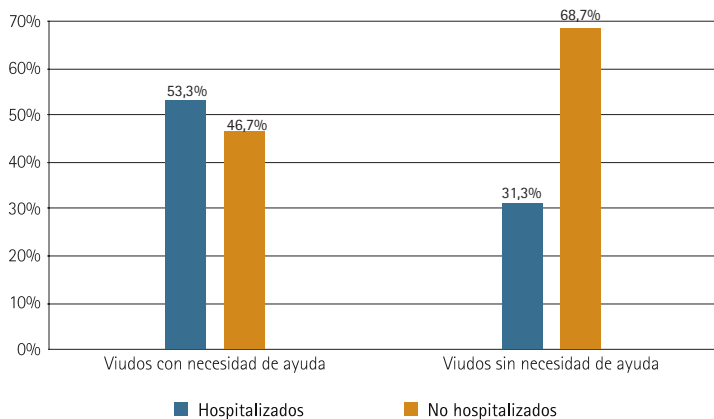
■ *Nivel micro o de relaciones íntimas*, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Cuando en uno de estos niveles suceden cambios sustanciales, el individuo se siente limitado y necesita un período de adaptación que puede ir acompañado de problemas de salud. Al describir el perfil de los hospitalizados en Andalucía, nos deteníamos en algunos resultados que se ajustan a esta situación: el *efecto viudedad* y el *efecto jubilación*.

2.3. Efecto Viudedad

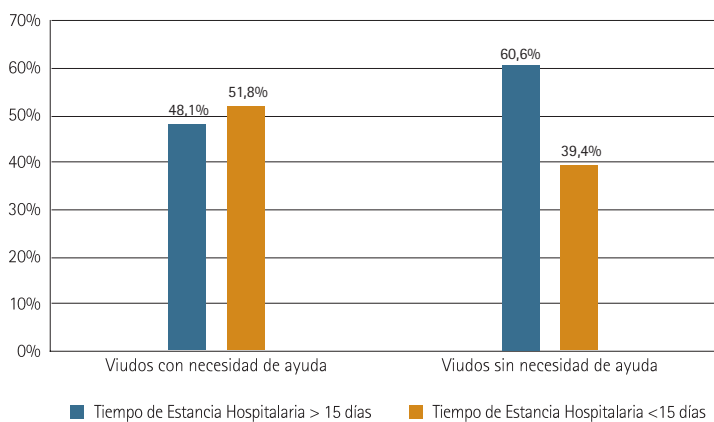
Los problemas de salud generados a partir de la muerte del cónyuge es a lo que se denomina efecto viudedad. Este efecto tiene como consecuencia el aumento de recursos sanitarios y el tiempo de utilización de éstos. Estos problemas de salud pueden surgir por muchos factores, pero entre los más asociados a la pérdida encontramos la disminución o desaparición de las relaciones interpersonales que estaban ligadas al compañero, por lo que tras su muerte la persona ve mermada su red de apoyo formal y tiene que ampliar ésta o incrementar la red de apoyo informal para paliar su falta. Mucho más intensamente se manifiesta este efecto, si la persona enviudada necesita ayuda en alguna de las esferas de desarrollo de su vida diaria, tal y como muestran los siguientes gráficos extraídos del análisis de nuestra fuente de datos.

Gráfico 2.12. Población viuda según hospitalización y necesidad de ayuda



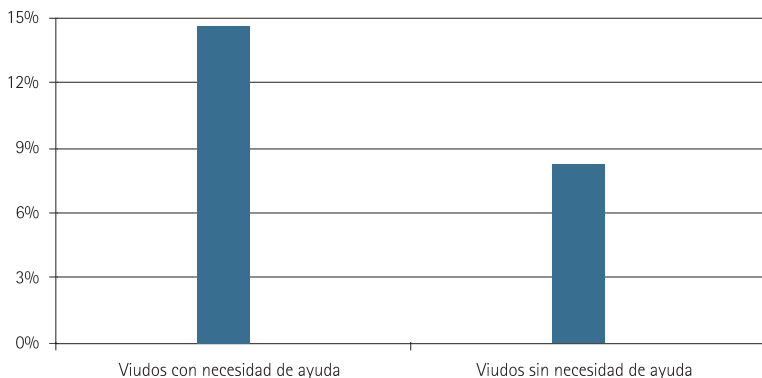
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 2.13. Población viuda según tiempo de estancia hospitalaria y necesidad de ayuda



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 2.14. Población viuda con tiempo de estancia hospitalaria mayor de 30 días



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

En los gráficos podemos observar cómo al analizar la ERF, obtenemos en nuestra población la manifestación del efecto viudedad; aumentando los requerimientos del sistema sanitario, no sólo por tener una alta prevalencia de población hospitalizada (54,1%) en viudos que necesitan ayuda, sino como se muestra en el último gráfico, población con una estancia hospitalaria mayor de un mes, siendo un 13,6% de ésta, para aquellos individuos viudos que necesitan ayuda.

Tras enviudar, las estrategias de afrontamiento ante el déficit de apoyo pueden desencadenar un duelo funcional o disfuncional, también denominado como duelo patológico. El duelo humano es una reacción adaptativa natural, normal y esperable ante la pérdida de un ser querido. El duelo patológico deriva del uso desmedido de los mecanismos defensivos normales⁵⁵. El duelo normal no es una enfermedad, aunque resulta ser un acontecimiento vital estresante de primera magnitud, que tarde o temprano hemos de afrontar casi todos los seres humanos.

Pueden sorprendernos los datos acerca de la prevalencia de pacientes en fase de resolución de duelo. Acordando una duración media del proceso de duelo de 3 años, se estima que en una consulta de atención primaria con 1800 usuarios habrá unas 88 personas en duelo «activo»⁵⁶. Podemos deducir de aquí la magnitud de las necesidades de utilización del Servicio Sanitario derivadas de los procesos de duelo.

Se ha analizado ampliamente la asociación entre la viudedad y los problemas de salud mental, tales como sintomatología depresiva y ansiosa. Gómez Sancho⁵⁷ señala que, en el caso de las personas mayores, estos procesos pueden repercutir negativamente en la salud del otro miembro de la pareja e incluso acelerar su fallecimiento. Simone y otros⁵⁸ revisaron las investigaciones que analizan los trastornos

54. García, G., Landa, P., Trigueros, M., Gaminde, I. (2005) Guía el duelo. *Atención Primaria*. 35, 7, 353-8.

55. Vázquez Merino, A. M. (2008) Duelo disfuncional inhibido como diagnóstico diferencial enfermero en problemas de Afrontamiento. *Index de Enfermería (Edición digital)*. 4, 2.

56. Gomez Sancho, M. (1999) Medicina Paliativa en la Cultura Latina. 1256.

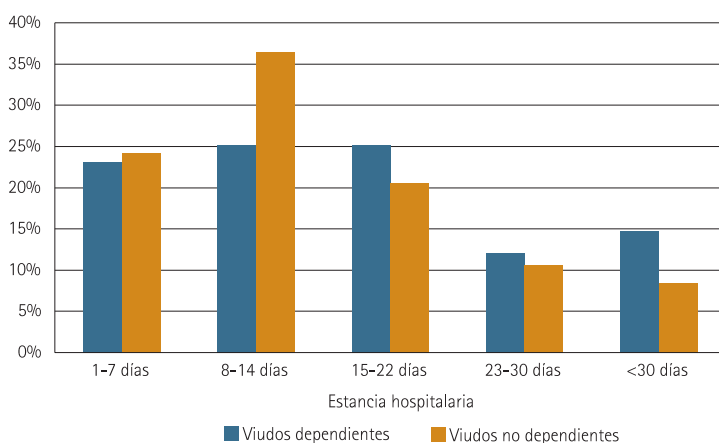
57. Simone Onrust, S. and P. Cuijpers. (2006) Trastornos del estado de ánimo y de ansiedad asociados a la viudedad (Mood and anxiety disorders in widowhood. A systematic review. *Journal of Gerontology Psychology*.

del estado de ánimo y ansiedad en la viudedad, encontrando un total de once estudios que exploraban la prevalencia e incidencia de estos trastornos en 3481 personas mayores viudas y 4685 controles, es decir, personas mayores no viudas. Tal y como se esperaba, la prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor y de los trastornos de ansiedad era considerablemente más elevada en personas mayores viudas, especialmente en el primer año después de perder a la pareja.

Otro estudio que versa sobre la influencia que tiene la pérdida de la pareja en el propio estado de salud y la dependencia, elaborado por un grupo de enfermeras comunitarias en nuestra comunidad autónoma, refiere como la viudedad se relaciona íntimamente con el nivel de dependencia de los sujetos estudiados, determinando que «las personas viudas presentaron un mayor grado de dependencia severa (13,2%) que las solteras o casadas (4 y 5,3% respectivamente). Al igual ocurrió con la dependencia moderada, un 19,8% de los viudas frente a 8 y 9,1% de los solteras y casadas»⁵⁹.

En nuestra fuente de datos, los resultados derivados de las variables viudedad y hospitalización, teniendo en cuenta la edad, la dependencia, el tiempo de hospitalización y la casuística de ésta, confirman el deterioro de la salud del cónyuge que sobrevive. Ser viudo y necesitar ayuda para las ABVC aumentan el consumo de recursos sanitarios, no sólo por ingreso hospitalario, sino por necesitar de estancias hospitalarias prolongadas. Esta reflexión se confirma en el siguiente gráfico:

Gráfico 2.15. Población viuda con tiempo de estancia hospitalaria menor de 30 días y necesidad de ayuda



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

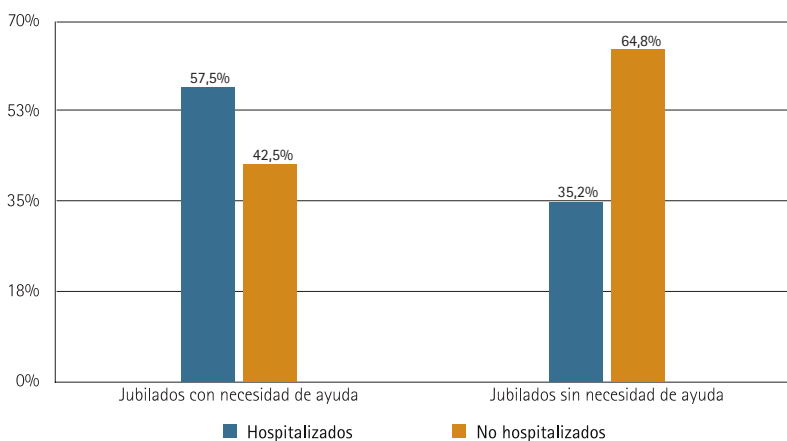
58. Gómez Raposo, M. , M. E. Macías Colorado and C. Rodríguez Vázquez. (2008) Grado de dependencia de la población mayor de 65 años en la Zona Básica de Salud de Ayamonte. *enfermería comunitaria*. 4.

2.4. Efecto Jubilación

El trabajo, como valor social que es, se considera un factor muy influyente en la autoestima, el nivel de satisfacción personal con la propia vida y la percepción de sentirnos útiles en la sociedad. Se muestra como una capacidad de los adultos jóvenes e intermedios: gran parte del esfuerzo de los primeros está centrado en alcanzar las metas laborales, y la vocación puede y suele ser una fuente central de cambio o reafirmación del estilo de vida en los segundos, cuando atraviesan por la transición de los cuarenta años. El abandono del trabajo es momento crucial cuando las personas se acercan a la vejez pues implica un cambio brusco de estatus. A menudo conlleva el deterioro de la situación económica del sujeto, cambios en su estado emocional, en las relaciones con familiares, amigos y con la sociedad en general, debido a las asunciones de nuevos roles; pero ante todo, determina una transformación en las actividades de la persona⁶⁰.

En ERF, los resultados que se obtienen en función de este fenómeno, nos demuestran que más de la mitad de los jubilados que necesitan ayuda para alguna esfera de sus necesidades, precisan un ingreso hospitalario. Por lo que el efecto jubilación se incrementa según esta variable como se muestra en el siguiente gráfico:

Gráfico 2.16. Población jubilada según hospitalización y necesidad de ayuda



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Parece claro, a tenor de los resultados obtenidos, que puede existir un gradual descenso en la percepción de posibilidades sociales en el periodo de la jubilación y más concretamente en edades superiores a los 70 años. Se constata que «aunque el sujeto obtiene un equilibrio personal durante el periodo de la edad madura y que éste sigue vigente

59. Observatorio permanente de la inmigración. (2004) Boletín estadístico de extranjería e inmigración. 2.

al entrar en el periodo de la jubilación, el descenso de diversas variables personales y ambientales determina que cualquier elemento negativo tenga una mayor incidencia que en cualquier otro periodo evolutivo del sujeto» (Seckler,D., Randolph Barker and Upali Amarasinghe, et al. Water Scarcity in the Twenty-first Century/International Journal of Water Resources Development,1999, 151 - 229-42)

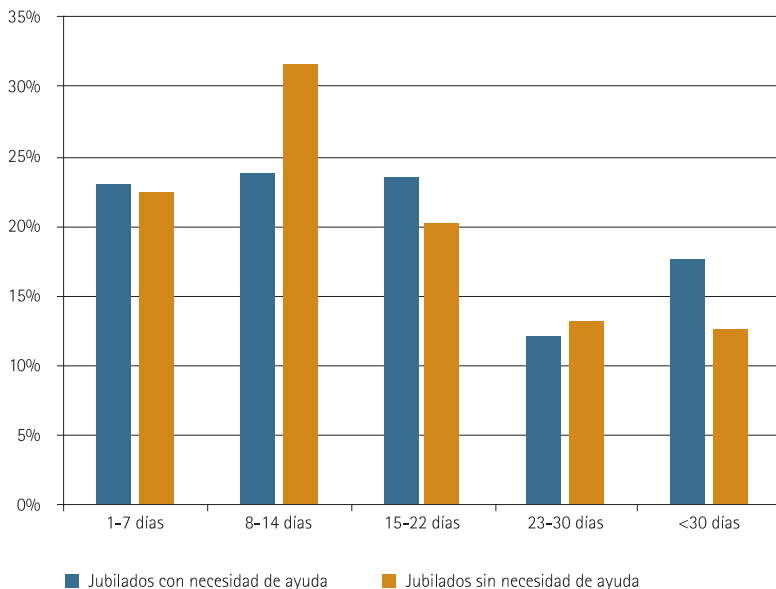
Podemos hablar, por tanto, de una doble exposición a factores de riesgo del jubilado: por una parte la susceptibilidad emocional que implica el cese laboral y como consecuencia el cambio de rol, de actitud ante la vida y de percepciones, aumentando el riesgo de enfermedades de salud mental; por otro lado el déficit de apoyo social de la persona en esta situación. Aunque más del 85% de los jubilados vive acompañado por algún familiar, la mayoría de ellos lo hace en compañía de otra persona mayor de 65 años, con problemas similares a los del acompañante. Un 14% de los jubilados vive solo, colectivo repartido casi por mitades entre los dos sexos, dado que el mayor número de jubilados varones se ve compensado en estas edades con la mayor longevidad de la mujer. La vida en solitario tiene una menor incidencia en los jubilados que en el conjunto de la población mayor de 65 años, en la que supera el 18%⁶¹. Estos datos nos describen la realidad social de los jubilados, su deficitaria red de apoyo, de relativa eficacia, principalmente en el caso del apoyo tangible, ya que las características de los miembros de la red más directos son similares a las del propio jubilado⁶².

Con esta última reflexión podríamos dar un paso más en la asociación de exposiciones de riesgo con el fenómeno de la dependencia, ya que la longevidad del jubilado nos puede llevar a la conjunción de los siguientes factores de riesgo: labilidad emocional, escasa red de apoyo y necesidad de ayuda o dependencia. Comprobamos estos factores en nuestra fuente de datos, y nos encontramos con una población que como se refleja en los siguientes gráficos, tiene una alta frecuentación de los recursos sanitarios, y una vez que está ingresada en el hospital, adquiere un alto consumo en el tiempo de estancia hospitalaria, alcanzando casi un 55% de los jubilados que necesitan ayuda una estancia prolongada de más de 15 días de ingreso.

60. Abellán García, A. , E. Barrio Truchado and P. Castejón Villarejo. (2006) Los mayores en España.

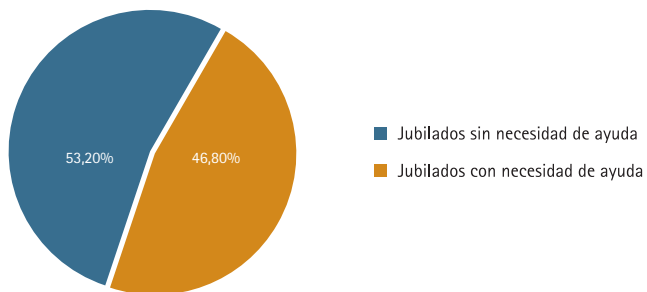
61. Los datos referentes al Efecto Viudedad, se describen en capítulo II de Hospitalización en Andalucía, concretamente en el apartado de estado civil / Hospitalización, página 15-16; Efecto jubilación en el apartado de Situación activa / Hospitalización, página 25-26.

Gráfico 2.17. Población jubilada según estancia hospitalaria y necesidad de ayuda



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Gráfico 2.18. Población jubilada con necesidad de ayuda según duración de la estancia hospitalaria (mayor de 15 días)



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Con esta descripción de la realidad socio sanitaria del colectivo de jubilados de nuestra fuente de datos, deberíamos reflexionar sobre las medidas preventivas que debe asumir el sistema sanitario con esta población en riesgo. Más allá de la relativa y necesaria seguridad económica, habría que proveerla de herramientas emocionales, de conocimiento, habilidades, en definitiva medidas preventivas para mejorar la situación expuesta.

3. LA SALUD COMO VALOR SOCIAL

Hemos comprobado en este monográfico, cómo en situaciones de viudedad y jubilación se produce una mayor probabilidad de enfermar y un mayor uso de los recursos sanitarios. Ambas son, además, situaciones de crisis social. Personas viudas y jubiladas superponen, así, factores de riesgo en salud. Su mayor valoración de la salud sería coherente con la mayor morbilidad, en cuanto que es más probable valorar lo que menos se tiene, y coherente también con la menor sociabilidad, de modo indirecto como factor que incrementa la morbilidad, y de modo directo como recurso fundamental para el desarrollo de la vida diaria cuando el apoyo externo escasea, o como mínimo no abunda tanto como en otras situaciones vitales.

En nuestra fuente de datos se establecieron un total de siete ideas-estímulo para que los encuestados las valorasen según la importancia subjetiva. Considerando lo expuesto arriba, el tratamiento de la información recabada con estas valoraciones nos resultaría el modo en que los encuestados sitúan cada uno de estos valores con respecto a los demás y, en lo que más nos interesa, la posición de la salud entre ellos.

Los manuales de sociología, prácticamente en su totalidad, dedican una parte importante de sus páginas a los valores como constructos sociales. Para citar algún clásico, que dicte una definición comprensiva, Guy Rocher expone que un valor es «una manera de ser o de obrar que una persona o una colectividad juzgan ideal, y que hace deseables o estimables a los seres o a las conductas a los que se atribuye dicho valor» (p.70)⁶³. Resumidamente, los valores vendrían a ser ideas, construidas socialmente, que orientan nuestras actitudes y comportamientos.

También en su naturaleza social encontramos que los valores cambian, en sí mismos y unos respecto a otros, estableciéndose jerarquías,

62. Rocher, G. (1990) Introducción a la sociología general. 710.

y que su presencia y posición en dichas jerarquías son diferentes en función del grupo social, contexto sociocultural y/o momento histórico que tratemos. Dado que en las últimas décadas asistimos a una velocidad de cambio social sin precedentes en la historia de la humanidad; dado que, además, la extensión y trascendencia de la globalización como fenómeno cultural afecta directamente a las escalas de valores, su definición y estabilidad, podemos encontrarnos con una amplia diversidad de estimaciones para con los diferentes conceptos que puedan ser referencia a valorar⁶⁴. No obstante, la escala de valores se enmarca en una estructura ideal colectiva de más calado, que suele denominarse *imaginario social*, en el que se incluyen normas y expectativas que definen cómo la gente vemos y desarrollamos nuestra vida, nuestra existencia social, cómo nos ajustamos a las de los demás, de un modo legítimo, socialmente aceptado⁶⁵.

El análisis de cualquiera de estas expectativas, normas, ideas o estructuras implica una complejidad que está fuera de la intención de este trabajo. Sólo nos resulta interesante aquí subrayar dicha complejidad en lo que toca a la idea o valor de la salud. Se trata de un valor tanto desde el punto de vista material y funcional, un recurso necesario para el funcionamiento social⁶⁶, como también desde el punto de vista filosófico, ideal, resumido en un conjunto de presupuestos que, cumpliéndolos, participaríamos de la salud como estilo de vida: la salud como una relación interna emergente (o construcción personal de la propia salud), que considera los ritmos propios del hombre y la naturaleza (proceso armónico) y que se adapta al medio (frente a la actitud «dictatorial» del viejo paradigma medicalista)⁶⁷.

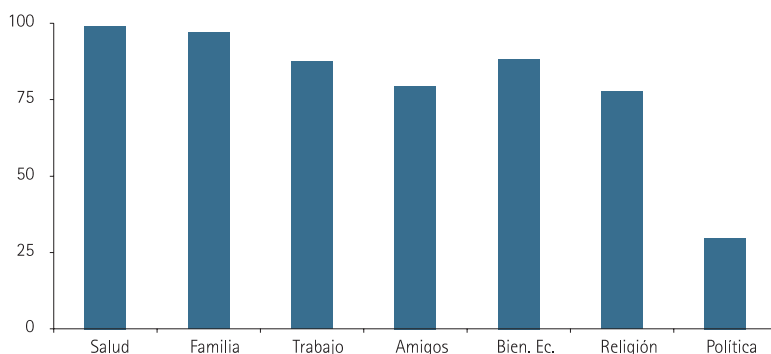
63. Martell, L. (2002) Globalization and Social Change. *International Sociology*. 17, 3, 445-449, Chien, C. Y. (2007) Globalization, Society, and Social Change: Education for Tomorrow. 25, 3, 51-68.

64. Taylor, C. (2004) Modern social imaginaries.

65. Shilling, C. (2002) Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *British Journal of Sociology*. 53, 4, 621-638.

66. Vicens, J. (1995) El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida.

Gráfico 3.1. Grado de importancia otorgado a distintos valores

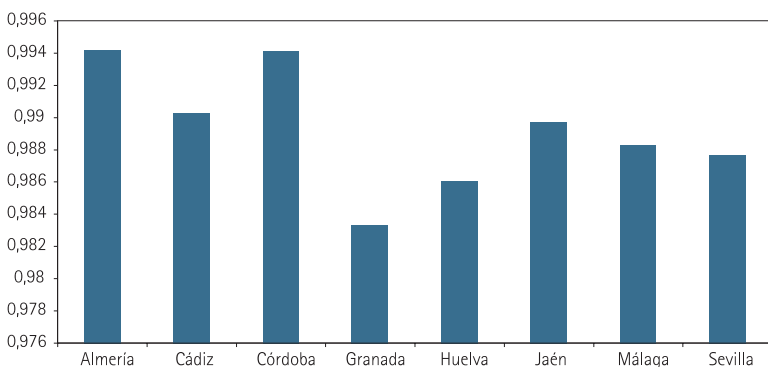


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

En la ERF se solicitó a los entrevistados que puntuasen los siguientes valores: salud, familia, trabajo, amigos, bienestar económico, religión y política. En el análisis de los resultados, se observan dos grupos claramente diferenciados, según la magnitud de la puntuación. Por una parte, el que forman salud, familia, trabajo, amigos y bienestar económico; por otra, religión y política. La población realiza una distinción clara entre ambos grupos, observándose en el primero de ellos puntuaciones más elevadas, así como también una mayor homogeneidad en las respuestas, lo que significa un mayor acuerdo social sobre la importancia de cada uno de ellos⁶⁸.

La salud encabeza la jerarquía de estos siete referentes, seguida de familia, trabajo, bienestar económico y amigos. La política es el elemento menos valorado, así como el más variable intersujetos; la religión, si bien aparece con una valoración media (6.16 sobre 10), apunta como el criterio respecto al que la sociedad andaluza muestra menos acuerdo en la importancia otorgada. En el otro extremo de la escala, hallamos de nuevo la salud, que además de ser el que puntúa más alto, también presenta el mayor acuerdo entre los encuestados: en Andalucía estamos muy de acuerdo en que la salud es lo más importante.

Gráfico 3.2. Grado de importancia que se da a la salud por provincia



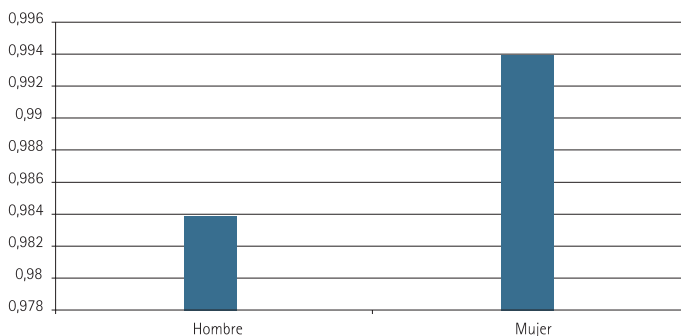
Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

En la distribución por provincias de las puntuaciones en los valores, observamos niveles de significación estadística muy elevados⁶⁹, que nos indican diferencias interprovinciales interesantes. En el caso de la salud, Granada es la provincia que puntúa más bajo, y Almería la que lo hace más alto. Se trata, no obstante, de diferencias muy leves (1,1%), así como de puntuaciones muy altas en todas las provincias.

67. Pino Artacho, J. d. , E. Bericat Alastuey and Centro de Investigaciones Sociológicas (1998) Valores sociales en la cultura andaluza: encuesta mundial de valores, Andalucía 1996. 156, 361.

68. El análisis de varianza para un factor realizado para contrastar la posible influencia de la provincia de residencia sobre los valores señalados, indica un nivel de P muy bajo para cada uno de los valores (P mínima de .003 en el caso de la política). Esto indica una probabilidad muy baja de equivocarnos al afirmar que la provincia de residencia influye sobre la importancia que los encuestados dan al valor de que se trate (salud, familia, trabajo, etc.).

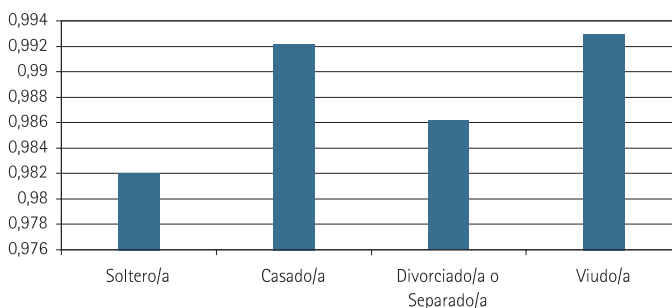
Gráfico 3.3. Grado de importancia que se da a la salud por sexo



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Las mujeres valoran más la salud que los varones ($p=.000$). Las diferencias, que apenas alcanzan el 1%, podrían señalar, por una parte, hacia la mayor morbilidad de la mujer a lo largo de la vida, aunque, como sabemos, su esperanza de vida al nacer sea mayor que la del varón⁷⁰. En concreto, los varones españoles mantienen en la actualidad una esperanza de vida al nacer de 78 años, mientras que las mujeres alcanzan los 83⁷¹. Verse o sentirse enferma haría valorar más la salud. Por otra parte, la proximidad femenina a los cuidados familiares en los estereotipos sexuales tradicionales aportaría otra posible razón de dicha diferencia, así como también, en esta misma línea, la menor disposición del hombre a sentirse o expresar aquello que atente contra su rol dominante⁷².

Gráfico 3.4. Grado de importancia que se da a la salud por estado civil



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

69. Emslie, C. and K. Hunt. (2008) The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. 67, 5, 808-816.

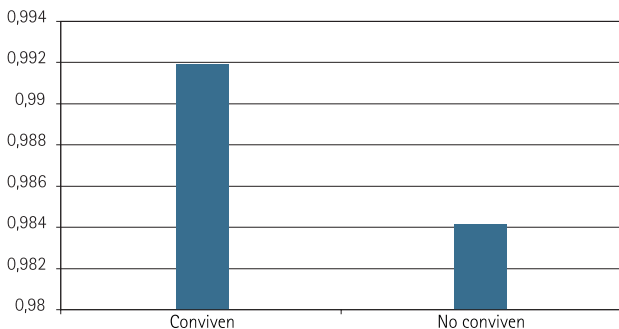
70. OMS. (2008) Sistema de información estadística. 2008, 1/2, .

71. Vogel, D. L. , S. R. Wester, M. Heesacker and S. MADON. (2003) Confirming gender stereotypes: A Social role perspective. 48, 11-12, 519-528.

Observando las diferencias en las puntuaciones en el valor salud, según el estado civil del entrevistado, vemos que las personas solteras y viudas ocupan los dos extremos de la escala, aunque como en las ocasiones anteriores, y siempre que se trate de puntuaciones sobre salud, las diferencias son escasas (tan solo 1.1% de diferencia entre solteros

y viudos) y las valoraciones muy altas (las cuatro categorías por encima de 0.9820). Podría darse cierto efecto de la edad en la valoración de la salud, dado que las personas viudas serán mayores, en edad, que las solteras. No obstante, también observamos que las separadas valoran menos la salud que las casadas.

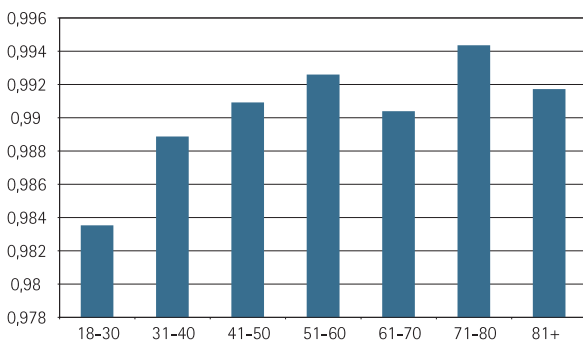
Gráfico 3.5. Grado de importancia que se da a la salud según situación de convivencia en pareja



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Los encuestados que conviven con su pareja valoran más la salud que los que no tienen pareja con la que convivir. Las diferencias entre ambos grupos son muy escasas, aunque estadísticamente significativas.

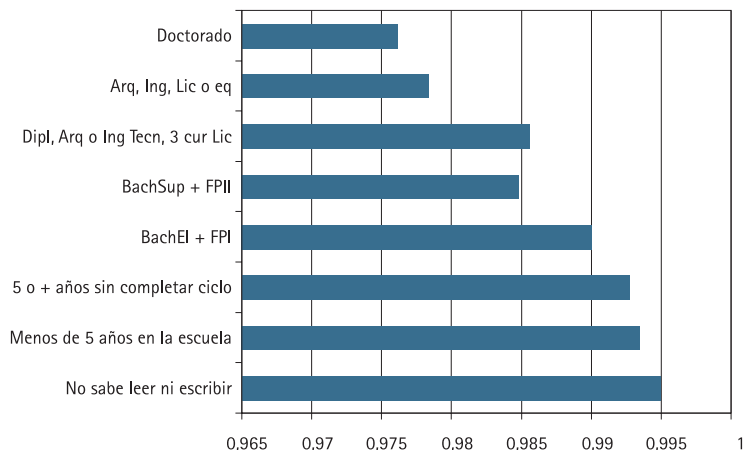
Gráfico 3.6. Grado de importancia que se da a la salud por edad



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

La relación entre la edad y el valor que el sujeto le da a la salud es directa y significativa, si bien las diferencias son escasas. Encontramos dos ligeros baches en la valoración en los intervalos de edad entre 61 y 70 años, y más allá de los 81, el primero de ellos coincidiendo con la jubilación y el segundo con los límites de esperanza de vida al nacer.

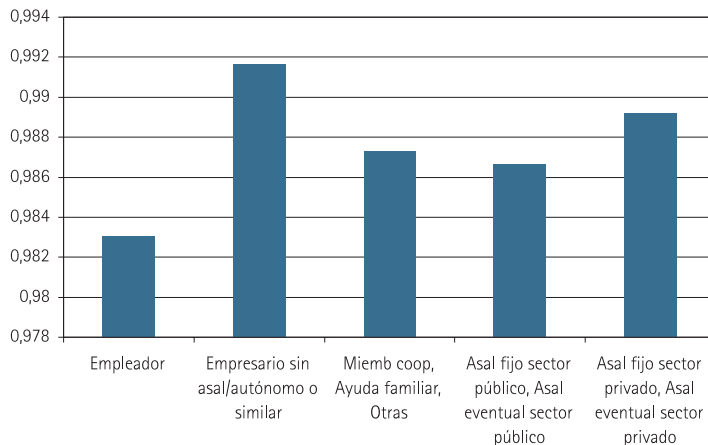
Gráfico 3.7. Grado de importancia que se da a la salud por nivel de formación



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

También la relación entre el nivel formativo de la persona entrevistada y la valoración de la salud es clara, aunque en este caso de carácter inverso (a mayor formación, menor valoración de la salud). Las diferencias también son muy escasas, pues entre la puntuación máxima y la mínima tan solo hay un 1,9%. Los niveles socioeconómicos bajos, generalmente coincidentes con los niveles de estudio inferiores, suelen afirmarse en necesidades y valores básicos para el ser humano con mayor probabilidad que niveles socioeconómicos altos⁷³.

Gráfico 3.8. Grado de importancia que se da a la salud por situación profesional

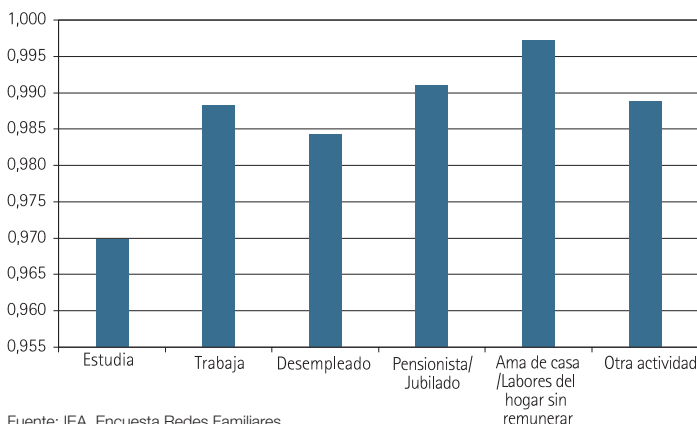


Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

72. Maslow, A. H. (1970) Motivation and personality. 369. Yount, W. R. (2009) Transcendence and Aging: The Secular Insights of Erikson and Maslow. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*. 21, 1, 73-87. Goud, N. (2008) Abraham Maslow: A Personal Statement. *Journal of Humanistic Psychology*. 48, 4, 448-451.

La valoración de la salud tan solo muestra diferencias interesantes, según las situaciones profesionales, a un nivel de significación estadística excesivamente baja⁷⁴. No obstante, son los autónomos quienes muestran la mayor valoración de la salud, mientras que son los empresarios con trabajadores en nómina los que menos la valoran. Por otra parte, los asalariados del sector privado la valoran más que los del sector público.

Gráfico 3.9. Grado de importancia que se da a la salud por situación profesional



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Por último, las diferencias en la valoración de la salud, según la actividad del encuestado, son también muy escasas. Las amas de casa, otras actividades y pensionistas, por este orden, son quienes más valoran la salud. Estudiantes y desempleados, los que menos. La feminización de la categoría «ama de casa», señala hacia la influencia del estereotipo sexual femenino tradicional como causa principal de esta mayor valoración de la salud, dado el rol de cuidadora que dicho estereotipo establece culturalmente para la mujer. Por otro lado, la edad de la categoría «estudiantes» suele ser la más baja de todas las categorías de actividad, por lo que podría justificarse la menor valoración de la salud, así como también su nivel de estudios más elevado que, como veíamos, estaba relacionado con mayor valoración de la salud.

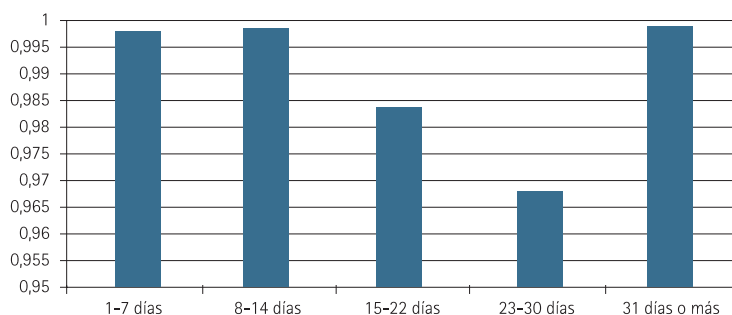
Dadas las escasas diferencias en valoración de la salud entre las categorías de las variables tratadas, se hace difícil dibujar un perfil claro y diferencial del residente en Andalucía que más valora la salud. Por provincias, Almería y Córdoba son las que más la valoran. El estado civil *viudo/a* y el sexo femenino. El hecho de convivir con la pareja, el intervalo de edad entre 71 y 80 años de edad, el bajo nivel de estudios y la situación de *amas de casa*, son características del encuestado/a que

73. El análisis de varianza de un solo factor arroja, en este caso, un nivel de $P = .168$, lo que supera con creces el margen de error del estudio y evita que pueda afirmarse la influencia de la situación profesional sobre la valoración de la salud, respetando las exigencias estadísticas de la ERF.

aumentan la probabilidad, a priori, de valorar la salud sobre el resto de habitantes de nuestra Comunidad Autónoma.

Observando los datos presentados, vemos que la mayor valoración de la salud parece que tiene que ver con los niveles de morbilidad más elevados, así como con los niveles de sociabilidad más bajos, tal y como apuntábamos al principio del presente capítulo. La escasez de la salud haría que se la valorase más, y la soledad o la menor presencia social en la propia vida promovería también su valoración, al defender una posición débil en este sentido, y autónoma por obligación (con menor posibilidad de apoyo percibido).

Gráfico 3.10. Necesitan ayuda para las ABVC. Grado de importancia que se da a la salud según tiempo de hospitalización



Fuente: IEA. Encuesta Redes Familiares

Esta argumentación sería coherente con los datos de tiempo de estancia hospitalaria, pues parece influir sobre la valoración de la salud de los encuestados que necesitan ayuda para realizar las ABVC. Como puede apreciarse en el gráfico, las diferencias son escasas (aunque estadísticamente significativas, $p=.002$), pero el trazado de la tendencia es interesante. En las personas que obtienen el alta hospitalaria en una semana, la valoración de la salud es menor que los que están hospitalizados dos semanas, en coherencia con la apreciación de un bien (la salud) que se ha perdido. A partir de aquí, la puntuación desciende progresivamente hasta su mínimo, en la cuarta semana de estancia, tiempo durante el que el paciente se abandona a los técnicos. A partir de un mes, la valoración de la salud alcanza su máximo (y casi el máximo de la escala: 9,99 sobre 10); el paciente anhela su estado original, de mayor autonomía e independencia, fuera del sistema hospitalario, y se siente privado de la salud de un modo más permanente⁷⁵.

74. Aspiazu, M., A. Cruz, J. R. Villagrasa, J. C. Abadanes, N. García and F. Alvear (2002) Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*. 76, 6, 683-699, Nebot, M., J. M. Lafuente, T. Zoa, C. Borrell and J. Ferrando (2002) Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana. Un estudio longitudinal. *Revista Española de Salud Pública*. 76, 6, 673-682.

Conclusiones

A lo largo de esta monografía se ha mostrado la importancia del estudio sociológico en los factores de riesgo para la salud en Andalucía. Tanto en el caso de aspectos (o variables) específicos y concretos, como cuando tratamos cuestiones más complejas (elementos estructurales y relacionales), su plasmación en situaciones de riesgo para la salud y sus consecuencias en términos de consumo de recursos sanitarios ha quedado demostrada. Los datos andaluces expuestos aquí encuentran parangón en estudios de nivel nacional e internacional, reflejando fenómenos y procesos propios de las dinámicas sociales y culturales propias del mundo desarrollado. Repasamos a continuación los hallazgos más interesantes:

La tendencia sociodemográfica andaluza consistente en el envejecimiento poblacional, se da de manera simultánea a la cronificación de las enfermedades, propia de las últimas etapas de la vida humana. Las consecuencias en términos de dependencia, junto con las dependencias que derivan de otras discapacidades, hacen que nos encontremos que la calidad de vida de la población a estas edades pueda convertirse en objetivo de las decisiones políticas. Un total de 679.088 personas declaran necesitar ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana. De ellas, el 55,9% han estado hospitalizadas en los últimos 10 años. El 47% de estos hospitalizados han superado una estancia media de 15 días (184.142 andaluces). Esto implica un elevado y especializado consumo de recursos sanitarios. La ERF ha querido reflejar la importancia de la dependencia en este sentido, por lo que se ha considerado una dimensión clave en el análisis.

En lo que respecta a la caracterización social de la hospitalización en Andalucía, encontramos que la población dependiente es, con mayor probabilidad, mujer (61%), pues se trata del sexo más frecuente en las

edades más elevadas. No obstante, las estancias hospitalarias de las mujeres dependientes son más cortas que las de los varones dependientes.

La edad muestra su influencia estructural en la definición de perfiles de consumidores de recursos sanitarios. Así, por ejemplo, se observa que la hospitalización por sufrir accidentes es más probable en edades jóvenes, pero también en población soltera (cuya edad media es inferior a la de otros estados civiles). Los bajos niveles de formación aparecen como un factor de riesgo para la salud en la población, pues se contrasta que el 71,5% de las personas dependientes no han completado ningún nivel de estudios, y que el tiempo de estancia hospitalaria se incrementa a medida que disminuye el nivel de formación. Además, la variable edad también muestra su presencia transversal en el caso de las complicaciones de embarazo y parto. Aunque estas complicaciones son frecuentes en niveles de instrucción bajos, aún lo son más en los niveles altos, pues se trata de mujeres que han pospuesto sucesivamente este momento en sus vidas, a cargo de la realización de una carrera profesional: de las licenciadas residentes en Andalucía que han parido en los últimos diez años, el 80% han tenido complicaciones en el embarazo, frente al 69,2% de aquéllas que no han finalizados su formación básica. Y según la actividad principal, se observa que los inactivos (entendidos aquí como desempleados y jubilados) son el colectivo que más utilizan los recursos sanitarios.

Por provincias, es Sevilla la que presenta una mayor frecuencia de hospitalización de población. La mayor presencia de recursos sanitarios en la capital, puede responder a este hallazgo, ya que, por una parte, las políticas públicas que se han puesto en práctica para disminuir el tiempo de espera para hospitalización incrementan cuantitativamente el total de respuestas dadas a requerimiento de los usuarios, y por otra parte, la mayor oferta de recursos posibilita la mayor demanda de servicio.

En este estudio también hemos comprobado cómo es la red de apoyo social en Andalucía, tanto en la vida cotidiana como en el contexto hospitalario. El apoyo social, en sus tres dimensiones principales (emocional, tangible e instrumental – informacional), está relacionado con la integración del individuo o grupo, así como con las redes sociales de las que forma parte, y con la interpretación cultural de las mismas. En nuestra comunidad disfrutamos de una red familiar de tamaño medio, efectiva, múltiple (pues asume las tres funciones indicadas como dimensiones de apoyo social), densa y recíproca.

La forma más frecuente de relación con las personas de nuestra red fuera del hogar es la realización de visitas (85,7%), muy propio de nuestra idiosincrasia. De la red hogar, los hermanos, principalmente, seguidos de la madre y los hijos son los miembros más elegidos

como objeto de visitas, miembros que además muestran una elevada reciprocidad en las elecciones. También recurrimos a la red familiar en demanda de apoyo material (económico o de recursos), de manera preferente al hermano, y apoyamos antes al hijo que a nuestros padres. El/la hermano/a, de hecho, se constata como la figura estrella del entorno familiar. Esta solidez de la red hogar, que se pone de manifiesto muy claramente en situaciones especiales o festivas (por ejemplo, en Navidad), se pone en entredicho cuando se centra la atención en la dimensión del apoyo social que consiste en la comunicación mutua de sentimientos y confianzas; en estas ocasiones se eligen a miembros de fuera de la red hogar, y además se constata la reciprocidad de la elección.

En el entorno hospitalario, la familia adquiere una posición dominante en el apoyo social prestado, y se observan diferencias entre los que recibieron visitas y los que no en su estancia hospitalaria: aquéllos valoran la familia un 9% más que éstos. Cónyuges e hijos son los visitantes más frecuentes durante el día, mientras que la madre es la más frecuente durante la noche. La clara feminización de las visitas es un dato fácilmente observable, en coherencia con la fuerte presencia de los estereotipos sexuales tradiciones en el tejido social andaluz.

El apoyo social se ha contrastado en este estudio como un factor protector de la salud, observándose complicaciones en el estado de personas que adquieren nuevos estatus sociales cuyas condiciones implican bajos niveles de apoyo social. Los llamados *efecto viudedad* y *efecto jubilación* son claros ejemplos de ello, donde la pérdida o disminución de apoyos y relaciones sociales ligados al compañero/a fallecido/ (en el primer caso), o ligados al trabajo (en el segundo), dan como consecuencia un incremento sustancial en la probabilidad de enfermar y de consumir recursos sanitarios. Nuestros datos muestran una población que asiste con mayor frecuencia a los centros hospitalarios, debido a enfermedades crónicas, y que además muestra estancias medias más prolongadas.

Por último, en lo que se refiere al análisis del valor salud y su presencia en la población encuestada, descubrimos que no sólo es el más apreciado de todos los planteados en el cuestionario, sino que además muestra los niveles de acuerdo más elevados al respecto. Son tan altas las puntuaciones, y tan homogéneas, que resulta casi imposible dibujar un perfil sociológico de los andaluces que más valoran la salud. No obstante, puede comprobarse que la valoración de ésta se relaciona con los niveles de morbilidad más elevados, así como con los niveles de sociabilidad más bajos.

Abreviaturas empleadas

ABVC: Actividades Básicas de la Vida Cotidiana.

ASSIS: Arizona Social Support Interview Schedule.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria.

DGT: Dirección General de Tráfico.

ERF: Encuesta de Redes Familiares.

IEA: Instituto de Estadística de Andalucía.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SSPA: Sistema Sanitario Público Andaluz.

UHD: Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

