

La salud de las personas mayores

Elena Gonzalo^a / M. Isabel Pasarín^b

^aEscuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

^bAgència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Elena Gonzalo Jiménez. Escuela Andaluza de Salud Pública. Cuesta del Observatorio, 4. Apdo. 2070. 18080 Granada. España.

Correo electrónico: elena.gonzalo.easp@juntadeandalucia.es

(Health among the elderly)

Resumen

Este trabajo explora la existencia de desigualdades de género, de clase y territoriales en la salud de las personas mayores en España, según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, el CMBD de hospitales de 1999, las estadísticas de mortalidad de 1998 y la Encuesta Nacional de Discapacidades de 1999. Se describen las similitudes y diferencias por género y clase social, en las conductas relacionadas con la salud, la salud percibida, los problemas de salud crónicos, la capacidad funcional y el uso de servicios sanitarios. Se comparan, asimismo, las tasas de mortalidad en personas mayores entre las 52 provincias españolas.

Las mujeres y los miembros de las clases sociales más desfavorecidas muestran una peor salud percibida. Consumir tabaco o alcohol es más frecuente en los hombres que en las mujeres. La actividad física a esta edad depende, sobre todo, de la actividad cotidiana; los hombres y los miembros de las clases más favorecidas son los que adoptan, en mayor proporción, hábitos sedentarios. Las mujeres presentan problemas de dependencia funcional en mayor medida que los hombres, y entre ellas se observa un claro patrón de desigualdad. Los datos de mortalidad corroboran los hallazgos de otros estudios que sitúan las tasas más altas en el sur de la península.

Palabras clave: Desigualdades. Género. Clase social. Personas mayores. Capacidad funcional. Conductas. Salud percibida. Mortalidad. Uso de servicios sanitarios.

Abstract

We explore gender, class and geographical inequalities in health of the population aged over 65 years in Spain. We gathered data from the 1997 National Health Survey, 1999 hospital discharge data, 1998 mortality data from vital statistics, and from the 1999 National Survey on Disabilities.

Health related behaviors (tobacco and alcohol consumption, eating disorders and physical activity), self-rated health, chronic health problems, functional capacity, and health service utilization are described by gender and social class. Mortality rates among the elderly are compared between the 52 Spanish provinces.

Women and members of the lower social classes present worse levels of self-rated health. Tobacco and alcohol consumption are more frequent among men than among women. Physical activity appears correlated to the every-day activities, men and those in the higher classes adopt sedentary habits in a greater proportion. Functional dependency is more frequent among women than among men, showing a clear pattern of inequality. As in other studies, the highest mortality rates were located in the southern part of Spain.

Key words: Inequalities. Gender. Social class. Elderly. Functional capacity. Behaviours. Health perceived. Mortality. Health services use.

Introducción. La vejez: una etapa de la vida que refleja las situaciones de desventaja

En España, las personas mayores de 65 años alcanzan ya una cifra aproximada de 7.000.000 y representan el 17% de la población, lo que nos coloca entre los 5 países de la Unión Europea (UE) con mayor número de personas en edad avanzada y entre los 5 países del mundo con población más envejecida. Cabe destacar, entre las características demográficas del grupo, el progresivo incremento de la proporción de los de más edad (los octogenarios superan ya el millón y medio de perso-

nas, el 3,8% de la población española total y el 22,5% de los mayores de 65 años) y el desequilibrio numérico, que aumenta con la edad, a favor de las mujeres (la relación hombres/mujeres es de 89,6/100 a los 65 años y de sólo 42/100 a los 80 años)¹.

El sector sanitario no ha sido ajeno al «viejismo» social que reduce la identidad de las personas mayores a la edad, con las consecuentes asociaciones a estereotipos negativos y el ajuste de expectativas a los límites del envejecimiento biológico². De ahí que el aumento en el número de personas mayores haya suscitado una preocupación por la disponibilidad de servicios ante el previsible incremento de las necesidades

de cuidados, en un escenario de disminución de los efectivos del sistema informal de atención, principal proveedor de ayuda de las personas con problemas de dependencia. Este reduccionismo³ ha tenido dos tipos de consecuencias importantes para la salud de las personas mayores: por una parte, la discriminación en el acceso a determinados programas o servicios y, por otra, la falta de consideración de determinantes clave para la salud a todas las edades, como el género, la clase social, la educación o, en general, las condiciones de vida.

En relación con estos determinantes, se ha definido la vejez como una época de «acumulación de desventajas». Entre las personas mayores predominan, en España, al menos dos tipos de desaventajados sociales: las mujeres y las personas que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas. Se da la circunstancia de que estas últimas abundan entre las mujeres en mayor proporción que entre los hombres, debido al desigual acceso al mercado laboral de las actuales generaciones de personas mayores⁴.

Abunda la investigación que pone de manifiesto la influencia de la edad en el deterioro de diferentes componentes de la salud⁵, como también la que demuestra diferencias en el estado de salud en función del género o de la clase social⁶, que reflejan la situación desfavorable de las mujeres y de los miembros de las clases sociales menos favorecidas. Pero falta una perspectiva integradora que ayude a explicar y ponderar la influencia en la salud de los factores de género, (como la desigual distribución del poder entre hombres y mujeres, o la asunción durante la vida de la responsabilidad del trabajo reproductivo), de clase (como el acceso desigual a la educación, o a diferentes bienes y servicios) o del envejecimiento (como la viudedad o los cambios en la imagen corporal y los roles)⁷. De ahí que la perspectiva de este informe («de género y clase») resulte especialmente oportuna para ofrecer e interpretar información sobre la salud de las personas mayores, aunque la ausencia de dicho enfoque en la investigación, a cuyos datos recurriremos, sin duda dificulte el trabajo.

Frente a la imagen de las personas mayores como ineludible «carga» para la sociedad, la evidencia disponible sobre los logros de la promoción de salud y de la atención sociosanitaria en este grupo de población avala la idea de que reducir la morbilidad y la incapacidad de las poblaciones que envejecen constituye el más importante reto de la salud pública, en los países desarrollados, y un excelente reflejo del desempeño de sus sistemas sanitarios⁸. La investigación que ayude a identificar inequidades y a desentrañar los factores de riesgo para la salud ligados al género y a las condiciones de vida de las personas de edad contribuirá sin duda a afrontar ese reto.

El objetivo de este trabajo es detectar las desigualdades de género, de clase social y territoriales en

la situación de salud de las personas mayores de 65 años en España. Para ello, se han utilizado los datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (ENSE-97), el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de hospitales de 1999, las estadísticas de mortalidad de 1998 y la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999.

En relación con la situación de salud, se han analizado las siguientes variables: estilos de vida relacionados con la salud (hábito de fumar, consumo de alcohol, ejercicio físico, trastornos alimentarios), salud percibida, problemas de salud crónicos, morbilidad hospitalaria, mortalidad, capacidad funcional y uso de servicios sanitarios. La clase social se ha asignado a partir de la ocupación siguiendo la propuesta de Benach et al⁹.

Estilos de vida relacionados con la salud

En general, el hábito de fumar está menos extendido entre las personas mayores que entre la población de 16-65 años de edad, ya sea porque no lo hayan adquirido durante la vida (67%) o porque lo hayan abandonado (22%). La prevalencia de fumadores es del 22,1% en los hombres y el 1,5% en las mujeres mayores de 65 años, según la ENSE-97 (tabla 1); por tanto, el grupo de fumadores es casi exclusivamente masculino (el 95% de las mujeres no fuma ni lo ha hecho nunca). Este dato contrasta con el hecho de que en otros grupos de edad (25-34 años) las mujeres que fuman comienzan a superar en número a los hombres, entre los que se da la tendencia inversa: el consumo de tabaco en hombres mayores de 16 años ha descendido 10 puntos porcentuales entre 1987 y 1997¹.

El análisis según la clase social y el sexo muestra que es más frecuente haber fumado alguna vez entre las personas mayores pertenecientes a las clases sociales más favorecidas (I y II). Sin embargo, entre los hombres de este mismo grupo social la prevalencia de fumadores en el momento de la encuesta era ligeramente inferior a la observada en las clases III y IV, no así en las mujeres, entre las cuales se mantenían cifras más altas en las clases I y II (tabla 2). Este hecho puede indicar mayores tasas de abandono entre los hombres con más alto nivel socioeconómico respecto a los otros grupos.

También respecto al consumo de bebidas alcohólicas los porcentajes en las personas mayores son más bajos que en la población en general (el 33,7 frente al 50%). Como en el caso anterior, la proporción de hombres que toma asiduamente bebidas alcohólicas es muy superior a la de mujeres (el 53,5 frente al 19,4%), e igualmente superior, en ambos sexos, entre los pertenecientes a las clases sociales favorecidas (el 58,3% en

Tabla 1. Indicadores de estilos de vida, salud percibida, uso de servicios sanitarios y dependencia para las actividades de la vida diaria, según la edad y el sexo, en las personas mayores de 65 años (España, 1997). Se presentan los porcentajes por sexos

	Mujeres			Hombres		
	65-74 (n = 423)	75 y más (n = 222)	Total (n = 645)	65-74 (n = 292)	75 y más (n = 174)	Total (n = 466)
Estilos de vida						
Fumadores	1,6	1,3	1,5	25,7	16,1	22,1
No han fumado nunca	94,6	95,9	9,5	27,1	28,2	27,5
Consumo de alcohol en las 2 semanas previas	19,9	18,5	19,4	59,2	43,9	53,5
Está sentado la mayor parte de la jornada	29,8	48,2	36,1	38,3	58,1	45,7
Realiza una actividad física regular durante el tiempo libre	2,4	3,1	2,6	4,1	4	4,1
Estado de salud						
Estado de salud percibido como regular, malo o muy malo	60,1	64	61,4	51	56,3	53
Restricción de la actividad durante 12 meses	34,8	38,8	36,2	24	39,1	29,7
Algún trastorno crónico	62,6	64	63,1	55,5	60,9	57,5
Hipertensión arterial	33,7	37,7	35,1	25,3	20,8	23,6
Hipercolesterolemia	20	15,9	18,6	15,2	12,1	14,1
Diabetes mellitus	16,7	13,6	15,7	11,5	13,9	12,4
Asma o bronquitis crónica	7,4	9,5	8,1	11,8	19,1	14,5
Enfermedad del corazón	10,7	18,2	13,3	14,6	23,1	17,8
Úlcera de estómago	6,2	6,4	6,3	4,5	6,9	5,4
Alergia	9,1	8,3	8,8	4,2	5,2	4,6
Algún accidente	9,1	15,5	11,3	4,2	5,8	4,8
Dependencia						
Autocuidados^a						
No pueden realizar alguna actividad de autocuidado	11,3	21,6	14,9	4,1	12,1	7,1
Necesitan ayuda para alguna actividad	16,1	29,3	20,6	5,5	16,1	9,4
Actividades domésticas^b						
No pueden alguna actividad doméstica	9,2	21,2	13,3	6,2	21,3	11,8
Necesitan ayuda para alguna actividad	13,9	31,5	20	7,2	23	13,1
Movilidad^c						
No pueden realizar alguna actividad de movilidad	12,5	24,8	16,7	3,8	13,8	7,5
Necesitan ayuda para alguna actividad	19,6	41	27	6,5	22,4	12,4
Uso de servicios sanitarios						
Visita al médico de cabecera las 2 semanas anteriores	30,6	36,8	32,8	23,8	28,9	25,7
Visita al especialista las 2 semanas anteriores	8,3	5,9	7,5	9	10,4	9,5
Visita urgente en el último año	20,2	20,4	20,3	17,5	21,3	18,9
Hospitalización en el último año	10,4	11,3	10,7	13,7	21,8	16,7
Vacunación antigripal	45,6	54,5	48,7	48,1	65,5	54,6

^aActividades de autocuidados: utilizar el teléfono, comprar comida o ropa, coger el autobús o el metro, preparar el desayuno, preparar la comida, tomar medicinas, administrar su dinero, cortar una rebanada de pan, fregar platos, hacer la cama.

^bActividades domésticas: cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar a máquina, limpiar la casa, limpiar una mancha del suelo, comer, vestirse y desnudarse, peinarse, afeitarse, andar, levantarse de la cama y acostarse.

^cActividades de movilidad: cortarse las uñas de los pies, coser un botón, lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba, ducharse o bañarse, subir 10 escalones, andar una hora, quedarse solo toda la noche.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud del año 1997.

las clases I y II frente al 51,5% en la clase IV, en los hombres mayores de 65 años, y el 23,7 frente al 16,4%, respectivamente, en las mujeres) (tablas 1 y 2).

La probabilidad de seguir una dieta inadecuada aumenta al envejecer por la confluencia de numerosos factores de riesgo, tanto de origen biológico (alteraciones en la dentición, el gusto y el olfato) como social (viudedad, aislamiento social, escasos ingresos). Se esti-

ma que más del 40% de las personas mayores en España presenta una ingesta inadecuada de 3 o más nutrientes, por lo que las enfermedades por defectos nutricionales son frecuentes en este grupo de edad¹⁰.

En la ENSE-97, tres cuartas partes de las personas de 65-74 años de edad presentaban sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] > 25), mientras otros estudios encuentran una prevalencia de obesidad entre

Tabla 2. Indicadores de estilos de vida, salud percibida, uso de servicios sanitarios y dependencia para las actividades de la vida diaria, según la clase social (CS) y el sexo, en las personas mayores de 65 años (España, 1997). Se presentan los porcentajes por sexos

	Mujeres			Hombres		
	CS I-II (n = 177)	CS III (n = 160)	CS IV (n = 269)	CS I-II (n = 151)	CS III (n = 151)	CS IV (n = 164)
Estilos de vida						
Fumadores	2,8	1,9	0,7	20,5	25,2	20,7
No han fumado nunca	88,1	96,9	98,1	24,5	51	51,5
Consumo de alcohol en las 2 semanas previas	23,7	21,9	16,4	58,3	51	51,5
Está sentado la mayor parte de la jornada	33,3	31,3	40,1	44,4	44,4	48,1
Realiza una actividad física regular durante el tiempo libre	3,9	2,5	1,5	6,6	5,3	0,6
Estado de salud						
Estado de salud percibido como regular, malo o muy malo	48,6	61,3	67,8	47	53	58,5
Restricción de la actividad en los 12 meses previos	29,1	36,3	39,6	29,5	28,2	31,3
Algún trastorno crónico	59,3	66,3	63,2	58,3	58,3	56,1
Algún accidente	9,1	12	12,1	4,1	4	6,1
Dependencia						
Autocuidados^a						
No pueden realizar alguna actividad de autocuidado	10,2	13,1	17,8	5,3	7,3	8,5
Necesitan ayuda para alguna actividad	18,1	19,4	21,9	9,3	6,6	12,2
Actividades domésticas^b						
No pueden realizar alguna actividad doméstica	9,6	9,4	17,8	14,6	9,3	11,6
Necesitan ayuda para alguna actividad	17,5	16,9	22,3	13,9	9,3	15,9
Movilidad^c						
No pueden realizar alguna actividad de movilidad	10,7	14,4	20,4	6,6	7,3	8,5
Necesitan ayuda para alguna actividad	20,3	24,4	30,9	11,9	9,3	15,9
Uso de servicios sanitarios						
Visita al médico de cabecera (2 semanas anteriores)	28	31,9	35,7	23,6	27,8	25,6
Visita al especialista (2 semanas anteriores)	8	6,3	7,4	8,8	9,3	10,4
Visita urgente en el último año	12,5	23,3	23,1	12,6	23,8	20,1
Hospitalización en el último año	5,6	15	12,3	14,6	19,2	16,5
Vacunación antigripal	45,8	47,2	51,2	50,3	60,3	53,4
En el grupo que declaró un estado de salud percibido como muy bueno o bueno						
Visita al médico de cabecera las 2 semanas anteriores	21,1	22,6	24,4	14,1	22,5	14,7
Visita al especialista las 2 semanas anteriores	5,6	3,2	7	6,4	5,6	4,4
Visita urgente en el último año	8,9	11,3	10,5	7,5	8,5	10,3
Hospitalización en el último año	5,5	9,7	3,5	7,5	9,9	4,4
Vacunación antigripal	40,7	46,8	45,9	48,8	56,3	41,2
En el grupo que declaró un estado de salud percibido como regular malo o muy malo						
Visita al médico de cabecera (2 semanas anteriores)	35,3	37,8	41,4	34,3	32,5	33,3
Visita al especialista (2 semanas anteriores)	10,6	8,2	7,7	11,4	12,5	14,6
Visita urgente en el último año	16,3	30,9	29,4	18,3	37,5	27,1
Hospitalización en el último año	5,8	18,4	16,6	22,5	27,5	25
Vacunación antigripal	51,2	47,2	54,7	52,1	63,8	62,1

^aActividades de autocuidados: utilizar el teléfono, comprar comida o ropa, coger el autobús o el metro, preparar el desayuno, preparar la comida, tomar medicinas, administrar su dinero, cortar una rebanada de pan, fregar platos, hacer la cama.

^bActividades domésticas: cambiar las sábanas de la cama, lavar ropa ligera a mano, lavar a máquina, limpiar la casa, limpiar una mancha del suelo, comer, vestirse y desnudarse, peinarse, afeitarse, andar, levantarse de la cama y acostarse.

^cActividades de movilidad: cortarse las uñas de los pies, coser un botón, lavarse la cara y el cuerpo de cintura para arriba, ducharse o bañarse, subir 10 escalones, andar una hora, quedarse solo toda la noche.

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud del año 1997.

los mayores del 31% (IMC > 30)¹¹. La desnutrición, el segundo problema más frecuente relacionado con la ingesta de alimentos en personas mayores, suele mani-

festarse a partir de los 75 años de edad, con prevalencias que oscilan entre el 5 y el 36%, que ascienden al 65% en ancianos frágiles y hospitalizados¹².

Para las personas mayores españolas, como para la población en general, la actividad física se relaciona más con las exigencias de la vida cotidiana que con el ocio, aunque la tendencia a realizar ejercicio físico suave (caminar, andar en bicicleta, nadar, etc.) o practicar algún deporte en el tiempo libre ha aumentado durante los últimos años. La proporción de personas mayores que practica regularmente ejercicio físico en su tiempo libre es todavía muy pequeña (3,3%), algo superior en los hombres que en las mujeres (el 4,1 frente al 2,6%) (tabla 1). Sin embargo, las diferencias entre hombres y mujeres se invierten cuando consideramos el ejercicio que implica la actividad cotidiana; los hombres que pasan sentados la mayor parte de la jornada superan casi en un 10% a las mujeres (el 45,7 y el 36,1%, respectivamente). Además de la edad y el sexo, el nivel educativo y la renta parecen influir en el hábito de hacer ejercicio físico, cuya práctica es más frecuente entre las personas mayores de nivel educativo y/o ingresos altos¹³. Como muestra la tabla 2, los datos de la ENSE-97 corroboran este hecho en las personas mayores de ambos sexos.

Salud percibida, morbilidad y mortalidad

La salud es, junto a la situación económica, una de las principales fuentes de preocupación de las personas mayores. Los estudios cualitativos ponen de manifiesto que, a esa edad, la salud se identifica con la capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana de manera autónoma. Tener buena salud es un requisito decisivo para el bienestar, que adquiere valor como recurso para acceder a otros recursos. Por el contrario, la mala salud se relaciona con la pérdida de energías, con limitaciones para cumplir las expectativas de los respectivos papeles o con la percepción de dolor corporal. La enfermedad pasa a ser un hecho natural con el que se aprende a convivir, siempre que no ocasione incapacidad y dependencia de otros¹⁴.

Las encuestas nacionales de salud muestran que la valoración subjetiva del estado de salud empeora con la edad. Así, según los datos de la ENSE-97, mientras aproximadamente las tres cuartas partes de la población española en edad adulta valoran su salud como muy buena (17,2%) o buena (56%), la proporción de personas mayores que se sitúa en dichas categorías no alcanza la mitad (el 5,8 y el 36,3%, respectivamente). En el extremo opuesto, la proporción de personas mayores que valora su salud como mala o muy mala es bastante superior a la de personas adultas que hacen la misma valoración (el 14,8 frente al 5,3%, y el 3,3 frente al 1,3%, respectivamente).

La percepción del estado de salud es un indicador muy sensible a los factores sociales que originan una

distribución desigual de la salud. Además de la edad y el deterioro fisiológico asociado a ésta, suele mostrarse relacionado con el sexo, el nivel de ingresos, el nivel de instrucción y otros factores del entorno personal, como la soledad o la viudez. Los resultados de la ENSE-97 corroboran también dichas diferencias. Así, como puede observarse en la tabla 1, las mujeres mayores que perciben su salud como regular, mala o muy mala superan en más de un 8% a los hombres con dicha percepción (el 61,4 frente al 53%). Tanto en las mujeres como en los hombres se observa un claro gradiente según la clase social, y presentan una peor salud percibida los integrantes de las clases más desfavorecidas (tabla 2).

Respecto a la morbilidad, según la ENSE-97, el 36,2% de las mujeres y el 29,7% de los hombres presentaron en el último año algún problema de salud que había limitado su actividad habitual durante más de 10 días. En conjunto, el 63,1% de las mujeres y el 57,5% de los hombres mayores declararon haber sido diagnosticados por su médico de alguno de los problemas de salud crónicos recogidos en la encuesta, de los que la hipertensión arterial fue el más frecuente en ambos sexos (el 35,1% de las mujeres y el 23,6% de los hombres). También, el 11,3% de las mujeres y el 4,8% de los hombres declararon haber sufrido algún accidente durante el año previo a la entrevista. Cerca de la mitad de los accidentes (48%) sucedieron dentro de la casa o en las escaleras, el 30% en la calle (excluyendo accidentes de tráfico) y el 17% fueron accidentes de tráfico.

El análisis por clase social y sexo muestra cierto gradiente social en la prevalencia de problemas que limitan la actividad habitual y en la proporción de personas que declararon algún trastorno de salud crónico, especialmente en mujeres. En ambos casos hay una proporción mayor de afectados en los grupos más desfavorecidos (tabla 2).

Según los datos del CMBD¹⁵ de hospitales de 1999, el 37% de las altas hospitalarias contabilizadas durante el año (más de 3 millones) correspondían a personas mayores de 65 años, el 52% a hombres y el 48% a mujeres. Respecto a la morbilidad hospitalaria, las enfermedades de los aparatos circulatorio (alrededor del 23%, tanto en hombres como en mujeres), respiratorio (el 21% en hombres y el 13% en mujeres mayores de 75 años) y digestivo (alrededor del 13% en hombres y mujeres), así como neoplasias (alrededor del 15% en hombres y el 11% en mujeres entre 65 y 74 años, en las mayores no está entre las 5 primeras causas de hospitalización), fueron las causas más frecuentes de hospitalización.

En cuanto a la mortalidad del año 1998, el 75% de las muertes en hombres y el 88,6% en mujeres correspondían a personas mayores de 65 años. Las principales causas de muertes en dicha población fueron

las enfermedades cardiovasculares (el 35,7% en hombres y el 46,4% en mujeres) seguidas de las neoplasias (el 24,8% en hombres y el 17% en mujeres) y de las enfermedades del aparato respiratorio (el 14,7% en hombres y el 9,5% en mujeres). Las enfermedades del aparato digestivo (el 5,1% en hombres y el 5% en mujeres) y los trastornos mentales (el 2,7% en hombres y el 5% en mujeres) ocupan el cuarto y quinto lugar entre las causas de muerte en personas de edad avanzada.

La baja declaración de la ocupación en los boletines de defunción hace difícil el estudio individual de las desigualdades sociales respecto a la mortalidad. Puede hacerse una aproximación al conocimiento de éstas a través del análisis de la distribución territorial de las muertes^{16,17}. En este apartado se presenta un conjunto de medidas que resumen la desigual distribución de la mortalidad entre las 52 provincias españolas.

Dos de las principales enfermedades implicadas en la mortalidad de las personas mayores, dentro del grupo de las cardiovasculares, son la enfermedad isquémica del corazón (el 35,1% en hombres y el 23,3% en mujeres) y la enfermedad cerebrovascular (el 27,5% en hombres y el 30,7% en mujeres). En las figuras 1 y 2 puede apreciarse que, tal y como describen Benach et al¹⁶, la distribución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en España sigue un patrón geográfico, y las provincias del sur son las que presentan tasas más elevadas. Sevilla presenta las tasas de mortalidad más altas por enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular en mujeres, un 180 y un 100% más elevadas que Álava y Burgos, respectivamente, las provincias con la menores tasas de mortalidad. La tasa de mortalidad más alta por enfermedades cerebrovasculares corresponde a Granada, con un 90% más muertes que Segovia, que se sitúa en el extremo opuesto. Cádiz y Las Palmas son las provincias que presentan las tasas más elevadas de mortalidad masculina por enfermedad cardiovascular (la primera) y enfermedad isquémica del corazón (la segunda), frente a Soria y Palencia (con tasas un 90% menor que Cádiz y 2,6 veces inferior a Las Palmas, respectivamente) (tabla 3).

El segundo lugar de las causas de mortalidad corresponde a las neoplasias, entre las que destacan el cáncer de pulmón (el 25% del total de cánceres en hombres mayores de 65 años y el 5% en mujeres) y el cáncer de mama (el 13,2% de los cánceres en mujeres de este grupo de edad). Respecto al primero, las provincias con mayor mortalidad son Segovia, en mujeres, y Cádiz, en hombres, que presentan 10,5 y 3,5 veces mayor mortalidad, respectivamente, que Soria, la provincia con valores mínimos tanto en mujeres como en hombres. Se observa una concentración de máxima mortalidad masculina por cáncer de pulmón en el suroeste de la península (fig. 2), patrón que no se observa en mujeres para ninguno de los tipos de cáncer considerados.

El tercer gran grupo de causas de mortalidad es el de enfermedades del aparato respiratorio. Una de las principales causas específicas, la agrupación de bronquitis, enfisema y asma, motiva el 3-17% de la mortalidad femenina y el 3-16% de la masculina para este grupo de enfermedades. Las razones entre provincias extremas son de 1,7 en las mujeres y de 2 en los hombres para el conjunto de enfermedades del aparato respiratorio. La mortalidad masculina sigue un patrón territorial claro, en el sur de España se concentran las tasas más elevadas (fig. 1).

La cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado son las principales causas de muerte dentro del grupo de enfermedades del aparato digestivo. La mortalidad es más elevada en los hombres que en las mujeres. En los hombres, Sevilla presenta de nuevo la tasa de mortalidad más elevada, 5 veces mayor que la de Soria, otra vez con los valores más bajos. Las diferencias en la mortalidad de las mujeres entre las provincias con mayores y menores tasas, Valencia y Cáceres, respectivamente, son bastante superiores (razón entre tasas, 17,5). La distribución territorial de las enfermedades del aparato digestivo también presenta un patrón de predominio en el sur de la península, especialmente en los hombres (fig. 1).

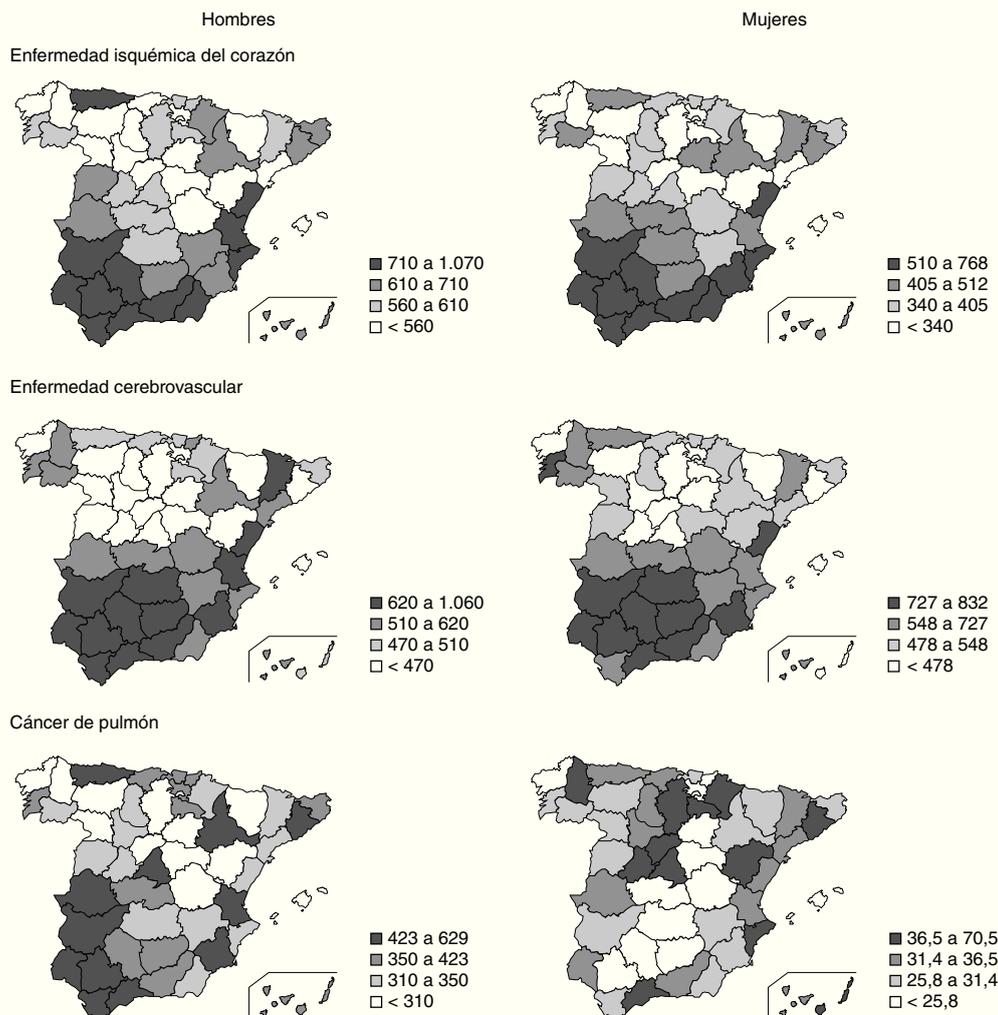
El grupo de trastornos mentales es ligeramente más frecuente en las mujeres que en los hombres, pero en ambos sexos las provincias con mayor mortalidad (Álava en las mujeres y Segovia en los hombres) presentan una mortalidad más de 3 veces superior a la de las provincias que se sitúan en el extremo opuesto (La Rioja y Salamanca, respectivamente).

Capacidad funcional

El concepto de salud en la vejez se relaciona tan estrechamente con la capacidad funcional que su mantenimiento o pérdida determina la condición de enfermo o sano por encima incluso de la existencia de enfermedades. Tan es así que el indicador clásico de esperanza de vida tiende a sustituirse por el de esperanza de vida libre de discapacidad, más sensible que el anterior a los cambios que puedan afectar a la salud de las poblaciones de los países ricos. La tendencia de la capacidad funcional a disminuir a medida que se envejece, ya sea como consecuencia de enfermedades crónicas o del proceso natural de pérdida de vitalidad, es el origen de los problemas de dependencia y de la necesidad de cuidados de larga duración.

La capacidad funcional suele evaluarse a través del grado de autonomía que se posee para realizar una serie de actividades cotidianas relacionadas con el cuidado personal (actividades básicas de la vida diaria: moverse dentro de casa, comer, vestirse, asearse, tomar un baño

Figura 2. Distribución de la mortalidad en los mayores de 65 años por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón, por provincias españolas, según cuartiles. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad (TEM) por sexo. Tasas por 100.000 habitantes (España, 1998).



TEM: tasa estandarizada (por edad) de mortalidad. La población de referencia es la del conjunto de personas mayores de 65 años, según el censo de 1991.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de mortalidad de España de 1998, facilitados por el Instituto Nacional de Estadística.

o ducha, usar el WC, controlar los esfínteres, desplazarse de un sillón a la cama y viceversa, subir y bajar escaleras) y otras de manejo del entorno (actividades de la vida diaria instrumentales: salir a caminar, hacer compras, realizar las tareas del hogar, preparar la comida, manejar el dinero, tomar medicación y utilizar el teléfono). Las actividades concretas consideradas y la forma de valorarlas varían con frecuencia de unas en-

cuestas a otras, lo que dificulta la comparación. La principal fuente de referencia nacional disponible para el análisis de la capacidad funcional, es la Encuesta Nacional de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999¹⁸, que recoge 36 actividades agrupadas en 10 áreas¹⁹.

Según esos datos, el número de personas mayores de 65 años con una o varias discapacidades as-

Tabla 3. Medidas resumen de la mortalidad, de una selección de causas en las 52 provincias españolas, para la población mayor de 64 años. España, 1998. Tasas estandarizadas por edad por 100.000 habitantes

	TEM mínima	TEM máxima	Rango (TEM máxima-TEM mínima)	Razón (TEM máxima /TEM mínima)
Mujeres				
Enfermedad isquémica del corazón	257,7	731,5*	473,8	2,8
Enfermedad cerebrovascular	396,0	799,6*	403,6	2,0
Enfermedades cardiovasculares	1.329,2	2.589,6*	1.260,4	1,9
Cáncer de pulmón	6,7*	70,5	63,8	10,5
Cáncer de mama	34,7	158,8	124,1	4,6
Tumores	481,5	911,4	429,9	1,9
Bronquitis crónica, enfisema y asma	12,7	63,3	50,6	5
Enfermedades del aparato respiratorio	288,7	500,6	211,9	1,7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4,7	82,2	77,5	17,5
Enfermedades del aparato digestivo	135,2	286,3*	151,1	2,1
Trastornos mentales	93,7	344,04	250,3	3,7
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	53,4	171,5*	118,1	3,2
Accidentes de vehículos a motor	3,22	44,5	41,3	13,8
Causas externas	26,7	108,8	82,1	4,1
Total	3.359,5	5.053,8	1.694,3	1,5
Hombres				
Enfermedad isquémica del corazón	404,8	1068,9	664,1	2,6
Enfermedad cerebrovascular	313,7	739,6*	425,9	2,4
Enfermedades cardiovasculares	1.354,8	2.541,8*	1.187,0	1,9
Cáncer de pulmón	170,2	596,1*	425,9	3,5
Tumores	1.021	1.864,4	843,4	1,8
Bronquitis crónica, enfisema y asma	22,5*	131,4	108,9	5,8
Enfermedades del aparato respiratorio	525,2*	1.043,9	518,7	2,0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28,3	136,6	108,3	4,8
Enfermedades aparato digestivo	189	404,1	215,1	2,1
Trastornos mentales	76,7	243	166,3	3,2
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	55,1	153,2*	98,1	2,8
Accidentes de vehículos a motor	6,5	78	71,5	12
Causas externas	65,9	218,1	152,5	3,3
Total	3.905,5	6.508,6*	2.603,1	1,7

TEM: tasa estandarizada (por edad) de mortalidad. La población de referencia es la del conjunto de personas mayores de 65 años, según el censo de 1991.

*En los casos señalados, el valor extremo correspondía a Ceuta o Melilla, que no se han tenido en cuenta dado que, al ser provincias con poca población, la estabilidad de las tasas es mucho menor.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de mortalidad de España de 1998, facilitados por el Instituto Nacional de Estadística.

ciende, en España, a 2.072.652, lo que supone una tasa del 32,2% de las personas de edad y el 58,7% del total de personas con discapacidad. La prevalencia de discapacidad varía según el sexo y la edad, y es superior en las mujeres que en los hombres (el 35,9 frente al 27,1%) y en los octogenarios respecto de los más jóvenes (el 49,4 frente al 19% en el grupo de 65-69 años). La relación entre hombres y mujeres cambia de tendencia a partir de los 45-49 años de edad «a favor» de ellas, y la prevalencia de discapacidad hasta esa edad es superior en los hombres. Según el tipo de discapacidad, las tasas más frecuentes se relacionan con la movilidad —desplazarse fuera del hogar (20,9%), realizar las tareas domésticas (16,3%) y moverse dentro de casa (12,5%)—, son significati-

vamente más elevadas en las mujeres que en los hombres y aumentan progresivamente a medida que se envejece (tabla 4).

Las discapacidades en las personas mayores proceden, sobre todo, de deficiencias osteoarticulares (el 11,8% de todos los mayores) y en menor proporción de problemas de la vista (8,8%), oído (8,4%), mentales y del sistema nervioso (6,1%)²⁰. Los datos de la ENSE-97 corroboran, en líneas generales, los patrones por edad y sexo encontrados en la encuesta de discapacidades.

Respecto a la relación entre la capacidad para realizar actividades de la vida diaria y la clase social, la tabla 2 muestra un claro gradiente social de la dependencia en las mujeres. Asimismo, la necesidad de

Tabla 4. Personas mayores afectadas por diferentes tipos de discapacidad (%) (España, 1999)

Tipos de discapacidad	Total		Mujeres		Hombres		
	65 y más años	65-79 años	80 y más años	Total	65-79 años	80 y más años	Total
Ver	10,84	9,16	21,06	12,07	7,19	18,57	9,15
Oír	10,34	7,62	20,02	10,66	7,88	19,66	9,91
Comunicarse	4,04	2,34	11,05	2,91	2,51	8,03	2,65
Aprender, aplicar conocimientos y desarrollar tareas	5,2	3,64	14,07	6,21	2,64	9,57	3,84
Desplazarse	12,58	11,57	26,48	15,22	6,77	19,35	8,95
Utilizar los brazos y las manos	10,02	9,14	20,51	11,93	5,90	14,52	7,39
Desplazarse fuera del hogar	21	18,73	44,39	25,03	12,13	31,46	15,5
Cuidar de sí mismo	8,7	5,03	25,49	10,04	4,63	17,97	6,93
Realizar las tareas del hogar	16,3	14,56	41,21	19,99	6,67	24,41	8,87
Relacionarse con otras personas	5,25	3,62	14,23	6,23	2,76	9,4	3,93
Total personas con discapacidad	32,21	29,08	57,11	35,9	22,41	49,41	27,08

Fuente: Encuesta nacional de discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999.

ayuda para todos los grupos de actividades, tanto en las mujeres como en los hombres, es más frecuente entre las personas mayores de las clases sociales más desfavorecidas. La discapacidad y la dependencia, como la salud percibida, son muy sensibles a los factores de riesgo que entrañan desventajas sociales. Así, según los datos de la ENSE-97 las tasas de dependencia en las personas mayores que cursaron estudios universitarios son mucho más bajas que en los analfabetos. Lo mismo pasa con el nivel de ingresos y el estatus social: la incidencia de dependencia en los hogares con ingresos inferiores a 60.000 ptas./mes es prácticamente el doble que en los de nivel de renta más elevado²¹.

Por último, es necesario señalar que las mencionadas desventajas sociales se acumulan en las mujeres más ancianas. Ellas tienen niveles de instrucción y renta inferiores a los hombres, y con mayor frecuencia que ellos se enfrentan a la soledad y a la viudez²². Como ya se ha mencionado, a pesar de su mayor esperanza de vida, se ven afectadas por la enfermedad y la discapacidad con mayor intensidad que los hombres, presumiblemente debido a factores de riesgo ligados al género a los que se han ido exponiendo durante la vida.

Uso de servicios sanitarios

Ya que este grupo de edad es el que presenta una mayor prevalencia de enfermedades y discapacidad, es previsible que sea también el que más utilice los servicios sanitarios. Según los datos de la ENSE-97, el 40,3% de las mujeres y el 35,3% de los hombres mayores de 65 años declararon haber realizado una visita médica en las 2 semanas anteriores a la en-

trevista. La mayor parte de las visitas se hicieron a un médico de atención primaria. Los hombres efectuaron más visitas al especialista que las mujeres, que acudieron en mayor proporción a su médico o médica de familia (tabla 1).

Las visitas al médico de cabecera siguen un claro gradiente según la clase social, y los grupos pertenecientes a las clases más desfavorecidas son los que con mayor frecuencia visitaron a un médico de atención primaria (tabla 2). Este gradiente social se mantiene en el subgrupo de personas con buen estado de salud percibido, pero desaparece entre los hombres cuya percepción de salud es regular o mala. En cuanto a las visitas al especialista, no existe un patrón social claro.

Alrededor del 20% de las personas mayores había realizado una consulta urgente por un problema de salud, sin diferencias importantes entre mujeres y hombres, ni entre los dos grupos de edad analizados. Las personas de clase social más desfavorecida fueron las que declararon en mayor proporción haber realizado una visita urgente, patrón que se mantiene en las personas con una percepción negativa de su estado de salud. Asimismo, el 17% de los hombres y el 10,7% de las mujeres mayores de 65 años declararon haber estado hospitalizados en el año anterior a la entrevista. En los 2 grupos de edad las hospitalizaciones fueron más frecuentes en los hombres, y entre éstos, en los grupos sociales menos favorecidos.

La vacunación antigripal, una de las prácticas preventivas aconsejada para la población de personas mayores, alcanza proporciones superiores en los hombres que en las mujeres (el 54,6 y el 48,7%, respectivamente), se incrementan con la edad. La distribución de los que fueron vacunados según la clase social parece indicar cierto gradiente, tanto en los hombres como en las mujeres, a favor de los menos favorecidos (tabla 2).

Conclusiones y recomendaciones

1. La situación de salud de las personas mayores presenta diferencias según el sexo y la clase social, que pueden ser interpretadas como desigualdades de género y clase. En este grupo de edad, los hombres y los miembros de las clases acomodadas son los que presentan mayores prevalencias de conductas nocivas para la salud, en contraste con lo que ocurre entre las personas adultas y jóvenes entre los cuales son las mujeres y los miembros de las clases sociales desfavorecidas los que con mayor frecuencia fuman o consumen bebidas alcohólicas, en un claro fenómeno de transferencia de dichos hábitos.

Entre las mujeres y las personas de clases más desfavorecidas abundan, más que en los otros grupos, las personas que perciben su salud de forma negativa, tienen que limitar su actividad habitual por algún problema de salud, padecen algún trastorno de salud crónico, han sufrido algún accidente o necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.

Para profundizar en los factores que originan desigualdades de género o clase, así como en las relaciones entre ambas perspectivas, es necesario adoptar dicho enfoque desde el diseño de los estudios y para cada componente de la salud a considerar. La trayectoria vital de las actuales generaciones de personas mayores las convierte en un excelente campo de observación de las desigualdades y de los factores que las determinan.

2. Se reitera el patrón de desigualdad en la distribución de la mortalidad descrito en otras publicaciones, donde las tasas más elevadas para varias causas de muerte, especialmente en los hombres, se dan en el sur de la península. Es necesario profundizar en el análisis de la desigual distribución territorial de la salud con el propósito de desentrañar los factores que la generan.

3. La utilización de servicios de atención primaria de salud presenta, en general, un gradiente social relacionado con la necesidad (a favor de las mujeres y de los miembros de las clases más desfavorecidas). Sin embargo, dicho gradiente no existe entre los hombres que perciben su salud de forma negativa. La cobertura de vacunación antigripal en las personas mayores de 65 años es más elevada en los hombres que en las mujeres; entre las mujeres que perciben su salud de forma positiva existe cierto gradiente de desigualdad, a favor de las que forman parte de clases acomodadas, lo que no ocurre entre las que tienen una percepción negativa de su estado de salud.

Los hombres utilizan más que las mujeres la atención especializada, sobre todo la hospitalización, que es también más frecuente entre los miembros de los grupos sociales más desfavorecidos. En las visitas a los servicios de urgencias no se observan diferencias según el sexo o la clase social.

4. La equidad ha de ser una dimensión del análisis y la determinación de necesidades en salud de toda la población, por lo que la perspectiva de género y clase ha de contemplarse de forma sistemática. Además, dados los cambios poblacionales más recientes, será también imprescindible la perspectiva que contemple el origen geográfico y cultural.

Agradecimientos

A Anna Shiaffino, del Institut Català d'Oncologia, y a Carme Borrell, de la Agència de Salut Pública de Barcelona, por el trabajo previo que realizaron con las bases de datos que se han utilizado en este apartado (la ENSE-97 y la mortalidad de 1998, respectivamente) y que han facilitado su uso.

Bibliografía

1. IMSERSO. Envejecer en España. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Madrid: IMSERSO, 2002.
2. Bazo MT. Sociología de la vejez. En: Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Madrid: Médica Panamericana, 1999.
3. Sáez Ménde H. Calidad de vida en las personas mayores de Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Asuntos Sociales, 1997.
4. Pérez Ortiz L. Las necesidades de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.
5. Gonzalo Jiménez E, Gutiérrez Cuadra P, De Manuel Keenoy E. El estado de salud y la utilización de servicios entre las personas mayores de nueve distritos europeos. Centro de Salud 1999;7:284-5.
6. García Calvente MM, Fernández Ruiz I, Mateo Rodríguez I. La salud de las mujeres en Andalucía. En: La situación social de las mujeres en Andalucía 1990-2000. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 2001.
7. Arber S, Ginn J. Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico. Madrid: Narcea S.A., 1996.
8. Vaqué J, Vilardell M, Taberner JL, Tresserras R, Salleras L. Reducción de la morbilidad y vejez saludable. Med Clin (Barc) 2001;116(Supl):3-8.
9. Navarro V, Benach J, y la Comisión Científica de Estudios de Desigualdades Sociales en Salud en España. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
10. Alba Romero C, Gorroñoigoitia Iturbe A, Litago Gil C, Martín Lesende I, Luque Santiago A. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria 2001;28(Supl 2):161-90.
11. Moreiras O, Carbajal A, Perea I, Varela C, Ruiz. Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en España. EURONUT-SENECA. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994;28: 209-29.

12. Sastre Gallego A. Nutrición y envejecimiento. En: Riobó Servant P, Rapado Errazti A, editores. Papel de la nutrición en el hueso durante la vejez. Madrid: Amohemo Edit, 1999.
 13. Molina JA, Herce JA. Población y salud en España. Patrones por género, edad y nivel de renta. Proyecto 2FD/-2057 CICYT y Comisión Europea-Fondos FEDER, FEDEA. Madrid, 2000. Disponible en: <http://www.fedea.es/hojas/publicaciones.html#documentos de trabajo>
 14. Bazo, MT. La ancianidad del futuro. Madrid: SG, Fundación Caja de Madrid, 1992.
 15. Blanco Moreno A, Rivero Cuadrado A, Beneit Montesinos A, García Rey J, Cózar Ruiz R, Sendino García MM. Subdirección General de Análisis Económico y Estadística. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de salud. Año 1999. Explotación de bases del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros de pacientes (GRD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
 16. Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
 17. López-Abente Ortega G, Pollán Santamaría M, Escolar Pujolar A, Errezola Saizar M, Abraira Santos V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
 18. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Avance de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
 19. Jiménez Lara A, Hueté García A. La discapacidad en España: datos epidemiológicos. Aproximación desde la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
 20. Abellán García A. Longevidad y estado de salud. En: Las personas mayores en España. IMSERSO. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
 21. Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO, 1999.
 22. Bonita R. Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer. Ginebra: OMS, 1998.
-