

# UNA ESPAÑA QUE ENVEJECE

*Antonio Abellán García*  
*Adalberto Aguilar Baltar*  
*Francisco Barco Solleiro*  
*Gloria Fernández-Mayoralas*  
*José Luís Jordana Laguna*  
*Francisco Jurdao Arrones*  
*Nicolás Mallo Fernández*  
*Rafael Pineda Soria*  
*Florián Ramírez Izquierdo*  
*Angel Rodríguez Castedo*  
*Fermina Rojo Pérez*  
*José María Ruiz de Velasco*  
*Andrew Sixsmith*  
*Ana Vicente Merino*

SERIE: CURSOS DE VERANO

*Una España que envejece*  
primera edición, julio 1992.

- © de cada uno de los autores para sus artículos
- © de la presente edición:  
Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida

ISBN: 84-80010-004-4

DL: GR 863/1992

Imprime: Gráficas Anel, S.A.  
Polígono Industrial Juncaril  
Albolote (Granada)

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ella mediante el alquiler o préstamo públicos.

## 5. CONDICIONES SOCIOSANITARIAS DE LAS PERSONAS DE EDAD EN ESPAÑA.

**Fermina Rojo Pérez,  
Gloria Fernández-Mayoralas**

### *Introducción.*

Desde los años 60 la población española está conociendo un proceso de envejecimiento de su estructura demográfica. No cabe duda de la importancia de las consecuencias de ese proceso; una de esas consecuencias es la del estado de salud de la población anciana española y la demanda de asistencia sanitaria. Esta demanda y la necesidad de satisfacerla tienen una clara implicación espacial (esto es, tienen una implicación en cuanto a localización, accesibilidad, movilidad). Por ello, es de gran interés conocer las características sanitarias de esta población.

Muchas son las características asociadas con la población anciana como grupo, y como consecuencia de ello se ha tendido a crear un estereotipo negativo de la tercera edad. El envejecimiento se ha visto como un estado de deterioro físico, psicológico, económico y como un incremento de la dependencia; también se ha visto como una pérdida de papel o rol desempeñado en la sociedad hasta la jubilación, y se ha tendido en muchos casos a asociar jubilación con inutilidad; asimismo, se ha dicho que el envejecimiento es un estado de deterioro de la salud. En términos de calidad de vida, en general, y de estado de salud, en particular, la tercera edad ha sido definida o asociada con una situación negativa. Este estereotipo negativo se agrava, incluso, cuando se reconoce al grupo de ancianos como una categoría separada del resto de la población, situación que conlleva además el tratar a la tercera edad como un grupo homogéneo. Y sin embargo se trata más bien de una conjetura, de una supuesta homogeneidad en tanto que

---

*Fermina Rojo Pérez y Gloria Fernández-Mayoralas son investigadoras del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.*

factores de orden social, económico, ambiental, introducen características y comportamientos distintos entre la población anciana.

La salud es un asunto de enorme importancia para los ancianos, porque es estando y sintiéndose razonablemente «buenos», es estando y sintiéndose «sanos» como los ancianos son capaces de permanecer independientes (TINKER, 1988, p. 58).

En los últimos años se está poniendo de manifiesto la necesidad de una atención especializada en materia de salud y cuidados médicos para la población anciana. La dotación de un servicio de este tipo ha de partir, necesariamente, de un previo conocimiento de la situación sanitaria de los ancianos. Es decir, la necesidad de una atención sanitaria especializada para la población anciana se tiene que ver necesariamente bajo dos aspectos. Por una parte, es preciso reconocer cuáles son las demandas o necesidades de este grupo demográfico. Se ha comentado que el riesgo de enfermedad e incapacidad aumentan con la edad; también la incidencia y predominio (prevalencia) de las enfermedades son mayores entre la población anciana que entre otros grupos de población. Asimismo, el tipo de enfermedad padecida por la población anciana puede ser distinto. Por tanto, la planificación y dotación de servicios sanitarios ha de tener en cuenta estos hechos diferenciadores. Por otra parte, cabría plantearse si estas necesidades estarían mejor cubiertas mediante la dotación de servicios sanitarios específicos para la población anciana, o si, por el contrario, deberían incluirse dentro de los planes sanitarios diseñados para el conjunto de la población.

Tradicionalmente se ha asociado la salud con un estado de ausencia de enfermedad, tanto desde el punto de vista objetivo como subjetivo. Y sin embargo, el concepto de salud es más amplio que la mera noción de ausencia de enfermedad, en el sentido de que la salud implica un estado de bienestar no sólo físico sino también social, económico, psicológico, ambiental. De manera que en este capítulo se considerarán aspectos no sólo físicos, sino también socioeconómicos y personales para determinar el estado de salud de la población anciana.

### *Metodología y fuentes.*

La valoración del estado sanitario de una población puede determinarse a partir de los diagnósticos médicos y de la morbilidad hospitalaria, que junto al análisis de las causas y niveles de mortalidad conformarían lo que se denomina «estado de salud objetivo». El análisis de las causas y niveles de mortalidad fue un método usado tradicionalmente para determinar el estado de salud en ausencia de otro tipo de datos. Sin embargo, hoy se considera como un método limitado porque no dice nada acerca del estado de salud de aquellos que no han muerto. Por ello, es más útil analizar las causas de muerte junto con la morbilidad general basada en las determinaciones o diagnósticos realizados por los profesionales médicos.

Asimismo, la valoración del estado sanitario puede abordarse a partir del estudio del «estado de salud subjetivo o aparente» de la población, y este es el planteamiento bajo el cual se aborda, fundamentalmente, el estudio. Este término alude a la autovaloración o percepción que la población tiene de su estado sanitario en relación con la morbilidad percibida y con las características demográficas y socioeconómicas, y en relación también a las limitaciones físicas y la necesidad de uso de servicios y equipamientos sanitarios. Una dimensión adicional del estado de salud subjetivo estaría relacionada con la disminución de la capacidad de los órganos de los sentidos, y, como consecuencia, una mayor incidencia de los accidentes.

Otro aspecto del comportamiento del enfermo es acudir a las consultas médicas, lo que podría aumentar con la edad en clara relación con el sentimiento de padecer enfermedad. Asimismo, el consumo de medicamentos también aumenta con la edad, quizás no sólo en relación con el mayor predominio de enfermedad sino también por el hecho de que la población anciana pensionista recibe los medicamentos de forma gratuita. Este es, entre otros, un hecho que ya ha sido puesto de manifiesto en estudios realizados en otros países, como por ejemplo en Gran Bretaña.

El análisis del estado de salud objetivo de la población se ha realizado a partir de los datos más recientes sobre mortalidad por causa de defunción y morbilidad según diagnóstico.

Por lo que respecta a las defunciones, el INE publica el Movimiento Natural de la Población Española (datos para 1986) que en su tomo III recoge los fallecimientos por causa, según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS.

A falta de la morbilidad general, intra y extrahospitalaria, se ha utilizado la información que el INE publica en la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (datos para 1988), con una periodicidad anual desde 1977, aportando información sobre la morbilidad atendida en todos los hospitales del país según el diagnóstico definitivo o de salida, así como la estancia media en el hospital por tipo de diagnóstico y la incidencia y prevalencia de los diferentes diagnósticos. Estos han sido clasificados según la la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para ambas variables, mortalidad y morbilidad, se consideraron dos grupos demográficos: población menor de 65 años y población de 65 y más años de edad

Por su parte, el análisis del estado de salud subjetivo de la población se ha realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud, elaborada en 1987 por el Ministerio de Sanidad y Consumo y dirigida a toda la población española. La encuesta comprende dos cuestionarios: uno para la población menor de 16 años (población infantil) y otro para la población de 16 y más años (población adulta). Para este estudio se ha explotado el cuestionario de adultos, estructurado en cuatro bloques de información básica: morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, hábitos de vida y características personales y demográficas.

*El estado de salud objetivo de la población anciana: la morbilidad y las causas de la muerte.*

Profundizando en el hecho de que la edad conlleva un deterioro fisiológico que incide en el riesgo de padecer enfermedades, es preciso señalar que las patologías crónicas más frecuentes entre los ancianos (Cuadro 1.4) son las relacionadas con el aparato circulatorio.

rio, incluyendo dentro de este apartado las enfermedades del corazón, la circulación cerebral y periférica y la hipertensión arterial. Tanto la prevalencia como la mortalidad por enfermedades circulatorias aumenta claramente con la edad. Este tipo de enfermedad es uno de los principales problemas entre la población anciana, y puede ser, a su vez, uno de los principales problemas de salud pública, por su elevada incidencia y predominio y la consiguiente demanda de servicio asistencial que genera. A la prevalencia o predominio de enfermedades circulatorias le siguen en importancia las enfermedades crónicas relacionadas con el aparato digestivo, los tumores y las enfermedades respiratorias (tales como el asma, enfisema, bronquitis). Estos cuatro tipos de enfermedades crónicas entre los ancianos son los que, a su vez, causan mayor número de muertes, si bien no existe una correspondencia en orden de importancia entre las enfermedades y las causas de muerte.

En otros estudios sobre las causas de muerte de la población anciana (G.E.S. BERNARD KRIEF, 1982, p. 64-69) se ha puesto de manifiesto que son también las enfermedades circulatorias seguidas de los tumores, enfermedades respiratorias y enfermedades digestivas, las que causan mayor número de fallecimientos. Pero mientras las defunciones por las enfermedades circulatorias y del aparato digestivo mantuvieron una tendencia estable (entre 1975 y 1979), las enfermedades respiratorias disminuyeron, en tanto que los tumores observaron un crecimiento mayor que las causas previamente analizadas.

La morbilidad hospitalaria presenta otro aspecto importante y definitorio, y es el mayor uso de hospitales por la población anciana. Así, mientras este grupo demográfico ha permanecido hospitalizado una media de 19 días, este valor desciende a 11 para la población menor de 65 años. El predominio de las enfermedades circulatorias, digestivas, tumores y respiratorias implica un mayor número de días de estancia en hospitales. La patología que causa mayor número de días de estancia media en hospitales es la relacionada con las enfer-

medades infecciosas, seguida de enfermedades circulatorias, respiratorias y tumores.

Entre las patologías agudas, tanto en la población menor de 65 años como en la población anciana, destacan los traumatismos, donde se engloban las fracturas, traumatismos internos, quemaduras, envenenamientos, entre otras.

### *El estado de salud subjetivo.*

El concepto «estado de salud subjetivo» alude a la percepción que la población tiene de su propio estado sanitario. Esta autovaloración de la salud puede ser considerada como una medida de las actitudes o factores de predisposición que determinan la salud percibida (ABELLAN, A. et alia, 1990, p. 253). Así, la valoración de la propia salud puede estar vinculada con la capacidad de los ancianos para detectar la presencia de alguna enfermedad, y con las limitaciones impuestas por el padecimiento de enfermedad en la realización de las actividades de la vida diaria. Asimismo, la evaluación de la salud puede verse afectada por otras circunstancias, entre las que se podrían mencionar las características socioeconómicas, esto es, la relación existente entre, de una parte, el acceso a un mayor nivel cultural y económico y la forma de vivir de los ancianos y, de otra, el mejor estado de salud percibido por éstos. Además, esta valoración de la propia salud puede estar afectada por la necesidad de uso de servicios sanitarios y la disponibilidad y accesibilidad a los mismos.

#### 1) Enfermedades crónicas percibidas por los ancianos.

La información acerca de las enfermedades crónicas padecidas por los ancianos puede estar afectada tanto por la información que recibe el paciente de un facultativo sobre las afecciones que padece y el origen de las mismas, como por los síntomas o achaques, a veces no bien determinados, que el anciano manifiesta tener.

El 62% de la población de 16 y más años considera que padece enfermedad de tipo crónico. Sin embargo, y en la línea de los planteamientos iniciales (Figura 5.1), de entre los ancianos un 83% de

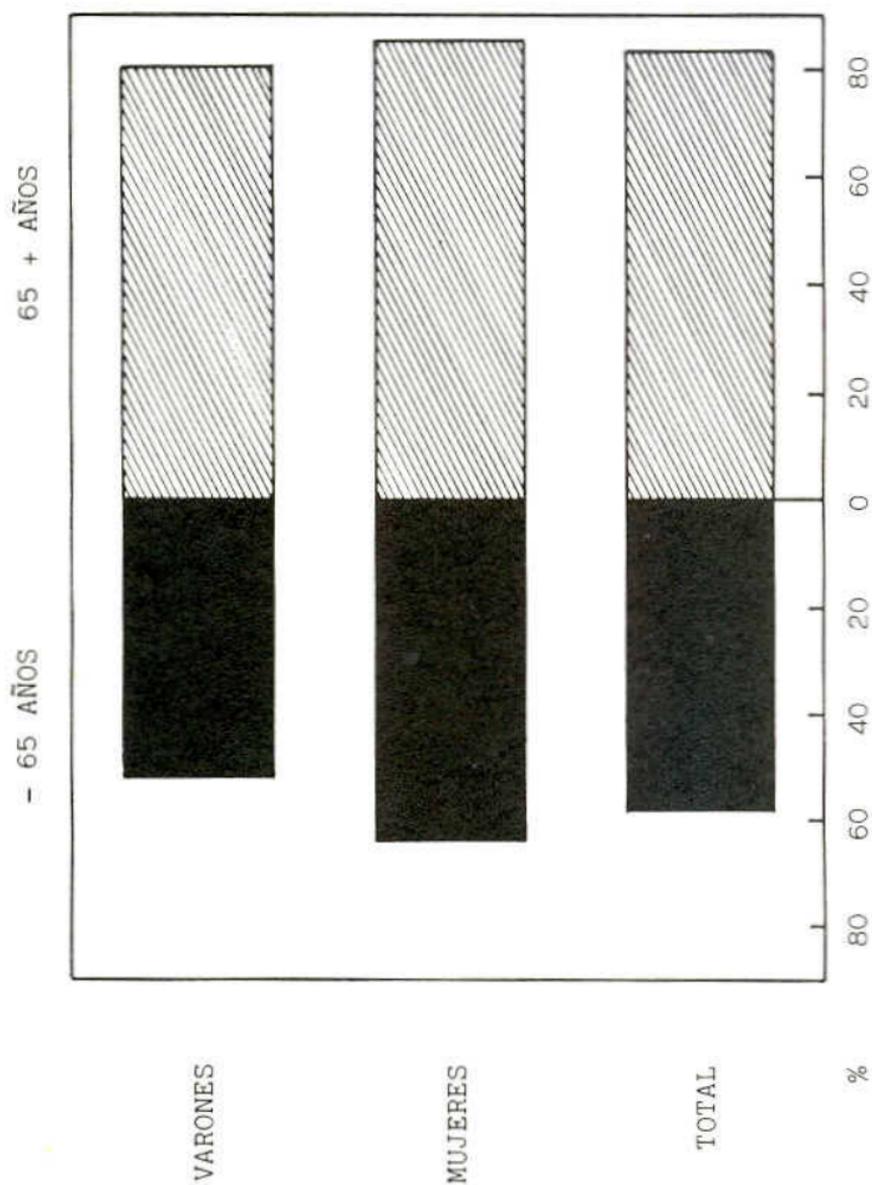


Figura 5.1. Morbilidad percibida por edad y sexo (% sobre cada grupo de edad y sexo).

los mismos se considera enfermo frente a un 58% de la población menor de 65 años. Así pues, se observa una clara evidencia de la percepción de un mayor predominio de los problemas crónicos entre la población anciana que entre otros grupos de edad, predominio que es ligeramente más acusado entre el grupo de los más viejos. Según el sexo, las mujeres ancianas dicen sentirse enfermas en mayor proporción que los varones, aunque esta valoración es más notable entre las mujeres menores de 65 años con respecto a los varones del mismo grupo de edad.

Relacionando la variable percepción de enfermedad con el tamaño del hogar, el nivel de instrucción y los ingresos o nivel de renta, se observa que la consideración de enfermos disminuye cuando se vive en hogares de 2 miembros, de 3-4 miembros y de 5 y más, que también disminuye a medida que el nivel de instrucción va siendo más elevado, e igualmente la enfermedad se percibe en menor proporción cuando el nivel de renta aumenta. Sin embargo, el tamaño del hábitat o núcleo de residencia no introduce grandes diferencias y además se observa una ligera tendencia a la inversa, es decir, una mayor proporción de población anciana se siente enferma en los núcleos más grandes y, fundamentalmente, en los núcleos que tienen de 50.000-100.000 habitantes.

La percepción de la presencia o ausencia de enfermedad es de enorme importancia entre la población, ya que del sentimiento de padecer enfermedad puede derivar la utilización de los servicios sanitarios y, quizás, en el caso de la población anciana, la sobreutilización de los mismos. Se considera que la demanda de cuidados médicos crece con la edad en relación con el proceso de deterioro fisiológico, lo que explicaría el mayor uso de los servicios sanitarios. Del total de ancianos enfermos (4119 de los 4947 ancianos encuestados) la proporción de los que han acudido a consultas médicas durante las dos últimas semanas llega casi a un tercio, destacando los ancianos que han acudido 1 vez a consulta. El motivo de la última consulta (Cuadro 5.1) ha estado relacionado con el diagnóstico o tratamiento, revisiones y dispensación de recetas médi-

Cuadro 5.1. Motivo de la última consulta de la población enferma.

Edad	Diagnóstico/tratamiento.	Revisión	Dispensación recetas.	Partes baja Partes alta	Otros	N.C.	% total	Nº casos
Hasta 65	59.8	23.3	12.2	0.9	2.1	1.8	100.0	5.021
65 y más	45.7	25.4	25.0	0.5	1.4	2.0	100.0	1.517
<b>total</b>	<b>56.5</b>	<b>23.8</b>	<b>15.1</b>	<b>0.8</b>	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	<b>100.0</b>	<b>6.538</b>

Fuente: M.S.C. *Encuesta Nacional de Salud*, 1987. (Elaboración propia).

Cuadro 5.2. Lugar donde se ha realizado la consulta.

Edad	Centro salud	Cosultorio ambulat. S.S.	Consulta externa hospital	Servicio urgencia	Consulta privada	Empresa	Domicilio Otros	NC	% total	Nº casos
hasta 65	7.0	65.5	5.4	2.8	13.6	0.4	2.8	2.5	100.0	5.021
65 y más	8.4	73.8	3.5	0.9	7.3	0.1	3.8	2.1	100.0	1.517
<b>total</b>	<b>7.4</b>	<b>67.4</b>	<b>4.9</b>	<b>2.4</b>	<b>12.1</b>	<b>0.3</b>	<b>3.1</b>	<b>2.4</b>	<b>100.0</b>	<b>6.538</b>

Fuente: M.S.C. *Encuesta Nacional de Salud*, 1987. (Elaboración propia).

cas, resaltando la elevada proporción de los ancianos enfermos, en relación a la población adulta, que acude a consultas médicas para ser recetado. La consulta se realiza prioritariamente en ambulatorios y consultorios de la Seguridad Social (Cuadro 5.2) y la proporción de adultos que acudió a una consulta privada fue casi el doble que la de ancianos.

En cuanto al número de enfermos hospitalizados según la edad hay que señalar la mayor proporción de ancianos, y el 85.6% de los mismos estuvieron hospitalizados en centros de la Seguridad Social.

Otro aspecto del comportamiento de los enfermos es el consumo de medicamentos, que aumenta considerablemente entre los ancianos, pasando de 49% en los menores de 65 años a 75% en los de 65 y más años, lo que puede ser debido al mayor predominio de enfermedad entre éstos últimos.

La percepción de enfermedad es asimismo importante entre la población, ya que si se siente enferma se puede sentir también incapacitada para desempeñar las actividades de la vida diaria, y sobre todo las actividades que realiza durante el tiempo libre en el caso de los ancianos. Así, más de un tercio de la población anciana que dice sentirse enferma ve limitadas sus actividades de ocio como consecuencia de esa enfermedad, frente a valores más reducidos por la población menor de 65 años. Entre los ancianos, también las mujeres ven más limitadas sus actividades de ocio.

## 2) Enfermedades crónicas más frecuentes entre los ancianos.

Para conocer el tipo de enfermedad o la patología más frecuente entre los ancianos, según su autodiagnóstico personal, se presentaba al anciano una lista de enfermedades crónicas para que dijera cuáles había padecido (durante cierto tiempo o en repetidas ocasiones) en el último año. Esta lista de enfermedades ha sido también ordenada en determinadas patologías según la CIE de la OMS.

Las enfermedades de mayor predominio percibidas entre la población anciana (Figura 5.2), y que les distinguen claramente de otros grupos de edad, son las enfermedades osteomusculares (esto es, enfermedades relacionadas con los huesos y articulaciones: reumatis-

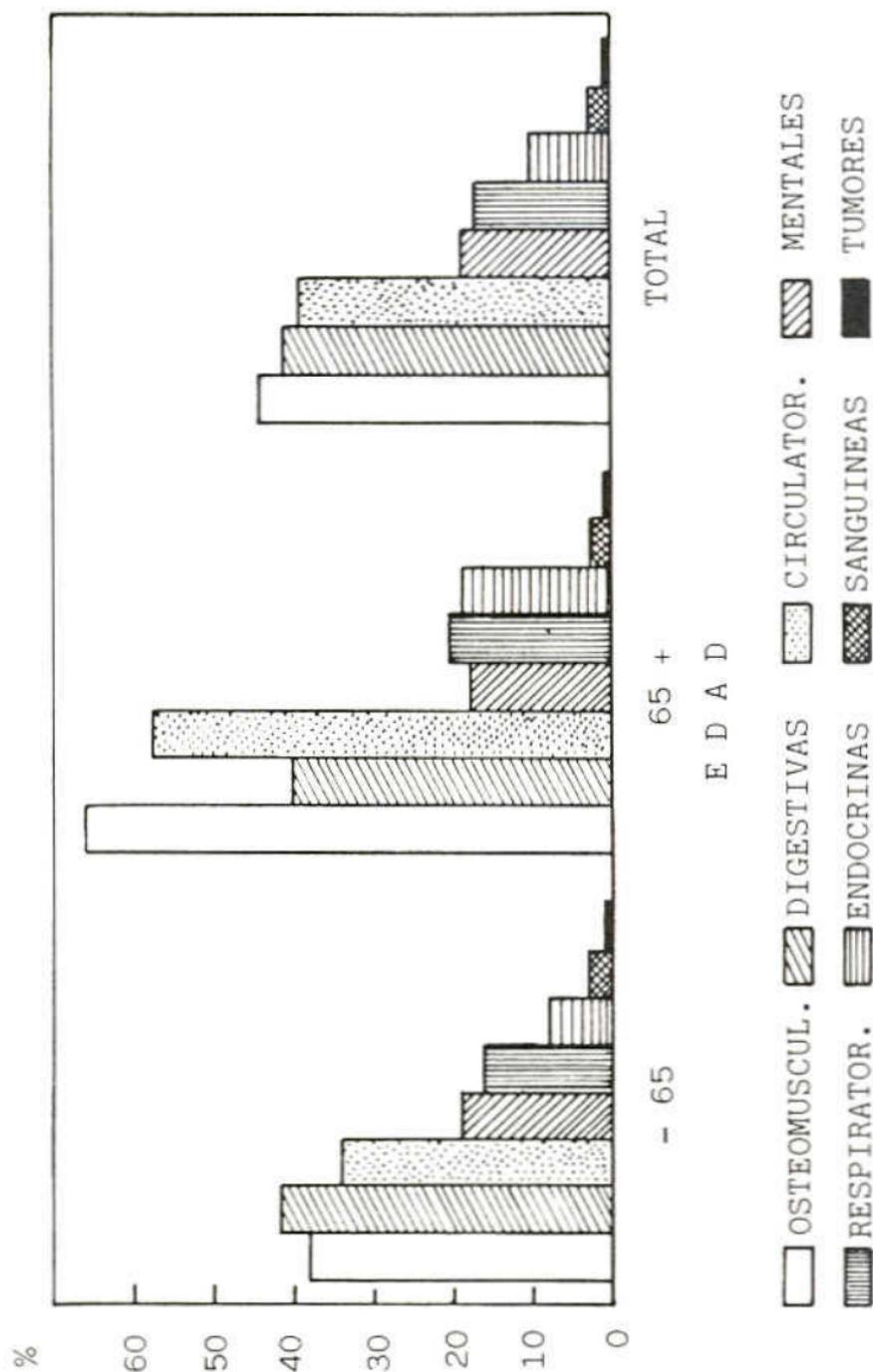


Figura 5.2. Prevalencia de enfermedad por edad. (% sobre total de enfermos en cada grupo de edad)

mo, artrosis, artritis, lumbago, etc.) y las enfermedades circulatorias, seguidas de las enfermedades respiratorias y endocrinas. Las enfermedades digestivas, si bien ocupan el tercer lugar, inciden en menor proporción en los ancianos que en la población de 65 y menos años.

Las enfermedades que la población anciana declara padecer difieren, a veces, de los diagnósticos de los facultativos, posiblemente debido a que los síntomas de las enfermedades percibidas tienen una trascendencia mayor en las limitaciones que imponen al desarrollo de las actividades de la vida diaria. Esta diferencia también puede deberse a cómo se haya formulado la pregunta y a la diferente valoración y capacidad de comprensión de la misma por parte de la población encuestada. Es preciso señalar, asimismo, el escaso porcentaje observado en las enfermedades nerviosas y mentales, que tanta trascendencia tienen entre los ancianos. Sin embargo, hay que decir que este hecho puede estar motivado por la fuente de datos utilizada en el análisis, esto es la Encuesta Nacional de Salud, cuyo ámbito de estudio lo constituye la población española no institucionalizada.

Las mujeres manifiestan una percepción de enfermedad más negativa que los hombres, es decir, se observa un mayor predominio de enfermedades percibidas entre la población femenina, y ello se acentúa aún más entre las ancianas. La mayor prevalencia de enfermedades entre las mujeres se observa en todas las enfermedades declaradas en mayor proporción, como son las osteomusculares, circulatorias y mentales, así como enfermedades genitourinarias y congénitas. Sin embargo, la prevalencia de enfermedades respiratorias y digestivas es mayor entre los hombres; estas diferencias en las enfermedades digestivas y respiratorias según el sexo podrían estar asociadas a los hábitos de consumo de bebidas y consumo de tabaco.

Según la E.N.S. el consumo de tabaco en el conjunto de la población es del 54% para varones y del 22% para mujeres, y el consumo moderado de alcohol es de 57% y 39%, respectivamente. Estas diferencias por sexo se mantienen entre los ancianos en lo que

a consumo de alcohol se refiere, mientras que el consumo de tabaco entre los varones ancianos es 11 veces superior al consumo de tabaco entre las ancianas.

### 3) Percepción de dolores o síntomas (enfermedades agudas.)

En otro orden de cosas, los síntomas o dolores padecidos por la población (en las dos últimas semanas anteriores a la realización de la encuesta) van a estar fuertemente relacionados con las enfermedades crónicas declaradas. Los síntomas más frecuentemente referidos por los ancianos (Cuadro 5.3) son los dolores de huesos, de columna o problemas con las articulaciones en primer lugar, dolor de cabeza, y dificultad para dormir. Estos son los tres síntomas con mayor frecuencia también entre la población adulta. Se pueden mencionar, asimismo, otra serie de síntomas que dice padecer la población anciana, como son la hipertensión arterial, el cansancio, tobillos hinchados, tensión nerviosa y depresión, mareos, ahogo o dificultad para respirar, problemas de estómago, catarro y gripe, etc. De todos estos dolores, destacan por su elevada frecuencia (un 40%), como ya se ha dicho, los dolores de huesos y problemas de las articulaciones, en clara concordancia con la patología crónica de mayor prevalencia.

4) Alteraciones sensoriales o trastorno de los órganos de los sentidos.

La independencia o la capacidad de los ancianos para valerse por sí mismos, para relacionarse de forma autónoma con su entorno físico y para llevar una vida socialmente activa va a estar también ligada con las facultades de visión y audición. Estas facultades se degeneran gravemente con la edad, de manera que, dependiendo del nivel funcional de las mismas, esto es, de la capacidad o discapacidad de estos órganos sensoriales, los ancianos pueden verse abocados al aislamiento y dependencia de otras personas o, por el contrario, a mantener un cierto nivel de relación interpersonal y grado de independencia y, por supuesto, a valorar su estado de salud de forma más positiva.

El sentido de la vista sufre una gradual alteración con la edad, adquiriendo una relevancia especial entre los ancianos, de manera que

Cuadro 5.3. Problemas agudos (dolores o síntomas) por orden de frecuencia entre los ancianos.

Síntomas	hasta 65 años	65 y más	total
Huesos	16.6	40.0	20.5
Cabeza	14.0	16.4	14.2
No dormir	8.0	15.1	9.2
Tensión alta	3.4	13.8	5.1
Cansancio	6.7	13.5	7.9
Tobillos hinchados	4.2	11.9	5.5
Nervios-depresión	7.8	11.1	8.3
Mareos	4.7	9.5	5.5
Ahogo	2.7	8.0	3.6
Estómago	5.3	6.8	5.5
Tos-gripe	5.5	6.7	5.7
Dientes	5.1	5.2	5.1
Riñón	2.2	5.0	2.6
Otros problemas	2.3	4.7	2.7
Garganta	5.1	4.2	4.9
Hígado	1.4	4.2	1.9
Pecho	2.1	4.0	2.4
Diarrea	1.9	3.0	2.1
Picor-ronchas	2.5	2.7	2.5
Oídos	1.4	2.4	1.6
Fiebre	1.5	1.5	1.5
Lesión-heridas	1.5	1.5	1.5
Menopausia	2.4	0.7	2.1

Fuente: M.S.C. *Encuesta Nacional de Salud, 1987.* (elaboración propia)

si un 44% de la población adulta padece alteraciones visuales, este valor casi se duplica entre los ancianos. Esta proporción es tres veces inferior en el caso de alteraciones auditivas a esta edad. Un elevado porcentaje de población que manifestaba tener problemas con la vista usa gafas o lentillas, mientras que el número de personas que usaba algún aparato para oír era mucho más reducido. Por otro lado, durante la última revisión de vista y oído el especialista que se visitó difiere según el grupo de edad; así, mientras la población anciana manifiesta una tendencia a acudir a consultas de la Seguridad Social, la población adulta visitó también, y en mayor medida que los ancianos, consultas de sociedades privadas.

La pérdida de facultades físicas y sensoriales, la disminución de la capacidad de movimientos y la desorientación con respecto a lugares podrían ser las causas de una mayor incidencia de los accidentes entre los ancianos. Y sin embargo, un 5% de los ancianos entrevistados sufre accidentes, mientras que se eleva hasta un 8% entre la población adulta. Ahora bien, el lugar donde se produjo el accidente varía entre ambos grupos de población. Los ancianos tienden a sufrir más accidentes en el domicilio, en primer lugar, y en la calle, en segundo lugar, frente a la población adulta, más móvil y con mayor tendencia, por tanto, a sufrir accidentes de carretera y laborales. Los daños producidos por los accidentes entre la población anciana fueron contusiones o heridas superficiales y fracturas, seguidos de quemaduras e intoxicaciones. Entre las causas principales de estos accidentes se podrían mencionar las caídas, donde juegan un papel muy importante los factores ambientales (escaleras, poca visibilidad).

##### 5) Autopercepción del estado de salud.

Además de las enfermedades padecidas y percibidas por la población y la implicación que ello tiene en el uso de los servicios sanitarios, cabe resaltar otra característica sociosanitaria muy importante, cual es la de la autopercepción del estado general de salud. Hay una serie de variables, como son el padecimiento real de enfermedades y la percepción que de ellas se tiene, las características demográ-

ficas, sociales, económicas, residenciales, como ya antes se ha indicado, cuyos efectos van a influir en la percepción o autovaloración del estado general de salud. Para medir esta variable, la E.N.S. introduce la siguiente pregunta: «En los últimos doce meses, es decir, desde julio de 1986, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?»

Pues bien, de la población anciana encuestada el 39% manifestaron tener una salud muy buena, frente al 72% de la población adulta. La figura 5.3 muestra un rasgo notable, el deterioro de la salud percibida según avanza la edad, de manera que se observa un aumento de las personas que manifiestan tener una salud mala y muy mala a partir de los 65 años, fundamentalmente. El grupo con peor estado de salud percibido está formado por una mayor proporción de mujeres que de varones y esto se repite en todos los grupos de edad. Por lo tanto, hay que decir que el ser mujer está asociado con valoraciones de salud más pesimistas.

La autovaloración de la salud se matiza, asimismo, de acuerdo con el nivel de instrucción alcanzado (Figura 5.4), de manera que la proporción de los ancianos que consideran buena o muy buena su salud disminuye considerablemente si son analfabetos, frente al mayor porcentaje de ancianos con estudios superiores que consideran su salud como buena o muy buena. A la inversa, la proporción de ancianos que perciben su salud como regular y mala aumenta si son analfabetos.

Si se observan los datos relativos a los ingresos económicos (Figura 5.5) es de destacar una percepción de la salud más optimista entre aquellos ancianos que reciben más de 100.000 pesetas mensuales, proporción que llega al 65% de los ancianos en esta categoría de renta, y baja hasta la mitad entre los ancianos que ingresan 25.000 pesetas o menos al mes.

La forma de vivir de los ancianos, esto es, la residencia en hogares según el número de miembros podría ser un factor de diferenciación en la valoración de la salud, porque se supone que cuando los ancianos viven solos es debido a que no padecen problemas crónicos que

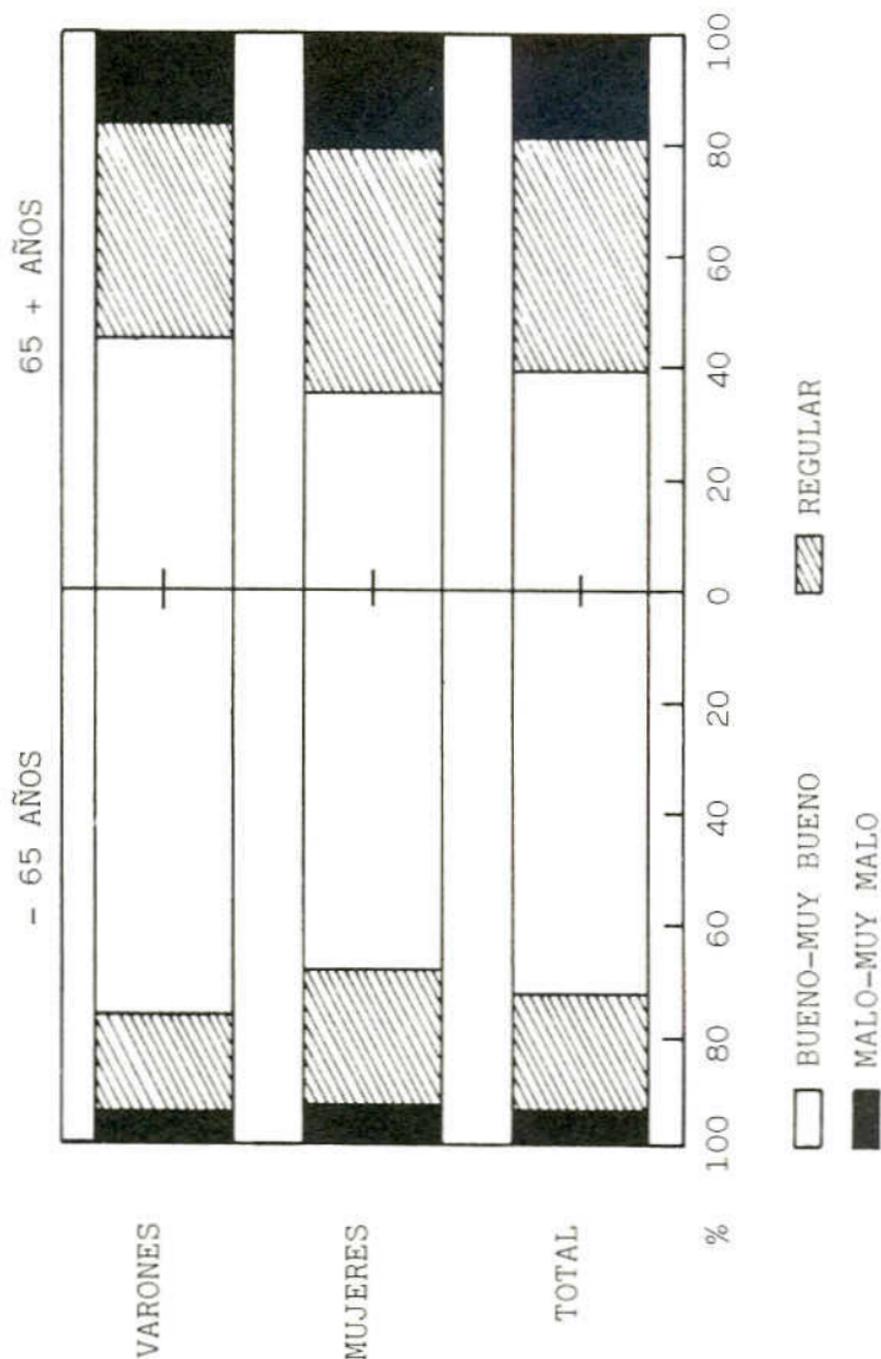


Figura 5.3. Percepción del estado de salud: edad y sexo (% sobre cada grupo de edad y sexo).

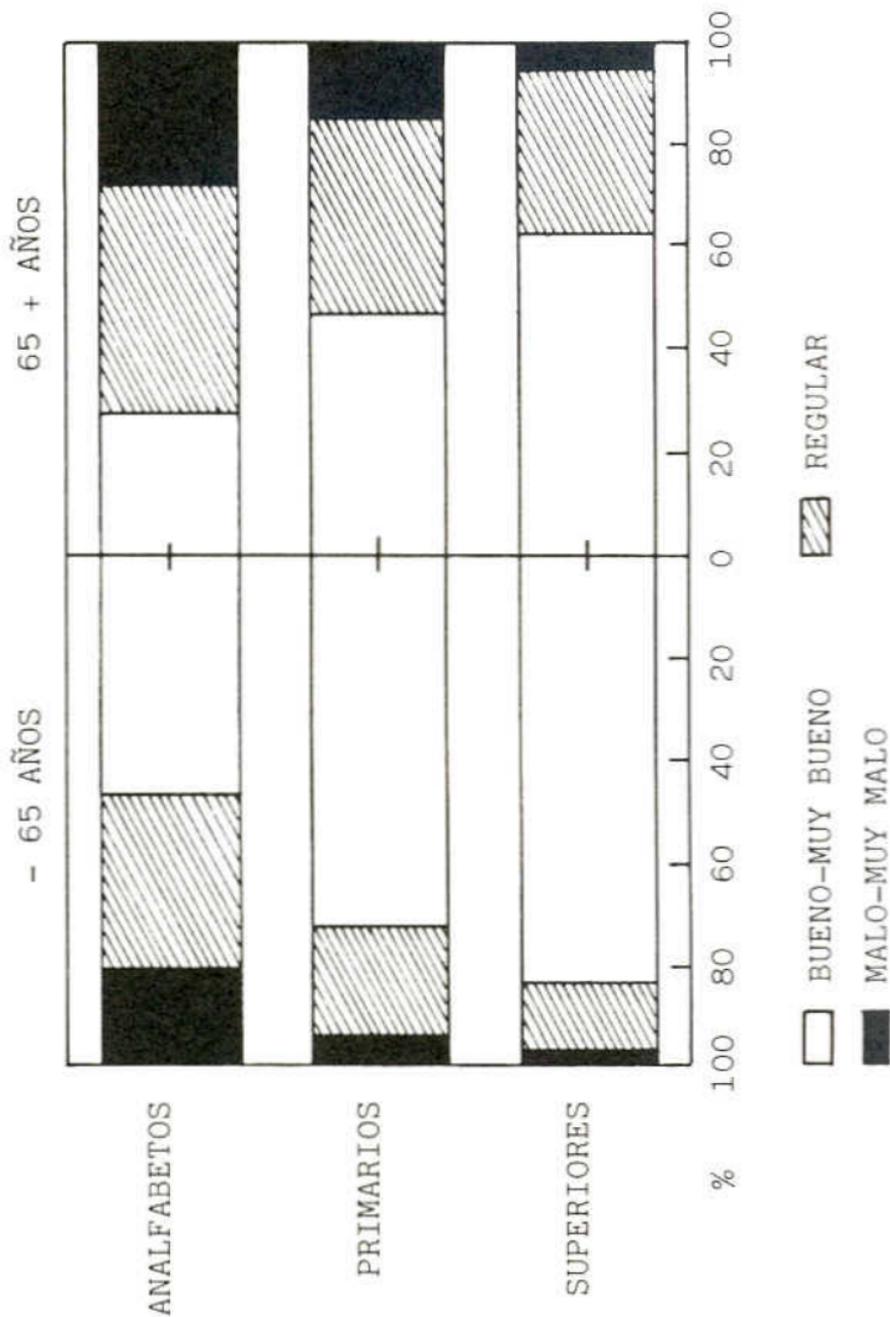


Figura 5.4. Percepción del estado de salud: edad y nivel de instrucción (% sobre cada grupo de edad e instrucción).

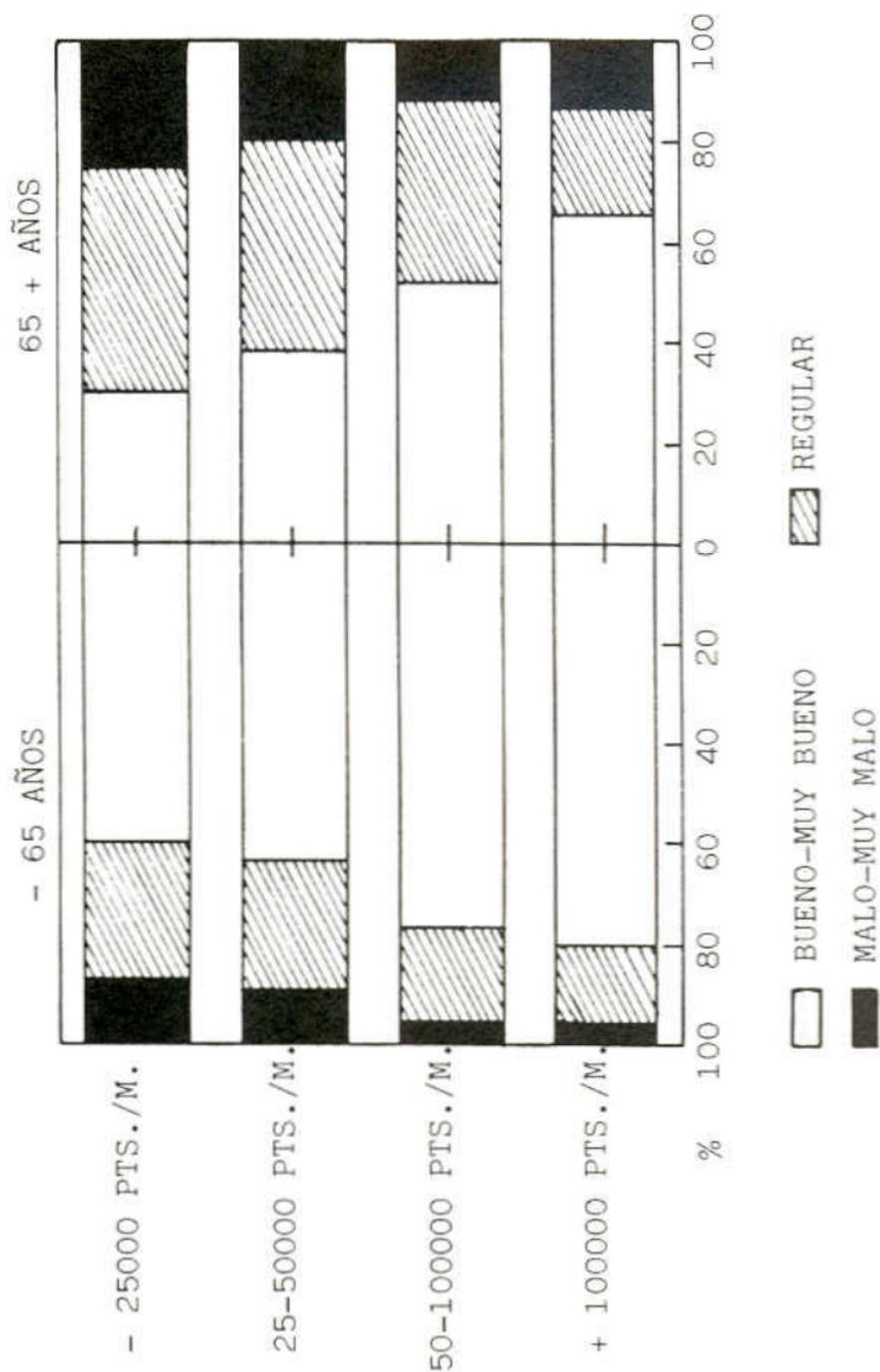


Figura 5.5. Percepción del estado de salud; edad y nivel de renta (% sobre cada grupo de edad y renta)

alteren la capacidad de mantenerse independientes. Sin embargo, según, el tamaño del hogar de residencia se observa una percepción de la salud más positiva entre los ancianos que viven en hogares de 3-4 miembros y de 5 y más sobre los ancianos que viven solos. Por otro lado, el tamaño del hábitat o núcleo de residencia no constituye una variable netamente diferenciadora en la percepción de la salud. Los ancianos que viven en núcleos de más de 100.000 habitantes manifiestan tener una salud ligeramente más buena que aquellos que residen en municipios de menos de 100.000 habitantes.

Pero la valoración del propio estado de salud se degrada aún más si se considera el estado sanitario según la percepción de enfermedad. Los ancianos enfermos manifiestan tener una salud buena y muy buena en menor proporción que el conjunto de los ancianos (Figura 5.6). Asimismo, la percepción de salud de las mujeres ancianas enfermas se degrada con respecto a los ancianos enfermos en la misma proporción que lo hacía la percepción de salud del conjunto de los ancianos por sexo. La valoración de la salud de los ancianos enfermos según el tipo de enfermedad introduce una matización interesante con respecto a las enfermedades declaradas por los ancianos en su conjunto (Figura 5.7). Las seis enfermedades más declaradas por este colectivo eran las osteomusculares, seguidas de las circulatorias, digestivas, respiratorias, endocrinas y nerviosas y mentales. Pues bien, en el caso de los enfermos según el tipo de enfermedad, son los ancianos que padecen enfermedades del sistema nervioso y mentales seguidas de las respiratorias los que perciben su salud como mala y muy mala en mayor proporción que el resto de las enfermedades antes mencionadas (osteomusculares, circulatorias y digestivas). Por tanto, es obvio suponer que la valoración de la propia salud varía considerablemente comparando los ancianos que no perciben enfermedad y los ancianos enfermos, pues las categorías de salud entre los ancianos que no padecen o no perciben enfermedad alcanza valores semejantes al estado de salud de la población adulta.

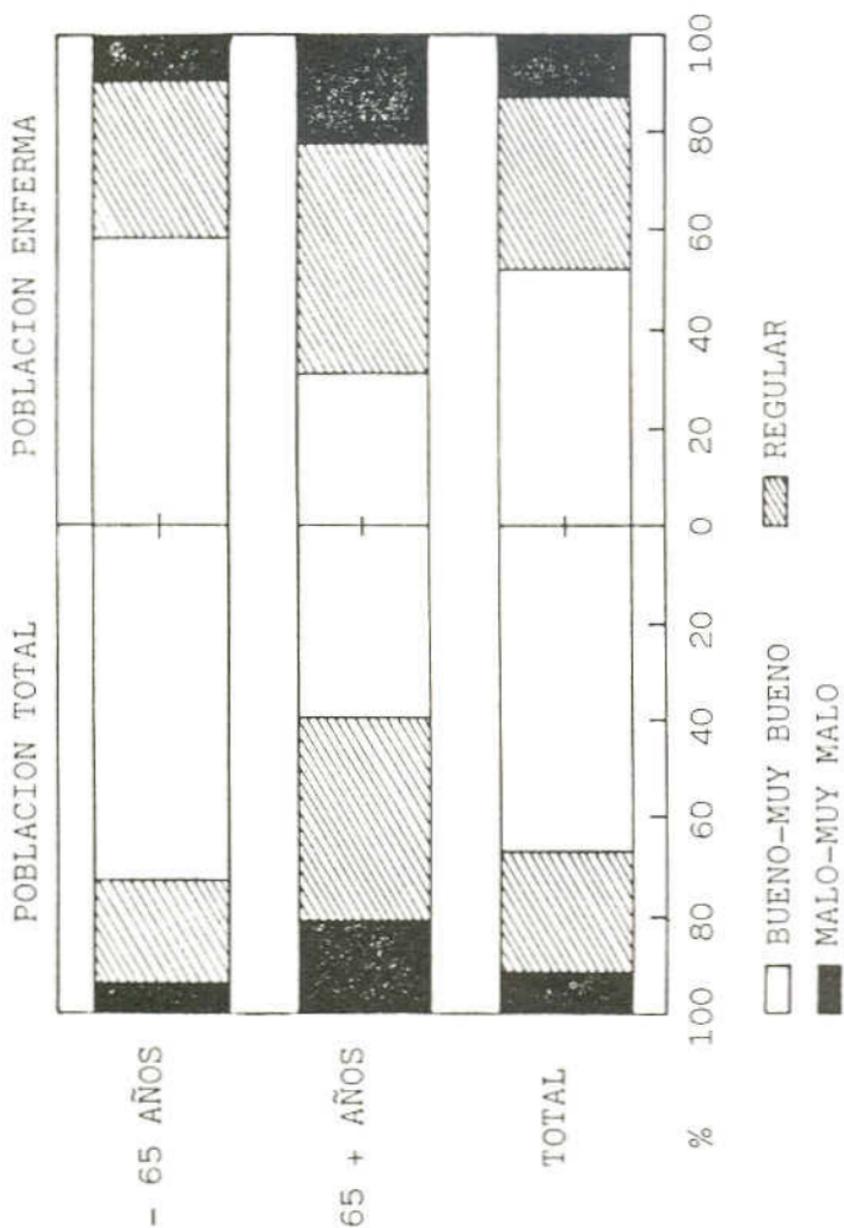


Figura 5.6. Percepción del estado de salud: población total y población enferma (% por grupos de edad)

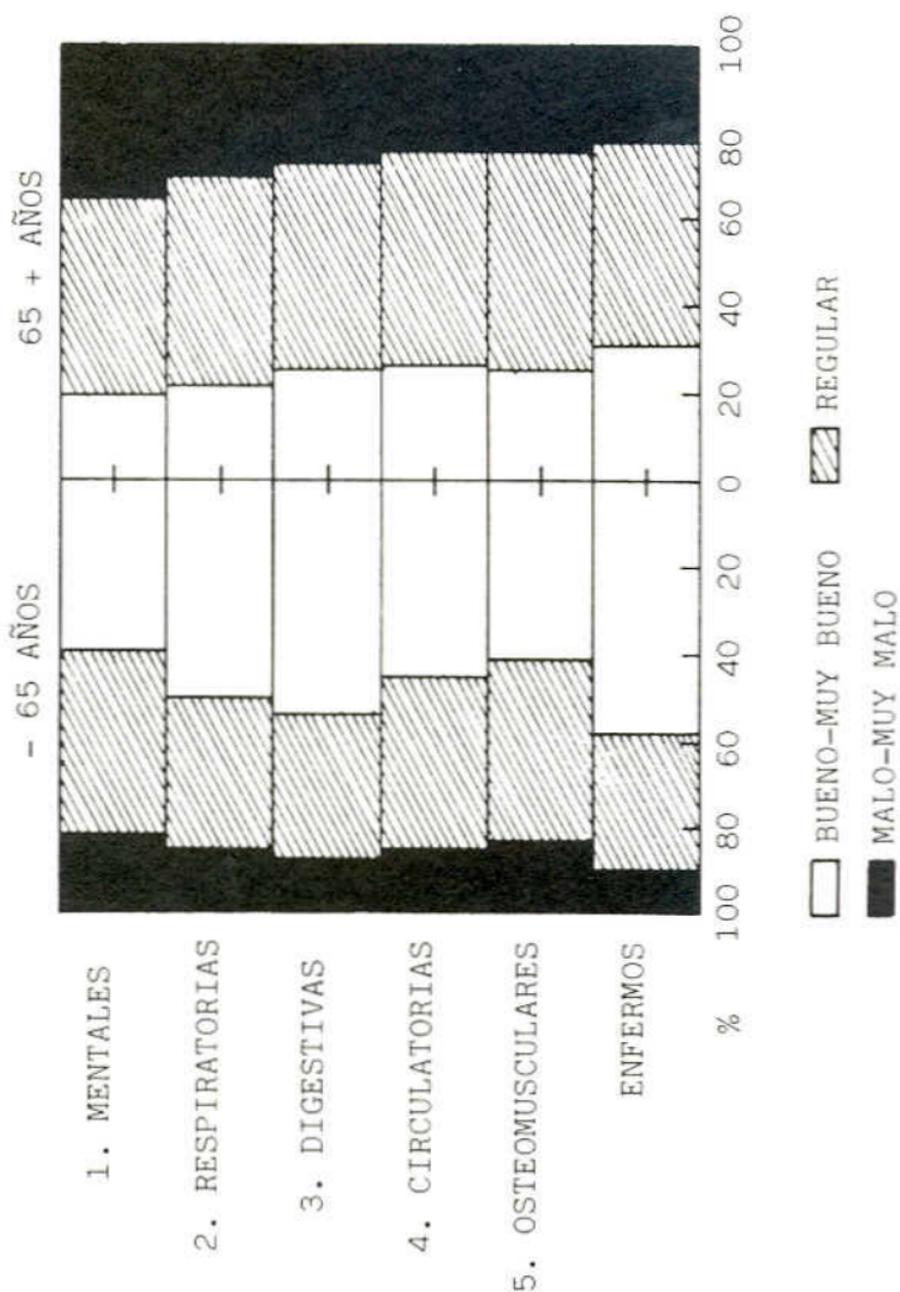


Figura 5.7. Percepción del estado de salud de la población enferma: edad y enfermedad (% sobre cada grupo de edad y enfermedad)

### *Conclusiones.*

Recapitulando sobre lo dicho, es preciso señalar que, desde el punto de vista de la salud, la población anciana no es un grupo homogéneo. Por supuesto que la sola condición de ser anciano conlleva un deterioro de la salud no sólo por la mayor incidencia y predominio de la enfermedad, sino también por la más negativa autovaloración del estado de salud condicionada por otros aspectos sociodemográficos. Así, este deterioro se agudiza cuando se es viejo y mujer, cuando se es soltero y se vive solo, cuando el nivel de instrucción y el nivel de renta son bajos.

En la figura 5.8 se han seleccionado, a modo de resumen, las categorías más extremas de los distintos elementos sociodemográficos que inciden en la percepción del estado de salud. Así, si los ancianos percibían su estado de salud como regular y malo y muy malo en una proporción muy superior a los que lo percibían como bueno, este grado o nivel de salud se agudiza de forma peyorativa por el hecho de pertenecer al sexo femenino. De este modo, se puede concluir que el hecho de ser mujer y anciana condiciona negativamente la percepción de la salud. También la soledad, esto es, el vivir solo y el recibir bajos ingresos conllevan una percepción más peyorativa del estado de salud; además, al hecho de vivir solo se suma una percepción de ingresos económicos por hogar más baja, lo que puede explicar aún mejor esa autovaloración negativa del estado de salud.

Aparte de esta percepción o valoración personal, se puede decir que el mero hecho de llegar a alcanzar una edad avanzada, el llegar a cumplir 65 y más años, ya refleja un determinado estado de bienestar, o por lo menos un estado de salud relativamente bueno. Pero a diferencia de la población adulta, la población anciana se encuentra en una fase biológica avanzada en la que la deficiente o insuficiente funcionalidad del organismo es la causa de una mayor morbilidad y una mayor percepción de ésta. La población está llegando a alcanzar más edad y esto hay que verlo como un factor importante de calidad de vida y, quizás, al margen de ese estereotipo negativista con el que se ha tratado de asociar a la vejez.

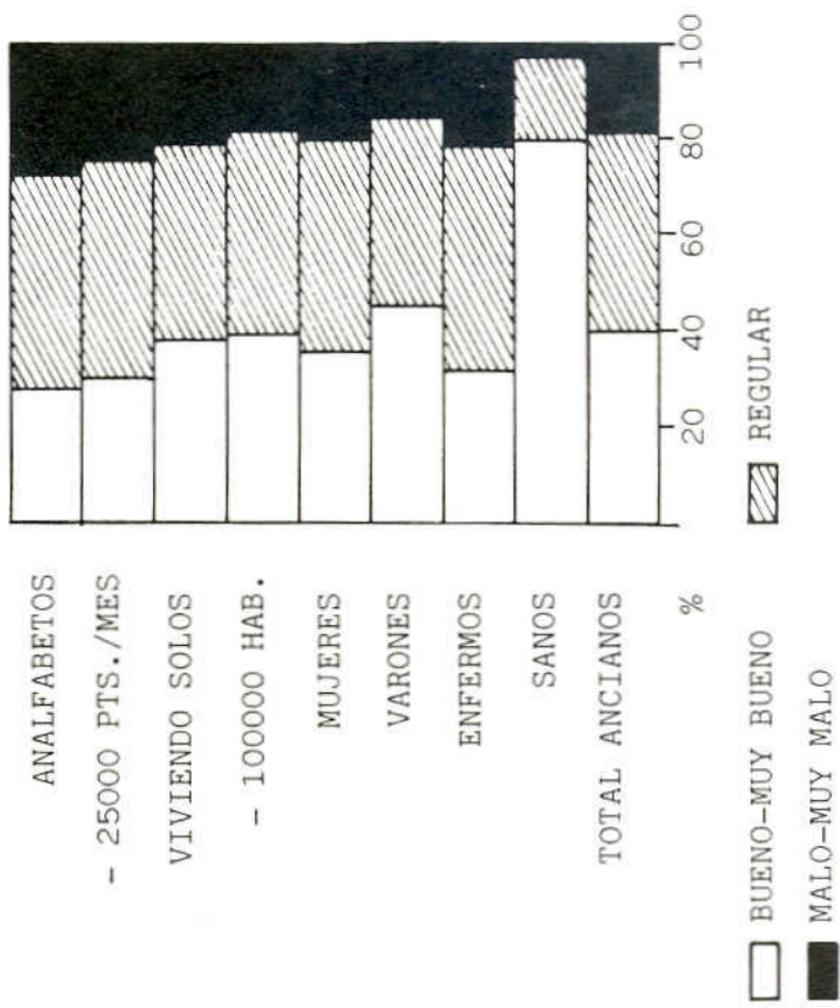


Figura 5.8. Percepción del estado de salud de los ancianos por categorías sociodemográficas.

En este capítulo se ha estudiado la situación sanitaria de los ancianos españoles como aspecto básico y prioritario para la planificación de servicios sanitarios para la vejez. Sin embargo, habría que decir que la población anciana no sólo tiene necesidades sanitarias (tratamiento de enfermedades, higiene y cuidados personales, alimentación), la población anciana también tiene necesidades sociales y psicológicas (contactos familiares y de amistad, seguridad y actividades de ocio) y necesidades económicas (la población anciana tiene necesidad de una renta suficiente). Teniendo en cuenta este conjunto de demandas cabría plantearse la necesidad o no de la dotación de una especialidad médica para este grupo demográfico, e incluso se podría plantear la creación de centros o servicios sociales donde se recibiera no sólo asistencia sanitaria, sino donde también se respondiera a otras necesidades sociales de la población anciana como alojamiento, ocio, etc.

### Bibliografía

- ABELLAN GARCIA, A. (1989). El envejecimiento de la población. Tendencias e implicaciones. Madrid, Documentos de Trabajo del Departamento de Geografía Humana y Regional, CSIC, nº1, 86 p.
- ABELLAN GARCIA, A.; FERNANDEZ-MAYORALAS FERNANDEZ, G. y ROJO PEREZ, F. (1991). «Envejecimiento y Estado de Salud de la Población Andaluza». Comunicación presentada a las III Jornadas de la Población Española. Torremolinos (Málaga), 11-13 de Junio de 1991, 10 p.
- ABELLAN GARCIA, A.; FERNANDEZ-MAYORALAS FERNANDEZ, G.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, V. y ROJO PEREZ, F. (1990). «El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias». Revista Estudios Geográficos, Nº 199-200, p. 241-257.
- ABELLAN GARCIA, A. (1991). «El envejecimiento de la población española», p. V-LXIV. en MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA. Envejecimiento, edad y empleo en Europa. Situación actual y perspectivas. Madrid, Instituto de Estudios de Prospectiva, M.E.H., 340 p.
- BAZO, M.T. (1990). La Sociedad Anciana. Madrid, C.I.S., 223 p.

- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. (1990). Situación social de los viejos en España. Madrid, C.I.S., 100 p.
- CONSEJERIA DE SALUD, COMUNIDAD DE MADRID. (1989). Nuestros mayores. Perfil sociosanitario de la Tercera Edad en la Comunidad de Madrid. Madrid, C.S., C.M., 175 p.
- GABINETE DE ESTUDIOS SOCIOLOGICOS BERNARD KRIEF. (1982). El Médico y la Tercera Edad. Situación actual de la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la Tercera Edad. Madrid, Laboratorios Beecham, 286 p. + anexos.
- GEORGE, V. y WILDING, P. (1984). The Impact of Social Policy. London, Routledge and Kegan Paul, 300 p.
- INE (1990). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Año 1988. Madrid, INE, 330 p.
- INE. (1990). Movimiento Natural de la Población Española. Año 1986. Madrid, INE, tomo III, 297 p. + anexo.
- INSERSO (1989). La tercera edad en España. Madrid, INSERSO, 210 p.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1989). Demografía Sanitaria de la Ancianidad. Madrid, M.S.C., 418 p.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990). Indicadores de salud. Madrid, M.S.C., 411 p.
- PARANT, A. (1983). «Etat de santé apparent», p. 27-49. en PAILLAT, P. y PARANT, A. Conditions de vie et ressources des retraités agricoles. París, P.U.F., 208 p.
- PHILLIPSON, Ch. y WALKER, A. (Ed). (1986). Ageing and Social Policy. A Critical Assessment. Aldershot, Gower Publishing, 334 p.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, V. y ROJO PEREZ, F. (1989). Tipología del envejecimiento de la población española (1900-1986). Madrid, Documentos de Trabajo del Departamento de Geografía Humana y Regional, CSIC, nº 2, 47 p.
- RODRIGUEZ RODRIGUEZ, V.; ROJO PEREZ, F.; FERNANDEZ-MAYORALAS FERNANDEZ, G. y ABELLAN GARCIA, A. (1990). Envejecimiento de la población y servicios sociales en Castilla-La Mancha. Madrid, Documentos de Trabajo del Departamento de Geografía Humana y Regional, CSIC, nº 9, 62 p. + anexos.
- ROJO PEREZ, F. y FERNANDEZ-MAYORALAS FERNANDEZ, G. (1991). «La percepción del estado de salud de la población anciana en

Extremadura». Comunicación presentada al Congreso Internacional sobre los Recursos Humanos en las Areas Rurales del Sur de Europa, Cáceres, 15-19 Abril de 1991, 11 p. + anexos.

TINKER, A. (1988). *The Elderly in Modern Society*. London, Longman, 369 p.

VICTOR, Ch. R. (1987). *Old Age in Modern Society: a textbook of Social Gerontology*. London, Croom Helm, 338 p.

WARNES, A. (ed.) (1988). *Human Ageing and Later Life. Multidisciplinary Perspectives*. London, Edward Arnold, 229 p.

WELLS, N. y FREER, Ch. (Ed). (1988). *The Ageing Population. Burden or Challenge?* London, MacMillan Press, 270 p.

WENGER, G. C. (1984). *The Supportive Network. Coping with Old Age*. London, George Allen and Unwin, 244 p.