



# 2

## ESTADO DE SALUD

*Antonio Abellán García*  
CSIC





# Estado de salud

## 2.1. ESPERANZA DE VIDA

*Esperanza de vida al nacer.*— La esperanza de vida al nacer (o vida media) alcanza los 79 años (75,7 para los varones y 83,1 para las mujeres), según datos provisionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2002. De acuerdo a las últimas tablas de mortalidad publicadas (correspondientes a 1998-1999), la esperanza era de 78,7 años (75,3 y 82,2 para varones y mujeres, respectivamente) (Tabla 2.1; Gráfico 2.1).

Esta longevidad se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, al igual que ha sucedido en la mayoría de los países del mundo, si bien en España se ha duplicado la esperanza pasando de 34,8 años en 1900 a los 78,7 de las últimas tablas oficiales. Desde los años cincuenta el crecimiento ha sido notable, ralentizándose desde los ochenta pero sin detener su expansión.

La esperanza de vida de la población española se encuadra entre las más altas de la Unión Europea (UE) y del mundo (Tabla 2.2; Gráfico 2.2) (la diferencia de fuente justifica la diferencia en las cifras); la femenina (82,9 años) se sitúa por detrás de Francia. En el caso de varones (75,6 años) ocupa el cuarto lugar, por detrás de Suecia, Reino Unido y Países Bajos. Con las cifras últimas, provisionales, publicadas en soporte electrónico por Eurostat en 2004, la esperanza de vida femenina española se situaba a la cabeza de la Unión Europea; la masculina conserva el cuarto puesto, sin incluir los nuevos miembros de la UE. Japón es a nivel mundial el país con una esperanza de vida más larga.

El principal factor de esta ganancia es el descenso de la mortalidad infantil. La mayoría de los españoles recién nacidos ahora celebrará su 65 cumpleaños. A principio de siglo XX sólo un 26% de los nacidos llegaba a viejo; en las condiciones de mortalidad actuales, de 100 nacidos más de 87 alcanzarán la vejez (92 de cada cien mujeres u 81 en el caso de varones) (Tabla 2.3). El porcentaje de personas que habiendo superado el umbral de los 65 años espera cumplir los 90 ha pasado de dos a veintidós entre 1930 y 1998. Un auténtico éxito de la supervivencia.

La evolución de la supervivencia a lo largo del último siglo refleja un par de hechos importantes (Gráfico 2.3). En primer lugar, el fuerte retroceso de la mortalidad infantil que da mayor supervivencia a todas las cohortes; es una razón por la que esos grupos de edad alcanzan masivamente las edades altas de la pirámide, la vejez, que queda evidenciada por el recorrido de la curva de supervivencia: la de 1998-1999 alcanza edades medias sin la caída de las precedentes, es decir las cohortes a diferentes edades mantienen una alta probabilidad de sobrevivir y seguir cumpliendo años, al contrario que la de 1900, con una profunda caída en los cero años antes de llegar a cumplir un año.

Un segundo hecho destacable es que las curvas han ido «rectangularizándose», es decir, se acercan a la forma horizontal en su recorrido, a lo largo de la vida, y cae ya al final de la misma rápidamente; este proceso acusado se ha venido produciendo año tras año, en las edades más altas, de forma que la curva se asemeja cada vez



más al borde superior de un rectángulo. Este proceso se traduce en que la muerte está ocurriendo a edades cada vez más homogéneas, y que los grupos de edad avanzada reúnen los mayores porcentajes de mortalidad (y de casi todas las causas de mortalidad).

El indicador de probabilidad de muerte ha evolucionado en el sentido ya comentado (Gráfico 2.4); se observa, aparte del notable descenso de la probabilidad de morir entre los cero años y el primer año, un retroceso en torno a los 75-80 años: la probabilidad de morir a esas edades ha descendido más que en otros grupos de edad. Se está ganando actualmente vida en edades avanzadas más que en otros tramos. España, como otros países meridionales de la UE, ha visto mayores incrementos que los países del norte.

El escenario futuro de la esperanza de vida al nacer seguirá reflejando una posición predominante para España (Tablas 2.4 y 2.5). Hacia 2020, según las previsiones de Naciones Unidas (2002), España tendrá una esperanza de 81,6 años (78,5 y 84,8, varones y mujeres respectivamente); la longevidad femenina española superará a la de todos los países de la UE; los varones ocuparán un quinto lugar y también estarán entre los primeros del mundo. Sólo en Japón las mujeres tendrán una vida media más longeva (89,4 años).

Hace cuatro décadas las cohortes ganaban años de vida sobre todo gracias al descenso de la mortalidad infantil, mientras que en los últimos quince años, a su vez, se ha producido un descenso mayor de la mortalidad entre las personas de 70-80 años, provocando un envejecimiento mayor entre los ya viejos.

La caída de la mortalidad infantil y general es debida a las mejoras sanitarias, de higiene y de salud pública. Previas a esas mejoras lo fueron las introducidas en los sistemas productivos (agrícola e industrial) y de distribución, que mejoraron el estado general de las familias y aliviaron las crisis de escasez que traían desnutrición, hambre, enfermedad y muerte. La ganancia en el nivel de instrucción de la mujer ha jugado también un papel fundamental en el descenso de la mortalidad infantil y en las mejores condiciones de vida de los niños y de la familia en general.

Las diferencias de esperanza de vida entre varones y mujeres se han acentuado a lo largo de este siglo XX. La mujer sobrepasaba en 1,8 años la vida media de los varones a principio de siglo, y en 1998 ya alcanzaba los 6,9 años (ver Tabla 2.1). Esa diferencia entre sexos es similar en otros países de la UE. Con las nuevas proyecciones de población, el INE considera que desde 2002 la diferencia se irá reduciendo hasta alcanzar los 6,02 años en 2030 (Tabla 2.6).

Sigue siendo motivo de debate la explicación de la diferencia de longevidad entre varones y mujeres, pues varios factores biológicos, sociales y de conducta juegan un papel importante y determinan relaciones complejas. Los varones han estado expuestos más frecuentemente a factores de riesgo (trabajo, alcohol, tabaco, conductas violentas). Las condiciones de trabajo y hábitos no saludables de las mujeres se empiezan a parecer a las de los varones en algunas edades de la vida, por lo que habría que esperar un estrechamiento de la diferencia, que el INE ya recoge en sus nuevos cálculos. Por otra parte, el nivel educativo se ha relacionado siempre positivamente con longevidad; si con los niveles de educación de este siglo (superiores de media entre los varones) la diferencia entre varones y mujeres supera los seis años, en el futuro las diferencias de instrucción serán menores, con ganancia media de la mujer (que incluso superará el nivel educativo medio de los hombres), por lo que sería de esperar una mejora de su estatus de salud y supervivencia. Es decir, el camino opuesto. De momento, las previsiones apuntan a una reducción de las diferencias (en las anteriores proyecciones de población se calculaba un incremento de las mismas hasta 2026).

*Esperanza de vida en el umbral de los 65 años.*— De una cohorte de 100.000 nacidos alcanzan actualmente el umbral de los 65 años 86.559 personas, como se dijo antes. A partir de esta edad (y eliminado el cómputo de mortalidad producida en edades anteriores) se espera que un individuo viva 18,3 años adicionales que serían 16,1 si es varón y 20,1 si es mujer (ver Tabla 2.1; Gráfico 2.5). También en este indicador España se sitúa entre las expectativas de vida femenina más altas de la UE (indicador a los 60 años; ver Tabla 2.2) y del mundo. Francia le supera ligeramente (y por supuesto Japón), tanto a los 60



como en los cálculos a los 65 años; los varones bajan al sexto lugar entre las cifras europeas.

La diferencia en esperanza de vida entre varones y mujeres se ha acentuado desde apenas un año a principio de siglo hasta 4,0 al final del mismo. Esto significa que en el caso de mujeres viviendo en pareja es más fácil que pasen bastantes años de viudez (cuatro por razón de esta diferencia por sexo, y otros adicionales por la costumbre tradicional establecida de casar con varón de más edad).

La ganancia en esta esperanza a los 65 años no ha sido tan espectacular como la mejora de la vida media o esperanza de vida al nacer, influida ésta por la drástica caída de la mortalidad infantil. A principio de siglo una persona que cumpliese 65 años esperaba vivir otros nueve años adicionales; ahora viviría 18,3 años. La mortalidad ha alcanzado niveles muy bajos y no se esperan mejoras sensibles.

La longevidad gana años en los segmentos de población de más edad. Por ejemplo, ahora 22 de cada cien personas que ha cumplido 65 años espera alcanzar los 90; en 1930, sólo dos (Gráfico 2.6).

La esperanza de vida a los 65 años ganó un 24,5% entre 1970 y 1998-99, mientras que la esperanza de vida general, al nacer, lo hizo sólo un 8,7% (ver Tabla, 2.1), y ha sido mayor entre las mujeres. La ganancia ha sido importante en todos los grupos de población, aunque se precisarían estudios de detalle para conocer si los grupos de nivel socioeconómico más elevado, y dada la relación positiva entre ingresos y salud y esperanza de vida, son los que más se han beneficiado de las mejoras sanitarias (mejora en la accesibilidad a los servicios médicos, mejora en la diagnosis, tratamientos y fármacos y en información sobre prevención), o bien la ganancia de vida se ha repartido por igual entre todos los niveles o escalas sociales, entre otros motivos gracias a la extensión y maduración del estado de bienestar, y en concreto de la asistencia sanitaria.

En cuanto al debate sobre la longevidad y el umbral máximo de vida, los límites de la vida humana no han sido fijados de manera unívoca. Las distintas propuestas difieren entre sí, y algu-

nos de los umbrales propuestos ya han sido alcanzados con relativa celeridad. Por otra parte, los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite en un futuro lejano.

La duración de la vida está alterando el equilibrio entre, por una parte, los años vividos por el individuo con ganancias económicas netas (capacidad de ahorro) y, por otra, el período en que sólo consume, alargado por el mayor número de años vividos en los que además se intensifica el gasto para cubrir necesidades asistenciales nuevas e intensas. La estructura del ahorro tiende a cambiar pues el grueso de la población con capacidad de ahorro va haciéndose mayor y sus estrategias y preferencias cambian.

Si la longevidad de los hombres se acercase a la de las mujeres se produciría una cierta compensación en el tipo de convivencia, menos soledad para las mujeres, pues los dos cónyuges podrían atenderse más tiempo el uno al otro; pero si aumenta, como lo ha hecho hasta ahora, se producirá el efecto contrario.

La mayor duración de la vida tendrá consecuencias sobre los tipos de enfermedad y los gastos a ella asociados. Además, se homogeneiza los patrones de morbilidad, que se va concentrando en las edades superiores, y también se asemejan los patrones de mortalidad, como se dijo más arriba.

Esa longevidad también facilita la reconsideración de los períodos de la vida. La vejez es ahora más importante, estadísticamente hablando, pues a los 65 años una persona aún le queda un 22% de su vida por vivir (19,9% si es varón, 23,6% si es mujer), es decir, casi una cuarta parte de su vida total. Tiene más sentido el concepto y la práctica de las políticas de envejecimiento activo. Las políticas deben tener en cuenta la continuidad de la vida y no compartimentar tanto las edades, asignando, por ejemplo, el aprendizaje y la educación a la infancia y juventud, el trabajo a la edad adulta, y el ocio a la vejez. Un mayor período de vejez debe motivar para cambiar las edades y las formas de jubilación, de participación social, de aprendizaje y de actividad, y no condicionar estas cualidades a períodos cerrados y anteriores del curso de vida.



## 2.2. ESTILOS DE VIDA

**Nutrición.**— La alimentación está estrechamente relacionada con el estado de salud de las personas e incluso con su mortalidad prematura. Los principales factores que conducen a enfermedades (y mortalidad) de corazón, cerebrovasculares, obesidad, diabetes, algunos cánceres, etc., están relacionados con la dieta y la inactividad (Eurodiet Project, *Health Statistics, 2002*; *eurodiet.med.uoc.gr*). Las dietas inadecuadas tienen repercusión por tanto en la morbilidad, mortalidad y en los sistemas públicos sanitarios, cuyos gastos pueden crecer, pues las enfermedades crónicas motivadas por inadecuada alimentación crecen con la edad, y se espera un acentuado proceso de envejecimiento. Existe un evidente riesgo de que hábitos alimenticios inapropiados añadan años de vida en mala salud en vez de bienestar a los años ganados a la muerte.

En general, la población española de todas las edades suele tomar una media diaria de más de 3.300 calorías (3.461 media de la UE-15), muy por encima de las 2.900 como máximo recomendado (*op. cit.*). Estas cifras obviamente varían según la edad, el sexo y las actividades principales desarrolladas. Pero destaca el incremento notable en España (junto con Portugal e Italia) de las calorías provenientes de alimentos grasos; entre 1970 y 1999, el incremento español ha sido el mayor de la UE, aunque una parte importante procede de grasas vegetales (en mayor medida que en otros países); Italia, Grecia y España consumen el mayor porcentaje de aceite vegetal per cápita. Algunos detectan en esos estilos nutricionales la llamada dieta mediterránea, completada con más consumo de fruta y verdura. Los españoles son conscientes de que su dieta está más equilibrada; 79,8% responden afirmativamente a esa cuestión (74,3% media de la UE), según el Eurobarómetro 52.1 de 1999.

La dieta de los mayores en España parece más equilibrada que la del resto de la población (Tabla 2.7). Pero el peligro cierto existe en edades previas con hábitos nutricionales inapropiados, pues la cronicidad de enfermedades motivadas por dietas insanas se arrastra hasta la vejez, aunque en ésta se modifiquen algunos hábitos. Un 86% de los mayores toman fruta fresca a diario, y sólo lo hace el 59,3% de los que tienen 16-44 años. La

carne a diario es consumida por el 14,4% de las personas de edad, pero la consumen el 22,8% de los jóvenes y adultos, de los que más de la mitad declaran consumirla tres o más veces a la semana y no a diario. Los mayores también ingieren más verdura y hortalizas y mucho menos embutidos y fiambres, que se suelen caracterizar por su alto contenido en grasas y sal.

Esta dieta aparentemente más saludable entre los mayores puede ser debida a hábitos tradicionales adquiridos en etapas anteriores de su vida, y mantenidos ahora, a una disponibilidad del tiempo que les permite la preparación de comidas más sanas, a posibles dietas recomendadas por personal sanitario para tratar enfermedades o condiciones de salud crónicas, pero también es posible que el descenso de ingresos en el hogar repercuta en la dieta elegida (verduras, hortalizas y fruta suelen ser más baratas que carne o pescado). Si a los españoles se les asigna el patrón de dieta mediterránea, éste es más claro entre las personas de edad, aunque el peso corporal parece no acompañar a este estilo de ingesta de alimentos.

El índice de masa corporal es un indicador sintético que relaciona la altura con el peso del individuo y permite clasificar a éste en varias categorías. Es un buen indicador para la población adulta y mayor. Por encima de 30 se habla de obesidad, 25-29,9 sobrepeso, 18,5-24,9 peso normal, y por debajo, peso escaso; no existe un consenso internacional pero suele respetarse esta clasificación. La obesidad puede ser moderada (hasta 34,9), severa (hasta 39,9) o mórbida o muy severa, por encima de esa cifra.

Con la edad suele aumentar la proporción de personas con un índice alto de masa corporal, por una relajación de hábitos alimenticios; aumenta entre las personas de 50-74 años y vuelve a atenuarse entre los muy mayores (75 y más años). En la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2001, entre 65-79 años, más de tres cuartas partes de la población tienen un índice superior a 25 (kg/m<sup>2</sup>) (sobrepeso) (Tabla 2.8; Gráfico 2.7). La obesidad desciende entre los muy mayores, muchas veces asociada a peores estados de salud (fragilidad), o a dietas estrictas seguidas por motivo de enfermedad.



Los datos de la última ENS 2003 confirman las cifras globales de obesidad, 12,9% de toda la población está por encima de 30 del índice (Tabla 2.9; Gráfico 2.8). Aunque difiere de los datos de 2001, parece repetirse el patrón comentado: aumento del peso con la edad hasta los 74 años y descenso en las edades más avanzadas.

Varones y mujeres presentan patrones de obesidad diferentes. Entre 16 y 34 años, en ambos sexos aumenta por igual; a partir de esa edad, y asociado a peores estilos de vida (quizá más tabaquismo, consumo de alcohol, que reflejan ya en sí unos hábitos alimenticios más desequilibrados), o vida menos saludable, los varones con obesidad superan a las mujeres. Pero a partir de los 50 años, ya el 17,8% de las mismas superan el umbral de la obesidad, coincidiendo con una etapa de cambios hormonales. A partir de esa edad siempre registran índices más elevados que los varones, que aumentan su porcentaje justo en torno a las edades de jubilación; en edades avanzadas, en ambos se produce un descenso de la obesidad por varios motivos como se apuntó más arriba.

La obesidad está relacionada con algunas causas de muerte como los problemas cardiovasculares, algún tipo de cáncer, diabetes y arterosclerosis. El sobrepeso tiene un impacto indudable en funciones y actividades cotidianas, al reducir la movilidad (caminar, moverse por la casa, levantarse, vestirse, etc.).

*Tabaco.*— El efecto perjudicial del consumo de tabaco se deja notar ya en las generaciones adultas, pero puede incrementarse en el futuro como consecuencia del cambio en la estructura por edades (las abultadas cohortes de los años 60 y 70 van subiendo escalones en la pirámide y se encontrarán en edades de mayor probabilidad de muerte) y por el impacto retrasado del tabaquismo sobre la salud.

El tabaquismo se asocia con las principales causas de muerte, las producidas por enfermedades del sistema circulatorio y cáncer. Se relaciona con enfermedades que van desde infecciones respiratorias agudas (catarros, tos, etc.) hasta problemas como enfisema pulmonar y enfermedades cardiovasculares. La causa de morbilidad y mortalidad más relacionada con el taba-

co es el cáncer de pulmón y tráquea (18.214 defunciones de todas las edades en 2001, de las que 16.254 correspondieron a varones).

España se sitúa ligeramente sobre la media europea de fumadores a diario, con Italia, Grecia y Dinamarca ocupando los primeros puestos de la lista. Sin embargo, España presenta porcentajes de mujeres fumadoras de 25-34 años más altos que los varones, de la misma forma que Italia (según el Eurobarómetro 43.0; las cifras difieren de las de la ENS 2003).

El hábito de fumar se empieza a adquirir desde una edad muy temprana, los 16 años (ENS 2001). El 50% de los que ya no fuman pero han fumado ya se habían iniciado en el hábito a los 16 años o antes; entre los fumadores esporádicos (no a diario) el 35% se había iniciado a los 16, y entre los fumadores a diario el 53% declara que había empezado a fumar a los 16 o antes.

En este sentido, es llamativo que las diferencias entre sexos de población que fuma diariamente se acorta conforme las cohortes son más jóvenes. Así, la diferencia entre varones y mujeres fumadoras a los 16-24 años es sólo de 4,3 puntos porcentuales, y entre 45-54, por ejemplo, era de 18,1 puntos, con cifras más altas entre los varones. Las consecuencias futuras de este hábito no saludable en morbilidad y mortalidad afectarán más a la mujer que hasta ahora, pues verá aumentar probablemente las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas. El inicio temprano en el tabaquismo y la entrada de mujeres adolescentes en el hábito son dos rasgos de consecuencias futuras muy negativas sobre los sistemas sanitarios.

Existe un contraste entre los menores de 65 años, que son más fumadores, y los mayores, que han cesado en su actividad fumadora (22%) o no han fumado antes (67%). Entre la población mayor, los hombres fuman en mucha mayor proporción que las mujeres y también han dejado de hacerlo en proporciones muy altas; apenas existen mujeres de edad fumadoras o que hayan fumado antes (ENS 2003) (Tabla 2.10; Gráfico 2.9).

Entre la edad de 55-64 años, el porcentaje de los fumadores a diario baja a 18,2% (28,7% varones, 8,2% mujeres), pues también aumenta pro-



porcionalmente el número de personas que no ha fumado antes. Este rasgo de elevados porcentajes de población que nunca ha fumado entre los mayores, se debe al peso específico en este colectivo de mujeres, que por normas no escritas y costumbres sociales nunca fumaron (el 95% de las actuales mujeres de edad nunca ha fumado). Esta característica de mujer mayor no fumadora destaca también en el conjunto europeo, como en Portugal o Finlandia.

Por tanto, entre las personas mayores las diferencias de sexo son notables: el 15,3% de los varones de 65 o más años fuma diariamente (18,9% los de 65-74 años, 9,6 75 y más), y sólo lo hace menos de dos mujeres de cada cien (1,5%). También es muy elevado el número de varones de edad que han dejado de fumar; algo más de un millón y medio (1.556.415) se encuentra en esta situación. Esto puede ser debido a restricciones por razón de enfermedad (consejo médico) o bien, además, por razón de menores ingresos tras la jubilación. Entre 1997 y 2003 se observa una reducción de la proporción de fumadores de edad, diarios y no diarios (de 10,2% se pasa a 8,2%). En el conjunto nacional (población de 16 y más años) ha habido un ligero descenso de la población fumadora (diaria y no diaria) de 36,3% a principios de la década de los 90 hasta el 31,2% en 2003.

*Alcohol.*— El abuso del alcohol se asocia con efectos adversos tales como accidentes, violencia, problemas sociales y familiares, y otros riesgos a medio y largo plazo, como peores condiciones de salud y algunas enfermedades concretas. El alcoholismo se relaciona con el riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad en general; se asocia estrechamente con el riesgo de padecer cáncer de hígado, cirrosis y algunas enfermedades digestivas y del tracto respiratorio, y es posible que algunos cánceres de colon (Eurostat: *Key data on health*, 2000). Como sucede con el tabaco, los anuncios y promociones del consumo de alcohol son un riesgo para la salud. Entre los varones de 15-29 años, una de cada cuatro muertes en la UE puede ser achacada al consumo de alcohol (Eurostat: *Health Statistics*, 2002).

El patrón de consumo difiere del de tabaco. Uno de cada cuatro mayores beben vino diariamente (los varones en proporciones que tripli-

can o cuadruplican a las mujeres) (Tabla 2.11). La población más joven suele beber también otros productos alcohólicos, como la cerveza (el 10% de los menores de 65 años bebe cerveza con alcohol a diario; apenas un 3% de los mayores). Los datos por edad del consumo de alcohol en la ENS 2003 aún no han sido publicados en el momento de la preparación de este informe; se presentan los datos globales de consumo de alcohol para toda la población (Tabla 2.12).

Los varones consumen alcohol más habitualmente que las mujeres (40,2% a diario, por 18,6% de mujeres), que lo suelen hacer de forma esporádica. Con datos de la ENS 2001, se puede afirmar que el 35,8% de los mayores consume casi todos los días vino, pero son más los que nunca lo consumen; un 70% tampoco consume cerveza nunca y sólo un 4,4% casi todos los días (ver Tabla 2.11, Informe 2002).

Los mayores consumidores de alcohol tienen más riesgo de mortalidad por enfermedades como la cirrosis hepática (quinta causa de muerte en el grupo de 55-64 años, varones) y algún tipo de cáncer e hipertensión, como se ha dicho. Entre los 65 y 74 años aún es importante la cirrosis hepática, entre varones, y ocupa la séptima posición entre las mujeres. A partir de esa edad no alcanza ya ni el 1,5% de las causas de muerte en ningún grupo de edad y sexo (ver Tabla 2.7, Informe 2002).

*Actividad física.*— En el Informe 2002 se decía que la población española en general realiza habitualmente una actividad física suave, de carácter rutinario y para la satisfacción de necesidades básicas como hacer compras o ir a pasear. No obstante existe una ligera tendencia en los últimos años hacia una mayor implicación en actividades físicas de carácter regular en el período de ocio. Los varones (21% de ellos) son más proclives al ejercicio físico regular que las mujeres (11%), los más jóvenes (18%) en relación con las personas de edad (sólo el 3% de éstas) y también los que han alcanzado mayor nivel educativo (25%). La práctica de ejercicio es más alta entre los habitantes de regiones de más nivel económico, debido también a un nivel de instrucción más alto y a las ofertas que ofrece el medio urbano para hacer actividades físicas (ver Tabla 2.13 del Informe 2002).



La actividad física beneficia la salud de las personas; el sedentarismo puede ocasionar peores estados de salud. La actividad física regular controla el peso, reduce la morbilidad y evita pérdida de masa ósea.

El cambio en la naturaleza del trabajo condiciona el tipo de actividad principal de muchas personas. Se ha pasado de mayoría de trabajo en industrias manufactureras (incluso antes, el trabajo se desarrollaba fundamentalmente en la agricultura y ganadería) a industria de servicios, y ha crecido notablemente la automatización de los procesos de trabajo. Por ello, la actividad principal (en centro de trabajo, centro de enseñanza, hogar, labores domésticas) refleja un alto porcentaje de sedentarismo. La ENS 2003 permite una aproximación a la actividad física de los españoles (Tabla 2.13; Gráfico 2.10).

Un 35,6% de todos los españoles pasan la mayor parte del día sentados, en realización de su actividad principal, con comportamiento similar entre varones y mujeres. Sin embargo, los varones en edades adultas, con tareas (laborales) que requieren esfuerzo grande o moderado presentan patrones diferentes a las mujeres. Uno de cada tres, aproximadamente, desarrolla su actividad caminando o realizando tareas con esfuerzo; esto también es motivo de una mayor accidentalidad laboral masculina.

Entre los mayores, los hábitos se hacen más sedentarios, tanto para la actividad principal como para las de ocio, y éste ocupa una buena parte de su tiempo. Las mujeres cambian sus hábitos sedentarios entre la primera vejez (65-74 años) y edades avanzadas; en aquélla, sólo un 26,0% pasa la mayor parte de su tiempo sentada, y en ésta alcanza ya el 61,7%. Se precisan estudios específicos para detallar los comportamientos diferenciales de varones y mujeres según edad. En la ENS 2001 se apuntaba que el 55,1% de los mayores pasaban sentados buena parte de su tiempo libre y muy pocos (3,3%) hacían actividad física regular. En la ENS 2003, la pregunta iba dirigida a conocer la actividad principal y cómo se desarrollaba (centro de trabajo, centro de enseñanza, etc.); es posible que los jubilados interpretan su actividad principal como tiempo libre, al que se dedicaba otra pregunta.

Otra forma de conocer el estilo de vida es detallando el número de horas que duermen las personas (Tabla 2.14). A falta de estudios de detalle, las personas mayores aparecen con unos patrones de sueño/vigilia diferentes a la población en general. Son muchos más (en torno a un 15% de los mayores) los que declaran dormir menos de seis horas diarias (por debajo de 34 años, apenas un 1% dice lo mismo); además, a partir de los 75 años, un 22,3% dice dormir diez o más horas, porcentajes que sólo se encuentran en los niños más pequeños. La mayor parte de los adultos jóvenes (hasta 34 años) duermen entre 8-9 horas; los adultos maduros (hasta 64 años) en torno a 6-7, pero los mayores se distribuyen entre todas las categorías en que se ha dividido el recuento, pero con un modelo de extremos, comparado con los demás grupos. Los comportamientos entre varones y mujeres son similares, pero éstas declaran en mayor porcentaje que duermen muy poco (en teoría, las respuestas se refieren al número total de horas que duermen durante todo el día, sin limitarse sólo a la noche y en cama).

*Accidentes domésticos y de tráfico.*— Los accidentes de todo tipo incrementan los riesgos de sufrir alguna condición de salud. Los más importantes son los domésticos y de tráfico. Uno de cada diez españoles declaró haber sufrido un accidente en los últimos doce meses previos, porcentaje que se eleva al 14,7% entre la población de 75 y más años; el 19% de todos los accidentes (806.559 sobre 4.143.734) los padecen personas de edad (Tabla 2.15; Gráfico 2.11). En los accidentes (que incluyen también agresiones, quemaduras o intoxicaciones) el mayor epígrafe es el de las caídas accidentales, que se producen sobre todo en el hogar y se incrementan con la edad, especialmente después de los 65 años (Tabla 2.16, Gráficos 2.12 y 2.13).

El lugar de ocurrencia está en relación con la actividad principal desarrollada y donde mayor tiempo se pasa. Según datos de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (EDDES) de 1999, el 50,2% de los niños de 0-5 años y el 67,7% de las niñas sufren sus caídas accidentales en casa; la escuela sigue en importancia en el siguiente escalón de edad; posteriormente, el centro de trabajo es el principal lugar de accidentes entre los varones (pues tiene



mayores riesgos laborales); y a partir de los 65 años, vuelve a ser el hogar el sitio donde más caídas se producen. Pero no sólo caídas sino cualquier otro tipo de accidente (cortes, intoxicaciones, quemaduras, etc.).

Los accidentes de tráfico tienen una alta repercusión en la sociedad y la economía del país, en las personas que los padecen, en sus familias y en los sistemas de protección (sanitaria), aseguramiento y rendimiento laboral. Son una importante causa de mortalidad (la más importante entre los jóvenes) y de discapacidad. En 2002, hubo 356,6 accidentes de tráfico por cada 100.000 habitantes (Tabla 2.17), con tasas más elevadas entre varones. Entre 15-34 años se concentra el mayor número de accidentes y presentan las tasas más elevadas (613,3 por 100.000, pero con tasas masculinas que duplican las femeninas); es un grupo de edad especialmente vulnerable.

Con la edad decrece la siniestralidad por accidente de tráfico, en buena parte por el descenso de la motorización de los mayores. A partir de 75 años, 119 personas de cada 100.000 sufrieron un accidente en 2002, cifra considerablemente más baja que la media nacional. Es importante resaltar que cambia el patrón de conductor y pasajero a peatón como víctima.

Los accidentes con víctimas en carretera son más frecuentes que en zona urbana (Tablas 2.18 y 2.19; Gráficos 2.14 y 2.15). En ese año de referencia, hubo 4.480 muertos en carretera, de los que 605 tenían 65 o más años (13,5%); encontraron la muerte como conductores, pasajeros o peatones. Este hecho, ser peatón, es una característica de los accidentes entre los mayores, y en especial en zona urbana. En ésta, el 79,6% de los muertos de 65 y más años por accidente de tráfico lo fue como peatones (23,3% de los accidentes en carretera), como es obvio, por las circunstancias del tráfico y la convivencia en ciudad de peatones y vehículos (en la calle, en los semáforos), más infrecuente en carretera (en la que el 33,3% de los peatones atropellados y fallecidos eran personas de edad).

El 22,4% de los fallecidos en zona urbana son personas de edad, y como se ha dicho, por atropello fundamentalmente; el 45,2% de todos los ciudadanos atropellados en zona urbana son

mayores; las proporciones de heridos graves o leves de edad son más bajas, es decir, el atropello de tipo medio ocasiona más muertes en personas de edad y quizá más heridas en otra población. Este modelo de fallecimiento en carretera como conductor-pasajero-peatón se repite en otros países europeos; por ejemplo, el 44% de todos los peatones muertos en la UE tenían 65 o más años (Eurostat: *Health Statistics*, 2002).

## 2.3. ESTADO DE SALUD Y MORBILIDAD

### 2.3.1. Percepción del estado de salud

La valoración del estado de salud del propio individuo viene condicionada por las enfermedades reales padecidas y por sus características personales (sexo, edad, estado civil, familia e instrucción), socioeconómicas (ingresos y estatus social) o incluso residenciales (tipo y tamaño de hábitat y grado de satisfacción residencial con la propia casa y el entorno). La percepción del propio estado de salud también es conocida como salud subjetiva para diferenciarla de la salud objetiva, enfermedades diagnosticadas y dolencias padecidas y declaradas. Refleja el estado físico y las enfermedades padecidas, pero también los factores sociales, económicos y del entorno de la persona.

Este indicador es una medida utilizada por la administración para conocer el estado general de la población. No sustituye otros indicadores (morbilidad hospitalaria, mortalidad, uso de servicios, dotaciones, equipamientos, etc.), pero es la forma que tienen los gobiernos de oír la voz de los ciudadanos en un tema tan sensible e importante: la salud. Es por naturaleza un indicador subjetivo. Puede ser utilizado como predictor de futuras situaciones, de necesidades y avisa ya del declive en las habilidades funcionales de los ciudadanos. Permite establecer rápidamente las diferencias entre sexos, grupos de edad y otras características sociodemográficas.

La autopercepción del estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global y es muy predictivo de necesidades asistenciales y para la organización de programas, es decir, tiene importantes repercusiones



para la salud, la morbilidad y una vejez saludable y activa. El hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria: hay una relación estrecha entre cómo se siente una persona y lo que esa persona hace.

El estado general de salud de la población, medido a través de la percepción del estado de salud, cambia poco a lo largo del tiempo, por lo que las políticas sanitarias y sociales de prevención y mejora de las condiciones de vida de las personas sólo se reflejan o plasman al cabo de años y en proporciones pequeñas. En España, la evolución de la autovaloración positiva de la salud ha oscilado ligeramente, desde 68,8% de población que se consideraba en buen o muy buen estado de salud en 1993, a 69,8% en 2001, o 71,0% en 2003. Las valoraciones realizadas por los varones han mejorado más que las de las mujeres (MSC: «Datos básicos de la salud y los servicios sanitarios en España», 2003). En 2003, el 75,2% de los varones decía tener buena o muy buena salud, frente al 66,7% de las mujeres (Tabla 2.20).

La edad aparece como la principal variable asociada a diferencias en la percepción de la salud por los españoles. Apenas el 40% de la población mayor manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, aunque con una ligera tendencia creciente. Uno de cada cuatro mayores lo declara malo o muy malo, si bien con una ligera tendencia descendente. Son los más jóvenes quienes mejor estado declaran, situándose el umbral a partir del que empieza a disminuir fuertemente la valoración positiva de la salud hacia los 45 años.

Los mayores perciben su estado de salud como bueno (32,5%) o muy bueno (3,4%), con una diferencia positiva a favor de los varones. El 42,7% de éstos, en ambas categorías, valoran bien o muy bien su salud, frente al 30,9% de las mujeres. El sexo es un factor diferenciador de la salud subjetiva, y este contraste se acentúa en las edades más avanzadas. Entre los jóvenes y adultos las diferencias no son tan elevadas, y siempre con los varones percibiendo mejor su estado de salud (Gráfico 2.16). De la misma forma, según avanza la edad, las percepciones negativas aumentan y también crecen las diferencias entre varones y mujeres.

Educación y problemas de salud están inversamente relacionados. En este indicador concreto de la percepción del estado de salud, también. En esto puede residir la explicación de las diferencias entre varones y mujeres. Entre los mayores, el nivel de instrucción es más alto en los varones; en las generaciones más jóvenes, y tomando por ejemplo las percepciones negativas, varones y mujeres se asemejan y según se avanza en edad, en las de adultos y actualmente las de mayores, las mujeres presentan peores niveles educativos y también de ingresos.

El nivel de las valoraciones que hacen los mayores españoles es similar a la media del resto de países de la UE; un escaso punto adicional en percepciones negativas de los españoles muy mayores respecto de la media europea. Las percepciones ligeramente más negativas también las comparten Italia y Portugal (en el conjunto de la población) (Eurostat: *Health Statistics*, 2002).

### 2.3.2. Morbilidad

Uno de cada cinco españoles declaró haber padecido alguna enfermedad (o dolencia o impedimento) en los últimos doce meses, que le han limitado su actividad habitual durante más de diez días (ENS 2003), y en proporción similar varones y mujeres, aunque algo más elevada en éstas (Tabla 2.21; Gráfico 2.17). La encuesta de 2001 aportaba cifras parecidas (19,0% para el conjunto de la población; 16,7% de los varones, 21,2% de las mujeres).

De nuevo la edad marca las diferencias. Entre los niños y adolescentes apenas uno de cada diez declaró enfermedad en el último año, pero a partir de 75 años casi uno de cada dos dice haber limitado su actividad por causa de enfermedad. En 2001, los datos de la encuesta reflejan cifras más bajas de enfermedad entre los mayores (la pregunta era la misma), pero se mantienen los patrones diferenciados según sexo y edad.

Por tanto, la afirmación de que con la edad aumenta el riesgo de sufrir enfermedades, caer en discapacidad y la probabilidad de muerte no necesita mucho más contraste estadístico. Todas las tablas y gráficas por edad así lo confirman. Con la vejez aumentan las enfermedades de tipo crónico y degenerativo y muchas de ellas condu-



cen a problemas funcionales, además de sufrimiento.

El tipo de dolencia predominante padecida (autodeclarada) por los mayores es osteomuscular (Tabla 2.22; Gráfico 2.18). El 36,3% declara que la dolencia o enfermedad que limitó su actividad estaba dentro de la categoría «artrosis, reumatismo, dolor de espalda», seguida de traumatismos, luxaciones, huesos, ligamentos, el 13,7% adicional. Es decir, la mitad de la población de mayores ha declarado problemas osteomusculares, que además son los principales causantes del mayor número de discapacidades. Las mujeres declaran este tipo de dolencia en proporciones muy superiores a los varones, mientras que éstos señalan más problemas de corazón y aparato respiratorio que las mujeres, posiblemente en relación con hábitos de vida menos saludables.

El diagnóstico del médico se recoge en la Tabla 2.23 y Gráfico 2.19. La respuesta a la cuestión está condicionada por la lista de enfermedades, y no es contradictorio con las dolencias declaradas directamente por las personas. Por causa de las enfermedades diagnosticadas no necesariamente han limitado su actividad principal (circunstancia que se señalaba en la cuestión sobre dolencias/enfermedades); su cronicidad, en general con tratamiento, les permite desarrollar estas actividades cotidianas. Según la lista de enfermedades, los médicos diagnosticaron entre los mayores hipertensión arterial (37,7% de ellos las sufren, en mayor medida las mujeres). A continuación, le siguen el colesterol elevado y las enfermedades del corazón.

El crecimiento entre 1997 y 2001 de las cifras de colesterol e hipertensión elevados debería llamar la atención entre los responsables de las políticas sanitarias por la alta proporción de personas afectadas. Entre los mayores también ha habido un incremento de siete puntos entre ambas fechas (haciendo la salvedad de que las muestras de ambas encuestas de salud no son iguales, más completa la de 2001).

La enfermedad del corazón afecta al 16,8% de las personas de 65 y más años (con proporción superior entre los varones), según diagnóstico médico. Una de cada diez personas de edad tiene diagnosticada una depresión, siendo las

mujeres las más afectadas, en proporciones que duplican a los varones. Los problemas respiratorios afectan más a los varones, normalmente por su relación con el hábito del tabaquismo.

*Morbilidad hospitalaria.*— La morbilidad hospitalaria es un indicador útil para conocer y comparar el nivel de salud de las personas y la distribución de las enfermedades. Obviamente sólo contabiliza pacientes ingresados (y dados de alta por curación, mejoría, traslado o fallecimiento) y sus estancias, y no todo el mundo de la enfermedad y las dolencias. Estas cifras pueden estar sujetas no sólo al estado de salud de la población, sino a la forma en que se provee la asistencia sanitaria (con o sin hospitalización, con mayores o menores estancias).

La tasa de morbilidad hospitalaria entre las personas mayores es alta y ha venido en aumento en los últimos años: en 1991, 18,3 de cada cien mayores era dado de alta en un hospital (se contabilizan los reingresos y altas de la misma persona si los ha habido), en 2001 era de 23,1% (Tabla 2.24; Gráfico 2.20). Dado el aumento del colectivo de mayores, también es creciente el número de ellos que pasan por un hospital (una o más veces): en 1991, algo menos de un millón (966.977 personas de edad), en 2001 fueron 1.590.479, y no sólo debido al cambio de la estructura de la población (mayor número de personas de edad en el conjunto nacional). Respecto al aumento de tasas de morbilidad hospitalaria, algunos profesionales apuntan que, aparte de un posible aumento de la fragilidad, existe una mayor utilización de los servicios hospitalarios (facilidad de acceso, mejora de las prestaciones, eficiencia en los equipos), que haría subir la tasa, lo que obligaría a matizar ese aumento de la morbilidad; también es posible un aumento de la reincidencia. Pero por otro lado existe una mejora de técnicas quirúrgicas y de tratamiento que es posible que eviten hospitalizaciones, lo que haría bajar el número de altas (se considera alta, si ha sido previamente ingresado).

Los varones son las personas de edad que más se hospitalizan (815.952 y 774.529, varones y mujeres de edad, respectivamente), con tasas siempre superiores a las mujeres en todos los grupos de edad (28,1% y 19,4% en el caso de mayores). El dato de mayor morbilidad hospita-



laria concuerda también con el de mayor mortalidad masculina. La menor presencia de mujeres mayores hospitalizadas puede deberse también a otras razones, no estrictamente de salud, y más relacionadas con el papel de la mujer en el hogar y la familia, y quizá una menor predisposición a ser ingresada.

En cambio, no concuerda con el hecho de que la mujer declara haber padecido o padecer más dolencias o enfermedades (una diferencia de ocho puntos porcentuales aproximadamente por encima de los varones, tanto en la ENS de 2001 como en la de 2003) (ver Tabla 2.21). Mayor porcentaje de enfermedades padecidas y discapacidades entre las mujeres, y mayor grado de hospitalización entre los varones.

Los mayores acuden cada vez más a los hospitales, en cifras absolutas y en tasas respecto a la población de su grupo de edad. Mayores proporciones de mayores llegan a los hospitales, pero también la población hospitalaria de edad es cada vez más significativa respecto del conjunto total de hospitalizados. Por ejemplo, en 1991 el 25,8% de todas las altas hospitalarias correspondía a mayores. Pues bien, diez años más tarde, 36 de cada 100 altas corresponde a personas de 65 y más años.

Es posible que una mayor morbilidad explique este incremento, bien debido a un cambio en la estructura por edad (hay un envejecimiento de los ya viejos que tienen más riesgo de caer en enfermedad), bien debido a una mayor fragilidad de los mayores actuales (lo que exigiría un estudio de detalle), bien porque se dispensan tratamientos hospitalarios y quirúrgicos a casos que antes no se realizaban (por extensión-maduración del sistema), bien porque el resto de la población no de edad responde mejor a tratamientos ambulatorios fuera de los hospitales (y bajan la proporción de los no viejos en las estadísticas), o bien porque se extiende el hábito de tratar los momentos finales de la vida en hospital y aumentar el número y la proporción de personas que fallecen en hospital (el fallecimiento es un motivo de alta hospitalaria). También existe una proporción de reingresados, pero no se puede estimar su cuantía con la encuesta de morbilidad hospitalaria. En cualquier caso, las cifras merecen estudios de detalle.

De todos los pacientes dados de alta en hospitales del sistema sanitario, el 36,0% (2001) son personas de edad, repartidas de la siguiente forma: el 5,3% son muy mayores (85 y más años), grupo que representa sólo al 1,8% del total de la población; el 13,8% son personas de 75-84 años (7,6% de la población) y el 16,9% de 65-74 años (9,4% de la población) (ver Tabla 2.24). Es decir, en proporción creciente con la edad. Los de 75 y más representan por tanto el 19,1% de las altas, y hace diez años eran el 12,3%, casi siete puntos porcentuales más ahora, mientras que los jóvenes viejos de 65-74 años también han crecido en representación pero sólo tres puntos. Es decir, los tratamientos parecen ir aumentando el límite de edad y los hospitales van sufriendo un proceso de geriatrización, con sus consecuencias en los tipos de tratamientos e intervenciones más frecuentes, el manejo de pacientes, el tipo de gasto, materiales, etc., y en el debate sobre si deben añadirse otras especialidades hospitalarias específicas (como la Geriatría) a las existentes.

Una consecuencia evidente del incremento de las altas es el aumento paralelo del gasto hospitalario en este colectivo (Gráfico 2.21). Se incrementa por edad, y destaca la diferencia entre varones y mujeres. A partir de los 80 años es diez veces más alto, per cápita, que entre adolescentes y jóvenes. Los varones consumen más recursos hospitalarios a todas las edades, excepto en las edades de procreación femeninas.

*Las enfermedades más frecuentes.*— De las personas de 65 y más años que han pasado por un establecimiento hospitalario, el 23,0% lo fueron para ser atendidas de enfermedades circulatorias (que además es la primera causa de muerte), dos puntos más que en nuestro anterior Informe; un 12,5% por causas digestivas, un 12,4% respiratorias y un 11,0% para tratamiento de cáncer (que es la segunda causa de muerte) (2001) (Tablas 2.25, 2.26 y 2.27; Gráficos 2.22 y 2.23), también algo más elevado que en el anterior Informe. Este patrón de morbilidad hospitalaria es diferente al del resto de la población, entre la que destaca la atención neonatológica (18,8% global, por parto, 1,9% perinatales; también más alto que en 1999), 11,3% enfermedades digestivas, 8,5% traumatismos y a más distancia el resto de diagnósticos. Las causas respiratorias y digestivas se han igualado y se mantiene el cáncer como cuarta enfermedad



en importancia. En el resto de la población aumenta su importancia o peso porcentual respecto del total las atenciones por parto, debido a un repunte de la fecundidad en los últimos años, y que continúa en las estadísticas de 2002 y 2004.

Las enfermedades del sistema circulatorio suben en importancia respecto de 1999 (datos del anterior Informe), de 21,5% de todas las altas de mayores a 23,0%. Este epígrafe incluye sobre todo tratamiento para enfermedades de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón, después infarto agudo de miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón, y en tercer lugar, la enfermedad cerebrovascular. Las enfermedades respiratorias entre los mayores ceden algo de protagonismo estadístico respecto a las del aparato digestivo (hernias abdominales, enfermedades de la vesícula y vías biliares y otras partes del aparato digestivo). Los tumores también suben en importancia relativa.

Las tasas por edad en cada uno de los grupos de enfermedades traducen el proceso de morbilidad y la importancia de cada diagnóstico (Tablas 2.28, 2.29 y 2.30). La enfermedad crece con la edad como ya se dijo antes. En el primer escalón, con tasas de 146,8 altas por cada mil personas de 0-4 años, suelen ser enfermedades, problemas o tratamientos relacionados con el parto, sobre todo (bajo peso, perinatales, respiratorias, mal definidas, infecciosas); pero a partir de los cinco años la progresión es incesante: de 36,9 por mil hasta los 329,6 entre los de 85 y más años, es decir, una media equivalente a que uno de cada tres ciudadanos de estas edades pase por un hospital al año (es posible que muchos casos sean reincidencias y el número de personas de cada grupo de edad sea más bajo que el número de altas).

Las enfermedades que demandan asistencia hospitalaria y que más crecen con la edad son las del aparato respiratorio (bronquitis, neumonía, enfisema, otras), las del sistema circulatorio (infartos, otras enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, etc.), y los tumores, aunque con tasas altas no crecen tanto pues desde los 45-54 años la tasa de morbilidad en cánceres es ya elevada (11,6 por mil) (Gráficos 2.24, 2.25, 2.26 y 2.27).

Las enfermedades circulatorias (circulación pulmonar, otras del corazón, infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares) son las más frecuentes entre los mayores (23,0% de todos los mayores que fueron a hospital lo hizo por este motivo), pero son así mismo las enfermedades en las que los mayores tienen un mayor porcentaje de representación: 65,1% de todos los enfermos diagnosticados con enfermedades de este tipo eran personas de edad (ver Tabla 2.25), y es la primera causa de muerte general y entre mayores. El mayor número de altas (y de ingresos) es debido a las enfermedades de circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón (166.535 altas en 2001, de las que 125.382, es decir, tres de cada cuatro, fueron personas de edad). La segunda causa entre las enfermedades circulatorias, enfermedad cerebrovascular, está sesgada aún más por edad; el 77,6% de todos los que pasaron por hospital eran personas mayores o muy mayores.

Casi dos tercios de los enfermos de bronquitis, enfisema y neumonía tratados en hospital son personas de edad y sobre todo muy mayores (el 15% de todas las neumonías son pacientes de 85 y más años). El tratamiento hospitalario para enfermedades del ojo y sus anejos (103.057 altas), dentro del epígrafe de enfermedades del sistema nervioso, también ha sido mayoritariamente ocupado por personas de edad: 68,3% de todos los enfermos.

El cáncer es la segunda causa de muerte y la quinta de hospitalización (cuarta entre los mayores), pero en este caso los enfermos están distribuidos más regularmente entre todos los grupos de edad, en especial entre adultos; entre 45-54 años y los de 85 y más la tasa de morbilidad sólo se ha multiplicado por dos, cuando la media lo hace casi por cuatro, y en el caso de las enfermedades respiratorias, por doce entre ambos grupos de referencia. Sólo en tumores de estómago y colon/recto, dos de cada tres enfermos hospitalizados son personas de edad. Es una de las causas de hospitalización y muerte que puede crecer en los próximos años. El incremento de la enfermedad puede ser debido posiblemente a que el debilitamiento del sistema inmune y la exposición a agentes cancerígenos crecen conforme aumenta la esperanza de vida, y ésta continuará



progresando, en especial entre los mayores. Otros factores que influyen en el desarrollo de la enfermedad: historia familiar, condiciones genéticas, tabaquismo, consumo de alcohol, dieta inapropiada y exposición a productos químicos en la vida cotidiana o en el trabajo.

La diabetes también aumenta con la edad y es posible que el número de pacientes que la sufren se vea afectado por una mayor longevidad de las cohortes. Está causada por una deficiencia (heredada o adquirida) en la producción de insulina o por la ineficacia de la producida; 17.185 mayores (el 52,4% de los enfermos hospitalarios diagnosticados) pasaron por los hospitales en 2001 para tratamiento, en proporción creciente respecto a hace unos años.

El segundo mayor contingente de mayores internados en hospitales y que recibieron el alta en 2001 es el de los que sufren enfermedades digestivas: 12,5% de todas las altas de personas de esta edad, ligeramente por encima de las respiratorias y los tumores. Pero es una enfermedad que se distribuye entre todos los grupos de edad; de cien enfermos diagnosticados de enfermedades del aparato digestivo, 38 son mayores.

En el tratamiento de las fracturas se modifica algo el patrón de edad que se repite en la mayoría de las enfermedades. Aunque la media del grupo de traumatismos es que el 41,5% de los atendidos en hospital (74.510 sobre 179.653 casos) corresponden a personas de edad. Destaca el hecho de que en fracturas de miembros inferiores el 54,1% es de mayores, y sobre todo de muy mayores (18,9% de todas las fracturas tratadas en hospital corresponden a personas de 85 y más años). En (otras) fracturas, luxaciones, heridas y otros traumatismos existe mayor dispersión por todas las edades. Además, es una de las contingencias que mayor sesgo presenta por sexo: de las 52.487 fracturas de miembros inferiores en personas de edad, el 76,6% corresponden a mujeres y con fuerte representación de mujeres de 85 y más años (34,9% de todas las fracturas de población mayor).

Como resumen de los diagnósticos más frecuentes se presenta la tabla 2.31; es otra forma

de medir la prevalencia de determinadas enfermedades, utilizando en este caso las estadísticas del Ministerio de Sanidad y Consumo y su conjunto mínimo básico de datos. Bronquitis y cataratas son las primeras patologías entre los mayores, aunque estas últimas apenas requieren estancia hospitalaria (no generan en este caso alta). Los problemas coronarios (aterosclerosis y síndrome coronario intermedio), importantes en el grupo de 65-74 años, dejan lugar a la insuficiencia cardíaca congestiva y a la neumonía y fracturas de cuello del fémur, en el siguiente grupo de edad.

### 2.3.3. Actividades de la vida diaria

La EDDDES de 1999, aportó un material de gran calidad para el estudio de las situaciones de discapacidad y dependencia entre los mayores. Además de los microdatos preparados por el INE, este organismo tiene a disposición de los profesionales e interesados las tablas a medida de mayor interés en la dirección electrónica [www.ine.es/inebase/index.html](http://www.ine.es/inebase/index.html). Paralelamente se han venido publicando en versión papel las principales tablas de esa macroencuesta. En el Informe 2002 ya se presentaron algunas tablas de esa encuesta. Se han hecho análisis detallados de la misma (*El proceso de discapacidad*, Fundación Pfizer, 2004, 210 p.).

La reciente publicación electrónica de la Encuesta nacional de salud 2003, permite editar las tablas sobre el grado de dificultad de las personas mayores para la realización de actividades de la vida diaria. El catálogo o listado de actividades por las que se preguntó a los entrevistados difiere del de la encuesta sobre discapacidades de 1999, por lo que su comparación es difícil, pues además discapacidades, deficiencias y limitaciones funcionales se mezclaban en la lista de 36 actividades de esta última encuesta. Estas disparidades sacan a la luz un problema metodológico y terminológico sobre discapacidad, deficiencia, actividad y acción funcional, pendiente de resolver, pero cuya ambigüedad y confusión se traslada a la sociedad e incluso puede afectar al diseño de las políticas sociales.

Las dificultades para realizar actividades de la vida diaria (básicas e instrumentales) aumentan

\* En el capítulo 8, monográfico de este informe 2004, se detallan algunos resultados de la EDDDES.



notablemente con la edad (Tabla 2.32; Gráfico 2.28). Siete de cada cien personas del total de la población declaran tener problemas, pero sólo una de cada cien entre jóvenes, dos entre los adultos jóvenes, cinco ya en los adultos maduros y a partir de ese umbral las tasas se cuadruplican en el grupo de viejos jóvenes o se quintuplican entre los octogenarios.

Las mujeres siempre presentan tasas más elevadas, excepto en la infancia y juventud (en edades escolares principalmente), donde los niños suelen demostrar hábitos de comportamiento diferentes, de mayor riesgo respecto de las niñas. A partir de los 80 años seis de cada diez mayores tienen problemas para la realización de actividades habituales (un porcentaje ligeramente superior al de 1999, aunque las cifras no son totalmente comparables); la proporción de mujeres alcanza el 67,1%, veinte puntos porcentuales más alto que los varones.

La presencia de enfermedades no letales, crónicas, como la mayoría de las osteomusculares, está detrás de esas proporciones tan elevadas de dificultad y discapacidad. Las enfermedades y dolencias comunes es el origen más frecuente de estas situaciones, y entre éstas la artrosis, reumas, dolores de espalda, etc. Como se decía más arriba, más de un tercio de los mayores confiesan tener problemas de esta índole, y es la misma causa de queja, dolor y visita al médico. Los accidentes (caídas), sobre todo los domésticos, en la calle o de tráfico, le siguen en importancia. Pocas son las personas, finalmente, que alcanzan la vejez con problemas de origen congénito que origine discapacidades y dificultades con las actividades diarias.

En consonancia con la enfermedad común de origen, la mayoría de las dificultades declaradas por los mayores están relacionadas con la movilidad del cuerpo y de los miembros inferiores y superiores (Tabla 2.33; Gráfico 2.29). El 30,0% dice no poder cortarse las uñas de los pies; no es una actividad diaria, pero requiere el concurso de otra persona para realizarla. Uno de cada cuatro confiesa no poder andar durante una hora o necesitar ayuda para hacerlo. La limpieza de la casa (con tasas muy superiores entre las mujeres) también acarrea problemas para un elevado número de mayores, desde el 24,1% que

no pueden limpiar una mancha en el suelo, hasta el 11,4% que no puede fregar los platos.

La movilidad reducida en las personas restringe su ámbito de participación, pues muchos no salen de casa (15,1% tiene dificultad para subir diez escalones o tienen problemas para desplazarse), no pueden coger el autobús, ni realizar la compra (pues implica movilidad), y así van reduciendo su espacio vital a su propia casa, y lentamente se van convirtiendo en autoexcluidos sociales y no se benefician de la vida en sociedad.

Las dificultades para las tareas de autocuidados afectan a un menor número de personas, pero demuestran situaciones de gravedad; significa que el individuo ha perdido su autonomía y precisa depender de otra persona. Por ejemplo, un 8,6% no puede vestirse/desnudarse o lo hace con ayuda, un 6,0% no puede levantarse/acostarse y un 4,9% necesita ayuda (grande o pequeña) para comer.

En valores absolutos llama la atención que casi novecientas mil personas tengan dificultades para prepararse la comida, o más de setecientas mil para tomar sus medicinas (acordarse de la cantidad y el momento), circunstancia esta bastante grave, pues a edades elevadas (donde las tasas de discapacidad son mayores) el porcentaje de personas que consumen medicamentos es muy alto, en torno al 90% entre los de 75 y más años.

Con estos datos y los aportados por los estudios de detalle antes referidos, parece evidente que las primeras habilidades que se pierden suelen ser las últimas que se adquirieron a lo largo del curso de vida: se empieza con problemas de manejo de finanzas, del hogar, tareas que requieren decisiones más complejas (coger un autobús, pues significa saber dónde ir, cómo ir, qué hacer, además de tener movilidad para ello, etc.), y las últimas dificultades aparecen en actividades cuyas habilidades se adquirieron antes (comer, beber, continencia, vestirse, desplazarse por casa, etc.).

#### 2.3.4. Utilización de los servicios sanitarios

Los mayores son grandes usuarios de los servicios sanitarios y suelen estar bastante satisfechos de ellos. Un 37,8% de las personas de 65 y



más años ha consultado con algún médico, por algún problema, molestia o enfermedad, en las dos últimas semanas (excluidas las peticiones de cita, análisis o radiografía) (Tabla 2.34), en proporciones notablemente superiores al resto de la población (20,9% entre éstos). Esto significa que el nivel de consulta a médico es elevado: uno de cada cuatro españoles lo ha consultado en las dos últimas semanas (24,3%). Las diferencias entre uno y otro grupo de edad se manifiestan en que los mayores van en proporciones más elevadas a dispensación sólo de recetas (22,2%), un 41,7% visita al médico para diagnóstico y revisión, proporción más baja que entre el resto de la población. En ambos colectivos, en torno al 30% repiten visita para revisión.

El interés de los mayores por la propia salud se manifiesta en algunos servicios o consultas especializadas. Por ejemplo, el 59,8% de los mayores (tanto varones como mujeres) se vacunaron de gripe (campaña 2002, datos registrados en 2003), por sólo el 9,6% de la población (Tabla 2.35); esta diferencia es debido fundamentalmente a que los mayores se considera población de riesgo y que tienen medicamentos gratuitos. Sin embargo, no visitan tan frecuentemente a los dentistas, cuando la higiene bucal es una parte importante de la salud y evitaría algunos problemas y enfermedades del aparato digestivo (Tabla 2.36). Desde las máximas proporciones de visita a dentista, para revisión o tratamiento, en las edades de adolescencia, va decayendo hasta los mínimos en el grupo de 75 y más años, en proporción inversa a cómo aumentan las dolencias y enfermedades de la cavidad bucal. Las mujeres siempre presentan proporciones de visita a dentista superiores a los varones.

Este hábito de escasas visitas se repite más claramente en el caso de consulta al ginecólogo por parte de mujeres (Tabla 2.37). En las edades maduras (después de los 45 años) el 89,3% lo han visitado (no se especifica a qué período se hace referencia), mientras que sólo un 57,1% de las mujeres mayores lo ha hecho. A falta de desglose de motivos y el tiempo desde la última visita (imposible de conocer mientras no se dispongan de los microdatos de la encuesta), puede concluirse una menor utilización de los servicios de ginecología por abandono, y porque muchas mujeres mayores no visitaron nunca a un gine-

cólogo, práctica ya rara entre las mujeres de menos edad.

La tasa de utilización hospitalaria se mueve en torno al 10% de la población (personas que declaran haber sido hospitalizadas en los últimos doce meses) (Tablas 2.38 y 2.39), un porcentaje similar a la tasa de morbilidad hospitalaria (10,9% en 2001; ver Tabla 2.28), con procedimiento estadístico diferente. De nuevo este indicador refleja el mayor uso de la hospitalización por parte de los mayores. En el primer escalón de edad aún pesan las mayores tasas de niños de cero años (hospitalización por problemas derivados del parto), desciende en niños y jóvenes, y empieza a aumentar en las edades adultas, conforme las poblaciones se van exponiendo a mayores riesgos. A partir de 55-64 años se inicia un ascenso de las tasas. Las tablas 2.28, 2.29, 2.30, antes citadas, recogen mejor este escalonamiento por edad y sexo y según los diferentes diagnósticos.

Si las tasas de hospitalización, urgencias y de altas hospitalarias indican una mayor utilización de los servicios sanitarios por parte de las personas de edad, los indicadores sobre estancias causadas repiten el mismo modelo, aumentándolo, pues a similares patologías, las estancias de los mayores suelen ser más largas que los del resto de la población; a veces, se trata de situaciones más complejas o fallos multifuncionales que requieren mayores estancias y la intervención de diferentes áreas especializadas, lo que demora el alta definitiva (Tablas 2.40, 2.41 y 2.42; Gráfico 2.30)

El orden de importancia, según estancias, dentro de los enfermos hospitalarios de 65 y más años repite de cerca el modelo de altas hospitalarias ya visto, aunque con alguna variación. Las enfermedades circulatorias son las que causan mayor número de estancias entre los mayores (22,6%); pero los tumores son la segunda patología en importancia por delante de enfermedades respiratorias y digestivas; éstas eran las segundas y terceras en número de pacientes, pero obviamente las estancias para tratamiento de enfermedades circulatorias y de tumores suelen ser más largas.

Contabilizando todas las estancias, destaca que casi tres de cada cuatro (72,6%) de todas las



estancias causadas por enfermedades circulatorias las realizan las personas mayores. También en cifras altas se mueven las estancias originadas para tratamiento de tumores, endocrinas, sangre y respiratorias; en el resto de especialidades hospitalarias, los mayores ocupan casi el 50% de todas las estancias causadas (excepto en problemas de parto, perinatales y congénitos, lógicamente).

Las enfermedades mentales requieren estancias más prolongadas (generalmente en hospitales psiquiátricos específicos), 56,2 estancias de media por cada ingresado, y son las que presentan mayores diferencias con el resto de la población. También es grande la diferencia en enfermedades respiratorias (los mayores tienen estancias que duplican las del resto de la población) y traumatismos. Las estancias más breves en el conjunto de la población son las causadas por problemas de la vista y del oído y otras del sistema nervioso.

### 2.3.5. Consumo de medicamentos

El consumo farmacéutico no deja de crecer empujado por una demanda activa, aunque se han tomado medidas para controlar el consumo y la dispensación de productos farmacéuticos. El incremento del gasto farmacéutico (facturación de recetas médicas) en el Sistema Nacional de Salud fue de 12,2% entre 2002 y 2003 (6,8% incremento de recetas) (Tabla 2.43), y se sitúa en 8.941,4 millones de euros como gasto final (9.927,7 millones por precio de facturación). Canarias, Castilla-La Mancha y Murcia encabezan la lista de mayor incremento. Las comunidades que más gasto realizan son Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana, debida a su tamaño demográfico y estructura de edades.

Las medidas de contención ideadas han sido diversas: listas de medicamentos que no se financian, recomendaciones sobre dispensación de recetas, avisos sobre efectividad o no de algunos medicamentos, utilización de genéricos, guías y protocolos de prescripción, para animar a los médicos a prescripciones consistentes y racionales, de acuerdo con las indicaciones médicas y las necesidades de los pacientes; la prescripción racional también significa favorecer los medicamentos más baratos y eficaces, etc. A pesar de ello, aún no se ha conseguido un control del gas-

to farmacéutico, ni del gasto sanitario en su conjunto, del que el farmacéutico es sólo una parte.

Patrones de morbilidad, envejecimiento de la población, tecnología nueva y diferente, u otros motivos que inciden en la demanda (concienciación del usuario, percepción de su estado de salud, cambiante interés por su propio cuerpo e imagen, etc.), también pueden explicar el crecimiento del gasto sanitario y farmacéutico. El problema del elevado consumo farmacéutico no es exclusivo de España; en Italia, Reino Unido y Alemania los incrementos son también fuertes (por ejemplo, en torno o superando el 10% interanual, en 2001) (Eurostat: *Health Statistics*, 2002). También aumenta el consumo de medicamentos sin prescripción en toda la UE; según el Eurobarómetro de 1996, el 13% de los europeos declararon haber consumido medicinas sin prescripción médica en las dos últimas semanas anteriores a la encuesta, más las mujeres que los varones (15,2% frente a 10,7%), y los españoles encabezaban la lista con un 19,0%, es decir, los mayores autoconsumidores de medicamentos.

El consumo de medicamentos aumenta con la edad y las mujeres consumen más que los varones, prácticamente a todas las edades (Tabla 2.44; Gráfico 2.31). En la infancia y adolescencia (con ligero mayor consumo masculino), tres de cada diez personas ha consumido algún medicamento en las dos últimas semanas anteriores al momento en que fueron entrevistadas (ENS 2003). En las edades adultas jóvenes (25-34 años), la mujer aumenta notablemente y es donde se presentan las mayores diferencias, posiblemente asociado al período de fecundidad. A partir de la edad madura (45-50 años), el consumo crece hasta alcanzar proporciones muy elevadas entre las personas muy mayores (75 y más años), entre las que el 91,5% se han medicado en el período de referencia, es decir, casi 2,7 millones de personas, muchos de los cuales toman productos farmacéuticos a diario.

El gasto por grupo de edad refleja lo ya afirmado de forma reiterada: el crecimiento por edad. En recetas médicas las cifras crecen ostensiblemente a partir de los 50 años (Gráfico 2.32), pero sobre todo existe un crecimiento notable entre las mujeres de edad. Los varones tienen un mayor gasto sanitario hospitalario,



mientras que las mujeres parecen visitar más los centros de salud y reciben más prescripciones de medicamentos, por lo que su gasto per cápita en recetas médicas es superior.

De la ENS de 2001 puede conocerse los principales consumos de medicamentos por la población en las dos últimas semanas (Tabla 2.45). Uno de cada cinco mayores ha tomado medicamentos para el dolor y la fiebre (el resto de la población también consume en porcentajes considerables). Destaca también el consumo de fármacos para la tensión (37,4% de los mayores), medicación que suele ser habitual y permanente; en el conjunto de la población es el segundo tipo de medicación en importancia, y junto con las medicinas para patologías del corazón y regulación del colesterol, es donde existe mayor diferencia entre los mayores y el resto de la población.

Por lo general, los mayores suelen consumir los medicamentos aconsejados y recetados por un médico. Esto puede deberse a una mayor disciplina en la dispensación de las medicinas, o bien a la gratuidad de las recetas que le permiten acceso a una amplia gama de productos. Donde mayor consumo hay de medicamentos sin receta es en medicinas para el catarro, gripe, laxantes y aportes vitamínicos; para antibióticos, patologías del corazón, problemas de tensión y reuma, la población (de cualquier edad) suele acudir al médico para ser diagnosticado y recetado.

La estructura del gasto según grupos anatómicos-terapéuticos y colectivos no varía mucho de un año a otro. Lamentablemente no se han publicado datos desagregados de los «Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud», que hacía el Instituto Nacional de Salud. Ahora sólo se dispone del resumen de facturación de recetas médicas (ver Tabla 2.43), por lo que es imposible conocer la estructura y naturaleza del gasto. A falta de datos recientes, se presentan los del año 2000.

Los principales medicamentos consumidos en España (en coste para el sistema nacional de salud) están indicados para problemas del aparato cardiovascular (21% del total del consumo), con 235 mil millones de pesetas (1.413 millones de euros), de los que un 82,1% corresponden a pensionistas. Le sigue en importancia general, y

también entre pensionistas, los fármacos para el sistema nervioso central (que ha escalado posiciones en el ranking de gasto), y después los medicamentos para dolencias y enfermedades del aparato digestivo y metabolismo (Tabla 2.46; Gráfico 2.33).

La tabla 2.47 presenta el consumo farmacéutico de efectos y accesorios y refleja uno de los problemas de salud, generalmente silenciado en las encuestas: la incontinencia. El 97,5% de todos los absorbentes de incontinencia urinaria (32.375 millones de pesetas) son utilizados por el grupo de pensionistas.

Como se adivina en estas tablas, la mayor parte de la factura farmacéutica pública es consumida por los pensionistas: 77,4% de todo el gasto, que ascendía a 1.1 billones de pesetas (6.787 millones de euros), siendo un modelo similar de gasto el de todas las comunidades autónomas (2000) (Tabla 2.48; Gráfico 2.34). A la mayor propensión para padecer enfermedades se añade una tendencia a la multimedicación y una frecuente cronicidad. En 1997, según la Encuesta Nacional de Salud, un 79,2% de personas de 65 y más años había consumido medicamentos en las dos semanas anteriores a la entrevista; como se ha dicho más arriba, en 2003, las cifras han aumentado: el 86,4% de los mayores de 65-74 años han consumido en las dos semanas anteriores, y llegan al 91,5% a partir de 75 años. El consumo por parte de la mujer es superior al de varones. Además del problema general de la multimedicación, existe un consumo inapropiado (automedicación no responsable), con el riesgo de una dependencia respecto a algunos preparados, no siempre conveniente.

Tras esta breve comparación sobre consumo farmacéutico es comprensible que la cifra de gasto medio de una persona de edad sea muy superior al del resto de la población. Nueve veces más es el gasto por persona protegida pensionista, sin que existan grandes variaciones entre comunidades (Tabla 2.49).

## 2.4. MORTALIDAD

Las defunciones en España siguen siendo fundamentalmente de personas mayores. En 2001



fallecieron 295.475 personas de edad, el 82,1% de todos los fallecidos (360.131 defunciones) (Tabla 2.50). Respecto a nuestro informe anterior, referido a datos de 1999, aumenta la proporción (ligeramente) de mayores en el cómputo de todas las defunciones, y baja el número de fallecidos y la tasa: en 1999 fallecieron diez mil mayores más que en 2001, y la tasa (que relaciona el número de fallecidos de una determinada edad respecto a la población de esa edad) pasó de 45,1 por mil a 42,9 por mil en 2001. Ocho de cada diez entierros tienen a una persona mayor como protagonista; en 1910, no llegaban a tres de cada diez, siendo entonces el mayor protagonista el de la mortalidad infantil.

La proporción de octogenarios entre los fallecidos sigue progresando, reflejando, como se ha comentado más arriba, una mayor homogeneización del proceso de muerte, del patrón de edad en el momento de fallecer: cada vez se muere más tarde, por lo que se concentran en las edades más elevadas.

El número de centenarios fallecidos supera la media de todos los muertos que tienen entre 40-49 años. En veinte años, entre 1980 y 2001, la media de personas fallecidas con 40-49 años se ha mantenido en torno a 1.100 por año; sin embargo, las muertes entre centenarios (468 en 1980) casi se han cuadruplicado en 2001 (1.819 defunciones). Es un indicador del retraso de la mortalidad y de las características de los fallecidos.

El patrón de mortalidad por edad y sexo presenta una distribución algo disimétrica: los varones empiezan a morir antes y las mujeres más tardíamente (Gráfico 2.35). Las tasas de mortalidad aumentan con la edad (Tabla 2.50; Gráfico 2.36). Para el conjunto de la población española la tasa de mortalidad en 2001 era de 8,9 fallecidos por cada mil personas, que se sitúa entre las más bajas de la UE, junto con las de Italia, Grecia y Francia. Las tasas entre varones (9,5 por mil) superan a la de mujeres (8,2 por mil). Lo mismo sucede entre las personas de edad, con tasas de 49,5 y 38,1 por mil para varones y mujeres respectivamente (42,9 por mil entre todos los mayores). A los 65-69 años las tasas están situadas en 13,7 por mil y suben progresivamente, pero existe un salto importante a partir de los 85 años, algo más tardío entre las mujeres. A los 85-

89 años, 149 varones de cada mil fallecen (112 mujeres), hasta llegar a 342 entre los de 95 y más años (312 mujeres).

Cualquier comentario sobre crecimiento de las defunciones y retraso del patrón de mortalidad es complementario de lo ya dicho en el epígrafe 2.1 sobre esperanza de vida y supervivencia. El gráfico 2.37 refleja ese descenso de la mortalidad en todas las edades, especialmente en torno a los 80 años que es donde más vida se está ganando a la muerte en los últimos años, comparando 2001 y 1986.

El estado civil de los fallecidos permite conocer otra característica de las defunciones, intuir las circunstancias del fallecimiento y las diferencias por edad y sexo (Tablas 2.51, 2.52 y 2.53; Gráfico 2.38). Varones y mujeres no casados (viudos) o que no lo estuvieron nunca (solteros) presentan mayores tasas de mortalidad a todas las edades en que son comparables. Las cifras de viudos en edades jóvenes son muy bajas, el número de defunciones también, pero las tasas son elevadas. Las tasas aumentan con la edad en todas las categorías según estado civil, más entre los solteros y viudos, seguidas de los casados y separados/divorciados.

Entre las personas de edad, ocupan el primer orden de mortalidad los varones viudos (99,4 fallecidos por mil varones viudos de ese grupo), en orden decreciente siguen los varones solteros, seguidos de las mujeres viudas y solteras; después, las tasas más bajas se encuentran entre los varones casados, los separados, las mujeres casadas y las separadas, que presentan las tasas más bajas de mortalidad de todos los grupos considerados.

Esas diferencias nos ilustran sobre las condiciones de vida y, sobre todo, de los papeles de unos y otros en el hogar y la familia. Las personas casadas es posible que tengan hábitos y comportamientos algo más saludables en general que incidan en sus mejores tasas de mortalidad. La viudez se suele asociar con peores hábitos, y menos regulares, como en el caso de varones. Una mayor mortalidad entre los solteros a estas edades podría quizá también explicarse por hábitos desarrollados, circunstancias de convivencia o una mayor fragilidad (razones



de salud podría explicar en parte su soltería) u otros motivos y, por tanto, mayor riesgo de mortalidad. Otros factores determinantes de las diferencias de mortalidad están relacionados con el nivel cultural y educativo alcanzado (más baja mortalidad cuanto más altos sean aquéllos) y motivos socioeconómicos (estatus social e ingresos) que actúan de la misma forma.

De los 143.828 varones de edad que fallecieron en 2001, casi siete de cada diez estaban casados en el momento de la muerte. En cambio, casi siete de cada diez mujeres estaban viudas en ese trance (99.432 viudas sobre 151.647 fallecidas). Aunque es un indicador bruto sobre la forma o circunstancias de la muerte, parece claro que los varones tienen más probabilidad de morir acompañados que las mujeres.

*Causas de mortalidad.*— Nueve de cada diez fallecidos por enfermedades del aparato circulatorio tienen 65 o más años. La principal causa de muerte entre los mayores siguen siendo las enfermedades del aparato circulatorio (enfermedad cerebrovascular, 34.037 defunciones; infarto agudo de miocardio, 20.365; insuficiencia cardiaca, 17.787; otras enfermedades del corazón, 13.665; otras enfermedades isquémicas del corazón, 13.008; enfermedades hipertensivas, 4.959; aterosclerosis, 3.855; y otras) (Tablas 2.54, 2.55 y 2.56). Los principales riesgos de enfermedad y muerte por enfermedades del aparato circulatorio tienen que ver con la hipertensión arterial, colesterol alto, hábitos no saludables, dieta con exceso de grasas y obesidad.

En la UE son también la principal causa de muerte y afectan de la misma forma: nueve de cada diez fallecimientos ocurren después de los 65 años. Existe una diferenciación espacial entre las regiones septentrionales (con mayor mortalidad por causa circulatoria en general) y las meridionales (Portugal, España, Francia, Italia y Grecia), aunque en accidentes cerebrovasculares las diferencias no son tan acusadas, e incluso en algunas regiones del sur las tasas son más elevadas.

Más de un tercio de todas las muertes se producen por enfermedades del aparato circulatorio. La enfermedad cerebrovascular es la más importante de todo el grupo; también destaca el

hecho de una mayor mortalidad femenina dentro de este tipo. No sucede por regla general en ningún otro epígrafe de la lista de causas, excepto obviamente en las específicas femeninas (cáncer de mama, útero, ovarios, etc.).

Se ha observado una mejoría (y un retraso) en el patrón por edad en los últimos años (352 muertos por 100.000 habitantes en 1986, a 306 en 2001; por ejemplo, entre 80-84 años se ha pasado de 4.850 a 2.684 en el mismo período y relación) (Tabla 2.57; Gráfico 2.39).

El cáncer es la segunda causa de mortalidad en España para la población en general y para las personas de edad. Sin embargo, esta causa está menos concentrada en las edades superiores: siete de cada diez fallecidos por cáncer tenía 65 o más años (nueve de cada diez en la mortalidad por la primera causa, la enfermedad circulatoria).

Muchos factores genéticos o del medio que rodea a los individuos pueden explicar el riesgo de desarrollar la enfermedad y causar la muerte: historia familiar, anomalías cromosómicas, hábitos no saludables (tabaquismo, alcohol, dieta inadecuada), o exposición a agentes químicos nocivos. Importantes recursos sanitarios se invierten cada año en su lucha, y la inversión en investigación en este campo es notable. Según un estudio de la Agencia Internacional para la investigación sobre el cáncer, es posible que uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres hayan desarrollado un cáncer en los primeros 75 años de su vida (Eurostat: *Health Statistics*, 2002).

Entre todas las defunciones por esta causa, 72.077 mayores fallecieron por diferentes tipos de tumores, destacando entre todos el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, que afecta a varones en proporción casi de diez a uno respecto de fallecimientos de mujeres por esta causa (11.127 varones fallecidos frente a 1.255 mujeres, de 65 y más años).

Este tipo de cáncer, también conocido como el cáncer de los fumadores, está estrechamente relacionado con el consumo de tabaco, hábito muy desarrollado entre varones de todas las edades (fumadores y ex fumadores), poco entendido entre mujeres de edad. Es un cáncer con



elevada mortalidad antes de alcanzar los 65 años. Por otra parte, la experiencia de lo que sucede en otros países puede servir como previsión de lo que sucederá en España. En los países nórdicos la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres es destacable, debido a su mayor consumo de tabaco, hábito ya muy extendido entre las mujeres españolas de edad intermedia y joven, que pueden seguir similar patrón de mortalidad en edades intermedias y avanzadas en un futuro próximo.

El cáncer de colon provocó 7.460 muertes entre los mayores en 2001 (más entre varones que en mujeres); está también asociado a dietas alimenticias con exceso de consumo de grasa, proteínas, carnes y alcohol; por el contrario, se reconoce que alimentos con fibra son beneficiosos en la evitación de esta patología y su mortalidad asociada.

El cáncer de próstata provocó 5.309 fallecidos en los varones de edad y el de mama 3.624 defunciones en las mujeres mayores. Éste es el tipo de cáncer más importante entre las mujeres de edad, por encima del de colon y de estómago, y es la principal causa de muerte de las mujeres entre 55-64 años; entre las de 65-74 baja al cuarto lugar y al noveno entre las de 75-84 (ver Tabla 2.7 del Informe 2002). El de próstata está muy relacionado con la edad; de hecho 94 de cada cien muertos por esta causa son personas de edad y 50% de todos los fallecidos tienen 80 o más años (España se encuentra entre los países de la UE con tasas más bajas). Sin embargo, el cáncer de mama presenta una distribución a lo largo de las edades: el 61,1% de las muertes ocurre en mujeres de 65 y más años, y sólo el 25,3% de las fallecidas por esta causa tiene 80 o más años; entre los factores de riesgo de esta enfermedad y muerte suelen citarse los hormonales y también el exceso en consumo de grasa y factores genéticos.

La muerte por cáncer ha seguido creciendo en los últimos diez años en ambos sexos, en especial el cáncer de pulmón en varones a todas las edades, pero también entre las mujeres de menos edad. Por debajo del umbral de los 65 años llama la atención el crecimiento entre las mujeres de 35-44 años, y porcentajes de crecimiento también altos entre los grupos de 45-65

y 65-74 años. Los cambios en la mortalidad por cáncer de pulmón (y esófago y bronquios) advierten del contagio de hábitos no saludables (tabaquismo) hasta hace poco sólo extendido entre varones. El tabaquismo se relaciona como causa del cáncer de pulmón, oral, de faringe, laringe y esófago, enfermedades pulmonares obstructivas, cardiopatías isquémicas y otras enfermedades cardiovasculares.

Destaca por su importancia creciente las defunciones por causa de enfermedades mentales y del sistema nervioso, aunque la tercera y cuarta causa de mortalidad entre los mayores (y en el conjunto de la población) sigan siendo las enfermedades respiratorias y las digestivas. En el grupo de enfermedades mentales se incluyen trastornos seniles y preseniles y en el grupo de enfermedades del sistema nervioso la enfermedad de Alzheimer. Ambas enfermedades son las más importantes dentro de sus respectivos grupos, es decir, los principales tipos de demencias. No sólo son causa de mortalidad sino una de las más importantes causas de discapacidad entre los mayores, con una progresión en tasas muy destacada.

Estas causas de mortalidad están relacionadas casi exclusivamente con los mayores. Prácticamente todos los fallecidos por trastornos orgánicos seniles y preseniles tenían 65 o más años, y el 98,5% de las defunciones por Alzheimer. En quince años (entre 1986 y 2001) estas muertes se han multiplicado por tres (en tasa) y en proporciones más elevadas entre la población muy mayor; a partir de los 85 años, 86 personas de cada 100.000 morían por causas de tipo nervioso (el Alzheimer entonces no estaba desglosado a efectos estadísticos), y ahora lo hacen 548 personas (2001); los cambios en las enfermedades clasificadas como mentales también se han multiplicado por cuatro en este tiempo y en ese grupo de edad (ver Tabla 2.57).

La demencia en cualquiera de sus formas, pero sobre todo la que afecta a personas de edad, es un declive en las habilidades mentales que progresa lentamente, en el que se deteriora la memoria, la inteligencia, el juicio y se modifica la personalidad. En un estudio realizado por Alzheimer Europa (2000), cuyos datos deben ser tratados con precaución, se estimaba una tasa



de prevalencia de 12,4 por mil afectados (población de 30-99 años) para España, cifra inferior a la media europea, lo que equivalía a una estimación de 488.956 personas afectadas por la enfermedad. En otro estudio, España aparece con Dinamarca y Finlandia con la prevalencia más alta de Europa (citado en Eurostat: *Health Statistics, 2002*).

La diabetes es una enfermedad crónica causada por una deficiencia (heredada o adquirida) en la producción de insulina del páncreas, lo que origina un exceso de glucosa en sangre que puede dañar diferentes sistemas del cuerpo (problemas de riñón, retinopatías, corazón, etc.). La mortalidad por diabetes sigue aumentando y España tiene una tasa de prevalencia de la enfermedad ligeramente por encima de la UE. En 2001, 8.895 personas de 65 y más años fallecieron por esta causa, el 92,8% de todos los fallecidos por diabetes, es decir, es otra enfermedad que causa mortalidad y aumenta con la edad; las mujeres tienen tasas más elevadas que los varones.

Las enfermedades osteomusculares, desórdenes del sistema musculoesquelético, suelen ser la primera causa de dolor y discapacidad entre los mayores, las que provocan el mayor número de problemas, muchos de ellos leves o moderados, pero algunos también graves y que al final conducen a la muerte. En este grupo se incluyen la osteoporosis, inflamaciones (artritis), artrosis, etc. La osteoporosis y fractura patológica es la principal causa de muerte dentro de este grupo de enfermedades y se incrementa según avanza la edad; además, se diferencia notablemente por sexo. El 99,9% de los fallecidos por esta causa tenían 65 o más años (2.072 personas en 2001), y sobre todo se concentra en edades muy elevadas: 88,4% tenían 80 o más años. La mortalidad femenina duplica ampliamente la masculina.

Por causas externas de mortalidad, la distribución de casos se equilibra entre todas las edades, más que en las causas hasta ahora comentadas; «sólo» 35 de cada cien fallecidos tenían 65 y más años. El motivo de esta distribución reside en la alta mortalidad por diferentes tipos de accidentes (tráfico o actos violentos) en las edades jóvenes y adultas, que afectan sobre todo a

varones. Las caídas accidentales se concentran más en edades avanzadas y sobre todo en mujeres (Gráfico 2.40).

La muerte por suicidio o lesiones autoinfligidas aumenta con la edad, en proporciones siempre superiores entre los varones, cuyas tasas exceden a las de mujeres varias veces (Gráfico 2.41). Este patrón se viene repitiendo desde hace años con dos pequeñas variaciones (respecto a la referencia de 1986): un descenso de las tasas en todas las edades, pero un ligero repunte del número de fallecidos en los grupos de más edad (85 y más años). Aunque las cifras no permiten conocer las causas que conducen al suicidio y a esta mejoría en los últimos años, parece observarse que una mayor longevidad de las cohortes lo retrasa y aminora, gracias a mejores estados de salud o bien a un mantenimiento de la estabilidad del hogar durante más tiempo (ambos cónyuges vivos más tiempo).

*Mortalidad evitable.*— Tras décadas de descensos generalizados de la mortalidad general hasta niveles de ocho fallecidos por mil habitantes (7,7 por mil en 1980, la más baja de la historia), la mortalidad se mueve en torno a nueve fallecidos por cada mil habitantes, como en los últimos años, o los 8,9 en 2001, año considerado en las tabulaciones (9,2 en 2003, cifra provisional). Es difícil encontrar tasas más bajas en el mundo de forma continuada; por ello, España se sitúa entre los países con mayor esperanza de vida.

Pero existe una mortalidad evitable, la que es sensible a la prevención primaria o a los cuidados médicos, la que se podría haber evitado si la enfermedad hubiese sido prevenida o hubiese respondido a un tratamiento; para su cálculo se propone el análisis de la mortalidad causada por diferentes tipos de enfermedades. Es un indicador aproximado. Éste refleja proporciones mucho más elevadas de muertes evitables entre los varones, 6,8 fallecimientos de cada cien serían evitables, sensibles a prevención primaria, es decir, enfermedades del tipo cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de tráfico, que como se ha dicho, afectan más a los varones (Tabla 2.58). Esta mortalidad evitable manifiesta una relación estrecha con riesgos de comportamiento y hábitos no saludables (tabaquismo, alcoholismo, conductas violentas).



Como muerte evitable por cuidados médicos se toma la provocada por enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores. En este caso, las diferencias entre varones y mujeres son muy escasas, dada la elevada mortalidad de éstas por enfermedades del sistema circulatorio.

Estos indicadores de mortalidad prematura son muy útiles para evaluar las políticas preventivas y los programas sanitarios de prevención y tratamiento de enfermedades. Se observa en los últimos años una mejoría en los sistemas de prevención y de intervención médicas, con mayor evitación de muertes sensibles a los tratamientos médicos. Como resumen de este indicador se presentan los años potenciales de vida perdidos por estas muertes evitables o prematuras, es decir, las ocurridas antes de los 70 años. Cada vez se pierden menos años, pues se ha retrasado la mortalidad hacia los escalones altos de la pirámide de edades, y la ganancia ha sido mayor entre los varones, cuyas cohortes aun así pierden por mortalidad prematura más del doble de años que las mujeres.

## 2.5. INDICADORES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

*Dotación hospitalaria.*— La dotación hospitalaria, nacional o autonómica, está estrechamente ligada al gasto sanitario total, y no sólo por el número de hospitales y plazas, sino también por los procedimientos y terapias que desarrollan y la forma de llevarlos a cabo (intensidad, extensión, tipos de hospital, fragmentación de servicios, definición de sus áreas sanitarias). Incluso, por la forma de definir un hospital, que básicamente se define como un establecimiento encargado de servicios médicos, de diagnóstico y tratamiento para pacientes internos y servicios de acomodación; también provee servicios externos; en algunos países se requiere un tamaño mínimo para ser considerado hospital. Por eso, las comparaciones entre estados y dentro del mismo, entre hospitales y comunidades autónomas presentan dificultades estadísticas.

Los cambios que se producen en la atención hospitalaria precisarían de indicadores más detallados. Por ejemplo, en las estructuras hospitalarias, en la expansión de los hospitales de día o de

cirugía de día, como alternativas a la dificultad de hospitalización o por avance de la tecnología que permite que el paciente regrese a casa tras intervención. Estos cambios determinados por el avance técnico (por ejemplo, podrían requerir menos camas pero más quirófanos), son cambios realmente profundos en la estructura hospitalaria. Otro motivo de cambios en la operativa es el creciente número de pacientes de edad, que obliga muchas veces a programas y coordinación de equipos multidisciplinares o de actuación desde diferentes especialidades médicas. Otros factores de los cambios en el sistema y funcionamiento hospitalarios están en relación con los hábitos de conducta de la población y sus demandas. Dificultades para mostrar estadísticas comparativas también se refieren a la transferencia de competencias a las autoridades sanitarias autonómicas y a la forma en que manejan los presupuestos.

En general, en España y otros países de la UE, ha habido un descenso del número de camas hospitalarias por habitante (incluyendo las psiquiátricas) en los últimos lustros. España tiene 3,7 camas por mil habitantes (2000), indicador más bajo que la media europea, similar a las del Reino Unido y algo más alta que Suecia. El Ministerio de Sanidad y Consumo mantiene su catálogo nacional de hospitales, consultable en línea electrónica ([www.msc.es](http://www.msc.es)).

Según dependencia jurídica los establecimientos pueden ser públicos (donde se incluyen los del Sistema Nacional de Salud, Defensa, de las comunidades autónomas o ayuntamientos y otros) y no públicos (Cruz Roja, Iglesia, privados y otros). De acuerdo a la dependencia hay en España 783 centros hospitalarios, de los que 308 son públicos y dentro de éstos, 200 pertenecen al Sistema Nacional de Salud (Tabla 2.59); además, 25 son de comunidades autónomas, 26 de diputaciones o cabildos. La mayor parte de los hospitales son privados no benéficos (320), otros 132 son privados benéficos (Cruz Roja, 9; Iglesia, 59) y otras fundaciones, 64). La cifra de camas hospitalarias se presenta en la tabla 2.60 con la misma clasificación de dependencia.

Los indicadores básicos de los centros hospitalarios según dependencia (jurídica o funcional) resumen serias diferencias dependiendo del tipo de hospital (Tabla 2.61), aunque no tan acusadas



entre comunidades autónomas (Tabla 2.62). La mayor parte de las camas corresponde a hospitales públicos (2,5 de las 3,7 por mil habitantes) y sobre todo a las del Sistema Nacional de Salud; dos de cada tres camas hospitalarias son públicas. También es notablemente superior el número de estancias causadas por mil habitantes: 728 en los públicos y 349,9 en los no públicos. Los hospitales públicos son además de mayor tamaño medio, con 347,1 camas de media, y los del Sistema Nacional de Salud aún más grandes (435,2 camas); los privados se caracterizan por su reducido tamaño medio (116 camas). El porcentaje de ocupación en todos los casos es alto, con casi el 80% de todas las camas de hospitales españoles permanentemente ocupadas.

Las variaciones son también notables entre hospitales según la finalidad de los mismos (ver Tabla 2.60); según ésta pueden ser: generales, especiales de corta estancia (incluye los quirúrgicos, infantiles, maternos y otros), especiales de larga estancia (incluye geriátricos, crónicos y otros) y psiquiátricos. Los generales suelen ser más grandes (272,8 camas de capacidad media) y más camas en funcionamiento por mil habitantes (2,8 de las 3,7 totales que existen); los especiales de corta estancia aportan 0,2 camas por mil al indicador total y los de larga 0,3 por mil habitantes. La ocupación es alta y destaca el 90,5% de los hospitales psiquiátricos.

La relación entre categorías de personal sanitario por camas en funcionamiento permite apreciar claras diferencias entre hospitales según la finalidad de los mismos (Tabla 2.63). Las categorías de personal son: sanitario (médicos, cirujanos, especialistas varios, otros titulados superiores, personal de enfermería, ayudantes y auxiliares sanitarios, técnicos, ATS, matronas, etc.) y no sanitario (dirección, administrativos, asistentes sociales y otros titulados).

El indicador de número de médicos es muy superior en los hospitales generales (43,3 por 100 camas), seguidos de cerca por los hospitales de corta estancia y ya a mucha distancia el resto, 5,4 en los de larga estancia o 4,4 en los psiquiátricos (2000). La finalidad de los establecimientos es decisiva para explicar estos ratios. Con la categoría de personal de enfermería sucede lo mismo (y siempre en proporciones que duplican

al menos el número de médicos): 86,6 por cada 100 camas en los generales y sólo 8,5 en los psiquiátricos. Los ayudantes sanitarios se redistribuyen de otra forma y los indicadores en los de larga estancia son más altos. En el personal no sanitario las relaciones también están contrastadas: 86 personas por 100 camas en los generales y 26 en los geriátricos o 23,3 en los psiquiátricos.

Las diferencias son incluso más notables cuando se considera la dependencia orgánica o jurídica del centro. Los hospitales públicos están mejor dotados de todo tipo de personal que los no públicos, y dentro de aquéllos destacan por mejores ratios los del Sistema Nacional de Salud. Hay 2,8 veces más médicos en los públicos, 2,8 veces más personal de enfermería; también más personal no sanitario (el doble aproximadamente). Entre los no públicos destacan por su notable baja relación de personal por camas en funcionamiento los que dependen de la Iglesia.

La mayoría de los hospitales no tienen unidades específicas de Geriátrica. Según un estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Tabla 2.64), del total de hospitales considerados (798 en ese estudio), 216 son hospitales de 100 o más camas (es decir, de tamaño medio y grande), y es la muestra sobre la que se realizó el estudio. En 146 hospitales de esos 216 medianos y grandes, no existe unidad y asistencia geriátrica ni tienen cobertura geriátrica; es decir en dos de cada tres hospitales existe este déficit. En 76 existe asistencia con algún tipo de recurso específico para el paciente de edad hospitalizado por enfermedad aguda, en 21 (10% de los hospitales considerados) la asistencia es más completa (es decir, evaluación, tratamiento y seguimiento dentro de una unidad geriátrica especializada de agudos), y en 49 (22%) la asistencia es incompleta (posibilidad de realización de evaluación geriátrica integral; hay diferentes modelos con equipos multidisciplinares funcionales, y otros hospitales sin unidad propia pero tienen unidad geriátrica de agudos en un hospital de «apoyo»). La clasificación de la asistencia completa o incompleta ha sido realizada mediante encuesta a los propios hospitales.

*Valoración del sistema sanitario.*— En general, los mayores están bastante satisfechos con el sistema sanitario, según el último Barómetro sa-



nitario de 2002. El 36,6% (41,3% en 2001) opina que funciona bastante bien; sólo un 15,7% (19% en 2001) de la población de menos de 65 años opina lo mismo (Tabla 2.65). Un 41,5% de los mayores cree que funciona bien pero necesita cambios, una proporción algo más elevada que en el año anterior, y sólo una porción más pequeña cree que esos cambios deben ser fundamentales (17,3%, también más alto que el año anterior) o está la sanidad tan mal que necesitaríamos rehacerla (3,0%). La población de menos de 65 años cree que se necesitan cambios (47,2%) o bien cambios fundamentales (26,4%).

La valoración global del sistema sanitario por parte del conjunto de la población es positiva, con un grado de satisfacción alto. Dentro de una escala de 1 a 10, la media es de 6,0, nota mayor entre las personas de edad que en el resto de la población. Prácticamente uno de cada cinco mayores considera muy satisfecho (puntuación de 9 y 10) de la forma en que el sistema sanitario público funciona en España; sólo un 5,6% del resto de la población da puntuaciones tan altas. Dicho de otra forma, la mitad de los mayores puntúan su satisfacción con el funcionamiento del sistema por encima de 8 sobre 10, y no llega al 17,3% los que dan 8 o más puntos entre el resto de la población (Tabla 2.66)

El «descubrimiento» de la protección sanitaria pública (y en especial de la atención primaria) es la característica más destacable de la relación entre los mayores y la atención sanitaria. Ese descubrimiento significa, por una parte, una mayor utilización de las prestaciones, y por otro una valoración bastante o muy satisfactoria de equipamiento, personal, etc.

Los mayores utilizan habitualmente los servicios sanitarios públicos. Según la ENS 2001, un 91,9% acudió en su última visita a un médico de la Seguridad Social, 3,7% al de una sociedad médica y 3,2% a uno privado, en proporciones similares a la encuesta nacional de salud de 1997, pero con un ligero aumento de la visita a médicos privados (Tabla 2.67). Los mayores pertenecen o son titulares/beneficiarios básicamente del sistema de Seguridad Social (96,8%), además 3,4% tienen un sistema Muface o similar y un 1,3% tienen un seguro privado de enfermedad. El resto de la población también pertenece

básicamente al sistema público y un 11,3% declara tener un seguro privado (Barómetro sanitario, 2002).

La accesibilidad a los servicios sanitarios es alta; la mitad de los encuestados afirma que éstos se encuentran situados «bastante cerca» de su domicilio, como consecuencia de una oferta general a escala territorial. Se aprecia, por otro lado, que tanto el tiempo de acceso como el de espera en consulta se están reduciendo en los últimos años ligeramente. Actualmente, el 23,9% de los mayores dice que tardan menos de diez minutos en llegar a su consulta (31,8% en el resto de población) y un 42,0% declara que tarda entre 10-19 minutos (Tabla 2.68) (véase el capítulo 7.2 del Informe 2000 y las cifras del Informe 2002, capítulo 2.5). La demora en ser atendido ya dentro de centro también es baja: 30,8% dicen que menos de quince minutos, en porcentajes similares el resto de la población. Es decir, la accesibilidad al centro médico y el tiempo de espera para ser recibido son bastantes satisfactorios.

Los mayores van más a centros públicos de atención primaria que a privados, como el resto de la población, aunque en porcentajes muy superiores: un 92,6% dice acudir o que acudiría a un centro público en el caso de tener que utilizar un servicio sanitario, y el 85,3% en el resto de población (Tabla 2.69). Para asistencia especializada existe un mayor reparto entre las opciones públicas, privadas o ambas; pero sigue preponderado para toda la población la utilización de servicios públicos, pero es mayor por parte de la población de menos de 65 años; los mayores, en proporciones de 83,4% acuden o acudirían a una asistencia especializada pública y un 8,3 a una privada.

Ingreso en hospital y utilización de las urgencias sigue el mismo patrón que la consulta de atención primaria: más del 92% de los mayores prefieren el sistema público; el resto de la población también prefiere más el sistema público, en proporciones más altas incluso que en la atención primaria.

En contraste con la medicina familiar o de primera asistencia, los mayores (como el resto de la población) acuden algo más a centros y



médicos privados cuando se trata de la asistencia especializada, aunque los centros públicos siguen recibiendo la mayor parte de las visitas. Entre la población en general cambia más ese patrón hacia lo privado cuando se trata de ginecología, urología, traumatología u oftalmología, en mayor contraste que en las otras especialidades. Donde claramente se prefiere el sistema público es en cardiología.

Las especialidades a las que acuden los mayores con más frecuencia están en relación obvia con las enfermedades diagnosticadas (problemas de huesos, articulaciones, cardiología, etc.). Como ya se ha apuntado antes, las causas de muerte no coinciden exactamente con las enfermedades padecidas y que generan más atención sanitaria. Enfermedades del sistema circulatorio y tumores son las primeras causas de muerte entre los mayores; sin embargo, la relación entre las enfermedades padecidas (diagnosticadas o declaradas) y las visitas a los especialistas adecuados (o al sistema sanitario en general), vuelve a plantear el tema permanente de debate: las enfermedades que causan más discapacidad, dependencia, demanda de asistencia, y carga familiar no son letales y proceden muchas veces de problemas osteomusculares, que no están entre las primeras causas de muerte.

El grado de satisfacción con las consultas de medicina general suele ser más alto entre personas mayores que el resto de la población, como se ha dicho. Valoran con mayor puntuación prácticamente todos los aspectos: trato recibido, confianza y seguridad, horarios, etc. Quizá lo que más valoren los mayores sea la comodidad (distancia) y el trato dispensado (trato personal, confianza y seguridad que transmite el médico) (Tabla 2.70).

También es llamativo la serie de rasgos que valoran más positivamente en las consultas de medicina general de la asistencia sanitaria pública. Más que habilidades técnicas o equipamientos, los mayores se encuentran muy satisfechos del trato recibido por parte del personal sanitario (58,8% valoran el trato recibido por encima de 8 sobre 10, es decir bastante o totalmente satisfactorio), a bastante distancia del resto de la población, entre los que el 42,5% da similares puntuaciones. Muy pocos españoles «suspenden» el sistema sanitario en ninguno de sus aspectos.

El trato recibido y la confianza y seguridad que transmite el médico son las cualidades más apreciadas en la asistencia a los mayores. Le sigue en importancia otro rasgo que relaciona con la comodidad y la seguridad: la cercanía de los centros. Este detalle de dotación sanitaria es también muy valorado por el resto de la población y es, por tanto, la única característica en la que coincide toda la población española, pues en el resto de aspectos valorados existe siempre una gran diferencia entre uno y otro grupo de edad. Por ejemplo, la mitad (48,5%) de los mayores considera bastante o muy satisfactoria la calidad de la atención en general (puntuaciones de 8 o más sobre 10), y sólo un 30,0% del resto de población hasta 64 años; diferencias de más de diez puntos porcentuales se encuentran en otros criterios de valoración.

En línea con esta tendencia de los mayores a valorar muy positivamente las circunstancias que rodean el acto médico, dan su peor puntuación a los trámites que han de seguir para visitar a un especialista y sobre todo al tiempo de espera hasta entrar en consulta.