

# Longevidad y estado de salud

ANTONIO ABELLÁN  
CSIC

## 2.1. Esperanza de vida y longevidad

### La mayoría de los españoles alcanzará los 65 años

La mayoría de los españoles recién nacidos celebrará su 65 cumpleaños. A principio de siglo xx sólo un 26% llegaba a viejo; en las condiciones de mortalidad actuales, de 100 nacidos 86 alcanzarán la vejez (gráfico 2.1).

Hace cuatro décadas las cohortes ganaban años de vida 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, envejeciendo más a los más viejos.

La esperanza de vida al nacer (o vida media) ha crecido considerablemente en el siglo xx, pasando de 33,9 y 35,7 años en 1900 para varones y mujeres, respectivamente, a 74,7 y 81,9 en 1997, sólo superada la de mujeres por Francia y Suecia en la Unión Europea, además de Japón, Suiza y Canadá en el resto del

mundo. La diferencia de esperanza entre mujer y varón se ha acentuado a lo largo del siglo, pero se espera una estabilización en torno a 7,7 años entre ambos sexos (gráfico 2.2).

### Persiste una sobremortalidad masculina que aumenta la diferencia de la esperanza de vida entre varones y mujeres

Al alcanzar el umbral de los 65 años, la esperanza de vida se sitúa en 16,1 y 20,0 años adicionales para varones y mujeres, respectivamente, siendo también de las más altas del mundo, en el caso de mujeres. La diferencia en años en la esperanza de vida entre varones y mujeres se ha venido acentuando por una sobremortalidad masculina. Es una tendencia que se ha suavizado en los últimos años y se espera que la diferencia se estabilice en los próximos lustros como paso previo a una disminución (gráfico 2.3).

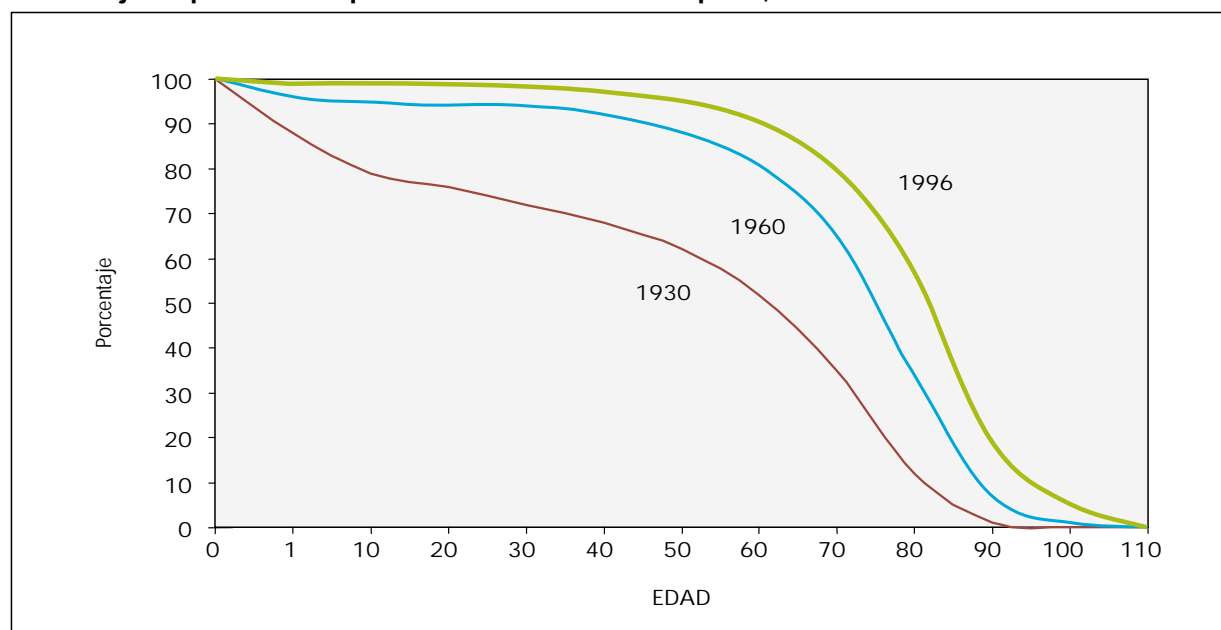
## 2.2. Mortalidad

### La tasa de mortalidad sigue descendiendo en estas edades y es mayor entre los varones

Ocho de cada diez personas que fallecen en España son mayores, menos de tres a principio de siglo, con un cambio evidente de imagen en asuntos de herencia, papeles sociales y sentimientos ante la muerte. Cada año fallecen en España unos 300.000 personas de edad, de los que más de 1.500 son centenarios (INE, *Movimiento natural de la población*).

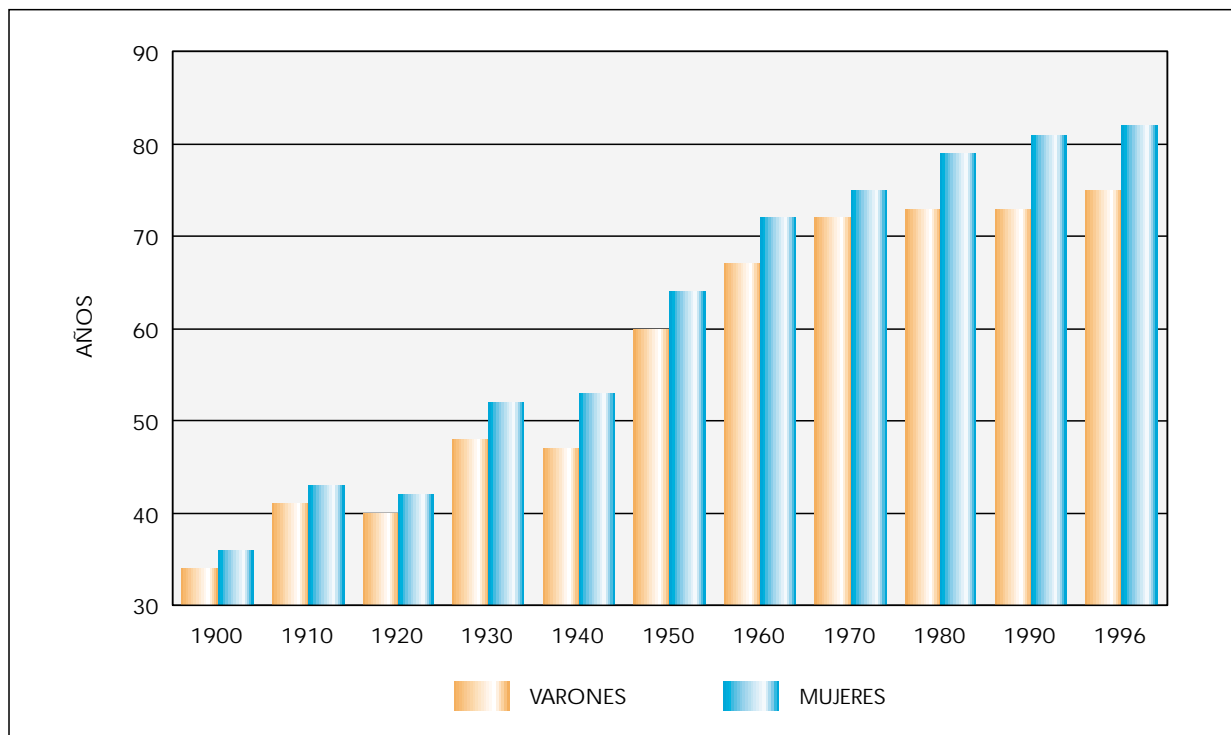
Varones y mujeres no casados o que no lo estuvieron nunca tienen mayor riesgo de vivir en soledad, de caer en dependencia y mayor probabilidad de muerte. Las mayores tasas de mortalidad se dan entre los varones viudos, seguidos de los solteros, mujeres solteras, viudas y varones divorciados.

**Gráfico 2.1**  
Porcentaje de población superviviente a cada edad. España, 1930-1996



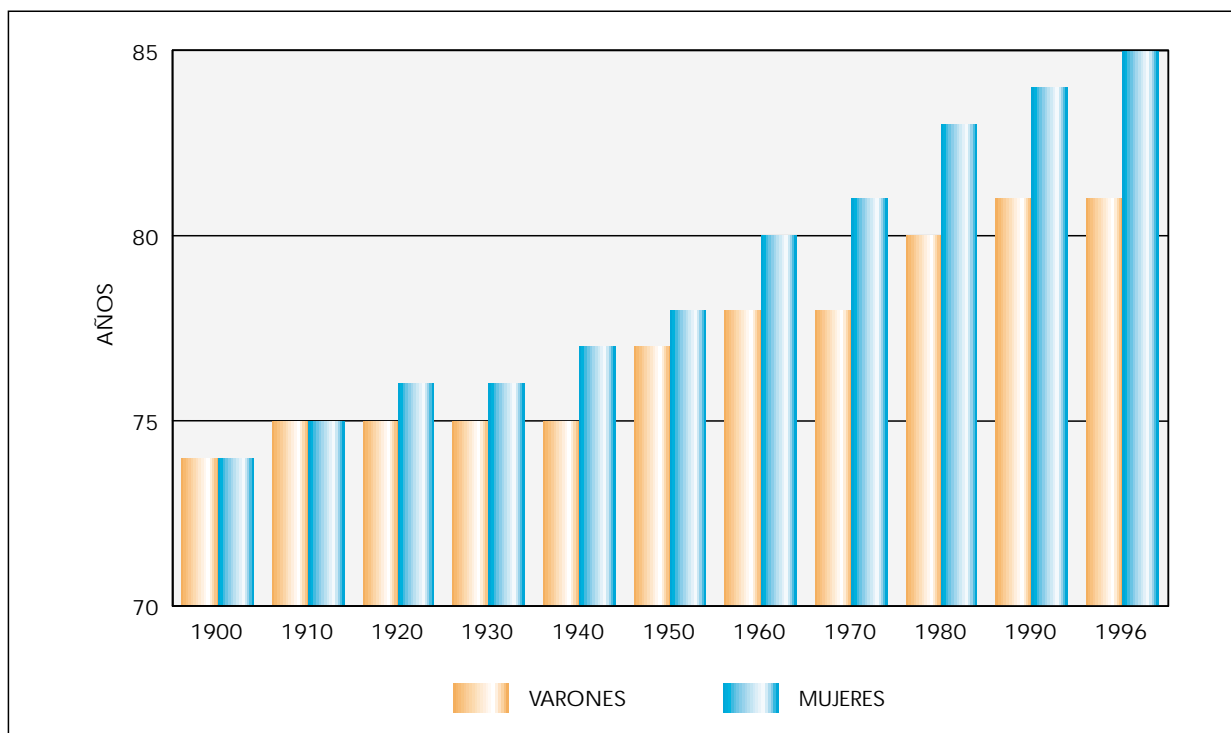
Fuente: INE, Tablas de mortalidad.

**Gráfico 2.2**  
Esperanza de vida al nacer, varones y mujeres. 1900-1996



Fuente: INE, Tablas de mortalidad.

**Gráfico 2.3**  
Esperanza de vida a los 65 años, varones y mujeres. 1900-1996



Fuentes: EUROSTAT, Estadísticas demográficas, 1997.  
INE, Tablas de mortalidad.

La tasa de mortalidad por edad sigue descendiendo entre los mayores, mientras que a su vez aumenta la tasa de morbilidad hospitalaria, por lo que existe la posibilidad de un crecimiento de la población de edad en situación de fragilidad, con en-

fermedades crónicas y degenerativas viviendo más tiempo.

Enfermedades circulatorias, tumores, respiratorias y mentales/nerviosas son, por este orden, las causas más importantes de muerte. Hace cincuenta años el orden

era: circulatorias, respiratorias e infecciosas. Se puede hablar de una clara transición epidemiológica, con pérdida de importancia de las enfermedades infecciosas y avance de las degenerativas (gráfico 2.4).

### Enfermedades circulatorias son la principal causa de muerte

Los trastornos de tipo degenerativo aumentan. Las mayores tasas de mortalidad corresponden a causas por enfermedades del aparato circulatorio (18,6 por mil), con un patrón de mortalidad por edad que se ha retrasado hacia edades más avanzadas. El 93% de los fallecidos por enfermedad cerebrovascular (infarto cerebral, etc.) son personas de edad y el 97% de los fallecidos por enfermedades mentales. Las enfermedades circulatorias son, además, la principal causa de hospitalización de los mayores, el doble que la siguiente causa (problemas respiratorios y digestivos); le sigue a continuación los tumores.

La mortalidad por cáncer de bronquios y pulmón es doce veces superior entre los varones mayores, como corresponde a hábitos y estilos de vida menos saludables (tabaquismo) a lo largo de su vida. En cambio, en el futuro puede modificarse (incluso invertirse) esta tasa: entre 25-34 años hay actualmente más mujeres fumadoras que varones (gráfico 2.5).

### Las enfermedades mentales ganan protagonismo como causa de muerte

Entre otras enfermedades discapacitantes y que son causa de muerte, destacan las osteomusculares, que aumentan en todas las edades en fuerte proporción y su mortalidad se retrasa bastante a edades superiores. Pero destacan sobre todo las enfermedades mentales, co-

mo causa de muerte, que se han quintuplicado en las edades más avanzadas (85 y más años) en los últimos doce años, y el patrón de mortalidad se ha retrasado notablemente. Lo mismo sucede con las enfermedades del sistema nervioso. Los tumores siguen aumentando ligeramente (INE, *Defunciones según la causa de muerte; Encuesta de morbilidad hospitalaria*)

La prevención sanitaria y los cuidados terapéuticos dan sus frutos. Estos indicadores de calidad (de muerte evitable) mejoran cada año. Aún así, el 7,3% de las defunciones de varones son sensibles a la prevención primaria, en la que la intervención sanitaria preventiva puede reducir su incidencia. En consonancia con esta mejora, el número de años potenciales de vida perdidos (entre 1-70 años) desciende paulatinamente.

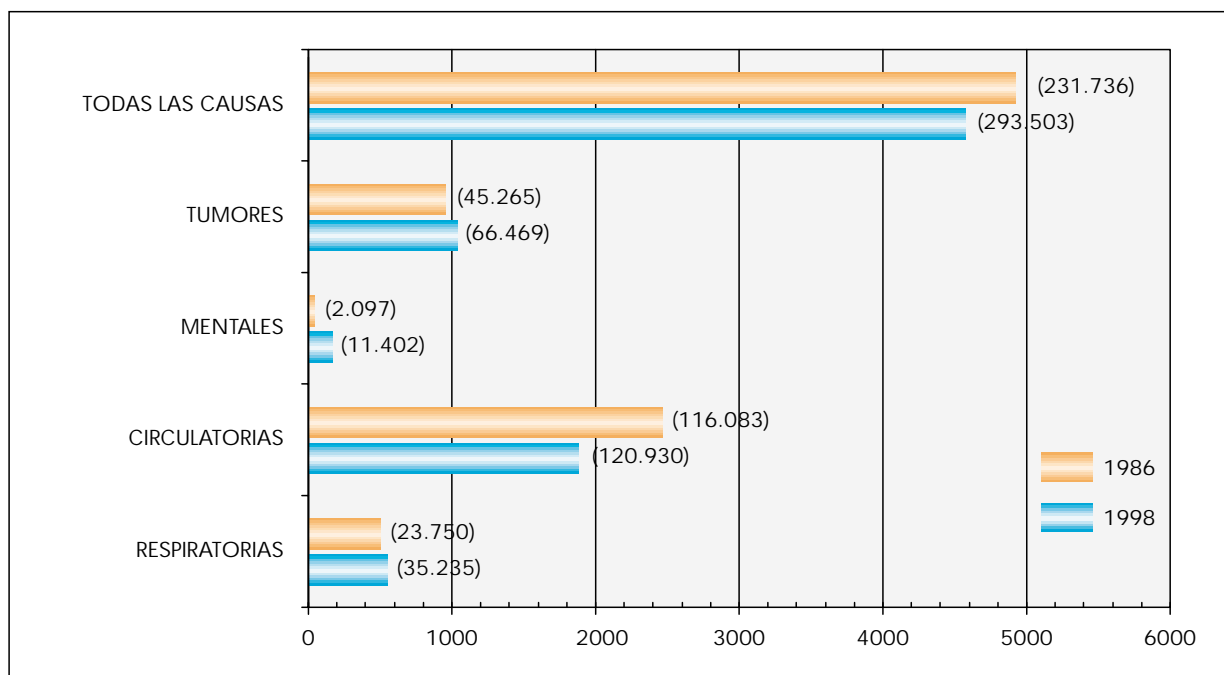
## 2.3. Estilos de vida

### Los varones presentan hábitos de tabaco y alcohol menos saludables que las mujeres

El hábito de fumar se empieza a adquirir desde una edad muy temprana, los 16 años. En general, casi la mitad de la población adulta española es no fumadora. 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 (MSC, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años).

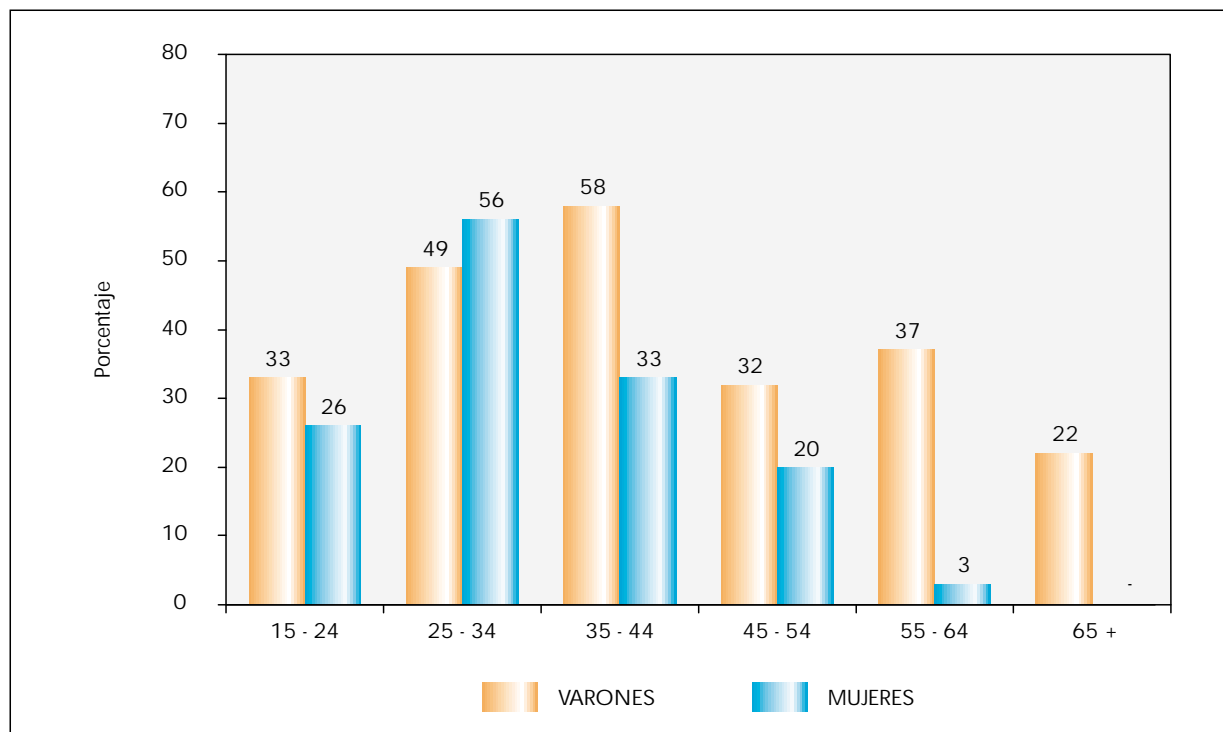
La población de edad es menos consumidora de alcohol que el resto de los grupos. El 70% nunca suele consumir cerveza, sólo un tercio consume vino casi todos los días. Las mujeres apenas tienen hábitos de con-

**Gráfico 2.4**  
**Principales causas de muerte entre los mayores, 1986-1998**



Nota: Entre paréntesis, cifras absolutas. Tasa por 100.000.  
Fuente: INE, *Defunciones según la causa de muerte*, 1998.

**Gráfico 2.5**  
**Población que fuma diariamente por sexo y edad (%). España, 1995**



Fuente: EUROSTAT, *Eurostat yearbook*, 2001 edition; Eurobarometer 43.0.

sumo de alcohol. Como sucede con el tabaco, la tendencia de consumo de alcohol es decreciente ya que dos tercios consumen actualmente menos que antes.

El descenso en la proporción de consumo de alcohol y tabaco entre los mayores puede deberse a una respuesta lógica ante situaciones de fragilidad o enfermedad crónica (con tratamiento farmacológico incompatible), también a disminución de ingresos en el hogar y no sólo al seguimiento de pautas saludables.

### **Sobrepeso y sedentarismo afectan en mayor proporción a las personas de edad**

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). Entre 65-74 años, tres cuartas partes de la población tienen un índice superior a 25 (kg/m<sup>2</sup>) (sobrepeso).

La población española habitualmente realiza una actividad física suave, de carácter rutinario y para la satisfacción de necesidades básicas como hacer compras o ir a pasear (en torno al 70%). 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 (10%), los más jóvenes (18%) en relación con los mayores (sólo el 3%) 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 (MSC, *Encuesta nacional de salud*, 1997).

## 2.4. Morbilidad y estado de salud

### **Las mujeres perciben peor su estado de salud. Los mayores ocupan casi la mitad de las estancias hospitalarias**

La percepción negativa del estado de salud es más determinante de sufrir riesgo de dependencia que el hecho de padecer una o varias enfermedades. Uno de cada cinco mayores percibe su salud como mala o muy mala, en contraste acusado con el resto de la población, si bien la mayor parte de las personas de edad consideran buena su salud (40%, aproximadamente, según las últimas encuestas nacionales de salud). Las mujeres suelen percibir peor su salud que los varones; no se ha podido determinar qué parte de esa diferencia es debida propiamente al género, a los ingresos (más bajos entre las mujeres de edad), a la viudez y soledad (más alta entre las mujeres) o al nivel de instrucción (bastante más bajo entre mujeres de edad). Se espera que el futuro nivel de instrucción de las mujeres de edad sea similar, o incluso superior, a la media de varones, de acuerdo a las actuales tasas de población femenina escolarizada en enseñanza media y superior.

Más enfermos crónicos viviendo más tiempo. Con la edad se produce un deterioro de la salud, un aumento de las enfermedades padecidas y un mayor recurso a la asistencia hospitalaria. Las enfermedades que más dependencia motivan no son fatales, sino que se cronifican. Más de un 60% de los mayores confiesa padecer alguna enfermedad crónica diagnosticada por el médico, y una proporción más elevada entre el sexo femenino (MSC, *Encuesta nacional de salud*, 1997).

La mayor carga familiar la generan las enfermedades mentales y neurodegenerativas, además de las cardiovasculares, oncológicas y osteoarticulares. La tecnología médica ha conseguido que estas causas no sean

mortales en el corto plazo, ha conseguido alargar la vida sin restaurar muchas veces su funcionamiento; esto genera situaciones de fragilidad y dependencia. Empieza a ser importante la consideración de las consecuencias no fatales de las enfermedades.

El 34,7% (1998) de los ingresados en hospitales son personas de edad, en un proceso creciente (1991: 25,8%). También ocupan el 48,9% de todas las estancias en hospitales, en mayor proporción cuanto mayor es la edad y también con una evolución creciente. El 77% de los ingresados por enfermedades cerebrovasculares son personas de edad. En general, los ingresos siguen un patrón similar a las causas de muerte y superan en porcentaje al resto de los grupos de edad en enfermedades circulatorias, respiratorias y tumores (gráfico 2.6) (INE, *Encuesta de morbilidad hospitalaria*, 1998).

El 30% de los mayores declaran que dolencias de articulaciones y musculares (artrosis, reuma, dolor de espalda, lumbago) les han limitado su actividad en el último año considerado; le siguen en importancia las dolencias de tipo circulatorio y enfermedades del corazón y los traumatismos (luxaciones y fracturas) (MSC, *Encuesta nacional de salud*, 1997).

## 2.5. Utilización de servicios sanitarios

### **Los mayores tienen cobertura sanitaria universal y gratuita y son los principales consumidores de medicamentos**

La población española acude más a consulta médica, al menos desde que se mide a través de las encuestas nacionales de salud. En su conjunto, la mayor parte de los usuarios son personas mayores (uno de cada cuatro) y mujeres (casi tres de cada diez), que además de estar fuera del mercado laboral, suelen manifestar un estado de salud peor y ser, por lo tanto, mayores demandantes de atención.

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: en el primero, el porcentaje de personas que han tardado menos de diez minutos en acceder a consulta médica entre 1993 y 1997 ha pasado del 30% al 32,6%; en el segundo, referido a la espera inferior a quince minutos, se ha pasado del 28% a casi el 35%.

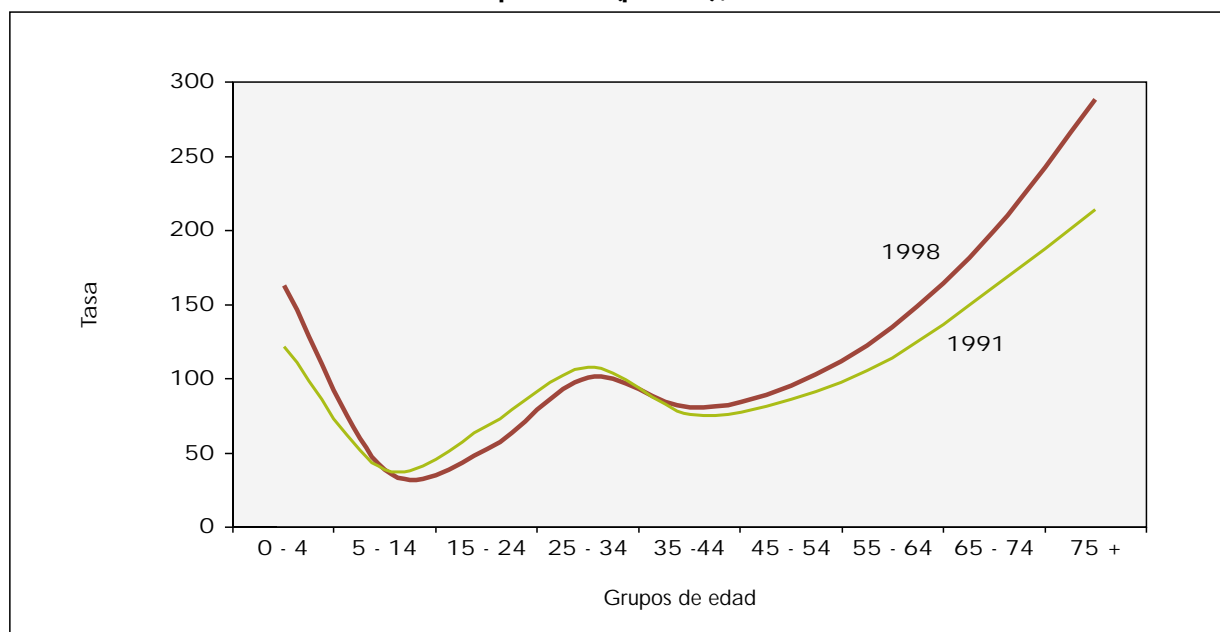
Como consecuencia de una oferta sanitaria general, pública y gratuita, la población española está dentro del sistema público de cobertura sanitaria (99,7%), la Seguridad Social, mientras algo más de un 10% tiene, además, algún sistema de aseguramiento privado. La generalización de la cobertura pública y el afianzamiento del seguro privado se ha ido produciendo en los últimos años (MSC, *Encuesta nacional de salud*, 1997).

Los hospitales presentan un alto grado de ocupación, en torno al 76-78%, y aumenta el índice de rotación (enfermos dados de alta respecto a camas en funcionamiento). El tamaño medio de un hospital se sitúa en las doscientas camas. El personal sanitario crece en número; también aumenta la proporción de mujeres en un proceso de «feminización» de la profesión sanitaria (INE, *Estadística de indicadores hospitalarios*, 1994).

### **Satisfacción y confianza ante la utilización de los servicios sanitarios públicos**

Los mayores utilizan habitualmente los servicios sanitarios públicos. Según la Encuesta Nacional de Salud (1997), un 92,6% acudió en su última visita a un médico de la Seguridad Social, 4,3% al de una sociedad médica y 2,6% a uno privado.

**Gráfico 2.6**  
**Evolución de la tasa de morbilidad hospitalaria (por mil), 1991-1998**



Fuente: INE, Encuesta de morbilidad hospitalaria, 1998. Altas hospitalarias.

El motivo principal de utilización de un centro sanitario público (consulta u hospitalización) es la confianza en la calidad ofrecida, porque es lo más barato, por disponibilidad de aparatos y equipamientos y la fácil accesibilidad a los servicios.

El grado de satisfacción con las consultas de medicina general suele ser más alto entre personas mayores que el resto de la población. 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).

La mayor parte de la factura farmacéutica pública es consumida por los pensionistas: 77,4% de todo el gasto, que asciende a 6.787 millones de euros, siendo un modelo similar de gasto el de todas las comunidades autónomas (2000). 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. El consumo por parte de la mujer es superior al de los 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.

Los principales medicamentos consumidos en España están indicados para problemas del aparato cardiovascular (21% del total del consumo), con 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 (Insalud, *Indicadores de la prestación farmacéutica en el sistema nacional de salud*, 2000).

## 2.6. Dependencia y cuidados

### 2.6.1. Dependencia y sus determinantes

**La dependencia aumenta con la edad. Los principales riesgos de caer en dependencia: ser mujer, viuda y con bajos ingresos**

La necesidad de ayuda de una tercera persona para la realización de actividades cotidianas se sitúa entre un 12% de los mayores (dependencia moderada y grave) y un 26% (incluyendo la leve). Las mujeres, las personas de más edad y las viudas tienen un mayor riesgo de caer en dependencia. A partir de los 75 años, casi la mitad de la población tiene problemas para algunas actividades diarias (básicas o instrumentales), y para uno de cada cinco son graves (MSC, *Encuesta Nacional de Salud*, 1997).

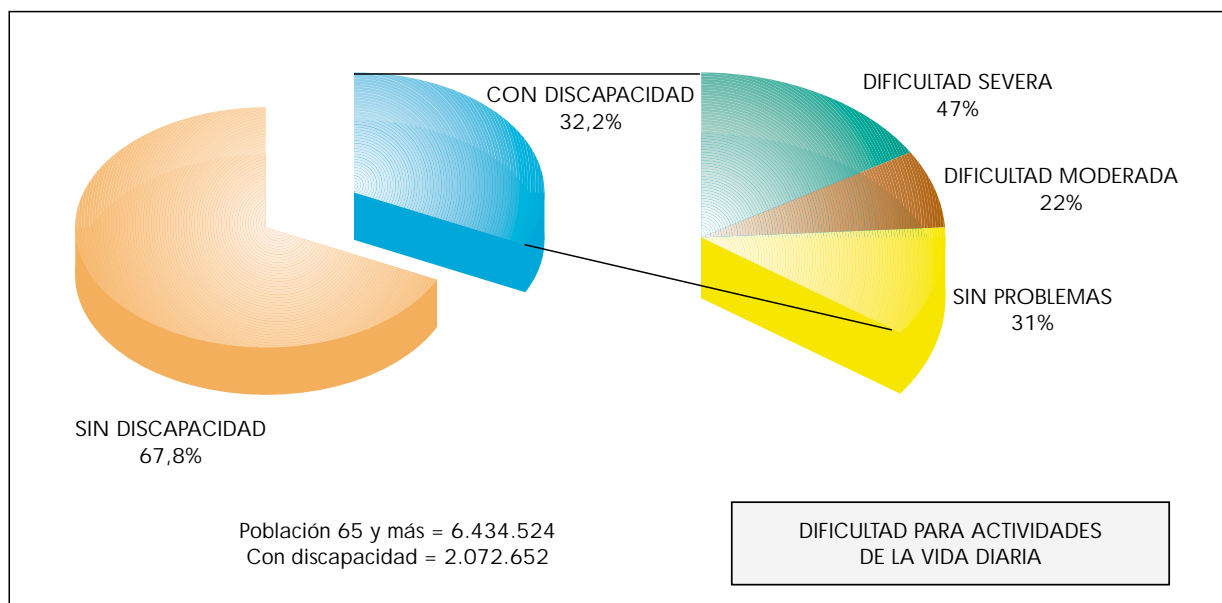
Recientemente, se han dado a conocer los datos de la última «Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud» (INE, 1999), que sigue la terminología de la Clasificación internacional de discapacidades (OMS): el 32,2% de las personas de edad tienen alguna discapacidad (2.072.652); de ellos, casi el 70% tienen dificultades para realizar actividades de la vida diaria; y en el 68% de estos casos (967.713 personas), esa dificultad es grave (gráfico 2.7).

La edad media en que se inicia la dependencia y la necesidad de ayuda se sitúa en los 72 años, siendo también más elevada entre viudos que entre solteros y casados. La razón es sobre todo biológica: los viudos tienen más edad media que solteros y casados.

**Los cambios sociales auguran un futuro con mayor demanda de servicios formales**

Nivel de instrucción, ingresos y estatus social bajos son también determinantes de padecer situaciones de dependencia. Casi dos de cada tres analfabetos tienen

**Gráfico 2.7**  
**Personas de 65 y más años con discapacidades, 1999**



Fuente: INE, Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. Madrid, 2001, Avance de resultados.

problemas para alguna actividad de la vida diaria. En el futuro, la situación en cuanto al nivel de instrucción será bien diferente: las mujeres habrán alcanzado niveles superiores incluso a los varones, por lo que se espera que haya un cambio profundo en el modelo de cuidados, ahora basado principalmente en la mujer cuidadora, y una mayor presión sobre los sistemas formales (administraciones públicas y servicios provistos por el mercado).

### 2.6.2. Respuesta a las situaciones de dependencia

#### La ayuda informal (familiar) sigue siendo el modelo principal de ayuda a los dependientes

El modelo habitual de respuesta a las situaciones de dependencia en España es la ayuda informal: nueve de cada diez casos. A pesar de la falta de datos adecuados, puede afirmarse que la oferta de asistencia formal en España no es ampliamente conocida y presenta una escasa utilización por parte de quien la precisa.

Perfil general del cuidador. En España, un 21% de la población ayuda habitualmente a personas de edad necesitadas de cuidados o atenciones especiales. Se trata ante todo de mujer en edad adulta (40-64 años), en doble proporción que en el resto de edades. La comparación de edades medias entre cuidador y ayudado se sitúa en algo menos de 30 años; es decir, es la segunda generación, la de los hijos ya adultos, que a su vez ya tienen sus propios hijos, la que cuida de sus padres. Debido al aumento de la longevidad entre los mayores, empieza a ser habitual el caso de personas de edad que son cuidadoras de otros mayores, generalmente sus padres octogenarios y nonagenarios.

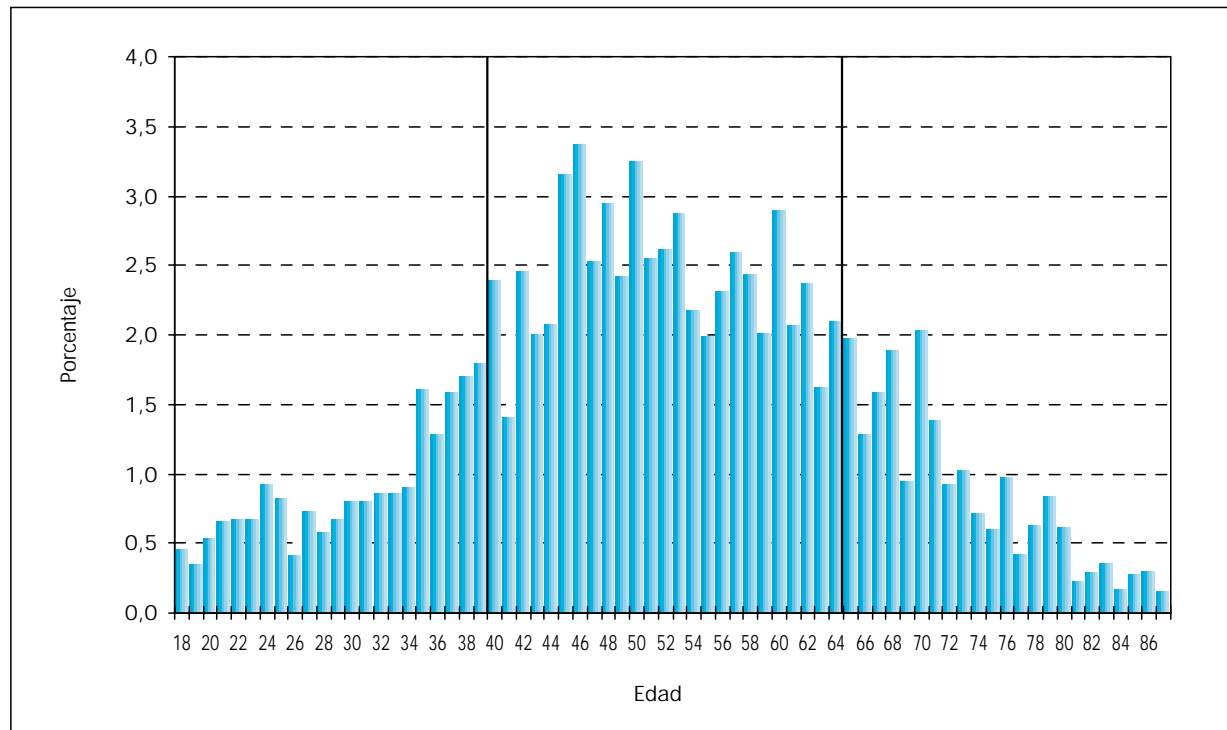
### Presión sobre las mujeres de la generación sándwich

La participación de las mujeres de edad intermedia (40-64 años) en el mercado de trabajo se ha triplicado, pasando de 14,0% en 1970 a 43,3% en 2001. Las mujeres que están trabajando en los quince años previos a su jubilación (50-64 años) han pasado del 13,9% al 30,6%, en el mismo período de tiempo. Esa mujer de edad intermedia empieza a tener presión de cuidados por arriba (sus padres) y mantiene aún hijos en el hogar, cuya emancipación se ha retrasado. En general, la mujer cuida de los dependientes en una proporción hasta cuatro veces superior a los varones (gráfico 2.8).

La mayor parte de la ayuda tiene la característica de presentarse como única, es decir, no compartida con otros tipos de servicio. Esto es particularmente cierto en el caso de mujeres cuidadoras. La confianza en los cuidadores informales (familia o amigos) puede ser tan grande que llega a ser excluyente de otros tipos de ayuda: sólo confían en sus cuidados. Por lo general, los cuidadores no piensan en la institucionalización del anciano, salvo casos extremos; tampoco aceptan fácilmente la ayuda de entidades y organizaciones para asistencia a domicilio o en la comunidad, porque creen que ellos se bastan y de lo contrario tendrían sentimiento de culpa. Por un sentimiento ético social, aceptan el «sacrificio» total que significa el cuidado intensivo directo y renuncian a servicios pagados u ofrecidos por entidades públicas; en el caso de cuidadores de personas con demencia, temen que la ayuda formal no sea la apropiada y trastornen más a la persona. Este modelo está en proceso de transformación rápida debido a una incorporación masiva de mujeres al mercado de trabajo y a las mejoras de la prestación de servicios de asistencia.

En el epígrafe 5.1.2 se detallan otros indicadores sociales (familia).

**Gráfico 2.8**  
Distribución de cuidadores según edad, 1994



Fuente: CIS, *Ayuda informal*, Estudio 2117, 1994.

