



30 M^a Luisa Mateu Gil
M^a Luisa Panisello Chavarria
M^a Amaia Lasaga Heriz
Encarna Bonfill Accensi

Profesoras. Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad Rovira i Virgili, Campus Terres de l'Ebre Profesoras.

Correspondencia:

M^a Luisa Mateu Gil
Escuela Universitaria de Enfermería
Universidad Rovira i Virgili, Campus Terres de l'Ebre
C/ Esplanetes 14, 43500-Tortosa (Tarragona)
Tfno.: 977 51 91 45
Fax: 977 51 92 98
E-mail: marialuisa.mateu@urv.cat

Desigualdades sociales en la salud
de las personas mayores

37

*Social inequality in elderly people
health*

RESUMEN

El término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas. El origen de la desigualdad hay que buscarlo en los procesos sociales y no en las causas naturales o sobrenaturales.

El objetivo del trabajo es demostrar que las desigualdades sociales en salud no sólo persisten, sino que se incrementan con la vejez.

Para ello, se ha revisado bibliografía sobre la pobreza, la feminización, la soledad y las discapacidades en las personas mayores y su repercusión sobre la salud.

PALABRAS CLAVE

Desigualdad social, vejez, salud, pobreza, discapacidad, soledad.

SUMMARY

Inequality refers to the differences in matter of health that are unnecessary, avoidable and unjust.

The origin of inequality has to be searched in social processes, not in natural and supernatural causes.

The objective of our work is to demonstrate that social inequality in health not only persists during old age but increases.

Bibliography about poverty, feminity, solitude, disability in old people has been reviewed to know their effects on health.

KEY WORDS

Social inequalities, old age, health, poverty, disability, solitude, loneliness.

**DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD
DE LAS PERSONAS MAYORES**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término desigualdad se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

Asimismo, el concepto de desigualdad hace referencia a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia (1).

El estudio de las desigualdades sociales en salud pone de manifiesto la relación entre los factores sociales y la salud: en las personas de clase social más privilegiada se percibe mejor salud y menor mortalidad que en las personas de clases sociales más desfavorecidas (2).

Desde el punto de vista de la estructura social, el concepto de desigualdad social nos remite a las diferentes maneras que tienen las personas de acceder a los recursos; y su estudio es fundamental por tres motivos:

- Porque el acceso a los recursos está relacionado con las condiciones de vida de la gente (salud, hábitat, alimentación...); disponer o no de recursos puede condicionar la integración en la sociedad.
- El análisis de la desigualdad es importante por la relación que hay entre los recursos y el poder. Tener un cierto grado de poder es fundamental para defender los propios intereses.
- Porque, desde un acceso desigual a los recursos y al poder, se pueden generar dinámicas de identificación colectiva que tengan su base en condiciones de vida similares. Por tanto, la desigualdad está en la base de la red de relaciones sociales que constituyen la estructura social.

El origen de la desigualdad hay que buscarlo en los procesos sociales y no en las causas naturales o sobrenaturales. Si se estudian los mecanismos de funcionamiento de

nuestra sociedad, se pueden descubrir los procesos sociales que generan la desigualdad social (3).

Hay numerosos trabajos realizados que tratan sobre este tema: el informe *Black Report*, con su publicación en Gran Bretaña a principios de los años 80, supuso un hecho de primera magnitud y un punto de inflexión en la historia moderna del estudio de las desigualdades en salud.

El estudio pone de manifiesto, entre otras cuestiones, que hay claras diferencias en las tasas de mortalidad de las clases sociales, para ambos sexos y todas las edades.

Existen desigualdades en el uso de los servicios sanitarios, en particular, y de forma preocupante en los servicios preventivos.

Nos dice “desde nuestro punto de vista, la mayor parte de las desigualdades sociales en salud pueden explicarse adecuadamente a partir de las características específicas del medio socioeconómico”.

Los estudios realizados por Borrell *et al.* en la ciudad de Barcelona han puesto de manifiesto las desigualdades sociales en la salud que hay en esta ciudad.

A principios de los años 80, Durán, a partir de una encuesta realizada en el ámbito estatal puso en evidencia gran cantidad de desigualdades sobre diversos aspectos relacionados con la salud: el conocimiento, las actitudes y los hábitos relacionados con la salud, el acceso a la alimentación, el hábitat, el trabajo o la educación, la cobertura sanitaria y la eficacia en la utilización del sistema sanitario, la atención no institucional de la salud o el nivel de salud percibida.

Una investigación realizada por CIREs en 1990, supuso un gradiente en la percepción del estado de salud según tres indicadores socioeconómicos: la renta mensual familiar, el nivel educativo y la clase social subjetiva.

En las conclusiones del estudio de desigualdades sociales en salud en España, realizado por Vicente Navarro, Joan Benach *et al.*, publicado en 1996, se subraya que en relación con el estado de salud percibido, se observa como el porcentaje de hombres y mujeres con salud deficiente aumenta en la medida que disminuye la clase social de los individuos, en concreto, la desigualdad aumenta con la edad.

En las conclusiones y recomendaciones realizadas por la comisión del estudio podemos afirmar que la mayor parte de las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud coinciden en resaltar que son las causas socioeconómicas y políticas de carácter estructural las que mejor explican las desigualdades existentes (4).

Es evidente que los recursos sanitarios son limitados, pero cuestionar, por razones de edad los beneficiarios de un tratamiento, puede ser objeto de discriminación. En las decisiones sanitarias ha de prevalecer siempre el criterio del máximo beneficio para la persona, sea cual sea su edad (5).

El objetivo del trabajo es demostrar que las desigualdades sociales en salud no sólo persisten sino que se incrementan con la vejez.

Para ello, analizaremos a continuación sobre la pobreza en las personas mayores y su repercusión sobre la salud, la feminización de la vejez, la soledad y las discapacidades.

POBREZA

Cada día hay más conciencia social sobre esta problemática, si hace dos décadas eran pocos los que querían hablar de esta situación, hoy nos encontramos ante un renovado interés por el tema de la pobreza y la exclusión social de las personas mayores y su salud.

Al lado de un progreso económico de buena parte de la sociedad, observamos una pobreza no siempre ligada al hecho de pasar hambre, sino a la dinámica económica, y social de las sociedades más ricas.

Los elementos que pueden ayudar a entender esta problemática social y su repercusión, a lo largo de los años, en las personas mayores y su salud en todos los ámbitos son: un mercado de trabajo en el cual persiste el paro, la precariedad de la ocupación y los bajos salarios, los cambios en las formas tradicionales de la familia, los precios de la vivienda y las nuevas formas de inmigración. Hay que tenerlo presente para poder entender esta problemática sin obviar el papel que hacen o deberían hacer las políticas públicas para resolver este tema.

También podemos subrayar el papel de las políticas públicas para solucionar el problema. Si los años ochenta se caracterizaron por un incremento del gasto social, debido a las reformas en el sistema de pensiones y a la universalización de la sanidad durante los años noventa hubo un descenso importante de la acción pública en el ámbito social, que afectó a un colectivo determinado, personas mayores de 65 años, con una acumulación de carencias que incidieron directamente en su calidad de vida.

Diferentes estudios demuestran que el grupo de edad con mayor riesgo de pobreza es el de las personas mayores, según el Estudio de desigualdades sociales en salud a Cataluña 2002, de la Fundación Jaume Bofill, el grupo de edad de 65 años o más presenta un porcentaje de pobreza del 33%.

Las personas de edad avanzada y pobres son más sensibles a estados de salud precarios. Sus condiciones de vida son menos saludables y disponen de menos recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas (contaminación ambiental, dieta equilibrada, compra de medicamentos...): se puede afirmar que las clases sociales más desfavorecidas viven en hogares de menor calidad y peores características y servicios.

El estado de salud, los pocos recursos económicos y el envejecimiento son tres elementos que se retroalimentan y son un impedimento para poder salir de la situación de pobreza (6-7).

La escasez de recursos económicos limita muchas veces las posibilidades que tienen para afrontar y superar sus limitaciones.

El déficit de recursos económicos unido a pocos recursos sociales conduce a situaciones de aislamiento y so-



32 ledad que se traduce en una demanda de protección y ayuda para superar situaciones que van más allá de un proceso patológico concreto.

FEMINIZACIÓN

Una de las realidades demográficas más claras sobre la población mayor en el estado español y en el resto del mundo, especialmente en los países desarrollados, es que las mujeres son mayoritarias. Las mujeres viven más tiempo que los hombres prácticamente en todo el mundo. La esperanza de vida es de 78 años para los hombres y 83 años para las mujeres.

Las mujeres tienen, respecto a los hombres más posibilidades de llegar a la vejez, período en el cual las discapacidades y los problemas de salud son más frecuentes. En los países más desarrollados las mujeres mayores de 80 años son más del doble que los hombres.

A causa de la esperanza de vida más alta de las mujeres el número de viudas supera de manera espectacular al de viudos en todos los países.

Las mujeres, por tanto tienen que afrontar en mayor proporción que los hombres, el trauma de la viudedad y pocos recursos económicos, situación que en ocasiones se prolonga durante décadas. Esto comporta un estado de soledad que unido a una salud precaria degrada su calidad de vida (8).

SOLEDAD

Los porcentajes de personas mayores que viven solas era del 12,6% en 1998 llegando al 15% en el 2002. Por lo tanto, podemos afirmar que 1.050.000 personas mayores de 65 años viven solas en España. Por sexos, el 75% son mujeres y solamente el 25% son hombres. La mitad supera los 75 años y el 25% tiene más de 80 años.

Para comprender lo que representa la soledad para las personas mayores, hay que distinguir entre soledad de tipo objetivo y de tipo subjetivo. La primera se refiere a la falta de compañía permanente o temporal. La soledad objetiva no siempre implica una vivencia desagradable, sino que puede resultar una experiencia buscada y enriquecedora. Un 59% afirma que se han visto obligado a vivir solas, pero a pesar de todo han sido capaces de adaptarse. Un 36% prefiere vivir solo y a un 5% le gustaría estar con sus hijos o bien otros familiares. La soledad esta más valorada cuando tiene un carácter temporal.

La soledad subjetiva la sufren las personas que se sienten solas. Se trata de un sentimiento doloroso y temido que afecta a un 22% de las personas mayores. No es, por tanto, una situación buscada, sino impuesta por la situación personal de quien la padece. El sentimiento de soledad se incrementa con la edad. El 27% de las personas de 65 a 69 años afirma sentirse solo; este porcentaje aumenta al 36% entre los mayores de 80 años.

El género y el estado civil influyen en los sentimientos de soledad, las mujeres se sienten más solas que los hombres (39% mujeres y 21% hombres). Las personas sepa-

radas, viudas y solteras son más susceptibles, propensas a sentirse solas que las casadas. De las personas que viven solas, un 38% padece esta situación con gran abatimiento, mientras que las personas que viven con otros, este porcentaje es de un 8% (8).

DISCAPACIDAD

Respecto a las discapacidades, según la encuesta de Salud de Catalunya 2002, afectan especialmente a los mayores de 64 años.

Los hombres de más de 74 años, tienen problemas de movilidad un 14,3%; un 22,5%, problemas para andar y un 25,9%, limitaciones de movimiento. En las mujeres los porcentajes son más elevados: el 25,6% tiene problemas de movilidad; el 31,9%, problemas para caminar y el 40,2%, limitaciones de movimiento.

De las personas que declaran tener dificultades graves para hacer las actividades de la vida diaria, el 76% recibe ayuda principalmente de familiares.

Las personas con más recursos económicos disponen de personas contratadas particularmente para atender estas discapacidades, mientras que las clases más desfavorecidas no pueden abordar esta solución.

Por otra parte, hay un 5,7% que no recibe ayuda de nadie, principalmente mujeres.

En lo que respecta a la atención primaria, el 67,1% de toda la población encuestada declara haber estado visitada por un profesional y el 90,2%, entre los mayores de 74 años (9).

En la síntesis de los principales resultados aparece la edad como la variable más relevante en relación a los hábitos y estilos de vida, en el estado de salud, la utilización de servicios y la satisfacción que manifiestan los usuarios:

- En general los comportamientos poco saludables son menos prevalentes en las edades más avanzadas.
- El estado de salud y la calidad de vida son peores en las poblaciones de más edad.
- Las personas de más edad tienen un índice superior en la utilización de servicios sanitarios.

Se ha revisado el artículo "Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview" —estudio realizado por la Universidad Erasmus de Rotterdam (2003), en Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y España—, en el cual se evidencian desigualdades socioeconómicas en las personas mayores que no deben ser ignoradas: desigualdades en la salud que están condicionadas por sus características socioeconómicas previas.

En la vejez se produce el efecto sumatorio de toda una vida anterior de diferentes exposiciones a factores de riesgo.

Un deterioro del estatus socioeconómico después de los 55 años se asocia con un aumento de las enfermedades que puede presentarse hasta 20 años más tarde (10).

CONCLUSIONES

Para terminar, después de la revisión bibliografía realizada, queremos destacar:

- Que las desigualdades sociales que tienen un efecto directo en la salud se incrementan con la edad. Esto hace al colectivo de personas mayores aún más vulnerable.
- Nos preocupa que ante una falta de recursos, se incrementen las desigualdades en todos los ámbitos y que aumente la discriminación y la marginación de las personas mayores.

• Sería necesario que en los estudios de desigualdades sociales se tenga en cuenta la edad como variable importante, puesto que faltan estudios sobre esta relación. 33

Ante esta situación, la sociedad y los poderes públicos deberían dar una respuesta adecuada para conseguir el equilibrio social que nos permita mejorar nuestra calidad de vida, pues una vez más se pone de manifiesto que las desigualdades sociales son fruto de los desequilibrios socioeconómicos y esto repercute en los niveles de salud.

Esperamos que con la aplicación de la Ley de Dependencia se abra un camino que pueda paliar esta situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell C, García-Calvente M, Martí-Brosca JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria* 2004; 18: 2-6.
2. Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. *Jano* 2003; 63 (1474): 25-8.
3. Desigualdades sociales en salud: <http://www.xtec.es/~fbaldese/desigual.html> (consultado el 20 de noviembre de 2005).
4. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
5. Gómez J. ¿Es ético limitar el acceso de determinados tratamientos por motivos de edad? *Jano* 2003; 63 (1474): 34-9.
6. Aylon S, Mercader M, Ramos X. La pobreza a Catalunya. Barcelona: Fundació un sol món de Caixa Catalunya; 2003.
7. Redin A. La asistencia sociosanitaria al anciano dependiente. *El farmacéutico* 2003; 309: 46-59.
8. Mayán JM. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Madrid: DAE (Grupo Paradigma); 2005.
9. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut 2002.
10. Huisman M, Kunst A, Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Social Science & Medicine*. 2003; 57: 861-73.