



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Administración y Dirección de
empresas

Determinantes socioeconómicos de la salud de los mayores

Presentado por:

Marina Nieto Moya

Tutelado por:

Carmen García Prieto

Valladolid, 6 de julio de 2017

RESUMEN

Este trabajo estudia los diferentes determinantes socioeconómicos de la salud y en concreto los que afectan a la salud de las personas mayores. Para ello se han utilizado los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de España de 2012.

La salud de los individuos se ha analizado empleando información sobre el estado de salud percibido, limitaciones funcionales y existencia de enfermedades, obtenidos a partir de la mencionada encuesta.

La salud de las personas mayores se ha relacionado con diferentes determinantes socioeconómicos como el nivel de estudios, el estado civil, las dificultades para llegar a fin de mes y el nivel de renta, ya que la salud no solo depende de factores relacionados con el sistema sanitario.

Como resultado general, se ha obtenido que cuanto mejor es la situación socioeconómica de las personas (su renta, mayor nivel de estudios, situación económica, etc.), mejor es su estado de salud. Dividiendo a las personas según su sexo, hemos observado que con carácter general, la percepción de la salud de las mujeres es peor que la de los hombres.

Palabras claves: salud, determinantes, socioeconómicos, mayores.

Clasificación JEL: I12, I21, P36.

SUMMARY

This dissertation studies the different socio-economic determinants of health and, in particular, those affecting the health of older persons. Data from the survey of conditions of life of Spain of 2012 have been used for this purpose.

The health of individuals has been analyzed using information about self rated health, functional limitations, and existence of diseases, obtained from the survey.

The health of older persons has been linked to various socioeconomic determinants such as educational level, marital status, the level of income and economic deprivation, since the individuals' health not only depends on the health care system performance

As a general result, it is obtained that the higher the socio-economic level of individuals is, the better their health state is.

By splitting older individuals into two groups, men and women, we have observed that in General, the perception of women's health is worse than that of men.

Key words: health, determinants, socio-economic, elderly.

JEL Classification: I12, I21, P36

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. METODOLOGÍA.....	10
3. ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES.....	12
3.1 Estado de salud	12
3.2 Enfermedades crónicas.....	15
3.3 Limitaciones en las actividades.....	17
4. DETERMINANTES DE LA SALUD.....	19
4.1 Nivel de estudios.....	19
4.2 Estado civil	22
4.3 Dificultades para llegar a fin de mes	24
4.4 Nivel de renta	26
5. CONCLUSIONES.....	32
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33

1. INTRODUCCION

La salud es un concepto muy amplio que podemos definir de diversas maneras. Según la Organización Mundial de la Salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es decir, según esta definición, la medida del nivel de salud de un individuo comprende las dimensiones física, psicológica y social.

Tradicionalmente, los principales indicadores de la salud han sido la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad, aunque presentan ciertas limitaciones a la hora de valorar la salud de la población, ya que determinadas enfermedades y limitaciones funcionales no pueden ser reconocibles mediante dichos indicadores.

El nivel de salud de una población depende de factores como el nivel socioeconómico, avances médicos, asistencia sanitaria, cualificación de los profesionales y recursos sanitarios, entre otros. A pesar de los avances que se han ido produciendo a lo largo de los años en los factores mencionados, siguen existiendo importantes desigualdades en la salud.

Debido a las diferencias injustas y evitables observadas entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria, la Organización Mundial de la Salud creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, en la que se proponen unas recomendaciones generales con el fin de disminuirlas:

1. Mejorar las condiciones de vida: favorecer tanto el bienestar de las mujeres y las niñas, como el correcto desarrollo y educación de los niños y las niñas; crear políticas de protección social dirigidas a toda la población y asegurar unas buenas condiciones de envejecimiento. Tanto la sociedad civil como los poderes públicos y las instituciones, han de intervenir en las políticas destinadas a cumplir los objetivos anteriormente propuestos.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, para lo cual es necesario un sector público competente, capaz de fortalecer tanto las instancias gubernamentales como la gobernanza,

haciendo referencia esto último a asegurar un sector privado responsable y apoyar la acción colectiva, teniendo en cuenta el interés común. En definitiva, a nivel mundial, se debe aplicar un estilo de gobernanza que promueva la equidad.

3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. El primer paso para corregir las desigualdades sanitarias y sociales, es aceptar la existencia de un problema. A partir de este reconocimiento, los gobiernos nacionales y las organizaciones internacionales, con el apoyo de la OMS, deben instaurar unos sistemas de vigilancia de la equidad sanitaria nacionales e internacionales que permitan hacer un seguimiento de los problemas existentes, así como evaluar los efectos de las políticas e intervenciones en la equidad sanitaria. También es necesario, desde el punto de vista de la investigación en Salud Pública, actuar sobre los determinantes sociales.

Pero no solamente existen desigualdades en materia de salud entre los países, sino que también se encuentran importantes desigualdades entre los indicadores de una misma sociedad.

Así por ejemplo, Borrell y Benach (2006), señalan que según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña realizada en el 2002, se observó que las personas de las clases sociales menos favorecidas y las mujeres tienen una peor percepción de la salud, más presencia de trastornos crónicos y peor salud mental que las de otras clases y de los hombres, respectivamente. Un 23,9% de los hombres y un 32,6% de las mujeres pertenecientes a las clases sociales menos favorecidas, presentaban mala salud percibida, mientras que para las clases sociales más favorecidas los porcentajes eran de 10,2% y 16,8% respectivamente. Estos datos de 2002 han mejorado ligeramente respecto a los datos existentes obtenidos en la Encuesta de 1994.

Como queda de manifiesto en el artículo anterior, la salud no sólo está determinada por factores relacionados con el propio sistema sanitario, sino también por otro tipo de determinantes sociales, entre los que podemos

destacar, la situación económica, el nivel de estudios, el tipo y las características del trabajo desempeñado, la exclusión social, etc.

Por ello, las condiciones sociales en las que vive una persona influyen en su estado de salud. Como principales determinantes de las desigualdades existentes entre países y dentro de ellos, podemos destacar la mala calidad de la vivienda, escasa cualificación laboral y escolarización, entre otros. Sin olvidar la influencia de los valores establecidos en la sociedad y las políticas públicas desiguales. Además, el riesgo de padecer enfermedades y morir prematuramente es mayor entre los grupos sociales más desfavorecidos, debido a los determinantes anteriormente descritos, junto con las características materiales y psicológicas que presentan.

Para el estudio de los determinantes sociales de la salud, la equidad e inequidad en salud son conceptos fundamentales. La Organización Mundial de la Salud define la equidad en salud como “la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente”. La inequidad en salud la define como “las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países, que son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades”.

En este sentido, según el estudio de Albert y A. Davia (2004), el salario/hora en España es inferior en el caso de las mujeres que en el de los varones, a la vez que aumenta con el nivel educativo. Las mujeres tienen peor estado de salud que los varones y el estado de salud tiene una relación positiva con el nivel educativo (a mayor nivel educativo, mayores son los salarios y mejor el estado de salud).

Estos autores también explican que la educación no solo genera rendimientos monetarios sobre la salud a través de los salarios, sino también rendimientos no monetarios (ya que considera que la educación es un factor de eficiencia en la producción de salud).

Otro resultado importante de este estudio es la influencia del nivel educativo alcanzado por los individuos (estudios obligatorios, medios o superiores) sobre su salud. El nivel de estudios superior en comparación con los estudios medios, no genera beneficios adicionales en la salud, por lo que, los individuos con un nivel de estudios por debajo del secundario, son los más débiles en el ámbito sanitario y registran un peor estado de salud que los demás.

Una vez analizada la importancia de los determinantes socioeconómicos en la salud de las personas, pasamos a realizar un estudio más exhaustivo de estos determinantes en relación con la salud de los mayores en particular, en el que introducimos indicadores como la percepción de la salud, la presencia de enfermedades crónicas y la limitación de la actividad diaria.

Muchos trabajos concluyen que los principales desfavorecidos en España son las mujeres y las personas que pertenecen a clases más desfavorecidas, debido al desigual acceso al mercado laboral de las generaciones de personas mayores.

Como señalan Gonzalo y Pasarín (2004), la vejez es una época de acumulación de desventajas. Esto se debe principalmente a la discriminación en el acceso a determinados programas o servicios y la falta de consideración de determinantes clave para la salud, como el género, la clase social, la educación y las condiciones de vida.

El mencionado trabajo estudia las desigualdades de género, de clase social y territoriales, que hay en la salud de las personas mayores de 65 años en España. Para ello, se han utilizado datos de la Encuesta Nacional de la Salud de 1997 y el Conjunto Mínimo Básico de datos de hospitales de 1999, entre otras. Las principales desigualdades de género encontradas se refieren a :

- Estilo de vida: la prevalencia de fumadores es del 22,1% entre los hombres y 1,5% entre las mujeres. La proporción de hombres que toman alcohol (53,5%) es muy superior en relación con las mujeres (19,4%). Si distinguimos por clase social, es más frecuente haber fumado alguna

vez entre las personas mayores pertenecientes a las clases sociales más favorecidas.

- Salud percibida: las mujeres mayores que perciben su salud como regular, mala o muy mala superan en un 8% a los hombres. Según la clase social, tanto las mujeres como los hombres de las clases sociales más desfavorecidas tienen una peor percepción de su salud.
- Morbilidad: el 63,1% de las mujeres y el 57,5% de los hombres mayores de 65 años declaran haber tenido algún problema de salud crónica.
- Mortalidad: el 88,6% de las mujeres y el 75% de los hombres mayores de 65 años. Las principales causas han sido las enfermedades cardiovasculares, isquémica y cerebrovascular.
- Capacidad funcional: en España hay 2.072.652 de personas mayores de 65 años con discapacidades, es superior en las mujeres 35,9% que en los hombres 27,1%. La principal procedencia de estas discapacidades es de deficiencias osteoarticulares.
- Uso de servicios sanitarios: el 35,3% de los hombres y el 40,3% de las mujeres mayores de 65 años ha acudido al médico en las dos semanas anteriores a la entrevista. Según la clase social, las visitas al médico de atención primaria, son más frecuentes en las personas en los grupos pertenecientes a las clases más desfavorecidas.

A continuación, el presente trabajo se va a ocupar del análisis de los determinantes socioeconómicos de la salud de lo mayores en España. Para ello, el siguiente apartado describe la metodología empleada, mientras que el apartado 3 se dedica al análisis descriptivo de diferentes medidas de salud y la sección 4 estudia la influencia de algunos factores socioeconómicos sobre lo mismo, prestando especial atención al nivel de renta y la educación.

2. METODOLOGÍA

Como define el Instituto Nacional de Estadística, “La Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) es una fuente de información estadística en el ámbito comunitario que viene a reforzar la infraestructura estadística actual europea, a fin de responder a las necesidades de la Comisión de disponer de información de partida sobre la distribución de ingresos y la exclusión social en Europa, que sirva de base para la formulación de su política social en diferentes dominios, y para el seguimiento de los efectos de estas políticas en todo el territorio de la Unión Europea (UE)”.

La ECV facilita informaciones comparables y armonizadas sobre los siguientes aspectos:

- Ingresos de los hogares privados (situación económica)
- Pobreza y privación
- Igualdad de trato del hombre y de la mujer
- Empleo y actividad. Cuidado de niños
- Jubilaciones, pensiones y situación socioeconómica de las personas de edad
- Vivienda, costes asociados
- Desarrollo regional, movimientos migratorios
- Nivel de formación, salud y efectos sobre la condición socioeconómica
- Otros temas abordados en módulos secundarios

El principal objetivo de la misma es analizar la distribución de ingresos y la exclusión social mediante estadísticas comparativas para todo el ámbito europeo.

Se empezó a elaborar a partir de 2004, en sustitución al Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE), para ofrecer una información más adaptada a sus demandantes (estamentos públicos y privados), y mejorar la fuente estadística en base a las demandas políticas.

Los datos que utiliza, son tanto longitudinales (datos de individuos durante un periodo de tiempo) como transversales (datos de individuos en un momento determinado), dando más importancia a la comparabilidad y puntualidad de estos últimos. Ambos datos se van produciendo anualmente, pero a partir de 2005, se van introduciendo módulos con información más exhaustiva sobre determinados temas que se repiten cada 4 o más años.

La ECV está respaldada por una serie de reglamentos, como el Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo referido a las estadísticas sobre las condiciones de vida y la renta, constituyendo la base legal de la encuesta. Otros Reglamentos de la Comisión se encargan de aspectos relacionados con el muestreo, informes de calidad, módulos de interés, definiciones, etc.

La muestra sobre la que se ha realizado la encuesta la constituyen la sección censal, de forma general, y la vivienda familiar, de forma específica, incluyéndose todos los hogares privados residentes. A pesar de que todos los individuos forman parte de la unidad de análisis, la encuesta se realiza a aquellos residentes con 16 años o más, a 31 de diciembre de 2012.

La muestra consta de 28.008 individuos, de los cuales 13.450 (48,02%) son hombres y 14.558 (51,98%) mujeres. Dividiéndolos por intervalos de edades, tenemos la siguiente distribución: comprendidos entre 16 y 35 años, hay 6.989 (24,9%); entre 36 y 60 años, 12.396 (44,3%); y mayores de 60 años, hay 8.623 (30,8%) individuos.

En el caso de los mayores de 60 años este tramo lo vamos a dividir, aquellos con edad comprendida entre 61 y 75 años, y los de más avanzada edad, que son los mayores de 75. Dentro del primer grupo hay 2.486 (28,8%) hombres y 2.808 (32,6%) mujeres, dentro del segundo grupo, 1.360 (15,8%) hombres y 1.969 (22,8%) mujeres.

3. ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

La muestra incluye información sobre 8623 personas mayores de 60 años, de las cuales el 44,6% son hombres y el 55,4% mujeres.

Para estudiar la salud de los individuos las variables utilizadas son: el estado de salud, la declaración de padecer enfermedades crónicas y las limitaciones de la actividad diaria.

3.1 SALUD PERCIBIDA

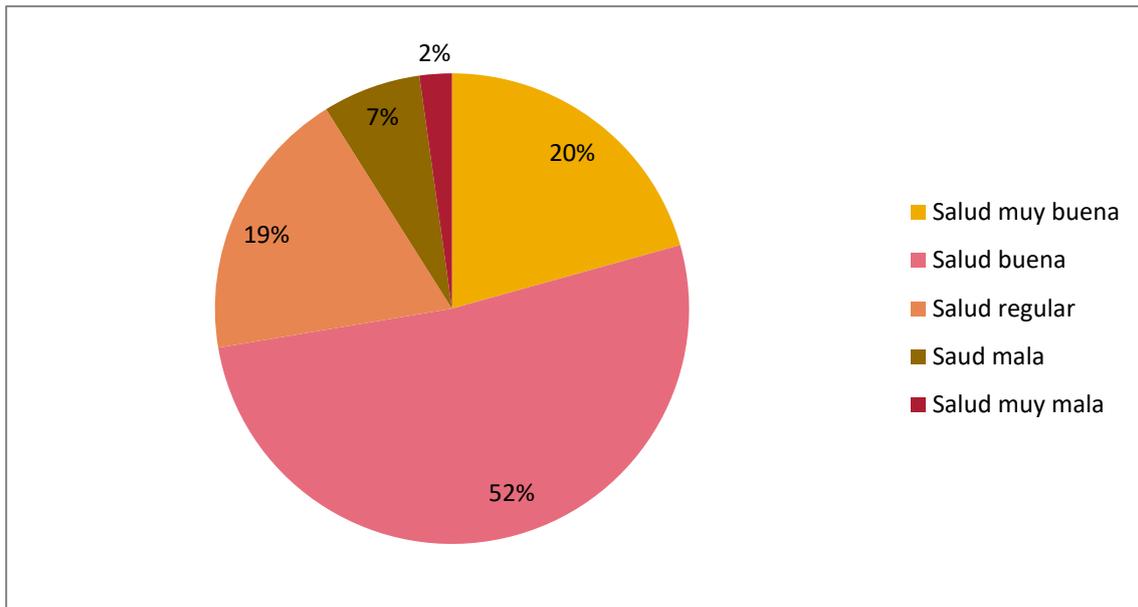
La valoración del estado de salud se obtiene de la pregunta: “¿Cuál es su estado general de salud?” incluido en la encuesta y cuyas respuestas posibles son: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

En ocasiones, para facilitar el análisis, las 5 categorías mencionadas se han agrupado en dos: buena salud, que comprende las respuestas buena y muy buena y mala salud, que recoge el resto.

En el Grafico 1, se observa cómo en respuesta a la anterior pregunta, la mayoría de la población española tiene una buena percepción sobre su estado de salud, ya que un 72% consideran su estado de salud como bueno o muy bueno (52% y 20%, respectivamente), frente a un 28% que lo consideran regular, malo o muy malo. Hay que destacar, que tan solo un 2% de la población lo considera muy malo. Probablemente esta percepción del estado de salud se vea condicionada por la edad de las personas, lo cual analizaremos en los gráficos siguientes.

Además, la percepción de la salud puede recoger elementos subjetivos, pero es una medida ampliamente utilizada en el análisis sobre determinantes de la salud y se encuentra muy correlacionada con otras medidas objetivas como la mortalidad.

Gráfico1: Estado de Salud de la población española



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

La encuesta de Condiciones de Vida muestra, como cabe esperar, que la valoración de la propia salud empeora con la edad, siendo las personas mayores de 60 años las que presentan una peor salud, mientras que las más jóvenes presentan una salud muy buena, y realizando un análisis más detallado de los porcentajes, diferenciando a su vez las personas según el sexo, vemos que un 43,68% de las mujeres y un 46,44% de los hombres entre 16 y 35 años tienen una salud muy buena, mientras que para los mayores de 60 años dichos porcentajes son únicamente del 4,39% y 5,02%, respectivamente. Pero según nos muestra la tabla, aunque las personas mayores de 60 años tengan peor estado de salud que los más jóvenes, el estado de salud predominante para el género masculino es bueno (43,26%) mientras que para el género femenino es regular (37,64%). Esto indica que las mujeres tienen una peor percepción de salud que los hombres, en términos generales.

Tabla 1: Estado de Salud de la población española por edades

EDAD/SEXO	SALUD MUY BUENA	SALUD BUENA	SALUD REGULAR	SALUD MALA	SALUD MUY MALA
16-35					
hombre	46,44%	48,82%	3,55%	0,86%	0,33%
mujer	43,68%	50,59%	4,64%	0,83%	0,26%
36-60					
hombre	18,08%	62,76%	14,51%	3,68%	0,97%
mujer	17,86%	61,45%	15,64%	4,03%	1,02%
>60					
hombre	5,02%	43,26%	33,75%	13,73%	4,24%
mujer	4,39%	34,48%	37,64%	17,02%	6,47%

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Centrando el análisis en las personas mayores de 60 años, el Gráfico 2 divide su estado de salud percibida en función del sexo y por tramos de edad. Se observa que las mujeres presentan una peor salud que los hombres, especialmente en el caso de las mujeres de edad más avanzada (mayores de 75 años), ya que el 11% de las mujeres percibe una salud muy mala frente a un 7% de los hombres, mientras que la salud buena es de 21% y 31% respectivamente. En el caso de las personas entre 61-75 años no ocurre lo mismo, ya que la mala salud percibida es similar en ambos casos y en la salud buena siguen los hombres teniendo una mejor percepción de su salud, un 50% frente a un 44% las mujeres.

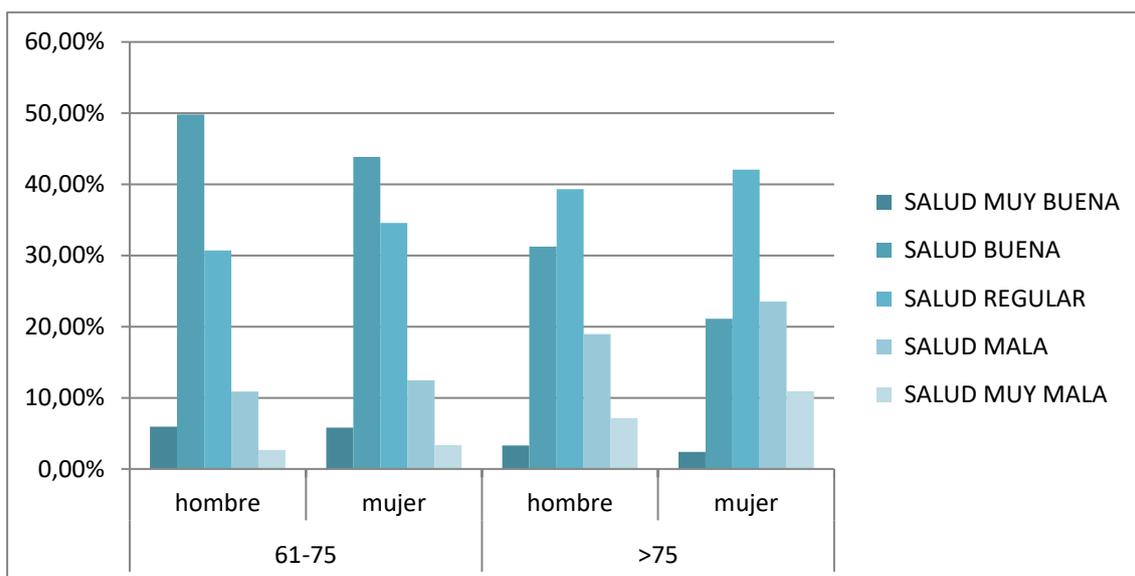
En la Tabla 2, vemos cómo las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, dato que está en consonancia con los resultados del Gráfico 2, las mujeres viven más pero con una peor calidad de vida que los hombres, en nuestro país.

Tabla 2: Esperanza de vida a los 65 años

SEXO / AÑO	2012
HOMBRE	18,51
MUJER	22,44

Fuente: INE

Gráfico 2: Estado de salud de los mayores de 60 años



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

3.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS

La información sobre las enfermedades crónicas, se ha obtenido de la siguiente pregunta “¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos?”

Como resultado a la pregunta, tenemos que el 55,75% de las mujeres y el 50,81% de los varones de más de 60 años, padecen alguna enfermedad crónica. Estos porcentajes son superiores a los que se encuentran en otros tramos de edad, es decir, a medida que aumenta la edad el número de enfermedades crónicas es mayor.

Además, en todos los grupos de edad estudiados, las mujeres que manifiestan tener alguna enfermedad crónica representan una mayor proporción que los hombres. En el tramo de edad de 36 a 60 años la proporción de mujeres que padecen alguna enfermedad es del 21,59% y la de los hombres del 20,98%, mientras que en el tramo de edad de 16 a 35 años, la presencia de enfermedades es muy baja, el 9,89% y 8,83% respectivamente.

Tabla 3: Presencia de enfermedades

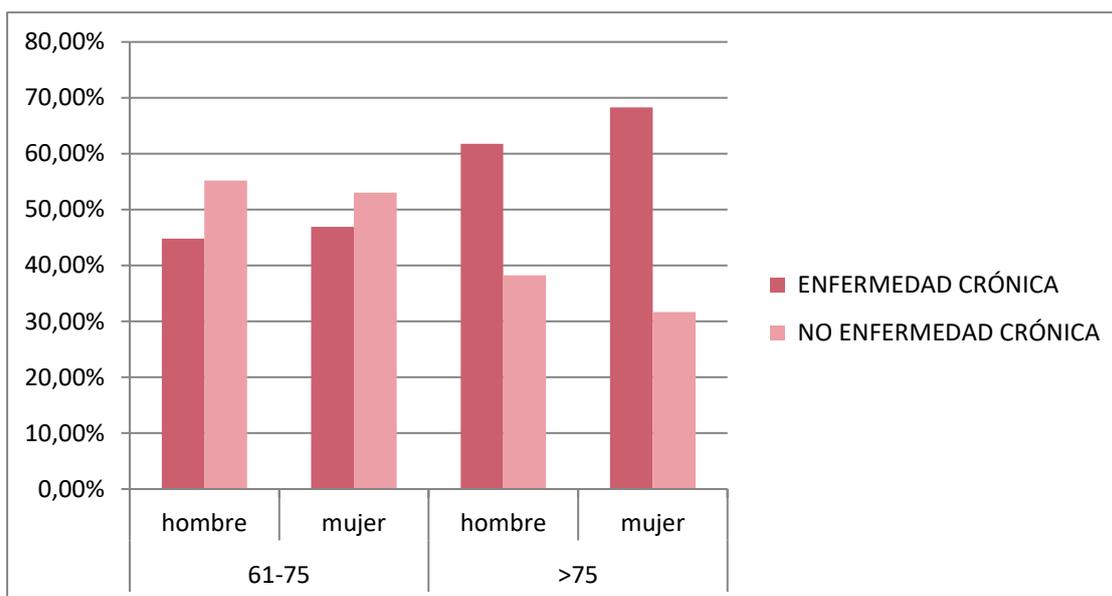
EDAD / SEXO	ENFERMEDAD CRÓNICA	NO ENFERMEDAD
16-35		
Hombre	8,83%	91,17%
Mujer	9,89%	90,11%
36-60		
Hombre	20,98%	79,02%
Mujer	21,59%	78,41%
>60		
Hombre	50,81%	49,19%
Mujer	55,75%	44,25%

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Centrándonos en las personas mayores de 60 años, en función del sexo, se observa cómo desde los 60 hasta los 75 la diferencia entre hombres y mujeres es prácticamente inexistente (estando los porcentajes igualados), pero a partir de los 75 años las mujeres que presentan enfermedades crónicas aumenta respecto a los hombres, lo cual está directamente relacionado con el estado de salud, explicado anteriormente en la Tabla 1.

Estos resultados están en concordancia con los obtenidos en el trabajo de Séculi, Fusté, Brugulat, Juncà, Rué y Guillén (2001), en el cual se muestra que la percepción del estado de salud en la población anciana es diferente según el sexo, ya que las mujeres tienen una peor percepción que los hombres, esto es debido a que las mujeres presentan mayor número de enfermedades crónicas que los hombres y también mayores discapacidades.

Gráfico 3: Presencia de enfermedades



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

3.3 LIMITACIONES EN LAS ACTIVIDADES

Las limitaciones funcionales son las restricciones que tiene una persona para llevar a cabo actividades de una manera normal. Para determinar estas, se les ha formulado a los individuos la siguiente pregunta: “Durante al menos los últimos 6 meses, ¿en qué medida se ha visto limitado debido a un problema de salud para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?”

La proporción de personas que tiene mayor limitación en las actividades crece al aumentar la edad, destacando un incremento en las mujeres mayores de 60 años. Un 14,61% de éstas, frente a un 0,77% de las mujeres entre 16 y 35 años, presentan actividad limitada gravemente (Tabla 4). En contraposición, el porcentaje de personas que no presentan limitaciones en la actividad disminuye al aumentar la edad, pasando de un 94,33% en las mujeres entre 16 y 35 años, a un 47,04% en las mayores de 60 años.

Los datos obtenidos concuerdan con los del estudio de Gonzalo y Pasarín (2004), en el cuál se indica que en España el número de personas mayores de 65 años con discapacidades aumenta progresivamente a medida que se envejece y es superior en las mujeres. Las principales discapacidades que

tienen son las relacionadas con la movilidad, le siguen las deficiencias osteoarticulares, y los problemas de la vista, oído, mentales y del sistema nervioso.

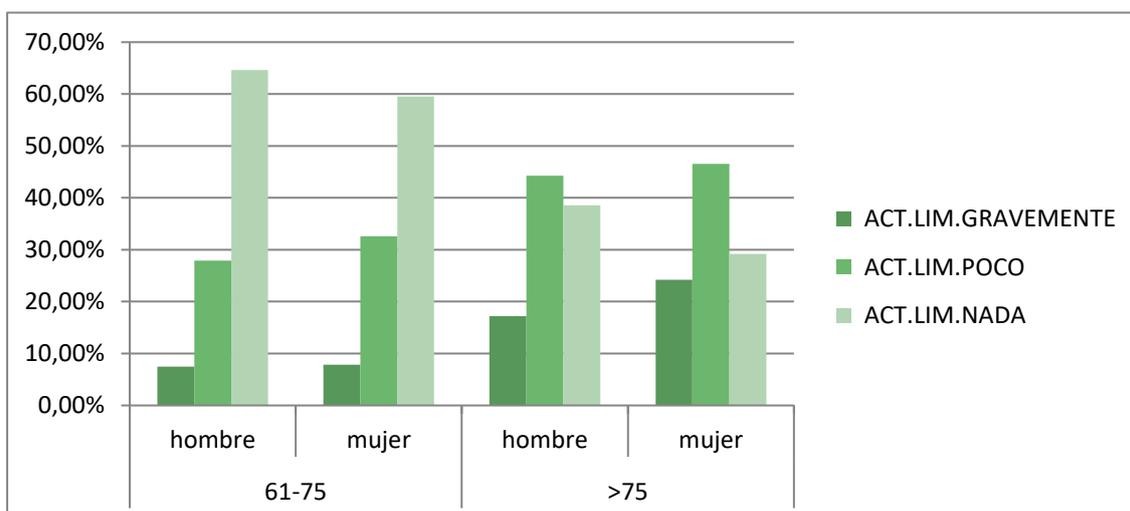
Tabla 4: Limitación de actividad

EDAD / SEXO	ACT.LIM.GRAVEMENTE	ACT.LIM.POCO	ACT.LIM.NADA
16-35			
hombre	1,25%	4,13%	94,62%
mujer	0,77%	4,90%	94,33%
36-60			
hombre	3,13%	12,28%	84,59%
mujer	2,56%	13,26%	84,18%
>60			
hombre	10,92%	33,70%	55,38%
mujer	14,61%	38,35%	47,04%

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Dentro de los individuos de más de 60 años, se observa en el Gráfico 4, que a partir de los 75 años la limitación en la actividad, tanto en hombres como en mujeres, pero principalmente en éstas, sufre un gran incremento. De tal manera, que entre 61 y 75 años el porcentaje de hombres y mujeres con gran limitación de la actividad era del 8%, y a partir de los 75 años estos porcentajes aumentan a un 17% y un 24%, respectivamente.

Gráfico 4: Limitación de actividad



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

4. DETERMINANTES DE LA SALUD

La salud de las personas mayores parece verse influenciada por multitud de determinantes, unos en mayor medida que otros. Para comprobar que así se trata, y establecer cuál de ellos y de qué manera influyen en el estado de salud, se han analizado los siguientes: nivel de estudios, estado civil, dificultades para llegar a fin de mes y nivel de renta.

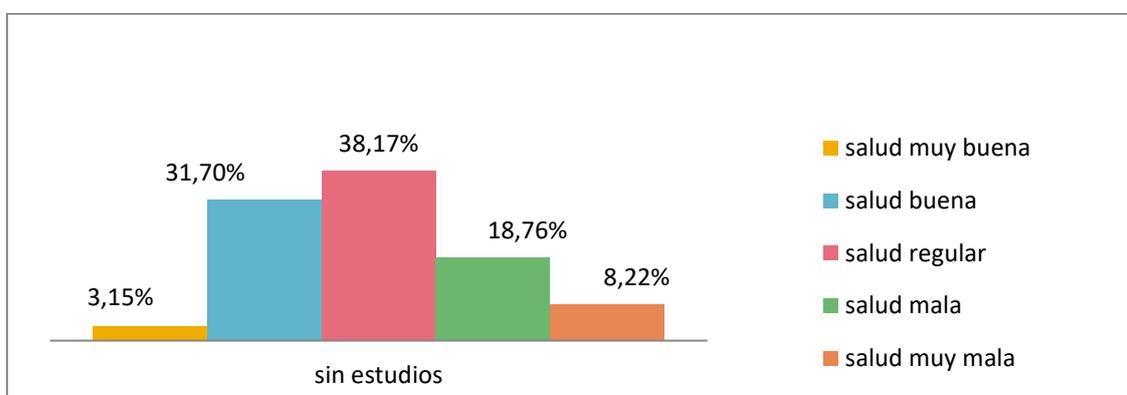
4.1 NIVEL DE ESTUDIOS

Si relacionamos el nivel de estudios y el nivel de salud de los individuos mayores de 60 años, medido a través de las respuestas obtenidas a la pregunta sobre cuál es su salud percibida, observamos lo siguiente:

De todos los individuos de la muestra, 1.205 (14,03%) han indicado que no tienen estudios, mientras que 7.383 (85,97%) tienen algún estudio.

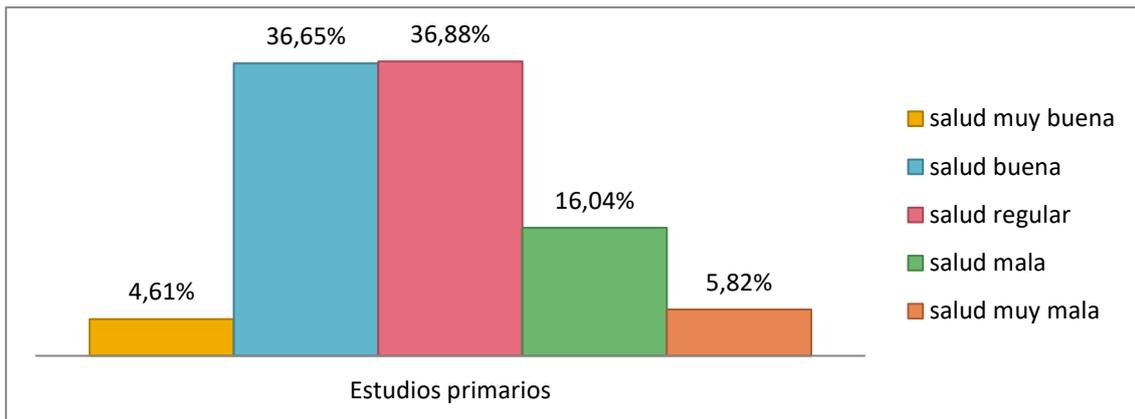
Los individuos que no tienen estudios (Gráfico 5), presentan, mayoritariamente, un estado de salud regular (38,17%) o bueno (31,7%). Comparándolos con las personas que tienen estudios primarios (Gráfico 6), podemos observar cómo el estado de salud ha mejorado ligeramente, aumentando el porcentaje de personas que presentan una salud buena y muy buena y disminuyendo el porcentaje de salud mala y muy mala.

Gráfico 5: Estado de salud de los mayores que no tienen estudios



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

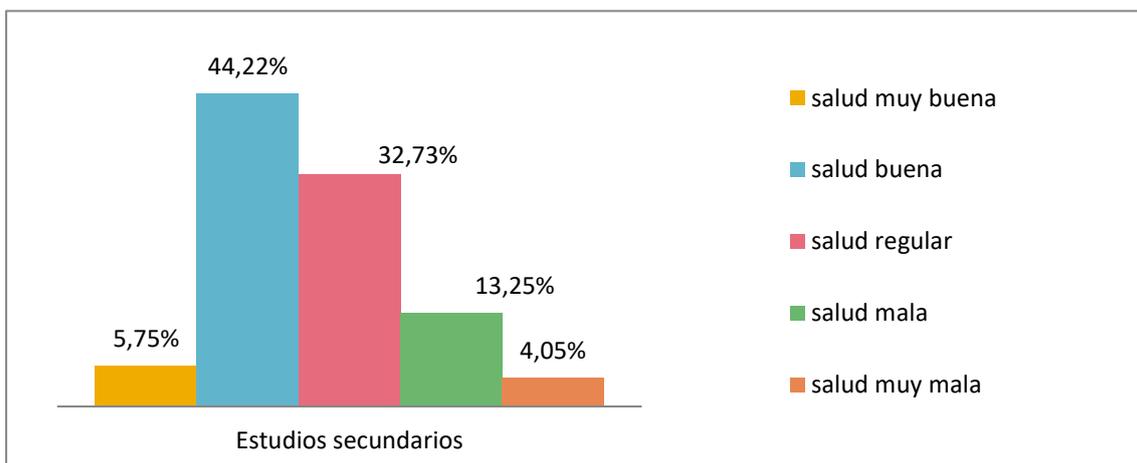
Gráfico 6: Estado de salud de los mayores con estudios primarios



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

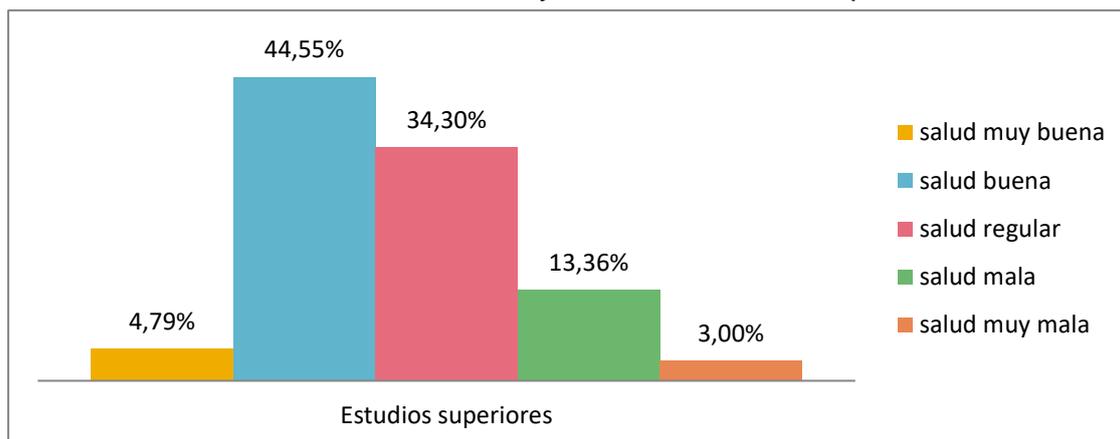
Los individuos que tienen estudios secundarios (Gráfico 7) y los que tienen estudios superiores (Gráfico 8) presentan en su mayoría una buena salud, siendo los porcentajes 44,22% y 44,55% respectivamente, mientras que de salud mala un 13,25% y 13,36%, respectivamente. Por lo que en ambos grupos el estado de salud es muy similar.

Gráfico 7: Estado de salud de los mayores con estudios secundarios



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Gráfico 8: Estado de salud de los mayores con estudios superiores



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

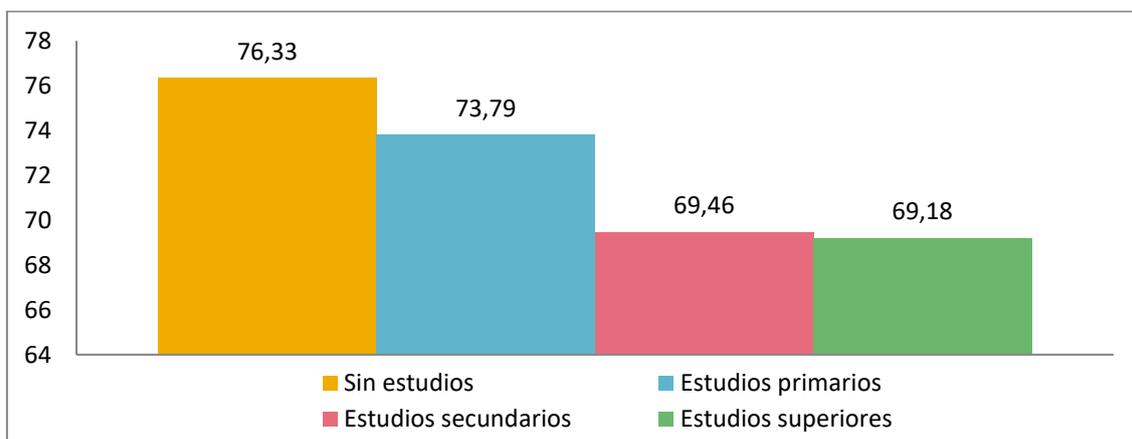
Como resultado del análisis del estado de salud en función del nivel de estudios de las personas mayores de 60 años, podemos concluir que, a pesar de que no se observan grandes diferencias en los porcentajes entre unos grupos y otros, sí que podemos apreciar una ligera mejoría del estado de salud a medida que estas poseen un mayor nivel de estudios, destacando, principalmente, la diferencia que se produce entre los que presentan estudios primarios y secundarios. También podemos destacar el escaso porcentaje de personas con una salud muy buena o muy mala. Con esta última se observa una diferencia significativa 5 puntos porcentuales entre las personas sin estudios y las que tienen estudios superiores.

Estos resultados encontrados en el análisis están en consonancia con los estudios realizados tanto en España como en otros países. Así el trabajo de Albert y A. Davia (2004), mencionado anteriormente, coincide con nuestros resultados, de tal manera que cuando los individuos tienen un mayor nivel educativo, su estado de salud es mejor.

De todas maneras, hay que tener en cuenta que el nivel educativo de la población es menor a medida que analizamos individuos con mayor edad. Así, los más jóvenes tienen estudios superiores en mayor proporción que los ancianos.

De esta manera, los resultados encontrados, que indican que los individuos más educados tienen una mejor percepción de su salud, pueden estar recogiendo también el efecto de la edad.

Gráfico 9: Edad media según el nivel de estudios en España



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

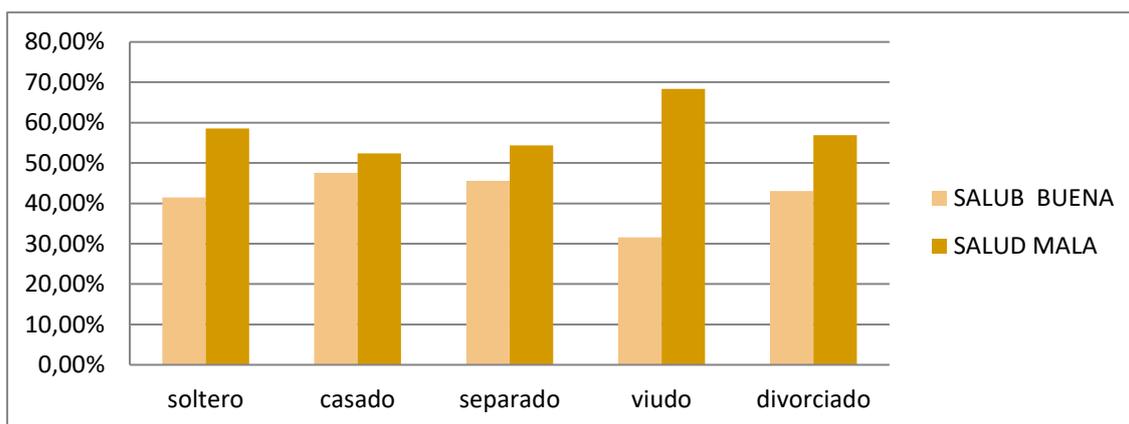
4.2 ESTADO CIVIL

El estado civil puede ser importante a la hora de determinar la salud percibida por los mayores ya que puede ser un indicador del nivel de soledad y falta de apoyo social del enfermo en situaciones de dependencia, aunque sea leve.

Para analizar la posible influencia del Estado civil sobre el estado de salud en las personas mayores de 60 años, partimos de una muestra compuesta por un mayor número de casados (5.555 personas (64,42%)) y viudos (2.213 personas (25,66%)), mientras que solteros, divorciados y separados representan un menor número, (584 (6,77%), 146 (1,69%) y 125 (1,46%) respectivamente).

En ella, hemos podido observar que los que presentan un mejor estado de salud son los casados, aunque tampoco hay unas diferencias notables respecto al resto de grupos, exceptuando los viudos, ya que vemos claramente que casi el 70% refiere un estado de salud malo, más que ninguna otra categoría.

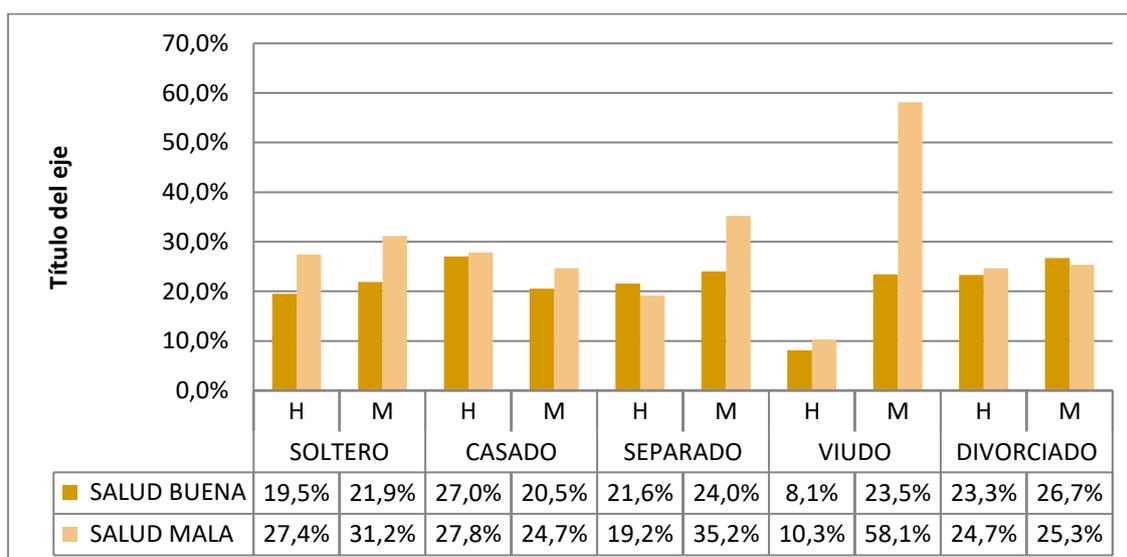
Gráfico 10: Relación entre el estado de salud y el estado civil



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Como podemos observar en el Gráfico 11, en el cual hemos separado a las personas por su sexo, se refuerza lo comentado en el gráfico anterior y, además, un dato que debemos destacar, es la mala salud que tienen las mujeres viudas (58,1%), frente a los hombres viudos (10,3%), puesto que la diferencia es tan significativa podemos relacionarla con la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres, y en consecuencia, la pérdida de sus parejas les provoca una gran disminución de la calidad de vida, y con ello un empeoramiento de su salud.

Gráfico 11: Relación del estado de salud y el estado civil por sexo



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Podría pensarse que la explicación de este hecho se debe a la mayor edad de las mujeres viudas, dado la mayor esperanza de vida de las mujeres.

Sin embargo, la Tabla 5 muestra que la edad media de las mujeres viudas no es superior a la de los hombres (77 frente a 79), por lo tanto, cabe pensar que la viudedad afecta en mayor medida a las mujeres y su salud, tal vez de manera indirecta, a través de una pérdida de recursos económicos.

Tabla 5: Edad media del estado civil por sexo

	SOLTERO	CASADO	SEPARADO	VIUDO	DIVORCIADO
H	70,84	71,37	70,94	79,33	67,86
M	73,35	70,36	67,50	77,77	67,29

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

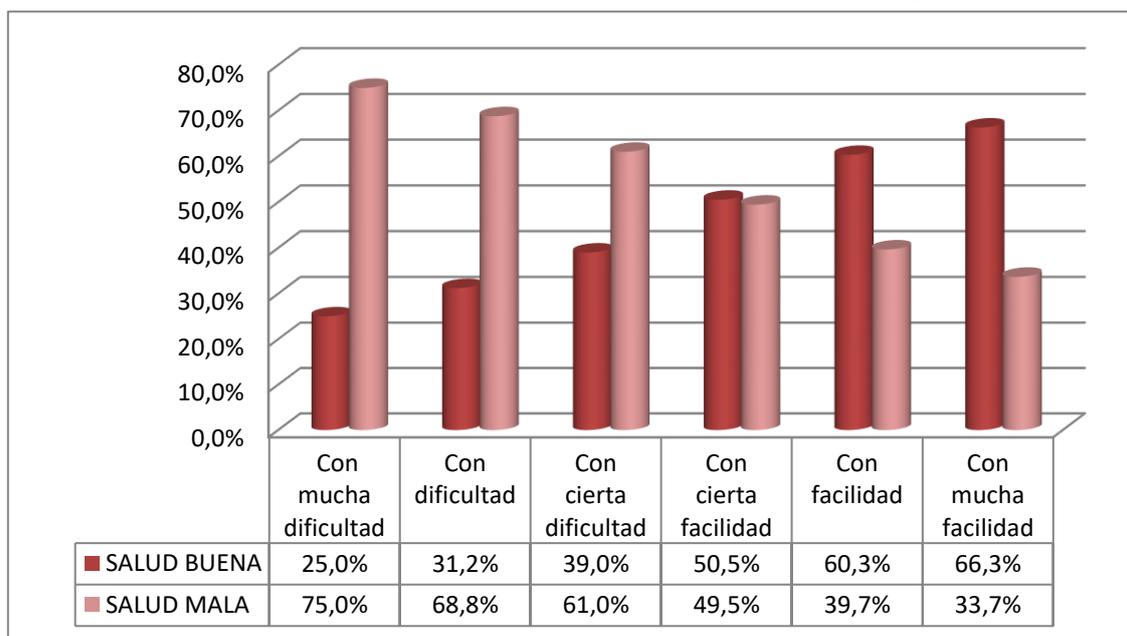
4.3 DIFICULTADES PARA LLEGAR A FIN DE MES

El Gráfico 12 nos muestra la relación que hay entre la dificultad para llegar a fin de mes de las personas mayores de 60 años y su salud, que volvemos a medir a través de la salud percibida.

Analizando los resultados, se pueden extraer los siguientes datos de interés: Dentro del grupo de las personas que tienen mucha dificultad para llegar a fin de mes, el porcentaje de los que presentan una salud mala es tres veces superior al de los que presentan una salud buena. Es decir, por cada persona con buena salud, hay tres personas con mala salud. Mientras que dentro de aquellos que llegan a final de mes con mucha facilidad, las personas que tienen una salud buena son el doble que las que tienen una salud mala. Sin embargo, está igualado el porcentaje entre salud buena y salud mala, en las personas que llegan con cierta facilidad a fin de mes.

Por lo tanto, se observa una clara relación entre la economía y la salud: cuanta más dificultad tiene una persona para llegar a fin de mes, peor es su salud, y ésta mejora de forma progresiva al aumentar su economía.

Gráfico 12: Relación del estado de salud y dificultades para llegar al fin de mes



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

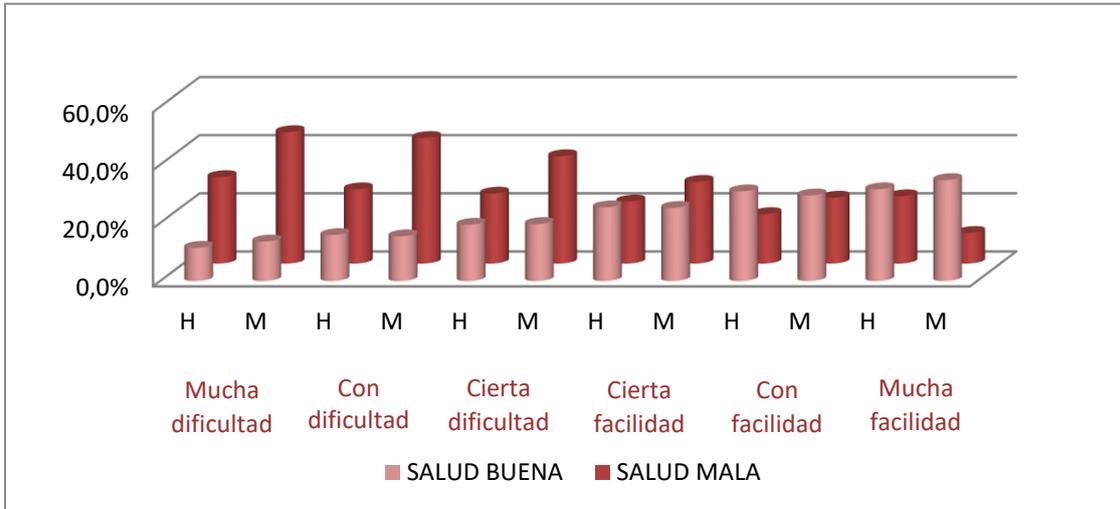
Si distinguimos entre hombres y mujeres, podemos observar lo siguiente:

Por lo general las mujeres presentan una peor salud que los hombres, en todas las situaciones, excepto cuando tienen mucha facilidad para llegar a fin de mes, en este caso, el número de hombres con salud mala se impone al número de mujeres.

Las diferencias más significativas entre hombres y mujeres, en lo que respecta a la salud mala, se dan en aquellas situaciones en la que existe alguna dificultad para llegar a fin de mes, ya que observamos como el porcentaje de mujeres que presentan una mala salud se dispara respecto al porcentaje de hombres.

En cuanto a las personas que presentan una salud buena, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, ya que los porcentajes están bastante equilibrados.

Gráfico13: Relación entre el estado de salud y las dificultades para llegar a fin de mes por sexo



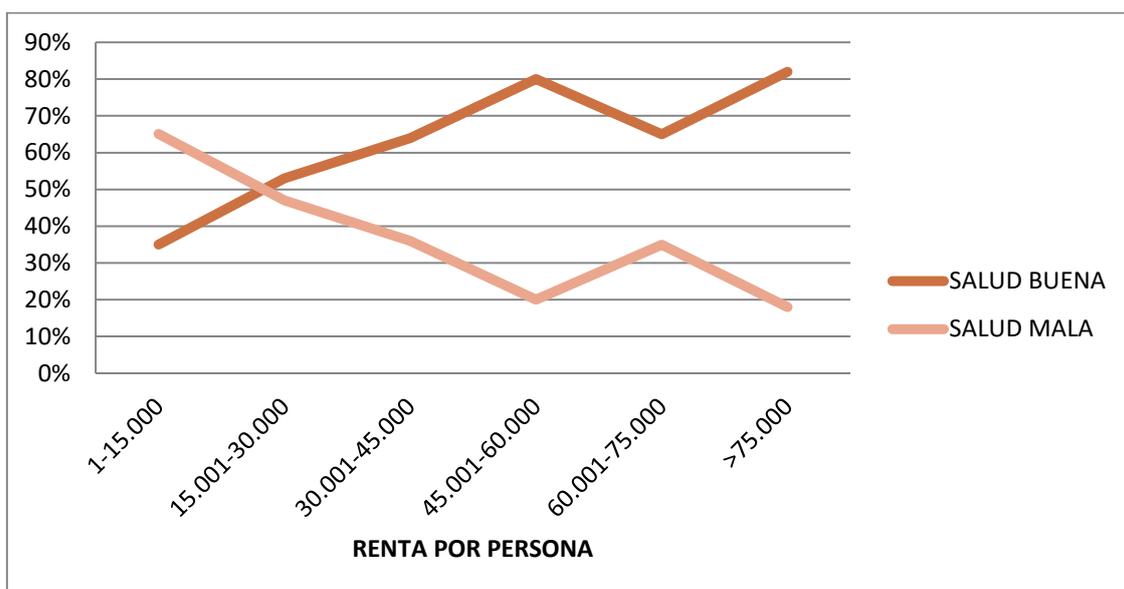
Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

4.4 NIVEL DE RENTA

Para estudiar la relación entre la salud y el nivel de renta de las personas mayores de 60 años, se ha calculado la renta per cápita del hogar al que pertenecen, empleando la siguiente fórmula: renta bruta del hogar / unidades de consumo del hogar, obteniendo así, la renta por persona. Esta la hemos dividido en 5 intervalos: de 1 a 15.000; de 15.001 a 30.000; de 30.001 a 45.000; de 45.001 a 60.000; de 60.001 a 75.000 y mayores de 75.000.

Según los resultados obtenidos, que se muestran en el Gráfico 14, vemos que entre las personas con un menor nivel de renta, el porcentaje de salud mala es bastante superior al de salud buena, pero a medida que va aumentando el nivel económico, la salud de las personas mejora, observándose un pico de buena salud entre los 45.001-60.000€ de renta, a partir del cual hay un descenso, por lo que en las personas cuyo nivel de renta es entre 60.001 y 75.000€ se produce un empeoramiento de la salud, que vuelve a mejorar para alcanzar su máximo con el mayor nivel de renta (mayores de 75.000€). Lógicamente, la línea correspondiente a la mala salud evoluciona de forma inversa a la de la salud buena, por tanto, a medida que aumenta el nivel de renta el porcentaje de salud mala disminuye.

Gráfico 14: Relación entre el estado de salud y el nivel de renta

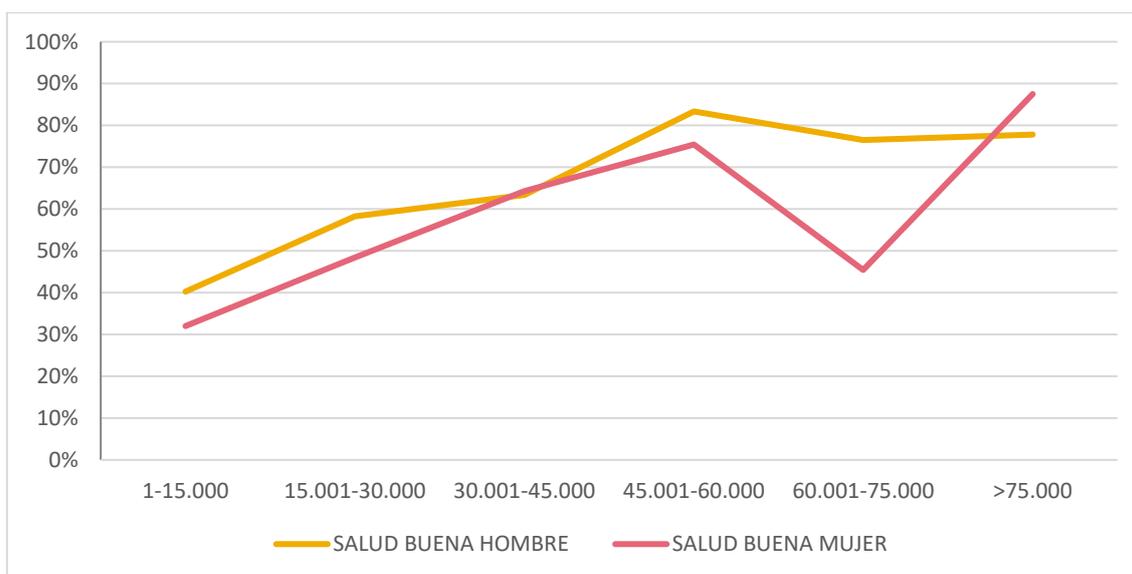


Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

En cada tramo de renta, los hombres refieren en mayor proporción que las mujeres una salud buena como se aprecia en el Gráfico 15.

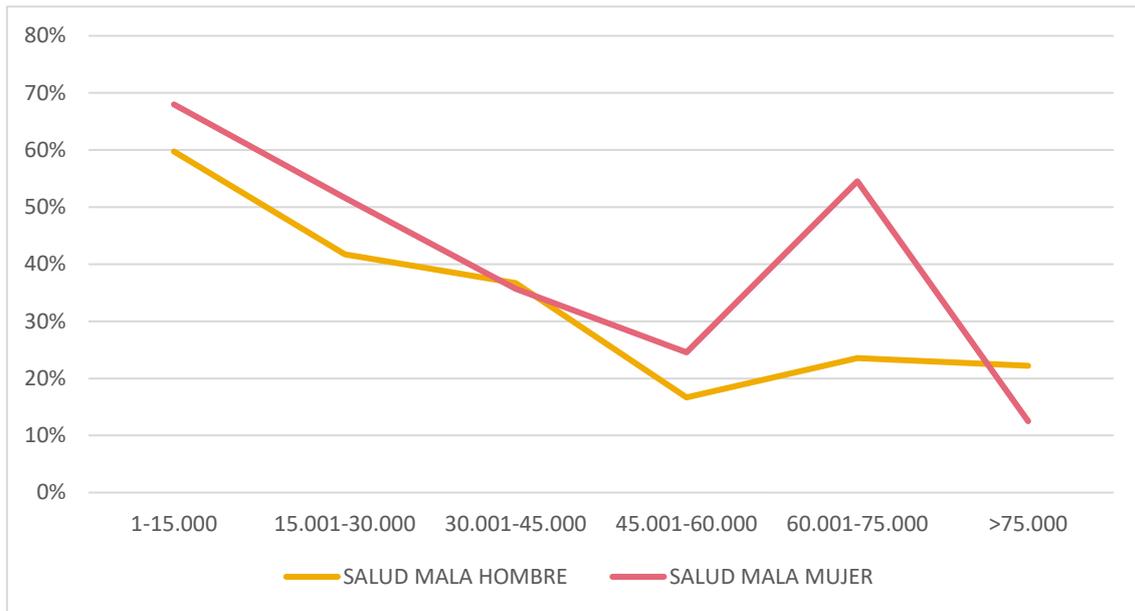
Del total de hombres con una renta mayor de 75.000€, el 78% tiene buena salud frente al 88% de mujeres con la misma renta.

Gráfico 15: Relación del nivel de renta con la salud buena según el sexo



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Gráfico 16: Relación del nivel de renta con la salud mala según el sexo



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Con el objetivo de estudiar con más detalle la relación que hay entre la renta de las personas de nuestra muestra y su estado de salud, se ha calculado la renta media de las personas de cada comunidad autónoma y su salud media, comparando ambas variables (Tabla 6).

Para referenciar la salud media de las personas de cada comunidad autónoma, se han dado valores a la salud, de tal manera que 1 corresponde a salud muy mala, 2 a salud mala, 3 a salud regular, 4 a salud buena y 5 a salud muy buena.

La salud media en las distintas comunidades autónomas se mantiene en valores muy cercanos, siendo el menor de 2,9 y el mayor de 3,4; por lo que, en general, puede afirmarse que hay una salud regular. En cuanto a la renta media, sí que aparece una mayor variación entre ellas, puesto que la comunidad con la renta más alta tiene 19.708€ y la que menos 11.286€ de media. De acuerdo con estos datos, la salud media en España presenta un valor de 3,2 (salud regular) y la renta media es de 15.039€.

En el Gráfico 17 se ha dibujado la relación existente entre ambas medias en cada Comunidad Autónoma. Como podemos observar, el estado de salud de las personas por lo general va mejorando a medida que aumenta la renta, por

tanto, la línea que relaciona la renta y la salud es creciente, aunque en algunas comunidades esto no se cumple.

Por ejemplo, Navarra es la Comunidad Autónoma que mayor renta media tiene y es la que mejor estado de salud presenta, sin embargo, Castilla la Mancha es la que menor renta media por persona tiene y su estado de salud es muy similar al de Navarra.

Las Comunidades que presentan peor estado de salud son Melilla y Galicia, prácticamente su estado de salud es igual, pero la renta media varía, ya que Galicia tiene una mayor renta media por persona.

Por otro lado, Castilla y León tiene una renta media de 13.491,5€, situándose por debajo de la media de toda España, y su salud media es de 3,2, por lo que el estado de salud de las personas es regular.

Además, se ha calculado el R^2 de la regresión, el cual nos indica la relación entre las variables, en este caso el nivel medio de renta y la salud media de cada comunidad autónoma. El resultado indica una correlación del 30%, lo cual es destacable teniendo en cuenta que no se han considerado ninguna otra variable en el análisis.

Nuestros resultados corroboran los obtenidos en el estudio de Aguilar-Palacio, Carrera Lasfuentes y Rabanaque (2015), el cual muestra cómo las Comunidades Autónomas que presentan un peor estado de salud percibida fueron Andalucía, Canarias, Galicia y Murcia.

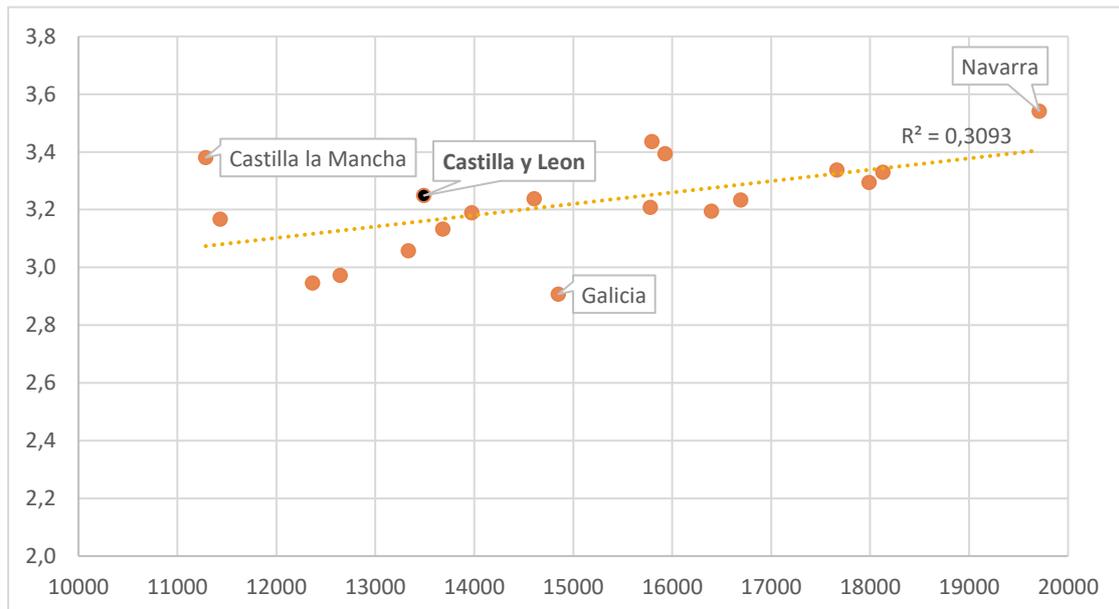
Tabla 6: Renta media y salud media por Comunidades Autónomas y España

COMUNIDADES AUTONOMAS	Renta media	Salud media
CASTILLA-LA MANCHA	11.286	3,4
EXTREMADURA	11.431	3,2
MELILLA	12.366	2,9
CANARIAS	12.644	3,0
MURCIA	13.333	3,1
CASTILLA Y LEÓN	13.491	3,2

ANDALUCÍA	13.681	3,1
CEUTA	13.972	3,2
COMUNIDAD VALENCIANA	14.605	3,2
GALICIA	14.849	2,9
ARAGÓN	15.777	3,2
BALEARES	15.794	3,4
LA RIOJA	15.928	3,4
CATALUÑA	16.395	3,2
CANTABRIA	16.692	3,2
PAÍS VASCO	17.663	3,3
ASTURIAS	17.987	3,3
MADRID	18.129	3,3
NAVARRA	19.708	3,5
ESPAÑA	15.039	3,2

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Gráfico 17: Relación entre el estado de salud y la renta por persona en las comunidades autónomas



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Situando el análisis más concretamente en Castilla y León, volvemos a estudiar la relación entre nivel de renta y salud. Para ello dividimos la renta en tramos de 10.000€, resultando 4 tramos de renta: tramo de 1€ a 10.000€, tramo 2 de 10.0001€ a 20.000€, tramo 3 de 20.0001€ a 30.000€ y el último tramo para más de 30.000€.

En el Gráfico 18 podemos observar, como tiende a ser una línea creciente, a mayor nivel de renta el estado de salud es mejor. A pesar de eso, un dato destacable, es que las personas de mayor nivel de renta (más de 30.000€) no son las que presentan el mejor estado de salud, sino que son las personas que se encuentran en el tramo 3, las que presentan una mejor salud.

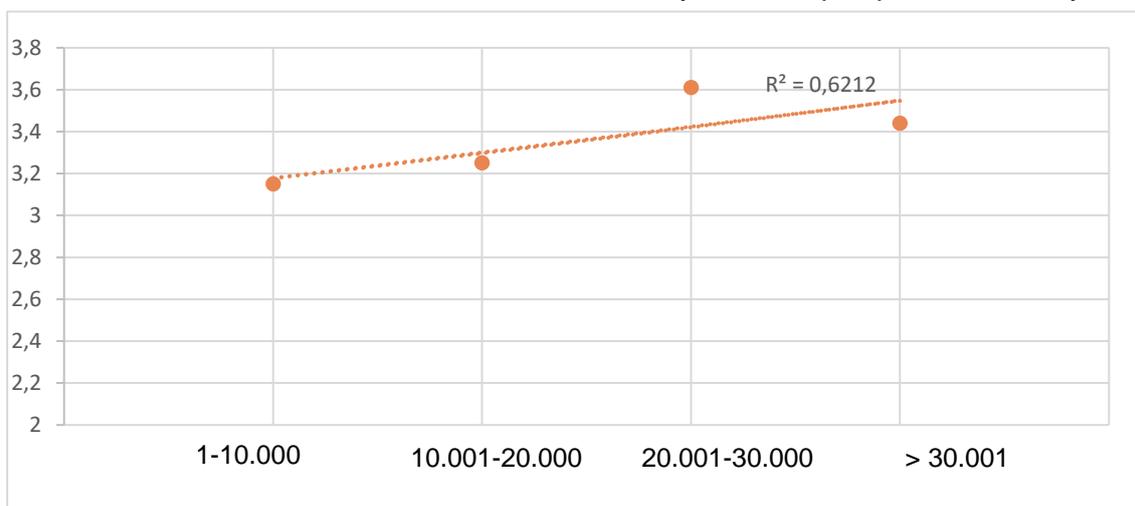
El R^2 nos da un valor destacable de 0,6, recogiendo una fuerte relación entre estas dos variables.

Tabla 6: Salud media según la renta por persona en Castilla y León

RENDA POR PERSONA	SALUD MEDIA
1-10.000	3,15
10.001-20.000	3,25
20.001-30.000	3,61
>30.000	3,44

Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

Gráfico 18: Relación entre el estado de salud y la renta por persona en CyL



Fuente: elaboración propia a partir de la ECV (2012)

5. CONCLUSIONES

La salud de las personas, en concreto, de las personas mayores, está condicionada por multitud de factores, tanto relacionados con la propia salud (enfermedades crónicas, limitaciones para realizar actividades, etc.) como relacionados con la situación socioeconómica de dichas personas (estado civil, renta, etc), o el sistema sanitario y la atención que les presta.

Los determinantes socioeconómicos que más influyen son el nivel de estudios y el nivel de renta. Esto es muy importante debido a que acaba convirtiéndose en un círculo vicioso, de manera que las personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas son las que peor estado de salud tienen, ya que tienen un salario bajo y no pueden optar a alcanzar un cierto nivel de estudios. Lo mismo ocurre con los factores sanitarios, las personas que padecen un mayor número de enfermedades y mayores limitaciones son las que se encuentran en una situación económica peor.

La edad es un condicionante fundamental del estado de salud, y entre los mayores de 60, a medida que los individuos envejecen, su estado de salud se deteriora progresivamente.

Cabe destacar la diferencia existente en el estado de salud según el sexo, siendo las mujeres las que tienen un peor estado de salud, lo cual está condicionado por la mayor presencia de enfermedades crónicas y limitaciones de la vida diaria, y a su vez por la mayor esperanza de vida que presentan.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artículos:

Aguilar-Palacio, I. Carrera-Las Fuentes, P. Rabanaque, M. J. (2015): “Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)”, Gac Sanit, 29(1), pp. 37-43.

Albert, C. y Davia, M. A. (2004): “Salud, salarios y educación”. Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública, 169, pp. 11-34.

Borrell, C. y Benach, J. (2006): “La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña”, Gac Sanit. 20(5), pp.396-406.

Darias, S. (2010): “Determinantes socioeconómicos y salud en Canarias: el caso de los factores de riesgo cardiovascular”, Tesis doctoral” pp. 8-9.

Gonzalo, E. y Pasarín, M. I. (2004): “La salud de las personas mayores”, Gac Sanit, 18, Supl 1, pp. 69-80.

Séculi, E. Fusté, J. Brugulat, P. Juncà, S. Rué, M. y Guillén, M. (2001): “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”, Gac Sanit, 15 (3), pp. 217-223.

Páginas web:

INE. Encuesta de Condiciones de vida 2012. Disponible en: <http://www.ine.es>

INE. Esperanza de vida (2012). Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1415&L=0>

INE. Metodología Encuesta de Condiciones de vida 2012. Disponible en:
http://www.ine.es/prensa/ecv_prensa.htm
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
http://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf

WHO. Salud mental (2013). Disponible en:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

WHO. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/

WHO. Inequidad en salud. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

Equidad en salud. Disponible en:
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursos/ODDS/cursoesp/unidad1C.html>