

Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida

E. Séculi¹ / J. Fusté² / P. Brugulat¹ / S. Juncà¹ / M. Rué³ / M. Guillén⁴

¹Subdirecció General de Planificació Sanitària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. ²Divisió d'Atenció Primària. Servei Català de Salut. ³Department of Biostatistical Science. Dana-Farber Cancer Institute. Boston. ⁴Departament d'Econometria, Estadística i Economia Espanyola. Facultat de Ciències Econòmiques. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Elisa Séculi. Subdirecció General de Planificació Sanitària. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Travessera de les Corts, 131-159, Edifici Ave Maria. 08028 Barcelona. Correo electrónico: eseculi@dsss.scs.es

Recibido: 26 de junio de 2000.
Aceptado: 21 de marzo de 2001.

(Health self-perception in men and women among the elderly)

Resumen

Objetivo: Analizar las diferencias en la percepción del estado de salud de los varones y mujeres en las últimas etapas de la vida y explorar su relación con variables sociodemográficas y de salud.

Métodos: Datos procedentes de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994, de 1.459 varones y 1.993 mujeres de 60 y más años. Se realizó un análisis de la autovaloración del estado de salud según la edad, el sexo, la clase social, la declaración de enfermedades crónicas y la discapacidades y se aplicó un modelo de análisis multivariable de regresión logística teniendo en cuenta el diseño muestral.

Resultados: El 57,3% de las mujeres de 60 y más años declaraba no tener buena salud, frente al 43,6% de los varones. También fue superior la proporción de mujeres que padecía una o más discapacidades (41,2%) respecto a los varones (28,7%), así como la de enfermedades crónicas, el 92,2% de las mujeres y el 85,6% de los varones. En el modelo de regresión logística multivariable continúa manteniéndose una percepción de mala salud superior en las mujeres y aparecen como factores explicativos el número de enfermedades crónicas, padecer discapacidades y pertenecer a las clases sociales más desfavorecidas. La edad en interacción con las enfermedades crónicas amortigua el efecto de éstas en la valoración del estado de salud.

Conclusiones: Entre la población anciana, la percepción de mala salud fue superior en las mujeres incluso ajustando por otras variables explicativas significativas (clase social, edad, discapacidades y enfermedades crónicas). Padecer enfermedades crónicas y/o discapacidades constituyen los factores explicativos más importantes en la percepción del estado de salud. El impacto del padecimiento de enfermedades crónicas en relación con la percepción de mala salud disminuye a medida que los grupos son de mayor edad.

Palabras clave: Género. Estado de salud percibido. Desigualdades en salud. Encuestas de salud. Regresión logística.

Summary

Objectives: To analyze the differences in health self-perception between men and women in the later stages of life and to assess their association with sociodemographic and health variables.

Methods: Data on 1,459 men and 1,993 women aged 60 or older from the 1994 Catalan Health Survey, were collected and an analysis of health self-perception according to age, gender, social class, reporting of chronic disease and handicaps was performed. Multivariate logistic regression analysis was used, taking into account the survey design.

Results: Of the women aged 60 and older, 57.3% reported poor health compared with 43.6% of men of the same age. The proportion of women with one or more handicaps was also greater (41.2%) than that of the men (28.7%), as was the case with chronic disease (92.2% in women and 85.6% in men). The multivariate model also revealed that health self-perception was poorer among women than among men. Other explanatory factors were the number of chronic diseases, having handicaps, and being a member of a lower social class. Age interacted with the number of chronic diseases to mitigate the effect of chronic diseases on perceived health status.

Conclusions: In the elderly population, poor health self-perception was greater among women, even when other significant explanatory variable (social class, age, handicaps and chronic disease) were adjusted for. The most important explanatory factors in health self-perception were having chronic disease and/or handicaps. The impact of chronic disease on poor health self-perception decreased in older age groups.

Key words: Gender. Health self-perception. Health inequalities. Health surveys. Logistic regression.

Introducción

Un rasgo característico de la población catalana es su envejecimiento. La población mayor de 64 años pasó de representar el 10,2% en 1975 al 16,3% en 1996. El índice de sobreenvjecimiento, que expresa la proporción entre el número de personas de más de 74 años y las mayores de 64, se situaba en el 40,8% en el año 1996. La esperanza de vida al nacer era de 75,2 años en los varones y de 82,4 en las mujeres. Como consecuencia de la mortalidad masculina más elevada en todas las edades, existe una feminización de la población de edad avanzada. Entre la población mayor de 64 años, por cada 100 varones hay 140 mujeres y esta feminización se acentúa en los grupos de mayor edad¹.

La Encuesta de Salud de Cataluña² (ESCA) del año 1994 puso de manifiesto, una vez más, que la salud de los varones y de las mujeres es diferente y desigual. Las mujeres tienen peor percepción de su estado de salud y de calidad de vida que los varones y presentan una prevalencia más alta de problemas crónicos, trastornos mentales, discapacidades y padecen un grado más elevado de restricción de las actividades por motivos de salud. También se observó que las mujeres, en general, cualquiera que sea la clase social a que pertenecen, padecen más problemas crónicos y discapacidades. Las mujeres de edad avanzada, además de los problemas de salud que acumulan, a menudo se hallan en una situación socioeconómica más desfavorable que los varones. En Cataluña, entre la población de 60 años y más, el 25% de los varones y el 32% de las mujeres² tienen unos ingresos inferiores al millón de pesetas anuales; por otro lado, el 39,2% de las mujeres son viudas, mientras que sólo el 10,8% de los varones se hallan en esta situación.

Las necesidades de salud varían en las distintas etapas de la vida de las personas. Los estudios disponibles suelen utilizar en el análisis del estado de salud grupos etarios amplios, lo cual puede constituir una limitación³. En este sentido, considerar la población anciana como un grupo homogéneo puede ocultar la extensión y la naturaleza de las necesidades, así como las diferencias sociales y de género en salud.

La finalidad de este trabajo es analizar las diferencias en la percepción del estado de salud entre los varones y las mujeres de 60 años y más, y explorar su relación con variables sociodemográficas y de salud.

Métodos

El presente trabajo se basa en los datos suministrados por la ESCA del Servicio Catalán de la Salud

del año 1994. Se seleccionó a 15.000 personas, representativas de la población no institucionalizada residente en Cataluña, mediante un diseño muestral en dos etapas. Para cada una de las ocho regiones sanitarias de Cataluña se seleccionaron, en primer lugar, los municipios y, posteriormente, en cada uno de ellos, las personas a entrevistar. Se utilizaron dos cuestionarios diferenciados, uno para las personas capacitadas para responder y otra versión, reducida, adaptada para personas incapacitadas y para menores de 15 años. La muestra del presente estudio la constituyen 1.459 varones y 1.993 mujeres de 60 y más años.

Las variables utilizadas en relación con el estado de salud son: la autovaloración del estado de salud y la declaración de padecer discapacidades y enfermedades crónicas. La autovaloración del estado de salud expresa la sensación de bienestar individual. Está ampliamente aceptado que es un buen indicador del estado de salud⁴ y que una mala valoración es un buen predictor de mortalidad⁵. La valoración del estado de salud se ha obtenido de la pregunta: «¿Usted diría que, en general, su salud es...?», con las siguientes opciones de respuesta: excelente, muy buena, buena, regular o mala. Para el análisis, las respuestas se han agrupado en dos categorías: «buena salud» (excelente, muy buena y buena) y «no buena» (regular y mala). Las discapacidades, entendidas como limitaciones funcionales que disminuyen la capacidad de la persona para llevar a cabo actividades de una manera considerada normal, representan el impacto permanente de las anomalías y enfermedades en el estado de salud. La información sobre discapacidades y la presencia de enfermedades crónicas se han obtenido de las preguntas de la ESCA (tabla 1). Como variables sociodemográficas se han utilizado la edad, el sexo, vivir solo y la clase social ocupacional⁶, obtenida esta última a partir de la ocupación actual o anterior de la persona entrevistada o, en caso de no estar laboralmente activa o que no hubiera trabajado, la de la persona principal del hogar.

Se han estimado las *odds ratio* (OR) de percepción de salud «no buena» mediante un modelo de regresión logística múltiple. Para ello, se han seleccionado las variables estadísticamente significativas en el análisis univariable y se han comparado los modelos mediante el test del cociente de verosimilitudes. Una vez seleccionadas las variables del modelo de efectos principales se han contrastado las interacciones. Aquellas interacciones estadísticamente significativas se han incluido en el modelo final. Para estimar los intervalos de confianza (IC) de las interacciones se ha tenido en cuenta las variancias y las covariancias de los estimadores de los coeficientes del modelo de regresión⁷. A efectos de comparabilidad con estudios similares publicados en la bibliografía, el análisis mul-

Tabla 1. Preguntas sobre discapacidades y enfermedades crónicas en la Encuesta de Salud de Cataluña 1994

Discapacidades

¿Tiene alguna limitación grave en la vista que le imposibilite ver la televisión a 2 m, incluso con gafas o lentes de contacto, o ceguera de un ojo o ceguera total? (sí, no)

¿Tiene alguna limitación grave del oído, de manera que no pueda seguir una conversación de tono normal entre diversas personas, incluso con aparato, o sordera de un oído o sordera total? (sí, no)

¿Tiene alguna limitación grave en el habla, por ejemplo, como consecuencia de una operación de laringe, que haga que otras personas tengan dificultades para entender lo que usted dice? (sí, no)

¿Tiene alguna dificultad grave de comunicación para escribir o leer —exceptuando los analfabetos y las personas con problemas de visión— o para hacer y entender signos gráficos como señales de tránsito o las horas del reloj? (sí, no)

¿Por problemas físicos de movilidad tiene una limitación grave para salir de casa si no va acompañado de otra persona? (sí, no)

¿Tiene problemas para andar de forma que necesita un bastón u otro instrumento, o necesita la ayuda de otras personas o silla de ruedas para desplazarse? (sí, no)

¿Tiene otras limitaciones importantes de movimiento como mucha dificultad para correr una distancia de 50 m o para subir escaleras —10 peldaños— sin ayuda de una barandilla o de otro instrumento? (sí, no)

¿Tiene dificultad grave para hacer actividades cotidianas como abrir o cerrar puertas, grifos, pestillos, y/o estirarse o agacharse para coger objetos sin ayuda? (sí, no)

¿Tiene alguna dependencia grave de un aparato o instrumento (marcapasos, riñón artificial, etc.) o de un tratamiento (oxígeno, dieta estricta, etc.) que le impida hacer una vida normal? (sí, no)

¿Tiene una dificultad grave para hacer las actividades básicas de cuidado personal como comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse sin la ayuda de otra persona? (sí, no)

Enfermedades crónicas

¿Nos podría decir si sufre o su médico le ha dicho que sufre/ha sufrido alguno de los trastornos crónicos siguientes? (sí, no)

Presión alta

Enfermedades del corazón

Varices en las piernas

Artrosis, artritis, reumatismo o dolor de espalda crónico

Alergias

Asma

Bronquitis crónica

Diabetes

Úlcera de estómago o duodeno

Molestias urinarias (p. ej., problemas de próstata)

Colesterol elevado

Cataratas

Problemas crónicos de piel

Restreñimiento crónico

Depresión/ansiedad

Embolia

Otras

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

tivariable se ha centrado en la población de 65 y más años.

Todas las estimaciones que se presentan se han obtenido teniendo en cuenta el diseño muestral, formado por estratos (regiones), conglomerados (municipios) y ponderaciones de cada individuo. Se ha utilizado el programa estadístico STATA, que permite obtener las estimaciones puntuales y sus errores estándar mediante aproximaciones lineales^{8,9}.

Resultados

Algo más de la mitad de la población de 60 y más años declara no tener buena salud (tabla 2). La proporción de mujeres que hace esta valoración es supe-

Tabla 2. Porcentaje de población que declara tener una salud regular o mala según edad y sexo

Edad	Varones	Mujeres	Total
60-64	41,9 (36,6-47,2)	55,5 (49,4-61,6)	49,0 (45,2-52,9)
65-69	39,2 (33,3-45,1)	60,6 (54,0-67,2)	51,2 (46,9-55,5)
70-74	49,4 (43,4-55,5)	60,7 (55,1-66,3)	55,9 (51,9-59,8)
75-79	43,8 (36,0-51,7)	55,6 (49,8-61,4)	51,3 (47,5-55,1)
80-84	45,1 (33,6-56,6)	58,5 (50,1-66,8)	53,7 (47,2-60,1)
85 y más	48,0 (34,6-61,5)	44,6 (35,3-53,9)	45,7 (37,9-53,6)
> 60 años	43,6 (40,4-46,8)	57,3 (54,4-60,2)	51,5 (49,5-53,5)

Entre paréntesis se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

rior a la de varones en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 85 y más años.

El 41,2% de las mujeres y el 28,7% de los varones de 60 y más años presentan alguna discapacidad. La proporción de personas que declaran tener una o más discapacidades es mayor en los grupos de más edad, y se observa un incremento importante a partir de los 80 años, y en todos es mayor en las mujeres que en los varones. Las discapacidades declaradas más frecuentemente son las relacionadas con el aparato locomotor y le siguen en importancia las limitaciones graves relacionadas con el sentido de la vista y el oído (tablas 3a y b).

El 92,2% de las mujeres y el 85,6% de los varones de 60 y más años padecen alguna enfermedad crónica. Prácticamente, en todos los grupos de edad estudiados, destaca la mayor proporción de varones que manifiestan no tener ninguna enfermedad crónica y son las mujeres las que las padecen en mayor número (tabla 4). Asimismo, se observa que la proporción de mujeres que hace una valoración negativa de su salud es mayor que la de varones, tanto en ausencia como en presencia de una o varias discapacidades y/o enfermedades crónicas (tabla 5).

En la tabla 6 se presentan los resultados del análisis de regresión logística. Las variables asociadas a la percepción del estado de salud son el sexo, la edad,

la clase social, las enfermedades crónicas y las discapacidades. La OR de percepción de mala salud al ser mujer, ajustada por el resto de variables, es un 22% superior a la de los varones. La edad y las enfermedades crónicas muestran interacción, de manera que no se puede estimar la OR de cada una de dichas variables por separado. La edad evidencia un efecto protector de la percepción de mala salud cuando se tienen dos o más enfermedades crónicas. Cuando se tiene en cuenta el resto de factores asociados y, como máximo, se padece una enfermedad crónica, el hecho de envejecer no se asocia a una peor percepción del estado de salud. El número de enfermedades crónicas, como factor explicativo de la percepción de mala salud, al tener en cuenta la edad presenta unas OR que disminuyen en función de la edad, siendo a los 85 años la mitad que a los 65 años, en el caso de padecer dos enfermedades crónicas más. Pertenecer a la clase social V (trabajadores no cualificados) presenta una OR un 71% más alta que la categoría de referencia, compuesta por todas las clases sociales excepto la IVb y V. La clase social IVb (trabajadores manuales semicualificados) también se comporta como un factor de riesgo para la percepción de mala salud. El hecho de tener dos o más discapacidades es el factor con una OR más alta (3,5) respecto a no tener ninguna discapacidad.

Tabla 3a. Porcentaje de población que declara tener alguna discapacidad, por tipo de discapacidad y edad. Varones

Discapacidad	Grupo de edad (años)						Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	
Vista	3,8 (1,7-6,0)	4,9 (2,3-7,5)	6,5 (3,4-9,6)	7,5 (3,9-11,2)	15,2 (8,3-22,0)	28,7 (15,2-42,2)	7,2 (5,6-8,8)
Oído	3,3 (1,6-5,1)	6,3 (2,9-9,8)	5,9 (3,0-8,9)	17,1 (10,6-23,5)	9,4 (4,2-14,5)	13,6 (4,8-22,4)	7,1 (5,4-8,9)
Habla	0,3 (0,0-0,9)	0,6 (0,0-1,2)	2,2 (0,1-3,9)	3,8 (0,2-7,5)	5,1 (0,1-10,1)	4,7 (0,0-10,8)	1,7 (1,1-2,4)
Comprensión	0,7 (0,0-1,5)	0,0 –	1,0 (0,0-2,3)	3,3 (0,0-6,9)	0,7 (0,0-1,6)	5,1 (0,1-10,1)	1,1 (0,4-1,8)
Salir de casa	0,9 (0,0-1,9)	1,5 (0,1-2,8)	4,5 (2,0-7,0)	7,7 (2,0-13,4)	15,5 (7,2-23,8)	24,8 (13,0-36,6)	4,9 (3,4-6,3)
Andar	3,4 (1,5-5,3)	4,4 (2,1-6,7)	9,5 (5,7-13,3)	12,1 (6,2-18,1)	26,2 (16,1-36,4)	37,8 (24,3-51,3)	9,4 (7,7-11,0)
Movimiento	12,3 (9,3-15,4)	12,4 (8,5-16,3)	15,8 (11,6-20,0)	22,4 (14,7-30,1)	33,0 (24,8-41,2)	58,1 (45,7-70,6)	18,1 (15,8-20,3)
Actividades cotidianas	7,4 (4,9-9,9)	4,9 (2,6-7,3)	8,6 (5,1-12,0)	11,6 (5,5-17,8)	9,4 (2,8-15,9)	19,8 (10,3-29,3)	8,3 (6,6-10,0)
Dependencia tratamiento o aparato	5,8 (2,7-9,0)	2,6 (0,6-4,5)	3,8 (1,5-6,1)	5,6 (1,5-9,8)	6,6 (1,2-12,0)	3,5 (0,0-8,2)	4,5 (3,1-5,9)
Cuidado personal	1,5 (0,3-2,8)	1,3 (0,1-2,5)	2,9 (0,2-5,7)	8,4 (3,8-13,0)	12,1 (4,8-19,3)	15,3 (7,1-23,5)	4,0 (2,9-5,2)

Entre paréntesis se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

Tabla 3b. Porcentaje de población que declara tener alguna discapacidad, por tipo de discapacidad y edad. Mujeres

Discapacidad	Grupo de edad (años)						Total
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥ 85	
Vista	4,5 (2,4-6,6)	9,2 (5,8-12,5)	10,2 (6,7-13,7)	11,3 (7,1-15,4)	16,3 (11,9-20,7)	28,2 (19,7-36,8)	10,6 (8,9-12,4)
Oído	2,9 (1,4-4,4)	5,9 (3,3-8,5)	6,1 (3,3-9,0)	9,5 (4,9-14,0)	15,0 (9,7-20,3)	25,3 (18,0-32,7)	8,0 (6,9-9,1)
Habla	0,4 (0,0-0,8)	0,9 (0,1-1,6)	0,3 (0,0-0,8)	2,3 (0,1-4,5)	1,8 (0,0-3,8)	3,8 (0,7-6,9)	1,1 (0,7-1,6)
Comprensión	0,8 (0,0-1,8)	0,7 (0,0-1,4)	1,4 (0,1-2,6)	3,2 (0,8-5,5)	5,8 (2,1-9,4)	6,5 (2,1-10,9)	2,2 (1,4-3,0)
Salir de casa	3,2 (1,0-5,4)	5,1 (3,0-7,2)	10,1 (6,8-13,4)	12,6 (7,0-18,2)	19,8 (14,6-25,0)	51,7 (42,9-60,5)	11,6 (10,2-13,0)
Andar	4,0 (1,5-6,5)	6,4 (3,9-8,9)	11,5 (7,6-15,4)	15,7 (11,0-20,4)	25,0 (18,6-31,4)	56,1 (48,2-64,0)	13,7 (12,3-15,1)
Movimiento	16,1 (12,0-20,2)	24,3 (19,6-29,0)	30,4 (24,1-36,8)	35,5 (28,6-42,5)	43,7 (37,2-50,2)	69,8 (62,5-77,1)	30,4 (27,5-33,4)
Actividades cotidianas	13,6 (10,1-17,2)	12,1 (8,1-16,1)	16,8 (12,5-21,2)	19,4 (13,4-24,7)	25,3 (18,9-31,7)	39,2 (29,9-48,5)	17,8 (15,4-20,2)
Dependencia tratamiento o aparato	4,7 (2,1-7,2)	4,0 (2,2-5,9)	5,7 (3,6-7,8)	4,9 (2,2-7,7)	3,8 (0,8-6,8)	6,0 (1,8-10,2)	4,8 (3,4-6,1)
Cuidado personal	1,2 (0,1-2,3)	2,5 (0,8-4,1)	3,7 (1,5-6,0)	6,5 (3,1-9,8)	9,9 (6,3-13,4)	27,2 (17,7-36,7)	5,5 (4,5-6,6)

Entre paréntesis se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

Tabla 4. Porcentaje de población que declara padecer enfermedades crónicas, según edad y sexo

Edad (años)	Ninguna		Una		Dos y más	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
60-64	18,9 (14,1-23,6)	10,2 (6,7-13,8)	23,5 (19,2-27,8)	20,3 (15,3-25,3)	57,6 (52,0-63,3)	69,5 (63,9-75,1)
65-69	15,1 (11,3-18,8)	8,7 (4,6-12,7)	26,9 (21,5-32,3)	13,9 (9,6-18,2)	58,1 (51,4-64,7)	77,4 (72,5-82,4)
70-74	11,3 (7,3-15,3)	7,1 (3,9-10,3)	22,0 (16,1-27,9)	12,8 (9,7-15,9)	66,7 (61,3-72,1)	80,1 (75,5-84,7)
75-79	14,0 (8,5-19,5)	4,7 (2,2-7,3)	16,5 (10,2-22,8)	22,8 (17,0-28,6)	69,5 (61,8-77,2)	72,5 (66,9-78,1)
80-84	5,3 (0,7-9,9)	7,9 (4,3-11,6)	14,9 (7,2-22,7)	14,2 (7,0-21,4)	79,8 (71,8-87,8)	77,8 (70,4-85,3)
≥ 85	12,5 (4,3-20,7)	4,3 (0,9-7,7)	18,7 (4,5-32,9)	17,2 (9,8-24,7)	68,9 (55,5-82,3)	78,5 (71,3-85,7)
≥ 60 años	14,4 (11,8-17)	7,8 (6,2-9,4)	22,3 (20,2-24,4)	16,8 (14,5-19,1)	63,3 (60,4-66,1)	75,4 (72,9-77,9)

Entre paréntesis se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

Tabla 5. Porcentaje de población que declara tener una salud regular o mala según padecimiento de enfermedades crónicas y/o discapacidades y según sexo

	Varones	Mujeres
No crónica/no discapacidad	9,0 (4,5-13,5)	16,4 (10,7-22,0)
Una crónica y/o discapacidad	20,9 (15,4-26,5)	30,2 (23,6-36,9)
2 o más crónicas o discapacidades	57,1 (53,6-60,6)	65,1 (62,1-68,1)

Entre paréntesis se muestran los intervalos de confianza del 95%.

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

Discusión

Si bien, aproximadamente, tres cuartas partes de la población catalana manifiesta que su salud es buena, sólo la mitad de las personas mayores de 60 años hace esta valoración. En esta población se observan diferencias de sexo en la percepción del estado de salud, con un exceso de mujeres que hace de ella una valoración negativa. Diversos estudios han documentado las diferencias de sexo en la percepción del estado de salud y se ha estudiado también la relación

Tabla 6. Odds ratios (OR) de declarar una salud regular o mala

Variablen	OR (IC del 95%)
Sexo (referencia: varones)	1,22 (0,99-1,50)
Edad teniendo en cuenta enfermedades crónicas (OR para 1 año)	
Con 0 enfermedades crónicas	1,00 (0,98-1,03)
Con 1 enfermedad crónica	0,99 (0,97-1,01)
Con 2 enfermedades crónicas	0,97 (0,95-0,98)
Clase social (referencia: todas las clases sociales excepto IVb y V)	
IVb	1,32 (1,08-1,63)
V	1,71 (1,23-2,36)
Enfermedades crónicas teniendo en cuenta la edad (OR para una enfermedad crónica más)	
1 enfermedad crónica más a los 65 años	1,81 (1,65-1,98)
1 enfermedad crónica más a los 75 años	1,51 (1,47-1,55)
1 enfermedad crónica más a los 85 años	1,26 (1,18-1,34)
2 enfermedades crónicas más a los 65 años	3,27 (2,72-3,93)
2 enfermedades crónicas más a los 75 años	2,28 (2,16-2,41)
2 enfermedades crónicas más a los 85 años	1,59 (1,40-1,80)
Discapacidades (referencia: ninguna discapacidad)	
1 discapacidad	1,37 (1,02-1,83)
≥ 2 discapacidades	3,47 (2,60-4,64)

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.

entre la percepción y el estado de salud, observándose, en la población anciana, una percepción peor en mujeres que en varones, pero con una elevada concordancia, entre la autopercepción y la presencia real de discapacidades y limitaciones funcionales en ambos sexos^{10,11}.

En nuestro estudio, aparecen como factores explicativos de la percepción de mala salud el número de enfermedades crónicas que se padecen, tener discapacidades y pertenecer a las clases sociales más desfavorecidas. Después de ajustar por estas variables, continúa manteniéndose una percepción de mala salud superior en las mujeres, aunque en el límite de la significación estadística.

En cuanto a la edad, su interacción con las enfermedades crónicas hace que, a mayor edad, sea menor la repercusión del número de enfermedades crónicas en la percepción de mala salud. Estos resultados sugieren que, en las edades avanzadas, no es solamente la presencia de discapacidades o enfermedades crónicas lo que tiene influencia en la autovaloración del estado de salud, sino que puede haber diferencias en las expectativas de vida y en la adaptación al padecimiento de problemas de salud, según grupos de edad.

En un estudio similar en el Reino Unido³, se observó que si bien las mujeres presentaban discapacidades en mayor proporción que los varones, las diferencias de

sexo en la valoración de la salud eran mínimas. Asimismo, al controlar las variables edad, estado civil, clase social, ingresos y nivel de discapacidad, las mujeres hacían una valoración más positiva de su salud que los varones. Sin embargo, los hallazgos de este estudio y el nuestro coinciden en que tener discapacidades y pertenecer a las clases sociales más desfavorecidas son variables explicativas de la percepción de mala salud.

Las diferencias en los resultados de ambos trabajos sugieren que al tratarse de sociedades distintas, ha de considerarse el contexto social y el papel de la mujer correspondiente a las cohortes estudiadas, e incluso el distinto significado que salud y enfermedad pueden tener para varones y mujeres en culturas distintas. Cabe plantearse que en el futuro, a medida que se homogeneice la situación de la mujer en las distintas sociedades, pueden producirse cambios en las diferencias en la percepción de la salud según el sexo. El acceso a la educación, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y el disfrute de un mayor apoyo social son factores estructurales cuya influencia positiva en el estado de salud ha sido ampliamente reconocida¹²⁻¹⁶.

Concretamente, en relación con la población anciana, existe evidencia de que, a pesar del tiempo transcurrido después de abandonar el mercado laboral, haber pertenecido a una clase ocupacional alta se asocia con una mejor valoración del estado de salud¹⁷.

Una limitación de nuestro estudio es que no recoge información de la población institucionalizada. La inclusión de dicha población podría modificar los resultados, dado que se trata de población predominantemente femenina, de edad avanzada y que acumula padecimientos crónicos y discapacidades. También cabría considerar como una limitación el hecho de tratar las diferentes enfermedades crónicas sin considerar su nivel de gravedad, ya que sólo se ha tenido en cuenta su presencia o ausencia.

El comportamiento de la edad en nuestro estudio, que en ausencia de enfermedades crónicas o cuando sólo hay una enfermedad crónica no es estadísticamente significativa, puede ser debido a aspectos metodológicos relacionados con el diseño transversal del estudio. En este tipo de estudios, se ha observado una infravaloración en la medida del deterioramiento de la percepción de salud asociado a la edad, respecto a los estudios longitudinales¹⁸. En los estudios transversales, al comparar grupos de edad, se puede estar introduciendo un sesgo de supervivencia, dado que las personas de mayor edad son los grupos más seleccionados en términos de salud y, en cambio, los grupos más jóvenes incluyen los individuos que sobrevivirán pero también los que morirán pronto y los que tienen más problemas de salud.

Otra limitación relacionada con el diseño transversal del estudio es el denominado efecto cohorte, referido a las diferencias que afectan a las personas

nacidas en diferentes generaciones. La interacción entre edad y enfermedades crónicas observada en nuestro estudio, por la cual la repercusión de las enfermedades crónicas en la percepción de mala salud es inferior en los grupos de mayor edad, podría estar relacionada con las diferencias vitales o de expectativas entre generaciones, que llevarían a que las cohortes más viejas percibieran la salud más positivamente.

Desde el punto de vista metodológico, hay que destacar que el análisis estadístico se ha realizado teniendo en cuenta el diseño muestral completo de la Encuesta de Salud de Cataluña. Las estimaciones obtenidas de esta forma son distintas de las que se obtuvieron previamente sin incorporar el diseño. En general, los IC son más amplios que los obtenidos si únicamente

se hubieran tenido en cuenta los pesos de cada unidad muestral, pero no la existencia de estratos y conglomerados. En concreto, la interacción de enfermedades crónicas y sexo era estadísticamente significativa si no se tenía en cuenta el diseño muestral y dejó de serlo cuando éste se incorporó al análisis.

Los resultados del presente estudio sugieren que el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados hace ineludible mejorar el conocimiento del estado de salud de la población de edad avanzada con el fin de modificar, en la medida que sea posible, los factores que en las edades previas condicionan la salud en la vejez, desarrollar políticas de salud en consonancia con las necesidades e identificar a tiempo los cambios que se produzcan y las repercusiones en el uso de servicios sanitarios y sociales.

Bibliografía

1. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya 1999-2001. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1996.
3. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med* 1999; 48: 61-76.
4. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29: 761-768.
5. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-808.
6. Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de la clase social basada en la ocupación. *Gac Sanit* 1989; 3: 320-326.
7. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic Regression*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1989.
8. Stata Corporation. *Stata statistical software: release 5.0*. College Station, TX: Stata Corporation, 1997.
9. Skinner CJ, Holt D, Smith TMF, editores. *Analysis of complex surveys*. Nueva York: John Wiley & Sons, 1989.
10. Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997; 52: M19-M26.
11. Ferrer M, Lamarca R, Orfila F, Alonso J. Comparison of performance-based and self-rated functional capacity in Spanish elderly. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 228-235.
12. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1977; 108: 566-571.
13. Werbrugge L M. Multiple roles and physical health of women and men. *J H Soc Behav* 1983; 24: 16-30.
14. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1221-1235.
15. Mannila H. Inequalities in health and gender. *Soc Sci Med* 1986; 22: 141-149.
16. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997; 44: 773-787.
17. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med* 1993; 36: 33-46.
18. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: Cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 563-570.