Gac Sanit. 2014;28(6):511–521

Revisión

Desigualdades en la salud autopercibida de la población española mayor de 65 años

Victoria Morcillo Cebolla[a,*], Antonio de Lorenzo-Cáceres Ascanio[b], Paloma Domínguez Ruiz de León[c], Ricardo Rodríguez Barrientos[d] y María José Torijano Castillo[e]

[a] Centro de Salud "Las Cortes", Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
[b] Centro de Salud Universitario "Ciudad Jardín", Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España
[c] Centro de Salud Navalcarnero, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, España
[d] UAT, Unidad Apoyo Investigación Atención Primaria, Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad, Red de Investigación en Servicios de Salud y Enfermedades Crónicas, REDISSEC, Madrid, España
[e] Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 9 de diciembre de 2013
Aceptado el 19 de mayo de 2014
On-line el 2 de septiembre de 2014

Palabras clave:
Estado de salud
Disparidades en el estado de salud
Autoimagen
Ancianos
España

RESUMEN

Objetivo: Recientes publicaciones han concluido que existen desigualdades sociales en salud en las personas mayores de 65 años en España, que afectan principalmente a mujeres y personas con bajo nivel socioeconómico. La salud autopercibida se ha relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas, la utilización de los servicios sanitarios y la mortalidad. El objetivo de este trabajo es valorar las desigualdades en la salud autopercibida de los mayores en relación con la edad, el género, los factores socioeconómicos y el nivel de dependencia.
Métodos: Se diseñó una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios PRISMA. Se realizó una búsqueda exhaustiva en PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest y BMJ Group, y en bases electrónicas de tesis doctorales españolas hasta abril de 2013. La calidad de los estudios se evaluó por dos revisores de forma independiente mediante el instrumento desarrollado por Berra.
Resultados: Se seleccionaron 20 documentos concordantes en señalar el empeoramiento de la salud autopercibida en los individuos de mayor edad (excepto en los más longevos), en los que tienen dependencia funcional, pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y al género femenino.
Conclusiones: Esta revisión muestra que entre las personas mayores persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico con respecto a la salud autopercibida. Son necesarios futuros estudios para aclarar los factores que hacen que persistan las desigualdades en los mayores, y así poder diseñar políticas de salud específicas para este sector de la población.

© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS.

Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain

Keywords:
Health status
Health status disparities
Self-concept
Aged
Spain

ABSTRACT

Objective: Recent publications have concluded that there are social health inequalities in people older than 65 years in Spain, especially among women and people with low socioeconomic status. Self-perceived health is an indicator that is related to the possibility of chronic disease, the use of health services, and mortality. The aim of this study was to assess inequalities in self-perceived health in relation to age, gender, socioeconomic factors, and functional dependence.
Methods: A systematic review was conducted following the PRISMA criteria. An exhaustive search was performed in PubMed, WOK, Science Direct, EMBASE, IME, Cochrane, JSTOR, Ovid, Proquest, the BMJ Group and in Spanish doctoral theses up to April 2013. The quality of the studies was assessed by two independent editors through the Berra Tool.
Results: A total of 20 documents were selected. These studies were in agreement in the deterioration of self-perceived health among older people (except the oldest), in those with functional dependence, lower socioeconomic status, and in women.
Conclusions: This review shows that, among older people, inequalities in self-perceived health due to socioeconomic status and gender have persisted in time. Future research is needed to cast light on the factors determining the persistence of these inequalities among older people, so that specific health policies can be designed for this sector of the population.

© 2013 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SESPAS.

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: morceb.vi80@gmail.com (V. Morcillo Cebolla).

http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008
0213-9111/© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SESPAS.

Introducción

Europa es la región mundial donde la población mayor de 65 años está aumentando más rápidamente. El incremento del número de personas mayores conlleva una preocupación en ascenso sobre la disponibilidad de servicios, ya que el envejecimiento de la población supone un empeoramiento de la salud subjetiva, un aumento en la dependencia para las actividades de la vida diaria y, por tanto, una creciente demanda de cuidados sociosanitarios[1]. Se ha planteado que, para tratar de reducir el impacto de la «carga social» de la población mayor, son necesarias políticas que promuevan el envejecimiento activo y saludable[2].

En España se calcula que en el año 2049 los mayores de 65 años representarán el 31,9% de la población, con un aumento progresivo de las mujeres y del grupo de mayor edad[3]. Un número creciente de publicaciones se ha interesado por las desigualdades sociales en salud existentes en la población adulta de edad avanzada, concluyendo que son mayores en dos grupos de población anciana: las mujeres y los individuos que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas[4]. En España, un alto porcentaje de las personas mayores se enfrenta a malas condiciones de vida debido a unos ingresos bajos[5]. Esta situación es especialmente preocupante en las mujeres, pues reciben pensiones de menor cuantía económica debido a una baja incorporación al mercado laboral[6].

En la literatura escasean los trabajos que recogen los factores que contribuyen a las desigualdades sociales en salud, cuyo conocimiento es necesario para poder mejorar la respuesta sanitaria y social a la dependencia y a la discriminación por género y clase social en los mayores de 65 años[4].

La salud autopercibida es uno de los indicadores de salud más utilizados en la investigación en desigualdades sociales en salud, pues se considera un fiel reflejo del estado de salud en que se encuentra el individuo[7]. La salud autopercibida suele estimarse mediante la pregunta «¿cómo considera usted su estado de salud?» incluida habitualmente en las encuestas de salud nacionales e internacionales, valorada con una escala ordinal de respuestas[8]. La importancia de la medida de la salud autopercibida radica en su fuerte asociación con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas[7] y con la utilización de los servicios sanitarios[9–11]. Algunos autores han sugerido, incluso, que podría comportarse también como un potente predictor de mortalidad[12–16].

Dentro de este marco teórico, este estudio tiene como objetivo recoger y describir los trabajos realizados sobre la salud autopercibida en población española mayor de 65 años y su relación con las desigualdades sociales en salud en función de la edad, el género, el nivel socioeconómico y el nivel de dependencia.

Métodos

Diseño

Entre febrero y abril de 2013 se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios de la declaración PRISMA[17,18]. Este trabajo forma parte de otro mayor que engloba a la población adulta española. Las citas identificadas se gestionaron a través del gestor bibliográfico Mendeley, versión 1.9.2.

Criterios de elegibilidad

1) Criterios de inclusión

Se incluyeron todos los estudios redactados en español, inglés o catalán publicados hasta el 30 de abril de 2013, que trataran sobre desigualdades sociales (al menos desigualdad por edad, por nivel socioeconómico o por género) en la salud autopercibida, en población general no institucionalizada, de edad ≥65 años y que residiese en territorio español. Para que el trabajo fuera seleccionado, la salud autopercibida debía ser medida con la pregunta «¿cómo considera usted que es su salud?». Entre las varias posibles respuestas se eligieron las categorías recomendadas por el grupo EURO-REVES, en una escala que incluye «muy buena», «buena», «regular», «mala» y «muy mala»[8].

2) Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudios en los cuales, a falta del documento completo, no fue posible recuperar un resumen estructurado que permitiera obtener los datos precisos para los objetivos de este estudio y evaluar su calidad; los estudios que no aportaran datos numéricos en el apartado de resultados; los estudios que, aunque incluyeran la salud autopercibida dentro de una valoración más amplia de la «calidad de vida», no permitían extraer datos aislados de la salud autopercibida; y los estudios duplicados.

Estrategia de búsqueda

1) Búsqueda en revistas indexadas en bases de datos electrónicas

Se efectuó una búsqueda en las principales bases de datos electrónicas de biomedicina: PubMed, Web of Knowledge, Science Direct, EMBASE, Índice Médico Español, Cochrane Library, JSTOR, Ovid, Proquest y British Medical Journal Group. La estrategia de búsqueda completa utilizada en PubMed está disponible en el material adicional de la versión electrónica de este artículo. Para el resto de las bases de datos se usó una estrategia similar a ésta, aunque adaptada a las características de búsqueda de cada una de las bases.

2) Búsqueda de tesis doctorales en universidades españolas

Se consultaron mediante los términos más específicos de la búsqueda (véase el material adicional de la versión electrónica de este artículo) en las siguientes bases de datos de tesis doctorales:

- Teseo: bases de datos de tesis doctorales de las universidades españolas.
- Tesis Doctorales en Red de las Universidades de Cataluña.
- Servicio de biblioteca de la Universidad Autónoma de Madrid.

3) Búsqueda a partir de la bibliografía citada en otros documentos

Para ampliar la búsqueda se revisó la bibliografía citada en los artículos primarios más relevantes, con lo que se logró aumentar el número de estudios finalmente seleccionados.

Estrategias para minimizar el sesgo de selección

Por un lado, se definieron con claridad los criterios de inclusión y exclusión. Dos evaluadores (V.M.C y P.D.R) leyeron primero los títulos y los resúmenes de los trabajos seleccionados, y efectuaron una lectura completa cuando el resumen no daba suficiente información para asegurar que el trabajo cumpliera los criterios de elegibilidad. Por otra parte, evaluaron la calidad de cada uno de los trabajos de forma independiente, mediante la herramienta desarrollada por Berra en 2008[19] para estudios transversales, basada en las recomendaciones de la Agency for Healthcare Research and Quality, el Scottish Intercollegiate Guidelines Group, el Osteba (Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco) y la iniciativa STROBE. Esta herramienta consta de 27 apartados, y a cada uno de ellos los revisores le asignaron una puntuación. La calidad se consideró alta si la mayoría de los enunciados se respondían como «muy bien» o «bien», media si la mayoría se respondían como «bien» o «regular», y «baja» si la mayoría eran «regular» o «mal».

Para contrastar la aplicación de estos criterios y homogeneizar su interpretación, se llevó a cabo una primera sesión conjunta con la evaluación de los cinco primeros artículos seleccionados. Ambos revisores aportaron sus plantillas ya completadas, discutiéndolas punto por punto. Para los siguientes artículos intercambiaron las

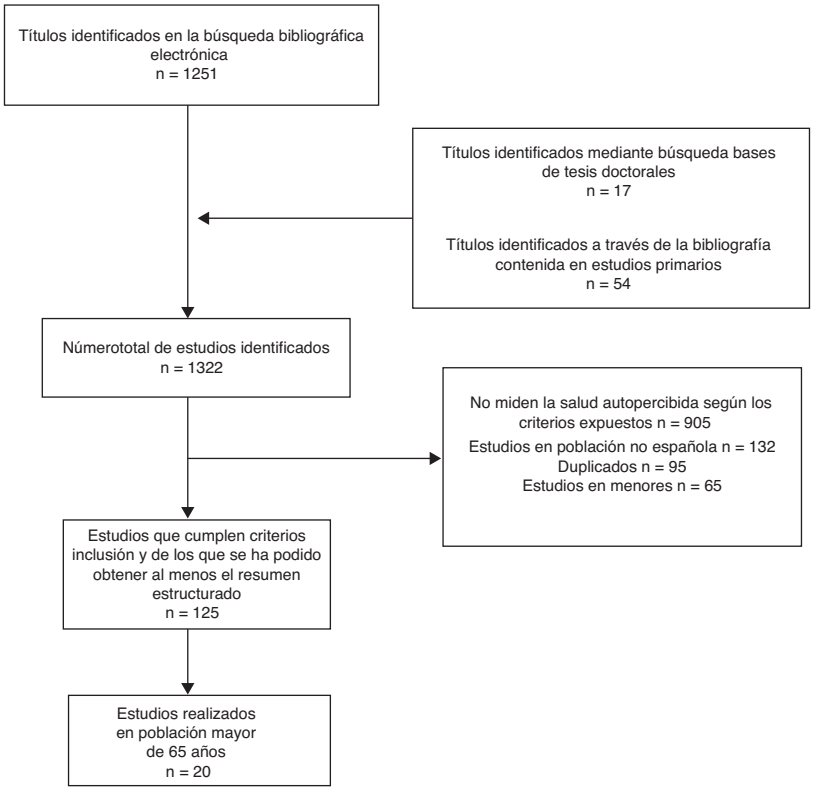

Figura 1. Proceso de selección de estudios.

plantillas rellenadas por cada evaluador y cada revisor comprobaba que las respuestas fueran iguales. Donde se encontraron discrepancias se discutió la razón de cada respuesta individual y se llegó a un consenso. Se excluyeron los trabajos calificados como de «calidad baja».

Proceso de extracción de datos

Tras la lectura del título y el resumen, o del artículo completo, se elaboró una base de datos con los artículos seleccionados con el acuerdo de los dos revisores mediante el *software* Excel versión 2013. Se diseñó una primera tabla piloto usando una muestra inicial de artículos seleccionados para asegurar que era posible recoger toda la información. Un primer revisor hizo la extracción de los datos y el otro comprobó su concordancia.

Síntesis de resultados

Se realizó una síntesis descriptiva de cada estudio, señalando las particularidades de cada uno, los posibles sesgos o problemas de calidad y sus principales resultados y conclusiones. No fue posible realizar un metaanálisis por la heterogeneidad de los estudios seleccionados[20].

Resultados

En la figura 1 se expone el proceso de selección de los estudios; de ellos, veinte[21–40] cumplieron los criterios de inclusión, todos de tipo transversal. Fue posible obtener la versión completa de todos los trabajos. Tras la evaluación de los criterios de calidad, ninguno de los estudios fue excluido pues todos presentaron calidad alta o media. Las características de cada estudio y sus resultados principales se presentan en la tabla 1, que incluye los trabajos realizados en un ámbito de estudio municipal, en la tabla 2 los regionales y en la tabla 3 los nacionales.

En once[21–24,28–30,33–38] de los trabajos se observó una relación entre la salud autopercibida y la edad: a mayor edad, los individuos reportaban peor salud autopercibida. Sin embargo, dentro de este grupo se recogieron siete estudios[24,28–30,35,37,38] que observaron, además, que en las edades extremas la tendencia se invertía y se encontraba un incremento en la percepción de buena salud. El trabajo de Roqué i Figuls et al.[37] encontró este incremento en diferentes franjas de edad a partir de los 70 años: 70-74 años (*odds ratio* [OR]: 0,84; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,71-1), 75-79 años (OR: 0,82; IC95%: 0,67-1) y ≥80 años (OR: 0,98; IC95%: 0,79-1,22). López-Torres et al.[24] lo observaron a partir de los 75 años de edad ($p < 0.01$); Azpiazu et al.[30] en los mayores de 80 (de forma no significativa); Girón[35] obtuvo en su tesis que en los mayores de 83 años se incrementa la buena percepción de la salud (OR: 0,60; IC95%: 0,47-0,75), así como en uno de sus trabajos[38] (OR: 0,55; IC95%: 0,41-0,71); y Damián et al.[28] hallaron que la buena percepción de salud aumentaba a partir de los 85 años de edad (OR: 0,37; IC95%: 0,18-0,77), pero sólo en las mujeres. Además, Valderrama et al.[29] encuentran que los mayores de 85 años reportan una mejor salud autopercibida (OR: 2,43; IC95%: 1,51-3,90) al ajustar por edad, sexo y dependencia funcional.

Siete de los trabajos[26,28–31,35,37] encontraron relación entre peor salud autopercibida y aumento de la dependencia. El estudio de Girón[35] halló que los dependientes reportaban peor salud autopercibida (OR: 0,65; IC95%: 0,54-0,78), y Roqué i Figuls et al.[37] observaron que la situación de dependencia conlleva más oportunidades de presentar mala salud percibida (OR: 4,31; IC95%: no indicado). A su vez, Lázaro et al.[26], Valderrama et al.[29] y Damián et al.[28] describieron la salud autopercibida en relación a la dependencia leve y a la dependencia grave, mostrando siempre y de manera significativa una peor valoración que en las personas independientes.

Tabla 1
Principales características de los artículos seleccionados para la revisión cuyo ámbito de estudio es municipal

	Tamaño de la muestra	Obtención de datos	Otras variables	Calidad	Principales resultados			
					En relación a la edad	En relación al estado de dependencia	En relación al nivel socioeconómico	En relación al género
Sánchez-Santos et al., 2011[21]	1.016	Encuesta "Envejecer en Leganés" 1993, 1995 y 1997	Sexo, edad, estado civil, fumar, actividad física, nivel de estudios, comorbilidad física y mental, discapacidad	Alta/media				Porcentaje de mala/muy mala salud autopercibida p ≤0,001 Año: • 1993: 11,7 (hombre) / 22,5 (mujer) • 1995: 10,4 (hombre) / 20,9 (mujer) • 1997: 16,7 (hombre) / 27,7 (mujer)
Fernández-Merino et al., 2000[22]	408	Encuesta Salud A Estrada (Pontevedra)	Sexo, edad, hábitos de riesgo, dieta, enfermedades crónicas, consumo de fármacos, uso y satisfacción servicios sanitarios, capacidad funcional	Alta				Peor salud autopercibida OR (IC95%) en mujeres 2,43 (1,35-4,36)
Borrell y Ferrando, 2003[23]	2.141	Encuesta Salud Barcelona 2000	Sexo, edad, clase social, salud mental, discapacidad, trastornos crónicos	Alta/media	Porcentaje de mala/muy mala salud autopercibida Edad: • 65-74: 9 (hombre) / 15,1 (mujer) • 79-84: 10 (hombre) / 21 (mujer) • ≥ 85: 20,8 (hombre) / 19,4 (mujer)		Porcentaje de mala/muy mala salud autopercibida Clase social: • I-II: 8,6 (hombre) / 9,4 (mujer) • III: 7,9 (hombre) / 10,6 (mujer) • IV-V: 11 (hombre) / 22,1 (mujer)	
López-Torres et al., 2013[24]	944	Encuesta Salud Ciudad Albacete 2008	Sexo, edad, nivel de estudios, número de enfermedades, consumo psicofármacos, estado civil, insomnio	Alta	Mejor autovaloración EVA (0-100) p < 0,01 • < 75 años: 70,5 ± 18,3 • ≥ 75 años: 67,0 ± 18,5		Mejor autovaloración EVA (0-100) p < 0,01 • Al menos primaria: 73,0 ± 17,4 • Sin estudios 66,2 ± 18,7	Mejor autovaloración EVA (0-100) p < 0,01 • Hombre: 73,2 ± 16,0 • Mujer: 65,5 ± 19,6
Rodríguez-Rodríguez et al., 2011[25]	499	Calidad de Vida a los Mayores Madrid 2005	Sexo, edad, renta, tamaño de la residencia, calidad de vida, actividades de ocio	Alta/media			Porcentaje de mala y muy mala salud autopercibida p ≤0,001 • Ingresos altos: 47,4% • Ingresos bajos: 52,6%	

Tabla 1 (*continuación*)

	Tamaño de la muestra	Obtención de datos	Otras variables	Calidad	Principales resultados			
					En relación a la edad	En relación al estado de dependencia	En relación al nivel socioeconómico	En relación al género
Lázaro et al., 2007[26]	380	Encuesta Salud Ciudad de Zaragoza 2005	Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios	Alta		Pacientes independientes: • Buena-excelente salud autopercibida: 81,4 (76,3-86,5) • Regular-mala salud autopercibida: 46 (37-55) Pacientes dependencia leve-moderada: • Buena-excelente salud autopercibida: 14,5 (9,9-19,1) • Regular-mala salud autopercibida: 43,7 (34,7-52,6) Paciente dependencia grave/absoluta: • Buena-excelente salud autopercibida: 4,1 (1,5-6,7) • Regular-mala salud autopercibida: 10,3 (4,8-15,8) (p < 0,001)		
Zunzunegui et al., 2001[27]	1.081	Encuesta "Envejecer en Leganés" 1993	Sexo, edad, miembros de la familia, salud mental, soporte emocional, soporte instrumental	Alta				Porcentaje de regular, mala y muy mala salud autopercibida p > 0,001: • Hombre 58,5% • Mujer 76,9%
Damián et al., 1999[28]	677	Encuesta Ciudad de Madrid 1994	Sexo, edad, clase social, nivel de dependencia, uso de servicios sanitarios, trastornos crónicos	Alta	Peor salud autopercibida OR (IC95%): • 65-74: 1 • 75-84: 0,85 (0,57-1,27) • ≥ 85: 0,37 (0,18-0,77)	Peor salud autopercibida OR (IC95%): • Independiente: 1 • Dependencia leve: 2,19 (1,42-3,36) • Dependencia mayor que leve: 3,64 (1,89-7,02)	Peor salud autopercibida OR (IC95%): • No-manual: 1 • Manual: 1,98 (1,39-2,83)	Peor salud autopercibida OR (IC95%): • Hombres: 1 • Mujeres: 1,25 (0,87-1,80)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 2
Principales características de los artículos seleccionados para la revisión cuyo ámbito de estudio es regional

	Tamaño de la muestra	Obtención de datos	Otras variables	Calidad	Principales resultados			
					En relación a la edad	En relación al estado de dependencia	En relación al nivel socioeconómico	En relación al género
Valderrama 1999[29]	781	Encuesta Zona Básica Salud de Cabra, Córdoba 1996	Sexo, edad, nivel de dependencia, estado civil, modo de convivencia, nivel de estudios	Alta	La percepción de muy buena o buena salud (OR [IC 95%]) • 65-74 años: 1 • 75-84 años: 1,13 (0,79-1,62) • ≥ 85 años: 2,43 (1,51-3,90)	La percepción de muy buena o buena salud (OR [IC 95%]) • Índice de Barthel: independencia 5,00 (2,99-8,35); dependencia leve 1,94 (1,18-3,19); dependencia moderada, severa 1 • Índice de Lawton: independencia 1,76 (1,16-2,68); dependencia en una o más actividades 1		La percepción de muy buena o buena SA (OR [IC 95%]) • Hombre 2,17 (1,24-3,05) • Mujer 1
Azpiazu 2002[30]	911	Encuestas áreas 2 y 4 Madrid 1999	Sexo, edad, nivel de estudios, nivel de dependencia, estado civil, apoyo sociofamiliar, consumo tóxicos, salud mental, calidad de vida	Alta	Porcentaje de regular, mala y muy mala SA: • 65-79 años: 48,3% • ≥ 80 años: 46,7%	• Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-I (p < 0,001): independiente 37,5%; dependiente parcial o total 62,3 • Porcentaje de regular, mala y muy mala SA en las AVD-B (p<0,001): Independiente 42,7; dependiente parcial o total 65,8	Porcentaje de regular, mala y muy mala SA (p < 0,001): • No estudios: 58,4 • Otros: 40,6	Porcentaje de regular, mala y muy mala SA (p < 0,01): • Hombre: 42,5 • Mujer: 51,6
Brugulats-Guiteras 2011[31]	3.566	Encuesta Salud Cataluña 2006	Sexo, edad, nivel de dependencia, vivir solo, estado civil, trastornos crónicos, visitas a urgencias, hospitalización, apoyo social	Media		• Valoración de la SA positivo: independencia 61%; dependencia 19,3% • Valoración SA negativo: independencia 39%; dependencia 80,75		
Rueda 2009[32]	2.597	Encuesta Salud Cataluña 2006	Sexo, edad, nivel educativo, ingresos, características familiares, salud mental, enfermedades limitantes	Alta			Buena salud percibida (OR [IC 95%]; p < 0,001): • Menos que Primaria 1,94 (1,43-2,62) • Primaria: 1,76 (1,30-2,39) • Más que primaria: 1	Peor SA en mujeres (OR [IC 95%]): 1,63 (1,39-1,92)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

Tabla 3
Principales características de los artículos seleccionados para la revisión, cuyo ámbito de estudio es nacional

	Tamaño de la muestra	Obtención de datos	Otras variables	Calidad	Principales resultados			
					En relación a la edad	En relación al estado de dependencia	En relación al nivel socioeconómico	En relación al género
Karlsdotter 2011[33]	6.259	Encuesta Nacional Condiciones de Vida 2007	Sexo, edad, renta equivalente del hogar media, estado civil, actividad, porcentaje de mayores que pertenecen a alguna asociación	Alta	Porcentaje de regular, mala o muy mala SA Edad: • 65-69: 52 (hombre) / 62 (mujer) • 70-74: 62 (hombre) / 71 (mujer) • 75-80: 69 (hombre) / 77 (mujer)		• Secundaria 1.ª etapa: 9% (mujer) (p < 0,01) / 6% (hombre) (p < 0,05) • Secundaria 2.ª etapa: 20% (mujer) (p < 0,01) / 69% (hombre) (p < 0,05) • Inserción laboral: 8% (mujer) / 8% (hombre) • Superiores: 11% (mujer) (p < 0,01) / 11% (hombre) (p < 0,01)	
Gonzalo 2004[34]	1.111	Encuesta Nacional de Salud 1997	Sexo, edad, clase social, estilos de vida, estado de salud,, uso servicios sanitarios	Media	Porcentaje de regular, mala y muy mala SA Edad: • 65-74: 51 (hombre) / 60,1 (mujer) • ≥ 75: 56,3 (hombre) / 64 (mujer)		Porcentaje de regular, mala y muy mala SA Clase social: • I-II: 47 (hombre) / 48,6 (mujer) • III: 53 (hombre) / 61,3 (mujer) • IV-V: 58,5 (hombre) / 67,8 (mujer)	
Girón 2010[35]	2.893	Encuesta Nacional de Salud 2006	Sexo, edad, nivel de dependencia, nivel de estudios, uso de servicios sanitarios, número de medicamentos prescritos, salud mental	Alta	Peor SA (OR a [IC 95%)]): • 65-82 años: 0,597 (0,47-0,758); p < 0,001	Peor SA (OR a [IC 95%]): • Dependientes: 0,653 (0,544-0,784); p < 0,001	Buena SA OR a [IC 95%]): • Primaria o menos 0,481 (0,369-0,628); p < 0,001 • Secundaria: 0,683 (0,538-0,868); p < 0,01 • Superior a secundaria: 1	
Abellán 2012[36]	7.555	Encuesta Europea Salud en España 2009	Sexo, edad, nivel de estudios, situación económica, formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer; valores, actitudes; y servicios sociales	Alta	Porcentaje de mala y muy mala SA: • 65-74 años: 16,6% • ≥ 75 años: 28%		Porcentaje de mala y muy mala SA • No sabe leer o escribir o estudios primario incompletos: 29,5 • Estudios primarios completos: 18,3 • Estudios secundarios de 1.ª etapa: 15 • Estudios secundarios de 2.ª etapa: 14,5 • Enseñanzas profesionales de grado superior o Universitarios: 8,7	Porcentaje de mala y muy mala SA: • Hombres: 17,1 • Mujeres: 26,6

Tabla 3 (*continuación*)

	Tamaño de la muestra	Obtención de datos	Otras variables	Calidad	Principales resultados			
					En relación a la edad	En relación al estado de dependencia	En relación al nivel socioeconómico	En relación al género
Roqué i Figuls et al., 2012[37]	28.133	Encuesta Nacional de Salud 1993 y 2006	Sexo, edad, nivel de dependencia, discapacidad	Alta	Buena salud percibida por edad (OR [IC 95%]): • Edad 65-69: 1 • Edad 70-74: 0,84 (0,71-1) • Edad 75-79: 0,82 (0,67-1) • Edad ≥ 80: 0,98 (0,79-1,22)	La situación de dependencia conlleva 4 veces más oportunidades de presentar mala salud autopercibida (OR: 4,31)		Las mujeres tienen un 27% peor salud percibida que los hombres (OR: 0,73; IC95%: 0,63-0,84)
Girón, 2012[38]	7.835	Encuesta Nacional de Salud 2006	Sexo, edad, nivel educativo, trastornos crónicos, salud mental, uso servicios sanitarios	Alta	Peor salud autopercibida OR (IC95%): 65-82 años 0,546 (0,418-0,713); p < 0,01			
Rueda et al., 2008[39]	9.225	Encuesta Europea Salud, Edad y Jubilación 2004.	Sexo, edad, modalidad de convivencia, salud mental, ingresos anuales	Alta			Buena salud autopercibida (OR [IC95%]; hombre; p < 0,001) • Sin educación formal: 3,31 (2,03-5,39) • Primaria o menos: 2,38 (1,60-3,54) • Secundaria: 1,48 (1,08-2,03); p < 0,05 • Superior a secundaria: 1 Buena salud autopercibida(OR [IC95%]; mujer p < 0,001): • Sin educación formal: 4,45 (2,83-6,99) • Primaria o menos: 2,20 (1,47-3,31) • Secundaria: 1,64 (1,14-2,36); p < 0,01 • Superior a secundaria: 1	Peor salud autopercibida (OR [IC95%]): • Hombres: 1 • Mujeres: 1,30 (1,14-1,49)
Rueda, 2012[40]	1.602	Encuesta Nacional de Salud 2006	Sexo, edad, ingresos, convivencia, salud mental	Alta				Peor salud autopercibida en mujeres (OR [IC95%]): • Murcia: 2,75 (1,77-4,29) • Andalucía: 1,60 (1,07-2,40)

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

En once estudios[23–25,28,30,32–36,39] se encontró relación entre el peor estado de salud y el bajo nivel socioeconómico. Siete trabajos[24,30,32,33,35,36,39] midieron la salud autopercibida correspondiente a individuos con distinto nivel de estudios, y encontraron una relación positiva entre mayor nivel de estudios y buena salud autopercibida. Girón[35] observó que los mayores con estudios hasta primaria muestran un 52% menos de buena percepción de la salud (OR: 0,48; IC95%: 0,37-0,63) y los mayores con estudios hasta secundaria un 32% (OR: 0,68; IC95%: 0,54-0,87) frente a los que han cursado estudios superiores a secundaria. Rueda y Artazcoz[32] concluyen que los individuos que no han completado la educación primaria tienen casi dos veces más posibilidades de reportar una peor salud autopercibida (OR: 1,94; IC95%: 1,43-2,62).

Cuatro estudios[23,25,28,34] compararon la salud autopercibida en las distintas clases sociales y según el nivel de ingresos. Damián et al.[28] encontraron una peor valoración del estado de salud (OR: 1,98; IC95%: 1,39-2,83) ajustando por sexo, edad, uso de servicios sanitarios y nivel de dependencia en clases manuales. Además, Rodríguez-Rodríguez et al.[25] observaron un porcentaje de mala y muy mala salud autopercibida ($p \leq 0{,}001$) con ingresos altos del 47,4%, y con ingresos bajos del 52,6%.

Catorce de los estudios[21–24,27–30,32,34,36,37,39,40] coincidieron en que el sexo femenino se relaciona con una peor valoración del estado de salud. Roqué i Figuls et al.[37] encontraron que las mujeres describen un 27% peor salud autopercibida que los hombres (OR: 0,73; IC95%: 0,63-0,84). El trabajo de Valderrama et al.[29] obtuvo que los hombres tienen el doble de percepción de muy buena o buena salud que las mujeres (OR: 2,17; IC95%: 1,24-3,05) ajustando por edad y nivel de dependencia, y el de Damián et al.[28] halló que las mujeres presentan 1,25 veces más peor salud autopercibida (OR: 1,25: IC95%: 0,87-1,80) ajustando por edad, clase social, uso de servicios sanitarios y nivel de dependencia. Los artículos de Rueda et al.[32,39,40] también recogieron las diferencias entre la salud autopercibida de los hombres y las mujeres. En uno de sus estudios[39] las mujeres percibían peor su salud (OR: 1,30; IC95%: 1,14-1,49) ajustando por edad, y en otro[32] (OR: 1,63; IC95%: 1,39-1,92) ajustando por edad y nivel socioeconómico. En un artículo más reciente[40] se observa una valoración peor de la salud autopercibida en las mujeres en la región de Murcia (OR: 2,75; IC95%: 1,77-4,29) y en la región de Andalucía (OR: 1,60; IC95%: 1,07-2,40) ajustando por edad y nivel socioeconómico.

Discusión y conclusiones

Los resultados de los estudios seleccionados en esta revisión coinciden en señalar la tendencia a que la salud autopercibida empeora con el incremento de la edad, pero sólo en aquellos adultos de edad avanzada menos longevos, en el sexo femenino y en aquellos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una nueva variable intensamente relacionada, que es el nivel de dependencia.

Salud autopercibida y edad

Esta revisión confirma que a medida que aumenta la edad se incrementa la mala salud subjetiva, principalmente al aumentar el estado de dependencia; por tanto, existen otros factores determinantes además de la edad. Estos datos también se confirman en Europa mediante las encuestas de salud en personas mayores, en países de muy diversas estructuras políticas y económicas[41–45].

Siete artículos[24,28–30,35,37,38] de los revisados encuentran que, sobre todo a partir de la octava década de la vida, las personas de edad avanzada refieren un aumento de mejor salud autopercibida. Varios trabajos[46–49] europeos observan esta mejoría del estado de salud en edades extremas, lo que podría estar relacionado con que a mayor edad las expectativas de encontrarse bien disminuyen y por tanto las personas experimentan una sensación de conformidad que les lleva a reportar una mejor salud autopercibida que los individuos más jóvenes, o también pudiera deberse a las distinta percepción de la salud autopercibida que existe entre generaciones.

Salud autopercibida y nivel socioeconómico

Los hallazgos de esta revisión indican que la salud autopercibida es peor entre los adultos mayores con menor nivel de renta, con niveles educativos más bajos y cuya ocupación laboral anterior había sido menos cualificada. Estos resultados coinciden con los de otros autores[42,43,49] europeos. Existe consenso en reconocer los factores socioeconómicos de la población como los principales determinantes de salud y relacionados con las desigualdades sociales en salud; a los servicios sanitarios se les concede un papel menos destacado[41]. Por el contrario, hay menos acuerdo en decidir qué indicador es más útil para medir las desigualdades sociales en salud en ancianos. Según diversos autores, es preferible escoger varias medidas en lugar de una sola, entre las cuales la más recomendable sería la clase social, y sobre todo el nivel educativo. Este último, principalmente en las mujeres mayores que han tenido una escasa inclusión en el mercado laboral[49], se comporta más como un indicador de privación material[50,51].

Salud autopercibida y género

Las desigualdades sociales en salud en la población española son aún más significativas cuando se efectúa un análisis por género, pues España ha conocido fuertes diferencias en cuanto a la incorporación laboral de la mujer, siendo una sociedad en la que, hasta fechas recientes, era el hombre el encargado de trabajar fuera de casa. Estas diferencias se han plasmado en la «paradoja de la morbilidad», según la cual los hombres mueren antes pero las mujeres pasan más años con peor estado de salud[52]. Existen varias posibles explicaciones a este fenómeno. Una pondría en relación el hecho de que el estilo de vida de los hombres les lleva a sufrir enfermedades con mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a enfermedades no fatales e incapacitantes. Otra posible causa es la falta de contacto de los hombres con los servicios sanitarios, pues a diferencia de las mujeres[53] son más reacios a pedir ayuda, lo que podría considerarse una muestra de fragilidad no propia de su rol de género. Una tercera causa que se ha descrito en varios trabajos[52–55] sería que, si las condiciones estructurales fueran más igualitarias para el género femenino, las mujeres presentarían una mejor salud subjetiva. En estos estudios, realizados con población europea y estadounidense, la diferencia en salud autopercibida tiende a disminuir cuando se controlan factores como la dependencia funcional y las enfermedades crónicas.

En dos de los trabajos seleccionados[21,22] se ha sugerido la posible asociación de la salud autopercibida como predictora de mortalidad. La mayor parte de los autores que han utilizado este indicador para sus estudios[12–15] así lo considera. Sargent-Cox et al.[16], sin embargo, concluyen que debe tenerse precaución a la hora de relacionar la salud autopercibida y la mortalidad en los mayores de 75 años, pues no está claramente demostrada dicha relación en la literatura. En efecto, como se ha comentado en el punto anterior, las mujeres de edad avanzada presentan peor salud autopercibida, pero en general mueren más tarde. Además, varios estudios de nuestra revisión destacan que en edades extremas la percepción de la salud mejora.

Como limitaciones de nuestro estudio señalaremos que no ha sido posible efectuar una búsqueda manual en los índices de las principales revistas, ni de forma exhaustiva en la literatura gris, por lo que la revisión puede tener un sesgo de publicación, compensado parcialmente por la búsqueda en la bibliografía de los artículos primarios. Por otro lado, puesto que los trabajos que conforman

esta revisión sistemática están realizados en población no institucionalizada, se corre el riesgo de que sus resultados sobreestimen la buena salud autopercibida de la población mayor. Pese a que España tiene uno de los más bajos índices de institucionalización de Europa[3], es muy probable que las prevalencias reales de mala salud autopercibida en las personas mayores, sobre todo en las mujeres, sean más altas.

Como conclusión queremos destacar que esta revisión encuentra que la salud autopercibida empeora con la edad, fundamentalmente por el incremento en el nivel de dependencia, excepto en edades muy avanzadas, en las que esta relación se invierte. Se establece que persiste la desigualdad de género y de nivel socioeconómico, y que el nivel educativo es el marcador más importante de desigualdad de salud autopercibida entre los mayores de 65 años. Serían necesarios nuevos estudios para entender mejor qué factores son los causantes de que persistan las desigualdades en salud autopercibida en la población mayor española. Además, consideramos de interés tratar de profundizar en la línea de trabajo que sugiere la posible utilización de la salud autopercibida como predictor de mortalidad. Estimamos que debe ser prioritario tener estos datos en cuenta a la hora de elaborar y poner en marcha políticas sanitarias dirigidas a intentar cubrir las necesidades en salud específicas de las personas mayores de 65 años de nuestro país.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La creciente población mayor española presenta un alto nivel de dependencia y un incremento en su necesidad de ayuda. El grado de influencia en la salud es desigual, ya que existen dos grupos desaventajados: mujeres y pertenecientes al nivel socioeconómico bajo. La salud autopercibida es un buen indicador para el estudio de las desigualdades en salud.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Esta revisión concluye que la salud autopercibida empeora con la edad, principalmente por el incremento en el nivel de dependencia. Además, su valoración es más baja en las mujeres y cuanto menor es el nivel socioeconómico. Conocer el estado de salud de la población de edad avanzada es fundamental para la elaboración y la puesta en marcha de políticas tendentes a reducir las desigualdades en salud que presenta este grupo poblacional en constante crecimiento.

Editora responsable del artículo

Carme Borrell.

Contribuciones de autoría

V. Morcillo Cebolla concibió y diseñó el trabajo, realizó la búsqueda bibliográfica y la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos, y redactó el manuscrito. A. de Lorenzo-Cáceres Ascanio concibió y diseñó el trabajo, y colaboró en la interpretación de los datos y en la redacción del manuscrito. P. Domínguez Ruiz de León es la segunda revisora, colaborando así en la adquisición, el análisis y la interpretación de los datos. R. Rodríguez Barrientos y M.J. Torijano Castillo han contribuido al análisis y la interpretación de los datos. Todos los autores hicieron una revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2014.05.008.

Bibliografía

1. Börsch-Supan A, Jürges J. The survey of health, ageing and retirement in Europe, methodology., 372. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing; 2005.
2. Marmot M, Allen J, Bell R. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380:1011–29.
3. Abellán A, Lorenzo L, Pérez J. Indicadores demográficos. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 31–60.
4. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
5. Prieto-Flores ME, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, et al. Sociodemographic and health factors explaining emotional wellbeing as a quality of life domain of older people in Madrid, Spain. 2005. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:301–13.
6. Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, et al. Disability among older people in a Southern European city in 2006: trends in gender and socio-economic inequalities. J Womens Health. 2010;19:927–33.
7. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales en salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España. Rev Esp Salud Pública. 1996;70:505–636.
8. Hernández-Quevedo C, Jones AM, Rice N. Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercibida: evidencia del Panel de Hogares Británico. Cuadernos económicos de ICE. 2008;75:63–97.
9. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. J Health Econ. 2000;19:553–83.
10. Van Doorslaer E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe: a decomposition approach. J Health Econ. 2004;13:629–47.
11. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit. 2003;17:412–9.
12. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Sci Med. 2009;69:307–16.
13. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38:21–37.
14. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006;21:267–75.
15. Idler E, Leventhal H, McLaughlin J, et al. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality. J Health Soc Behav. 2004;45:336–56.
16. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. BMC Geriatr. 2010;10:18–30.
17. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. BMJ. 2009;339:b2700.
18. Urrutia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. Med Clin (Barc). 2010;135:507–11.
19. Berra S. Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. Gac Sanit. 2008;22:492–7.
20. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York; 2009.
21. Sánchez-Santos MT, Zunzunegui MV, Otero-Puime A, et al. Self-rated health and mortality risk in relation to gender and education: a time-dependent covariate analysis. Eur J Ageing. 2011;8:281–9.
22. Fernández-Merino MC, Rey-García J, Tato A, et al. Autopercepción de la salud y mortalidad en ancianos de una comunidad rural. Aten Primaria. 2000;25:23–31.
23. Borrell C, Ferrando J. Desigualdades en salud en la población anciana. JANO. 2003;LXIV:25–33.
24. López-Torres J, Navarro B, Párraga I, et al. El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. Gac Sanit. 2013;27:47–52.
25. Rodríguez-Rodríguez V, Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, et al. Recursos económicos y calidad de vida en la población mayor. Rev Int Sociol. 2011;69:195–227.

26. Lázaro A, Rubio E, Sánchez A, et al. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:625–36.
27. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. Int J Epidemiol. 2001;30:1090–9.
28. Damián J, Ruigómez A, Pastor V, et al. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. J Epidemiol Community Health. 1999;53:412–6.
29. Valderrama E, Gavira-Iglesias FJ, López M, et al. Dependencia funcional y salud autopercibida en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1999;34:283–8.
30. Azpiazu M, Cruz A, Villagrasa JR, et al. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. Rev Esp Salud Pública. 2002;76:683–99.
31. Brugulat-Guiteras P, Puig-Oriol X, Mompart-Penina A, et al. Dependencia para la realización de actividades de la vida diaria en las personas mayores de Cataluña. Med Clin. 2011;137:32–6.
32. Rueda S, Artazcoz L. Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. Ageing Soc. 2009;29:625–47.
33. Karlsdotter K, Martín JJ, López del Amo MDP. Influencia de la renta y el capital social en la salud de los mayores de 65 años en España en 2007. Gac Sanit. 2011;25:59–65.
34. Gonzalo E, Pasarín M. La salud de las personas mayores. Gac Sanit. 2004;18:69–80.
35. Girón P. Los determinantes de la salud percibida en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
36. Abellán A, Pérez J, Castejón P. Estado de Salud. En: Informe 2010. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2012. p. 63–79.
37. Roqué i Figuls M, Salvà A, Bolíbar I, et al. Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. Med Clin. 2012;139:284–9.
38. Girón P. Is age associated with self-rated health among older people in Spain? Cen Eur J Public Health. 2012;20:185–90.
39. Rueda S, Artazcoz L, Navarro V. Health inequalities among the elderly in western Europe. J Epidemiol Community Health. 2008;62:492–8.
40. Rueda S. Health inequalities among older adults in Spain: the importance of gender, the socioeconomic development of the region of residence, and social support. Women's Health Issues. 2012;22:e483–90.
41. Avendano M, Aro AR, Mackenbach J. Socio-economic disparities in physical health in 10 European countries. En: Health, ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Research Institute for the Economics of Aging (MEA); 2005. p. 89–94.
42. Dalstra JAA, Kunst AE, Mackenbach JP. A comparative appraisal of the relationship of education, income and housing tenure with less than good health among the elderly in Europe. Soc Sci Med. 2006;62:2046–60.
43. Ploubidis GB, Dale C, Grundy E. Later life health in Europe: how important are country level influences? Eur J Ageing. 2012;9:5–13.
44. Van Kippersluis H, Van Ourti T, O'Donnell O, et al. Health and income across the life cycle and generations in Europe. J Health Econ. 2009;28:818–30.
45. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. Soc Sci Med. 2003;57:861–73.
46. Jagger C, Weston C, Cambois E, et al. Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). J Epidemiol Community Health. 2011;65:1030–5.
47. Zunzunegui MV, Núñez O, Durban M, et al. Decreasing prevalence of disability in activities of daily living, functional limitations and poor selfrated health: a 6-year follow-up study in Spain. Aging Clin Exp Res. 2006;18:352–8.
48. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. Int J Epidemiol. 2008;37:1095–105.
49. Arber S, Khlat M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. Soc Sci Med. 2002;54:643–7.
50. Grundy E, Holt G. The socioeconomic status of older adults: how should we measure it in studies of health inequalities? J Epidemiol Community Health. 2001;55:895–904.
51. Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. Soc Sci Med. 2003;56:935–47.
52. Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. J Health Soc Behav. 2006;47:95–110.
53. Gomes R, Ferreira do Nascimento E, Carvalho de Araujo F. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública. 2007;23:565–74.
54. Crimmins EM, Kim JK, Solé-Auró A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. Eur J Public Health. 2006;21:81–91.
55. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? Soc Sci Med. 1999;48:61–76.