

DEPENDENCIA Y NECESIDADES ASISTENCIALES DE LOS MAYORES EN ESPAÑA. PREVISIÓN AL AÑO 2010

DEPENDENCIA Y
NECESIDADES
ASISTENCIALES DE LOS
MAYORES EN ESPAÑA.
PREVISIÓN AL AÑO 2010



Edita:

Fundación Pfizer.
Avda. de Europa, 20 B. 28108 Alcobendas. Madrid

Diseño y Maquetación:

B A T E S HEALTHWORLD MADRID


Fotomecánica, Impresión y Encuadernación:

Artes Gráficas Coyve, S.A.

Depósito Legal:

M-19.366-2002

No se permite la reproducción total o parcial de este libro ni el almacenamiento en un sistema informático, ni la transmisión de cualquier forma o cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, registro u otros medios sin el permiso previo y por escrito de los titulares.



DEPENDENCIA
Y NECESIDADES
ASISTENCIALES
DE LOS MAYORES
EN ESPAÑA, UNA
PREVISIÓN A 2010



M^a Dolores Puga González
Diciembre de 2001

RECONOCIMIENTOS

Esta investigación ha sido preparada por M^a Dolores Puga González, bajo la supervisión directa del Dr. Antonio Abellán García, Investigador responsable del Convenio entre la Fundación Pfizer y el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, que se ha desarrollado durante 2001.

Agradecemos a la Fundación Pfizer el haber considerado un eje esencial de su estrategia de acción la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores, es decir, la preocupación por su calidad de vida.

Queremos manifestar en particular nuestro agradecimiento al Excmo. Sr. D. Julián García Vargas, patrono de la Fundación, por la iniciativa de esta línea de investigación, sus sugerencias y su apoyo

en el desarrollo de la misma. Agradecimiento que hacemos extensivo a todo el staff de la Fundación por la confianza depositada, y en especial a Doña Maite Hernández Presas, por su apoyo y su trabajo de coordinación.

Este trabajo trata de aportar algunos puntos de vista, reflexiones y datos para debate sobre un tema de aún escaso peso en la bibliografía científica española: la dependencia y la respuesta a las situaciones de necesidad entre los mayores. Pretende contribuir a la mejora de las políticas de atención a los mayores más frágiles, a través del mejor conocimiento de su realidad. La responsabilidad sobre opiniones y cifras aportadas corresponde al equipo que ha preparado el trabajo.





Í N D I C E

PRÓLOGO	7
1. INTRODUCCIÓN	8
2. LA POBLACIÓN MAYOR A COMIENZOS DEL SIGLO XXI. HACIA UNA SOCIEDAD MÁS MAYOR, HACIA UNA VEJEZ MÁS ANCIANA	20
2.1. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN EL ÚLTIMO SIGLO.....	20
2.2. METODOLOGÍA DE LA PROYECCIÓN.....	26
2.3. DISCUSIÓN DE LA HIPÓTESIS DE MORTALIDAD.....	29
2.4. ESCENARIOS DE POBLACIÓN MAYOR EN EL HORIZONTE 2010.....	42
3. EL RIESGO DE CAER EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ.....	50
3.1. LA DEFINICIÓN DE “DEPENDENCIA”: UNA DISCUSIÓN ABIERTA.....	50
3.2. CONCEPTO UTILIZADO	53
3.3. LOS DETERMINANTES O PREDICTORES DE UNA VEJEZ DEPENDIENTE	57
3.4. LA PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ: SEGMENTACIÓN DE SUBPOBLACIONES	75
3.5. UNA APROXIMACIÓN AL RIESGO DE CÁIDA EN DEPENDENCIA	86
4. POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN EL AÑO 2010.....	92
4.1. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE A FINALES DEL SIGLO XX.....	92
4.2. LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN EL AÑO 2010. HIPÓTESIS.....	98
4.3. LOS ESCENARIOS DE LA DEPENDENCIA EN 2010	102
4.4. EL PERFIL DE LOS MAYORES DEPENDIENTES EN EL AÑO 2010	113
5. DEPENDENCIA Y CUIDADOS	124
5.1. INTRODUCCIÓN.....	124
5.2. LOS SERVICIOS FORMALES PARA LA DEPENDENCIA.....	126
5.3. LOS CUIDADOS INFORMALES DE LA DEPENDENCIA.....	131
5.4. EL FUTURO DEL CUIDADO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA, A LA LUZ DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y LAS TRANSFORMACIONES FAMILIARES	135
6. CONCLUSIONES	144
7. BIBLIOGRAFÍA.....	156
8. ANEXOS DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	176



PRÓLOGO

QUE ESPAÑA NO ERA DIFERENTE es algo bien sabido. Por eso, como los demás países de la UE, está cada vez más poblada por mayores y por inmigrantes, lo que plantea nuevos problemas de calidad de vida, no fáciles de resolver con equidad.

Este estudio desea servir para conocer mejor la dependencia de mayores, un problema que ha crecido en número de personas afectadas a medida que aumentaba la esperanza de vida y la cantidad y calidad de servicios sanitarios y a medida también que se debilitaba la familia tradicional. Su irrupción en nuestro país ha sido relativamente reciente y sólo se ha hecho visible cuando han empezado a madurar las generaciones de mujeres incorporadas al mundo laboral, que ya no pueden ser hijas cuidadoras de padres dependientes.

Con esta monografía se añaden elementos nuevos al tratamiento, hoy escaso, de la dependencia en la literatura científica. Se avisa a los responsables políticos de los servicios sociales de todas las administraciones del tamaño y las características de un asunto que les compete y que va ir a más. Sería deseable que ayudara a crear más opinión y a tomar conciencia del riesgo de dependencia a las generaciones maduras y jóvenes, ayudándoles a orientar su estrategia de ahorro y de cobertura en el futuro, e incluso residencial.

También podría ser de alguna utilidad en el sistema sanitario, pues señala, una vez más, los hábitos que contribuyen a la dependencia: sedentarismo, sobrepeso, alcohol y tabaco. Pero, lo que es más significativo, las conclusiones indican que, más que alargar la vida, la atención sanitaria debe contribuir a impedir, retrasar o al menos, atenuar la dependencia de mayores. Es necesario estudiar mejor los mecanismos de envejecimiento y las características específicas de las enfermedades de nuestro tiempo en los ancianos. Así los tratamientos, farmacológicos sobre todo, serían más específicos, y menos generalizados e intensivos.

La dependencia correlaciona fuertemente con la viudez y la pérdida del cónyuge pone en serio riesgo de caer en dependencia al mayor que queda viudo. La alta mortalidad de los varones maduros y viejos relativamente jóvenes, es una de las principales causas de la dependencia femenina, mucho más numerosa.

Por eso, una reducción de la mortalidad de varones a partir de los 55 años (edad en la que se inicia un ascenso de las tasas de mortalidad masculina), rebajaría la tasa de viudez femenina y el riesgo de dependencia de las mujeres mayores.

Ahí tenemos un buen objetivo para nuestra tradicionalmente endeble política sanitaria preventiva.

No obstante los problemas de la dependencia no lo son preferentemente de tipo sanitario. Son problemas que exigen cuidados personales de distinto grado y que no demandan una única solución. Hay respuestas sencillas y no demasiado costosas, pero hay que planificarlas, estimularlas y vigilarlas desde lo público, confiando en su provisión por la iniciativa privada. La familia ha tenido que cubrir esta necesidad hasta ahora porque tampoco ha habido alternativas. Hoy se cuenta con los servicios individualizados de los inmigrantes (a los que debemos estar agradecidos), pero hay que prever su formación y su apoyo con servicios a distancia.

La dependencia es un riesgo social, tanto o más que de salud. Por encima incluso de las enfermedades sufridas, el hecho de sentirse bien es lo que más determina la calidad de la vida diaria del mayor. Lo que las personas perciben como estado de salud refleja, además del estado físico real, fuertes componentes sociales. El nivel educativo bajo, hace que el medio se vuelva cada vez más incomprensible; los recursos económicos escasos reducen gravemente la capacidad para afrontar individualmente las limitaciones con adaptación residencial o apoyo exterior; la falta de recursos sociales margina, aísla y conduce a la soledad. Todo ello se traduce en demandas de protección y ayuda o, lo que es peor, en situaciones ocultas de muy mala calidad de vida.

Estamos pues más ante un problema social y económico que de salud. Los gobernantes no pueden dar a los viejos dependientes la instrucción y los niveles de renta que no les proporcionaron de jóvenes y adultos, pero pueden ofrecer apoyo eficaz a través de una red socio-sanitaria, de asistencia domiciliaria de carácter local, de residencias, de cuidadores formados profesionalmente, de estancias residenciales temporales o de día, y otras fórmulas.

En definitiva, las revoluciones industrial y agrícola eliminaron progresivamente en los siglos XIX y XX los “picos” recurrentes de mortalidad por hambrunas y epidemias en Occidente. La ausencia de guerras desde mediados del siglo XX ha eliminado los “picos” por grandes episodios violentos y así ha culminado, con la ayuda de la universalización de la asistencia médica, la revolución demográfica occidental hacia la longevidad, con su secuela de dependencia, en un escenario de familias pequeñas no siempre estables y con mujeres trabajadoras. Este es el panorama que hay que afrontar en el siglo XXI.

Por último hay que subrayar que esta monografía es sólo una primera prospectiva sobre la situación de los mayores dependientes en 2010. Ha servido para validar la serie de Encuestas Nacionales de Salud que se vienen realizando desde 1987 y son una cantera de estudios socio-sanitarios.

El estudio deberá ampliarse con la Encuesta Nacional de Salud de 2001, cuya explotación se espera para finales de 2002 y con los resultados de la Encuesta del INE sobre discapacidades, deficiencias y estado de la salud de 1999.

La Fundación PFIZER, el CSIC y el IMSERSO acordaron su colaboración para este estudio en 2000 y el trabajo se realizó en 2001. Se ha decidido no esperar a los resultados de la Encuesta del INE y publicar esta primera investigación con el propósito de continuarla con los nuevos datos, que permitirán regionalizar la información y las conclusiones.

Por parte de la Fundación PFIZER existe el compromiso de contribuir a los estudios sociales sobre los mayores, junto al apoyo a la investigación científico-médica y a los estudios epidemiológicos sobre el envejecimiento. Nuestro propósito es participar en el esfuerzo colectivo por añadir vida a los años.

Julián García Vargas.
Fundación PFIZER

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

“Cuando Buda era todavía el príncipe Sidarta, encerrado por su padre en un magnífico palacio, se escapó varias veces para pasearse en coche por los alrededores. En su primera salida encontró a un hombre achacoso, desdentado, todo lleno de arrugas, canoso, encorvado, apoyado en un bastón, balbuceante y tembloroso. Ante su asombro, el cochero le explicó lo que es un viejo: «Qué desgracia -exclamó el príncipe- que los seres débiles e ignorantes, embriagados por el orgullo propio de la juventud, no vean la vejez»”

(Simone de Beauvoir)



“Todos deseamos vivir muchos años, pero nadie quiere ser viejo” decía Swift¹. Como ello no es posible, en las próximas páginas nos ocuparemos de un futuro que nos espera a todos². Si las tendencias actuales continúan, muchos de nosotros viviremos todavía bastante tras cumplir los 80 años, y según algunos autores, algunos alcanzarán los 100, pero cómo viviremos a estas edades es una cuestión mucho más incierta.

El principal cambio estructural que está sufriendo nuestra sociedad es que en su conjunto envejece, y envejece fuertemente. Según las previsiones de Naciones Unidas, la sociedad española en quince años puede ser la más mayor del mundo. Cualquier pequeño incremento en la esperanza de vida multiplicará el número de personas mayores. Además, los progresos más importantes se están produciendo en las edades en las que ocurren la mayor parte de las defunciones actualmente, lo que puede aumentar de forma importante no sólo el número de la población mayor, sino

¹ Citado en Kannisto, Lauritsen, Thatcher y Vaupel (1994)
² “Con adolescentes que duran un número bastante grande de años, la vida hace viejos” (Proust)

sobre todo su nivel de envejecimiento. El número absoluto de personas de 65 y más años en España sobrepasará los 8,5 millones en el año 2025, pero el número de personas muy mayores (octogenarios, nonagenarios, y centenarios) se triplicará entre 1980 y 2025. La población mayor del futuro inmediato será muy mayor.

La posibilidad de un posible aumento de la extensión de la vida y de un seguro e importante incremento de la población a edades muy avanzadas impone la necesidad de preguntarse por la *calidad de esos años añadidos a la vida*. Retrasar la muerte y añadir años a la vida no significa necesariamente una prolongación de la vida en buen estado de salud. La reducción de la calidad de vida a edades avanzadas es una cuestión que preocupa desde la antigüedad. Ya en la mitología griega Aurora obtuvo para su esposo la inmortalidad, pero se olvidó de pedir que fuera acompañada de una eterna juventud. En vano lo alimentó de ambrosía, Titón envejeció, se volvió solitario, y sufrió una fuerte decrepitud, hasta que los dioses, apiadados de él, lo convirtieron en cigarra³. El riesgo de encontrarse en una situación de dependencia en la vejez, ciertamente ha existido siempre, pero su magnitud ha cambiado.

Aunque la discapacidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento humano, el riesgo de empezar a sufrir una situación de discapacidad y dependencia aumenta enormemente con la edad. La mortalidad en su descenso ha sido, en cierto modo, sustituida por la morbilidad. El *incremento de la esperanza de vida surge de una combinación de mortalidad decreciente y morbilidad creciente*. Se vive más, pero también se enferma más. Paralelamente ha cambiado el significado de la enfermedad: ha pasado de ser considerada un proceso agudo que con gran frecuencia finalizaba con la muerte, a ser considerada un estado crónico que padece mucha gente en prolongadas etapas de su vida.

Ciertamente *vejez no es igual a fragilidad y dependencia*; muchos mayores, especialmente los más jóvenes (menores de 75 años), gozan de buena salud, y de un alto grado de independencia. Pero no es menos cierto que en la actualidad una primera vejez activa, saludable y muy numerosa puede ocultar las limitaciones crecientes que sufren los ancianos a edades muy avanzadas. Según el último barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (Noviembre 2001) un 28% de los españoles tienen en su familia algún anciano que necesita cuidados y atenciones especiales. La pérdida de autonomía funcional sitúa a un número creciente de ancianos en una situación en la que requieren necesariamente la ayuda de otra persona para mantener una mínima calidad de vida, haciendo de la dependencia en la vejez, una realidad emergente.

El aumento del número de personas muy mayores es sin duda una señal de progreso, pero será también un reto para nuestra sociedad. La atención a los mayores más frágiles supone un desafío no sólo sanitario sino también social. En una sociedad envejecida no es el anciano el que debe adaptarse a la sociedad, sino las estructuras establecidas las que deben adaptarse a sus necesidades. Las

³ La Biblia no es más misericorde con la vejez avanzada, en el Eclesiastés se dice: "Y acuérdate de tu Creador en los días de tu juventud, antes que vengan los malos días, y lleguen los años de los cuales digas: no tengo en ellos contentamiento; antes de que se oscurezca el sol, y la luz, y la luna y las estrellas, y las nubes se formen tras la lluvia (disminución de la capacidad intelectual); cuando tiemblen los guardas de la casa (los brazos) y se encorvarán los hombres fuertes, y cesen las muelas, porque han disminuido, y se oscurezcan los que miran por las ventanas (los ojos); y las puertas de afuera se cierren, por la bajez de la voz de la muela (sordera); y se levante a la voz del ave (insomnio), y todas las hijas de la canción sean humilladas (trastornos del lenguaje); cuando también teman de lo alto, y los tropezones en el camino; y florezca el almendro (cabellos canos), y se agrave la langosta. Antes que la cadena de plata se quiebre (columna vertebral), y se rompa el cuenco de oro, y el cántaro se quiebre junto a la fuente, y la rueda sea rota sobre el pozo"

demandas de los mayores en situación de dependencia, y su incierto futuro a la luz de los cambios familiares actuales, están en el centro del debate en los países occidentales.

El perfil del cuidador actual es el de hija o esposa, casada y ama de casa. Sólo es necesario observar las características de las generaciones inmediatamente más jóvenes, para temer por lo que ya algunos responsables políticos han empezado a pronosticar: “*La crisis del sistema de apoyo informal es una tendencia de futuro indudable*” (Concepción Dancausa, Secretaria General de Asuntos Sociales⁴). Nos enfrentamos en el umbral del siglo XXI, con un modelo de bienestar familiarista a extinguir, al menos en las formas y magnitudes en que lo conocemos. Esta situación hace surgir la necesidad de organizar colectivamente lo que hasta ahora se resolvía en el ámbito de lo doméstico: el cuidado de los mayores dependientes. En la actualidad uno de cada dos españoles considera que el cuidado de los ancianos no es un problema exclusivamente de los hijos, sino que atañe igualmente a la sociedad y al Estado (CIS, 2001). La Comisión de las Comunidades Europeas ha llegado a afirmar que “estamos en medio de una redefinición de las funciones del Estado, la empresa y la familia, tal como sucedió en la revolución industrial” (Green Paper, European Social Policy, Bruselas, 1993, p.19).

Nos encontramos por tanto con un escenario de profundo cambio. Cambios respecto a un volumen creciente de población en situaciones de fragilidad y dependencia en la vejez, y cambios también en las posibilidades de respuesta a dicha situación. Este escenario potencial arroja serias dudas sobre el futuro de los cuidados en la vejez y merece una seria reflexión por parte de los distintos agentes sociales, basada en el conocimiento de la realidad actual y de su evolución inmediata.

El presente proyecto quiere ser una aportación a dicho conocimiento, desarrollándose una aproximación específica a la situación de la dependencia, su cuantificación y sus necesidades. Se aportan en el presente estudio datos novedosos respecto a una cuestión de creciente relevancia, no conocidos y poco accesibles, así como un acercamiento al problema de la dependencia con las mejores fuentes disponibles hasta el momento, y el empleo de metodologías específicas para el conocimiento y proyección del mismo. Se pretende con ello realizar una contribución al conocimiento empírico de un problema en torno al que está surgiendo un gran debate en nuestra sociedad, que ha de acrecentarse durante los próximos años, y en el que se decidirá el futuro que queremos para nuestros mayores y para nosotros mismos.

Las fuentes estadísticas utilizadas son múltiples y se especifican en cada apartado. Pero la principal fuente para el estudio de la dependencia ha sido la Encuesta Nacional de Salud (1997). Se ha optado por la utilización de esta fuente dado que era la que ofrecía una información más completa de entre las disponibles hasta el momento, puesto que en la fecha de comienzo de este estudio, todavía no estaba disponible información alguna de la Encuesta de Discapacidades (1999) del Instituto Nacional de Estadística. En Abril de 2002 tan sólo estaban disponibles las tablas publicadas con datos agrupados, que han sido utilizadas en diferentes momentos en el presente trabajo, pero siguen sin estar accesibles los registros individuales, imprescindibles para realizar un análisis como el que aquí se desarrolla, por lo que su utilización ha de posponerse a otros estudios. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha reali-



zado una nueva Encuesta Nacional de Salud en el año 2001, pero el trabajo de campo para dicha encuesta no finalizó hasta el mes de Diciembre del año 2001, fecha en la que se entregó este informe. Los registros individuales de dicha encuesta previsiblemente no estarán disponibles hasta el mes de Julio del año 2002, por lo que su utilización fue absolutamente imposible en el presente trabajo. La Encuesta Sociodemográfica (INE, 1991) de gran riqueza, limita su utilización para este campo de investigación al no aportar ninguna información referente al estado de salud, a pesar de ello ha sido utilizada en el análisis de la evolución de diversas características por generaciones.

DAR AÑOS A LA VIDA, DAR VIDA A LOS AÑOS

“Probablemente me quedan todavía una decena de años en el fondo de mi saco. De estos diez años, las pleuresías, los reumatismos y el resto de esta incómoda familia se llevarán dos o tres”. Esto es un extracto de una carta de Diderot, en el que refleja con claridad el concepto de *esperanza de vida en salud*.

Hasta los nacidos al empezar el siglo XX ninguna generación había logrado llegar a los cincuenta años con la mitad de sus efectivos vivos. Fue la generalización de la supervivencia hasta los 65 años la que produjo una “vejez de masas”. En realidad las que envejecen son las personas no las poblaciones, y se trata de un proceso biológico que, entre personas sanas, bien alimentadas, a salvo de muertes violentas y de enfermedades graves, se produce igual ahora que hace cien años. Lo que ha cambiado es el número de personas sanas, bien alimentadas, a salvo de muertes violentas y de enfermedades graves. “Viejos” ha habido siempre, pero una vejez universal como estadio de la vida por el que pasamos o pasaremos casi todos es relativamente reciente.

Las mejoras en los niveles de esperanza de vida en un primer momento tuvieron, por tanto, un efecto homogeneizador, generando una vejez universal, y consecuentemente una necesidad de cobertura económica tras la jubilación, antes imprevista. Pero las mejoras recientes en esperanza de vida se traducen en años ganados en la propia vejez, generando tras la jubilación de las generaciones actuales, una vejez cada vez más larga, que a su vez genera nuevas demandas.

Desafortunadamente esta mayor longevidad no garantiza unos resultados de salud que se correspondan con los niveles que serían deseables. Aunque la discapacidad no es una consecuencia inevitable del envejecimiento humano, el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacidades está fuertemente relacionado con la edad (Manton y Stallard, 1994; Suzman et al. 1992). *Estos años ganados en la propia vejez* se distribuyen de forma desigual en años saludables vividos con autonomía, y en un período en el que enfermedades crónicas y discapacidades limitan la autonomía e independencia del mayor, rebajando su calidad de vida y convirtiéndolo en un sujeto tremendamente frágil y vulnerable, cuando no dependiente.

Debate sobre la calidad de vida.- Esta situación de mayor longevidad acompañada de una dependencia creciente generó un debate sobre la calidad de vida con la que se “disfrutan” o se “sufren” esos años ganados a la muerte. La preocupación por la calidad de vida al final de la misma no es

nueva (como hemos visto ya la refleja con claridad Diderot en el siglo XVIII), pero no es hasta finales de los años sesenta cuando se formaliza en los foros científicos. Aparece por primera vez esta preocupación en un informe norteamericano de 1969 (USDHEW: *Toward a Social Report*) en el que se afirma que una larga vida y una buena salud son objetivos elementales de la vida humana. Unos años más tarde la OCDE declara que “el crecimiento no es un fin en sí mismo, sino un medio para crear unas condiciones de vida mejores” (OCDE, 1973), y coloca en el primer lugar de una lista de preocupaciones sociales “la posibilidad de disfrutar de buena salud a lo largo de todo el ciclo de vida”. En los años ochenta la OMS empezó a considerar tan importante añadir “vida a los años” (aspectos sociales, culturales, participación) como “años a la vida” (longevidad). El interés se ha trasladado desde entonces, de la prolongación de la vida y el retraso de su final, hacia *la búsqueda de una mejor calidad y no sólo cantidad de vida*.

Generalmente se ha asumido que la morbilidad y la mortalidad cambian de forma paralela, no sólo en la composición sino también en la incidencia (Caldwell, 1990); sin embargo hay autores que sostienen diferentes opiniones al respecto. Algunos afirman que siguen cursos inversos (Riley y Alter, 1986; Riley, 1992); y otros, desde una óptica más moderada, mantienen que el estado de salud de una población es muy diferente al que se desprende de las estadísticas de causas de muerte, ya que el patrón de morbilidad no se corresponde necesariamente con las condiciones que conducen a la mortalidad (Ruzicka y Kane, 1990, Cleland, 1990). Las teorías sobre la evolución del estado de salud de las poblaciones (tabla 1.1) y su relación con la mortalidad se apoyan sobre cuatro puntos: la evolución de la prevalencia, de la incidencia, de la letalidad y del ritmo de progresión de las enfermedades (Crimmins, 1990).

EVOLUCIÓN POSIBLE DE LA VIDA EN SALUD SEGÚN DIVERSAS HIPÓTESIS

Evolución de la esperanza de vida (EV)		Evolución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLI)	Teorías
↑ EV	y	EVLI =	Todos los años ganados a la muerte son años con discapacidad: <i>Teoría de la pandemia</i>
↑ EV	>	↑ EVLI	Los años ganados son más frecuentemente años con discapacidad. La caída de la incidencia de la discapacidad no compensa el aumento de la duración de la vida. Esta situación origina un aumento de la prevalencia de la discapacidad
↑ EV	=	↑ EVLI	La EV y la EVLI aumentan en proporciones idénticas: la parte de años vividos sin discapacidad es constante, cualquiera que sea el aumento de la esperanza de vida. Es la <i>teoría del equilibrio</i>
↑ EV	<	↑ EVLI	La EVLI aumenta más que la EV, disminuyendo de esta forma el período de discapacidad del curso de vida
EV =	y	↑ EVLI	No hay ninguna ganancia frente a la mortalidad, todas las ganancias conciernen a la reducción de la discapacidad y la morbilidad. Es el eje de la teoría de la <i>comprensión de la morbilidad</i>

Fuente: Robine, Bucquet y Ritchie (1991)



La *teoría de la pandemia de los problemas mentales, las enfermedades crónicas y las discapacidades*, formulada por Gruenberg (1977) y Kramer (1980), sostiene que la reducción de la mortalidad se debe a una menor letalidad de las enfermedades crónicas, pero no a una disminución de su incidencia, o a una ralentización en su ritmo de progresión. Al retrasarse el momento del fallecimiento, lo que ocurre es que aparecen largas etapas con enfermedades crónicas.

La *teoría de la comprensión de la morbilidad*, formulada por Fries (1980), sostiene que por el contrario, será la edad de aparición de las enfermedades crónicas la que se retrase, lo que conduciría a un estreñimiento de la morbilidad al final del curso de vida. El período en mala salud de esta forma se reduce, siempre que se cumpla también la hipótesis de no crecimiento de la esperanza de vida.

Las *teorías del equilibrio* (Manton, 1982) entienden que la caída de la mortalidad iría acompañada de una ralentización del ritmo de progresión de las enfermedades crónicas, aunque no necesariamente de una reducción de su incidencia. La prevalencia aumentaría debido a la reducción de la mortalidad, al existir más personas con enfermedades crónicas que no fallecen, pero los estados prevalentes, serían por término medio, menos graves.

La salud ha sido abordada durante buena parte del siglo XX en términos de pura supervivencia, pero *la salud ha de ser entendida en un sentido más amplio, más cercano a la calidad de vida*, que abarca aspectos médicos y sociales. La OMS define salud como: un estado de bienestar físico, mental y social completo. Se convierte así en la capacidad de un individuo de funcionar de forma óptima dentro de su entorno habitual.

Desde este nuevo interés, la búsqueda de indicadores que reflejen la calidad de vida de la que disfrutan las poblaciones se convirtió en crucial. En este sentido, la dependencia que existe de la mortalidad como indicador del estado de salud resulta insatisfactoria. Las medidas tradicionales de mortalidad son insuficientes para evaluar el estado de salud de una población, caracterizada por la presencia de enfermedades y problemas de salud de índole crónica e invalidante que no se traducen en mortalidad de forma inmediata. Un indicador frecuentemente utilizado para valorar el estado de salud de una población era su estatura (Floud, 1991; Schofield y Reher, 1991); éste es un buen indicador para valorar el estado nutricional en la infancia, pero se precisan otros indicadores cuando se trata de valorar la calidad de vida en la vejez.

En el objetivo de las diversas aproximaciones está la consecución de un indicador que agrupe tres mediciones básicas: la esperanza de vida hasta el primer episodio de dependencia física, la esperanza de vida hasta el primer episodio de confinamiento, y la esperanza de vida hasta el primer episodio de aislamiento social (Robine, Bucquet y Ritchie, 1991). El desarrollo de una patología crónica aparta a una persona de algunas de las capacidades y recursos (materiales y sociales) que poseía. Esta definición de salud, en términos de bienestar y calidad de vida, aporta la imagen de la discapacidad como la inversa de la buena salud. De esta forma, *esperanza de vida en salud será sobre todo, esperanza de vida sin discapacidad*.

Es desde esta perspectiva desde la que adquiere relevancia el cálculo de esperanza de vida en salud, cuyo interés principal se centra en la evaluación, en años, del impacto que, sobre la calidad de vida, ejerce la presencia de enfermedades. La primera tentativa teórica se atribuye a Sanders (1964),

pero es Sullivan (1971) el que propone un método de cálculo simple. La esperanza de vida en salud (EVBS), divide la esperanza de vida en etapas con buena salud y etapas con mala salud, extendiendo el concepto de esperanza de vida a la morbilidad y la discapacidad. La EVBS a una edad determinada representa el número medio de años que, en buena salud, restan por vivir a una persona de esa edad⁵. Al igual que la esperanza de vida, es un índice sintético que se refiere más al estado de salud de la población en su conjunto que al individuo. Pero este indicador tuvo también sus detractores, diversas críticas formuladas por la OCDE poco después corrigieron a más de un investigador, y los trabajos sobre los indicadores de salud se vieron frenados.

No será hasta los años ochenta, en los que un contexto de aceleración no esperada del crecimiento de la esperanza de vida impulse de nuevo la preocupación sobre los años ganados a la misma. Es entonces cuando se retoman los trabajos y surgen indicadores⁶ como la esperanza de vida libre de incapacidad, que produce una serie de datos empíricos y una decena de críticas, generalmente positivas (Strohmenger y Péron, 1991). La esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) pretende sintetizar en una sola medida no sólo la duración de la vida sino también la calidad de vida⁷. Desde 1985 la Organización Mundial de la Salud ha venido utilizando la esperanza de vida ajustada por discapacidad para medir el nivel de consecución de sus objetivos: "Salud para todos" (WHO, 1985). En los últimos años se han introducido nuevos indicadores para evaluar el estado de salud de las poblaciones (Christopher et al.; 1995), que además de utilizar los datos de mortalidad evalúan también la carga de la enfermedad de diversas formas (esperanza de vida activa, esperanza de vida libre de discapacidad severa, esperanza de vida sin encamamiento, QALYs, DALYs, etc).

Las estimaciones de la esperanza de vida en salud han sido muchas, utilizando distintos datos de distinta naturaleza, y utilizando diversos indicadores, así como con diferentes referentes territoriales. De esta forma se han realizado estimaciones para Gran Bretaña (Bebbington, 1988), Canadá (Wilkins y Adams, 1983), Australia (Mathers, 1991), Países Bajos (Perenboom, Boshuizen y van de Water, 1993), Suecia (Nacional Board of Health and Welfare, 1994) y Francia (Robine y Mormiche, 1994). De los resultados de todos ellos se deduce que sea cual fuere el período temporal, país o indicador utilizado, la esperanza de vida en salud no se ha incrementado al mismo ritmo que la duración total de la vida (siempre que dentro de la mala salud se considere la discapacidad leve o moderada). *Los resultados observados hasta la fecha parecen favorables a la teoría de la pandemia de las discapacidades moderadas* (Robine, Bucquet y Ritchie, 1991)

Las hipótesis de Fries (1980) en las que, con la compresión de la morbilidad, la curva de supervivencia quedaría relativamente fija y a ella se iría acercando progresivamente la de supervivencia sin discapacidad, reduciendo la duración de la vida con discapacidad, no parece poder constatarse hasta la fecha en ninguno de los casos. Crimmins, Saito y Ingegneri (1997) comprueban para el caso de la

⁵ Presenta la ventaja de no estar influida por la estructura por edades, y el inconveniente de no utilizar probabilidades reales de supervivencia en buena salud, al obtenerse a partir de las tasas específicas por edad de mortalidad y de indicadores de valoración de salud actuales. Para su cálculo se emplea el método propuesto por Sullivan (1971) basado en las tablas de vida.

⁶ En los años ochenta los nuevos métodos de cálculo utilizados suponen una simplificación de las tablas a doble extinción (Katz et al., 1983) y de los métodos de tablas multi-edades (Rogers et al., 1989)

⁷ La EVLI a una edad x indica el promedio del nº de años libres de incapacidad que aún restan por vivir a una persona de esa edad; el concepto es similar al de esperanza de vida.



población norteamericana que no sólo la supervivencia sigue incrementándose, sino que tan sólo en las fechas más recientes la supervivencia libre de discapacidad ha empezado a evolucionar hacia un ligero retraso de la misma. Las ganancias a la discapacidad se produjeron además a edades relativamente jóvenes: en los últimos años de la cincuentena y durante la sesentena. Esto sugiere que en el caso de que se pueda llegar a producir esta contracción está tan sólo empezando. En décadas anteriores los incrementos en esperanza de vida se tradujeron en años con discapacidad, parece que sólo muy recientemente en algunas sociedades las ganancias en duración de la vida se producen en años ganados en salud⁸.

Un indicador de creciente utilización son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Este indicador tiene en cuenta de forma simultánea la muerte prematura y las consecuencias no mortales de la enfermedad y los traumatismos⁹. Los resultados de la nueva metodología aparecieron por primera vez en 1993 en el Informe sobre inversiones en salud del Banco Mundial¹⁰. La Organización Mundial de la Salud publica un ranking mundial utilizando este indicador (tabla 1.2). Con ello se pretenden medir los niveles de salud alcanzados por las poblaciones de los distintos estados del planeta, combinando el nivel de mortalidad y morbilidad, la duración de la vida y la calidad de la misma. Si bien España es uno de los estados con una mayor esperanza de vida a nivel mundial (tras Japón), cuando se trata de esperanza de vida en salud la situación empeora, mostrando perspectivas

RANKING MUNDIAL DE ESPERANZA DE VIDA EN SALUD, 1999

	Países	Esperanza de vida ajustada por discapacidad		
		Total	Hombres	Mujeres
1	Japón	74,5	71,9	77,2
2	Australia	73,2	70,8	75,5
3	Francia	73,1	69,3	76,9
4	Suecia	73,0	71,2	74,9
5	España	72,8	69,8	75,7
6	Italia	72,7	70,0	75,4
7	Grecia	72,5	70,5	74,6
8	Suiza	72,5	69,5	75,5
9	Mónaco	72,4	68,5	76,3
10	Andorra	72,3	69,3	75,2
11	San Marino	72,3	69,5	75,0
12	Canadá	72,0	70,0	74,0
13	Países Bajos	72,0	69,6	74,4
14	Reino Unido	71,7	69,7	73,7
15	Noruega	71,7	68,8	74,6

Fuente: OMS (versión electrónica)

Tabla 1.2

⁸ Los resultados obtenidos para la población norteamericana han de ser tomados con precaución, debido a que pueden sufrir la influencia de la desaparición de generaciones con un elevado número de individuos que sufrían alguna discapacidad, como consecuencia de su participación de la II Guerra Mundial.

⁹ Este método se basa en una perspectiva de incidencia y ofrece una estimación del número de años de vida perdidos por muerte prematura o vividos con discapacidad a causa de enfermedades o traumatismos.

¹⁰ World development report: investing in health

ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS (TOTAL, LIBRE DE DISCAPACIDAD Y LIBRE DE GRAVE DISCAPACIDAD). COMUNIDAD EUROPEA, 1994

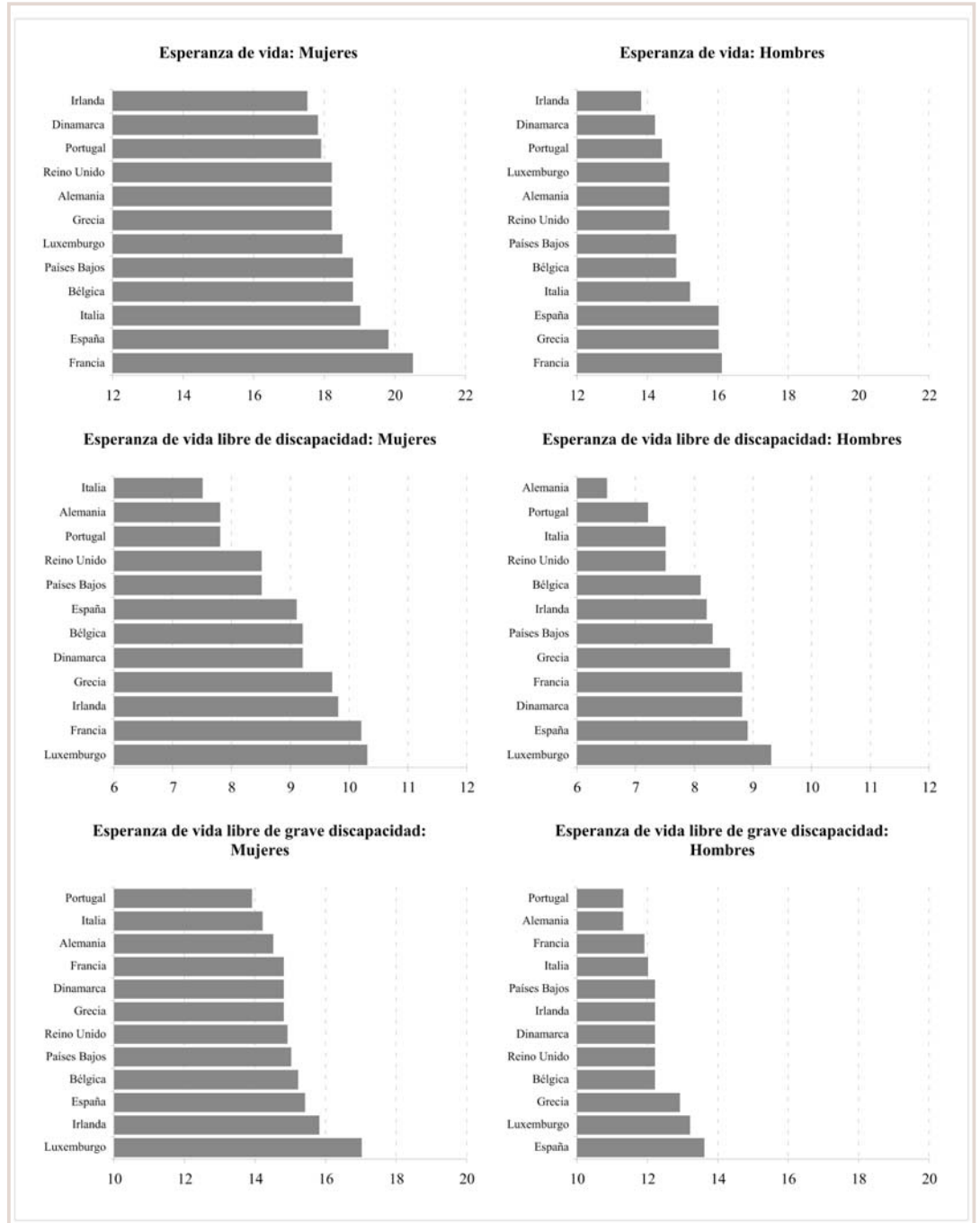


Figura 1.1

menos halagüeñas que las de algunos de nuestros vecinos europeos, como Francia o Suecia, además de Australia y Japón. En nuestro país, según los últimos datos disponibles, las mujeres pueden esperar vivir algo menos de 76 años antes de caer en una situación de discapacidad, mala salud, y reducción de la calidad de vida, y los hombres no alcanzarían una expectativa de 70 años; los restantes son años no ganados para la vida sino para la enfermedad.



La esperanza de vida en salud en la Unión Europea.- En los Estados miembros de la Unión Europea las esperanzas de vida a los 65 años oscilan entre los 21 años que pueden esperar vivir todavía las mujeres francesas y los 13 que pueden esperar, por término medio, los hombres irlandeses (Robine, Jagger y Romieu, 2001). En España, la expectativa de vida media a los 65 años es de 16 años para los varones y de casi cuatro más para las mujeres (figura 1.1). En efecto las mujeres españolas pueden esperar vivir más años que su congéneres, como ocurre en todas las sociedades desarrolladas, pero no más años libres de discapacidad. Si en las expectativas de vida introducimos la calidad de dicha vida por vivir, hombres y mujeres en nuestro país pueden esperar alrededor de 9 años sanos, independientes y gozando de una buena calidad de vida, tras haber cumplido los 65 años.

La esperanza de vida libre de discapacidad es algo mayor para las mujeres que para los hombres a cualquier edad, pero probablemente no ocurriría lo mismo si pudiésemos contar con las mismas a los 85 años (Crimmins, Saito, Ingegneri, 1997). A esta edad parece que son los hombres los que cuentan con unas mayores perspectivas de vida en salud. Probablemente la causa haya que buscarla en una mayor selección por mortalidad entre los hombres de edades avanzadas.

La esperanza de vida libre de grave discapacidad muestra unas pautas similares. Es la población portuguesa la que dentro de la Unión Europea muestra una esperanza de vida menor sin sufrir una discapacidad grave, esperanza que se materializa en 11 años para los hombres y casi 14 para las mujeres. En el otro extremo se encuentra las mujeres de Luxemburgo, que pueden esperar vivir 17 años libres de problemas graves, cuatro más que sus compatriotas masculinos. Las diferencias entre hombres y mujeres son mucho más reducidas nuevamente en el caso español, en donde de los casi 20 años de expectativa de vida femenina a los 65, poco más de 15 estarán exentos de alguna discapacidad grave, que se traduzca en importantes limitaciones, lo que arroja un saldo de casi 5 años con graves problemas. En el caso de los varones la situación mejora, y de los 16 de expectativa a los 65 años, durante casi 14 se verán libres de graves problemas.

Existe una relación entre las mayores esperanzas de vida y las mayores esperanzas de vida libres de discapacidad, tanto para hombres como para mujeres, aunque la correlación es mayor en el caso de los hombres. Sin embargo, entre la esperanza de vida y la esperanza de vida libre de grave discapacidad tan sólo existe una relación entre los varones, mientras que para las mujeres una mayor esperanza de vida no parece traducirse con claridad en una mayor esperanza de vida libre de grave discapacidad. De esta forma, por ejemplo, son las mujeres irlandesas las que tienen una menor esperanza de vida a los 65 años, con poco más de 17 años por delante como término medio, sin embargo de ellos casi 16 pueden esperar vivirlos libres de discapacidades graves. En el extremo contrario se encuentran las mujeres mayores italianas, que al cumplir 65 años se encuentran con una esperanza de vida de 19 años, de los cuales 5 podrían vivirlos sufriendo una grave discapacidad. Las mujeres pasan menos años de los que les quedan por vivir a los 65 años, libres de discapacidad que los hombres.

Si observamos la proporción de la esperanza de vida que disfrutamos libres de discapacidad y de grave discapacidad (tabla 1.3), vemos que las mujeres viven un mayor número de años que los hombres, pero ellas pasan una parte mayor de su vida sufriendo alguna discapacidad, e incluso alguna discapacidad grave. Comparadas con los hombres, las mujeres pasan una proporción menor de su vida

PROPORCIÓN DE VIDA VIVIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD Y LIBRE DE GRAVE DISCAPACIDAD, AL NACER Y A LOS 65 AÑOS

Estados	Al nacer				A los 65 años			
	Hombres EVLD/EV%	Mujeres EVLD/EV%	Hombres grave EVLGD/EV%	Mujeres grave EVLD/EV%	Hombres EVLD/EV%	Mujeres EVLD/EV%	Hombres grave EVLGD/EV%	Mujeres grave EVLD/EV%
Alemania	77,5	75,4	93,2	93,1	44,4	42,9	78,2	78,7
Bélgica	82,2	76,7	94,4	92,8	55,0	48,1	84,2	80,2
Dinamarca	83,5	78,5	95,8	94,6	62,1	51,8	87,0	83,4
España	83,3	78,0	94,3	92,7	56,2	45,9	85,5	78,2
Francia	81,5	78,9	90,6	88,9	54,8	50,0	73,5	71,4
Grecia	83,8	81,1	93,8	92,9	53,9	52,6	81,0	80,4
Irlanda	83,8	81,4	96,4	96,3	59,7	56,6	89,4	91,2
Italia	81,0	75,4	93,8	91,5	49,4	39,7	78,9	74,0
Luxemburgo	80,9	76,4	95,8	95,9	64,9	55,4	91,1	90,9
Países Bajos	79,1	73,3	94,0	92,3	56,7	45,2	83,3	79,3
Portugal	76,8	72,2	92,2	91,4	49,6	44,4	79,4	78,4
Reino Unido	79,7	76,7	95,2	94,1	52,1	46,7	84,9	81,5

Fuente: European Community Household Panel, 1994. Cálculos de Robine, Jagger y Romieu (2001)

Tabla 1.3

libres de discapacidad, en cualquiera de los países europeos. En los estados con altas esperanzas de vida, las mujeres pasan una parte proporcionalmente menor de su vida, libres de discapacidad, lo que hace pensar en un escenario en el que una larga vida se traduce en una mala salud.

Son los hombres griegos e irlandeses los que disfrutan de una existencia con menor presencia de la discapacidad, que ocupa, por término medio, un 84% de su tiempo de vida; y por el contrario son las mujeres portuguesas las que la sufren en mayor medida, dado que a ellas les toma un 27% de la misma. A los 65 años las cosas no han cambiado mucho, siguen siendo los varones en todos los países europeos, los que pueden esperar mantener una estimable calidad de vida, durante la mayor parte de la misma. Tan sólo los alemanes y los portugueses pueden temer que la presencia de alguna discapacidad les tome la mitad o más de los años que tienen por delante. En todos los casos restantes los hombres de 65 años pueden esperar razonablemente vivir la mayor parte de su vida gozando de una buena salud. Pero esa esperanza tan sólo alcanza a las mujeres mayores en Irlanda, Luxemburgo, Grecia, Dinamarca, y Francia. En todos los restantes países las mujeres de 65 años vivirán más años sufriendo una discapacidad que disfrutando de una vejez sana y autónoma. Las discapacidades graves se toman un porcentaje menor de la vida y de la vejez, pero siguen ocupando una mayor parte de las biografías femeninas.

Los hombres mayores españoles pueden esperar razonablemente vivir la mayor parte de su vejez libres de discapacidad alguna, gozando de buena salud, y de una vejez activa. Pero de los años que les quedan por vivir, un 14% de los mismos se pueden ver limitados por algún problema grave, que limite seriamente su autonomía y su calidad de vida. En el caso de las mujeres la situación se agrava. Probablemente las mujeres mayores españolas pasen más de la mitad de su vejez sufriendo las limi-

taciones derivadas de una situación de discapacidad, y un 30% de la misma con limitaciones que afecten muy seriamente a su calidad de vida. La ganancia de años femenina se realiza fundamentalmente a expensas de años vividos sufriendo alguna discapacidad.

CAPÍTULO 2

LA POBLACIÓN MAYOR A COMIENZOS DEL SIGLO XXI.

HACIA UNA SOCIEDAD MÁS MAYOR, HACIA UNA VEJEZ MÁS ANCIANA



2. 1. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN EL ÚLTIMO SIGLO

A lo largo del último siglo la población española ha visto aumentar sus expectativas de vida media de forma constante, y en algunos casos espectacular. España sufría, a comienzos del siglo XX, unos niveles de altísima mortalidad tan sólo igualados por las condiciones de algunas ciudades de la Rusia imperial. Desde entonces los progresos en materia de supervivencia, especialmente en los primeros años de vida y en primer lugar en las ciudades, llegaron a producir que algunas generaciones de españoles, ahora mayores, fuesen ganando años de vida a medida que se hacían mayores, en vez de perderlos. El resultado de todo ello ha sido, junto con una extraordinaria prolongación de la vida media, la



verdadera creación de una nueva etapa en las biografías, que prácticamente están explorando por primera vez las actuales personas mayores: una vejez prolongada, en buena parte gozando de buena salud, y acompañada de cónyuge, descendientes e incluso ascendientes; pero también la llegada a etapas muy avanzadas, en las que procesos degenerativos pero no mortales, sitúan a los individuos en condiciones extremadamente vulnerables durante largos períodos de tiempo.

Paralelamente a este proceso de prolongación de la vida media, se produjo durante el siglo pasado una sostenida reducción de la fecundidad de las generaciones. El descenso global de los nacimientos produjo un fuerte cambio en la estructura de la población a lo largo del siglo XX, dado que fue este descenso de la población más joven el que hizo más visible el aumento de la presencia de los mayores en nuestra sociedad. En una población que produce cada vez menos jóvenes, son aquellas generaciones de mayores, cuya presencia se reduce en menor medida, las que cobran cada vez más fuerza y más importancia, al menos a nivel demográfico.

Las pirámides de población

En un repaso a las pirámides de edades de la población española durante el siglo XX se observa con claridad cómo los cambios producidos en materia de reproducción y supervivencia han cambiado drásticamente nuestra sociedad. La España de las dos primeras décadas del siglo era una sociedad muy joven, con una numerosa población infantil que gozaba de unas limitadas expectativas de supervivencia, y que de hecho se reducía sustancialmente durante las primeras edades de la vida (figura 2.1). Por el contrario en este escenario eran muy pocos los que llegaban a alcanzar los 65 años, y casos absolutamente aislados aquellos que alcanzaban los 80 años de vida.

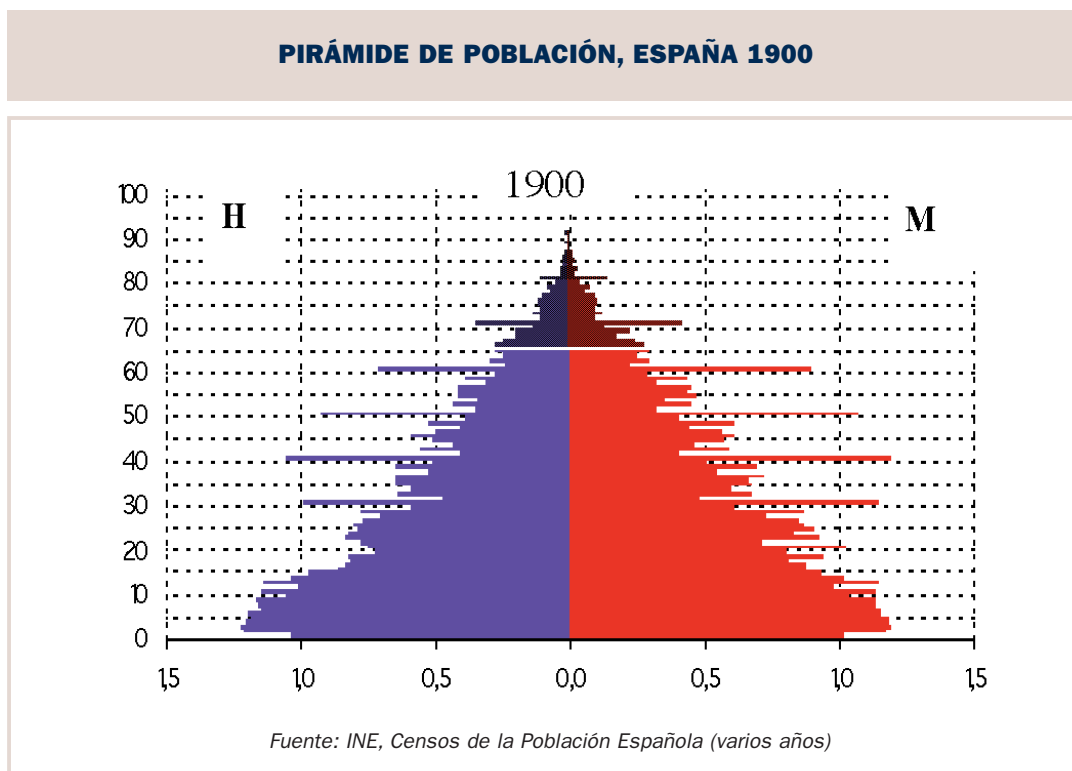


Figura 2.1

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, ESPAÑA 1920, 1940

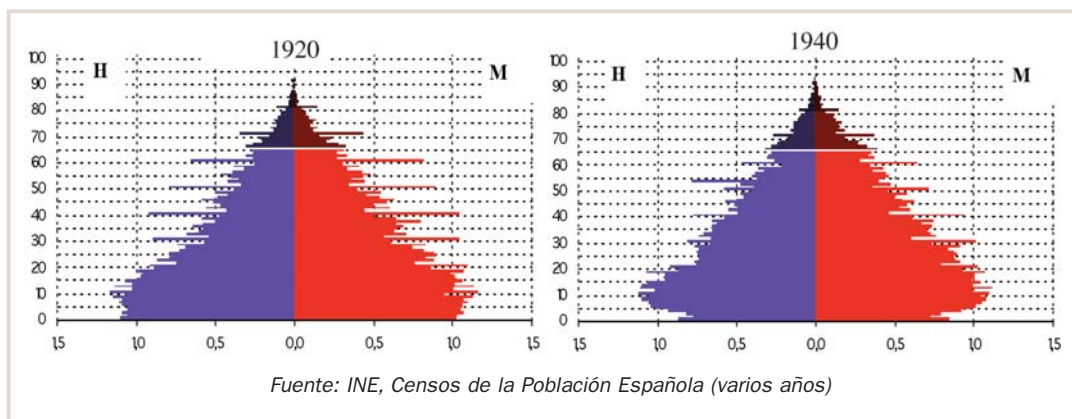


Figura 2.2

En la pirámide de 1920 se reduce discretamente la base de la misma (figura 2.2), pero no porque haya comenzado a limitarse en mayor medida la fecundidad de la población, sino por efecto de la mortalidad que se produjo a causa de la epidemia de gripe que devastó Europa en 1918, epidemia a la que se conoce como la “gripe española”. Será a partir de finales de los años veinte, cuando las políticas de mejora de la calidad de vida urbana (alcantarillados, potabilizaciones...) entre otras causas, hayan producido una mayor supervivencia infantil, cuando la sociedad española comience a reducir su fecundidad. Ésta, muy alta precisamente para compensar las escasas probabilidades de llegar a edad adulta, se reduce en primer lugar en las ciudades, pero con posterioridad el proceso se generaliza a la totalidad del país. Ya la pirámide de 1930 registra una primera reducción de la base de la misma, histórica en nuestro país dado que es la primera vez en que no se produce por mortalidad sino por reducción de la fecundidad. Pero la década de los años treinta sería una década muy particular en la historia de España, en la que la Guerra Civil (1936-1939) altera completamente el curso de los acontecimientos, también demográficos. Los nacimientos se reducen enormemente generando unas cohortes extraordinariamente vacías, que tendrán repercusiones en el futuro demográfico de nuestro país. Pero no son las generaciones nacidas en este momento las únicas que se ven reducidas: aquellas generaciones que ya habían sufrido en la infancia los efectos de la gripe de 1918, son también ahora las más afectadas por los efectos devastadores de la contienda civil, especialmente sus efectivos masculinos cuya sobremortalidad es bien visible en la pirámide de población de 1940.

En 1940 se producen muchos de los acontecimientos retrasados durante los años anteriores por las circunstancias bélicas: migraciones, matrimonios... y también nacimientos, lo que produce una cohorte anual relativamente numerosa, en la que se concentran los no nacidos durante los cuatro años anteriores. A partir de este momento la fecundidad empezará a recuperarse a un ritmo modesto pero creciente, hasta que a partir de 1957 y gracias al rejuvenecimiento de la nupcialidad y fecundidad propiciado por las favorables expectativas económicas, se empiece a producir el discreto baby-boom registrado en España hasta mediados de los años setenta (figura 2.3). Será este progresivo aumento de la población más joven el que oculte la mayor presencia de los adultos mayores en esta España de las décadas de los años sesenta y setenta. Nunca las generaciones de españoles habían llegado tan lle-



nas a las edades de 50 y 60 años, de hecho es éste el primer momento en que llegan a estas edades más de la mitad de los efectivos iniciales de una generación. La reducción de la mortalidad en la vejez, va engrosando también los efectivos de personas mayores, aunque todavía discretos en estas décadas del siglo XX.

La reducción de los nacimientos, y con ella la progresiva reducción de la población más joven, a partir de mediados de los años setenta (figura 2.4), aumentará progresivamente la importancia que en el conjunto de nuestra sociedad van adquiriendo otras edades más avanzadas. Paralelamente a esta reducción de la población infantil, que será mucho más abrupta en años posteriores, se produce la llegada a edades avanzadas de las primeras generaciones españolas que hasta este momento no han sido muy castigadas por la mortalidad, alcanzando relativamente llenas las edades de jubilación. Si hasta esta fecha, tan sólo alcanzaban la vejez algunos miembros escogidos de cada generación, es en este momento, y no antes, en el que se puede empezar a hablar en nuestro país de una vejez universal. Será esta situación históricamente inédita en nuestra sociedad la que fuerce la necesidad del debate sobre una financiación de una etapa no productiva ya generalizada para el conjunto de la población.

En los años posteriores las transformaciones en la estructura por edades de la población española son profundas: la fuerte disminución de la fecundidad va convirtiendo progresivamente la pirámide en un trompo, con el consiguiente aumento de la presencia relativa de la población más mayor (figura 2.5). Pero paralelamente a este proceso se están produciendo cambios profundos en la cúspide de la pirámide, en las edades más avanzadas. Generalizada ya en estos momentos la supervivencia hasta alcanzar la vejez, es en estas edades elevadas en donde se concentran las ganancias en supervivencia.

El resultado de este proceso es que las generaciones de aquellos nacidos durante la segunda y tercera década del siglo XX, que vieron ir en aumento sus expectativas de vida conforme fueron cum-

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN, ESPAÑA 1960

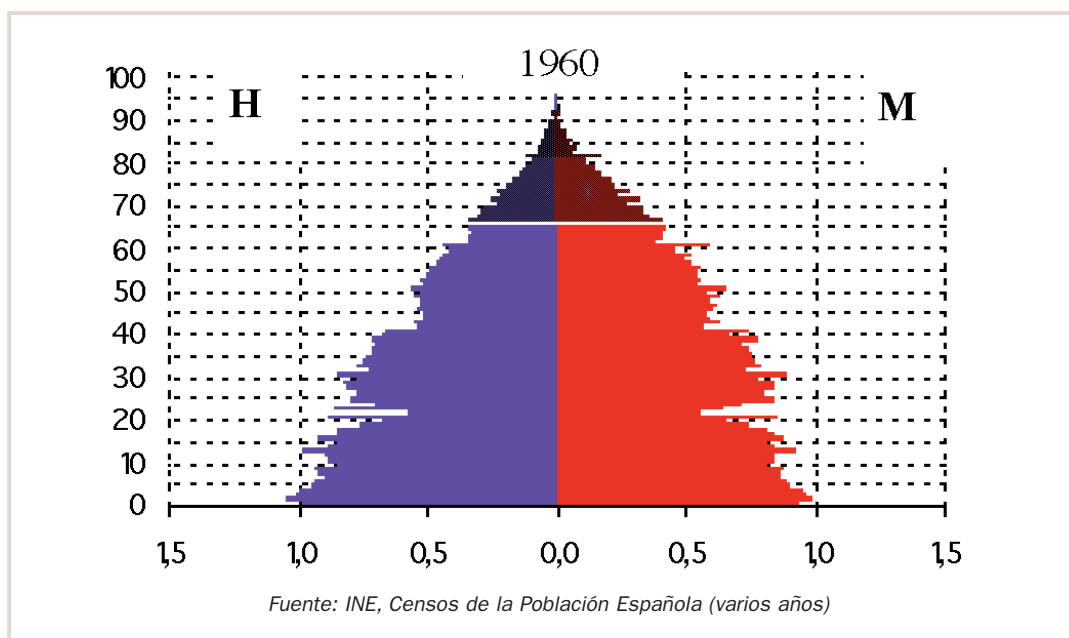


Figura 2.3

PIRÁMIDE DE POBLACIÓN, ESPAÑA 1981

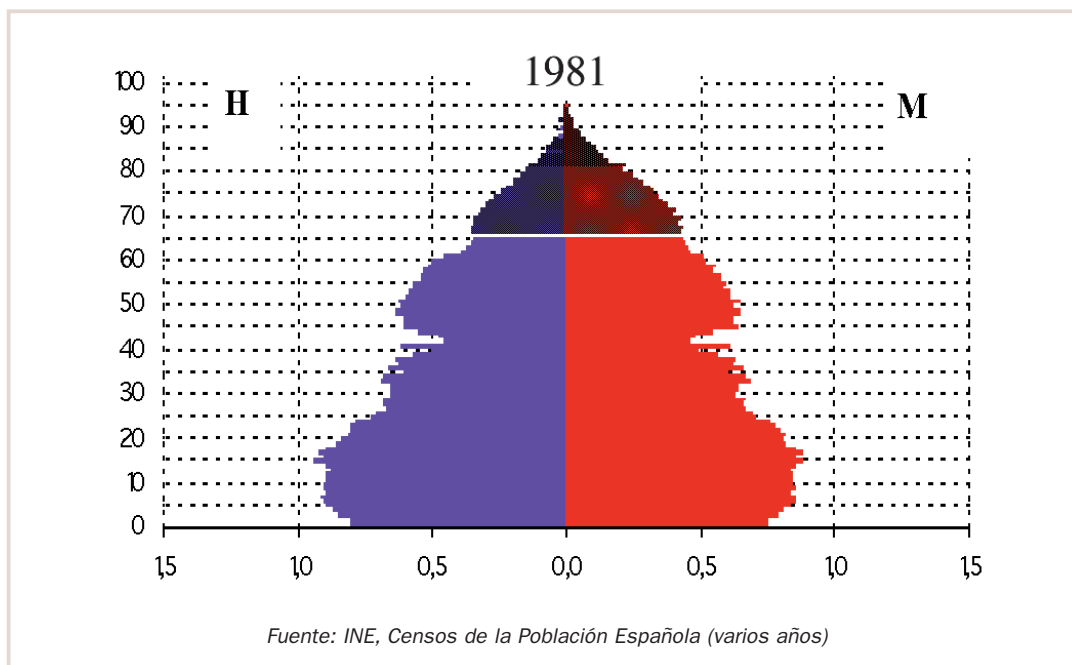


Figura 2.4

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN, ESPAÑA 1991, 1998

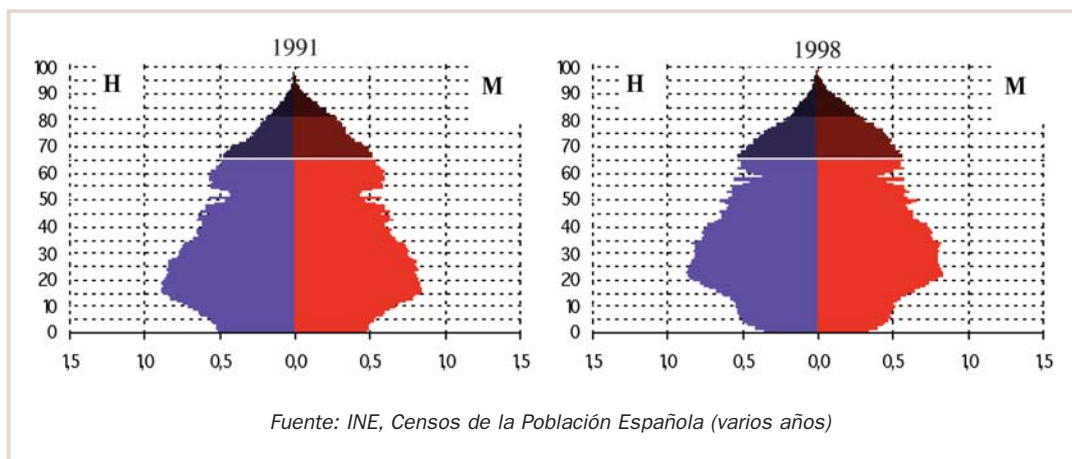


Figura 2.5

pliendo años, no sólo van a protagonizar la vejez más numerosa conocida hasta la fecha, sino que van a permanecer en ella durante un largo período, desconocido para sus ascendientes. De esta forma estas generaciones todavía relativamente llenas, alcanzarán a partir de mediados de los años noventa edades superiores a los 80 años, inaugurando una etapa absolutamente excepcional para miembros de generaciones anteriores. Si su llegada generalizada a edades de jubilación hizo patente las necesidades económicas de una etapa no productiva, la llegada de un colectivo importante de estas generaciones, que lo será todavía más para generaciones posteriores, a edades en las que su vulne-



rabilidad física y social aumenta de forma drástica y profunda, *habría de generar en la sociedad española un debate abierto*, y en cierta medida urgente, sobre las necesidades socio-sanitarias generadas por una edad, no nueva para el individuo, pero sí nueva para la población en su conjunto, a las que llegarán las próximas generaciones ya de forma masiva, generando una situación en la que será imposible, o en cualquier caso, no recomendable, ignorar sus necesidades y demandas.

En 1998, punto de partida de la prospección del futuro inmediato de la población mayor que aquí se propone, nos encontramos con una población muy madura, con una escasísima población infantil, y en la que las generaciones más numerosas, nacidas durante el baby-boom, se encuentran ya en edades adultas, entre 20 y 40 años. Frente a ellas una pobladísima vejez, protagonizada por las otras generaciones más llenas nacidas durante el siglo pasado: las nacidas en los años veinte, cuando ya había comenzado a descender la mortalidad, especialmente la infantil, pero todavía faltaban unos años (hasta finales de esa década) para que comenzase a reducirse también el esfuerzo reproductivo. Esta numerosísima primera vejez puede ocultar la situación de aquéllos, nacidos antes de la gripe del 18 que ya han traspasado los ochenta años de vida. En efecto, en este escenario la mayoría de los mayores se encuentran en una vejez activa, saludable en general, y con una calidad de vida probablemente insospechada en otras épocas, pero también es verdad que, salvo graves cambios en la supervivencia, afortunadamente muy improbables, esta mayoría de población mayor, estas generaciones llenas de los años veinte y treinta, llegarán en un futuro inmediato a edades en las que su vulnerabilidad y su fragilidad probablemente aumenten rápidamente.

Evolución de la población mayor

Como resultado de esta evolución de la población española durante los últimos cien años, se puede observar que *la población de 65 y más años no ha dejado de crecer en ningún momento*: ha aumentado su peso relativo en el conjunto de la población y su papel en la sociedad debido al descenso de población más joven, pero también al aumento de la supervivencia a todas las edades, llegando a ella generaciones cada vez más numerosas. Desde 1900 la población en su conjunto se ha duplicado, mientras que el volumen de población mayor se ha multiplicado por siete desde principios del siglo XX (figura 2.6), cuando tan sólo había 967.754 individuos con 65 años de edad (en 1998 eran 6.503.768). Pero no sólo ha aumentado el volumen de la vejez, sino que también ha aumentado, y mucho, su “duración”. Si la vejez universal ha sido una novedad reciente, podemos decir que los octogenarios son prácticamente un “descubrimiento” del último cuarto del siglo XX.

De esta situación partimos para explorar el escenario en el que se encontrará la vejez en un futuro inmediato, plateando un horizonte al año 2010. Por una parte, con vistas a cualquier intento de planificación de cobertura de las necesidades de este creciente colectivo, un escenario a medio plazo colabora en mayor medida a la previsión de las mismas y parece el más adecuado. Por otra parte, un horizonte más alejado constituye un ejercicio interesante, pero que posponemos en este momento¹.

¹ El grado de fiabilidad de las proyecciones es alto a corto plazo –para un período de 10 a 15 años–, ya que la dinámica de la población está fuertemente condicionada por su evolución reciente y por su estructura presente; pero a medida que se amplía el horizonte la proyección disminuye el grado de fiabilidad (Keyfitz, 1981)

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA DE EDAD, 1900-2020 (MILES)

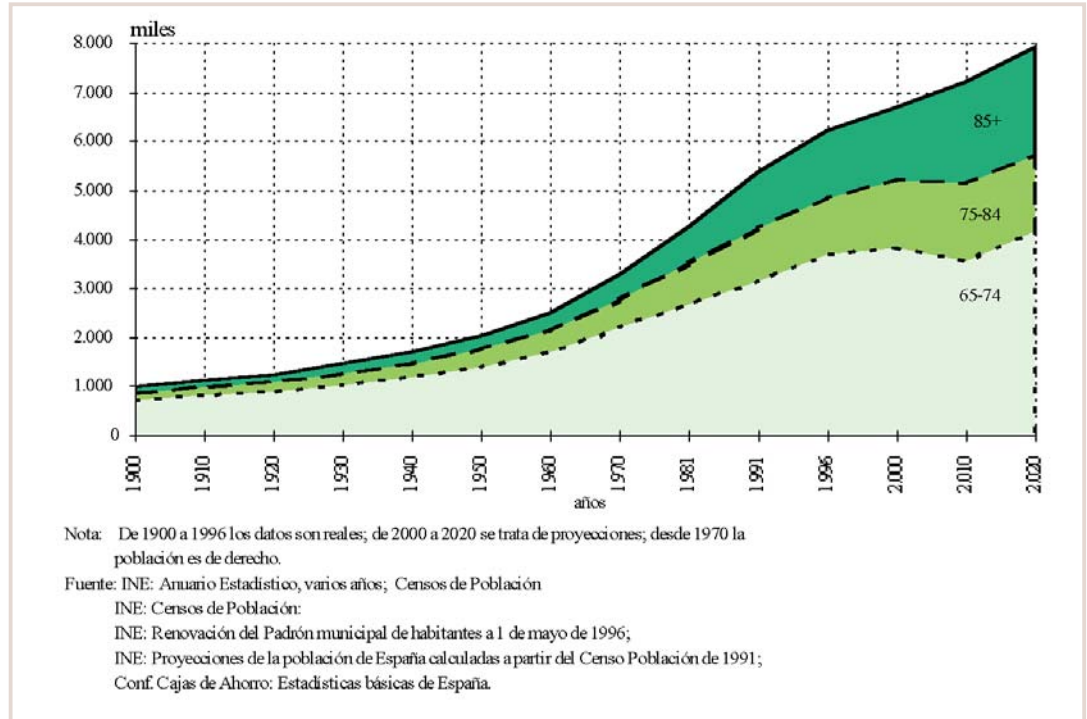


Figura 2.6

El futuro es incierto, y por esta razón los trabajos prospectivos pueden estar en cierta medida abocados al fracaso. La fuente de estos errores no son actualmente los instrumentos metodológicos o los datos estadísticos de base, que están en la actualidad muy perfeccionados, sino los supuestos sobre la evolución de los distintos fenómenos demográficos. A corto término tenemos suficiente información, pero los rápidos avances de la investigación médica y farmacéutica, permiten poco más que especular en cuanto a hipótesis de supervivencia en un futuro más lejano.

2. 2. METODOLOGÍA DE LA PROYECCIÓN

La población de la que partiremos en el cálculo de las proyecciones será la población por sexo y edades simples que proporciona la rectificación patronal del INE a 1 de Enero de 1998, por ser la “foto” de la población española de la que disponíamos en el momento en que se comenzaron a realizar estas proyecciones, para partir en este recorrido por el futuro cercano.

Existen diversos métodos para proyectar la población futura, básicamente se puede distinguir entre las proyecciones realizadas por extrapolación, y aquellas en las que se utiliza el método de componentes, con la especificación de las más recientemente desarrolladas proyecciones “multirregionales”. Las primeras utilizan de forma sintética el crecimiento de la población, independientemente de los procesos que lo produzcan. Es, por tanto, la tasa de crecimiento la que se proyecta. Aunque es



un método sencillo y muy utilizado en el pasado, lo cierto es que en la actualidad está cayendo en desuso.

El *método de los componentes* es el más utilizado en la actualidad. Frente a la simple extrapolación del crecimiento global, esta propuesta metodológica entiende dicho crecimiento como la combinación de la evolución de los distintos componentes o procesos demográficos que lo componen: mortalidad, fecundidad y migración. Así las poblaciones futuras dependerán principalmente del tamaño y estructura de la población de partida, y de la intensidad y calendario de los fenómenos por los que se vea afectada. Dichos fenómenos tienen un efecto bien diferenciado por edad y sexo, por lo que la máxima desagregación posible en este aspecto garantizará una mayor fiabilidad.

Respecto a las proyecciones “multirregionales”, constituyen una variante del método de los componentes desarrollada en las últimas décadas (Willekens y Drewe, 1984). Son de especial utilidad para aquellos fenómenos cuya distribución espacial muestra diferencias notables, haciendo recomendable la proyección del fenómeno en cada una de las regiones o unidades espaciales, ante la posibilidad de que dichas diferencias se equilibren en la visión en conjunto pudiendo arrastrar a proyecciones engañosas para la población global. Así, por ejemplo, para una proyección del conjunto de la población este método permite realizar la proyección de la fecundidad o de la migración por separado para diferentes territorios, fenómenos que con frecuencia muestran claras pautas espaciales.

En esta proyección se utilizará el método de los componentes, al entender que en el escenario de vejez en un futuro próximo será claramente determinante la evolución que la mortalidad muestre en la próxima década. La fecundidad no será observada, dado que con un horizonte 2010 no tienen relevancia alguna, al estar todos los protagonistas de esa próxima vejez ya nacidos en la población de partida de las proyecciones. Respecto a la migración, que puede alterar fuertemente una población, pero cuyo calendario se concentra en gran medida en torno a las edades laborales más jóvenes, y dada su limitada relevancia cuantitativa a edades avanzadas, ésta se considerará nula. No se ha optado por un escenario de proyección multirregional al entender que la naturaleza de la proyección de la población mayor no lo hace necesario, siendo discretas las diferencias territoriales de la mortalidad en cuanto a intensidad, y en mayor medida en cuanto a calendario; y desconocidas, hasta que una fuente con posibilidades de análisis territorial como el Censo de 2001 nos permita su exploración, las posibles pautas territoriales de la incidencia de la situación de dependencia en la vejez.

Respecto a las *hipótesis de mortalidad* se ha utilizado como punto de partida la tabla de mortalidad construida por el INE para la población española en el período 1996-1997, por ser la última disponible. La desagregación proporcionada por estas tablas para cada sexo es de edades anuales, pero las tablas tipo de mortalidad de Naciones Unidas para distintos niveles de mortalidad que hemos usado para la determinación del calendario, están construidas con grupos de edades quinquenales. Por lo que en primer lugar se ha realizado una proyección global de la población con grupos quinquenales, sin alterar el calendario proporcionado por Naciones Unidas (Coale y Guo, 1991), para ello se ha reconstruido la tabla de mortalidad de la población española por grupos quinquenales. Posteriormente se ha realizado una ligera corrección del calendario por edades de forma que se ajuste en mayor medida a la previsible evolución del calendario de las ganancias en supervivencia en los

próximos años, y se ha realizado una proyección de la población por edades simples, que no sólo garantiza un mayor ajuste y fiabilidad sino que nos ayudará a conocer con mayor detalle un colectivo de personas mayores que puede variar de forma sustancial en un período agrupado de cinco años.

Para la proyección de las hipótesis de mortalidad existen también diferentes métodos, que se pueden agrupar en aquellas metodologías que proyectan en primer lugar el nivel global de mortalidad (la esperanza de vida al nacer), y derivan posteriormente la estructura por edades de la mortalidad, y las que siguen el proceso inverso, diseñando en primer lugar la curva por edades. Este último grupo actualmente ha caído en desuso debido a que las tasas de las distintas edades no son independientes entre sí, sino que la mortalidad tiene una lógica interna en su reparto por edades, y por lo tanto no se deben proyectar por separado.

El método utilizado ha sido la proyección en primer lugar de una esperanza de vida al nacer, y posteriormente el reparto de la mortalidad en una curva por edades que corresponda a dicho nivel de esperanza de vida, y a las previsibles tendencias en la evolución de la mortalidad por causas.

En primer lugar, se han proyectado los niveles de esperanza de vida al nacer de las mujeres. Para ello se ha elegido una esperanza de vida máxima que marca un límite hacia el que se tiende pero que nunca es alcanzado, un concepto cercano al de techo teórico de la longevidad humana, hacia el que tiende la evolución de ésta, pero que se alcanzaría en un futuro teórico fijado en el infinito, es decir, muy alejado del horizonte propuesto.

Para hallar los valores intermedios de las esperanzas de vida al nacer, entre el proporcionado por la última tabla 1996-97 y el máximo teórico, de acuerdo con la evolución registrada hasta la fecha, se ha realizado un ajuste logístico de la serie observada en el pasado próximo. Para ello se han transformado las esperanzas de vida al nacimiento en logits, según el modelo recomendado por el Banco Mundial (Bulatao et al., 1989), una vez obtenidos se han calculado los elementos de la recta de regresión. Se ha elegido como punto de partida de esa serie 1960 debido a diversas razones. En primer lugar porque era el trazo que más se ajustaba y por tanto el modelo que mejor permitía aproximar la evolución futura, con un menor error. Por otra parte este período se corresponde con el inicio de un proceso ocurrido en casi todas las poblaciones conocidas, en las que tras un período de fuerte crecimiento de la esperanza de vida se alcanza una época de ralentización. La curva se proyecta hasta el 2051,5, la razón de alejarla hasta esta fecha es la necesidad de situarla en un infinito teórico, y también que proporcione una curva evolutiva lo suficientemente amplia, regular y sin distorsiones. Una vez obtenidos los logits para las fechas intermedias se vuelven a transformar en esperanzas de vida, de forma que permiten disponer de la serie completa de esperanzas de vida al nacer femeninas de 1996,5 a 2051,5, que se han ajustado de acuerdo a los valores anteriores de las esperanzas de vida desde 1960 a 1996,5.

A dicha serie de esperanzas de vida femeninas proyectadas se les hace corresponder unos niveles de esperanza de vida al nacer para los hombres. La esperanza de vida máxima de los hombres se obtiene mediante la relación que existe entre las esperanzas de vida femeninas y masculinas proporcionadas por las tablas tipo. El cálculo de las esperanzas de vida al nacimiento de las edades intermedias se realiza mediante el cálculo de logits por regresión al igual que se ha hecho con los de las mujeres, y posteriormente se han ajustado de la misma forma.



Las esperanzas de vida para cada año se calculan mediante interpolación lineal entre las obtenidas para años entre los que median intervalos quinquenales, siguiendo las recomendaciones de Coale y Guo (1991). De la serie anual de esperanzas de vida se obtienen las tasas de mortalidad para cada sexo, utilizando las tablas tipo de Naciones Unidas (Coale y Guo, 1991). Una vez obtenidas las tasas de mortalidad por sexo y edad anuales se han construido las correspondientes tablas de mortalidad para cada año y sexo, que proporcionan a su vez las probabilidades perspectivas de paso utilizadas finalmente en la proyección de la población.

2. 3. DISCUSIÓN DE LA HIPÓTESIS DE MORTALIDAD

En los últimos años la hipótesis de mortalidad ha ido adquiriendo más y más importancia en las proyecciones de población por diferentes motivos. Uno de ellos es el hecho de que las previsiones de estabilidad de la evolución de la esperanza de vida, que era el supuesto más frecuente considerado en las proyecciones de población ha sido desmentido una y otra vez por el crecimiento de la supervivencia que ha sido sistemáticamente superior al previsto. De esta forma, Naciones Unidas ha ido revisando al alza las hipótesis en las sucesivas actualizaciones. Las proyecciones del año 1984 situaban la esperanza de vida límite en 75 años para los hombres y en 82,5 para las mujeres, niveles que ya han sobrepasado actualmente algunas poblaciones.

Por otra parte, el aumento reciente de la longevidad se ha basado en la disminución de las tasas en las edades avanzadas y el aumento de la esperanza de vida se ha traducido en un aumento de los efectivos de población de más edad. *El aumento de la esperanza de vida*, que históricamente había sido un factor de rejuvenecimiento se ha convertido de esta forma en un *factor de envejecimiento*, porque son las edades más avanzadas las que registran la reducción más importante de la frecuencia relativa de las defunciones. Como una de las cuestiones que más interesan de la población futura es qué cifras puede llegar a alcanzar la población de más edad, las hipótesis de evolución de la mortalidad se han convertido en cruciales.

Con tal de minimizar la incertidumbre inherente a las hipótesis de futuro, seguiremos las estrategias recomendadas por Nico Keilman (1990). Dado que la formulación de las hipótesis es un proceso que no está exento de cierta subjetividad, se tratará de introducir una visión interdisciplinar en la discusión de las mismas. En palabras de Keilman, puesto que no se puede alcanzar la objetividad, al menos se puede contar con la intersubjetividad desde diferentes perspectivas. Se pretende también transmitir a los lectores la incertidumbre inherente a cualquier proyección mediante la elaboración de varias hipótesis y escenarios, que pretenden delimitar el futuro posible. Se ha de insistir también en que la incertidumbre aumenta con el paso del tiempo, de forma que el corto plazo ofrece una fiabilidad mucho mayor.

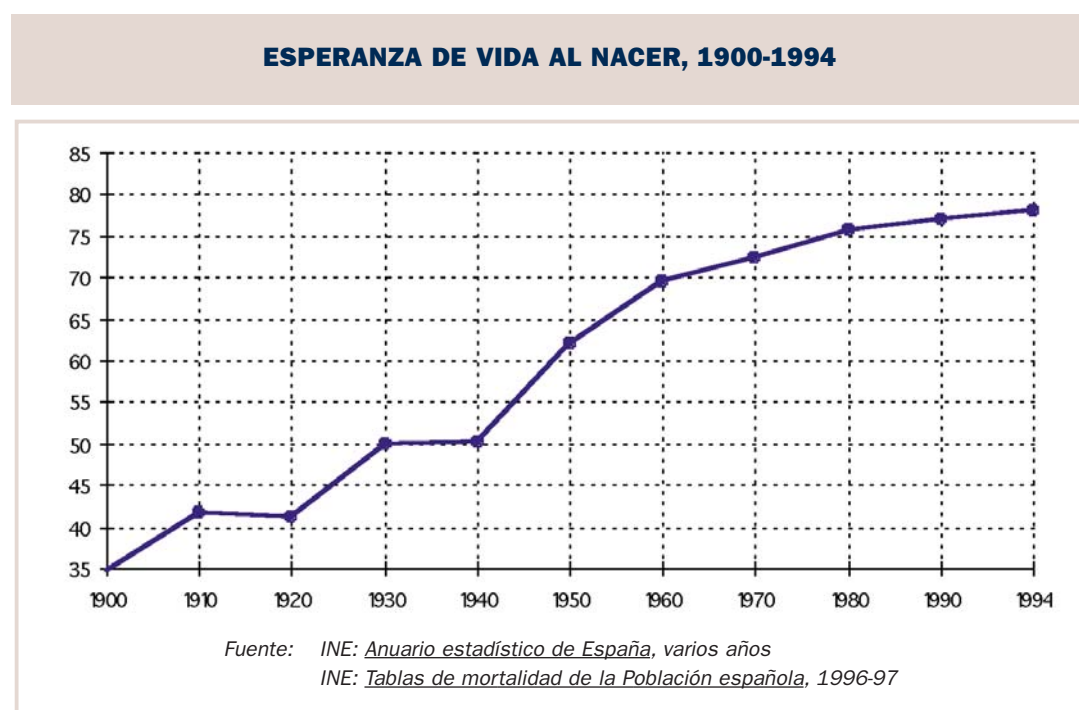
La evolución de la mortalidad

Mirando hacia atrás, la humanidad tan sólo ha visto mejorar sus probabilidades de supervivencia a partir de mediados del siglo XVIII; hasta entonces apenas se habían superado los treinta años de

esperanza de vida. En España, el punto de partida era desastroso, al empezar el siglo la población española tenía una esperanza de vida inferior a los treinta y cinco años (34,8 años), siendo la más baja de toda Europa, con la única excepción de Rusia. Una quinta parte de los nacidos en España a principios de siglo morían sin llegar a cumplir el primer año de vida. No sólo la mortalidad infantil (antes de cumplir un año), sino también la de la primera infancia (entre uno y cinco años) eran extraordinariamente importantes en comparación con otras de Europa. A partir del inicio del siglo se produce una aproximación de la mortalidad española a la europea, a pesar del efecto de las dos grandes alteraciones que supusieron la epidemia de gripe de 1918 y la Guerra Civil (figura 2.7). La lucha contra la mortalidad infantil fue la primera responsable de este rápido descenso de la mortalidad durante la primera mitad del siglo XX.

La evolución llegó a ser tan espectacular que durante algunos años cumplir un nuevo aniversario no significaba disminuir en nada la esperanza de vida, pues las ganancias en la misma durante ese tiempo compensaban el tiempo vivido (crecía al mismo ritmo que envejecían los individuos). La llamada “transición epidemiológica” supuso no sólo la fuerte reducción de la mortalidad infantil y juvenil, con el consiguiente aumento de la esperanza de vida al nacer, sino también el paso de una etapa en la que eran las enfermedades infecciosas la principal causa de muerte a otra donde éstas son reemplazadas por las no infecciosas (Omran, 1971; Bernabeu y Robles, 2000).

Hacia 1960 la mortalidad de la población española presentaba ya niveles similares a los europeos, habiendo duplicado la esperanza de vida al nacer de principios de siglo (69,8 años). Aunque la mortalidad infantil admitía todavía márgenes de mejora, la mortalidad en la primera infancia se había reducido sustancialmente, y con posterioridad a estas edades las principales causas de muerte eran los tumores y las relacionadas con el sistema circulatorio.





Desde entonces la mortalidad infantil ha disminuido notablemente, y las otras causas de muerte citadas, aunque han aumentado su incidencia, están por debajo de los niveles de otros países desarrollados. Esta combinación explica la favorable situación de España en el contexto internacional, con una esperanza de vida al nacer cercana a los 80 años. De hecho, la elevada esperanza de vida de los españoles continuó aumentando a un ritmo sostenido a partir de 1970, incluso muy fuertemente entre 1971 y 1983, especialmente para los hombres (Gómez Redondo, 1995). Este aumento de la supervivencia persiste en la actualidad, de hecho *la prolongación de la vida media de la población española, considerada en su conjunto, es un proceso en el que, hasta el momento, no se ha detectado estabilización alguna.*

Las causas de muerte

A lo largo del siglo XX se ha conseguido el control de la mortalidad en los países desarrollados, especialmente desligándola de las grandes epidemias. Propuesta por Omran en 1971, la teoría de la transición epidemiológica corresponde a la modificación de la estructura de las causas de muerte que ha acompañado a la caída de la mortalidad a lo largo del tiempo. Omran propuso tres fases que se correspondían con las etapas de la transición demográfica: la etapa de las epidemias y las hambrunas, la etapa de disminución de las pandemias, y la etapa de las enfermedades degenerativas y provocadas por el hombre. Pero en 1986 Olshansky y Ault proponen añadir una cuarta fase a la transición: *la etapa de las enfermedades degenerativas tardías.*

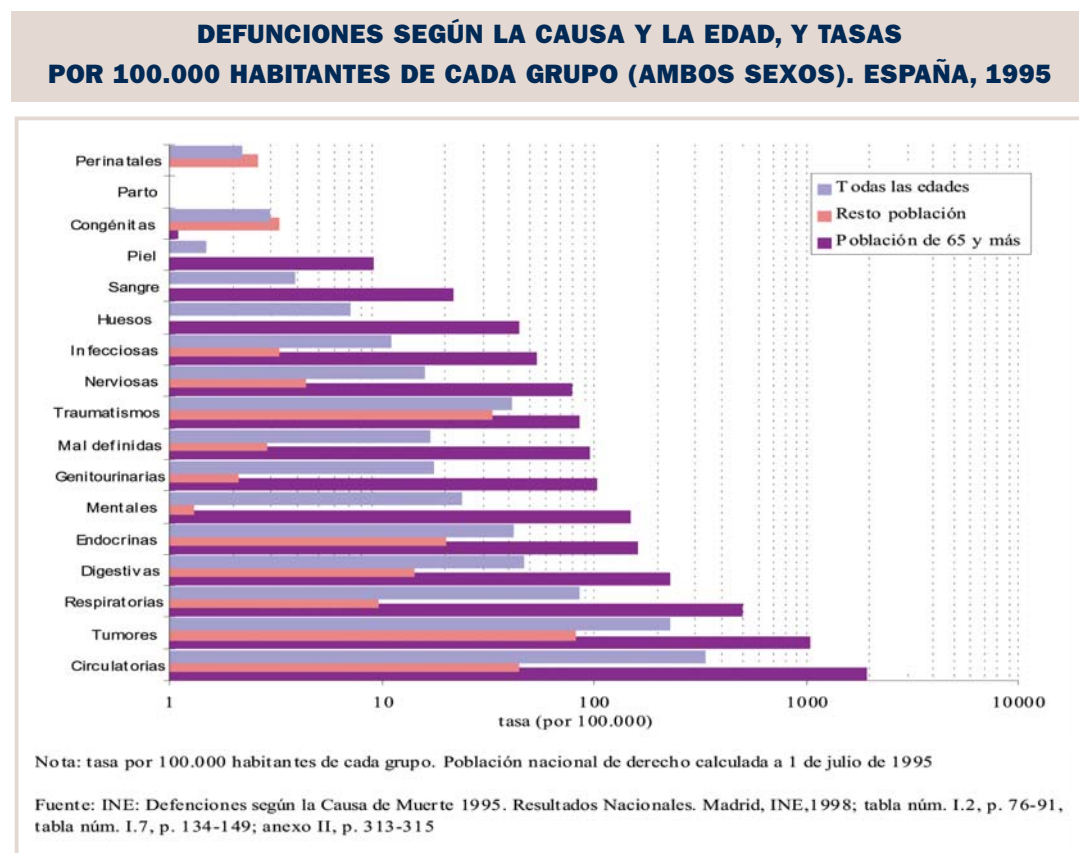
Durante la primera etapa la mortalidad fluctuaba a niveles muy elevados y las principales causantes de la misma eran la enfermedades infecciosas, junto con una parte no desdeñable de muertes violentas (Robine, 2001). Gracias a la mejora de las condiciones higiénicas y sociales y a los avances médicos y farmacológicos, la mortalidad disminuye durante la segunda de las etapas al mismo tiempo que las causas de mortalidad se modifican, el descenso de la desnutrición y de la mortalidad por causas infecciosas beneficia sobre todo a los niños y a las mujeres. Para Omran la tercera etapa correspondía al final de la transición epidemiológica, etapa en la que deja de descender la mortalidad. En este momento las causas de muerte son ya de índole degenerativo (enfermedades cardiovasculares y oncológicas, sobre todo) y ligadas al comportamiento humano (mala nutrición, condiciones de trabajo, estrés, contaminación, sedentariedad, tabaquismo, accidentes de circulación, etc.). Según este autor esta fase se produce durante los años 60 en los países desarrollados, pero durante las décadas posteriores la mortalidad siguió descendiendo ininterrumpidamente. Por ello Olshansky y Ault proponen una cuarta etapa en la con el mantenido descenso de la mortalidad afloran con fuerza las enfermedades crónicas. Esta nueva etapa ha sido denominada también la “edad de la conquista de la extensión de la vida” (Robine, 2001), por cuanto su consecución completa significaría la exploración de un nuevo espacio de vida. Pero la teoría de la transición epidemiológica ha sido objeto también de diversas críticas². Algunos autores han sugerido que más que una evolución en los patrones de enfermedad, lo que Omran observó era una evolución en la edad a la muerte (Riley y Alter, 1990).

² Como extensión y complemento a la misma surge la teoría de la transición sanitaria (Caldwell, 1990) que pretende explicar los cambios sociales y de comportamiento que han ocurrido paralelos a los cambios epidemiológicos

El traslado del aumento de la esperanza de vida desde los jóvenes hacia los ancianos, así como la evolución de enfermedades crónicas y degenerativas hacia edades avanzadas, a la vez que se modifican las principales causas de muerte, adquiriendo mayor importancia las causas sociales o de comportamiento, sitúa a la población española actual, según Gómez Redondo (1995), plenamente en la cuarta etapa de la transición epidemiológica.

Las enfermedades del aparato circulatorio siguen siendo la principal causa de muerte tanto para la población en general, como entre las personas mayores (figura 2.8). Dentro de este grupo hay que destacar las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de muerte entre los hombres menores de 74 años, y los accidentes cerebrovasculares como la primera causa de mortalidad entre las mujeres mayores de 65 años (Pérez y Mompert, 1997). La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ha mostrado una evolución descendente debido a diversos factores, atribuibles a la reducción de los factores de riesgo así como a la mejora en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Debido a este descenso, más brusco en las edades más jóvenes, la mortalidad por esta causa se ha concentrado en las edades más avanzadas, aunque también haya disminuido ligeramente en éstas.

Los tumores son la segunda causa de muerte por orden de importancia, para el conjunto de la población y también para los mayores. Dentro de este grupo el cáncer de pulmón en los hombres, el de mama en las mujeres, y el de intestino grueso en ambos sexos, son los que más han contribuido al aumento de la mortalidad por esta causa. Le siguen en importancia las defunciones debidas a enfermedades del aparato respiratorio, que muestran también un cierto crecimiento durante los últimos





años. Esta causa de muerte es en mayor medida masculina debido a la gran incidencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que está muy relacionada con el consumo de tabaco (Pérez y Mompert, 1997).

En la actualidad por lo tanto, una parte importante de las defunciones tienen su origen en enfermedades circulatorias y las oncológicas. Respecto a ellas los expertos se muestran optimistas, previendo mejoras en los tratamientos y la prevención precoz, especialmente de la mortalidad por causas oncológicas (FSIS, 2000). Con la mortalidad por casi todas las causas, concentrándose en las edades avanzadas, algunos de los principales riesgos actuales de muerte, como el cáncer de mama y de pulmón, presentan picos de mortalidad en edades “medias” (entre 30 y 80 años, según Manton y Stallard, 1994). Por lo que *tanto una mejora en la supervivencia a los mismos, como un retraso en su aparición supondrían importantes ganancias en esperanza de vida, concentrando todavía más la muerte en las edades más avanzadas.*

La mortalidad a edades avanzadas

Sólo muy recientemente en países donde la mortalidad infantil ya es muy reducida, las ganancias frente a la mortalidad se han concentrado en el otro momento de la vida en el que es elevado el riesgo: la vejez (figura 2.9.). Es este descenso de la mortalidad, mucho más lento y paulatino, el que tiene como consecuencia un envejecimiento de la población, pero sobre todo, un envejecimiento de la propia vejez, al ganarse años a la vida a edades muy avanzadas. Ha sido en estas edades en donde se han concentrado las ganancias en supervivencia que se han producido en España en el período más reciente. Los mayores de 84 años desde 1981 hasta 2001 se han multiplicado por 2,3. Sin embargo, a estas edades los progresos son mucho más lentos, por lo que es probable que las mejoras exijan en el futuro un esfuerzo mucho mayor que hasta ahora.

El sostenimiento de la reducción de la mortalidad en edades avanzadas se ha constatado prácticamente en todos los países desarrollados. De esta forma, el aumento de la supervivencia en la vejez muy avanzada ha seguido aumentando en los años recientes en el conjunto de Alemania, al ritmo que lo venía haciendo en períodos anteriores en la Alemania Occidental, y a un ritmo acelerado en la antigua Alemania del Este (Gjønça, Brockmann y Maier, 2000). Los datos de Wilmoth (1995) para la mortalidad superior a 85 años en Suecia y Japón, sugieren que la mortalidad a edades avanzadas (hasta los 110 años) ha caído constantemente durante largos períodos de tiempo (desde 1895 en Suecia y 1950 en Japón) para las mujeres, aunque no así para los hombres. Poulain, Chambre y Foulon (2001) confirman el constante aumento de los “neocentenarios” belgas, y Thatcher (2001) califica como “explosión” la evolución del número de centenarios en el País de Gales durante el último siglo. En 1952 la Reina de Inglaterra felicitó a 255 personas por su cien cumpleaños, y a 1.135 parejas por su sesenta aniversario de bodas, en 1996 estas cifras habían alcanzado los 5.218 y 11.688 respectivamente, de hecho el número de centenarios se duplicó en un período de tan sólo once años (Perutz, 1997).

Si bien se ha observado un cierto declive de la mortalidad hasta edades que llegan a alcanzar los 109 años, lo cierto es que el declive más pronunciado se ha producido en torno a los 80 años (Kannisto, 2001). En 1980 el médico James Fries introdujo el concepto de “rectangularización de la

ESPERANZA DE VIDA A DISTINTAS EDADES, 1900-1994

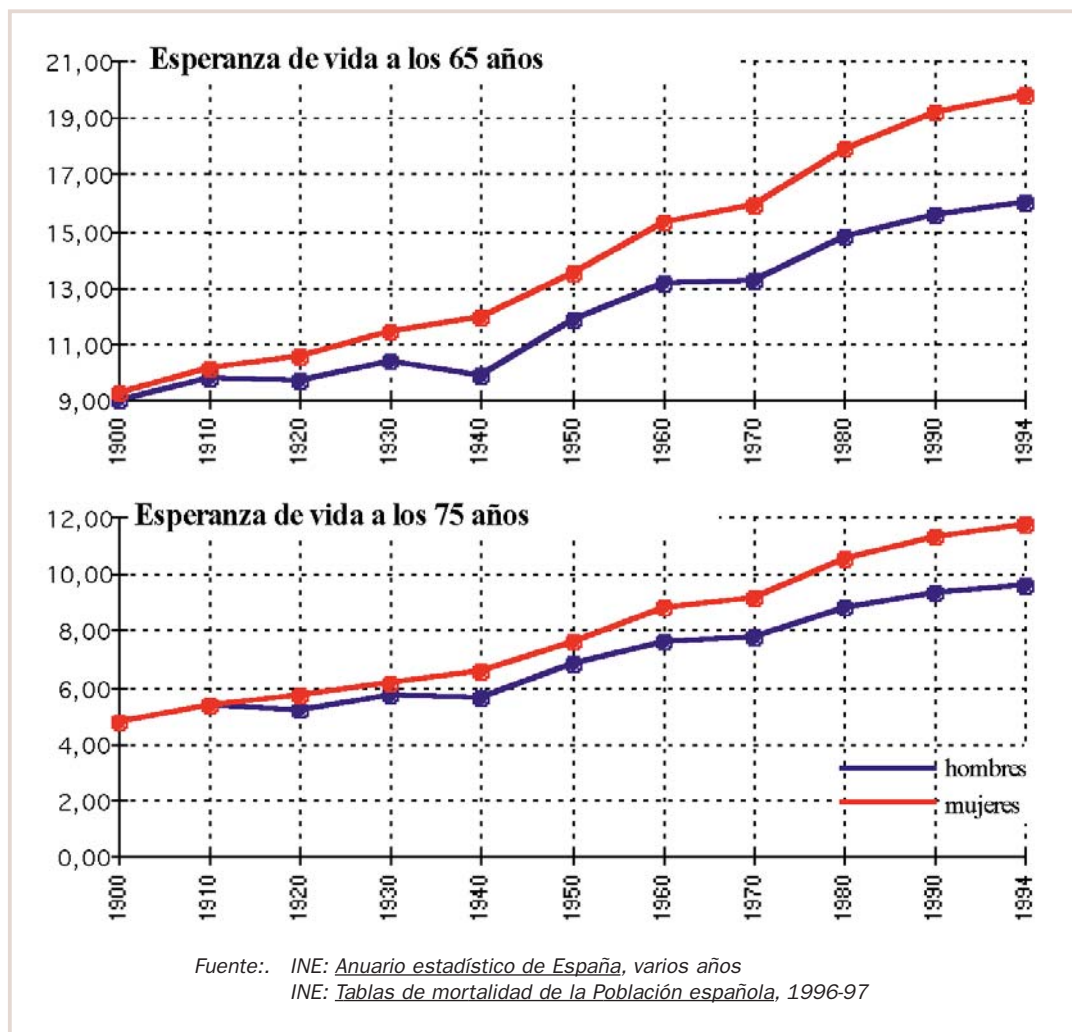


Figura 2.9

curva de supervivencia” publicando su teoría sobre la compresión de la mortalidad en el *New England Journal of Medicine*. Apoyándose en los trabajos del biólogo Comfort (1964), Fries constató que el aumento de la esperanza de vida había ido acompañado de una “rectangularización” progresiva de la curva de supervivencia. Según su teoría esta evolución nos conduciría a una curva de supervivencia “ideal” muy rectangularizada, correspondiente a una esperanza de vida al nacer de 85 años, y con una fuerte concentración de las duraciones de vida individuales: un 66% de las duraciones de vida se situarían entre los 81 y 89 años, y un 95% entre 77 y 93 años. Fries justifica esta predicción en su creencia de la existencia de un límite biológico fijo que sitúa en torno a 100 años.

Y en efecto, el proceso más llamativo que está sufriendo la mortalidad en la actualidad es su compresión en las edades más avanzadas, es decir *se ha impuesto progresivamente una mayor uniformidad en la edad a la muerte*. El proceso consiste en que las defunciones evitadas por muertes prematuras se distribuyen a lo largo de edades muy posteriores, éste ha sido el motor de la compresión hasta la fecha. Pero la mortalidad no sólo se ha desplazado a edades más elevadas, sino que se con-



centra en una horquilla de edades cada vez más reducida, por lo que la moda adquiere una verticalidad creciente como si se tratase de un muro invisible (Kannisto, 2001).

Todos los autores están de acuerdo respecto a la existencia de una tendencia a largo plazo hacia una *fuerte reducción en la dispersión las duraciones de vida*, pero también son muchos los autores que se preguntan si no existe un límite a esta compresión (Robine, 2001; Manton, Stallard, Tolley, 1991; Wilmoth y Horiuchi, 1999), y algunos los que predicen incluso una “desrectangularización” (Gravilov y Gravilova, 1991). Lo cierto es que en la actualidad estamos todavía muy lejos de aquel escenario que imaginó Fries, con una duración de la vida uniforme para el conjunto de la sociedad (Fries, 1980). En este sentido la compresión y la rectangularización estarían completas cuando tan sólo un 10% de la población no se ajustase a los patrones “normales”. La rectangularización completa de la curva de supervivencia significaría la superación de todas las diferencias frente a la muerte, que afectaría de igual forma a hombres y mujeres, ricos y pobres..., lo cual es un hipótesis socialmente muy atractiva, pero ciertamente dudosa. Algunos de los factores que influyen en la compresión de la mortalidad responden a la heterogeneidad de la población, tanto genética como respecto a factores ambientales, socio-económicos y de comportamiento.

El *efecto de los factores genéticos* en la mortalidad es complejo, las influencias genéticas son poligénicas, y los determinantes dependen en gran medida del entorno. Robine y Allard (1998) exploraron la influencia genética en la longevidad humana, buscando los ascendientes inmediatos de una anciana francesa que llegó a alcanzar los 122 años de vida (Jeanne Calment), constatando que un 24% (13/55) de sus ancestros habían sobrepasado los 80 años de vida, frente a un porcentaje que rondaba el 2% en una familia media; pero Desjardins (2001) realiza un análisis similar para el caso de una anciana de Québec de 117 años (Marie-Louise Meilleur) sin encontrar diferencias significativas entre la longevidad de sus ancestros y la de la población general.

Por otra parte, los determinantes genéticos pueden ser acelerados (por ejemplo, por el efecto del consumo de tabaco sobre la función pulmonar), o suavizados (por ejemplo, por el control del consumo de grasas, sobre los riesgos de arterosclerosis), gracias a cambios en el comportamiento. Mooradian y Wong (1991) sugieren que el estricto control genético de la longevidad es poco probable debido a la diferencia de edades a las que ocurren las defunciones, argumentando que por ejemplo la heterogeneidad genética entre personas de 90 ó 100 años no es mucho menor que la de las de 50 años. Lo cierto es que las diferencias genéticas en mortalidad no han sido directamente observadas en poblaciones humanas, sino tan sólo inferidas.

Algunos estudios han sugerido que los efectos genéticos son más relevantes en las edades más jóvenes. Por ejemplo: parece que el riesgo de padecer un cáncer de mama temprano está extremadamente relacionado con los antecedentes familiares (el riesgo relativo es 50 a 1 para las mujeres cuya madre o hermana han sufrido un cáncer de mama temprano), pero el cáncer de mama tardío no parece tener tan fuerte relación con la historia familiar (Lynch y Watson, 1990). Reed (1990) encuentra que los factores genéticos de riesgo de enfermedades coronarias descienden con la edad, y otros autores afirman que el cáncer de pulmón genéticamente determinado se manifiesta antes de los 70 años (Manton y Wong, 1991).

Respecto a otro tipo de factores de riesgo diferenciales, como los socioeconómicos, se han encontrado diferencias en la incidencia de la mortalidad cardiovascular por nivel de instrucción y nivel socioeconómico (Preston y Taubman, 1991). Según estos autores, si las diferencias en niveles educativos se redujesen, los excesos de mortalidad de los que sólo tienen entre 0 y 8 años de nivel de instrucción descenderían un 41%. Las diferencias en el nivel socio-educativo parecen tener una *mayor relación con la incidencia de la mortalidad por causas coronarias*, que con ninguna otra. Aunque en el caso contrario se encuentra el cáncer de mama que parece afectar en mayor medida a las mujeres con un mayor nivel de instrucción (quizás en relación con los patrones de crianza de los hijos). De cualquier forma, Preston y Taubman (1991) sostienen que las diferencias en mortalidad por niveles educativos desaparecen entre los mayores de 85 años. Por lo que las mejoras en los niveles educativos de las próximas generaciones de mayores podrían tener un efecto positivo, aunque discreto, sobre la evolución de la mortalidad.

Otros factores sociales han sido estudiados en relación con su efecto sobre la supervivencia, entre ellos destaca la *mortalidad diferencial por estado civil*. Tras algunas tesis interpretativas que sostenían la posibilidad de una selección al matrimonio por estado de salud (Pérez Díaz, 2001), poco probable para generaciones actuales, algunos autores han abierto el debate sobre el efecto de las relaciones sociales y, de forma general, el nivel de integración social del individuo, sobre su estado de salud y la incidencia de la mortalidad temprana. La integración social medida en función de la situación matrimonial, los contactos con la familia y los amigos, o la participación en diversos grupos y estructuras es una variable explicativa de la mortalidad según Rowe y Kahn (1998) y Bekerman y Syme (1979). Entre la población norteamericana la tasa de mortalidad de las personas célibes ajustada por edad es dos veces superior a la de los casados, y la de los viudos y divorciados supera también en un 80% y un 74% la de las personas casadas (Waite, 1995). Hummer et al (1999) en un estudio realizado también en Estados Unidos afirman que la práctica religiosa está asociada a una mortalidad más débil, situación que explican por el efecto de dichas prácticas sobre la integración social del individuo y el desarrollo de relaciones dentro de la comunidad (Ellison, 1991). A este respecto no parece que se puedan producir grandes cambios en las relaciones sociales de los próximos mayores.

La incidencia de la mortalidad sobre la población también se ve afectada por factores relativos al comportamiento. La relación entre la nutrición y la longevidad está constatada tanto respecto a los aspectos cuantitativos como a los cualitativos (Casper, 1995), y a este respecto sólo podemos esperar mejoras entre las próximas generaciones de mayores. Igualmente una forma de vida más activa en la vejez tendría un efecto positivo sobre la supervivencia, dado que parece probada la relación entre la misma y el ejercicio físico (Buchner et al, 1992). Aunque algunos autores afirman que el exceso de peso podría tener un efecto protector contra cierto tipo de enfermedades como las de pulmón, por ejemplo (Gaesser, 1999, citado en Carey y Judge, 2001); afirmando que no siempre se corrobora la extendida creencia de que los individuos con un índice de masa corporal inferior a la media presentan una mayor supervivencia, existe un consenso generalizado respecto a que un índice de masa corporal elevado es un síntoma de una deficiente condición física, que tendría efectos más negativos que positivos sobre la supervivencia.



El consumo de tabaco es el factor comportamental más conocido por su influencia sobre la mortalidad. El solo hecho de fumar multiplica por diez el riesgo de muerte, de forma global, y concretamente duplica la probabilidad de muerte para ambos sexos a cualquier edad (Doll, 1999). El consumo de alcohol tiene efectos negativos y positivos sobre la supervivencia. Las tasas de mortalidad son más reducidas entre los hombres y mujeres que declaran consumir un vaso de alcohol al día, sin embargo la mortalidad aumenta entre los grandes bebedores, en concreto la relacionada con causas cardiovasculares (Thun et al., 1997, citados en Carey y Judge, 2001). La influencia de estos factores sobre la supervivencia de las próximas generaciones de mayores podría ser importante debido a la adopción por parte de la población femenina de comportamientos, especialmente de consumo de tabaco, que en generaciones anteriores habían estado restringidos a la población masculina.

Actualmente la mortalidad española es una de las más bajas del mundo, aunque podría pensarse que esta situación sea meramente coyuntural si se tiende a una homogeneización en el conjunto de los países desarrollados. Esto no quiere decir que la mortalidad vaya a aumentar, puesto que es de prever que España también se beneficie de los posibles progresos que puedan reducir la mortalidad en el conjunto de países desarrollados. Es probable, sin embargo, que en el futuro las mejoras exijan un esfuerzo médico-sanitario y de investigación farmacológica mucho mayor que antaño, y por lo tanto, podemos prever que sean más modestas.

Prácticamente ninguna de las proyecciones realizadas hasta la fecha apuesta por un empeoramiento de la mortalidad. Sin embargo existen investigadores que lo consideran posible en el ámbito de los países desarrollados atendiendo a efectos generacionales, debido a la llegada a edades avanzadas de generaciones en las que las mujeres adoptaron comportamientos laborales y de consumo, similares a los masculinos de generaciones previas, que podrían suponer una convergencia de la mortalidad (Jeune y Skytthe, 2001), descendiendo la mayor supervivencia femenina. Pero hasta la fecha la mortalidad ha seguido descendiendo para ambos sexos, aunque ralentizándose su ritmo de decrecimiento, y si atendemos a la posible evolución de la mortalidad por causas, parece que ésta puede ser también su más probable evolución futura.

Hipótesis de mortalidad

En este escenario se han planteado dos hipótesis de mortalidad:

- a) La primera hipótesis plantea una evolución de la mortalidad constante. En las circunstancias actuales parece que lo peor que puede ocurrir es que no se produzca ningún logro en la lucha contra la muerte, o que cualquier tendencia adversa (sobremortalidad por cambios en los comportamientos) compense dichos avances, siendo muy improbable una reducción de la supervivencia.
- b) La segunda hipótesis plantea un escenario optimista en el que la lucha en la prevención y el tratamiento de enfermedades todavía altamente letales puede aportar ganancias en años de vida a corto plazo. Una mortalidad que decrece, pero al ritmo lento que marcan las ganancias circunscritas a la vejez, que siempre se traducen en avances discretos en la esperanza de vida.

Con las hipótesis propuestas no se pretende tanto calcular la cifra exacta de mayores en el 2010, sino marcar un límite máximo y un límite mínimo entre los que dicha población se situará con cierta

seguridad, delimitar el territorio de lo posible. Se ha renunciado a establecer una tercera hipótesis media para no sobrecargar el número de escenarios (que se multiplicará una vez introducidas las hipótesis de dependencia), y dado el escaso margen de variación en términos poblacionales, en el que se moverán los distintos escenarios con un horizonte a doce años.

Los límites de la longevidad humana

Respecto al umbral de la esperanza de vida máxima utilizado, ésta es una cuestión que suscita un vivo debate y sobre el que los expertos no se ponen de acuerdo con facilidad. En el intento de estimar los límites de la vida humana (la máxima duración “biológica” de la vida) se ha generado un apasionado debate entre demógrafos, biólogos y actuarios, en el que se han llegado a acuñar nuevos conceptos como el de “*life endurancy*” o “resistencia de la vida”, en el que se recoge la edad a partir de la cual tan sólo una pequeña proporción de la población sobrevive.

Un aspecto crítico de estas discusiones es la *magnitud del declive de la mortalidad* observado a edades muy avanzadas, que pretende explorar las posibilidades de expansión actual de la vida humana. La mitad de las defunciones femeninas y un tercio de las masculinas ocurren, en los países desarrollados, con posterioridad a los 80 años (Naciones Unidas, 1991). En la actualidad está aceptado que el declive de la mortalidad hasta edades que alcanzan al menos los cien años ha sido sostenido en los países industrializados durante los últimos 40 años (Wilmoth, 1995; Kannisto, Lauritsen, Thatcher, Vaupel, 1994). Pero muchos gerontólogos y demógrafos creen que las tasas de mortalidad a edades avanzadas no pueden ya ser reducidas substancialmente. Muchas muertes posteriores a los 80 años son entendidas como “naturales”, atribuidas a la senectud e intrínsecas al proceso de envejecimiento. En estos argumentos se apoyan las posturas que Manton et al. (1991) denominan como “tradicionales” en este debate. Pero algunos estudios demográficos han demostrado decrecimientos de la mortalidad a edades muy avanzadas (Depoid, 1973; Kannisto 1988, 1994; Thatcher 1981, 1987, 1992).

Vallin (1995) y Manton, Stallard y Tolley (1991) han sintetizado las principales posturas en esta discusión. Por un lado, algunos autores sostienen que existe un límite biológico claro en la vida humana: aunque se consiguiera eliminar las principales causas de defunción (cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc...) tan sólo el proceso de envejecimiento celular que comienza al nacer impondría un límite infranqueable; son las llamadas posturas “tradicionales”. Desde la Biología a menudo se asume que los límites de la vida humana están genéticamente determinados (Strehler, 1975), pero la influencia de los factores genéticos opera en una compleja interacción con otros factores internos y externos que podrían mitigar o exacerbar el proceso. En ésta perspectiva se sitúan las tesis de biólogos y médicos como Fries (1980, 1990) o de demógrafos como Olshanky (Olshansky y Ault, 1986; Olshansky, Carnes y Cassel, 1990). Se podría decir que éste es un punto de vista bastante extendido y que, en cierta manera, las proyecciones de Naciones Unidas (UN, 1992), y del Banco Mundial (Demeny, 1984) asumen, al aceptar el supuesto de que las tasas de mortalidad de los países desarrollados están ya actualmente muy cercanas al límite biológico. *Posición que algunos denominan como “doblemente pesimista”* (Caselli y Vallin, 2001) dado que por una parte asumen la ausencia de todo progreso futu-



ro en la longevidad humana, y por otra asumen el hecho no probado de que la longevidad humana sea una constante intangible.

Otros investigadores, como el gerontólogo americano Manton o el demógrafo Vaupel (1996) son más escépticos sobre la existencia de un límite superior de la esperanza de vida, y más todavía acerca de que este límite se sitúe en edades tan “jóvenes” (85 años) dado que la esperanza de vida femenina actual de muchos países desarrollados se encuentra ya demasiado cerca. Desde este punto de vista se prevé una continuación de la reducción de la mortalidad en todas las edades, incluso en las más avanzadas. El tratamiento de las enfermedades crónicas que dominan la mortalidad a edades avanzadas³, unido a la reducción de la mortalidad accidental, y a la intervención sobre los factores y comportamientos de riesgo, podría suponer un importante incremento de la esperanza de vida. Asimismo, esta tesis es avalada por el resultado de algunos estudios sobre la evolución actual de la mortalidad en algunas áreas, por lo que es denominada por algunos autores (Manton et al., 1991) como la postura “empírica”. De esta forma, por ejemplo, Vaupel y Lündstrom (1996) demuestran la continuación de las mejoras en supervivencia entre la población sueca de 85 y más años; y Jeune y Skytthe (2001) que el constante descenso de la mortalidad a edades avanzadas entre la población danesa que se venía produciendo durante más de un siglo, se ha pronunciado a partir de 1970. Desde esta perspectiva se argumentan que una esperanza de vida que continuase disminuyendo a un ritmo de un 2% anual, alcanzaría los 95 o 100 años de esperanza de vida al nacer alrededor del año 2080 (Ahlburg y Vaupel, 1990; Guralnik, Yanagishita y Schneider, 1988; Schneider y Guralnik, 1990).

Los hay todavía más optimistas. En un estudio de Kannisto de 1988 (citado en Pressat, 1995) se proponen unas edades límites de 110 años para las mujeres y 109 para los hombres. Un estudio en el que se aborda un perfeccionamiento de la ley de Gompertz afirma que una generación podría llegar a alcanzar, con un intervalo de confianza del 95%, un límite de 113-124 años (Arsen y Haan, 1994, citado en Levy, 1998). Esta perspectiva ha sido denominada “visionaria” por Manton et al. (1991), según la cual, aunque los límites de la esperanza de vida vengan dados por el propio proceso de senectud, éste podría ser pospuesto (hasta en 25 ó 50 años) gracias a los avances en investigación biomédica (Walford, 1983).

Lo cierto es que *los límites de la vida humana no han sido fijados hasta ahora de manera unívoca*, y muchas de las propuestas han sido alcanzadas incluso con relativa celeridad. Por otra parte, los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite en un futuro lejano fijado en el infinito. Y las distintas propuestas difieren bastante entre sí (Bourgeois-Pichat, 1984; Duchêne y Wunsch, 1988); entre los 80,3 años propuestos por Bourgeois-Pichat y los casi cien sugeridos por Manton, o incluso más de cien sugeridos por otros autores, existe una amplia diversidad de propuestas que atienden a diversos argumentos biológicos y médicos (Olshansky, 1992).

3 Manton et al. (1991): “Promising treatments are being examined for osteoporosis. New anti-hypertensive medications also improve lipid profiles and blood glucose levels (Pollare, Lithell, and Berne, 1989). Effects of human growth factor on the ages rate of protein synthesis have been shown in a clinical trial (Rudman et al., 1990). Exogenous estrogens and tamoxifen (a compound blocking breast tumor estrogen receptors) improve blood lipid profiles and help maintain bone density. Exogenous estrogens may increase female life expectancy by three years. Tamoxifen produces many of the effects of estrogen and reduces breast cancer risk. GCSF (Granulocyte Colony Stimulating Factor –approved by the US Food and Drug Administration to counter side effects of chemotherapy but useful in stimulating the immune system), genetic engineering (e.g., retroviruses to upgrade insulin production), improved immunological control (e.g., use of monoclonal antibodies), the effect of exercise on metabolic parameters, and methods for reversing atherosclerosis (Orhish et al., 1990) are being investigated” (p.631).

Hasta fechas recientes un límite muy utilizado era el de 84,9 años para las mujeres (Coale y Guo, 1991), pero en la actualidad a causa del crecimiento acelerado en los países desarrollados este límite se encuentra demasiado cercano a la realidad actual; es por esta razón por la que muchos autores han optado por resituar el límite biológico de la vida en 91,4 años para las mujeres (Duchêne y Wunsch, 1991). Es importante señalar que dicho límite nunca llega a alcanzarse, sino que tan sólo es una referencia hacia la cual se tiende.

En la proyección planteada en este trabajo se ha utilizado una esperanza de vida máxima teórica de 91 años para las mujeres, escenario en el cual se alcanzarían los 88 años de esperanza de vida femeninos en el año 2051 (figura 2.10). También se ha de advertir que la influencia de esta decisión sobre los niveles alcanzados en el período observado será discreta, teniendo en cuenta que la amplitud del intervalo adoptado (55 años) con respecto a los 12 años del período que nos interesa (1996,5-2009,5).

Las esperanzas de vida al nacer proyectadas para la población femenina, según ambas hipótesis, se representan en la figura 2.10. Se ha de destacar el perfecto ajuste con los valores observados, así como el hecho de que incluso en la hipótesis más optimista no se llega nunca a alcanzar un decrecimiento de la mortalidad como el registrado en el pasado inmediato. Si se compara la evolución proyectada con el pasado reciente se puede observar que la evolución proyectada con mortalidad decreciente, previendo el mejor de los escenarios posibles, no llega nunca a alcanzar los ritmos de crecimiento de la supervivencia alcanzados en el período 1960-1980. La desaceleración del aumento de la supervivencia es evidente incluso en los escenarios más optimistas. La diferencia entre ambas variantes es de apenas un año para 2001,5, mientras que el horizonte de 2009,5 habría superado los dos años y medio.

La mortalidad y el género

El “envejecimiento dentro del envejecimiento”, es decir la ganancia de vida a edades ya muy avanzadas, acentúa una de las características fundamentales de la vejez actual: la feminidad (figura 2.11.).

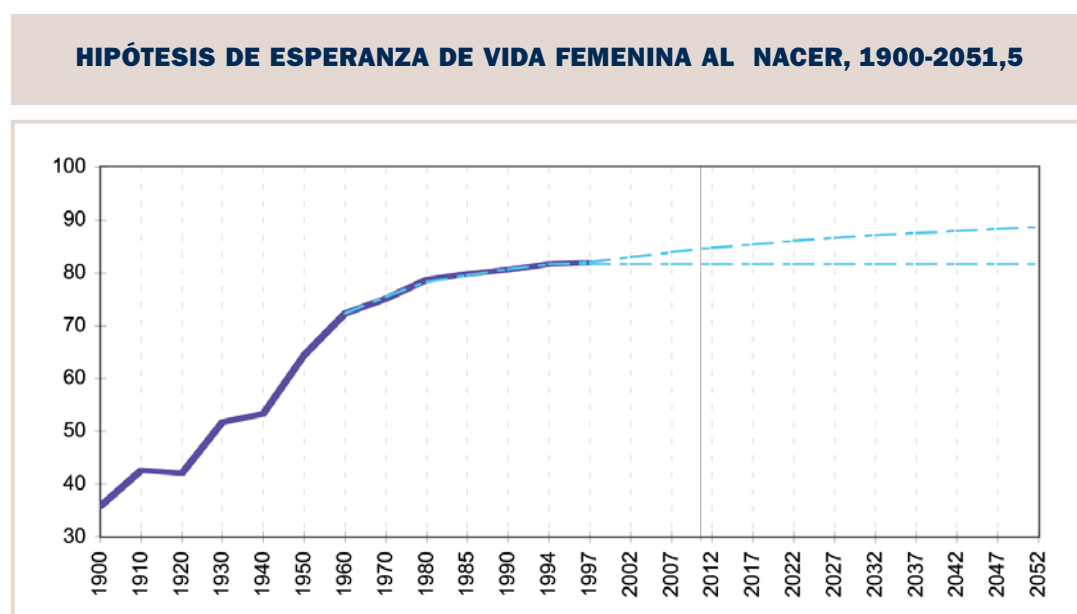


Figura 2.10



TASA DE MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO, ESPAÑA 1900-1994

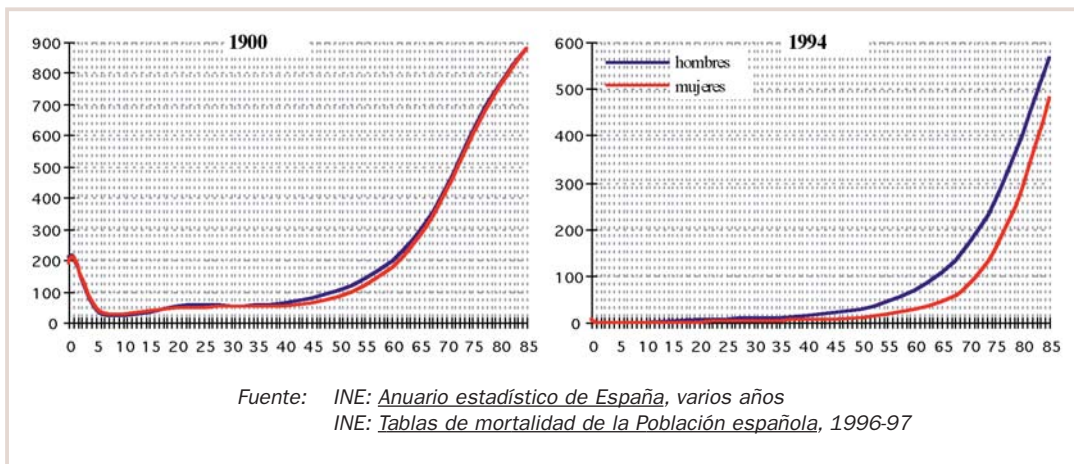


Figura 2.11

Desde finales del siglo XIX se produce una divergencia en la evolución de la esperanza de vida de hombres y mujeres, descendiendo más rápidamente la mortalidad femenina. Las diferencias en la incidencia de la mortalidad por sexo han ido aumentando progresivamente, y en la actualidad la esperanza de vida al nacer femenina es superior en más de siete años a la masculina. Por otra parte, se observa que el diferencial en la mortalidad entre hombres y mujeres sigue siendo creciente, incluso el aumento de esta diferencia es mayor en los años más recientes. Pero diversas previsiones auguran una estabilización del diferencial e incluso una contracción de la diferencia en mortalidad masculina y femenina al alcanzar la mortalidad edades avanzadas (Coale y Guo, 1991).

Tanto dentro del reino animal como en la especie humana las hembras viven más tiempo que los hombres: la biología de las células y de las moléculas, así como los procesos de envejecimiento individual varían según el sexo. En la actualidad, el papel de los factores socio-culturales se está reconsiderando frente a los determinantes biológicos (Chesnais, 1998). La mayoría de los autores se inclinan hoy por estos últimos, descartando en buena medida que pautas de comportamiento (laborales y de consumo) de las generaciones más jóvenes de mujeres vayan a tener una incidencia notable a la hora de aumentar su nivel de mortalidad acercándolo al masculino. Las hipótesis más defendidas son las que apuntan que a edades muy avanzadas las diferencias en mortalidad entre hombres y mujeres se reducen notablemente, por lo que a medida que la supervivencia alcance estas edades, las diferencias entre sexos disminuirán.

Planteamos por tanto en la hipótesis de mortalidad decreciente una esperanza de vida límite masculina que reduce su diferencia respecto a la femenina, con el mismo ritmo de contracción que se plantea en las tablas tipo de Naciones Unidas (1991), persiguiendo un límite biológico teórico que se sitúa en 85,39 años para los varones. A pesar de ello, *la diferencia entre la esperanza de vida femenina y la masculina continuaría aumentando hasta el año 2016* en el que se estabilizará la diferencia, y habremos de situar en el 2026 el umbral sólo a partir del cual comenzaría a disminuir la horquilla entre ambas (figura 2.12). Si bien es cierto que el ritmo de crecimiento de esta diferencia se va ralentizan-

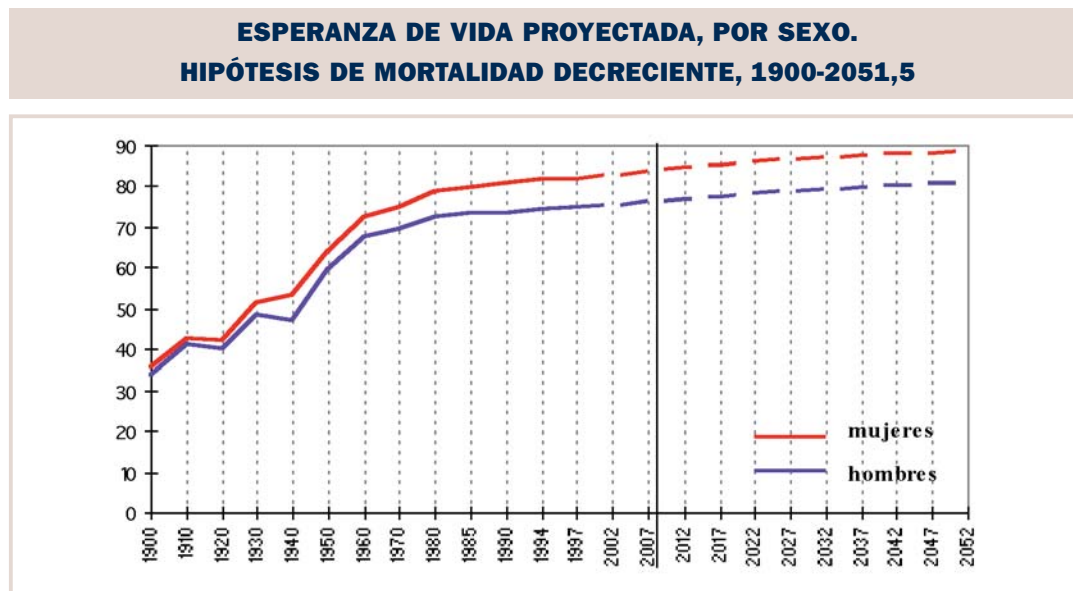


Figura 2.12

do hasta entonces haciéndose extremadamente suave. En este escenario se alcanzaría una esperanza de vida al nacer masculina de 80,86 años en el 2051.

2. 4. ESCENARIOS DE POBLACIÓN MAYOR, EN EL HORIZONTE 2010

Las esperanzas de vida al nacer se situaban a mediados de 1996 en 81,8 años para las mujeres, y 74,9 años para los hombres. La hipótesis de mortalidad constante, plantea el mantenimiento de dichos niveles de esperanza de vida hasta 2010. La hipótesis de mortalidad decreciente plantea un escenario con una esperanza de vida al nacer en aumento, aunque de forma discreta, que alcanza los 84,2 años para las mujeres y 76,6 para los hombres en el horizonte del año 2010 (figura 2.13).

Este crecimiento de la longevidad se basaría en una reducción generalizada de las tasas de mortalidad en todas las edades, más acentuada a edades avanzadas, aunque con una ralentización progresiva, de forma que el proceso de rectangularización de la curva de supervivencia se irá acentuando (figura 2.14). Las tasas de mortalidad proyectadas, por grupos de edades, para cada uno de los años del período, así como las probabilidades perspectivas de paso resultantes se encuentran en el anexo (tablas 13 y 14).

Supervivencia.- Las probabilidades de supervivencia en la hipótesis de mortalidad decreciente, reflejan una ligera ganancia de supervivencia frente a la curva actual, entre los setenta y cinco y los noventa años, edades en las que se han registrado las máximas ganancias en los años recientes (figura 2.14), y en las que se concentraría la mortalidad en el caso de una agudización de la *rectangularización de la curva de supervivencia*, o, lo que es lo mismo, de la prevista mayor uniformidad ante la muerte (compresión de las edades de defunción). Estas ganancias se producen tanto en la supervivencia femenina como en la masculina, convergiendo las probabilidades de supervivencia de ambos sexos en las edades ya muy avanzadas: por encima de los 95 años las diferencias en supervivencia



ESPERANZA DE VIDA PARA AMBOS SEXOS PROYECTADA AL 2010

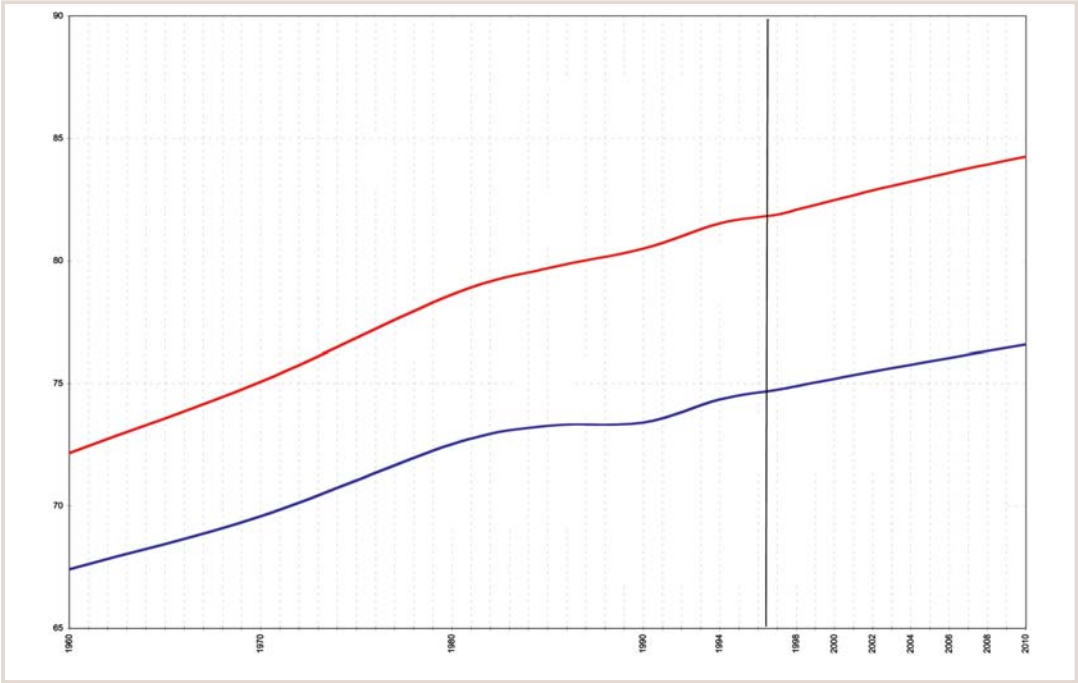


Figura 2.13

desaparecen, en sintonía con las tesis que aseguran que llegados a edades avanzadas las diferencias en supervivencia masculina y femenina se anularían.

El resultado de esta concentración en edades relativamente avanzadas de las ganancias en super-

HIPÓTESIS DE SUPERVIVENCIA Y MÁXIMAS GANANCIAS

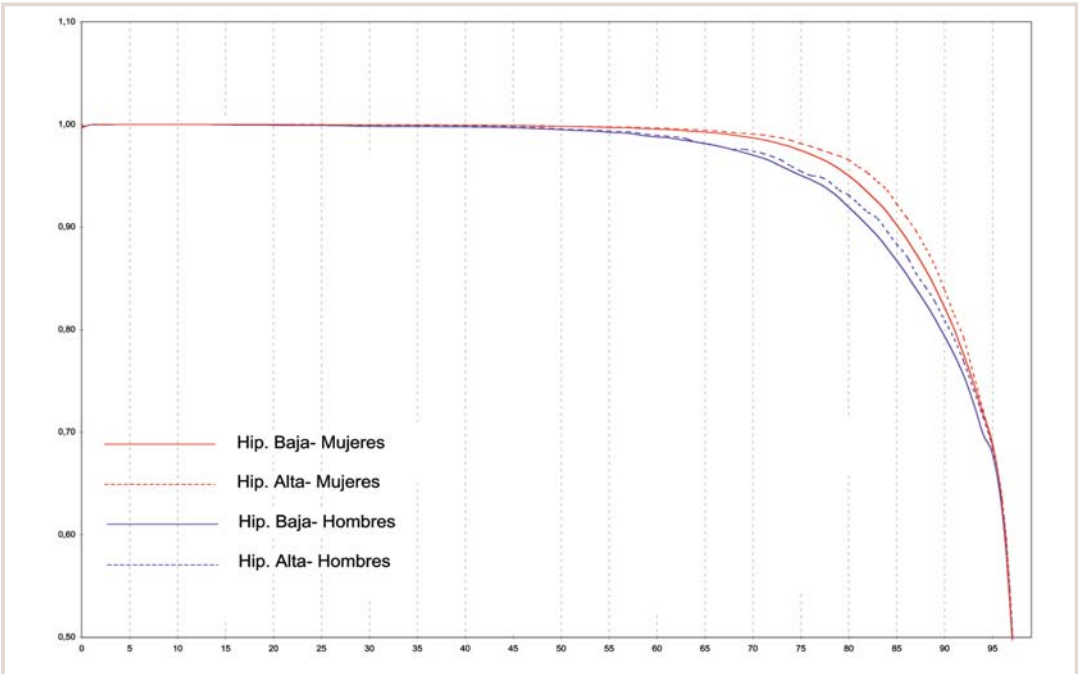


Figura 2.14

vivencia, será un crecimiento de la esperanza de vida a edades avanzadas mucho más acelerado que el aumento de las expectativas de vida al nacer. Si en la esperanza de vida al nacer se pueden ganar, en el mejor de los casos, casi dos años más de vida en el caso de los hombres, y 2,3 en el de las mujeres en este período de 12 años (tabla 2.1), la mayor parte de estos años ganados van a aumentar la esperanza de vida a edades avanzadas: en el caso de las mujeres, por ejemplo, la esperanza de vida a los 65 años aumentará en algo más de año y medio durante este período (1,69) y en algo más de un año a los 80 años (1,03).

Mientras la esperanza femenina de vida al nacer aumentará a un ritmo de un 0,2% anual acumulativo, al cumplir los 65 años las expectativas de supervivencia de las mujeres puede llegar a aumentar a un ritmo de un 0,7% anual acumulativo, aumentando todavía más el ritmo de crecimiento si tomamos tan sólo la esperanza de vida al cumplir los 80 años, que puede llegar a aumentar a un ritmo de un 1% anual acumulativo para las mujeres y de 0,7% para los hombres. Como resultado de este ritmo de crecimiento de la esperanza de vida a distintas edades, la población española que cumpla 65 años en 2010 podrá esperar vivir entre 16,10 y 16,69 años más si son hombres, y entre 20,02 y 21,71 años más si son mujeres. Pero los nacidos diez años antes, que hayan alcanzado los 80 años, podrán esperar vivir un período que oscilará entre 7,04 y 7,64 años más para los hombres, y entre 8,52 y 9,55 años más en el caso de las mujeres (tabla 2.2).

Como consecuencia de esta evolución de la mortalidad, el curso inmediato de la población mayor (figura 2.15) se caracterizará por un crecimiento discreto, mayor en los primeros años desde la fecha de la proyección (1998), durante los cuales la población de edad crecerá a un ritmo de un 2% anual

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

1-VI	Hipótesis baja		Hipótesis alta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1996	74,74	81,88	74,74	81,88
1997	74,74	81,88	74,89	82,08
1998	74,74	81,88	75,04	82,27
1999	74,74	81,88	75,19	82,47
2000	74,74	81,88	75,33	82,67
2001	74,74	81,88	75,48	82,86
2002	74,74	81,88	75,62	83,04
2003	74,74	81,88	75,76	83,22
2004	74,74	81,88	75,90	83,40
2005	74,74	81,88	76,04	83,58
2006	74,74	81,88	76,18	83,76
2007	74,74	81,88	76,31	83,92
2008	74,74	81,88	76,44	84,09
2009	74,74	81,88	76,57	84,25

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA A DIFERENTES EDADES

	a los 65 años				a los 75 años				a los 80 años			
	Hipótesis baja		Hip. alta		Hip. baja		Hip. alta		Hip. baja		Hip. alta	
	Hombres	Mujeres	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
1997	16,10	20,02	16,10	20,02	9,63	11,92	9,63	11,92	7,04	8,52	7,04	8,52
1998	16,10	20,02	16,20	20,32	9,63	11,92	9,73	12,12	7,04	8,52	7,13	8,62
1999	16,10	20,02	16,25	20,46	9,63	11,92	9,81	12,24	7,04	8,52	7,23	8,71
2000	16,10	20,02	16,28	20,60	9,63	11,92	9,90	12,35	7,04	8,52	7,33	8,80
2001	16,10	20,02	16,33	20,74	9,63	11,92	9,96	12,45	7,04	8,52	7,35	8,88
2002	16,10	20,02	16,37	20,87	9,63	11,92	10,01	12,55	7,04	8,52	7,41	8,96
2003	16,10	20,02	16,42	20,99	9,63	11,92	10,06	12,65	7,04	8,52	7,48	9,05
2004	16,10	20,02	16,46	21,12	9,63	11,92	10,10	12,75	7,04	8,52	7,53	9,13
2005	16,10	20,02	16,53	21,25	9,63	11,92	10,15	12,85	7,04	8,52	7,57	9,21
2006	16,10	20,02	16,57	21,37	9,63	11,92	10,18	12,95	7,04	8,52	7,60	9,30
2007	16,10	20,02	16,60	21,48	9,63	11,92	10,22	13,05	7,04	8,52	7,61	9,38
2008	16,10	20,02	16,64	21,62	9,63	11,92	10,26	13,16	7,04	8,52	7,63	9,49
2009	16,10	20,02	16,69	21,71	9,63	11,92	10,30	13,23	7,04	8,52	7,64	9,55

Tabla 2.2

acumulativo. Crecimiento que se ralentizará a partir de esa fecha debido a la llegada a los sesenta y cinco años de los nacidos durante la Guerra Civil.

Efectivos.- La población mayor llegará incluso a disminuir en el año 2003 y 2006 si la mortalidad no mejora, y en el 2004 aunque los niveles de mortalidad disminuyan. La desnatalidad ocurrida durante los años de la guerra, y muy especialmente en 1939 dio lugar a unas generaciones extraordinariamente vacías que pueden aliviar temporalmente el peso de la población mayor. En 1940 se recuperó la nupcialidad y la fecundidad retrasada durante los años de la contienda, dando lugar a un grupo de edad con muchos más efectivos, que alcanzará los 65 años en el 2005. A partir de este año la población española padeció lo que se dio en llamar los “años del hambre”, la escasez alimentaria y la entrada en la dura postguerra inmediata volvieron a reducir los niveles de fecundidad. Consecuentemente en el año 2006 la población de edad volverá a sufrir una reducción salvo que los niveles de supervivencia mejoren significativamente. De forma global se puede afirmar que entre los años 2002 y 2007 la población mayor se estabilizará, creciendo muy discretamente hasta esa fecha y en los dos años finales del período considerado.

El resultado de este proceso se observa claramente en la pirámide de población mayor correspondiente al 2010 (figura 2.16): la llegada a edades de jubilación de las generaciones nacidas durante la Guerra Civil, y la postguerra inmediata produce una primera vejez vacía, frente a un numeroso colectivo de población entre los 75 y 85 años de edad, e incluso en el caso de las mujeres hasta los 90 años. Debido a esta circunstancia el crecimiento de la población mayor no será muy notable en este período, ni aún en el mejor de los escenarios de mortalidad.

En el 2010 habrá en España entre siete millones cien mil y siete millones cuatrocientas mil personas mayores (7.111.880-7.403.554). En primer lugar hay que destacar el escaso margen demo-

**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, ESPAÑA 1998-2010
(TOTALES Y RATIO DE CRECIMIENTO)**

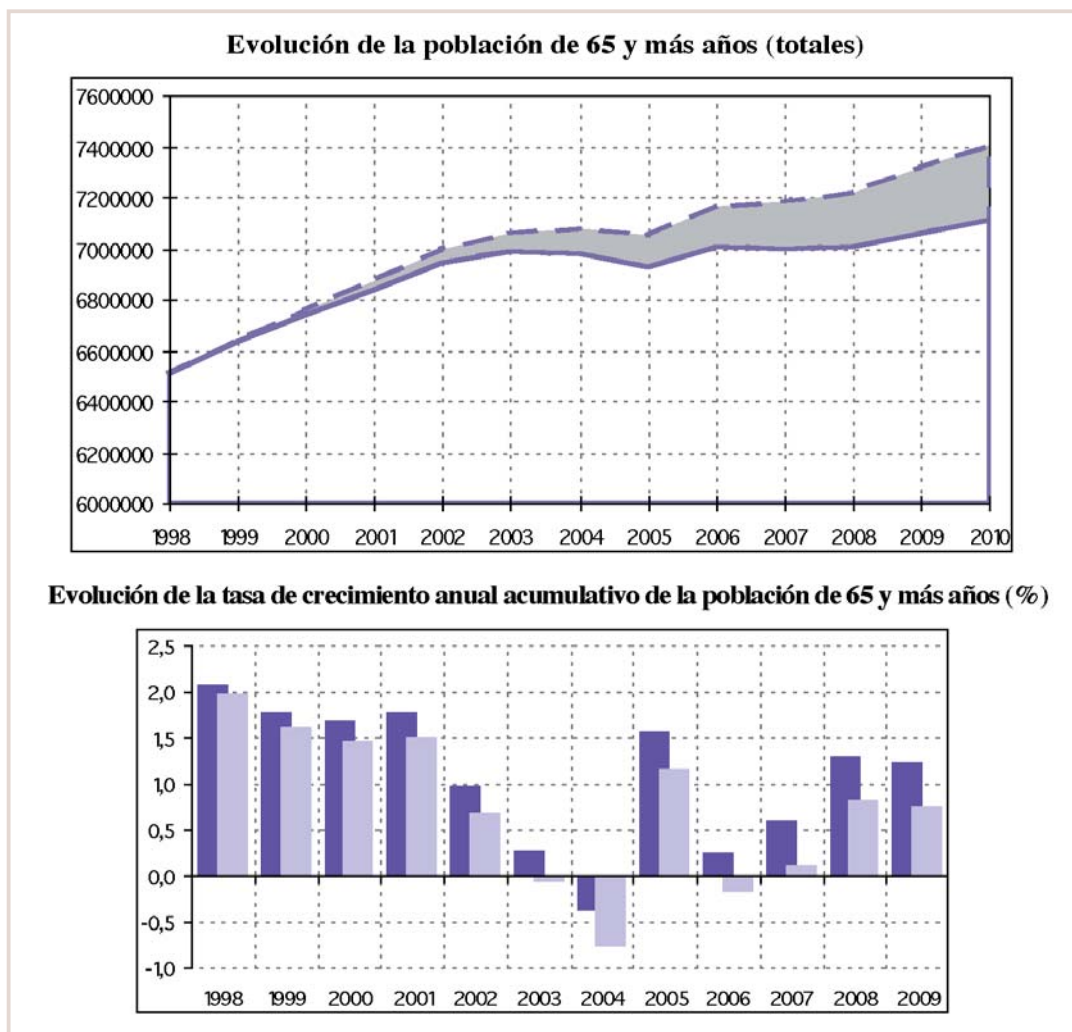


Figura 2.15

gráfico en el que se pueden traducir las variaciones de mortalidad, lo que confiere una gran seguridad a cualquier cálculo con este horizonte.

Sin embargo, años después de 2010 llegarán a edades posteriores a los 65 años las generaciones del baby-boom, lo que se traducirá en un fuerte crecimiento de la población mayor de 65 años. De hecho ya en esta fecha, las generaciones más vacías, nacidas durante la guerra han superado los setenta años, y son las generaciones de mediados de los cuarenta, algo más llenas, las que están accediendo a las primeras edades de la vejez, comenzando nuevamente a ensanchar la pirámide de mayores por la base. Este proceso es sólo un ligero aviso de lo que ocurrirá de forma mucho más notoria entre los años 2022 y 2041, años en los que accederán a la vejez y la irán llenando las generaciones más numerosas de nuestra historia.

De esta forma, *los años 2010 y 2041 pueden representar dos de los escenarios de vejez más alejados que nos vayamos a encontrar en el siglo XXI.* El primero, con las generaciones más vacías del siglo veinte ocupando las edades más jóvenes y generalmente más numerosas, representará una de

PIRÁMIDES DE POBLACIÓN MAYOR, 1998-2010

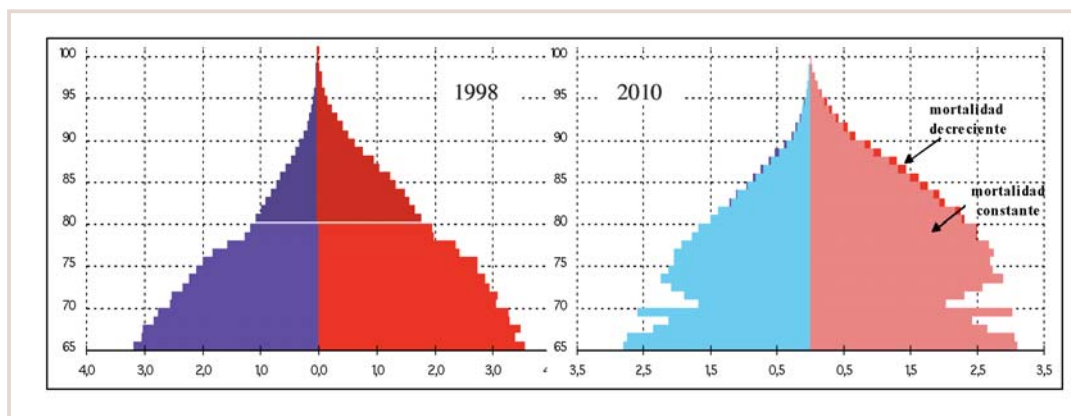


Figura 2.16

las vejeces más vacías que vayamos a conocer en el futuro próximo. El segundo, con las últimas generaciones del baby-boom en las primeras edades tras los 65 años, y las primeras generaciones llenas de este proceso ya con noventa años de edad, presentará una de las vejeces más llenas y numerosas que nos esperen en el futuro. Si seguimos mirando hacia delante, aunque sólo sea como ejercicio, llegado el año 2040 hemos de advertir que la inseguridad respecto a posibles escenarios es mucho mayor, dado que en esa fecha empezarán a llegar a edades de jubilación las primeras generaciones de inmigrantes, lo que podría afectar de forma muy diversa a la futura población mayor, según el nivel de retorno que protagonicen.

Estructura interna.- El conjunto de la población mayor experimentará por tanto una relativa estabilidad numérica en el período observado, pero de ello no se ha de interpretar que no se vayan a producir cambios en la misma, bien al contrario: *la población mayor no crecerá demasiado, pero sí cambiará mucho.* De hecho el proceso de sobre-envejecimiento de la vejez se acrecentará gracias a lo reducido de las generaciones que entrarán en las edades más jóvenes. Si se observa la estructura por edades de la población mayor actual y se enfrenta con los dos escenarios proyectados en el año 2010, se evidencia la inevitabilidad de un fuerte proceso de envejecimiento interno entre la población mayor. En 1998, la vejez española era una vejez con una edad media muy joven, en la que el grupo de población que se encontraba entre los 65 y los 69 años era el que mostraba una mayor presencia, presencia que iba decreciendo rápidamente según aumentaba la edad (figuras 2.17 y 2.18).

Doce años más tarde el perfil de la población mayor se muestra fuertemente envejecido, prácticamente con independencia de cuál sea el comportamiento de la mortalidad en los próximos años, al ser un proceso fuertemente determinado por causas estructurales (llegada a edades avanzadas de generaciones muy llenas). En el año 2010, aunque el grupo mayoritario en la vejez seguirá siendo el de población entre 65 y 69 años, los comprendidos entre 70 y 74 y entre 75 y 79 tendrán unos volúmenes muy similares, llegando a suponer la población entre 70 y 80 años la mitad de la población de edad, y los mayores de 80 años un 25% de los mismos (con un peso relativo similar al de los más jóvenes: entre 65 y 69 años). Probablemente esta nueva distribución interna de la vejez en un futuro inmediato, forzará a las autoridades públicas y a los restantes agentes sociales, a mirar prioritaria-

**PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS,
POR GRUPOS DE EDAD, 1998-2010**

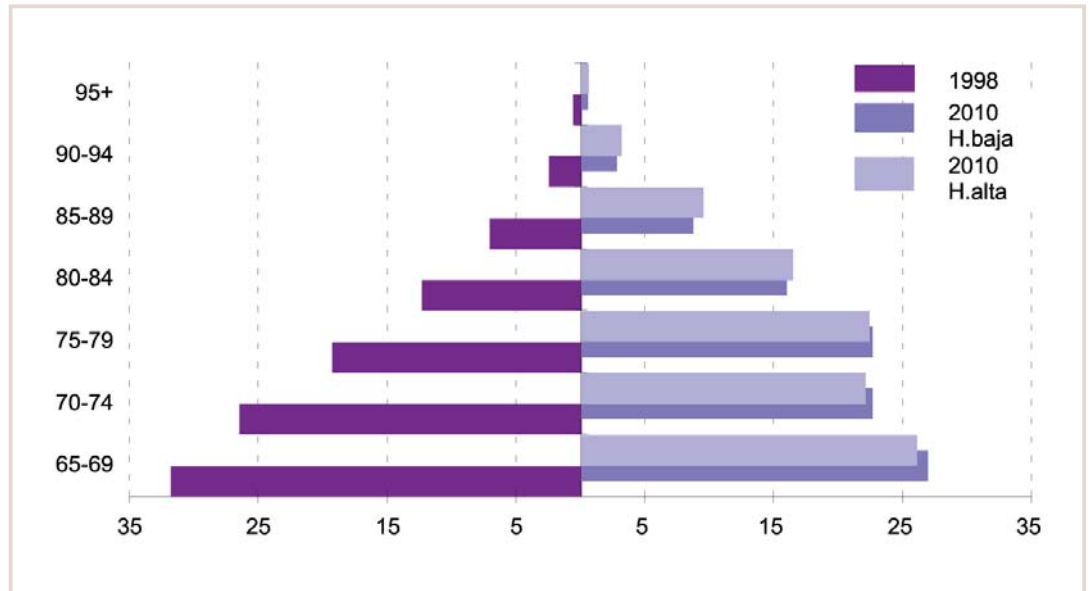


Figura 2.17

mente hacia las demandas de los más mayores, que serán ya en esta fecha más numerosos, en vez de poner el acento sobre las necesidades del colectivo de mayores más jóvenes.

En 1998, más de tres cuartas partes de la población mayor (77,5%) tenía menos de 80 años, aunque su presencia en el conjunto de la población de edad ha seguido aumentando ligeramente hasta el año 2000. A partir de esta fecha su presencia empezará a decrecer fuertemente, incluso en términos de

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS,
POR GRANDES GRUPOS
(PORCENTAJES Y TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL ACUMULATIVO)**

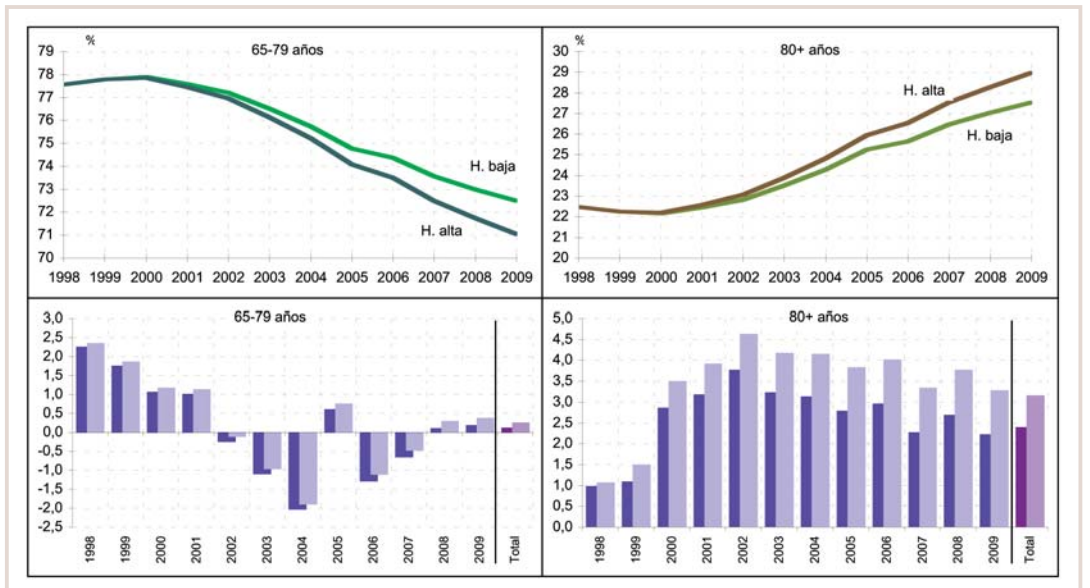


Figura 2.18

EVOLUCIÓN DEL VOLUMEN DE POBLACIÓN MAYOR POR GRUPOS DE EDAD, 1960-2010

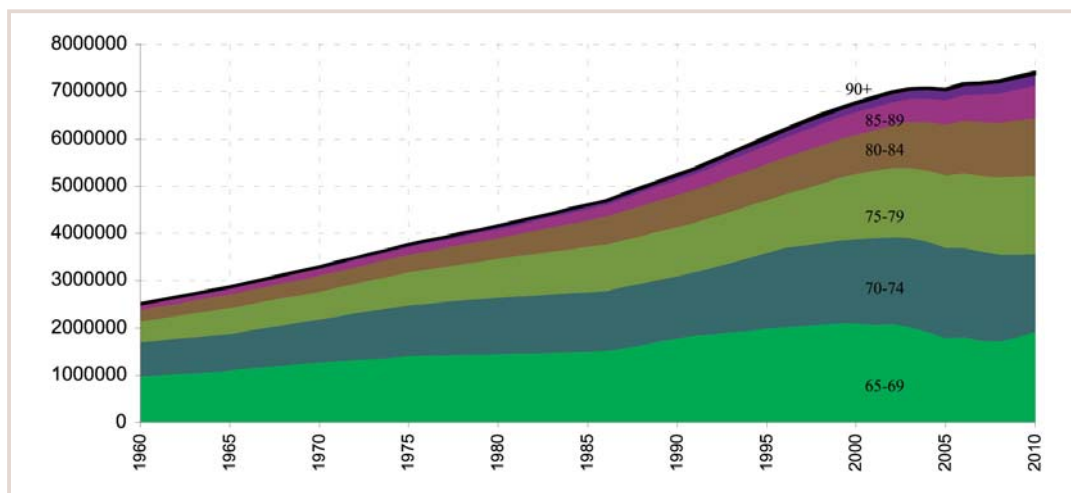


Figura 2.19

volumen absoluto a partir de 2001 y hasta el año 2007. Como consecuencia de este proceso pasará a suponer poco más de un 70% en el año 2010, registrando en el total del período observado prácticamente una estabilización numérica (registra un crecimiento para el total del período de tan sólo un 0,1%).

Por el contrario, la población de 80 y más años mostrará justamente el proceso contrario, no sólo sus efectivos totales aumentarán a un ritmo absolutamente espectacular, llegando a alcanzar tasas de crecimiento anual superiores al 4% totalmente anómalas para cualquier población (el crecimiento medio registrado en el período es de un altísimo 3,6% anual acumulativo), sino que debido a los reducidos efectivos de las generaciones que ocuparán las edades más jóvenes de la vejez, su presencia dentro de la misma se verá multiplicada, pasando de suponer en la actualidad poco más de un 20% de los mayores a ser casi un tercio de los mismos en el horizonte observado. Es decir, si bien es verdad que la mayoría de *la vejez actual ofrece una imagen relativamente joven, dinámica y saludable, es muy probable que ésta no sea una imagen adecuada para la "mayoría" de la vejez en un futuro inminente.*

El escenario que nos espera en un futuro inmediato en materia de vejez se refleja con claridad en la figura 2.19, en la que se ha representado la población en el supuesto de mejora de la mortalidad. En 1960, la población española mayor de 65 años suponía una cifra cercana a los dos millones y medio de personas, un volumen similar será el de la población mayor de 80 años en el 2010. Si los mayores de 75 años suponían aproximadamente un 75% de las personas de edad en el año 1960, en el 2010 los más jóvenes serán ya menos de la mitad del colectivo, con una presencia muy notable de los mayores entre 75 y 84 años, que pasarán a representar el grueso del colectivo, y una presencia creciente de los mayores de 85 años.

Si en el año 2000 la "mayoría" de la población de edad todavía son los más jóvenes de 75 años, que nos ofrecen una imagen algo más optimista de la vejez, en el año 2010 la "mayoría" de la población mayor será la de los que se encuentren entre 75 y 84 años; solamente este cambio ofrecerá una imagen de la vejez bien distinta, y se traducirá en unas demandas hacia la sociedad que los poderes públicos y los diversos agentes sociales han de empezar a prever.

CAPÍTULO 3

EL RIESGO DE CAER EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ



3. 1. LA DEFINICIÓN DE “DEPENDENCIA”: UNA DISCUSIÓN ABIERTA

El término dependencia tiene un amplio abanico de sentidos. La dependencia demográfica hace referencia a una relación entre grupos de edad, los jóvenes y mayores respecto a los adultos. La dependencia económica se refiere a la relación entre población económicamente inactiva respecto a la fuerza de trabajo, es decir, entre individuos productivos y no productivos o dependientes. La dependencia psicológica y mental se relaciona con las capacidades intelectuales y necesidades afectivas y emocionales. Se habla también de una dependencia social y política creada por la extensión de los beneficios del estado protector a la población de edad, que ve su vida organizada por un sistema público de protección y

atención, en el que se pierde la capacidad de iniciativa.

El debate sobre qué abarca la dependencia en términos socio-sanitarios se refleja en las definiciones alternativas aportadas por distintos autores. El Consejo de Europa (1998) define la dependencia como un estado en el que se encuentran las personas que “por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria”. De forma similar, la Organización Mundial de la Salud (1980) define la situación de dependencia como la “restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal”; entre las actividades observadas (OMS 1997; CIDD-2) se encuentran las actividades de la vida diaria (asearse, vestirse, comer y beber, y cuidar el propio bienestar), preparar la comida y cuidar la vivienda, así como participar en la movilidad.

Son éstos los conceptos más utilizados en la literatura existente. En el Informe de la oficina del Defensor del Pueblo (2000) se recoge la misma línea argumental definiendo como dependencia “la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden hacer por sí mismas las actividades de la vida cotidiana”. Gaüzère, Commenges, Barberger-Gateau et al (1999) recogen la definición de la OMS para señalar como dependencia la “imposibilidad de efectuar, sin ayuda, las actividades básicas de la vida diaria, como ir al servicio o alimentarse”. Rodríguez Rodríguez (1998) reflexiona sobre la dependencia psico-biológica y la dependencia social, como consecuencia de las cuales el ser humano se definiría como ente interdependiente; pero en el contexto socio-sanitario la entiende, recogiendo el concepto del Consejo de Europa, como la consecuencia de una disminución de la capacidad funcional que origina al individuo dificultades para realizar alguna o algunas tareas (básicas o instrumentales). Otros autores, sin utilizar el término “dependencia” recogen el mismo concepto, básicamente funcional (de Jong-Gierveld y van Solange, 1995; Phillips, 1994).

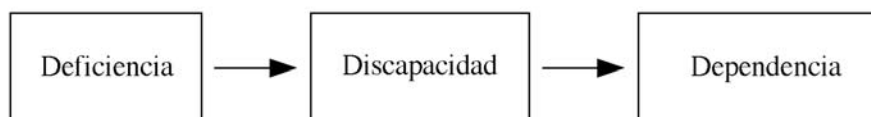
También se han planteado posicionamientos más escépticos con la lectura funcional de la dependencia señalando su multifuncionalidad. Sen (1999) opta por términos alternativos, proponiendo el término “fragilidad” para referirse a disfunciones en el plano biológico, y por el término “vulnerabilidad” con una lectura más multidimensional, que abarca el grado de integración social, así como los recursos disponibles (sociales, económicos...). De gran interés en este sentido es el estudio de Baltes (1996) en el que entiende la dependencia como un concepto multidimensional, multifuncional y multicausal, explicitando que cuando se entiende la dependencia en relación con su faceta funcional, el término implica incompetencia, mientras que en estas lecturas independencia implicaría competencia. En referencia a su faceta multicausal, entiende, al igual que Sen, que no está asociada únicamente con la situación biológica del individuo, sino también fuertemente influenciada por las condiciones ambientales, sociales, culturales, económicas y psicológicas.

Todas las lecturas, más o menos críticas con los conceptos más funcionales, más o menos abiertas a un amplio abanico de causas de distinta naturaleza, o con una lectura más determinista por razones biológicas, recogen en el fondo una estrecha relación entre el concepto de dependencia y los de discapacidad y pérdida de autonomía.

La autonomía se asocia al concepto de independencia, por tanto la pérdida de autonomía se aso-

cia a situaciones de dependencia. Pero se puede ser dependiente y mantener cierta autonomía, cierta libertad de elección, de decisión y de acción. También se puede ser capaz, tener habilidades, pero haber perdido esa libertad de elección (por ejemplo, en una residencia, una persona puede tener todas sus capacidades, pero estar sometida a normas ajenas por diversos motivos que limitan su autonomía). La autonomía debe ser preservada, y lo es en parte, si es posible escoger el tipo de ayuda que se considera adecuada.

La discapacidad a menudo se asocia a la falta de aptitud o ineptitud, que tiene mayores implicaciones psicológicas. La incapacidad es lo contrario a la capacidad, la discapacidad es la pérdida o la falta de una capacidad, y en términos funcionales está claramente diferenciada de la actividad¹. La discapacidad no es estrictamente equivalente a la no realización de una actividad, sino a la restricción en la realización de la misma por cuestiones de salud². De esta forma, un accidente cardiovascular cerebral, una fractura de fémur, o un reumatismo inflamatorio por ejemplo, suelen estar asociados a elevadas probabilidades de sufrir consecuencias funcionales y una reducción de la actividad (Minaire, 1991). Frente al concepto de dependencia, el de discapacidad se refiere únicamente a las limitaciones específicas como consecuencia de enfermedades crónicas e invalidantes³.



La deficiencia corresponde a la alteración de una función o de una estructura psicológica, fisiológica o anatómica (OMS, 1988). La deficiencia puede ser temporal o definitiva, y representa la exteriorización de un proceso patológico subyacente.

La discapacidad corresponde, como resultado de una deficiencia, a toda reducción parcial o total de la capacidad de desarrollar una actividad o función dentro de los límites que se consideran normales (OMS, 1988). La discapacidad puede ser reversible o irreversible, y se corresponde con las perturbaciones que la persona sufre como consecuencia de una deficiencia. La dimensión de la discapacidad concierne a comportamientos considerados esenciales, como comunicarse, desplazarse, alimentarse, etc.

Pero el interés se ha desplazado desde el estudio de la discapacidad hacia sus consecuencias funcionales y los cambios resultantes en la actividad, es decir, el estudio de la dependencia. La dependencia abarca más situaciones que las derivadas estrictamente de la discapacidad. Las limitaciones funcionales sufridas por el individuo no derivan únicamente de sus propias características (físicas, sociales, económicas...), sino también de las características de su entorno y del medio en el que se desarrollan sus actividades habituales, sean estas características arquitectónicas, jurídicas, administrativas, geográficas o familiares.

¹ Una persona puede tener la capacidad de subir y bajar escaleras, pero no hacerlo porque en su entorno habitual no es necesario

² Una persona se puede ver restringida en la realización de una actividad por factores de otra naturaleza

³ En el mismo concepto de discapacidad se recogen realidades funcionales diferentes: un déficit de independencia física para la realización de actividades cotidianas, por ejemplo, puede tener un origen único, puramente motriz o cognitivo, o un origen mixto cognitivo y motriz.



A pesar de no haberse llegado a una definición única, lo cierto es que el concepto utilizado no difiere mucho de unos autores a otros, pero posteriormente este concepto se concreta en mediciones bien distintas; la unanimidad no es tal cuando se han de poner límites precisos a la disminución de la capacidad para mantener la propia autonomía. Así, por ejemplo, Rodríguez Cabrero (1999), que entiende que “una persona es socialmente dependiente cuando como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana”, utiliza el tiempo de ayuda requerido, delimitando 4 niveles de gravedad: gran dependencia (necesidad de ayuda entre 5 y 24 horas diarias), dependencia grave (necesidad de 3 a 5 horas diarias), dependencia considerable (necesidad de 1,5 a 3 horas diarias), y dependencia leve (necesidad de ayuda alguna vez por semana). Gandoy Crego (2000) considera la dependencia como la “situación en la que un anciano no es autosuficiente para la realización de una actividad”, que utiliza de forma operativa midiendo la “incapacidad” de la persona evaluada para realizar una o más de las funciones delimitadas por la OMS.

En realidad, la demanda de cuidados personales puede ser medida de varias formas: horas de ayuda diaria, días de ayuda a la semana (Edelman & Hughes, 1990), número de tareas en las que es necesaria asistencia (Greene, 1983). El listado de actividades observadas varía enormemente de un cuestionario a otro, o el grado de dificultad para la realización de cada una de ellas se puede medir de formas muy diversas. La proliferación de escalas, test, y mediciones actuales complica la delimitación y medición del alcance del fenómeno. Dos de los índices más usados son el de Katz (Katz et al., 1963) y el de Lawton (Lawton y Brody, 1969). El primero está basado en una evaluación de la independencia o dependencia funcional del anciano en una serie de actividades (baño, vestido, ir al servicio, traslado, continencia y alimentación), para las cuales independencia significa sin supervisión, dirección o ayuda de persona alguna; este índice se basa en el estado de los ancianos más que en su capacidad (si un anciano rehúsa hacer una actividad se considera que no la ejecuta aunque sea capaz). Si el índice de Katz es uno de los más utilizados a la hora de medir la dependencia de los mayores en las actividades básicas, en lo que se refiere a las actividades instrumentales uno de los más comunes es el índice de Lawton, que puntúa la capacidad del anciano respecto a una serie de actividades (usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, hacerse responsable de su medicación, utilizar dinero), recogiendo varios niveles de autonomía para cada una de ellas. Éstos son probablemente los más comunes, pero lo cierto es que la proliferación de índices, mediciones y escalas es extensísima (Pulses, escala de rápida incapacidad, rango de movimiento, evaluación de autocuidado de Kenny, Pace II, Filadelfia, Geriatric Rating Scale, Plutchik, Barthel, Oars, Cruz Roja, Crichton Royal behavioural, Smaf, Cape, Idris Williams, Intervalo libre de ayuda, etc.).

3. 2. CONCEPTO UTILIZADO

En realidad, la dependencia es una característica normal de todo individuo que vive en sociedad, pero no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona sistemáticamente. En

este análisis se entenderá el envejecimiento como un proceso global, en el que cada necesidad, cada demanda de ayuda de los ancianos, independientemente de la discapacidad específica que la determina, ha de ser considerada en el contexto, no sólo biológico, del proceso en el que se sitúa. Cuando se describe al anciano sirviéndose de las condiciones de pluripatología de la que es portador, se renuncia a evaluar su calidad de vida real (Scortegagna, 1994). En consecuencia, las necesidades de ayuda frente a determinadas actividades se entenderán como el signo concreto de lo que falta a la autonomía individual, como consecuencia de dicho proceso global (físico, social...) de envejecimiento. Por tanto, *se entenderá por dependencia el hecho de no poder valerse por sí mismo en algún grado, es decir, tener dificultades o no poder realizar determinadas actividades, habituales para el conjunto de la población.*

Actividades básicas e instrumentales.- Entre esas actividades se encuentran el conjunto de actividades básicas o de autocuidados, habitualmente conocidas como actividades de la vida diaria (AVD) que son aquellas que permiten mantener una mínima autonomía personal y un nivel básico de calidad de vida; y actividades más complejas que requieren tomas de decisión o interacciones con el medio, denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Un dependiente de edad es una persona mayor que requiere ayuda para la realización de una o más de estas actividades, o que, sencillamente, no puede realizarlas.

Para aproximarnos al volumen de las necesidades actuales de cuidados entre los mayores, utilizaremos distintos grados de dependencia en función de las actividades en las que el mayor se ve limitado y del grado de prioridad de las mismas. De esta forma no es lo mismo no poder comer o levantarse solo, que necesitar ayuda para la administración del hogar o que alguien haga la compra, ambas situaciones presentan necesidades de atención de muy distinta intensidad y dedicación, e indican un grado de dependencia muy diferente por parte del anciano.

A la hora de delimitar tanto la situación de dependencia, como los niveles de gravedad que se observan dentro de la misma, se ha perseguido que sean válidos para la estructura demográfica y social del año 2010. A este respecto se espera que *los individuos con un grado leve o marginal de dependencia sean los más beneficiados por el desarrollo tecnológico y las innovaciones* en el entorno, lo que podría volver a convertirlos en un futuro no lejano de nuevo en individuos autónomos. Esto es lo que ha sucedido recientemente en otros países, así por ejemplo, el uso de equipamiento y de ayudas técnicas para superar la dependencia aumentó mucho en EEUU en la última década, lo que ha contribuido en gran medida a que se registrase una reducción importante en los niveles de dependencia (Manton y Stallard, 1993). En esta situación las delimitaciones propuestas en este estudio, que excluyen algunas situaciones que en la actualidad se corresponden con una dependencia real, se proponen con el objetivo de una mayor adecuación a las estructuras sociales y tecnológicas de los próximos años, de forma que se adecuen en mayor medida al escenario probable en el horizonte propuesto del año 2010.

Las actividades observadas se han seleccionado siguiendo las utilizadas por los índices más comunes (Índice de Katz, I. de Barthel, e I. de Lawton, ya citados), y en función de su disponibilidad en las fuentes de datos (tabla 3.1.), agrupando las que pertenecían a una misma categoría, siendo indicadores de una misma limitación y requiriendo una atención idéntica en cuanto a su naturaleza e intensidad.

ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES UTILIZADAS

AVD:		
<u>I. Katz e I. Barthel</u>	<u>CIS2117</u>	<u>ENS97</u>
Ducha o baño	baño/ducha	ducha/baño lavarse
Vestido	vestirse/desvestirse	vestirse/desvestirse
Ir al servicio	arreglarse	peinarse/afeitarse
Traslado	andar levantarse/acostarse moverse	andar levantarse/acostarse
Continencia	usar servicio a tiempo	
Alimentación	comer	comer
		quedarse solo de noche
AIVD:		
<u>I. Lawton</u>	<u>CIS2117</u>	<u>ENS97</u>
Usar el teléfono	Usar el teléfono	Usar teléfono
Comprar	Comprar	Comprar
Preparar comida	Preparar comida	Preparar comida Preparar su desayuno Cortar una rebanada de pan
Cuidar la casa	Hacer tareas domésticas	Limpiar la casa Limpiar el suelo Hacer la cama Cambiar las sábanas Fregar los platos
Lavar ropa		Lavar la ropa a máquina Lavar ropa a mano
Utilizar transporte	Utilizar transporte	Poder coger un bus, un taxi...
Tomar medicación	Tomar medicación	Acordarse tomar medicación
Utilizar el dinero	Administrar dinero	Administrar dinero
Subir/bajar escaleras (I. Barthel)	Salir a la calle	Subir 10 escalones

Fuente: CIS, Estudio 2117 (1994)

Ministerio de Sanidad y Consumo, Encuesta Nacional de Salud (1997)

De esta forma las actividades observadas como actividades de la vida diaria son: ducharse o bañarse, lavarse, vestirse y desvestirse, peinarse y afeitarse, andar, levantarse y acostarse, comer, y quedarse solo de noche; entre las actividades instrumentales de la vida diaria se utilizarán: usar el teléfono, comprar, preparar la comida, hacer tareas domésticas, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, acordarse de tomar la medicación, administrar su dinero, y subir escalones.

Se han excluido actividades como “cortarse las uñas de los pies” o “caminar una hora seguida” debido a que afectan a un amplio grupo de la población mayor que no presenta ningún otro problema para el mantenimiento de su vida diaria. Por motivos similares “quedarse sólo de noche” ha sido considerado una actividad básica, no porque revele una limitación física evidente de la gravedad de las que puedan impedir a una persona poder comer sólo o levantarse y acostarse por sí mismo, sino porque quien no puede dormir solo requiere una ayuda diaria de un gran número de horas, incluso mayor que aquéllas, además de revelar un alto grado de vulnerabilidad o fragilidad del individuo.

Niveles de gravedad.- Se han planteado tres niveles de gravedad en la situación de dependencia: a) grave o severa, b) moderada o considerable, c) y leve. Para ello se ha tenido en cuenta las horas de cuidados personales que serían requeridos por cada uno de los niveles de gravedad (Rodríguez Cabrero, 1999). Puesto que la principal fuente de datos (Encuesta Nacional de Salud, 1997) no aporta las horas de cuidados requeridas por los mayores, se ha utilizado la Encuesta de Apoyo Informal (2ª fase; CIS, 1994), para establecer una relación entre las horas de ayuda requeridas y las limitaciones funcionales del anciano.

Aquellos que reciben ayuda de su cuidador principal con una frecuencia semanal o menor presentan, como media, limitaciones en una actividad de la vida diaria (AVD) y en tres actividades instru-

FRECUENCIA DE LA AYUDA RECIBIDA, SEGÚN NÚMERO DE ACTIVIDADES EN LAS QUE SE SUFREN LIMITACIONES

nº de actividades en las que recibe ayuda	Una vez por semana		diaria (1-2h)		diaria (3+ h.)	
	AVD	AIVD	AVD	AIVD	AVD	AIVD
0	59,0	10,9	46,4	7,8	19,7	2,4
1	13,3	8,9	14,5	4,7	8,9	3,8
2	7,1	15,4	9,6	9,0	6,4	4,7
3	1,4	26,9	10,8	19,3	9,1	12,5
4	4,5	13,7	5,7	17,2	8,5	12,2
5	1,4	11,0	3,4	13,0	7,9	15,3
6	2,4	1,5	4,7	10,1	9,5	14,3
7	4,3	3,6	1,8	11,9	11,2	13,5
8	6,8	8,0	3,1	6,9	18,7	21,3
media	1,5	3,3	1,7	4,1	4,1	5,3

Fuente: CIS, Estudio 2117 (1994)



mentales de la vida diaria (AIVD); los que requieren una ayuda diaria, pero no superior a dos horas, presentan limitaciones en 2 AVD y en 4 AIVD (tabla 3.2); y los que precisan de cuidados más intensos, que abarcan tres o más horas diarias, presentaban un promedio de 4 AVD y 5 AIVD en las que tenían dificultades.

Se considerarán, por lo tanto, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud (1997), *dependientes leves* aquellos que presenten limitaciones en alguna actividad instrumental de la vida diaria (AIVD), siempre que el número de actividades en las que está limitado sea inferior a cinco (tabla 3.3).

Se considerará *dependiente moderado* aquel que presente limitaciones en una o dos actividades de la vida diaria (AVD), o en más de cinco actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

DELIMITACIÓN DE LA DEPENDENCIA POR NIVELES DE GRAVEDAD

Dependencia:		
grave:	3+ h./día	3 ó más AVD
considerable:	1-2 h./día	1-2 AVD* ó >5 AIVD
leve:	1 vez/semana o menos	alguna AIVD (<5)

* en los casos en los que la única AVD en la que es necesaria ayuda sea 'quedarse solo de noche', será considerada dependencia leve

Tabla 3.3

Finalmente será considerado *dependiente grave* aquel individuo que presente limitaciones en tres o más actividades de la vida diaria (AVD). Quedarse solo de noche se ha incluido entre las actividades de la vida diaria, no porque refleje un alto nivel de dependencia funcional del individuo como ya se ha comentado, sino por el gran número de horas de cuidados que requiere una persona que presenta esta limitación. Por lo tanto, en los casos en que la única AVD que presente el individuo sea "quedarse solo de noche", la dependencia será considerada leve.

3.3 LOS DETERMINANTES O PREDICTORES DE UNA VEJEZ DEPENDIENTE

Para acercarnos a la carga social que representa potencialmente la dependencia en la vejez, se hace necesario realizar una estimación de la incidencia diferencial de la misma en relación con factores de diversa naturaleza, de su prevalencia en distintas subpoblaciones, y fundamentalmente, aproximarnos a un modelo de riesgo de entrada en dependencia por edad. En primer lugar vamos a explorar aquellos factores que revisten un mayor riesgo de encontrarse en la vejez en una situación de dependencia, factores que podríamos llamar *determinantes o predictores*.

Algunos aspectos demográficos, culturales, socioeconómicos, y de comportamiento, además de los referidos al estado de salud (objetivo o percibido) arrojan una incidencia de la dependencia muy dis-

criminante, lo que sugiere una fuerte relación entre estas características mostradas a lo largo de la vida, y el riesgo de dependencia en la vejez que asume el individuo. En un primer lugar, se han calculado las tasas de dependencia, mediante un análisis bivariado utilizando las variables de las que nos proporciona información el amplio cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud de 1997⁴. Posteriormente se han recalculado dichas tasas introduciendo el sexo, y el grupo generacional. Se han calculado asimismo, las tasas por nivel de gravedad de la situación de dependencia, debido a que el hecho de que un factor pueda resultar altamente determinante de una situación de dependencia no implica necesariamente que resulte también determinante de la gravedad de la misma. Finalmente y debido a la alta correlación que muestran entre sí muchas de las variables observadas, se ha realizado tanto para la situación de dependencia como para la gravedad de la misma, un análisis multivariante utilizando una regresión logística, con el fin de eliminar el efecto de variables ocultas fuertemente relacionadas entre sí, que pueda haber tras las tasas obtenidas⁵. Se presentan a continuación los principales resultados.

Los factores demográficos

Sexo.- Han sido muchos los estudios que han mostrado la incidencia diferencial de la dependencia por sexo (Escudero et al., 1999; Waidmann y Liu 2000). En nuestro país, en efecto, el sexo se revela como un fuerte determinante de las limitaciones en la vejez, independientemente de que la población de edad sea mayoritariamente femenina. De esta forma, tres de cada diez mujeres mayores (31%) necesita algún tipo de ayuda, mientras sólo uno de cada cinco hombres (19%) se encuentra en esta situación (tabla 3.4).

En un análisis diferenciado para hombres y mujeres (tablas 25 y 26 en Anexo) se puede observar que en el caso de los varones ninguna subpoblación llega a alcanzar un 50% de dependientes; mientras que son más las ancianas dependientes que las no dependientes entre las analfabetas, las que se encuentran mal o muy mal, las que sufren tres o más enfermedades crónicas diagnosticadas, aquellas que se han visto encamadas recientemente, y las que presentan un índice de masa corporal superior a 35.

Pero ante la evidencia de una mayor dependencia entre las mujeres, Grundy y Glaser (2000) sostienen que se debe únicamente a que las mujeres viven más tiempo con discapacidad, no a que la incidencia sea más alta. Ciertamente el sexo se muestra altamente correlacionado con otras variables con un efecto sobre la dependencia en la vejez, y que podrían ser la verdadera causa que se esconde tras la alta prevalencia femenina, tales como el estado civil, el nivel de ingresos o el grado de alfabetización (tabla 3.5); aunque muestra también en estas generaciones una fuerte correlación inversa con otras como son el consumo de tabaco y alcohol, que sólo podría tener efectos positivos.

⁴ No ha sido posible utilizar para ello los datos de la Encuesta de Discapacidades (1999) del Instituto Nacional de Estadística, dado que todavía no es posible la explotación de los registros individuales de la misma.

⁵ En el modelo se han introducido las variables: sexo, edad, estado civil, alfabetización, nivel de estudios, ingresos, esfuerzo físico en el trabajo, estado de salud percibido, nº de enfermedades crónicas diagnosticadas, medicación, encamamiento, índice de masa corporal, consumo de tabaco, consumo de alcohol, y práctica de algún ejercicio físico. Se ha descartado la introducción de la profesión, debido a que estaba altamente relacionada con los estudios y los ingresos y mediría los mismos efectos, y se ha descartado igualmente introducir el estatus social debido a que es una variable construida en la Encuesta Nacional de Salud de 1997 a partir de las respuestas a las variables profesión, estudios e ingresos.

**TASA DE DEPENDENCIA SEGÚN DISTINTAS CARACTERÍSTICAS.
POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, ESPAÑA 1997**

Variable	categorías	n	%	tasa dependencia	Correlación (1)
Total		1.111	100		
sexo	hombre	466	41,9		
	mujer	645	58,1	30,9**	
Edad	65-74	715	64,4	18,3**	0,236**
	75+	396	35,6	39,9**	
EC	soltero	70	6,4	14,3**	
	casado	695	63,5	21,4**	0,176**
	viudo	330	30,1	38,5**	
Alfabetización	analfabeto	105	9,5	52,4**	-0,195**
	lee o con estudios	1.005	90,5	23,3**	
Estudios	Primarios	793	89,1	24,3**	0,124**
	Secundarios o universitarios	97	10,9	13,4**	
Estátus social	bajo	122	14,2	37,7**	
	medio-bajo	682	79,2	24,8**	-0,057
	medio o alto	57	6,6	14,0**	
Ingresos	<60.000	197	20,7	37,1**	
	60-100.000	463	48,6	24,4**	-0,066*
	>100.000	292	30,7	23,6**	
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	444	40,4	40,1**	-0,262**
	sin grandes esfuerzos o t.pesado	654	59,6	16,8**	
Estado de salud	malo o muy malo	201	18,1	52,7**	-0,278**
	regular, bueno o muy bueno	908	81,9	19,9**	
nº enfermedades crónicas	0	436	39,2	17,9**	
	1-2	577	51,9	28,4**	0,187**
	3+	98	8,8	48,0**	
medicación	No	228	20,8	14,0**	0,131**
	Sí	869	79,2	29,2**	
encamamiento	No	1.001	90,3	23,7**	0,162**
	Sí	107	9,7	45,8**	
Índice de masa corporal	0-22	89	11,4	27,0**	
	23-29	516	66,1	18,8**	0,124**
	30-34	149	19,1	29,5**	
	35+	27	3,5	48,1**	
Fuma	nunca	741	67,2	29,3**	
	ha fumado	249	22,6	20,5**	0,088**
	habitualmente	113	10,2	17,7**	
nº cigarrillos al día	0	1.021	91,9	26,6	
	1-10	49	4,4	24,5	-0,059*
	11+	41	3,7	12,2	
duración de la adicción al tabaco	0	1.016	91,4	26,7	
	1-45	19	1,7	15,8	-0,033
	46-55	38	3,4	10,5	
	56-76	38	3,4	28,9	
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	93	18,9	23,7**	0,156**
	diario o frecuente	400	81,1	16,3**	
duración del consumo regular de alcohol	0	705	63,5	31,9**	
	1-45	65	5,9	9,2**	-0,127**
	46-55	195	17,6	9,2**	
	56-73	146	13,1	27,4**	
Ejercicio físico	ninguno	609	55,1	34,5**	-0,212**
	alguno	496	44,9	15,7**	
imc				28,28*	

* Significativo al nivel 0,05

** Significativo al nivel 0,01

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES PREDICTORES

	sexo	edad	EC	alfabetización	estudios	estatus social	ingresos	esfuerzo	autopercepción	enfermedades crónicas	medicación	encamamiento	índice de masa corporal	tabaco	nº cigarrillos/día	duración de la adicción tabaco	alcohol	duración del consumo regular de alcohol	ejercicio		
sexo																					
edad	-0,029																				
EC	0,264**	0,205**																			
Alfabet.	-0,113**	0,205**	-0,113**																		
estudios	-0,087**	-0,003	-0,087**	-0,087**																	
estatus	-0,093**	-0,028	-0,093**	-0,093**	0,539**																
ingresos	-0,141**	-0,053	-0,141**	-0,141**	0,268**	0,284**															
esfuerzo	0,102**	-0,243**	0,102**	0,102**	0,076*	0,076*	0,213**														
autoperc	-0,059*	-0,103**	-0,059*	-0,103**	0,079*	0,079*	0,213**	0,213**													
nº enfer.	0,060*	0,054	0,060*	0,060*	-0,095**	-0,054	-0,005	-0,186**	-0,186**												
medica.	0,109**	0,065*	0,109**	0,109**	0,018	0,018	0,379**	0,379**	0,379**												
encama.	0,042	0,044	0,042	0,042	-0,091**	-0,091**	-0,064*	-0,166**	-0,166**	0,166**											
imc	0,075*	-0,080*	0,075*	0,075*	-0,020	-0,020	0,025	0,025	0,025	0,025	-0,020										
tabaco	-0,700**	-0,047	-0,700**	-0,700**	0,036	0,036	0,036	0,036	0,036	0,036	0,036	-0,020									
nº cigari	-0,231**	-0,045	-0,231**	-0,231**	0,012	0,012	0,012	0,012	0,012	0,012	0,012	0,012	-0,020								
duratabac	-0,191	0,587**	-0,191	-0,191	-0,232**	-0,181	-0,114	-0,174	-0,158	-0,084*	-0,084*	-0,164	-0,164								
alcohol	-0,282**	-0,002	-0,282**	-0,282**	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013	-0,013							
duratooh	-0,098*	0,699**	-0,098*	-0,098*	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027	-0,027							
ejercicio	-0,211**	-0,115**	-0,211**	-0,211**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,098**	0,120**						

**MODELO DE RIESGO DE DEPENDENCIA EN LA VEJEZ
SEGÚN DIVERSAS VARIABLES**

	Exp (B)
<u>SEXO</u> [hombre] mujer	1,107
<u>EDAD</u> [65-74] 75+	2,640**
<u>ESTADO CIVIL</u> [soltero] casado viudo	2,060 2,867*
<u>ALFABETIZACIÓN</u> [alfabetizados] analfabetos	2,909**
<u>ESTUDIOS</u> [secundarios o universitarios] primarios	1,578
<u>INGRESOS</u> <60.000 60.000-100.00 [>100.000]	1.003 1.047
<u>ESFUERZO FÍSICO EN EL TRABAJO</u> [no sedentario] Sedentario	2.225**
<u>SALUD PERCIBIDA</u> [regular o buena] mala o muy mala	2,728**
<u>Nº ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS</u> [0] 1-2 3+	1,576* 2,816**
<u>MEDICACIÓN</u> [No] Sí	1,386
<u>ENCAMAMIENTO</u> [No] Sí	1,367
<u>ÍNDICE DE MASA CORPORAL</u> 0-22 [23-29] 30-34 '35+	1,629 1,441 2,622*
<u>FUMA</u> [Nunca ha fumado] Ha fumado pero ya no fuma Fuma habitualmente	0,760 0,622
<u>CONSUMO DE ALCOHOL</u> [No consume o lo hace de forma esporádica] Consumo frecuente	0,670
<u>EJERCICIO FÍSICO</u> [Sedentario] ejercicio físico habitual u ocasional	0,537**
Constante	0,058

* Significativo al nivel 0,05

** Significativo al nivel 0,01

**MODELOS DE RIESGO DE GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA
SEGÚN DIVERSAS VARIABLES**

Variable	categorías	Moderada	Grave
sexo	[mujer]		
	hombre	1,223	0,610
Edad	[65-74]		
	75+	1,989*	4,584*
EC	soltero	0,721	0,000
	casado	1,235	0,000
	[viudo]		
Alfabetización	analfabeto [lee o con estudios]	1,408	0,437
Estudios	Primarios	1,051	1,597
	[Secundarios o universitarios]		
Ingresos	[<60.000]		
	60-100.000	0,702	0,955
	>100.000	1,074	1,449
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	1,454	3,552*
	[no sedentario]		
Estado de salud	malo o muy malo	1,353	1,877
	[regular, bueno o muy bueno]		
nº enfermedades crónicas	[0]		
	1-2	0,780	1,204
	3+	0,607	1,378
medicación	[No]		
	Sí	0,487	1,051
encamamiento	[No]		
	Sí	0,159	3,444*
Índice de masa corporal	0-22	0,561	0,230
	[23-29]		
	30-34	1,129	0,574
	35+	1,926	3,705
Fuma	nunca	1,120	0,683
	ha fumado	1,023	0,684
	[habitualmente]		
Consumo alcohol	[ninguno o esporádico]		
	diario o frecuente	0,416	0,107
Ejercicio físico	[ninguno]		
	alguno	0,667	0,427

* Significativo al nivel 0,05

** Significativo al nivel 0,01

Las categorías de referencia en cada variable, se indican entre corchetes

Tabla 3.7

Una vez que se introducen estas variables el efecto del sexo, efectivamente disminuye (tabla 3.6). Sobre lo que sí presenta un efecto el sexo es sobre la gravedad que llega a alcanzar la situación de dependencia, teniendo los hombres unos riesgos un 40% inferiores de llegar a sufrir una situación de



dependencia grave, incluso controlando por edad y por las restantes variables (tabla 3.7). *Aunque son ellas las que la sufren en mayor medida, la feminidad de la dependencia es un efecto de la edad, la viudedad y la soledad, en mayor medida que un efecto de la propia condición femenina; aunque la condición femenina sí puede empeorar la gravedad de la misma.*

Edad.- Otro de los grandes factores explicativos de la dependencia es la edad (Escudero et al., 1999; Waidmann y Liu, 2000; Grundy y Glaser, 2000). Entre la población mayor española la edad aporta diferencias todavía más significativas. Las personas de 75 y más años presentan unas tasas de dependencia que duplican las de la población entre 65 y 74 años (véase tabla 3.4 anterior). Esta estructura por edades de la incidencia de la dependencia sugeriría una reflexión en torno a la pretendida homogeneidad de una vejez que generalmente se sobre-entiende como un todo, o como un período único, y que a efectos prácticos o de conocimiento de las necesidades reales de los mayores, habría que considerar como mínimo diferenciando entre una primera vejez autónoma y relativamente saludable, y una 'Cuarta Edad' en la que la autonomía disminuye, y el apoyo y la ayuda se hacen indispensables.

Se ha subdividido a la población mayor entre las personas de 75 y más años y los más jóvenes, con el fin de no partir en exceso la muestra para garantizar su significación (tabla 21 del Anexo). Entre los más jóvenes tan sólo resulta preocupante la falta de autonomía en los casos en los que el individuo dice sentirse mal o muy mal, sufre 3 o más enfermedades crónicas diagnosticadas, o presenta un índice de masa corporal superior a 35; estando muy relacionada la presencia de la dependencia en estas edades con la falta de ejercicio físico alguno.

El efecto de la edad como predictor de la dependencia no sólo se mantiene sino que incluso se intensifica, eliminando el efecto de las restantes variables (véase tabla 3.6). *Una edad avanzada es uno de los determinantes más fuertes de encontrarse en una situación de dependencia.* Los muy mayores (75 y más años) presentan unos riesgos de dependencia 2,6 veces superiores a los que sufre la población de menor edad. La edad se revela igualmente como un fuerte condicionante del nivel de gravedad de la situación de dependencia, los mayores de 75 años duplican las probabilidades de que la dependencia sea moderada en vez de leve, y tienen unos riesgos 5 veces superiores de que ésta sea grave (véase tabla 3.7).

Estado Civil.- La presencia de la dependencia también muestra un patrón diferenciado por estado civil. Mientras entre los casados uno de cada cuatro tiene algún problema que lo sitúa en una situación de dependencia (21%), entre los viudos esta situación alcanza al 38% de los mismos. De hecho son los viudos los que sufren la incidencia más notable de la pérdida de autonomía entre la población masculina (tablas 25 y 26 en Anexo). La soledad en los hombres de edad de estas generaciones en las que los roles de género han estado fuertemente diferenciados, se traduce fácilmente en necesidad de ayuda en el ámbito doméstico, dada su escasa experiencia y las dificultades que supone un proceso de aprendizaje a estas edades.

Sin embargo, son varios los autores que afirman que tras el efecto del estado civil se encuentran los efectos de otras variables ocultas. Por ejemplo, Escudero et al. (1999) encuentran relación con el estado civil en el análisis bivalente pero esta relación desaparece al introducir las variables de salud. Y Grundy y Glaser (2000) observan en el Reino Unido que la población casada goza de mejor salud, pero sostienen que dicha correlación se debe al efecto de la tenencia de la vivienda.

Obviamente, la estructura por edades más envejecida de la población viuda se deja notar en dicha incidencia, detrás de la que está el fuerte efecto de la edad, pero tampoco hay que olvidar que la soledad y la falta de apoyo influyen en la percepción de la propia autonomía. En muchos casos una dependencia de otra persona para algunas actividades básicas, si ésta no es grave, pasa desapercibida para el mayor, hasta el momento en que desaparece la persona (el cónyuge) que realizaba esa tarea de apoyo invisible. A este aumento de la dependencia objetiva, hemos de sumar un aumento, no menos real, de la sensación de dependencia, asociado a la percepción de soledad, vulnerabilidad y 'abandono'. En relación a esta percepción se ha acuñado el término "shock de la viudedad"⁶ (Thierry, 1999) que se relaciona incluso con la sobremortalidad de los viudos en relación a los casados.

De hecho el efecto del estado civil como predictor de la dependencia se mantiene al introducir los restantes factores, y en concreto el de la situación de viudedad, que multiplica casi por tres los riesgos de los solteros (véase tabla 3.6). La "cobertura social" que tenga el individuo resulta determinante de la demanda de ayuda que presenta en la vejez: las redes sociales con las que cuente y el nivel de apoyo que reciba o de aislamiento que padezca. Dado que esta situación no la podemos medir con los datos que tenemos, el estado civil parece un buen indicador del grado en el que la soledad y un mayor aislamiento influyen en esta situación. Ciertamente, la viudez está muy relacionada con la edad, pero incluso controlando dicha correlación muestra una probabilidad muy superiores que las de los solteros y un 80% mayores que las de los casados. Esta situación de aislamiento social, que lleva al anciano a reclamar ayuda con mayor facilidad, no se traduce sin embargo en un estado grave de fragilidad, sino que suele provocar situaciones de dependencia leve o moderada (véase tabla 3.7)

Los factores culturales

Nivel educativo alcanzado.- Uno de los efectos más explorados es la relación entre la educación y el nivel de salud y bienestar (Waidmann y Liu, 2000; Grundy y Glaser, 2000; Freedman y Martin, 1999). En los años sesenta Coleman et al. (1969) argumentaban que en Estados Unidos, eran los antecedentes familiares por sí solos, y no la calidad de la educación de los hijos, los que explicaban las características que se relacionaban con la educación en la edad avanzada. Efectivamente la situación familiar puede propiciar una mejor o peor educación, así como el mantenimiento de ésta durante un período más largo o una entrada más temprana en el mercado de trabajo. Pero estudios más recientes sugieren que si Coleman et al. hubiesen considerado la cantidad en vez de la calidad de la educación probablemente hubiesen sido más optimistas.

El grado de funcionalidad y la autopercepción de la propia salud aumentan con los años de educación formal (Ross y Mirowsky, 1999). Manton y Stallard (1993) encuentran que las personas con 9 ó más años de estudios tienen una probabilidad de buena salud en la vejez que es entre dos y dos veces y media la de los que tienen menos de seis años de educación. Blaxter (1989) revisa la situación para los distintos

⁶ Hace referencia a la situación crítica que se atraviesa durante el primer año tras la viudedad, durante el cual la sobremortalidad supera el 80% en el caso de los hombres y el 60% en el caso de las mujeres. El segundo es un año de recuperación: la mortalidad disminuye entre el primer y el segundo año aunque los individuos tengan un año más. ¿Efecto reparador después del trauma del primer año o efecto de selección debido a la mortalidad de los individuos más frágiles al inicio de la viudedad?. La sobremortalidad de los viudos disminuye a medida que la duración de la viudedad aumenta; el progreso es rápido durante los tres primeros años y más lento a continuación.



países europeos y encuentra que existe un patrón universal, de forma que los grupos de población que gozan de una más pobre educación presentan los peores indicadores de salud en todos ellos.

Los datos para nuestro país refuerzan los resultados obtenidos a nivel internacional. Entre los mayores españoles son los universitarios los que muestran la tasa más baja de dependencia de las obtenidas entre todas las variables estudiadas (tabla 21 en Anexo). Por cada diez mayores con estudios universitarios, tan sólo uno tiene alguna necesidad de asistencia (10,6%). Pero como es bien sabido los universitarios son los menos entre los mayores (apenas un 4% de los mayores actuales), y a medida que disminuye el nivel de estudios, aumenta el nivel de dependencia. Entre los mayores con estudios primarios, finalizados o no (un 89% de los mayores) son uno de cada cuatro los que necesitan alguna ayuda, y entre los que no pudieron finalizarlos (25% de las personas de edad) las tasas son todavía mayores (28%)⁷.

El corte verdaderamente significativo es el paso de la primaria a niveles de instrucción superiores, sea porque éstos proporcionaron recursos culturales valiosos a la hora de enfrentarse a las necesidades en la vejez, sea porque dicha prolongación académica supuso una entrada en el mercado laboral a edades un poco menos prematuras que las de la mayoría de los miembros de estas generaciones, y probablemente posibilitó una trayectoria profesional (y por lo tanto unos recursos económicos y sociales) más favorables; o sea también porque la simple posibilidad de retrasar la entrada en el mercado de trabajo y proseguir su propia acumulación de recursos educativos, sin duda denotaba un nivel de recursos en la familia de origen muy superiores a la media. Probablemente, la extraordinariamente baja presencia de la dependencia entre este colectivo de población⁸ se deba a una conjunción de todos estos factores. Parece, por tanto, que la comprensión de la morbilidad predicha por Fries (1980) es más posible que se produzca entre la población con un mayor nivel educativo que entre los que no gozan de esta condición (Preston y Taubman, 1993).

De hecho, la asociación parece atribuible a la relación de la educación con las condiciones de trabajo y económicas, con los recursos psicológicos y con un estilo de vida saludable⁹. Los años de escolarización provocan el desarrollo de una serie de capacidades que están positivamente relacionadas con las circunstancias de la vida que afectan a la salud, incluyendo un empleo remunerado a tiempo completo, un trabajo satisfactorio, un bienestar económico, así como una sensación de control personal y de apoyo social. La educación está también altamente asociada con un estilo de vida que incluye caminar habitualmente, realizar algún ejercicio físico, beber alcohol moderadamente, controlar el sobre-peso, y no fumar¹⁰, y todo ello mejora la salud. Shea et al. (1991) examinan las diferencias en educación para una serie de conductas de riesgo en el estado de Nueva York, y encuentran que la población con un nivel educativo más alto presenta mayores probabilidades de realizar algún ejercicio

7 En la tabla 3.4. el nivel de estudios se ha recategorizado presentándolo resumido dado que las mayores diferencias las presentan los que tan sólo alcanzaron estudios primarios, pudiendo finalizarlos o no, (22% y 28% respectivamente), y los que lograron alcanzar estudios secundarios o superiores (16% y 10%).

8 Colectivo creciente en las generaciones más jóvenes, por lo que también puede haber un efecto edad.

9 Una serie de enfermedades crónicas asociadas con un alto riesgo de limitaciones en la movilidad, como la artritis, las enfermedades cardiovasculares o las fracturas relacionadas con la osteoporosis, están relacionadas con factores de riesgo como la inactividad, el consumo de tabaco y la obesidad, que en diversos estudios han sido ligados a un bajo nivel educativo (Freedman y Martin, 1999).

10 Osler et al. (2001) confirman la relación entre la educación y el consumo de tabaco para la población danesa. Aquellos con 12 o más años de educación tienen una probabilidad doble de ser ex-fumadores, o de no haber fumado nunca, que los que presentan menos de 7 años de educación formal.

físico, conoce su presión sanguínea, y presenta una menor probabilidad de fumar, y de presentar sobrepeso. Según Winkleby et al. (1992) la educación es la única variable socioeconómica que muestra una correlación significativa con el consumo de tabaco, la hipertensión, el colesterol, el índice de masa corporal y el conocimiento de su propio estado de salud. En efecto, en el caso de la población mayor española, el nivel de estudios aparece fuertemente correlacionado con el estatus social y el nivel de ingresos (véase tabla 3.5), pero también con hábitos saludables como la práctica de ejercicio físico.

Se ha de señalar la incidencia diferencial del nivel educativo por género. Frente a la escasa discriminación que han supuesto para ellos los recursos educativos más allá de la alfabetización, entre las mujeres mayores los recursos educativos, y la posición socioeconómica se muestran fuertemente discriminantes (tablas 25 y 26 en Anexo)¹¹. Es posible que aquellos factores que se mostraron fuertemente relacionados con la educación, como el nivel socioeconómico y unos hábitos saludables, tuviesen un mayor efecto sobre la población femenina; mientras que, entre los varones, a un nivel de estrés asociado a determinados ejercicios profesionales se une el consumo regular de tabaco, extendido para estas generaciones entre todos los niveles educativos.

Pero no es menos cierto que una mayor educación provoca que el individuo sienta que ejerce un mayor control de su vida, y por lo tanto aporta una seguridad esencial en la vejez, al tiempo que facilita el desarrollo de redes de apoyo social más extensas; aumenta la capacidad de solvencia del individuo, y también su flexibilidad cognitiva. También supone una mayor disponibilidad de información y de recursos en muchos casos. Por ello, en el momento en el que se introducen las restantes variables, aunque la educación se muestra mucho menos predictiva de lo que sus tasas de prevalencia podían hacer sospechar, mantiene un nivel de riesgo diferencial que disminuye con el aumento del nivel educativo. Independientemente de su relación con la situación socio-económica del individuo, o con sus hábitos y conductas, podemos afirmar que las limitaciones inherentes a una educación limitada llegan a multiplicar por 1,6 el riesgo de dependencia de los que tan sólo han realizado estudios primarios (véase tabla 3.6), y por 1,5 su riesgo de dependencia grave (véase tabla 3.7).

Analfabetismo y dependencia.- Pero cuando las limitaciones alcanzan a la alfabetización, la situación se agrava fuertemente. Pese a ser una situación reducida para el conjunto de la población, el analfabetismo alcanza una triste relevancia entre las personas mayores, especialmente entre las mujeres. Los analfabetos duplican los niveles de dependencia de los que al menos saben leer y escribir, aunque no tengan ningún tipo de estudios. Uno de cada dos mayores analfabetos necesita ayuda, mientras que tan sólo el contar con los recursos de la alfabetización reduce esta tasa a la mitad (25%). En los datos disponibles para 1999 la dependencia sigue mostrando una triste correlación con el analfabetismo femenino (tabla 3.8).

El contar con estudios añadidos a la alfabetización a priori no parece mejorar la situación, presentando una tasa muy similar (23%); ello se debe, sobre todo, al gran peso relativo que entre los mayores con estudios tienen los que cuentan tan sólo con estudios primarios, lo que no supone una mucho mejor posición ante la dependencia¹².

¹¹ Respecto a éstos el efecto de la dependencia es muy gráfico: mientras afecta a casi un 60% de las ancianas analfabetas, lo hace tan sólo a un 7% de las escasas mujeres mayores que han podido realizar estudios secundarios o universitarios.

¹² Debido a la gran similitud de ambas situaciones frente al riesgo de dependencia que nos ocupa, a partir de este momento se observarán conjuntamente

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y SEXO

	Hombres	Mujeres	Total
Analfabeto	9,7	18,1	15,1
Sin estudios	41,8	42,0	41,9
Estudios primarios o equivalentes	36,9	33,7	34,8
Enseñanza secundaria	8,2	4,6	5,9
Estudios universitarios o equivalentes	3,2	1,4	2,1
No consta	0,1	0,2	0,2
Total	100	100	100,0

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, 1999; resultados publicados

Tabla 3.8

Si la prevalencia de la dependencia entre la población con un menor nivel educativo, estaba en cierta medida relacionada con la posición socio-económica, así como con hábitos de vida saludables, *el analfabetismo supone por sí mismo uno de los mayores riesgos de encontrarse en una situación de dependencia*. Controlando las restantes variables, los analfabetos sufren unos riesgos que casi triplican los de los que, al menos, saben leer y escribir, independientemente del nivel de estudios alcanzado. Ello parece sugerir que unos recursos culturales mínimos se convierten para los mayores, no sólo en un instrumento valiosísimo para poder 'manejarse' en una sociedad compleja, sino en imprescindibles para poder encontrar las estrategias y los recursos necesarios para salvar las propias dificultades o para enfrentarse a ellas.

Aunque la clara relación entre los recursos educativos y la incidencia de la dependencia no es tan evidente cuando se habla de la gravedad de la misma, o eso afirman autores como Grundy y Glaser (2000). En efecto, al igual que ocurre con la viudedad y el aislamiento social en que ésta se puede traducir, la educación se muestra mucho menos determinante cuando hablamos de una dependencia grave (véase tabla 3.7). Una situación de analfabetismo arrastra al anciano a presentar demandas de ayuda con una altísima probabilidad, es decir a una situación de dependencia, pero la mayor parte de las veces se trata de una dependencia moderada.

Los factores económicos

Las características de la actividad económica muestran también diferencias significativas respecto a la incidencia de situaciones de dependencia en la vejez. Mientras la profesión desarrollada durante una larga etapa activa, resulta relativamente homogeneizadora a estos efectos en la vejez (tabla 21 en el Anexo) presentando tasas de dependencia que se sitúan en torno a un 20% en todas las categorías, otras características parecen más determinantes¹³.

Profesión y sedentarismo.- Aunque en algunos estudios se ha encontrado una relación entre la dependencia y la profesión, para las actuales generaciones de mayores españoles el efecto de ésta parece haber sido relativamente igualitario. Costa (2000) encuentra en Estados Unidos diferencias por

¹³ Dada esta escasa discriminación por profesión esta variable se excluirá del análisis posterior para evitar mayores correlaciones entre las distintas variables.

profesión frente a las condiciones crónicas, en concreto entre los trabajadores de cuello blanco disminuyen los problemas respiratorios crónicos, las enfermedades cardiovasculares del corazón, y la arterosclerosis. Pero otras lecturas señalan que puede ser la profesión la que esté influenciada por el propio estado de salud (Preston y Taubman, 1993). Entre la población española la profesión desarrollada durante la etapa activa parece arrojar unos niveles de dependencia en la vejez relativamente igualitarios, siendo los que muestran unos niveles de dependencia ligeramente más altos los dos extremos de la categoría profesional. Las tasas más altas de dependencia se encuentran entre los agricultores¹⁴, y los trabajadores manuales no cualificados, y entre los empresarios, autónomos y profesionales. Tanto los agricultores como los trabajadores manuales han desarrollado un curso de vida activa intenso en esfuerzos, que puede dejar como indeseable herencia problemas crónicos en la vejez, por otra parte los cargos de mayor responsabilidad sufren un mayor nivel de estrés que posiblemente desemboque también en dificultades en la vejez. A pesar de esta relativa uniformidad interprofesional, otras características hacen pensar que las condiciones económicas en las que se ha desarrollado la vida adulta pasan factura llegado el momento de mayor fragilidad (véase tabla 3.4).

Entre la población cuyas tareas productivas se tradujeron en una vida sedentaria el riesgo de dependencia en la vejez alcanza a cuatro de cada diez mayores. El tipo de actividad desarrollado a lo largo de la vida presenta consecuencias también para ellas, evidenciándose una muy alta correlación entre dependencia en la vejez y actividades sedentarias a lo largo de la vida, aunque se ha de observar que si bien ese tipo de actividades habían alcanzado a casi la mitad de la población masculina, en el caso de las mujeres es mucho menor el porcentaje de aquellas cuyas actividades habituales no le exigían una actividad física regular, siendo éste un fuerte determinante, pero que afecta a un porcentaje menor de población que en el caso de los hombres.

El esfuerzo físico en la actividad realizada a lo largo de la vida está muy relacionado con la pertenencia generacional, la autopercepción del propio estado de salud, un menor consumo de tabaco, así como la práctica regular de algún ejercicio físico (véase tabla 3.5). A pesar de ello la actividad física requerida por el ejercicio profesional se traduce en riesgos diferenciales de cara a una vejez dependiente, de forma que los que desarrollaron una actividad sedentaria duplican los riesgos de dependencia. *Podemos afirmar que entre las características biográficas la más determinante de una vejez dependiente es haber realizado tareas que han supuesto una vida sedentaria*, por encima incluso de aquellas actividades que han supuesto trabajos pesados con grandes esfuerzos físicos.

El nivel de sedentariedad durante la biografía resulta también altamente determinante de la gravedad de la situación de dependencia, tratándose de una dependencia leve en casi un 70% de los casos entre los que desarrollaron una actividad no sedentaria (tabla 21 en Anexo). La sedentariedad multiplica por 1,4 los riesgos de que la dependencia sea moderada en vez de leve, y por 3,5 los riesgos de que ésta sea grave (véase tabla 3.7).

Nivel de ingresos y estatus social.- Otras características que parecen perfilarse como determinantes son el nivel de ingresos y el estatus social. Preston y Taubman (1993) encuentran una relación



entre los mismos, aunque puntualizan que una situación de discapacidad puede afectar a los ingresos mediante la limitación de las horas de trabajo, esta situación es confirmada por un estudio de Lindholm et al. (2001) para Suecia. Por otra parte, los ingresos se traducen en la cantidad de recursos disponibles relativos a la salud y al mantenimiento de la propia calidad de vida. Entre los hogares que contaban en 1997 con unos ingresos inferiores a 60.000 pts. mensuales, la incidencia de la dependencia era prácticamente el doble que entre los que disfrutaban un nivel de renta alto (150.000 pts. o más) que podía garantizar la cobertura de esa necesidad por mecanismos de mercado (tabla 21 en Anexo)¹⁵. Las necesidades de asistencia en la vejez aumentan de forma constante conforme disminuye el nivel de renta, alcanzando a un 37% de los que ingresan menos de 60.000 pts. mensuales, colectivo que se verá en serias dificultades si no cuenta con recursos familiares.

En el caso de las mujeres la dependencia aumenta mucho entre las que ingresan mensualmente cantidades inferiores a 60.000 pts. al mes (tabla 26 en Anexo); en este caso el claro corte en esta cantidad respecto a la incidencia de la dependencia puede estar relacionado con las pensiones de viudedad, y por lo tanto estar reflejando conjuntamente la escasez de ingresos, el efecto de una mayor edad, y también de una mayor soledad. En efecto, el nivel de ingresos se muestra fuertemente correlacionado con la edad, el género y el estado civil (véase tabla 3.5). No sólo los más mayores son mujeres y son viudas, sino que además, dado lo reducido de las pensiones de viudedad son pobres. Obviamente el nivel de ingresos muestra también una fuerte relación tanto con la profesión como con el nivel educativo. Y parece que es el efecto de estas variables ocultas tras los ingresos (edad, soledad, educación) el origen de la alta prevalencia de la dependencia entre la población con menores recursos económicos, dado que introduciendo las restantes variables el nivel de ingresos por sí sólo muestra un efecto relativamente homogéneo respecto a los riesgos de dependencia en la vejez (véase tabla 3.6).

Pero autores como Grundy y Glaser (2000) afirman que variables como la tenencia de la vivienda y la clase social son más importantes que los ingresos actuales. La tenencia de la vivienda no aparece recogida en la principal fuente de datos, respecto al estatus social son escasos los trabajos previos sobre el tema. Oakley y Rajan (1991) en un estudio en el Reino Unido, encuentran que las mujeres de clase trabajadora tienen una menor red de amistades y reciben menos apoyo que las de clase media, lo que influye de forma muy negativa en las constricciones que sufren en la vejez. En España, entre los mayores que se encuentran en un estatus social medio-bajo, la dependencia alcanza a uno de cada cuatro, y a cuatro de cada diez en el estrato social más bajo. Es la población en una situación más modesta y con unos ingresos muy reducidos, los que no sólo han tenido peores condiciones de vida, sino que esas condiciones se han traducido en altos niveles de dificultades en la vejez. Resulta muy preocupante comprobar que los segmentos sociales más necesitados de ayuda son aquellos que menos se la pueden proporcionar por mecanismo de mercado, y que, probablemente, menos se podrán hacer oír en aras de una reivindicación de cobertura pública de la dependencia.

Pero lo que resulta más curioso es el diferente efecto para ambos sexos del estatus social. Es pre-

¹⁵ Los niveles de dependencia son muy similares entre aquellos cuyos ingresos superan las 100.000 pts. mensuales, por lo que las categorías superiores a dicho límite se han agrupado (tabla 3.5.).

cisamente entre las mujeres que gozan de una mejor posición social entre las que encontramos una menor incidencia de situaciones de falta de autonomía, con una tasa que afecta tan sólo a un 4% de las mismas (tabla 26 en Anexo). Pero en el caso de los varones aquellos de un estatus social medio o alto presentan una tasa de dependencia en la vejez casi tan elevada como sus congéneres en situaciones socioeconómicas más desventajosas (tabla 25 en Anexo). A situaciones profesionales con un mayor nivel de estrés, posiblemente se hayan unido las consecuencias que parece tener en la vejez una tarea sedentaria durante, como mínimo en el caso de estas generaciones, cuarenta años de dedicación laboral¹⁶.

Los factores fisiológicos

La cronificación de enfermedades en la vejez es una de las mayores limitaciones para el desarrollo de una vida autónoma (Escudero et al., 1999). Como es de esperar, la incidencia de la dependencia aumenta a medida que aumenta el número de enfermedades que sufre el paciente, y por lo tanto empeora su estado de salud (véase figura 3.4). Entre los más graves, con tres o más enfermedades crónicas diagnosticadas, se puede esperar que uno de cada dos mayores necesite ayuda.

Salud subjetiva.- Pero los mayores que se sienten enfermos o débiles, o simplemente no se sienten capaces de realizar determinada actividad, se convierten en demandantes de cuidados independientemente del diagnóstico médico de su estado, o de sus limitaciones físicas objetivas. Se puede encontrar una muy fuerte relación entre la autopercepción del estado de salud y los casos de dependencia, llegando a unos niveles de correlación de 0,278, y con una presencia de la dependencia entre aquellos que se sienten muy mal que alcanza al 60% de los mismos, y a más de un 50% de los que dicen sentirse mal¹⁷, niveles que no se alcanzan siquiera entre aquellos que tienen tres o más enfermedades crónicas diagnosticadas.

Entre los mayores que se encuentran bien o muy bien, las tasas de dependencia son extraordinariamente bajas, inferiores a las que se obtienen si se toma tan sólo el grupo de mayores sin ninguna enfermedad crónica diagnosticada. Se revela pues, *la percepción del propio estado de salud más determinante de la dependencia que el diagnóstico médico del mismo*.

La autopercepción del estado de salud es un simple pero efectivo indicador del estado de salud global (Myers y Légaré, 2000), y se ha mostrado hasta la fecha muy predictivo de un estado de salud deteriorado (Escudero et al., 1999). Schmitt y Jüchtern (2001) afirman que el bienestar subjetivo tiene importantes repercusiones para la salud, la morbilidad y una vejez saludable y activa. Por encima incluso del número de enfermedades, el hecho de que uno se sienta bien determina el propio desarrollo de su vida diaria.

Según Golini y Calvani (2001) existe una fuerte relación entre “cómo se siente” una persona, y lo que esa persona hace (o más exactamente “lo que cree que puede hacer”); de esta forma, encuentran que los grupos de mayor riesgo a la hora de sufrir limitaciones son aquellos con una educación

¹⁶ En el caso de la población masculina aparece también una alta correlación entre dependencia en la vejez y la realización de una tarea sedentaria durante la vida laboral.

¹⁷ Se agruparán a partir de ahora con objeto de no multiplicar las categorías para posteriores análisis.



más reducida, los que han desarrollado trabajos manuales, los que tienen insuficientes recursos económicos, y muy especialmente, los que viven solos. Lo que las personas perciben como estado de salud refleja mucho más que el estado físico actual, en él también pesan factores sociales, económicos, del entorno, etc.

De hecho la autopercepción del estado de salud es un indicador con fuertes componentes sociales, en el que no sólo influye el estado fisiológico objetivo, sino que está muy relacionada con una escasa alfabetización, haber llevado una vida sedentaria, una situación de comorbilidad, estar tomando medicación, tener que guardar cama, no realizar ningún ejercicio físico, un bajo nivel de ingresos y también con la viudez, probablemente muy relacionada con la escasez de relaciones sociales y el aislamiento, que puedan encontrarse tras este estado civil (véase tabla 3.5). Pero incluso introduciendo el efecto de estas variables la dependencia aparece muy fuertemente relacionada con la propia autopercepción del mayor de su estado de salud, más incluso que con el número de enfermedades diagnosticadas (tan sólo los mayores con una situación de comorbilidad importante presentan probabilidades de dependencia similares). Los mayores que dicen encontrarse mal o muy mal presentan unas necesidades de ayuda en la vejez, que son 2,7 veces las de los que se encuentran tan sólo regular o incluso bien; probabilidades de dependencia mayores que las de los que sufren una o dos enfermedades crónicas diagnosticadas, y que tan sólo presentan aquellos mayores que sufren tres o más enfermedades crónicas. El estado de salud percibido por el mayor es también un fuerte determinante de la gravedad de la situación de dependencia (véase tabla 3.7). Aquellos que se sienten mal o muy mal multiplican por 1,4 su riesgo de dependencia moderada en vez de leve, y por 1,9 el riesgo de que ésta sea grave.

La autopercepción del estado de salud, que prácticamente se corresponde con el nivel de dependencia real, no es un indicador únicamente del estado fisiológico del individuo, sino que tiene fuertes y poderosos componentes sociales: los escasos recursos educativos que hacen que el medio en el que el mayor ha de desenvolverse se vuelva cada vez más incomprensible, los escasos recursos económicos que limitan las posibilidades del propio individuo para afrontar y superar sus limitaciones, convirtiéndolo en dependiente de otras personas y de otros recursos, así como la falta de recursos sociales que aísla y margina al individuo, y muy especialmente la soledad, tienen una traducción clara en la forma en la que el individuo afronta sus propias limitaciones y en la medida en que estas se traducen en demandas de protección y ayuda.

El hecho de estar medicado parece poco relevante como indicador de una situación de dependencia, ya que la medicación en la vejez está muy extendida y abarca un colectivo mucho más amplio que el de los que tienen limitaciones funcionales graves. Entre los que han guardado cama en las últimas dos semanas es mayor el nivel de los que tienen algún problema más grave que un incidente de enfermedad pasajero, y que en cierta medida presentan limitaciones para desarrollar las actividades habituales de la vida diaria. Pero ambas variables presentan unos riesgos discretos de dependencia en la vejez (véase tabla 3.6).

Índice de masa corporal.- Lo que resulta nuevamente muy discriminante es el índice de masa corporal. La obesidad está relacionada con algunas de las mayores causas de muerte, incluyendo acci-

dentales cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, diabetes, y arterosclerosis (Himes, 2000). Existen evidencias de que un exceso de peso se traduce en un aumento del riesgo de discapacidad en edades adultas, los efectos de la obesidad en la mortalidad son conocidos, pero sus efectos sobre las limitaciones funcionales en la vejez están mucho menos claros. Se sabe que el índice de masa corporal óptimo en relación con la supervivencia varía con la edad¹⁸. El nivel de corpulencia está relacionado con las habilidades funcionales primarias, restringiendo la movilidad y las actividades que requieran un cierto grado de flexibilidad. Por ejemplo, un alto grado de osteoartritis, especialmente de la articulación de la rodilla, está asociada con un exceso de peso (Himes, 2000). Existen fuertes evidencias de que las mujeres con exceso de peso tienen un mayor riesgo de fracturas relacionadas con la osteoporosis a edades avanzadas. Algunos comportamientos relacionados con la salud, también muestran una relación con el peso, por ejemplo el consumo de tabaco¹⁹.

El sobrepeso ejerce un mayor efecto sobre aquellas actividades que implican movilidad (caminar, moverse, levantarse de una silla, levantarse de la cama). Cuando se introducen controles se observa que el efecto de la obesidad persiste incluso en presencia de enfermedades crónicas (la diabetes y la artritis son las enfermedades crónicas más comúnmente asociadas con el exceso de peso); es decir, la obesidad no sólo supone un mayor riesgo de sufrir enfermedades invalidantes, sino que supone un obstáculo en sí misma en la realización de actividades habituales, incluso actividades básicas (Himes, 2000). De hecho se produce un efecto en cadena: las condiciones crónicas limitan la actividad física, contribuyendo a ganar peso, que a su vez reduce todavía más la actividad.

Los mayores con un índice superior a 35 presentan niveles de dependencia similares a los de la población con tres o más enfermedades crónicas diagnosticadas. En estos casos, la movilidad se ve dificultada en mayor medida, lo que limita muchas de las actividades frecuentes del mayor. En el otro extremo de la escala de masa corporal vuelve nuevamente a aumentar la dependencia aunque no en tan gran medida: entre los que tienen un índice de masa corporal inferior a 22 la dependencia vuelve a mostrar una presencia superior al 25% (véase tabla 3.4). Esta tasa puede leerse no tanto como causa sino como consecuencia de la propia dependencia, en situaciones de dependencia grave, en las que se hace necesario el encamamiento, y en muchas ocasiones aparecen dificultades a la hora de ingerir alimentos (relacionadas frecuentemente con muchas demencias) o incluso en casos de desatención, la masa corporal se pierde con cierta celeridad. Entre los varones el índice de masa corporal se muestra como un riesgo de dependencia a partir del momento en el que sobrepasa el nivel de 35, pero presenta una discriminación muy diferenciada en el caso de las mujeres entre las que presentan un índice inferior a 30 y las que muestran una mayor obesidad, en cuyo caso la incidencia se duplica (tabla 26 en Anexo). Incluso introduciendo controles en el análisis estadístico, se puede observar que la obesidad supone un riesgo por sí misma, añadido a su relación con determinadas situaciones crónicas. De esta forma un índice de masa corporal superior a 35 arroja una probabilidades de

18 Algunos autores afirman que entre las mujeres de mediana edad no fumadoras, la menor mortalidad se produce por debajo de un imc de 19 (Mason et al., 1995). Otros estudios sostienen que entre mujeres no fumadoras, el menor riesgo de muerte se encuentra en torno a un imc de 22 entre los 30 y los 54 años, y en torno a 24 para las mujeres entre 55 y 74 años (Stevens et al. 1998).

19 El consumo de cigarrillos reduce la masa corporal por diferentes vías, incluyendo una reducción del consumo calórico. Cuando cesa el consumo de tabaco habiéndose ganado peso, la mayor parte del mismo inmediatamente después de dejar de fumar. Tras 10 años, aquellos que habían fumado y lo han dejado muestran unos niveles de masa corporal similares a los de quienes no han fumado nunca (Himes, 2000).



dependencia 2,6 veces superiores a las que sufren los mayores con un índice de masa corporal entre 23 y 29 (véase tabla 3.6).

Su relación también es evidente con la gravedad de la dependencia (véase tabla 3.7). Los individuos con un imc inferior a 20 tienen unos riesgo muy superiores de encontrarse en una situación leve de dependencia (riesgos que duplican los de encontrarse en una situación de dependencia moderada y son cinco veces superiores a los de encontrarse en una situación de gravedad). A partir de un índice de masa corporal de 30 la dependencia presenta unas mayores probabilidades de ser moderada, mientras que se ha de superar un índice de 35 para que los riesgos de dependencia sean principalmente de dependencia grave (en estos casos de obesidad, los riesgos de dependencia grave son casi cuatro veces superiores a los de dependencia leve).

Conductas saludables y hábitos de vida

El estado de salud en la vejez parece estrechamente ligado con unos hábitos de vida saludables. La reducción de la actividad física es uno de los mayores riesgos a edades avanzadas²⁰ (Manton y Stallard, 1993). Entre los mayores que realizan alguna actividad física, regular u ocasional, el nivel de autonomía es bastante alto, mientras que entre los que reconocen hábitos sedentarios, la incidencia de la dependencia se duplica (véase tabla 3.4). La población mayor que practica ejercicio físico de forma regular presenta unas tasas de dependencia (14%) casi tan reducidas como las de los universitarios, y las de los que se encuentran muy bien, pero incluso aquellos que lo practican ocasionalmente presentan unos niveles de autonomía e independencia muy altos (la dependencia afecta a un 16% de los mismos)²¹.

De esta forma, parece perfilarse la sedentariedad como un componente de riesgo de dependencia, frente a los beneficios derivados de la práctica de alguna actividad física independientemente de la intensidad de la misma, aunque no hemos de ignorar la posibilidad de un efecto edad tras estos resultados, dado que la población que puede practicar un deporte con cierta regularidad, probablemente no son los más mayores. En el momento en que se controlan estos factores la falta de ejercicio físico alguno mantiene un nivel de riesgo que duplica el de aquellos que realizan algún tipo de actividad física, se ésta regular u ocasional (véase tabla 3.6). *Entre los hábitos de vida, parece que es la práctica de algún ejercicio físico la mejor medida para rebajar el riesgo de dependencia*, independientemente de la edad y de otros factores. La actividad física reduce también considerablemente el riesgo de gravedad de la dependencia, siendo mayores los riesgos de encontrarse en una situación de dependencia leve, un 40% inferiores los de encontrarse con una dependencia moderada, y hasta un 60% inferiores los riesgos de sufrir una dependencia grave (véase tabla 3.7).

Respecto al efecto del consumo de alcohol y tabaco, éstos arrojan unos resultados que a primera vista parecen sorprendentes, si no alarmantes, dado que los niveles de dependencia disminuyen con el consumo tanto de alcohol como de tabaco (véase tabla 3.4). Ello no se debe a que su consumo sea

²⁰ El 56% de las defunciones entre la población de edad superior a 84,5 años se deben a una embolia pulmonar, a un fallo cardíaco o a una neumonía, todas asociadas con la reducción de la actividad (Manton y Stallard, 1993).

²¹ Debido a tan escasa diferencia estas categorías se agruparán discriminando tan sólo entre los que practican algún ejercicio físico, y la población más sedentaria.

en absoluto beneficioso para el estado de salud y el mantenimiento de la autonomía en la vejez, sino a las claras pautas por género en su consumo de las generaciones ahora mayores. Las tasas en este caso, reflejan el efecto cruzado de la edad y el género oculto tras unos hábitos diferenciados para hombres y mujeres. En estas generaciones los hábitos de consumo de tabaco y alcohol eran fundamentalmente masculinos, estando poco extendidos entre las mujeres hasta generaciones posteriores. Por su parte, la dependencia muestra una mayor presencia entre las mujeres mayores, poco consumidoras de alcohol y tabaco.

Realizando el análisis por separado para hombres y mujeres, las tasas de dependencia parecen reflejar el efecto cruzado del sexo y la edad. Los que sufren un mayor riesgo de dependencia en la vejez son los hombres más mayores, que habiendo fumado durante un largo período de años (entre los que han fumado durante 56 ó más años la dependencia alcanza a un 30%²²) en la actualidad, a edades necesariamente ya avanzadas, o ya no lo hacen o bien han tenido que limitar su consumo, fumando en la actualidad menos de diez cigarrillos diarios. Por el contrario, los que fuman mayores cantidades de cigarrillos se corresponden con la población más joven, que lleva menos de 55 años fumando, por lo que debido a su edad la dependencia se muestra muy baja. Lo mismo ocurre con el alcohol. Parece que los que pueden seguir consumiéndolo son aquellos que están muy bien, o son muy jóvenes. La dependencia se muestra más intensa entre los que ya tan sólo consumen alcohol esporádicamente, o ya no lo hacen, pero que lo consumieron regularmente durante un largo número de años (tabla 23 en Anexo). En estas generaciones el consumo de tabaco fue tan infrecuente entre las mujeres que los resultados no resultan significativos en absoluto, pero no fue tan infrecuente, sin embargo, el consumo de alcohol con cierta regularidad (frecuentemente vino y alcohol de baja graduación). En este caso el patrón de incidencia de la dependencia es idéntico al masculino: son las más jóvenes, que pueden seguir consumiendo alcohol con regularidad, pero que lógicamente lo han hecho hasta la fecha durante un número menor de años, las que muestran una mayor autonomía. Frente a ellas, las más ancianas, que ya no pueden consumirlo regularmente o no lo hacen en absoluto, pero que lo hicieron durante un gran número de años, son las que presentan unos mayores niveles de incidencia.

De forma general, hemos visto que tan sólo dos características han arrojado una presencia de las situaciones de dependencia superior al 50%: *la mala o muy mala autopercepción del estado de salud y el analfabetismo*. La dependencia en la vejez, que aparece más determinada por cómo se encuentre el individuo (percepción en la que influyen su situación económica, sus recursos culturales, sus redes sociales o, por el contrario, el grado de soledad en el que se encuentre, en tan gran medida como su estado físico objetivo), que por el diagnóstico médico. Por otro lado, también parecen determinantes los recursos culturales con los que el individuo pueda afrontar la vejez (que



habrán determinado también los recursos sociales y económicos que haya podido acumular), siendo la falta de una alfabetización básica una limitación determinante a la hora de enfrentarse a las limitaciones de las edades avanzadas. Las características que por sí mismas arrojan unos riesgos de dependencia en la vejez más elevados son el analfabetismo, la viudedad, sufrir una situación de comorbilidad con 3 ó más enfermedades crónicas diagnosticadas, encontrarse mal o muy mal, haber sobrepasado los 75 años de edad, o presentar un índice de masa corporal superior a 35.

Por el contrario, las características que parecen determinar situaciones más favorables a la hora de abordar la vejez con una cierta calidad de vida y autonomía son: el contar con recursos educativos (secundarios o universitarios), disfrutar de un estatus social medio o alto, realizar algún ejercicio físico, y no encontrarse en una situación de soledad.

3. 4. LA PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA EN LA VEJEZ: SEGMENTACIÓN DE SUB-POBLACIONES

Un método basado en el cálculo de algoritmos nos permite segmentar poblaciones con probabilidades de dependencia fuertemente diferenciadas. Este tipo de técnicas desarrolladas en los estudios de inteligencia artificial han sido recientemente descubiertas por la industria debido a su aplicación comercial. En la actualidad son muy utilizadas en estudios de marketing (conocidas como Data Mining) para delimitar poblaciones con diferentes probabilidades de consumo, nos van a permitir en este caso establecer el nivel de dependencia particular que sufren determinados colectivos de la población mayor, en función de los determinantes que se acaban de examinar.

Los *árboles de decisiones* son una de las técnicas más populares entre los modelos discriminativos. Un árbol de decisión es un particular modelo de clasificación, fácil de usar y de entender. Partiendo de un primer elemento en el que se encuentra el conjunto de la población observada, en cada nodo se encuentra una variable que ejerce un efecto discriminante. La variable más discriminante de entre las introducidas en el modelo segmenta las dos primeras subpoblaciones, descendiendo por cada una de las ramas en cada nuevo nodo se sitúa una nueva variable cuya capacidad discriminadora disminuye a medida que descendemos en las ramas. De esta forma la población de partida es segmentada en diferentes subpoblaciones -delimitadas por aquellas características que han mostrado un efecto más discriminante- cada una de las cuales muestra un nivel de prevalencia diferenciado para la variable estudiada²³.

Árbol 1.- Si en un primer modelo utilizamos todas las variables (figura 3.1), se observa que la característica que en primer lugar segmenta a la población respecto a la prevalencia de la dependencia es la propia autopercepción del estado de salud. *Entre las personas mayores que se*

23 Conforme se desciende en el árbol, el número de casos en cada submuestra desciende, y el margen de error aumenta. Debido a ello los árboles se han podido a partir del momento en el que el nivel de significación descendía de 0,05, o el número de casos era inferior a 10 en un nodo parental, o a 5 en un nodo filial.

encuentran muy bien, y además son jóvenes, tan sólo una situación de comorbilidad puede arrastrar a sufrir alguna dependencia (que alcanza a un 17% de esta población joven, que se encuentra bien, pero que sufre dos o más enfermedades crónicas). Entre los que se encuentran bien, pero son mayores (tienen más de 75 años) es el analfabetismo la situación que se traduce en un riesgo más marcado. Un 12% de los que se encuentran bien sufren alguna dependencia; la prevalencia de la misma aumenta entre los que se encuentran bien pero son más mayores, alcanzando a un 24% de los mismos, pero entre los muy mayores (75+) analfabetos, aunque se encuentren bien, la situación de dependencia alcanza a un 70% de los mismos.

Entre la población mayor que sólo se encuentra regular, es el esfuerzo físico, o más bien la falta de él, durante toda la trayectoria laboral la característica más discriminante. Entre la población cuya autopercepción de su estado de salud se encuentra en un término medio, se ven afectados por la dependencia un 27% de los mismos (en la media de la población mayor), de éstos, aquellos que realizaron un trabajo que requería ejercicio físico (incluidos los trabajos pesados) la dependencia tan sólo abarca a un 18% de los mismos, mientras alcanza a un 42% de los que realizaron tareas sedentarias durante aproximadamente cuarenta años de su trayectoria laboral. En esta subpoblación, que se encuentra regular, que ha desarrollado trabajos sedentarios, la característica que resulta más determinante es la edad nuevamente. Llegados aquí, son los muy mayores los que presentan ya un nivel de dependencia mayor que el de independencia (un 58% de los de 75 y más años son dependientes), y si son viudos, tres de cada cuatro son dependientes. Entre los menores de 75 años la dependencia se encuentra en la media de la población mayor (27%), a pesar de haber desarrollado tareas sedentarias y encontrarse tan sólo regular, y en esta situación parece que lo más recomendable es la práctica de algún ejercicio físico: entre los que lo practican, sea regular u ocasionalmente, tan sólo un 7% se ven afectados por la dependencia, mientras que entre la población sedentaria ésta alcanza a un 35%.

Pero una buena parte de la población mayor se siente mal o muy mal, y entre éstos son más los dependientes (53%) que los no dependientes. Si además de encontrarse muy mal, son mayores de 75 años, un 67% son dependientes. Entre los que se encuentran mal o muy mal, pero son más jóvenes, vuelve a ser la alfabetización una característica determinante. Entre las personas mayores que dicen encontrarse muy mal, la falta de recursos culturales limita de tal modo sus posibilidades de mantener una calidad de vida adecuada, incluso en la primera vejez, que pone en situación de dependencia a 79 de cada cien mayores entre 65 y 74 años.

Es tan sólo entre los mayores que se encuentran mal o muy mal, pero son jóvenes y están alfabetizados, en dónde encontramos un papel determinante del hecho de sufrir alguna enfermedad crónica diagnosticada. En esta situación es el hecho de sufrir o no alguna enfermedad crónica lo que parece determinante de la autonomía del mayor, en mayor medida que el número de dolencias en una situación de comorbilidad. La dependencia se reduce enormemente entre los que no sufren ninguna dolencia crónica (10%) y por el contrario alcanza al 43% de los que sufren una o más.



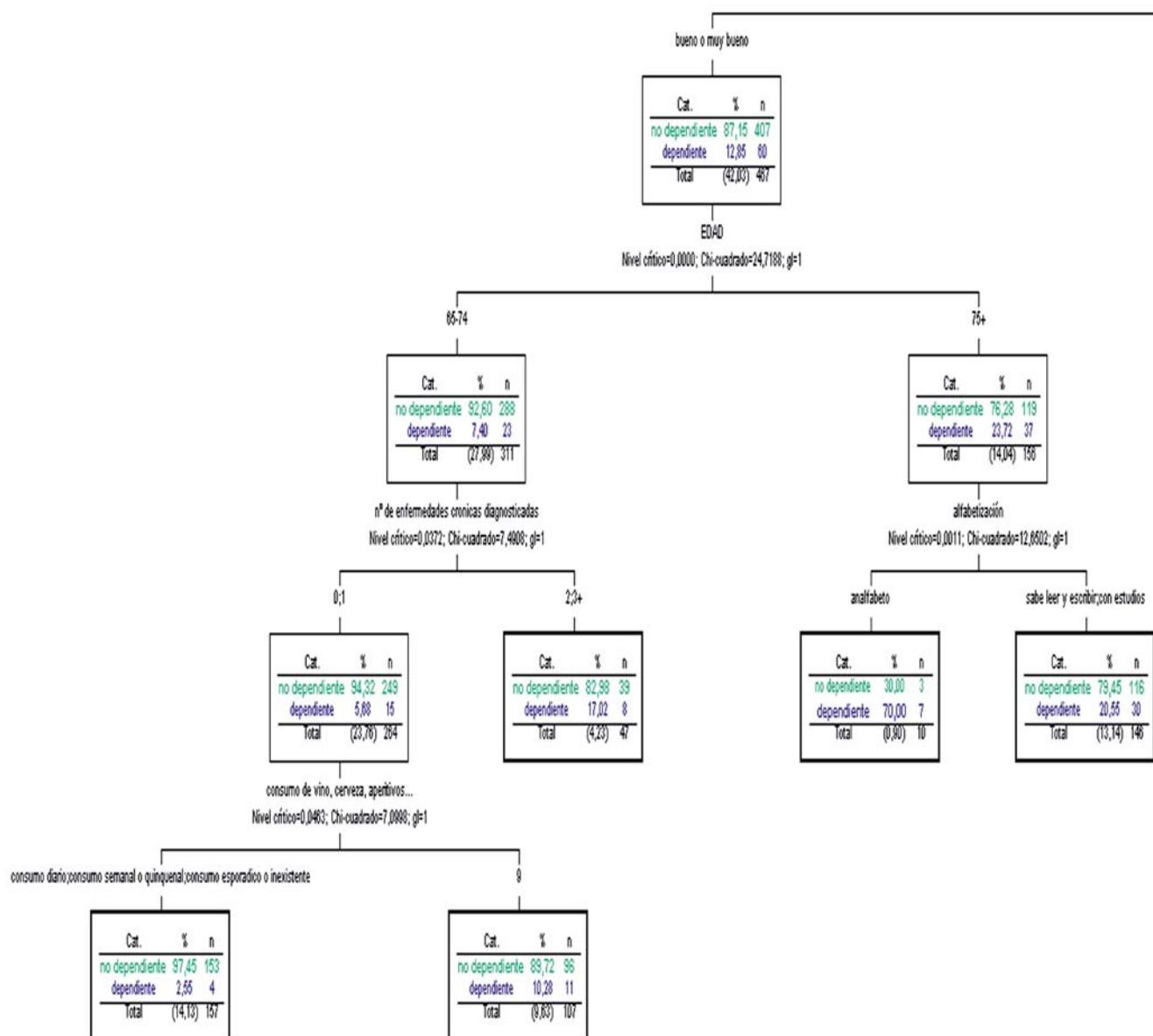
Árbol 2.- El mismo análisis se ha realizado introduciendo tan sólo variables de la misma naturaleza, con el fin de observar el efecto de cada conjunto de causas sobre la prevalencia de la dependencia en la vejez²⁴. Entre las características socioeconómicas (figura 3.2) la que más divide a la población respecto a la dependencia es la edad, y entre los más jóvenes los mayores niveles de dependencia se dan entre las mujeres analfabetas (47%), y entre las mujeres jóvenes que saben leer y escribir, son los ingresos los mayores determinantes de la calidad de vida en esta primera vejez (tan sólo un 7% de aquellas con unos ingresos superiores 150.000 pts. mensuales, sufren una situación de dependencia). Entre los más mayores es nuevamente el analfabetismo la característica que se convierte en mayores probabilidades de sufrir una dependencia.

Árbol 3.- Entre las variables más relacionadas con el estado de salud y las características fisiológicas, son la propia percepción del estado de salud y la edad las más discriminantes (figura 3.3). Entre los mayores que se encuentran bien y son jóvenes aparece el diagnóstico de enfermedades crónicas como determinante de su situación de autonomía, en concreto son las situaciones de comorbilidad las que resultan más preocupantes (un 17% de los que sufren dos o más enfermedades crónicas en la primera vejez son dependientes, aunque afirmen encontrarse bien). Será entre los que se encuentran tan sólo regular entre los que situaciones de medicación y de encamamiento se relacionen con mayores niveles de dependencia.

Árbol 4.- Finalmente, y con respecto al efecto de los hábitos y conductas adoptados por los individuos sobre su nivel de autonomía en la vejez, se puede observar (figura 3.4) que la más discriminante es una característica biográfica: la trayectoria laboral y en concreto el grado de esfuerzo o de sedentariedad requerido el que deje una huella más profunda en la vejez. Entre aquellos para quienes el trabajo se tradujo en algún tipo de actividad física, incluso requiriendo grandes esfuerzos, la incidencia de la dependencia es mucho menor que entre el conjunto de la población mayor, alcanzando tan sólo a un 16% de los mismos. Dentro de este grupo son los hombres más jóvenes los que se encuentran con una situación más favorable (reduciendo su dependencia hasta un 6%), y es en este nivel en el aparecen hábitos como el consumo de tabaco durante un largo período de vida como determinantes de las condiciones de salud (los que han fumado durante un período superior a 52 años sufren una incidencia de la dependencia que alcanza al 30% de los mismos, mientras que entre los que han mantenido el consumo de tabaco durante un período menor de años, o que simplemente nunca fumaron, la dependencia se reduce hasta un 5%).

Entre los que han desarrollado durante su trayectoria laboral tareas sedentarias, son los más mayores y los que tampoco realizan ningún ejercicio físico en la vejez, los que sufren en mayor medida la dependencia especialmente en el caso femenino (circunstancia en la que la dependencia alcanza a un 72% de las mismas).

²⁴ todas ellas se han introducido junto con la edad y el sexo



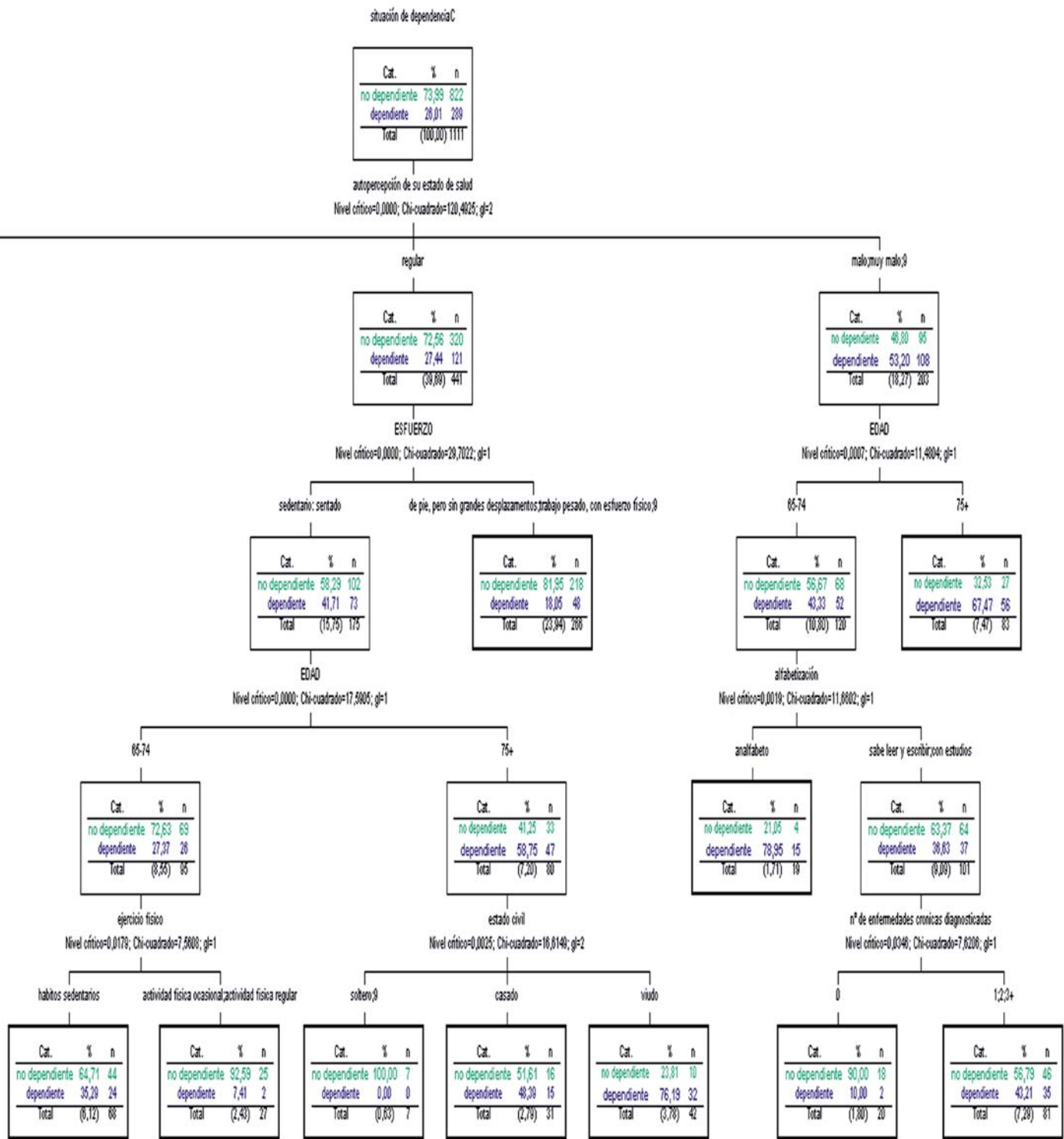
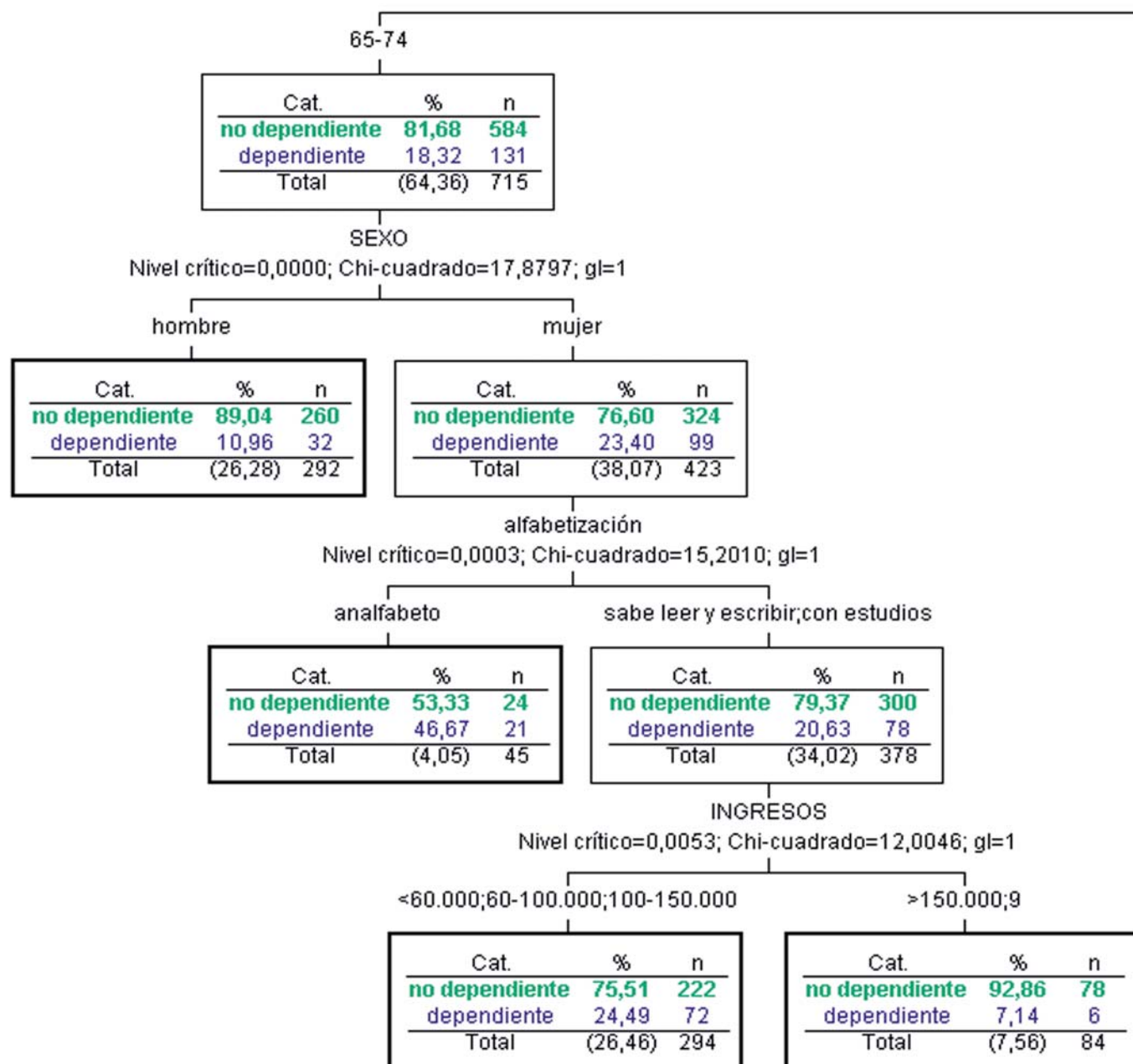


Figura 3.1





situación de dependenciaC

Cat.	%	n
no dependiente	73,99	822
dependiente	26,01	289
Total	(100,00)	1111

EDAD

Nivel crítico=0,0000; Chi-cuadrado=61,6510; gl=1

75+

Cat.	%	n
no dependiente	60,10	238
dependiente	39,90	158
Total	(35,64)	396

alfabetización

Nivel crítico=0,0001; Chi-cuadrado=19,2727; gl=1

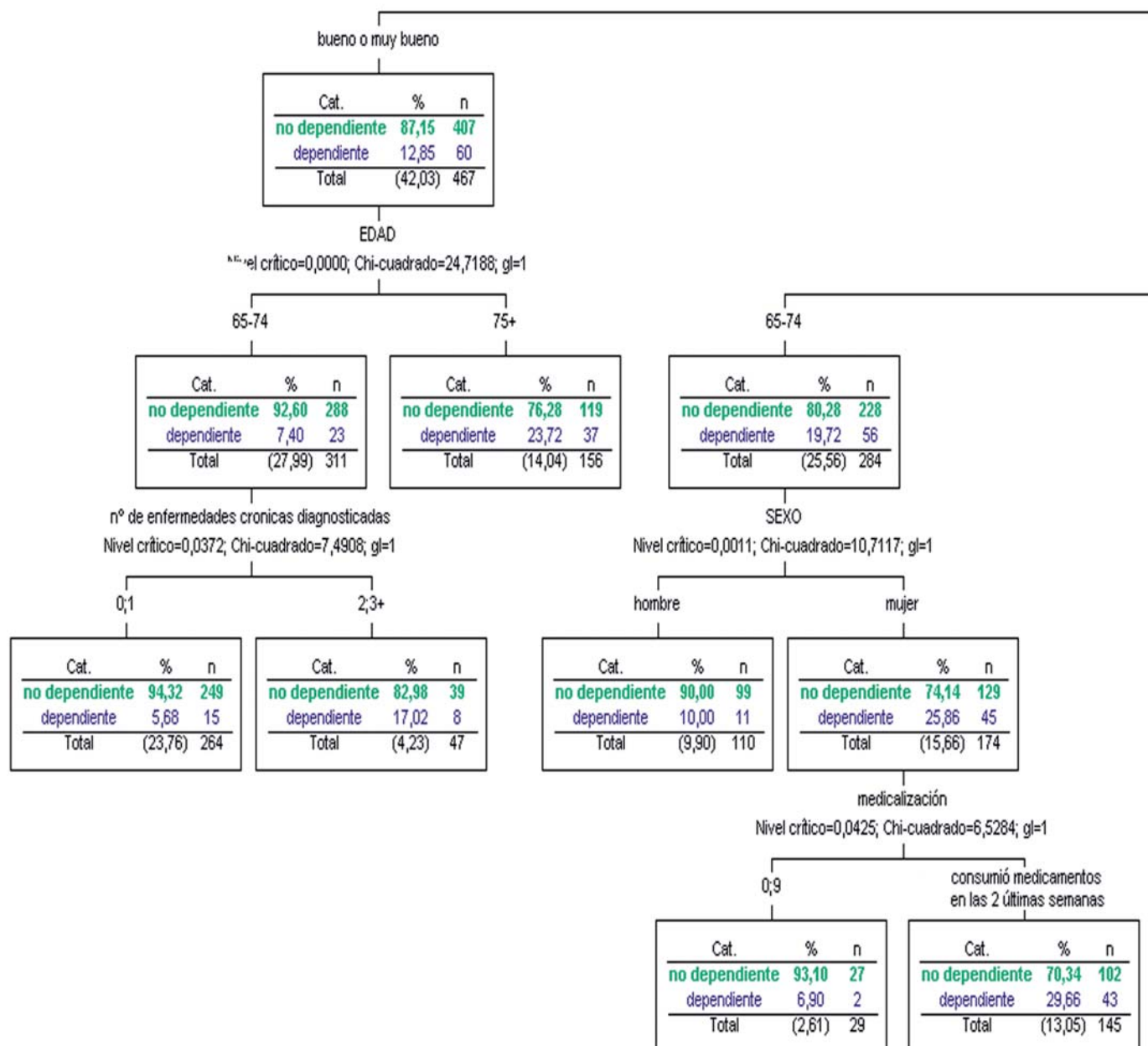
analfabeto

Cat.	%	n
no dependiente	29,55	13
dependiente	70,45	31
Total	(3,96)	44

sabe leer y escribir; con estudios;9

Cat.	%	n
no dependiente	63,92	225
dependiente	36,08	127
Total	(31,68)	352

Figura 3.2



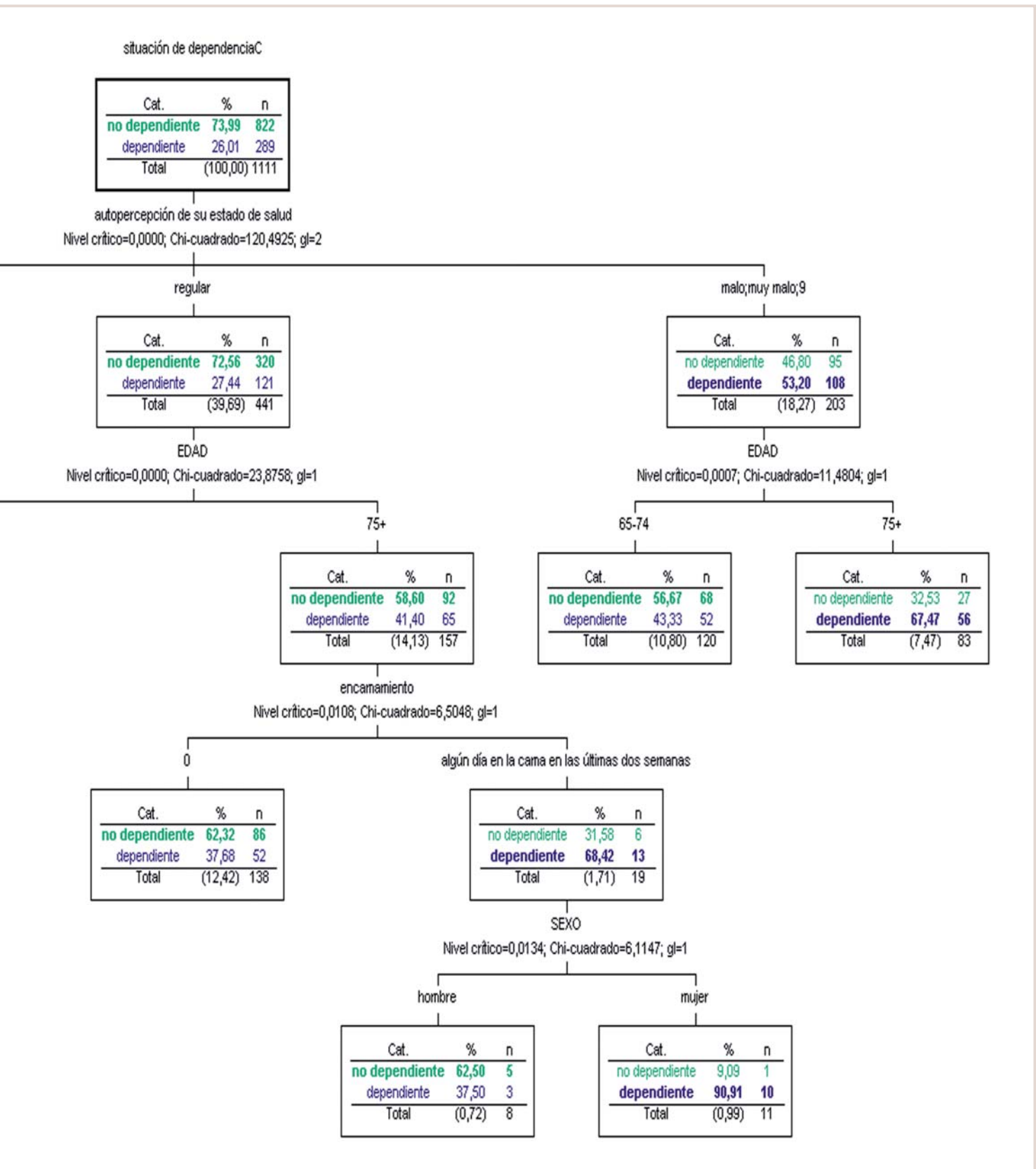
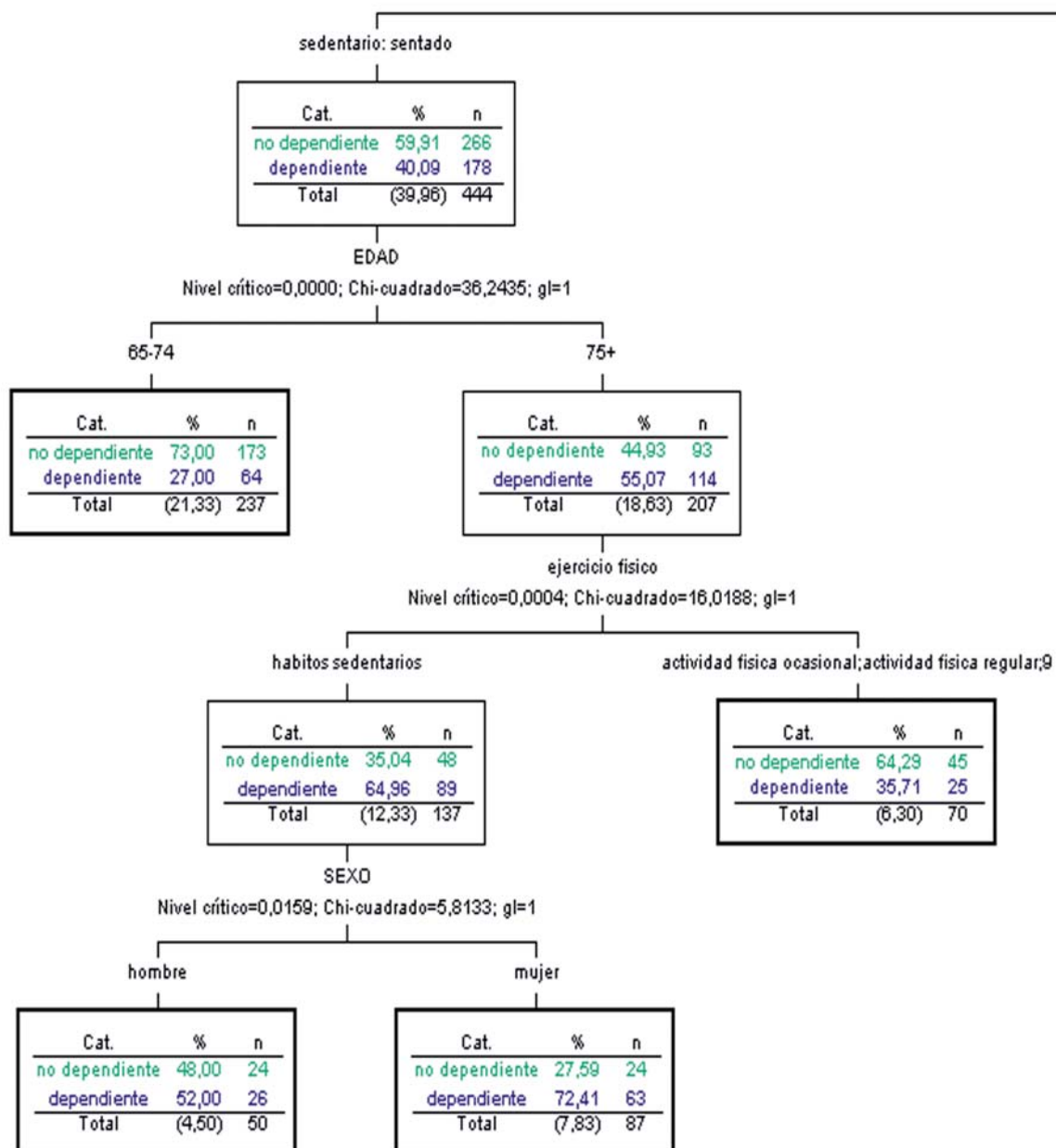


Figura 3.3



situación de dependenciaC

Cat.	%	n
no dependiente	73,99	822
dependiente	26,01	289
Total	(100,00)	1111

ESFUERZO

Nivel crítico=0,0000; Chi-cuadrado=76,7035; gl=2

de pie, pero sin grandes desplazamientos;trabajo pesado, con esfuerzo físico

Cat.	%	n
no dependiente	83,18	544
dependiente	16,82	110
Total	(58,87)	654

Cat.	%	n
no dependiente	92,31	12
dependiente	7,69	1
Total	(1,17)	13

SEXO

Nivel crítico=0,0005; Chi-cuadrado=12,0216; gl=1

hombre

Cat.	%	n
no dependiente	89,75	219
dependiente	10,25	25
Total	(21,96)	244

mujer

Cat.	%	n
no dependiente	79,27	325
dependiente	20,73	85
Total	(36,90)	410

EDAD

Nivel crítico=0,0018; Chi-cuadrado=9,7705; gl=1

65-74

Cat.	%	n
no dependiente	93,64	162
dependiente	6,36	11
Total	(15,57)	173

75+

Cat.	%	n
no dependiente	80,28	57
dependiente	19,72	14
Total	(6,39)	71

duracion de la adiccion al tabaco

Nivel crítico=0,0447; Chi-cuadrado=9,9632; gl=1

[12;52];<perdido>

(52;62]

Cat.	%	n
no dependiente	95,09	155
dependiente	4,91	8
Total	(14,67)	163

Cat.	%	n
no dependiente	70,00	7
dependiente	30,00	3
Total	(0,90)	10

Figura 3.4

3. 5. UNA APROXIMACIÓN AL RIESGO DE CAÍDA EN DEPENDENCIA

Pero lo cierto es que una persona no es autónoma o dependiente, sino que esa persona, autónoma en un principio, cae, o puede caer, en situación de dependencia en un determinado momento, momento que guarda una fuerte relación con la edad. Es dicha transición de autónomo a dependiente la que más nos interesa, pues el objetivo de cualquier política de salud pública destinada a mejorar la calidad de vida en la vejez, lo que debería perseguir como objetivo prioritario es el retraso de dicha transición (figura 3.5).

Lo que aquí nos interesa no es solamente el riesgo de acabar en una situación de dependencia, sino fundamentalmente que esa transición se produzca lo más tarde posible: no es lo mismo encontrarse en una situación de dependencia con 66 años que con 86. Por tanto, nos interesa no solamente averiguar las características que aumentan las probabilidades de que se llegue a producir esa situación, sino también saber cuáles son las que aceleran dicho proceso de caída en dependencia, y cuáles suponen un mayor retraso del mismo, es decir cuáles son las características que suponen un mayor riesgo de dependencia, entendiendo también éste en términos de duración²⁵.

Hemos de hacer constar que para realizar este tipo de análisis, fundamental en variables con patrones temporales tan marcados, es indispensable contar con la edad en la que el individuo cae en dependencia o empieza a necesitar ayuda. De las muchas encuestas realizadas sobre condiciones de vida de los mayores, sobre condiciones de salud de la población, etc... tan sólo una ha preguntado a los entrevistados el momento o la edad en la que empezó a necesitar ayuda. Sería muy deseable que, en vistas a futuras encuestas se contemplase la posibilidad de introducir en los cuestionarios una pequeña pregunta que posibilitaría en gran medida un conocimiento más cercano a la realidad del problema de la dependencia en la vejez. Por esta razón, este modelo contiene tan sólo

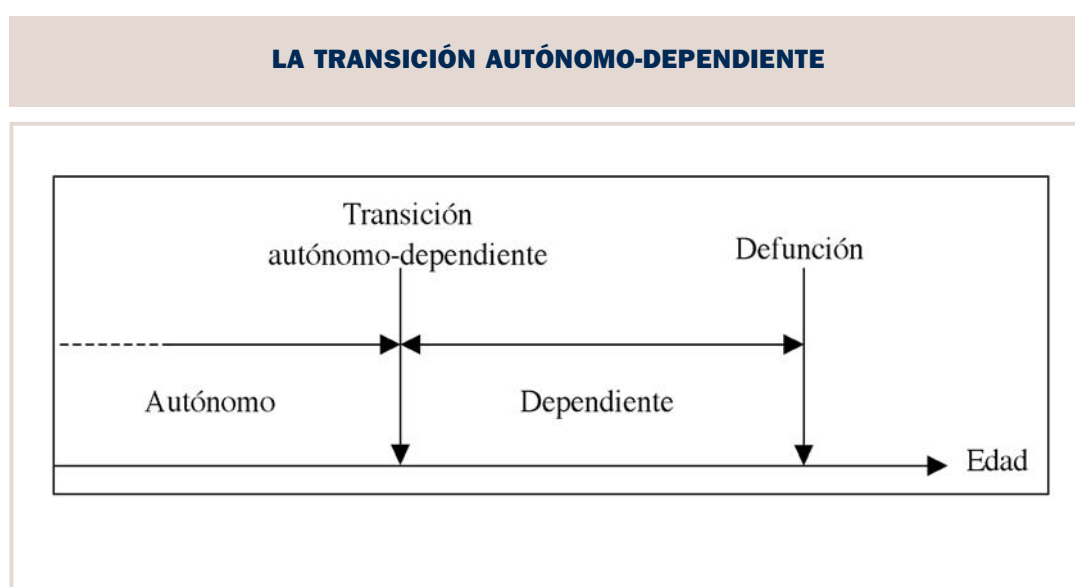


Figura 3.5

²⁵ Al igual que el riesgo de muerte: todos nos morimos, pero algunas características o comportamientos pueden acelerar o adelantar ese proceso.

RIESGO DE DEPENDENCIA POR EDADES, ESPAÑA, 1993

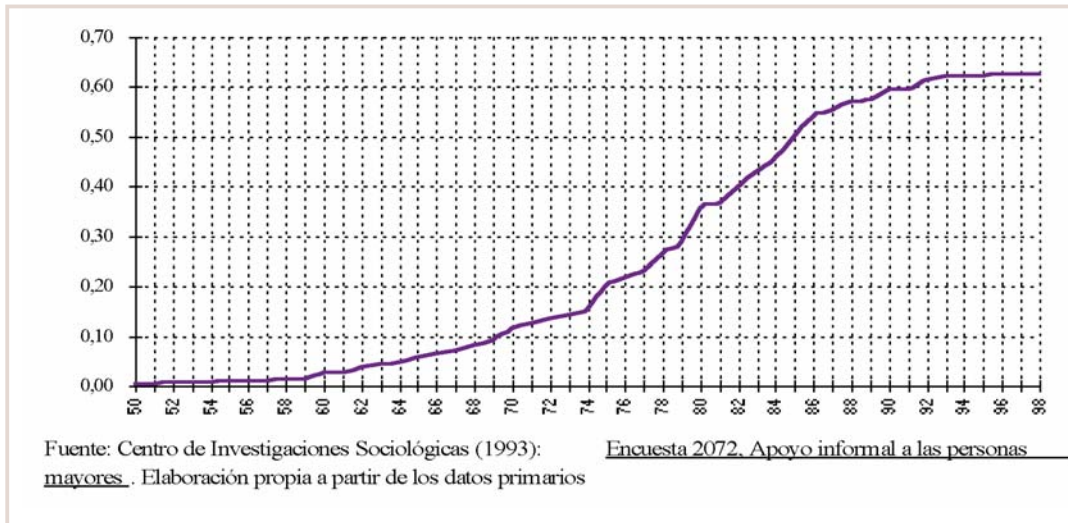


Figura 3.6

algunas de las muchas variables que serían necesarias para un mejor conocimiento del problema. Es, como reconocemos, una primera aproximación, en espera de poder contar, en un futuro no lejano, con fuentes de información más ricas, como la Encuesta de Discapacidades (INE, 1999), una vez que estén disponibles los registros individuales. Las variables introducidas, limitadas por las aportadas por un solo cuestionario (CIS 2072), no son, por tanto, todas las contempladas entre los distintos determinantes hasta aquí observados.

El riesgo de dependencia pasa de alcanzar a un 20% de los mayores a los 75 años, a afectar a un 60% a los 90 años (figura 3.6), en tan sólo quince años la dependencia pasa de ser un fenómeno que afecta a un porcentaje importante de la población mayor pero minoritario, a ser una situación casi generalizada que afecta a la gran mayoría de los ancianos. Si bien es verdad que no todos los mayores se encuentran en esta situación de dependencia, estando en la misma a los 65 años tan sólo un 5% de los mismos, también lo es que diez años más tarde esta situación afecta ya al veinte por cien de los mayores, veinte años más tarde (85 años) a la mitad de los ancianos, y al sesenta por cien de los que tienen noventa o más años.

El riesgo de dependencia asciende suavemente durante los primeros años de la vejez (aumenta un 18% entre los 60 y los 74 años), siendo a partir de los 75 años cuando las probabilidades de caer en dependencia crecen mucho más rápidamente (entre los 75 y los 90 años el riesgo de dependencia aumenta en un 40%). *Se han de considerar por tanto las edades comprendidas entre los 75 y los 85 años, como un período de alto riesgo de dependencia*, en el que esta situación de falta de autonomía prácticamente se generaliza entre la población. Por otra parte, es en estas edades en donde se ha observado recientemente un descenso sostenido del riesgo de mortalidad, y en las que se prevé una continuación del aumento de la supervivencia en los próximos años. La coincidencia biográfica de los años ganados a la vida, con la etapa de alto riesgo de entrar en una situación de dependencia hace temer por un fuerte aumento de la misma en los próximos años, si el comienzo

RIESGO DE DEPENDENCIA POR EDAD Y SEXO, ESPAÑA, 1993

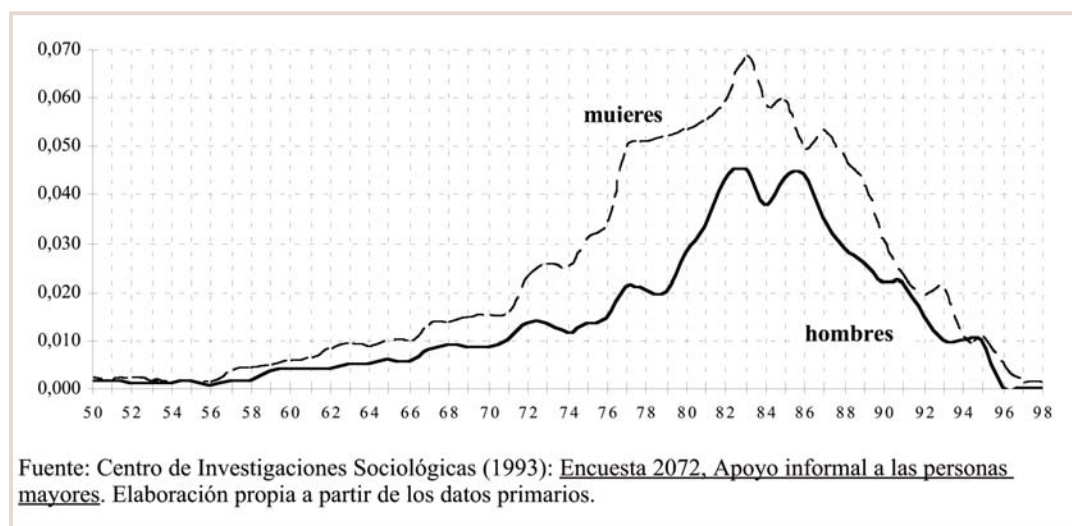


Figura 3.7

de las situaciones de dependencia no se retrasa en la misma medida que lo está haciendo la mortalidad.

Tanto para hombres como para mujeres, los riesgos de dependencia hasta los 60 años son prácticamente nulos, empezando a ascender el nivel de riesgo para ambos sexos a partir de esta edad suavemente. Las mujeres, por factores múltiples (menores niveles de instrucción, mayores tasas de analfabetismo, mayor presencia de la viudedad...) no sólo sufren riesgos superiores de dependencia a todas las edades, sino que los empiezan a sufrir antes (figura 3.7). El resultado de una incidencia más temprana de la dependencia, y de una mayor esperanza de vida, es una mayor duración de la vida con mala salud. Son ellas las que, por diversos factores, sufren durante más años la dependencia.

A partir de los 75 años las mujeres muestran unos riesgos fuertemente crecientes suponiendo ya la caída en dependencia de un 3% de las mismas cada año, y traduciéndose, tan sólo 3 años más tarde, en unos riesgos que afectan a un 5% de las mismas anualmente; a la misma edad el riesgo de dependencia afecta tan sólo a un 1% de los hombres anualmente. Para los varones la probabilidad de necesitar asistencia no asciende de forma notoria hasta los 80 años, siendo elevado entre los 85 y los 87 años. El riesgo máximo sufrido por los varones no alcanza el 5% anual, riesgo muy inferior al sufrido por las mujeres mayores durante todo el período comprendido entre los 77 y los 88 años.

Modelo de Cox.- Para el estudio de los riesgos relativos de dependencia producidos por determinadas características del individuo se ha utilizado el modelo de riesgos proporcionales de Cox, o regresión de Cox, con el que se refuerza lo ya dicho en epígrafes anteriores. El modelo calcula la 'tasa de riesgo' (de ocurrencia del evento) o tasa de transición en función de las variables explicativas observadas y en un período de tiempo dado o duración; pero esta tasa toma un período de tiempo tan breve que la hace equivalente a una probabilidad (tasa instantánea).

La regresión de Cox estima, por tanto, la probabilidad de transición de un estado a otro (independencia/dependencia) en función: del tiempo individual (duración de la exposición al riesgo o edad), del

**MODELO DE PREDICCIÓN DE RIESGOS ENTRADA DE DEPENDENCIA.
ESPAÑA, 1993**

	Exp (B)
<u>COHORTE</u>	
[1894-1898]	
1899-1903	1,4659**
1904-1908	1,5028**
1909-1913	1,3034**
1914-1918	1,3135**
1919-1923	1,6037**
1924-1928	1,7398**
<u>GÉNERO</u>	
[hombre]	
mujer	1,3087**
<u>ESTADO CIVIL</u>	
[soltera/o]	
casada/o	1,0942**
viuda/o	1,1923**
<u>NIVEL EDUCATIVO</u>	
[Universitarios]	
Secundarios	1,3954**
Primarios	2,2189**
Sabe leer y escribir	2,4486**
Analfabeta/o	2,9520**
<u>PROFESIÓN</u>	
[Agricultor, ganadero,pescador]	
Trabajador manual no cualificado	1,2137**
Obrero cualificado	1,0200
Mando intermedio, administrativo	0,9514
Empresario, profesional o autónomo	1,0599
<u>INGRESOS</u>	
[>100.000 pts.]	
55.000-100.000 pts.	1,0942**
<55.000 pts.	1,1116**
<u>ESTADO DE SALUD</u>	
[Bueno o muy bueno]	
Regular	2,0568**
Malo o muy malo	4,5231**

** Significativo al nivel 0,001

* Significativo al nivel 0,05

Fuente:

Centro de Investigaciones Sociológicas (1993): *Encuesta_2072. Apoyo informal a las personas mayores*. Elaboración propia a partir de los datos primarios.

La categoría de referencia en cada variable, aparece indicada entre corchetes

tiempo histórico (pertenencia a una cohorte o generación) y de las características personales (variables independientes) (Teachman 1982, Castro Martín 1992). De esta forma, obtenemos una serie de riesgos relativos de ocurrencia del evento, que en cada variable están definidos respecto a una categoría o grupo de referencia²⁶.

Los resultados de este método expresan las diferencias relativas de 'riesgo' de suceso del evento, que supone la pertenencia a una u otra categoría de valores para cada una de las variables contempladas. La interpretación es, por tanto, sencilla: todos los individuos tienen un mismo riesgo subyacente que varía con la duración de la exposición al mismo (con la edad en este caso), pero este riesgo se ve multiplicado por un determinado factor. Este factor multiplicativo es lo que llamamos riesgo relativo, que se mantiene constante a cualquier duración, siendo el riesgo subyacente el que varía con ésta.

Este patrón de riesgos por edades de la dependencia se puede ver potenciado por algunas características que suponen un mayor nivel de riesgo de entrada en dependencia (tabla 3.9). El riesgo de caer en dependencia aumenta para las generaciones más jóvenes, probablemente cambios en los hábitos de vida, quizá mayor consumo de tabaco, o una vida más sedentaria hagan que las generaciones nacidas ya en los años veinte de este siglo sufran niveles de riesgo que son más del doble de los sufridos por las generaciones nacidas a finales del siglo anterior. Esta tendencia creciente de los riesgos generación a generación tan sólo se rompe para los nacidos entre 1909 y 1918, que presentan riesgos inferiores a los esperados. Es posible que estas generaciones, muy reducidas por el efecto de una muy alta mortalidad infantil (probablemente los miembros más frágiles de la generación hayan desaparecido), y que han sido también los protagonistas de la guerra y la dura postguerra inmediata, haya sufrido un efecto de selección por fortaleza física, tratándose de auténticas generaciones de 'supervivientes'.

Respecto al género las mujeres parecen sufrir una mayor precocidad de la caída en dependencia, con unos riesgos que son un 30% superiores a los de los hombres de su misma edad; mientras el estado civil no parece adelantar en gran medida la llegada de la dependencia, aunque sí supone un cierto riesgo, teniendo los viudos unos riesgos superiores en un 20% a los de los solteros y en un 10% a los de los casados, a la misma edad.

Los ingresos muestran unos niveles de riesgo similares teniendo obviamente más riesgos la población con menos ingresos, los que ganan menos de 55.000 pts. al mes tienen unos riesgos que son un 10% superiores a los que ganan 100.000 pts. o más mensuales; probablemente las diferencias en los niveles de riesgo fuesen mucho más notables si se recogiese una mayor subdivisión a partir de este umbral máximo de 100.000 pts. en el que están recogidas rentas familiares muy diferentes.

²⁶ Este método, que se basa en un tipo particular de regresión logística, estima el efecto neto que tiene cada una de las variables sobre el fenómeno estudiado, controlando las posibles interrelaciones con las restantes variables introducidas en el modelo y excluyendo los efectos de las mismas. La tasa de riesgo se define como:

$$h(t,c)=h_0(t) e^{\beta c}$$

En donde $h(t,c)$ es la tasa de transición para un individuo con una duración de la exposición al riesgo t y un vector de variables c ; $h_0(t)$ es la función de riesgo subyacente ('baseline hazard function') correspondiente al grupo de referencia; y β es el vector de coeficientes de regresión que cuantifica el efecto de cada variable independiente, por lo que exponentiado (e^{β}) expresa los efectos de cada variable como aumentos o reducciones relativos a la categoría de referencia, o lo que es lo mismo, se obtienen riesgos relativos.



Las profesiones con unos riesgos menores de caída en dependencia, independientemente de otras características del individuo, son las de los mandos intermedios y administrativos, muy cerca de las mismas se encuentran los trabajadores del sector primario (agricultores, ganaderos y pescadores) y los obreros cualificados, y con un riesgo ligeramente mayor pero muy cercano, los empresarios, profesionales y autónomos. No parece por tanto que la profesión por sí misma suponga un riesgo destacado de entrada en dependencia, salvo en el caso de los trabajadores manuales no cualificados que sufren unos riesgos un 21% más altos que todas las demás categorías profesionales.

Finalmente, las dos variables que se traducen en unos riesgos muy significativos de entrada en una vejez dependiente, son el nivel educativo y el estado de salud. Tomando como categoría de referencia a los universitarios, todos los restantes mayores muestran unos riesgos crecientes de dependencia respecto a éstos. Las personas mayores con estudios secundarios muestran un riesgo un 40% mayor que el de los universitarios, el de los que tienen estudios primarios lo duplica, el de los que no tiene estudios o no los acabaron pero saben leer y escribir es dos veces y media el de los universitarios, y finalmente, los analfabetos sufren un riesgo de limitaciones y necesidad de asistencia que es tres veces el de los mayores con algún estudio universitario. Consecuentemente la población con un menor nivel educativo pasa más años con limitaciones en sus actividades y una pobre salud que aquellos con mayores niveles educativos. El mayor retraso en la caída en dependencia entre la población con más recursos educativos parece confirmar la idea de que, de producirse una comprensión de la morbilidad serían estos sectores de población los beneficiados de la misma.

Si la diferencia en los niveles de riesgo de caída en dependencia aportadas por el nivel educativo son altas, las arrojadas por el estado de salud lo son todavía más. El comienzo de la dependencia y la necesidad de ayuda en la vejez está fuertemente condicionado por cómo el anciano se sienta y perciba su propio estado de salud. Si tomamos como referencia los riesgos de entrada dependencia sufridos por los que dicen encontrarse bien, los que se sienten sólo regular sufren unos riesgos que son exactamente el doble de los primeros, pero los que se encuentran mal o muy mal multiplican por cuatro y medio dicho riesgo de caer en dependencia.

CAPÍTULO 4

POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN EL AÑO 2010



4. 1. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE A FINALES DEL SIGLO XX

En nuestro país se han realizado algunas mediciones previas de la población dependiente utilizando diversas fuentes y criterios. Morán (1999) utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 encuentra 1.943.373 personas mayores con algún tipo de dependencia en algún área, lo que supone un 34,5% de la población; con dependencia media en todas ellas (es decir, con necesidad de ayuda en al menos la mitad de las actividades) estima 296.762 mayores (5,3%); con alguna dependencia grave en algún área (necesidad de ayuda en más de la mitad de las actividades de la vida diaria) encuentra una población de 641.120 mayores (11,4%); y

con dependencia grave en todas 146.575 personas mayores (un 2,6% del colectivo). Por su parte Julio Pérez (1999) utilizando la Encuesta de Discapacidades (INE, 1986) encuentra una población de 1.077.989 individuos con alguna minusvalía. En el Informe del Defensor del Pueblo (2000) utilizando la encuesta 2072 del CIS (1993) se estima que alrededor de 1.500.000 personas mayores (25%) “precisan ayuda en alguna o algunas actividades de la vida cotidiana”. En un estudio realizado por UNESPA con datos de 1998, la población dependiente mayor de 65 años oscila entre 954.167 y 1.267.953. (Tabla 4.1).

Como se puede observar las definiciones utilizadas por los distintos autores varían desde la medición de minusvalías o enfermedades discapacitantes, hasta la medición de la funcionalidad del individuo respecto a diversas actividades, de la misma forma varía la definición de los diversos niveles de gravedad, así como las fuentes de datos utilizadas. A pesar de dicha diversidad de criterios, y en vista de los resultados arrojados, se puede afirmar que la población dependiente en diversos grados en nuestro país se situaría entre el 25% y el 35% de la población de 65 y más años.

Nosotros proponemos otra medición y otros resultados que acompañen a los ya existentes. Utilizando la encuesta Nacional de Salud de 1997, podemos afirmar que en España había a finales del siglo XX aproximadamente 2.099.884 personas mayores que sufren limitaciones en alguna actividad (Abellán y Puga, 2001). Contrastando dicha cifra con la que arrojan los datos recién publicados de la Encuesta de Discapacidades (INE, 1999), que recoge a 2.072.652 personas mayores en situación de discapacidad, se puede observar la *gran similitud de ambas mediciones*, lo que aporta una gran seguridad a los cálculos realizados. Pero para este estudio no nos interesa la población discapacitada, sino aquella que por causa de una o varias discapacidades (o incluso de otros factores) se ve limitada en la realización de actividades habituales y precisa la ayuda de otra persona, es decir, la población dependiente. En España a finales del siglo pasado había algo menos de dos millones cien mil personas mayores discapacitadas, pero, afortunadamente, no todas ellas dependían de la ayuda de otra persona.

Los efectivos.- Ateniéndonos a la definición de dependencia que hemos adoptado (capítulo 3), en España hay 1.691.799 mayores dependientes, a los que se han de sumar aproximadamente unas 100.000 personas que ocupan plazas de asistidos en residencias de ancianos¹. De este millón setecientos mil ancianos, alrededor de la mitad presentan necesidades de ayuda para la realización de acti-

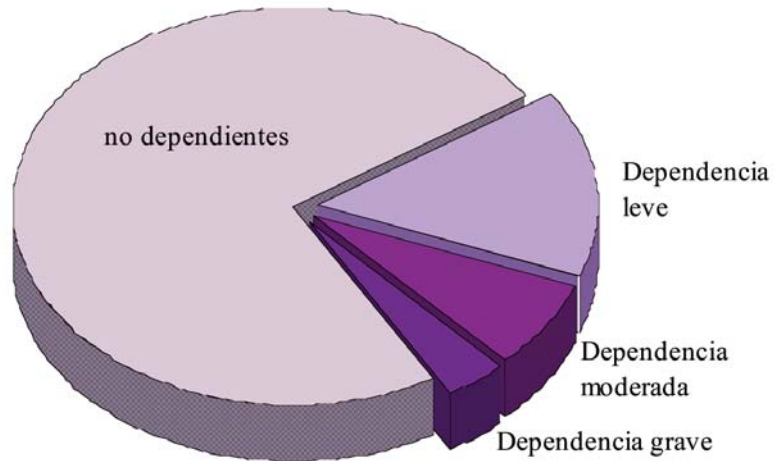
ESTIMACIONES DE DEPENDENCIA EN ESPAÑA, SEGÚN DIVERSOS CONCEPTOS Y FUENTES UTILIZADAS

Morán	Pérez	Defensor del Pueblo	UNESPA	Abellán y Puga
ENS 1993	E. Discapacidades 1986	CIS 2072 (1993)	(1998)	ENS 1997
1.943.373	1.077.989	1.500.000	954.167- 1.267.953	1.691.799

Tabla 4.1

¹ Las encuestas se realizan en viviendas familiares, por lo que quedan fuera de muestreo los alojamientos colectivos, como las residencias de mayores.

DEPENDENCIA EN ESPAÑA. 1998



Fuente: Ministerio de Sanidad (1997): Encuesta Nacional de Salud
INE (1995): Proyecciones de la Población Española, tomada a 1 de Enero de 1998

Población mayor dependiente en España, 1998

	%	Total Pob.
Mayores de 65 años (1/1/97)		6.271.427
Dependientes	26,0	1.691.799
Dependencia leve*(1)	13,6	883.950
Dependencia moderada*(2)	8,7	567.836
Dependencia grave	3,7	240.013

*(1) No se contabilizan unos 237.084 individuos (3,8%) que tan sólo sufren limitaciones para cortarse las uñas de los pies

*(2) Se incluyen 146.766 individuos (2,3%) que tan solo necesitan ayuda en una AVD y es 'bañarse o ducharse'. No se incluyen 129.832 individuos (2,1%) que tan sólo necesitan ayuda en una AVD y es 'quedarse solos toda la noche'; estos casos se contemplan en la dependencia leve

Figura 4.1

vidades instrumentales de la vida diaria, por lo que podría ser suficiente una ayuda semanal para el mantenimiento de su autonomía y su calidad de vida (figura 4.1). Quinientos mil individuos presentan unas necesidades mayores, con problemas en varias actividades instrumentales, o incluso con limitaciones en actividades básicas de autocuidado, por lo que aproximadamente medio millón de habitantes necesitan una ayuda diaria para mantener sus niveles funcionales básicos. Finalmente 240.013 mayores sufren una limitación muy severa viéndose restringidos en tres o más actividades básicas de la vida diaria. Una población similar a la de muchas ciudades medias de nuestro país, necesita tres o más horas de cuidados cada día para poder mantener una mínima calidad de vida.

Las categorías de dependencia propuestas obviamente no son homogéneas pudiendo encontrar casos bien distintos dentro de cada grupo. Así, por ejemplo entre los 567.836 dependientes moderados nos encontramos un abanico de situaciones que va desde los mayores que necesitan una ayuda para bañarse hasta situaciones de incontinencia grave, o mayores "prisioneros de su hogar", que se



ven imposibilitados para salir de casa. En España, en 1997, había alrededor de 400.000 personas mayores con problemas de incontinencia, con las limitaciones no sólo de dependencia física, sino también de ansiedad o trastornos psicológicos que esta situación origina. En esa misma fecha una cifra algo menor, cercana a los 350.000 mayores se encontraban cautivos en su hogar, sin poder traspasar el umbral de su propio domicilio, en una situación en la que a las limitaciones físicas individuales se unen una multiplicidad de barreras arquitectónicas, tanto en los edificios y en las calles, como en los medios de transporte, de nuestras ciudades pensadas para sanos y jóvenes.

En la cuantificación de la población dependiente se han excluido a los que sufren limitaciones en actividades como “cortarse las uñas de los pies” o “caminar una hora seguida”, debido a que afectan a un amplio grupo de la población mayor que no presenta ningún otro problema para el mantenimiento de su vida diaria. Así, por ejemplo, no se contabilizan unos 237.000 individuos que tan sólo sufren limitaciones para cortarse la uñas de los pies, actividad que es posible realizar con la ayuda de una pequeña ayuda técnica, siendo prescindibles los cuidados personales frente a este tipo de dificultades. Si bien es cierto que en la actualidad no están muy extendidas la mayoría de las ayudas técnicas, entre toda la población mayor que podría beneficiarse de ellas, y que a día de hoy esta población en su mayor parte recibe la ayuda de otra persona, es de esperar que en un escenario futuro, el desarrollo de estas tecnologías, de servicios de atención, y la adaptación del entorno, minimicen este problema (Waidmann y Liu, 2000). En la próxima década este tipo de ayudas simples se habrían de generalizar entre una población mayor cada vez más mayor, lo que permitiría eximir de la necesidad de la ayuda de otra persona a un numeroso colectivo de población que tan sólo presenta una dependencia muy leve o marginal.

Por motivos similares “quedarse solo de noche” ha sido considerado una actividad básica, no porque revele una limitación física evidente de la gravedad de las que puedan impedir a una persona poder comer solo o levantarse y acostarse por sí mismo, sino porque quien no puede dormir sólo requiere una ayuda diaria de un gran número de horas, incluso mayor que aquéllas, además de revelar un alto grado de vulnerabilidad o fragilidad del individuo.

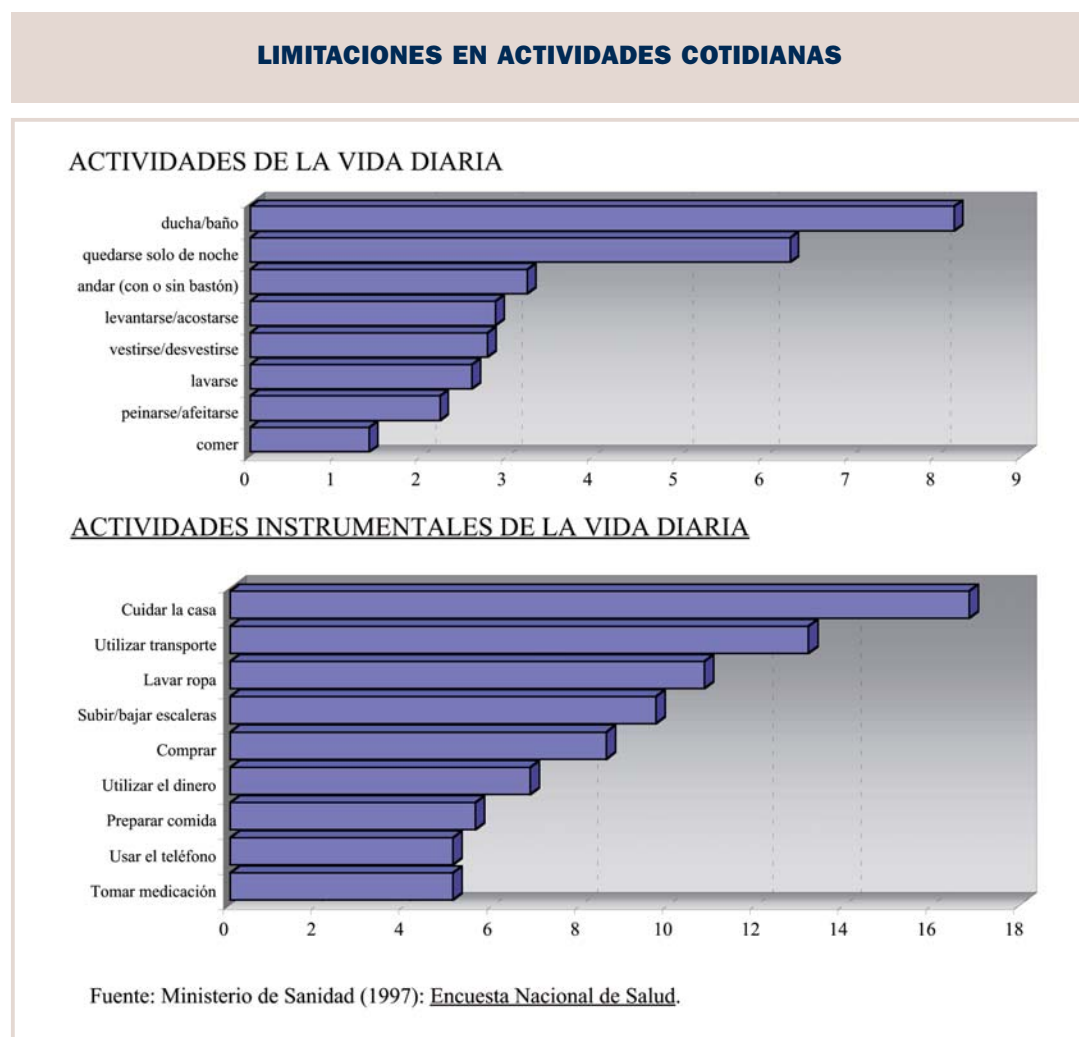
La dependencia oculta.- Pero por más que se afine en la medición siempre existe un grupo de población dependiente no cuantificada, que se conoce como el “efecto iceberg” (Escudero et al., 1999). Existen situaciones muy difíciles de detectar, debido en parte a la tolerancia respecto a la pérdida de función por las personas mayores, producto de la asunción de que las pérdidas son inherentes a la edad. Pero existe también una cierta tolerancia respecto a la falta de capacidad, debida al desconocimiento, en la realización de determinadas tareas, muy discriminadas por género.

Cualquier cuantificación de dependencia ignora un amplio grupo en riesgo de caer en dependencia y que merece ser citado: aquellas personas que no realizan determinadas actividades cotidianas porque confiesan que nunca las han hecho, y enfrentados a una situación en la que tuvieran que desplegar su habilidad, acabarían por no poder realizarlas y necesitar ayuda. Esta población generalmente no confiesa no poder realizar una serie de actividades al no tener (o no ser consciente de ella) ninguna limitación física para ello, pero una enfermedad, hospitalización, accidente o viaje de la persona con quien vive (cónyuge habitualmente) genera un serio problema de inseguridad personal. Un 64% de los

varones de estas generaciones confiesa que no ha realizado nunca tareas domésticas, lo que pone en una situación de riesgo a un millón trescientos mil mayores que en la actualidad presentan una gran vulnerabilidad. Hemos de destacar que entre los mayores que se declaran imposibilitados para la realización de algunas actividades por desconocimiento, la solución más frecuentemente adoptada no suele ser el aprendizaje, sino la demanda de ayuda de otra persona (un 82% declara que otra persona le hace la comida, siendo una hija o un hijo en el 64% de los casos).

Aunque esto sucede en mayor medida con los varones de estas generaciones, las mujeres también sufren situaciones de vulnerabilidad similares, aunque mucho menos extendidas. Un 18% de las mujeres mayores afirma no haber realizado jamás papeleos, gestiones, llevado el control del dinero, hecho trámites en el banco, llevado las cuentas..., si bien no es una situación muy generalizable nos encontramos a cuatrocientos mil mayores en esta situación, de los cuales un 82% son mujeres.

Actividades limitantes.- Las actividades con las que los mayores tienen mayores dificultades son las relacionadas con el cuidado de la casa (17%), lavar la ropa (11%) o comprar (8%), actividades que parecen requerir un esfuerzo creciente según se avanza en edad y la agilidad y condición física dismi-





nuye (figura 4.2). Frente a la aceptación social de la pérdida de capacidad con la edad para otras tareas, *la pérdida de capacidad a edades avanzadas para la realización de tareas propias del mantenimiento del hogar, es de una absoluta invisibilidad social*, poniendo a muchos mayores, y en concreto a muchas ancianas ante la necesidad de realizar grandes esfuerzos, situación en la que no se pone a ningún otro sector de nuestra sociedad.

Otra de las grandes limitaciones que sufren las personas mayores es la relacionada con la movilidad, el desplazamiento, y la utilización de los medios de transporte. Es ésta además una limitación que se presenta a edades muy tempranas en la vejez (tabla 4.2). Diversos autores han constatado las constricciones que una movilidad restringida representa a edades avanzadas (Valederrama et al., 2000; Escudero et al., 1999). Valderrama et al. (2000) han comprobado que son las actividades relacionadas con la movilidad (uso de escalones, caminar, levantarse de la cama o de una silla) las más fuertemente asociadas con la mala autopercepción del estado de salud. Probablemente porque en un estado de limitaciones funcionales leves, la movilidad fuera del propio hogar, y las relaciones con el entorno se convierten en cruciales. En nuestro país un 13% de los mayores tienen serias dificultades a la hora de subirse a un autobús, tomar el metro, e incluso de usar un taxi, y algunos sencillamente no pueden utilizar estos medios de transporte (en muchos casos no adaptados), lo que ello significa de aislamiento y de limitaciones a la hora de utilizar el entorno y buscar recursos, recursos muchas veces alejados, y por tanto inaccesibles para estos mayores. De la misma forma, un 10% de los mismos se ven limitados en todo aquello que suponga subir algún escalón (figura 4.2), y esto en muchas ocasiones significa, simplemente, no poder salir de casa.

Entre las actividades más básicas o prioritarias a la hora de mantener una cierta calidad de vida, son quedarse solo de noche y ducharse o bañarse las que les suponen mayores dificultades a nuestros mayores, que conscientes de su propia vulnerabilidad temen encontrarse solos en situaciones en las que les pueda ocurrir algún percance (resbalar en la bañera...), o resulte más difícil pedir ayuda (durante las horas nocturnas).

DISTRIBUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LOS GRANDES GRUPOS DE DISCAPACIDAD POR EDADES

	Edad				
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Ver	15,7	20,8	23,4	18,8	21,1
Oír	15,4	19,6	23,7	18,4	22,9
Comunicarse	10,9	14,9	22,4	22,3	29,6
Aprender, aplicar el conocimiento	10,8	16,6	21,0	21,4	30,3
Desplazarse	17,0	19,9	22,1	18,3	22,7
Utilizar brazos y manos	18,8	20,1	21,5	17,8	21,8
Desplazarse fuera del hogar	16,5	21,0	21,6	18,4	22,5
Cuidar de sí mismo	10,5	14,6	18,6	21,5	34,9
Realizar tareas del hogar	12,9	17,9	21,4	20,5	27,2
Relacionarse con otras personas	11,3	16,7	20,6	21,5	29,9

Fuente: INE: Encuesta de Discapacidades, 1999; resultados publicados

Tabla 4.2

4. 2. LA POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN EL AÑO 2010. HIPÓTESIS

Respecto a los cambios experimentados por la salud de las poblaciones existen teorías enfrentadas. Unos sostienen que el descenso de la mortalidad está provocando una pandemia de problemas crónicos, degenerativos e incapacitantes, que son menos letales pero no ha disminuido su incidencia. El retraso de la muerte sólo habría provocado el aumento de la proporción de quienes los padecen, y la aparición de cuadros múltiples y más severos, antes muy infrecuentes. Es la *teoría de la pandemia de las enfermedades crónicas* (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980). Otros creen que, a la vez que se ganan años a la vida, se retrasa también la edad a la que aparecen las enfermedades crónicas, de modo que éstas se concentran en los últimos años de vida. Son las teorías que apuestan por la *compresión de la morbilidad* (Fries, 1980, 1989).

En un estudio Delphi realizado recientemente en España por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, un importante grupo de expertos mostraba incertidumbre y reservas con respecto a la disponibilidad, en un horizonte a quince años, de tratamientos eficaces para las patologías degenerativas del envejecimiento. El grupo consultado mostraba un gran consenso respecto a los avances esperados en la prevención y el tratamiento del cáncer (94,7% de acuerdo), y respecto al aumento de los procesos de ansiedad y depresión (90,7%), y mayores discrepancias respecto a la evolución en el tratamiento eficaz de las enfermedades degenerativas que afectan en mayor medida a la vejez, como Alzheimer, Parkinson, u osteoporosis. Si sus previsiones se cumplen, las mejoras frente a las principales causas de muerte, junto con el estancamiento en el tratamiento y la prevención de los problemas degenerativos crónicos, se traducirían indudablemente en un aumento de las limitaciones vividas en la vejez, así como de los años vividos en una situación de dependencia.

Tomando actividades equivalentes recogidas por las encuestas de las que disponemos hasta el momento en España, se ha aproximado una evolución de la dependencia mediante dos cortes temporales: 1993 y 1997/98 recogidos por distintas fuentes. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 1993 y 1997 permite la comparación entre ambas fechas debido a que el cuestionario se ha mantenido en cuanto a las actividades recogidas en el mismo. No ha sido posible utilizar el corte de 1995 debido a que el cuestionario de esta fecha había variado notablemente, recogiendo tan sólo cinco actividades comparables, lo que no permite establecer un grado de dependencia global. Por otra parte el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) permite la medición de la dependencia gracias a las encuestas 2072 de 1993, y 2279 de 1998, las actividades y el nivel de medición de dificultades en las mismas no se corresponden plenamente con las de la ENS, por lo que no resultan comparables, arrojando los datos del CIS un nivel de dependencia mucho más elevado. Pero ambas fuentes nos permiten hacer una aproximación a la evolución de la dependencia en el último quinquenio, aunque sea simplemente mediante dos cortes temporales.

Independientemente de la fuente con la que nos acerquemos a la situación de dependencia, su evolución en los últimos años ha sido creciente (tabla 4.3). Tanto la ENS como las encuestas del CIS recogen un crecimiento de la situación de dependencia entre la población mayor, no achacable a las formas de medición ni a los cuestionarios, dado que en ambos casos se mantuvieron. El crecimiento cierta-

EVOLUCIÓN DE LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA, 1993-1998

	1993	1998
ENS	25,7	26,0
CIS (2072, 2279)	30,3	32,5

Tabla 4.3

mente ha sido discreto, pero hemos de tener en cuenta que estamos observando un período de tan sólo 4-5 años. De continuar la tendencia apuntada hasta la fecha sería de esperar que la situación de dependencia continuase aumentando su presencia entre los mayores de forma discreta pero constante.

La esperanza de vida con discapacidad ha aumentado más rápidamente que la esperanza de vida en salud (ver capítulo 1), en la mayoría de los países occidentales hasta la fecha. Los expertos pronostican mejoras frente a la muerte, pero no se muestran optimistas respecto a los avances frente a las principales causas de dependencia; y ésta recientemente en España no ha dejado de aumentar. Todo ello parece predecir, en efecto, una expansión de enfermedades crónicas en las edades avanzadas, en mayor medida que una compresión y una reducción de la dependencia.

Frente a estos argumentos también se ha de tener en cuenta, que las generaciones futuras de mayores mostrarán características diferenciales respecto a las actuales. Algunos de los factores que se traducen en un mayor riesgo de dependencia en la vejez (ver capítulo 3), tales como el analfabetismo y los bajos niveles de instrucción (tabla 4.4), se verán reducidos entre los futuros mayores, por lo que cabría esperar una menor incidencia general.

EVOLUCIÓN DE LA EDUCACIÓN PARA LAS PRÓXIMAS GENERACIONES DE MAYORES

Analfabetismo	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
analfabeto	6,4	3,8	3,3	1,1
sabe leer y escribir	8,1	6,6	4,1	2,3
con estudios	85,3	89,4	92,6	96,4
ns/nc	0,2	0,3	0,0	0,2
Nivel de instrucción				
primarios sin fin.	27,9	23,1	14,1	7,7
primarios finalizados	86,4	80,1	76,6	70,7
secundarios	6,3	8,7	12,6	10,5
universitarios	6,8	10,5	10,5	17,6
ns/nc	0,5	0,7	0,3	1,3

Fuente: INE: Encuesta Nacional de Salud, 1997

Tabla 4.4

El analfabetismo que, como hemos visto se traduce en unos altísimos riesgos de dependencia, aunque de incidencia leve y moderada, prácticamente desaparece entre las generaciones que entraran en la vejez en un período de quince años. Pero nuestro horizonte es más cercano, los mayores que entrarán en la vejez en la próxima década disponen en su mayoría de estudios primarios finalizados. La principal ganancia contra la dependencia con la que contarán será una disminución notable de las situaciones de analfabetismo, pero las mejoras en los niveles educativos (en las generaciones más mayores es muy importante el grupo de población que no ha podido finalizar la primaria) serán menos relevantes a este respecto, dado que la frontera que muestra significativa frente a la dependencia es precisamente el haber podido cursar estudios superiores a la primaria (ver capítulo 3), y no parece que éste sea el caso mayoritario tampoco entre las inmediatas generaciones de mayores.

Pero la evolución de las características generacionales no permite ser optimistas en todos los casos. Así, por ejemplo, la población que desarrolló trabajos agrícolas disminuyó mucho entre las próximas generaciones de mayores (tabla 4.5), aumentando enormemente generación a generación aquellos que durante toda su vida laboral desarrollaron trabajos sedentarios, circunstancia que también se ha demostrado fuertemente determinante de la dependencia en la vejez. A esto se ha de añadir que las futuras generaciones de mujeres mayores llegarán a la vejez tras una larga trayectoria de consumo de tabaco, desconocida entre las actuales ancianas.

Dadas estas circunstancias podríamos decir que el futuro es en gran medida incierto, pues aunque el aumento de los recursos educativos y la drástica reducción del analfabetismo, haría esperar una mejora en los niveles de salud y calidad de vida en la vejez, el aumento de estilos de vida sedentarios y hábitos de consumo menos saludables, o de trabajos que hayan implicado mayores niveles de estrés, podrían hacer aumentar la incidencia de la dependencia entre las próximas generaciones de mayores, de la misma forma que está ocurriendo con las actuales (ver capítulo 3), entre los que las generaciones más recientes parecen sufrir un mayor riesgo de dependencia que las más antiguas, coincidiendo con el perfil creciente de la dependencia en los últimos años.

EVOLUCIÓN DE LA PROFESIÓN PARA LAS PRÓXIMAS GENERACIONES DE MAYORES

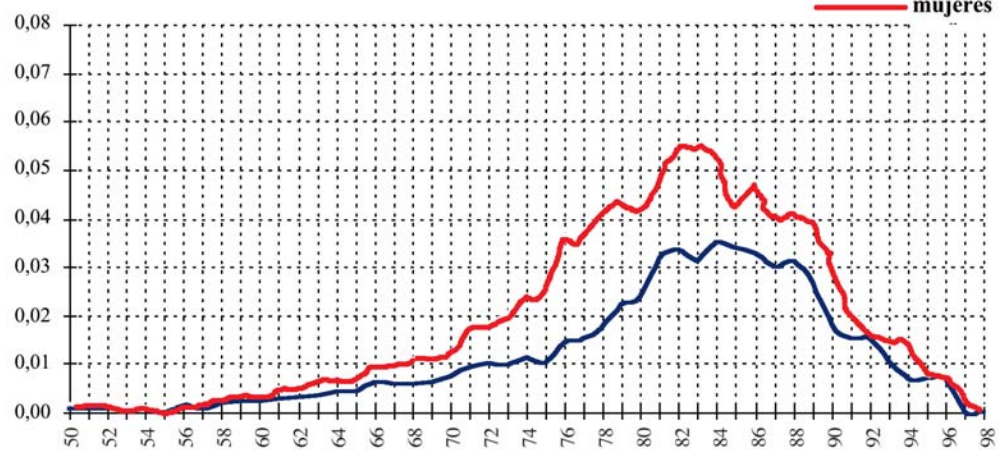
Profesión	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
Profesional, empresario, autónomo	28,6	51,7	50,6	71,3
Administrativo, mando intermedio	13,0	16,8	19,3	20,4
obrero cualificado	52,2	50,3	54,5	60,5
obrero no cualificado	35,9	37,6	35,2	33,1
agricultor	12,0	11,4	9,1	5,1
ns/nc	0,0	0,7	1,1	1,3

Fuente: INE: Encuesta Nacional de Salud, 1997

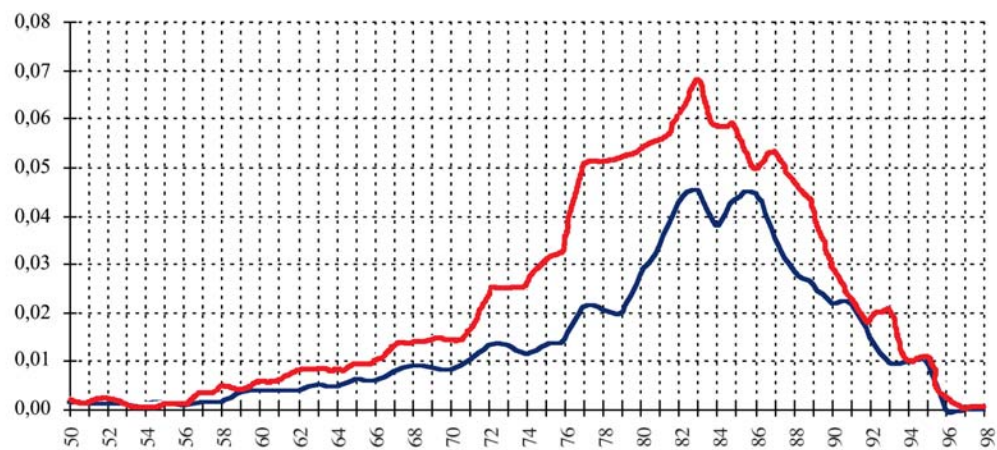
HIPÓTESIS DE DEPENDENCIA, AL HORIZONTE 2010

Riesgo de dependencia por edad y sexo. (probabilidades anuales)

Hipótesis baja: Dependencia decreciente



Hipótesis media: Dependencia constante



Hipótesis alta: Dependencia creciente

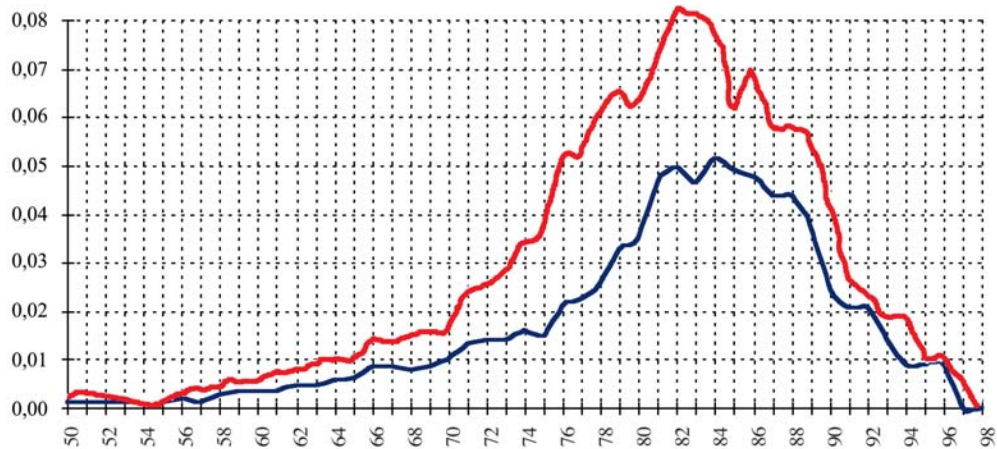


Figura 4.3

En este escenario se proponen *tres hipótesis de dependencia*:

- 1) Una hipótesis alta que plantea una evolución creciente de la dependencia, con un ritmo similar al registrado entre 1993 y 1998, un crecimiento discreto pero que se mantendría al mismo ritmo hasta el año 2010. Una mejora de la mortalidad por aquellas causas sobre las que los expertos se muestran más optimistas, que no viniese acompañada de un retraso en la aparición de la morbilidad, produciría sin muchas dificultades un escenario muy similar al planteado.
- 2) Una hipótesis media en la que la dependencia permanecería constante, sufriendo las generaciones sucesivas que atravesasen la vejez, riesgos similares a los que sufren las generaciones actuales. En este escenario las distintas tendencias evolutivas se equilibrarían, permitiendo mantener un riesgo de dependencia por edades relativamente estable.
- 3) Y una hipótesis baja, con una dependencia decreciente, con un ritmo similar al de crecimiento pero inverso (figura 4.3), que se produciría en el caso de que las mejoras educativas de las generaciones venideras supusiesen una mejora muy importante en el retraso de la aparición de la dependencia. Mejora que habría de ser mayor que los posibles efectos de hábitos adversos para la salud en la vejez más presentes en las próximas generaciones, y que habrían de compensar también los probables retrasos en la mortalidad (ver capítulo 2).

4.3. LOS ESCENARIOS DE LA DEPENDENCIA EN 2010

De la combinación de las hipótesis de mortalidad y dependencia resultan seis escenarios futuros de población mayor dependiente. *En el año 2010 en España habrá una población dependiente que se situará entre 1.724.694 y 2.352.797 personas mayores dependientes* (tabla 4.6), en función de cuál sea el comportamiento futuro de la mortalidad y la dependencia. Ello supondrá que en dicha fecha entre un 22,5% y un 29,4% de la población mayor se encontrará en una situación de dependencia.

Se ha de observar en primer lugar que *en cualquiera de los supuestos la población mayor dependiente en el año 2010 será mayor que la actual*. Incluso en el más favorable de los escenarios, con una dependencia que reduce su incidencia en todas las edades, y una supervivencia que permaneciese constante en los niveles actuales, sin añadir años a las edades avanzadas, la población mayor

ESCENARIOS DE POBLACIÓN DEPENDIENTE. ESPAÑA 2010

dependencia	mortalidad	
	constante	decreciente
decreciente	1.724.694 (22,5%)	1.871.807 (23,3%)
constante	1.940.758 (25,3%)	2.098.465 (26,2%)
creciente	2.177.786 (28,5%)	2.352.797 (29,4%)



dependiente aumentaría en número absolutos, aunque disminuiría su peso relativo debido al aumento del volumen total de población mayor. Y en el caso de que nos encontremos en el escenario esperado por los expertos, en aquel en el que se ha avanzado frente a la muerte, pero no se ha producido ni un descenso ni un retraso de la dependencia, continuando la tendencia creciente que se ha producido hasta la fecha, la población mayor dependiente prácticamente duplicará la actual.

Los niveles de gravedad de la situación de dependencia se definieron de forma que se adecuasen a las previsibles circunstancias demográficas y sociales del año 2010. El principal cambio que se espera durante este período es la posible *recuperación de la autonomía por parte del colectivo con una dependencia más leve*, gracias a mejoras en el diseño, y sobre todo en el acceso a las ayudas técnicas, y de la adaptación del entorno. A este respecto, las delimitaciones utilizadas en este estudio ya excluyen algunas situaciones que en la actualidad se corresponden con una dependencia real, en espera de que los individuos con un grado leve o marginal de dependencia sean los más beneficiados por el desarrollo tecnológico y las innovaciones. Respecto a los posibles factores individuales que pudiesen resultar en un grado más leve de dependencia, aquellos que se han mostrado más significativos no cambiarán de forma substancial para las próximas generaciones². Y el efecto de las posibles mejoras en investigación médica y farmacológica, respecto al avance de la dependencia, es más incierto. Como resultado de todo ello es de esperar que la distribución de la dependencia por niveles de gravedad no diste mucho de la actual. Adoptaremos esta hipótesis para explorar los escenarios futuros de dependencia por gravedad de la misma.

En un escenario similar al presente, en el que tanto la dependencia como la mortalidad mantuviesen las pautas de incidencia actuales, los dependientes leves, es decir los que necesitan de una ayuda semanal, superarían el millón de habitantes, seiscientos cincuenta mil más necesitarían una ayuda diaria, y alcanzaría a doscientos setenta y cinco mil mayores una situación en la que se haría necesaria una ayuda de tres o más horas diarias (tabla 4.7). Incluso aunque la dependencia descendiese y la mortalidad no mejorase el volumen de población dependiente aumentaría en todos y cada uno de los niveles de gravedad. En el escenario más preocupante, con una dependencia creciente y una mortalidad decreciente, una situación de dependencia leve alcanzará a unos cuatrocientos mil mayores más que

ESCENARIOS DE POBLACIÓN DEPENDIENTE POR NIVEL DE GRAVEDAD, ESPAÑA 2010

1997	Dependencia	Mortalidad	Dependientes			
			Total	leves	moderados	graves
			1.691.799	883.950	567.836	240.013
Escenario 1	↓	=	1.724.694	901.137	578.877	244.680
Escenario 2	↓	↓	1.871.807	978.003	628.254	265.550
Escenario 3	=	=	1.940.758	1.014.029	651.397	275.332
Escenario 4	=	↓	2.098.465	1.096.429	704.330	297.706
Escenario 5	↑	=	2.177.786	1.137.874	730.953	308.959
Escenario 6	↑	↓	2.352.797	1.229.316	789.694	333.788

Tabla 4.7

² El factor más determinante de una situación de gravedad resultó ser la edad, y tras éste la obesidad y un vida sedentaria.

en la actualidad; la situación de dependencia moderada, con unas necesidades ya diarias de ayuda, aumentará en más de doscientos mil individuos; y la dependencia grave llegará a afectar a trescientos treinta mil mayores, aumentando en más de 100.000 individuos en tan corto período de tiempo.

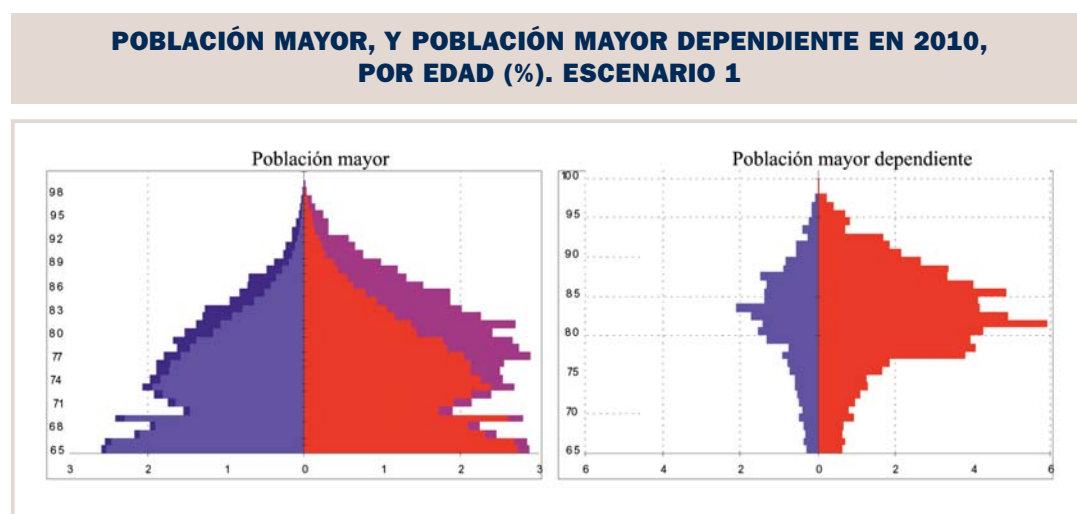
Escenario 1

En el primero de los escenarios se ha planteado una situación en la que la mortalidad reduce su descenso, discreto pero continuo hasta la fecha actual, y se estabiliza en los ya altos niveles de supervivencia que registra nuestro país en la actualidad. Con una mortalidad que no mejora, es en la lucha contra la enfermedad en la que se centran los principales avances, en investigación médica y farmacológica, en mejoras en los hábitos y comportamientos, etc. *Este sería el escenario en el que nos encontraríamos de producirse la compresión de la morbilidad* anunciada por Fries (1980), aunque hasta la fecha no ha habido demasiados indicios de que tal cosa vaya a ocurrir.

Incluso en el mejor de los escenarios con el que nos podemos encontrar en el futuro inmediato en materia de dependencia, la población mayor no autónoma aumentaría: 1.724.694 personas mayores necesitarían alguna ayuda personal, de las cuales 244.680 requerirían cuidados intensivos en tiempo y dedicación, 578.877 necesitarían cuidados diarios, y 901.137 podrían mejorar notablemente su calidad de vida con una ayuda semanal.

Pero este escenario supondría una mejora considerable en términos relativos, reduciendo no sólo el porcentaje de dependientes entre la población de edad que sufría la población española en 1997, sino incluso aquellos niveles más reducidos de principios de la década de los noventa. En este escenario un 22,5% de la población mayor se encontraría en una situación de dependencia, tratándose fundamentalmente de población femenina con más de 75 años. En la pirámide de población mayor (figura 4.4) se puede observar que, incluso en este escenario optimista, si bien son más las mujeres que los hombres mayores, la población mayor en buena salud es muy similar en ambos sexos, siendo las protagonistas de la mayor feminidad de la vejez, las mujeres mayores dependientes.

Respecto a la estructura por edades y sexo de los mayores dependientes ésta es marcadamente





AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 1

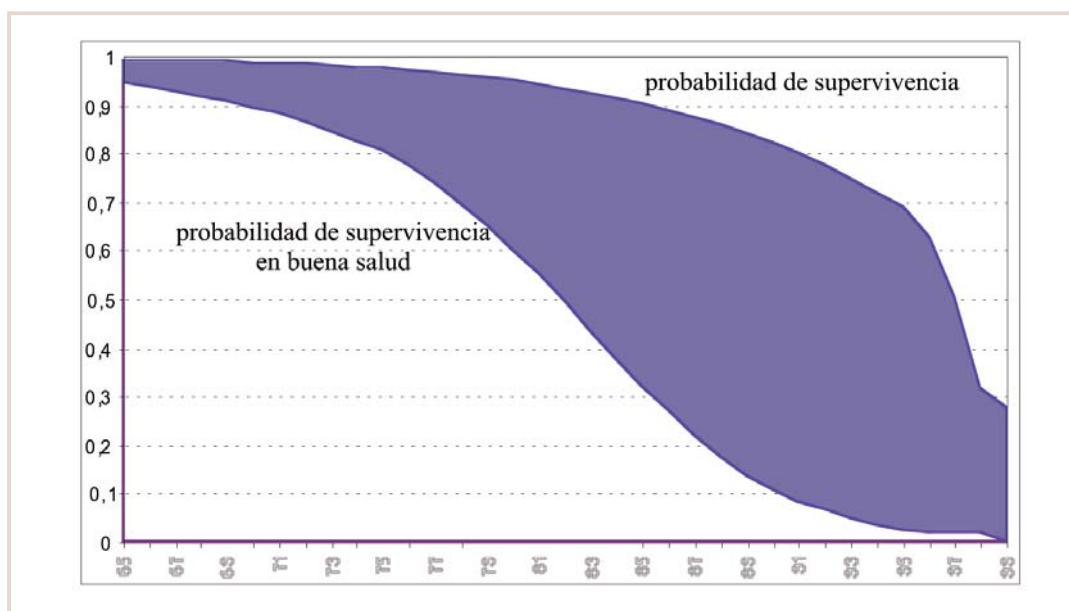


Figura 4.5

femenina, perfil que se acentúa con fuerza superados los setenta y cinco años. A ello contribuyen dos factores, principalmente la entrada de la población en edades de alto riesgo de entrada en dependencia y con una menor mortalidad femenina, fenómeno que va nutriendo una “bolsa” de mujeres mayores supervivientes frente a la mortalidad, pero no frente a la enfermedad; y en segundo lugar acentúa la brusquedad del corte, el hecho de que las generaciones inmediatamente anteriores a la entrada en dichas edades de riesgo, son las generaciones vacías nacidas durante la Guerra Civil española.

En estas circunstancias de mortalidad constante y dependencia reducida respecto a la situación actual, la población mayor española viviría una media de 6,83 años con una deficiente calidad de vida y mala salud (figura 4.5). Años que en su mayoría se sitúan entre los 80, edad en torno a la cual el riesgo de entrada en dependencia es muy elevado, y los noventa años, edades a las cuales la mortalidad muestra ya valores muy importantes.

Escenario 2

El escenario más optimista que se plantea respecto al futuro, aunque no en términos de dependencia (que sería menor en el primero de los mismos) dibuja un futuro inmediato en el que la mortalidad sigue descendiendo, a un ritmo discreto, todavía más suave que el registrado hasta la fecha, pero que en cualquier caso, sigue añadiendo años a la vida. Pero las mejoras no se producen tan sólo en mortalidad, los avances científicos, las facilidades tecnológicas, la posible mejora en algunos hábitos, y sobre todo, algunas de las características de las generaciones venideras, que las harán llegar a la vejez con más recursos para enfrentarse a los posibles e incluso probables problemas y limitaciones, resultarían en una dependencia que se reduce también, reduciendo y retrasando ligeramente su incidencia. Estaríamos, en este caso, en un *escenario concordante con las previsiones de las teorías del equilibrio*.

POBLACIÓN MAYOR, Y POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN 2010, POR EDAD (%). ESCENARIO 2

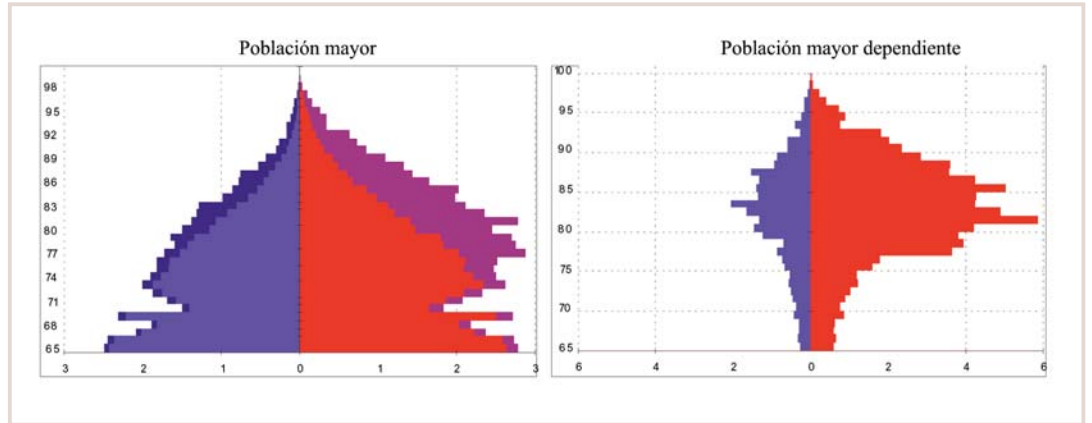


Figura 4.6

En una situación de ganancias discretas pero generalizadas tanto frente a la mortalidad como frente a la dependencia, la población mayor dependiente que podría llegar a aumentar en hasta 200.000 personas desde la fecha actual (1.871.807). Nos encontraríamos, en esta situación, con aproximadamente 265.550 mayores que necesitarían una ayuda importantísima en tiempo y cuidados al encontrarse gravemente limitados en sus actividades básicas. Junto a ellos, unos 628.254 individuos necesitarían al menos una ayuda diaria, a los que hay que añadir casi un millón de personas mayores más (978.003) que mejorarían su calidad de vida con un apoyo semanal, pero que requerirán una ayuda personal.

En estas circunstancias una situación de dependencia vendría a alterar la calidad de vida de un

AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 2

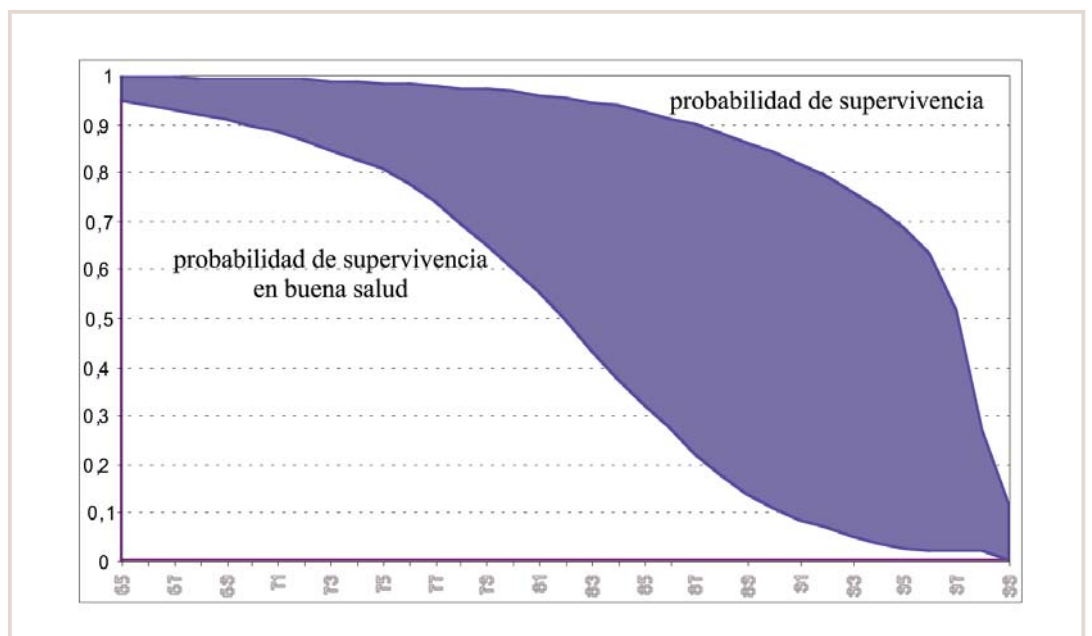


Figura 4.7



23,3% de los mayores de 65 años. Su presencia aumenta en las edades más avanzadas: entre los 80 y los 85 años fundamentalmente entre los hombres, y entre los 80 y los 89 entre las mujeres (figura 4.6), debido sobre todo al efecto de la reducción de la mortalidad. Aunque la dependencia reduciría su incidencia, el efecto del aumento de la supervivencia a edades avanzadas parece hacer ganar años para la enfermedad de forma difícilmente evitable. La estructura por edades de la dependencia se muestra más envejecida que en el escenario anterior. La población dependiente más joven disminuiría y el salto, especialmente femenino, a partir de los 75 años, aunque seguirá siendo muy brusco, se reduciría ligeramente, envejeciéndose la estructura gracias al aumento de la cúspide de la pirámide (aunque en este caso habría que decir del tronco). La población mayor dependiente, en este escenario sería muy mayor.

En un escenario en que se redujese tanto la dependencia como la mortalidad la población mayor española viviría una media de 7,28 años tras haber perdido su autonomía y su independencia, requiriendo cuidados para la realización de las actividades habituales (figura 4.7). La mayor parte de los mismos se situarían traspasado el umbral de los 80 años, pero algunos mayores se encontrarían viviendo en estas condiciones hasta edades muy avanzadas, debido al aumento de la supervivencia.

Escenario 3

En el supuesto de que la dependencia mantuviese una incidencia por edades similar a la actual, las variaciones en materia de población mayor dependiente vendrían dadas en ganancias en términos de mortalidad. En un escenario en el que los posibles avances frente a la muerte se vieses compensados por tendencias (en hábitos de consumo, conductas, etc.) negativas para la salud y la supervivencia; todo ello unido a la ralentización de las ganancias a edades ya avanzadas, y quizás cercanas a un cierto “techo” de la longevidad, podría llevarnos a una situación en que la mortalidad se mantuviese estable, finalizando su constante progresión decreciente en el último siglo.

Si la dependencia se mantiene a niveles similares a los actuales, la población mayor dependiente rondará los dos millones de habitantes, independientemente del comportamiento de la mortalidad. Con una mortalidad estable en los niveles actuales, la población mayor con dificultades para mante-

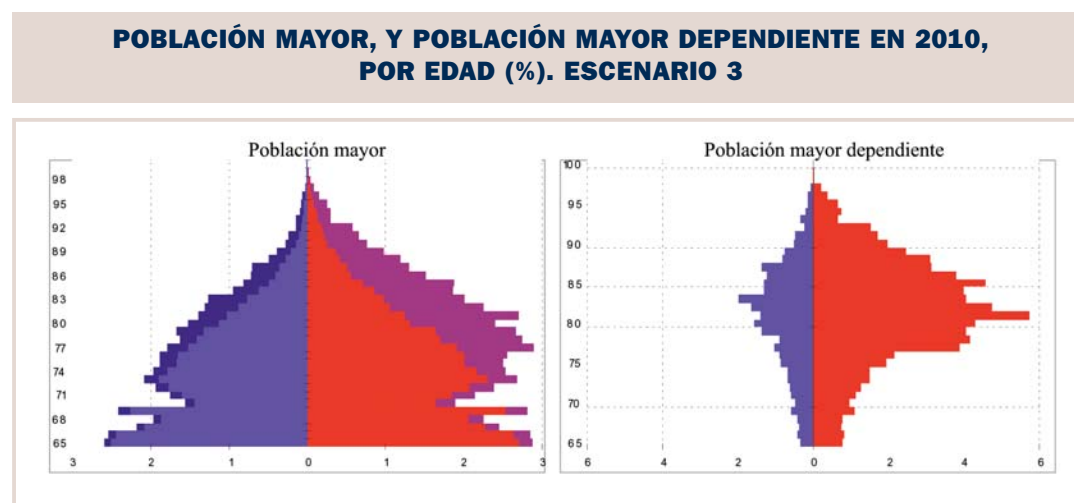


Figura 4.8

AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 3

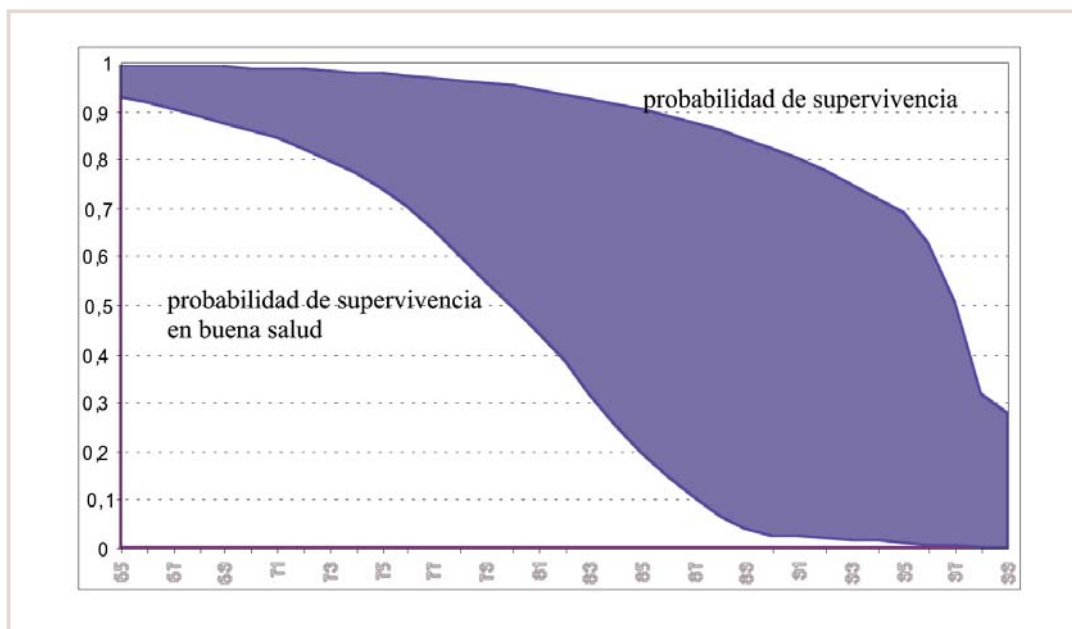


Figura 4.9

ner su autonomía ascendería a 1.940.758 personas, población que en términos relativos supondría una ligera mejora respecto a la situación actual (25,3%), pero que en términos absolutos supone un crecimiento a tener en cuenta.

En estas circunstancias serían ya más de un millón los mayores que se encontrasen en una dependencia leve (1.014.029), ascendiendo a 651.397 los dependientes moderados y a 275.332 los dependientes graves. La estructura por edades (figura 4.8) aunque indudablemente seguiría siendo muy femenina, y con mayor peso de los mayores de 75 años, sería ligeramente más joven que en los escenarios anteriores, debido a que en este escenario no se produciría retraso alguno en la entrada en situación de dependencia respecto a la situación actual.

En un escenario en el que se mantuviesen las condiciones de supervivencia y de salud actuales, una población mayor muy envejecida, como la que tendremos en el año 2010, viviría por término medio 7,35 años en mala salud y con una deficiente calidad de vida. Período en el que en la mayoría de los casos entraría en torno a los 80 años de edad, pero que podría llegar a durar hasta bien entrados los 90 (figura 4.9), protagonizando algunos individuos períodos muy largos de su vida dependiendo de la ayuda de terceras personas.

Escenario 4

Se plantea un escenario en el que la dependencia no variase su incidencia, al igual que en el caso anterior, pero se produjesen algunas ganancias con respecto a la situación actual en materia de supervivencia. Si las tendencias que parecen apuntar a un empeoramiento en materia de morbilidad y dependencia se compensasen con las ganancias en educación de las generaciones más jóvenes, y los mayo-



POBLACIÓN MAYOR, Y POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN 2010, POR EDAD (%). ESCENARIO 4

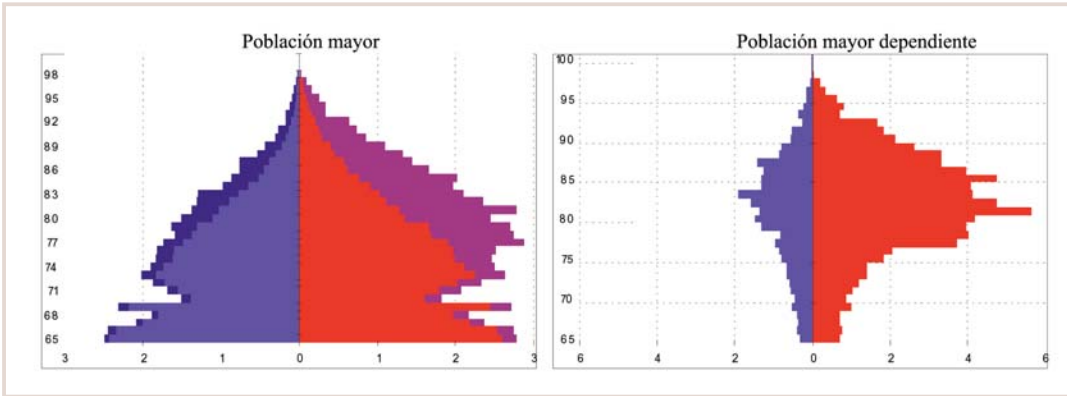


Figura 4.10

res recursos de los que sería deseable que dispusiesen, la incidencia mostraría unas pautas de incidencia por edades similares a las actuales. Pero ello no implica que no se puedan producir ganancias frente a la muerte. Si esto ocurriese *nos encontraríamos con un escenario próximo al que prevé la teoría de la pandemia de los problemas mentales, las enfermedades crónicas y las discapacidades.*

En estas circunstancias la población mayor dependiente habría rebasado ya en esa fecha los dos millones de personas, mostrando una incidencia relativa muy similar a la actual sobre el total de la población mayor (26,2), pero que se traduciría en unos volúmenes que habrían aumentado en cuatrocientas mil personas mayores más con problemas de autonomía en la vejez.

En un escenario de dependencia constante pero supervivencia creciente, la población mayor en situación de dependencia alcanzaría una cifra aproximada de 2.098.465 individuos, de los cuales, casi

AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 4

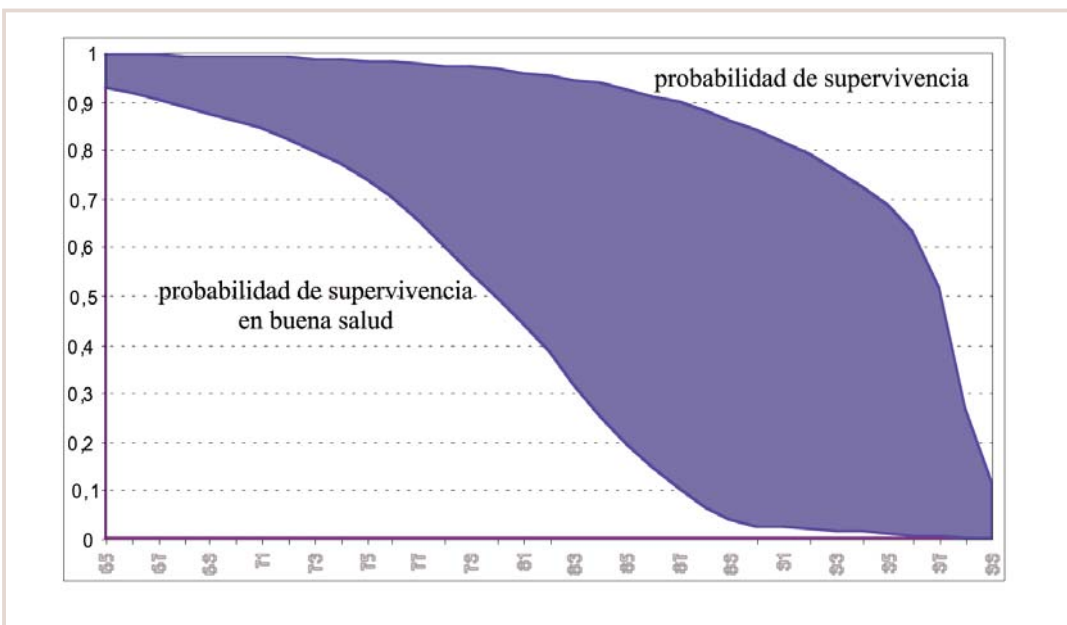


Figura 4.11

trescientos mil (297.706) necesitarían una ayuda que superaría las tres horas de atención diarias; 704.330 necesitaría al menos una ayuda diaria aunque de menor intensidad; y 1.096.429 más se verían limitados, aunque para ellos sería suficiente una ayuda semanal a la hora de mantener unos estándares de vida básicos.

En estas circunstancias la pirámide de la población dependiente envejecería respecto al escenario anterior (figura 4.10), no porque se retrase la entrada en situación de dependencia o ésta afecte en menor medida a los más jóvenes, cosa que no ocurriría, sino por el efecto del mayor peso de la población superviviente a edades avanzadas en un escenario de mortalidad decreciente.

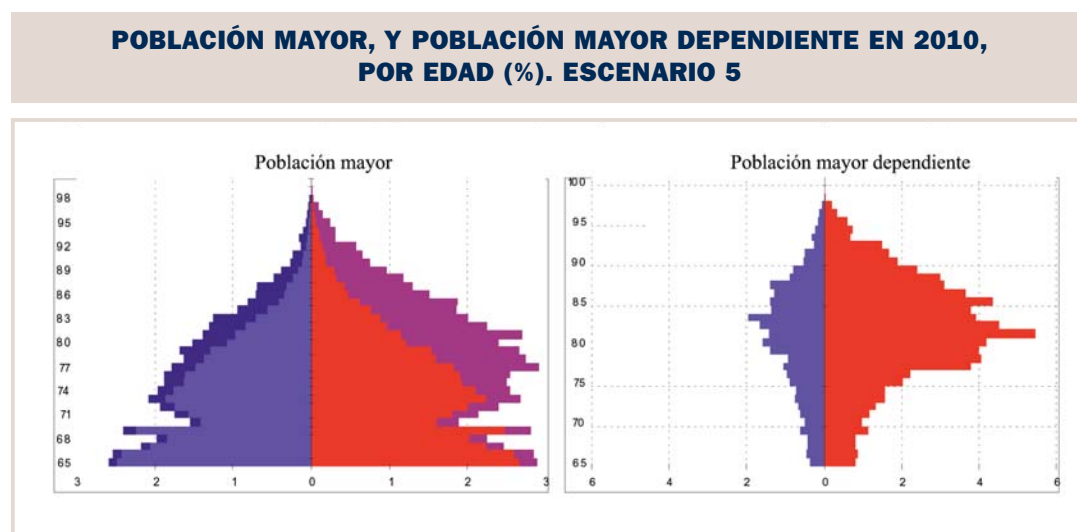
En estas circunstancias la población mayor viviría casi 8 años (7,84) sufriendo una autonomía restringida, una mala salud, y una calidad de vida muy deteriorada. Años, que dada la ganancia en supervivencia paralela al estancamiento frente a la dependencia, aumentarían hacia las edades más avanzadas (figura 4.11), pudiendo muchos españoles encontrarse a edades ya muy mayores, no sólo con una autonomía muy limitada, sino también con muchos años de dependencia a sus espaldas.

Escenario 5

Finalmente, en el supuesto de que la incidencia de la dependencia aumentase en los próximos años, independientemente de cuál sea el comportamiento de la mortalidad, la población mayor dependiente aumentará considerablemente, superando ampliamente los dos millones de personas mayores.

Se propone un escenario en el que la mortalidad mantuviese niveles similares a los actuales, compensándose las posibles ganancias, y sin lograr mantener el ritmo descendente reciente. Frente a una mortalidad estable, la evolución creciente de la dependencia que se ha venido registrando hasta la actualidad podría mantenerse durante la próxima década. *En estas circunstancias la pandemia de las enfermedades crónicas sería todavía mayor.*

Si la dependencia siguiese creciendo al ritmo que lo ha venido haciendo, pero no lo hiciese la supervivencia, los dependientes serían un 28,5% de la población de edad, lo que supondría una evolución con un crecimiento muy moderado, similar al experimentado en los años recientes. De esta





AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 5

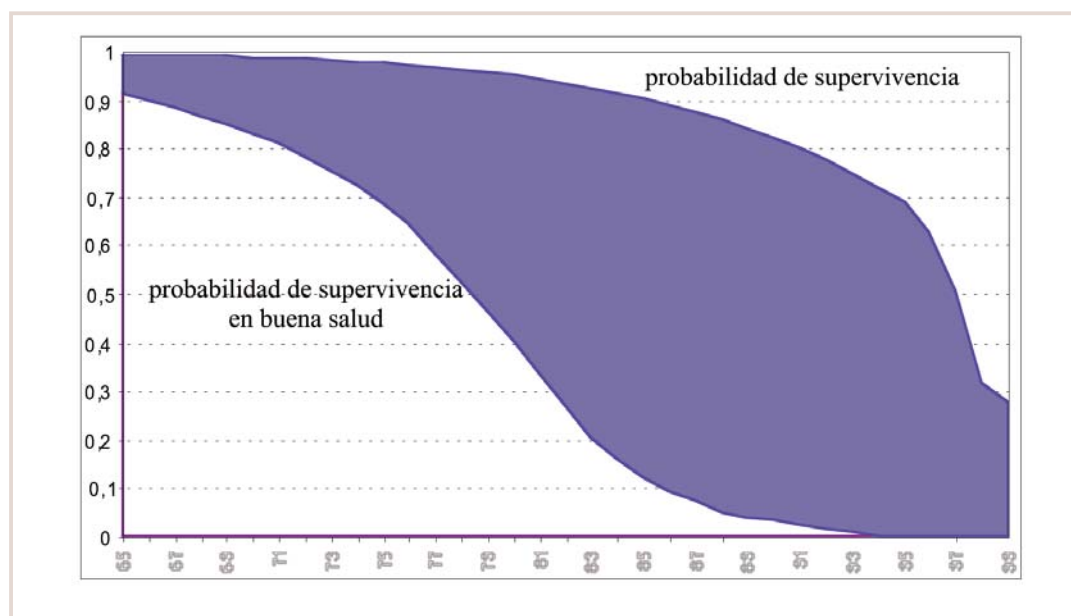


Figura 4.13

forma en el año 2010 nos encontraríamos con un colectivo de 2.177.786 personas mayores que necesitaría algún tipo de ayuda para mantener su autonomía y una mínima calidad de vida en la vejez.

En este escenario los mayores con una dependencia muy grave superarían ya los trescientos mil individuos (308.959), la dependencia moderada habría alcanzado a 730.953 mayores, y en una situación de dependencia leve se encontrarían 1.137.874 personas de edad.

En estas circunstancias nos encontraríamos una población mayor dependiente relativamente joven (dentro del envejecimiento inherente a su aparición a edades tan avanzadas). Por un lado la estabilización de la supervivencia a edades avanzadas, que no aumenta los grupos de población de más edad, pero sobre todo una incidencia mayor a todas las edades de la dependencia, aumentaría la presencia de dependientes jóvenes en este escenario, apreciándose notablemente su aumento a partir de la setentena (figura 4.12).

En estas circunstancias el número de años vividos en mala salud aumentaría notablemente, situándose en el año 2010 en torno a 8,64 (figura 4.13). Período en mala salud que probablemente aparecería en la biografía con relativa celeridad, durante la década de los setenta años, y que habría afectado ya a una gran parte de la población antes de mediados los 80 años.

Escenario 6

Pero no deja de ser posible que las cosas sigan como han venido desarrollándose hasta la fecha: la mortalidad no ha dejado de descender, y aunque a un ritmo lento, esta tendencia podría continuar produciéndose en la próxima década. Este aumento de la supervivencia se ha visto acompañado de un aumento de la dependencia que, de la misma forma, ha sido discreto pero constante. Si dichas ten-

POBLACIÓN MAYOR, Y POBLACIÓN MAYOR DEPENDIENTE EN 2010, POR EDAD (%). ESCENARIO 6

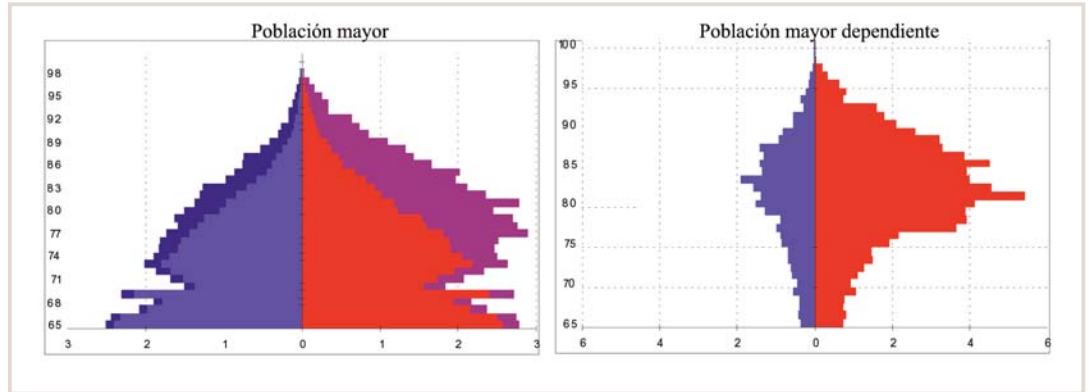


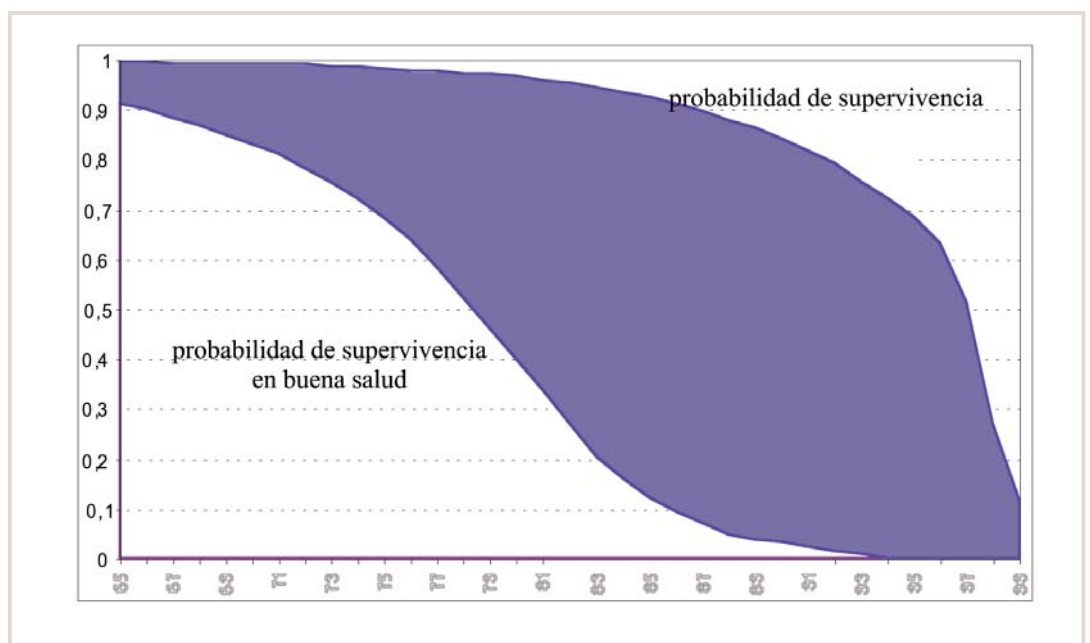
Figura 4.14

dencias se mantuviesen hasta el año 2010, con un ritmo ligeramente menor al que han registrado hasta la fecha, nos encontraríamos con el último de los escenarios planteados.

En dicho supuesto en el cercano año 2010 tendríamos 2.352.797 mayores con necesidades importantes en cuanto al mantenimiento de su autonomía e independencia, cifra que representaría un 29,4% de la población mayor. *Un escenario no tan lejano, en el que simplemente la dependencia y la mortalidad mantengan una evolución como la que han registrado recientemente, supondría prácticamente duplicar la población mayor dependiente, siendo un escenario ya muy cercano a una pandemia.*

En esta situación, una población de 1.229.316 individuo necesitaría alguna ayuda para mantener su independencia, aunque le bastaría con una ayuda semanal; 789.694 mayores necesitarían una

AÑOS VIVIDOS EN MALA SALUD, POR EDAD. ESCENARIO 6





ayuda diaria, y llegarían a ser 333.788 los ancianos que tuviesen problemas graves de autonomía y requiriesen cuidados durante más de tres horas diarias.

En este escenario la población dependiente aumenta mucho desde edades relativamente jóvenes debido al aumento de la entrada en dependencia en todos los grupos de edades. Pero también aumentarían los dependientes más mayores debido al descenso de la mortalidad a edades avanzadas. Debido a ello el rasgo más notable de la estructura por edades sería que se suavizaría un poco la concentración de los dependientes (mejor de las dependientes) entre los 75 y los 85 años. La dependencia en la vejez se distribuiría en mayor medida, gracias a una entrada más prematura y a una mayor duración (figura 4.14).

El resultado de esta combinación de dependencia creciente y mortalidad decreciente, son muchos años vividos sin salud y con una calidad de vida muy degradada entre las personas mayores. En un futuro inmediato, y en un escenario no muy improbable, en el que se mantuviesen las tendencias recientes, las personas mayores podrían llegar a vivir una media de 9,34 años con mala salud (figura 4.15).

4. 4. EL PERFIL DE LOS MAYORES DEPENDIENTES EN EL AÑO 2010

No sabemos cómo serán los mayores dependientes del futuro inmediato. Pero sí sabemos a qué perfil responden los mayores en la actualidad, y cuáles son aquellas características que se puede esperar que cambien en el horizonte del año 2010, en función de cuál ha sido su evolución para las generaciones inmediatamente más jóvenes. Contando con la combinación de todo ello vamos a intentar acercarnos al perfil de los mayores dependientes en el año 2010, en cualquiera de los escenarios.

En 1997, de cada cien dependientes muy graves, setenta eran mujeres (figura 4.16). El envejecimiento ha sido un fenómeno marcado por el género y lo seguirá siendo en el futuro inmediato. Durante el siglo XX creció más la esperanza de vida de las mujeres que la de los hombres gracias a una mayor reducción de la mortalidad femenina, aunque a largo plazo se espera que esta tendencia cambie de sentido, en el 2010 habrá aumentado más la supervivencia femenina que la masculina. Consecuentemente en las edades más avanzadas encontraremos más mujeres que hombres, y por lo tanto, serán ellas las más afectadas por la discapacidad y la dependencia. Las mujeres mayores viven solas más tiempo, con menos recursos, y no se jubilan porque no se contempla jubilación para las tareas domésticas, estando muy lejos de ser inactivas (Ariño Villarroya, 1995; Durán, 1999).

Si cuando hablamos de dependientes hablamos de mujeres mayores de setenta y cinco años, entonces hablamos también de viudas en la mayor parte de los casos. La mayoría de los dependientes están casados en la actualidad y es de esperar que esta distribución se mantenga en el futuro inmediato, debido a la mayor presencia de dependientes leves y moderados entre los más jóvenes, edades en las que todavía se conserva presente la pareja. Sin embargo, entre los dependientes graves, que son los de más edad en la mayor parte de los casos, en la actualidad más de la mitad son viudos, más concretamente viudas. Esta situación se agravará en los escenarios 2, 4 y 6 debido al envejecimiento de la población dependiente en estos supuestos.

EL PERFIL DEMOGRÁFICO DEL DEPENDIENTE

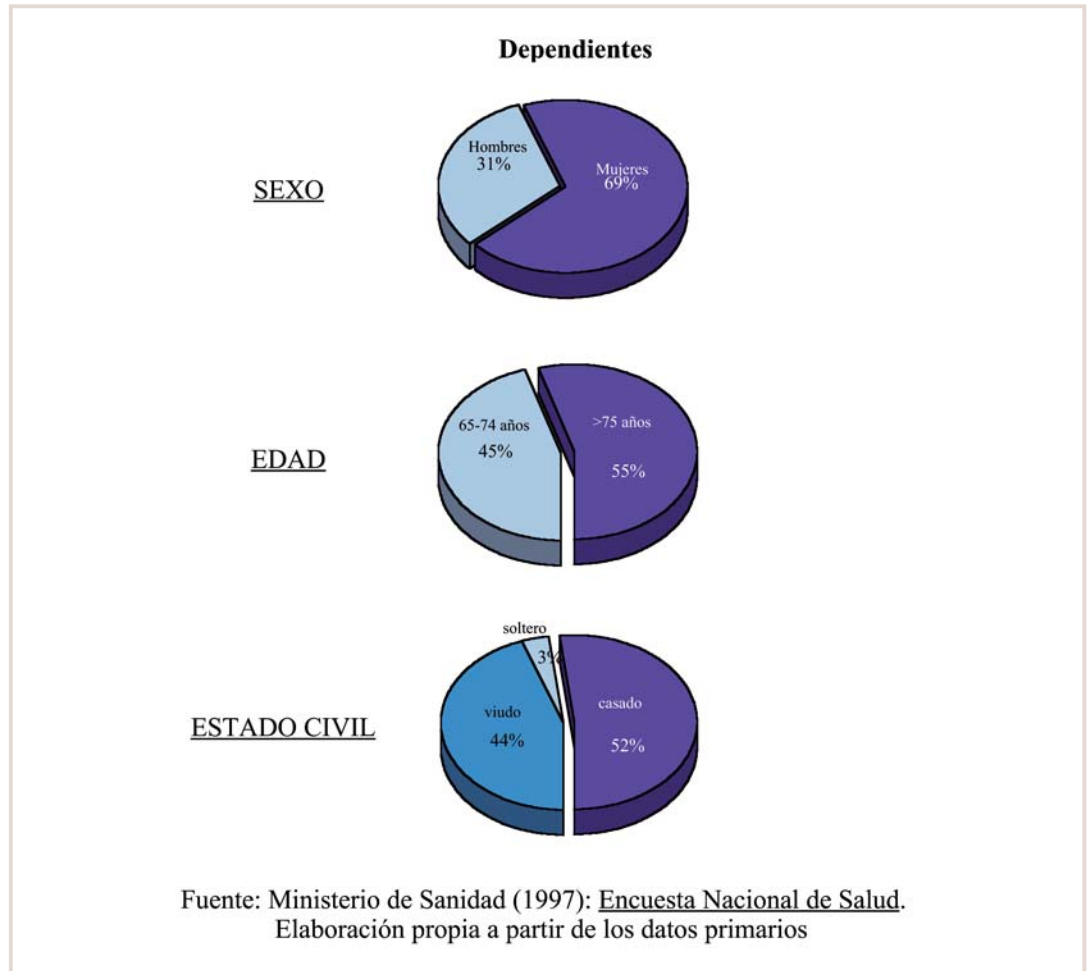


Figura 4.16

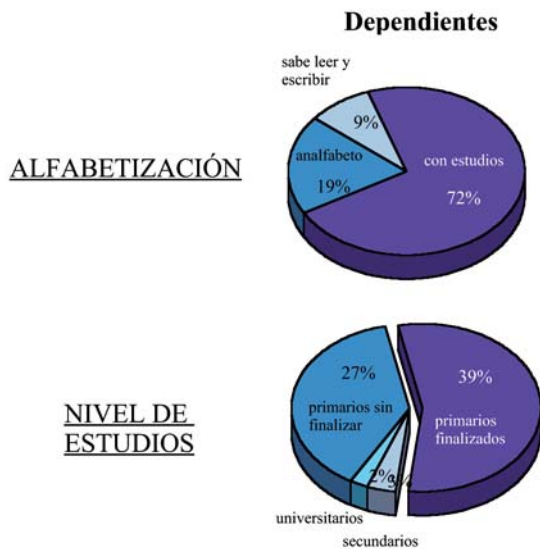
La mayor parte de la población dependiente cuenta en la actualidad, con estudios primarios (finalizados o no), aunque en un porcentaje menor que la población total (figura 4.17). En un futuro inmediato la población mayor, como hemos visto, experimentará una mejora en sus *niveles educativos* (tabla 4.3). Aunque una educación reducida arroja un riesgo elevado de dependencia, por lo que ésta está más presente entre los que tienen unos niveles de instrucción bajos, probablemente en el futuro cercano también la población dependiente muestre unos niveles de instrucción ligeramente más elevados. En el 2010, la población mayor dependiente contará mayoritariamente con estudios primarios finalizados, habiendo aumentado asimismo el número de aquellos que pudieron acceder a la secundaria.

La *ocupación* desempeñada entre los mayores dependientes actuales fue mayoritariamente la de obrero no cualificado, frente a una mayor presencia de los obreros cualificados entre los no dependientes, entre los que también tienen una mayor representación los mandos intermedios y administrativos, y los empresarios, profesionales y autónomos (figura 4.18).

Pero en las próximas generaciones de mayores se producirá una evolución clara (tabla 4.4) en los



EL PERFIL EDUCATIVO DEL DEPENDIENTE

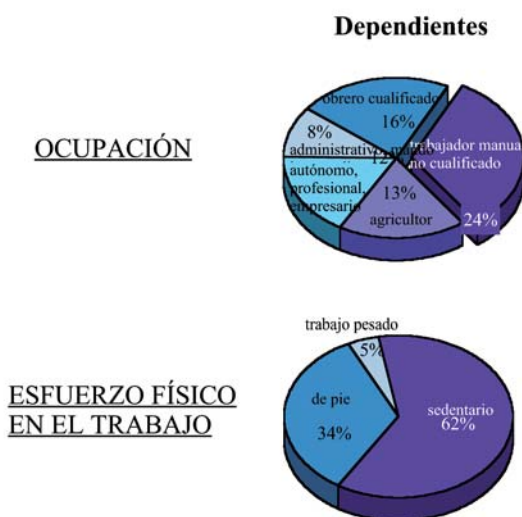


Fuente: Ministerio de Sanidad (1997): Encuesta Nacional de Salud.
Elaboración propia a partir de los datos primarios

Figura 4.17

perfiles profesionales. La presencia relativa de los que se dedicaron a tareas agrícolas se reducirá a menos de la mitad en tan sólo tres generaciones, evolución sólo comparable al aumento de los profesionales, empresarios y autónomos, cuya presencia se duplicará en un período de diez años, y al

EL PERFIL LABORAL DEL DEPENDIENTE



Fuente: Ministerio de Sanidad (1997): Encuesta Nacional de Salud.
Elaboración propia a partir de los datos primarios

Figura 4.18

EVOLUCIÓN DEL ESTATUS SOCIAL ENTRE LAS PRÓXIMAS GENERACIONES DE MAYORES (%)

<i>Estatus Social</i>	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
medio o alto	10,5	24,2	30,7	39,7
medio-bajo	77,3	60,3	56,8	47,3
bajo	12,2	15,1	12,2	12,7
ns/nc	0,0	0,4	0,3	0,3

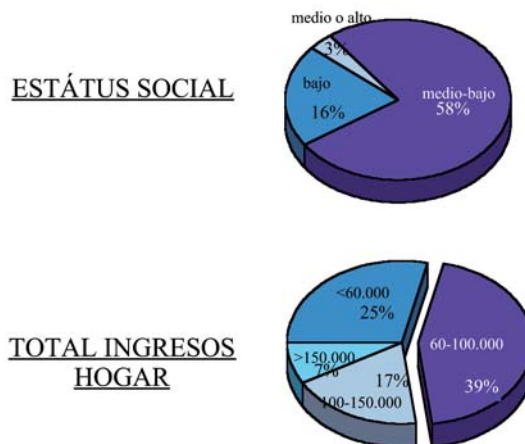
Tabla 4.8

fuerte aumento también sufrido por los administrativos y mandos intermedios. Esta evolución probablemente también deje huella en el perfil de la población mayor dependiente en el año 2010, entre la que encontraremos con una mayor presencia a aquella población, creciente para las próximas generaciones de mayores, que ha desempeñado tareas fundamentalmente sedentarias durante un largo período activo.

La población dependiente se encuentra mayoritariamente en un *estatus social* medio-bajo, siendo mayor el porcentaje de población en un estrato social bajo entre los dependientes graves. Esta distribución actual se corresponde en gran medida con la distribución mostrada entre la población mayor global.

Pero las generaciones que en la próxima década entrarán en la vejez habrán accedido en mayor medida a situaciones sociales más ventajosas (tabla 4.8). Ello afectará a la estructura social de la población dependiente, aunque no en la misma medida que a la población mayor global. Los mayores

PERFIL SOCIO-ECONÓMICO DE LOS DEPENDIENTES



Fuente: Ministerio de Sanidad (1997): Encuesta Nacional de Salud.
Elaboración propia a partir de los datos primarios



dependientes mayoritariamente seguirán perteneciendo a un estatus social medio-bajo, pero serán más los pertenecientes también a estratos sociales medio-altos o incluso altos.

Las características relativas al *estado de salud* en el futuro cercano será muy similar al que presentan los mayores dependientes actuales. La mayoría de los dependientes se encuentran tan sólo regular (41%), y entre los dependientes muy graves los que se encuentran regular o mal sobrepasan el 70%. A pesar de ello, la mayoría presenta tan sólo una enfermedad crónica diagnosticada, e incluso un 20% ninguna (figura 4.20.). Por otra parte, la medicalización probablemente seguirá siendo una circunstancia relativamente extendida en la vejez, tanto entre los mayores autónomos como entre los más vulnerables.

Sin embargo, el encamamiento parece revelarse como la consecuencia de un episodio de enfermedad o malestar pasajero, no necesariamente asociado a una discapacidad permanente, dado que

EL ESTADO DE SALUD DE LOS DEPENDIENTES

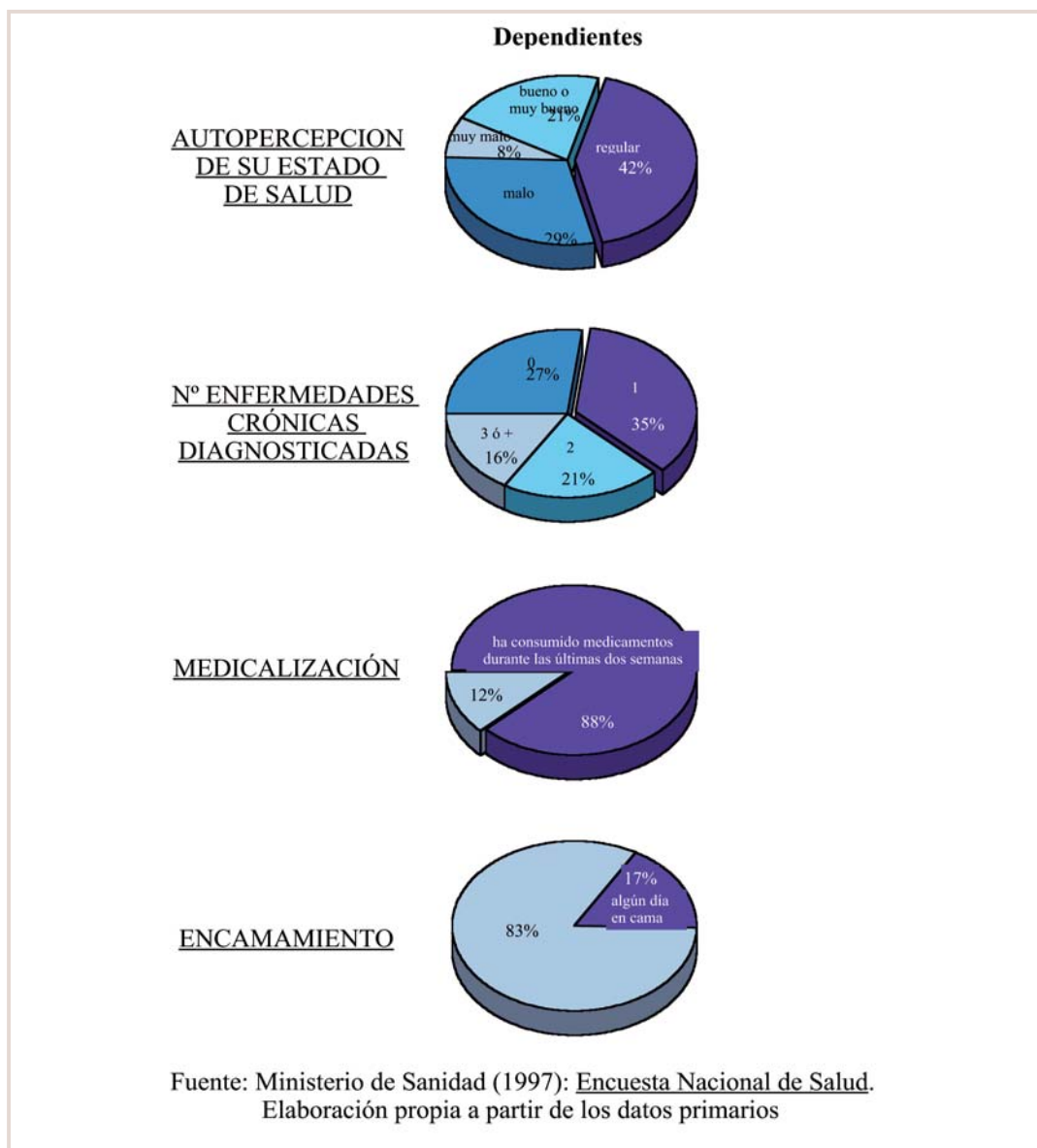


Figura 4.20

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE

<i>Estado de salud</i>	Población		grados de dependencia		
	Total	Dependiente	leve	moderada	grave
días en cama durante las últimas dos semanas(media)	4,2	5,4	5,2	5,1	6,2
Características fisiológicas					
Peso (medio)	70,8	70,9	69,9	71,6	73,5
Altura (media)	162,2	160,1	159,7	161,2	158,6

Tabla 4.9

tan sólo un 17% de los dependientes declaran haber guardado cama algún día recientemente, aunque ya no lo es tanto en el caso de los dependientes graves, entre los cuales un 30% ha guardado una media de seis días de cama durante las últimas dos semanas. Respecto al peso y la altura, éstos se corresponden con los de la población en general, observándose un aumento de peso entre los dependientes graves, que se corresponde con un descuido de la dieta alimenticia, y con un menor nivel de movilidad, e incluso una menor actividad física o una situación de encamamiento (tabla 4.9).

Por lo que respecta a los *hábitos de vida* desarrollados, la mayoría de la población mayor dependiente actual nunca ha fumado, lo que se corresponde con la mayor representación femenina en este colectivo, y tampoco son consumidores habituales de licores o combinados alcohólicos, pero sí consumen vino de manera habitual, aunque en menor medida que la población no dependiente³ (figura 4.21).

Estas circunstancias cambiarán entre los mayores dependientes del año 2010 (tabla 4.10). La población fumadora puede llegar a duplicarse en el margen de tres generaciones, porcentaje que se incrementará todavía en mayor medida entre la población mayor dependiente. El hábito del consumo de alcohol diariamente descenderá, pero aumentará su consumo semanal o quinquenal, tanto respecto a vinos, cervezas y aperitivos, como a licores o combinados.

EVOLUCIÓN DE HÁBITOS DE CONSUMO ENTRE LAS PRÓXIMAS GENERACIONES DE MAYORES (%)

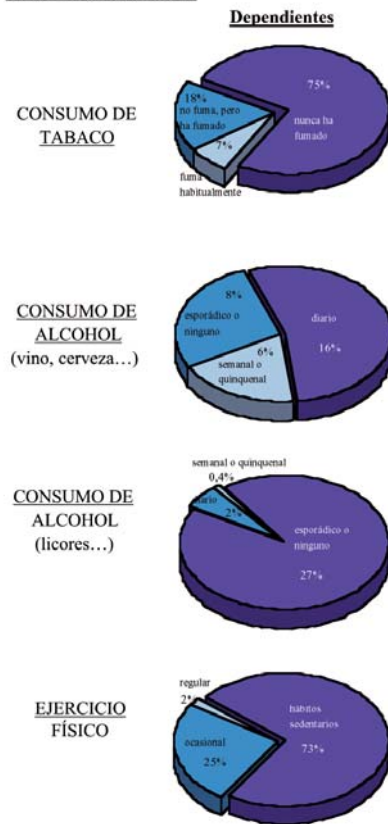
<i>Consumo de alcohol</i> (vinos, cervezas, aperitivos)	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
nada o esporádico	22,6	21,7	22,8	19,4
semanal o quinquenal	25,7	28,5	27,9	32,3
diario	51,7	49,8	49,3	48,3
<i>Consumo de alcohol</i> (licores, combinados)	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
nada o esporádico	88,2	79,0	83,1	75,6
semanal o quinquenal	9,0	14,6	14,3	19,4
diario	2,8	6,4	2,6	5,0

Tabla 4.10

³ No se representa la distribución del consumo de alcohol entre los dependientes graves, debido a que la baja respuesta a estas cuestiones reduce enormemente la muestra para este colectivo, perdiendo esta significación.

HÁBITOS DE CONSUMO Y ESTILO DE VIDA DE LOS DEPENDIENTES

El perfil del dependiente



Fuente: Ministerio de Sanidad (1997): Encuesta Nacional de Salud.
Elaboración propia a partir de los datos primarios

Figura 4.21

Finalmente, los mayores, dependientes y no dependientes, declaran una escasa práctica de ejercicio físico, adoptando comportamientos básicamente sedentarios prácticamente en su totalidad. Estas circunstancias no cambiarán para la población mayor dependiente en el año 2010. Por el contrario, la población mayor que practica algún ejercicio físico con regularidad descenderá para las próximas gene-

EVOLUCIÓN DE LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO ENTRE LAS PRÓXIMAS GENERACIONES DE MAYORES (%)

Ejercicio físico	Grupo de edad			
	60-64	55-59	50-54	45-49
sedentario	47,4	56,0	49,2	47,7
ocasional	41,3	35,9	43,1	47,3
regular	11,3	8,1	7,4	5,0
ns/nc	0,0	0,0	0,3	0,0

Tabla 4.11

raciones (tabla 4.11). Como es de esperar, en aquellos casos más graves, con mayores dificultades para la movilidad, y una mayor presencia de situaciones de encamamiento, las posibilidades de ejercicio físico prácticamente desaparecen.

Convivencia y estructura de hogar de los dependientes

Los mayores no dependientes viven en su mayoría con su cónyuge (47%), tras la salida del hogar de los hijos (tabla 4.12.), o con su cónyuge e hijos (18%) si éstos todavía no se han emancipado. Este hecho se corresponde con una menor presencia de la dependencia en las edades más jóvenes en las que la pareja todavía se mantiene intacta, e incluso en muchos casos los hijos todavía no se han emancipado, por lo que se mantendrá en el futuro cercano. Tras la viudedad un 15% viven solos y un 12% con sus hijos, pero en la mayoría de los casos en su propia casa (10%), lo que hace pensar en situaciones en las que la viudedad ha roto la pareja, pero los hijos continúan en el hogar paterno más por retraso de la emancipación, que por una reunificación familiar para paliar posibles problemas de soledad o necesidad de ayuda.

En este sentido, el escenario cambiará mucho en el caso de los hogares de los mayores dependientes. Las edades de mayor incidencia de la dependencia han sufrido también una mayor mortalidad especialmente masculina, por lo que la presencia de la viudedad es mucho mayor. Pero ocurre que en

ESTRUCTURA DE HOGAR DE LOS MAYORES DEPENDIENTES, ESPAÑA

	Dependientes	No dependientes
Solo/a	12,5	14,8
con su pareja	29,0	46,5
con su pareja e hijos		
total	10,6	17,6
en su casa	8,2	16,3
en casa de sus hijos	2,4	1,3
con sus hijos		
total	35,9	12,3
en su casa	18,5	9,6
en casa de sus hijos	17,4	2,7
con otros familiares		
total	7,9	5,6
en su casa	4,3	4,3
en casa de sus familiares	3,6	1,3
con empleado/a del hogar	1,3	0,1
nº medio de miembros	4,6	3,5
nº medio de miembros mayores de 65 a.*	2,0	2,2
Residencia de los hijos (multirrespuesta)		
% algún hijo vive en la misma localidad	55,3	53,0
% en la misma localidad y al lado o muy cerca	13,5	14,4
% en la misma loc. y cerca o a una distancia media	21,9	29,4
% en la misma loc. y lejos o muy lejos	5,3	4,6
% ningún hijo vive en la misma localidad	17,1	21,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios de las encuestas CIS 2279 (1998), y CIS 2072 (1993).



el momento en el que un mayor necesita ayuda suele verse imposibilitado para seguir viviendo solo, y necesita un apoyo que implica un cambio de lugar de residencia. De esta forma, la mayoría de los dependientes viven con algún hijo (36%), y la mitad de ellos han tenido que abandonar su hogar para desplazarse a casa de sus hijos en busca del apoyo necesario (17%). En esta situación los mayores se encuentran más rodeados de familiares (el número medio de miembros de los hogares de los mayores dependientes es mayor que el de los no dependientes), dado que en el hogar de sus hijos viven todavía sus nietos, aumentando mucho la presión de los cuidados sobre los hijos, con padres e hijos de quién preocuparse.

El porcentaje de solitarios no es mayor que el del resto de los mayores, dado que en una situación de dependencia es muy difícil mantener la autonomía residencial, harían falta unos niveles de renta para proporcionarse cuidados a domicilio muy inhabituales entre la población mayor actual. Pero también hay que señalar que no es mucho menor que el de los que se encuentran bien, lo cual resulta inquietante: hay un 13% de mayores con problemas para cuidar de sí mismos que se encuentran solos. Entre ellos más de la mitad tiene algún hijo que vive en la misma localidad (55%), muy cerca o a una distancia media de su domicilio (35% entre ambas categorías) circunstancia que lógicamente le permite mantener su independencia residencial, siendo mucho más difícil si sus hijos viven lejos de su casa (5%) o incluso en otro municipio (17%), circunstancias que parecen forzar en mayor medida el cambio de residencia del anciano.

Entre los mayores que residen con alguno de sus hijos o familiares, el 70% se ve acogido por una de sus hijas (tabla 4.13.), incluso un porcentaje mayor si el anciano es dependiente y necesita ayuda. La rotación entre las distintas viviendas de sus hijos se produce en escasas ocasiones si el mayor se vale por sí mismo (dado que los mayores lo evitan mientras pueden), mientras el porcentaje es más del doble si el mayor necesita de ayuda. Un 17% de los mayores con problemas, que necesitan alguna asistencia se ven rotando entre las casa de sus hijos en una situación que añade una gran inseguridad y desconcierto a su ya débil estado de salud y frágil autoestima.

ESTRATEGIA RESIDENCIAL DE LOS MAYORES DEPENDIENTES. ESPAÑA 1993

	Dependientes	No dependientes
% rotación de domicilios	17,4	7,2
<u>Sexo del hijo/a o familiar:</u>		
hombre	23,4	28,4
mujer	76,2	70,3
<u>Independencia (disponibilidad de habitación independiente)</u>	90,0	96,0
<u>Aportación económica:</u>		
aporta todos sus ingresos	47,3	36,3
aporta parte de sus ingresos	37,7	49,2
no aporta nada	11,8	12,7
no tiene ingresos	2,0	1,2
<u>% cambió de lugar/ciudad de residencia para estar cerca de los hijos</u>	9,0	4,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos primarios de la encuesta CIS 2072(1993).

Un 85% de las personas mayores que residen con algún hijo o hija realizan alguna aportación económica para su sustento en su nuevo hogar. A diferencia de los no dependientes que también residen con sus hijos, los dependientes mayoritariamente entregan todos sus ingresos a sus hijos a cambio de su ayuda y asistencia (47%), siendo también mayor el porcentaje de los que sencillamente no tienen ingresos (2%), y sumada a las limitaciones funcionales sufren también una total dependencia económica. Finalmente nos gustaría señalar que la residencia con alguno de sus hijos supuso tener que cambiar la ciudad o, en el mejor de los casos, el barrio en el que vivían para un 9% de los mayores dependientes, un cambio drástico de espacio de vida y relaciones que a estas edades se traduce fácilmente en aislamiento y soledad.

El perfil convivencial que ofrezcan los mayores dependientes en el horizonte del año 2010 dependerá en buena medida de las alternativas de servicios que se les puedan ofrecer en este plazo de tiempo. Si la planificación y la oferta de servicios para la dependencia, tanto desde la administración pública como desde los distintos agentes sociales, no mejora en la próxima década, los mayores seguirán buscando refugio y ayuda en sus familias, mostrando patrones similares a los actuales; pero las familias probablemente se encuentren cada vez más presionadas y con menor capacidad para responder a las demandas que sobre ellas se acumulan.



CAPÍTULO 5

DEPENDENCIA Y CUIDADOS



5. 1. INTRODUCCIÓN

La dependencia no es solamente un fenómeno que afecta a la vejez, sino en cierta medida, puede presentarse en todas las etapas de la vida. De esta forma, por ejemplo, en el periodo de crecimiento, la carencia de autonomía de la persona no es interpretada en clave patológica, porque existen los padres que suplen tal incapacidad, como mínimo hasta el momento en que el niño, transformado en joven y adulto, conquista su autonomía e independencia. Por el contrario, en estas situaciones se considera patológica justamente la incapacidad de los padres de intervenir sobre el niño, como en los casos de abandono o de ausencia de la familia, aunque ciertamente para tales situaciones existen servicios dirigidos a intervenir para restablecer en la mayor



medida posible la “normalidad” o para garantizar la asistencia negada por la familia.

El cuadro de referencia cambia cuando se habla de envejecimiento, es decir cuando se considera la asistencia a los mayores. Nos encontramos ya con numerosas personas que han perdido su autonomía, pero en los casos en los que la familia no se puede hacer cargo de su cuidado, o simplemente no es suficiente, la incapacidad de la sociedad para afrontar el cuidado de estas personas no es considerada en clave patológica ni en términos de culpabilidad. Nuestra sociedad durante muchas décadas ha confiado el cuidado de los dependientes más jóvenes (niños) a las madres. Pero una sociedad envejecida ha de preocuparse por el cuidado de la dependencia en los dos extremos de la vida: los más jóvenes y los más mayores.

Cuidar es el acto de proveer asistencia o ayuda a una persona necesitada, miembro de la familia, amigo o cliente, con la finalidad de permitirle mantener un nivel óptimo de independencia. Ninguna institución social tiene la única competencia en esta provisión, y como resultado en la actualidad no existe una clara división entre la asistencia provista por miembros de la familia o amigos, servicios privados de pago existentes en el mercado, y un estado proveedor o subvencionador (Soldo & Freedman, 1994).

Los operadores con capacidad para dar respuesta a los distintos tipos de servicios y actividades solicitados, son la administración pública, las organizaciones no lucrativas, las empresas de servicios y las familias. Cada uno de ellos puede proveer financiación o cuidados, o ambas cosas en distinta medida (como se refleja en la tabla 5.1), complementándose entre sí en muchas ocasiones.

Las personas mayores pueden buscar la ayuda de algún miembro de su familia, pueden buscar servicios en el mercado privado de cuidados y en tecnologías asistenciales (teleasistencia...), o buscar las posibilidades de ayuda disponible para ellos en los limitados programas públicos. La familia puede responder a una necesidad de cuidados mediante una transferencia de tiempo, es decir ofreciendo cuidados personales, o financiando esos cuidados en el mercado, mediante una transferencia de dinero. El mercado puede ofrecer opciones tanto de servicios como de financiación, aunque son las primeras las que están más desarrolladas en la actualidad.

La respuesta estatal a las necesidades de cuidados personales se limita a una oferta reducida de servicios sociales, que en nuestro país es prácticamente marginal, y a la posible subvención de servicios en el mercado que se está implantando en algunos países europeos. A medida que avanza la gra-

LOS CUIDADOS PARA LA DEPENDENCIA: FORMAS Y AGENTES DE PROVISIÓN

transferencias	sectores		
	familia	mercado	estado
provisión de cuidados (tiempo)	cuidado informal	cuidados formales mediante proveedores de pago	servicios asistenciales locales
financiación de servicios (dinero)	financiación de transacciones de mercado mediante el pago directo a proveedores	seguros de cuidados de larga duración o dependencia	subvención de transacciones de mercado mediante seguros de dependencia
espacio	convivencia	alojamiento colectivo	alojamiento colectivo

Tabla 5.1

vedad de la dependencia, y por lo tanto la intensidad y duración de los cuidados, éstos entran en una lógica de sustitución de transferencias de servicios, por lo tanto de tiempo, por transferencias de dinero. A medida que los cuidados requieren más y más tiempo, tiempo muy limitado en muchas familias españolas en la actualidad, tienden a ser sustituidos por la financiación de los mismos, en un mercado más o menos reglado. En estas situaciones se produce una sustitución de la provisión de cuidados por parte de la familia hacia el estado o el mercado de servicios (lucrativo o no), de forma que en muchas ocasiones son tan sólo las situaciones más graves las que se hacen visibles en el mercado de servicios formales.

5. 2. LOS SERVICIOS FORMALES PARA LA DEPENDENCIA

La ayuda formal es el conjunto de servicios provistos por entidades y organizaciones, de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro, y por personas que trabajan por su cuenta de forma remunerada, para cubrir las necesidades de los mayores dependientes, en su hogar, en la comunidad o en una institución. *Los cuidadores formales atienden aproximadamente a un 10% de las personas mayores con necesidades en España.*

De un total de 369.461 usuarios de los servicios sociales públicos (registrados en el Sistema de Identificación de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) entre los años 1994 y 2000), 136.589 eran hombres y 202.001 mujeres. En su mayoría acuden a los servicios sociales comunitarios los mayores de 70 años, entre los hombres la mayoría de los usuarios se encontraban entre 70 y 80 años, y las mujeres tenían mayoritariamente entre 70 y 90 años (tabla 5.2) debido a su mayor longevidad. La mayoría de estos mayores acudieron a su centro de servicios sociales en busca de Información y orientación (47,3%), Ayuda a Domicilio (26,6%) y Ayudas Económicas (13,2%).

Pero los servicios sociales públicos en la mayoría de los casos sólo alcanzan a proveer ayuda a una población marginal: muy mayor, en una situación de soledad, y con muy escasos recursos económicos. Entre las personas mayores que reciben alguna ayuda a domicilio pública, más de un 23% tienen más de 85 años, manteniendo un alto porcentaje hasta los 75 años (17%), que desciende a partir del límite de setenta años, (un 7% tienen entre 65 y 70 años). Un 46% de los mismos son viudos

ESTRUCTURA POR EDADES DE LOS USUARIOS MAYORES DE LOS SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS. ESPAÑA, 1994-2000

Edad	Hombres		Mujeres	
66-70	9.770	7,15%	16.038	7,94%
71-80	14.735	10,79%	26.873	13,30%
81-90	7.322	5,26%	19.015	9,41%
91-100	1.707	1,25%	4.903	2,43%

Fuente: Memoria del Sistema de Identificación de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS), 2000.



o viudas, y un 39% casados, siendo muy reducidas las restantes categorías. Entre los usuarios de ayuda a domicilio casi el 50% son familias unipersonales (49,3%), mientras que el grupo de más de cuatro miembros no alcanza el 10%.

Pero la mayor parte de la ayuda formal recibida por los mayores dependientes no es provista por los servicios sociales públicos, ni tampoco por organizaciones no lucrativas o empresas de servicios asistenciales. *La mayor parte de los mayores dependientes atendidos por servicios formales están a cargo de empleados del hogar (figura 5.1), mientras que los servicios sociales públicos sólo cubren la situación de un 3% de las mismas, y el voluntariado no alcanza al 1%. Este servicio doméstico, en buena parte nutrido por flujos inmigratorios, que está proveyendo a los ancianos de un tiempo del que en muchos casos las familias no disponen, merecería una mayor atención, muy especialmente en cuanto a los recursos formativos se refiere.*

Si bien el cuidado implica una complejidad profesional extraordinaria parece existir una cierta inercia hacia la invisibilidad de estas prácticas, como si surgiesen de la espontaneidad de quién la provee, no ofreciesen dificultades, y además no requiriesen de un conocimiento especializado. Los cuidados asistenciales están subestimados, probablemente fruto de una fuerte estratificación laboral, y las consecuencias de esta situación las sufren los ancianos necesitados de estas prácticas. *Es preciso pensar seriamente en las necesidades formativas de un colectivo profesional que se está haciendo cargo de forma creciente del cuidado de la dependencia en la vejez.*

Los servicios formales dirigidos a la población dependiente y ofrecidos por administración y organizaciones lucrativas o no, se concretan en servicios de ayuda a domicilio, de teleasistencia o telealarma, centros de día, estancias temporales, o servicios de respiro, programas de adaptación de la vivienda, sistemas alternativos de alojamiento y servicios institucionales como las residencias de mayores, o los hospitales de media y larga estancia.

El *Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)* ha sido definido como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador. En él se articulan un conjunto de servicios que van desde la atención personal y doméstica, hasta el apoyo psicosocial y familiar, y las tareas relacionadas con el entorno, todo ello prestado en el domicilio de una persona mayor dependiente. El SAD se presta fundamentalmente por iniciativa de las administraciones locales, y su administración y gestión suele correr a cargo de organizaciones no lucrativas, empresas mercantiles o cooperativas de servicios, con quienes los ayuntamientos suscriben conciertos de servicios. La prestación directa de los servicios suele ser realizada por auxiliares de atención domiciliaria, *profesión sin contenido formativo que recibe una formación muy diversificada y con desigual calidad, impartida generalmente por la institución que facilita el servicio.*

En cuanto a la intensidad del servicio casi nunca se superan las 10 horas semanales, situándose en torno a las 4 el promedio de horas de atención a la semana. El Plan Gerontológico establecía una cobertura del 8% para finales de la década de los 90, pero se estimó que en 1998 alcanzaba tan sólo una cobertura del 1,82% de los mayores de 65 años (Imsero, 2000), lo que supone que si se quiere conseguir el objetivo de “envejecer en casa” habría que hacer un importante desarrollo del SAD. El coste aproximado es de 1.500-1.600 pts/hora, y en algunas comunidades el usuario participa en el copago. *Iniciativas pioneras de algunas administraciones locales han extendido el SAD a una cober-*

**LOS CUIDADORES PRINCIPALES, SEGÚN SU RELACIÓN CON EL DEPENDIENTE.
ESPAÑA, 1998**

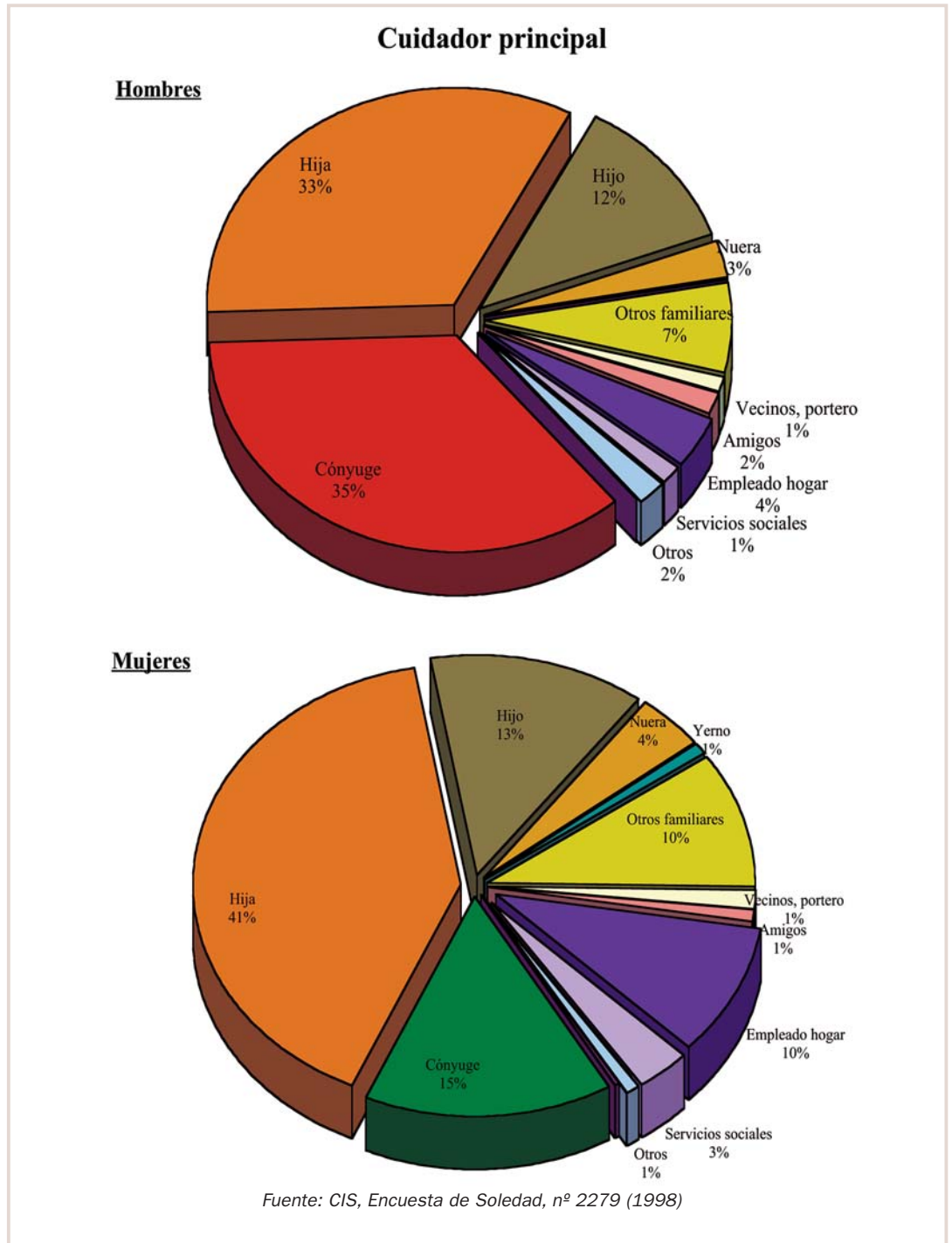


Figura 5.1

tura universal, estableciendo unas cuotas de copago por los usuarios progresivas en función de su nivel de renta, alcanzando un 95% en los casos de rentas más altas.

El servicio de teleasistencia aporta seguridad y tranquilidad, sobre todo para personas mayores que viven solas. Es un servicio de vigilancia que pretende retrasar la institucionalización que puede no



ser necesaria. El Plan Gerontológico establece una ratio del 12,5% de las personas mayores que viven solas. El porcentaje de usuarios de teleasistencia es aún muy bajo 0,78% sobre el total de mayores (Imsero, 2000), algo más alto si se relaciona el número de usuarios con el conjunto de personas dependientes, y es utilizado fundamentalmente por mujeres (73% de media), debido a que son la mayor parte de la población solitaria, por la mayor viudedad femenina. Su precio alcanza unas 37.000 pts/usuario/año, siendo uno de los recursos mejor valorados por los mayores.

Los *centros de día* se definen como un recurso socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores afectadas por algún grado de dependencia. La implantación de este servicio es reciente por lo que el número de centros puestos en marcha tanto desde la iniciativa pública como privada es poco significativo. Aunque el Plan Gerontológico no estableció índices de cobertura se recomienda disponer de dos plazas por cada cien personas mayores de 75 años. En España en 1998 existían 329 centros de día para personas dependientes, con 7.103 plazas, con elevado coste (entre 750.000 y un millón de pts/año), y con el copago como fórmula habitual.

Las *estancias temporales* en centros residenciales facilitan la estancia en un centro residencial durante un periodo no superior a 60 días. Es un servicio que también sirve de apoyo familiar al igual que el de un centro de día, al cumplir una función de alivio para los cuidadores (se conocen también como servicios de respiro), al tiempo que favorecen la permanencia de la persona mayor en el entorno familiar y evitan la institucionalización definitiva. El Plan Gerontológico establece la reserva de al menos un 2% de las plazas en las residencias dependientes de la administración, destinadas a este fin.

Los *programas de adaptaciones de la vivienda* tienen como objetivo dotar a la vivienda ocupada por una persona mayor de las adecuadas condiciones de habitabilidad y accesibilidad. Hasta ahora el desarrollo de este tipo de servicios suele llevarse a cabo a través de ayudas de tipo económico para la rehabilitación y adaptación. Aunque existen centros estatales destinados a su promoción (CEAPAT, dependiente del IMSERSO), el impacto de su actuación ha sido hasta la fecha muy limitado.

Los *sistemas alternativos de alojamiento* agrupan una gama de alojamientos para personas mayores que por problemas de vivienda, soledad, o pérdida de autonomía se ven obligadas a abandonar su domicilio. Algunas de las modalidades son: viviendas tuteladas, viviendas comunales, minirresidencias, acogimiento bajo diversas fórmulas... Su grado de implantación no es todavía significativo en España, aunque el Plan Gerontológico establecía un ratio del 1% de los mayores de 65 años.

Los *servicios institucionales* están constituidos básicamente por residencias, aunque otro tipo de servicios minoritarios son centros socio-sanitarios, u hospitales de media y larga estancia. La clasificación general distingue entre plazas residenciales para “válidos” y “asistidos”, siendo mayoritarias las primeras, pero se está produciendo un proceso de reconversión de las plazas para “válidos” impuesta por la evidencia de una progresiva pérdida de la capacidad funcional de las personas que las ocupan. En cuanto a su cobertura los datos disponibles ofrecen una cifra de 198.358 plazas residenciales en 1998, es decir un 3,2% de la población mayor, de ellas un 32,5% pertenece al sector público, repartiéndose la titularidad del resto entre la iniciativa privada con ánimo de lucro y las organizaciones no gubernamentales.

De acuerdo con los estándares generalmente aceptados por distintos planes gerontológicos deberíamos disponer de plazas residenciales asistidas para un total de 3,5% del total de mayores de 65 años, así como de cantidades similares de plazas de centros de día, de apartamentos tutelados, y de capacidad de atención domiciliaria, *poniendo más énfasis en la ayuda domiciliaria puesto que este sistema permite que las personas continúen residiendo en su propio domicilio, sin que tengan que separarse de su entorno físico y afectivo más inmediato*. Todo ello supone que una ciudad de, por ejemplo, 200.000 habitantes debería disponer de unas 100 plazas residenciales asistidas y de volúmenes similares de capacidad de atención en centros de día, viviendas tuteladas y ayuda domiciliaria. En los casos de las residencias, centros de día y apartamentos tutelados, con una dimensión óptima cercana a las 60 plazas por unidad operativa (Serra Martín 1998), *la localización de estos equipamientos debe ser cercana a la estructura social y familiar de referencia del usuario*.

Respecto a la producción de los servicios, solo el 0,2% de los mayores dicen ser atendidos por voluntarios (de Cáritas, de la Parroquia, de Cruz Roja y otras asociaciones). La respuesta directa de las diferentes administraciones públicas al dependiente aún es baja (2,6% de los dependientes reciben ese tipo de ayuda). Y entre un 7 y un 8% de los dependientes han de “comprar” en el mercado la ayuda, bien de forma exclusiva o bien, generalmente, como complemento de la ayuda informal que presta algún familiar.

Se ha de distinguir entre la provisión y la producción de servicios para la dependencia. *Las administraciones públicas deberán crecer al menos como proveedores, garantizando el acceso a los mismos para sectores muy amplios de población*. Tienden en cambio cada vez más, a externalizar la producción de estos servicios, buscando la especialización de entidades no lucrativas y empresas. En algunos países europeos se está avanzando en las estrategias de financiación de los servicios, evolucionando de la financiación del recurso (financiación por presupuesto, concertación de plazas) a la financiación de la necesidad (cheque servicio, seguro de dependencia). Derivado de estos nuevos planteamientos se amplía la presencia de los operadores no lucrativos y empresariales como proveedores y productores de servicios de bienestar. Otro factor que incrementa esta tendencia es el aumento de la renta disponible de las familias y la incorporación de la mujer al mundo laboral, que puede producir un cambio significativo en los hábitos de consumo de los ciudadanos; aunque en la actualidad la accesibilidad de los mayores a estos servicios mercantilizados sigue siendo limitada, debido a su escasa capacidad de compra.

Otro de los grandes inconvenientes en la prestación de servicios para la dependencia, es que éstos en la actualidad se presentan *muy fragmentados*: diversidad del contenido de sus prestaciones (sanitarias, socio-asistenciales, recreativas...), diversidad de su naturaleza jurídica (públicos, privados lucrativos, privados no lucrativos...). Así, cada servicio desarrolla una aproximación y sus operadores se limitan a garantizar prestaciones. En la práctica existen verdaderos conflictos entre un servicio y otro, la pretensión de un servicio de ser competente para una necesidad y no para otra es difícilmente sostenible frente al anciano, que siempre presenta al mismo tiempo varias necesidades. La situación se complica aún más cuando cada uno de los servicios pertenece a entes de distinta naturaleza (ayun-



tamiento, sistema sanitario nacional, organizaciones no lucrativas, etc.). *La oferta de la empresa privada no parece pretender una aproximación innovadora, sino simplemente repetir la misma lógica del ámbito público.*

5. 3. LOS CUIDADOS INFORMALES DE LA DEPENDENCIA

La familia funciona como refugio y red de apoyo a cualquier edad. La imagen tradicional de la familia que ha llegado hasta nuestros días, es la de un niño a quién proporciona cuidados una joven madre. Esta imagen ya no se corresponde con la realidad en la envejecida sociedad española actual, no sólo hay más mayores que niños, sino que quienes demandan una mayor cantidad de atención y cuidados de la familia son los ancianos. Por otra parte quienes proporcionan esos cuidados ya no son mujeres jóvenes en la plenitud de su fuerza física, sino mujeres de edad intermedia o avanzada.

La ayuda informal es la asistencia aportada a personas dependientes por un miembro de la familia o alguien próximo a la misma (amigos), sin remuneración, sobre la base de relaciones personales estrechas. El 88,9% de los mayores dependientes declaran recibir ayuda desde el sector informal, familiares y amigos que ayudan a un 86% de las mujeres mayores dependientes, pero que llegan a ocuparse del 93% de los casos de los ancianos con necesidades de ayuda (figura 5.1). Esto es debido a que en la mayoría de las situaciones en las que es un varón el que necesita ayuda, éste es atendido por su esposa, generalmente más longeva, pero no necesariamente con mejor estado de salud. Tan sólo un 2,5% recibe ayuda de servicios sociales públicos (3% de las mujeres y un 1% de los hombres mayores), el 7,3% de empleados del hogar remunerados (que llegan a atender a un 10% de las ancianas dependientes), 0,2% del voluntariado y 1,1% de otras personas.

Existe un *perfil bien diferenciado del cuidador*. El perfil es claramente femenino: las mujeres dependientes son cuidadas fundamentalmente por sus hijas (40,6%) (figura 5.1), mientras el marido lo hace en el 15% de los casos. Por el contrario, los varones dependientes son atendidos mayoritariamente por sus mujeres (35,5%), y en gran medida también sus hijas (33,3%). El cuidador suele tener pocos estudios, escasos ingresos (más del 40% no alcanzan las 100.000 pts al mes) y dedicarse a sus labores, debido al mayor porcentaje de mujeres mayores cuidadoras (tabla X en Anexo).

Respecto a la edad de los cuidadores, una parte considerable de los mismos es a su vez una persona de edad (figura 5.2). Es seriamente preocupante comprobar que un 12% de las personas que ayudan a otras tiene más de 70 años, con sus implicaciones de carga, cansancio, falta de preparación e información sobre cómo acometer la tarea, y generalmente con escaso o nulo apoyo de cuidadores secundarios o de servicios sociales. El mayor porcentaje de cuidadores son mujeres entre 40 y 64 años, el salto radical en las tasas de actividad de las generaciones más jóvenes alterará este escenario en un futuro no lejano.

El sector informal está considerado como el “segundo estado del bienestar” (Phillipson, 1997), llegando a hablarse de un “estado del bienestar familiarista” en los países mediterráneos (Pérez Díaz,

CUIDADORES PRINCIPALES, POR SEXO Y EDAD (%). ESPAÑA, 1994

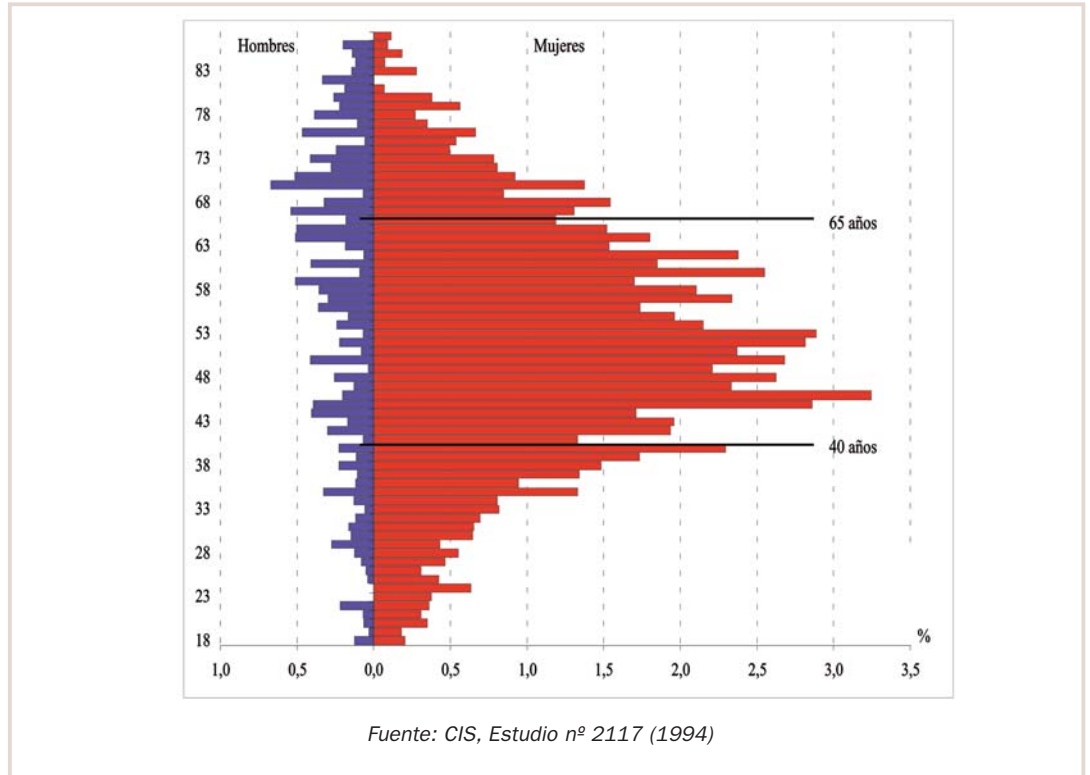


Figura 5.2

1998), por su importancia social, el número de personas implicadas, y su relevancia económica. Si se valorasen y cuantificasen las horas prestadas por los cuidadores a precios de mercado el sector informal podría acercarse a una parte considerable de lo que representa el gasto sanitario (Durán, 1999). Pero esto se olvida con facilidad, y *los ciudadanos suelen ser vistos más como consumidores de los beneficios de un estado benefactor* que como productores de servicios sociales y sanitarios (Milligan, 2000).

En este modelo tradicional la asistencia al mayor necesitado de ayuda es asegurada por la familia, que permanece también como entidad de referencia, cuando son necesarias las ayudas desde el exterior. Incluso en sociedad menos familiaristas que la nuestra, como la norteamericana, numerosos estudios basados en encuestas nacionales usando distintas definiciones de discapacidad y dependencia, encontraron que los cuidados personales recibidos por las personas mayores en situación de fragilidad eran provistos mayoritariamente por familiares sin ningún apoyo o compensación (Branch & Jette, 1983; Stone et al., 1987; Day, 1989), y que la ayuda familiar estaba provista mayoritariamente por personas mayores ellas mismas (McAulley & Blieszner, 1985).

En España, la mayoría de las personas de edad han alcanzado una mayor autonomía que en el pasado respecto a sus familias en términos de recursos económicos, pero no lo han hecho en la misma medida en cuanto a la "autonomía asistencial", incluso en aquellos casos en los que sufren discapacidades graves y se encuentran muy limitados, la ayuda procede de la red familiar (Casanovas



y Marín, 2001). Por ejemplo, entre los enfermos de Alzheimer un 66% de los casos están atendidos por familiares.

La tasa de vecindad local entre miembros de una misma familia es muy elevada en España, y la cercanía aumenta los contactos. Entre los que no conviven con ningún hijo, más de la mitad tiene algún hijo que vive en la misma localidad (54%), muy cerca o a una distancia media de su domicilio (35%) (Rodríguez, 1994; Díez Nicolás, 1996). La nuclearización esconde la pervivencia de una familia extensa modificada que asume funciones asistenciales entre generaciones que no viven bajo el mismo techo (Pérez Díaz, Chuliá, Álvarez-Miranda, 1998). Cuando la independencia residencial ya no puede mantenerse, la familia se convierte en el principal receptor. La edad de 80 años parece una frontera significativa para la independencia residencial, un 47% de los mayores a edades avanzadas pasan a vivir con hijos y nietos (Cabré, 1995; Rodríguez, 1994).

Este modelo familiarista presenta, al menos en teoría, muchos elementos positivos; sin embargo también existen algunos puntos débiles, que justifican la imposibilidad de su sostenimiento en nuestra sociedad. En primer lugar las *condiciones de salud de las que gozan los ancianos dependen de las condiciones socioeconómicas y de las situaciones culturales vividas por la familia de pertenencia*. Esto provoca efectos muy heterogéneos sobre los resultados de calidad de vida de los ancianos, y por tanto situaciones de gran desigualdad. Tampoco se ha de olvidar que *el compromiso de las familias comporta riesgos sobre su propia salud* e interfiere en su vida social y profesional, llegando a acuñarse el término “estrés del cuidador” para designar una patología concreta.

La tabla 5.3 ilustra la sustitución potencial de los cuidados informales por cuidados pagados a medida que progresa la necesidad de ayuda. Un hijo tiene probabilidades de ofrecer cuidados primarios en cualquier situación, pero en el mayor extremo de necesidad un cuidador pagado será probablemente el cuidador principal. Otros cuidadores formales, de pago o no (sistema público, voluntarios...), así como otros familiares o amigos, tiene relativamente bajas probabilidades de ser los cuida-

PROBABILIDADES DE CUIDADO DE VARIOS TIPO DE CUIDADORES, POR NIVEL DE NECESIDAD. EEUU, 1982

	Nivel de necesidad de la madre			
	Solo AVD	1-2 AVD	3-4 AVD	5-6 AVD
Principales cuidadores				
hija/o	0,504	0,424	0,375	0,346
de pago	0,140	0,197	0,287	0,354
otros	0,298	0,309	0,304	0,295
Cualquier cuidador				
hija/o	0,701	0,642	0,652	0,664
de pago	0,222	0,305	0,446	0,575
otros	0,500	0,549	0,614	0,624

Nota: madres con dos hijos, un hijos soltero y una hija soltera.

(1): principal cuidador: definido por las respuestas respecto a la frecuencia y nivel de la ayuda

(2): cualquier cuidador: proveedor de algún tipo de ayuda, que aparezca en cualquier situación en la red de cuidados

Fuente: National Long-Term Care Survey, EEUU 1981 (Macken, 1986). Tomada de Soldo y Freedman 1994

dores principales, sin embargo sí son altas sus probabilidades de proveer algún tipo de ayuda. Una red de cuidados está probablemente construida con los recursos de toda la familia, la red de relaciones, el mercado y otras fuentes de ayuda.

Los gerontólogos hablan de un “nivel de tolerancia” (o “nivel de estrés”) para el cuidado informal, por encima del cual se transfieren responsabilidades a cuidadores formales. Las teorías económicas dicen que cuanto mayor es el valor del tiempo del hijo, más probable es que haga una transferencia de dinero en vez de servicios (Kurz, 1984). Pero existen también teorías que apuntan unas importantes consideraciones, cuando un hijo decide ayudar a un padre, la forma de la transferencia depende no sólo de las necesidades y las posibilidades del padre, y de los costes y las preferencias del hijo, sino también del coste de sustitución en el mercado y las constricciones a las que se ve sometido el hijo, y finalmente, del tipo y volumen de los flujos previos entre hijo y padre.

Dentro de las familias, *el cuidado de los mayores se ha basado hasta el momento en el tiempo y el trabajo de las mujeres*, dada su menor integración en el mercado laboral remunerado, y el tiempo y el esfuerzo requeridos que no permiten en muchos casos su compatibilidad con el desarrollo de una profesión. Diferentes estudios confirman que son las mujeres de la familia, y en especial las hijas, las que se hacen cargo de los mayores en el momento en que éstos se ven imposibilitados para mantener su independencia (Abellán, 1997). Una tasa de 76 amas de casa de cada mil cuidan de personas discapacitadas, cuyas limitaciones son además de larga duración (dos tercios de las mismas llevan más de seis años en esa situación) (Durán, 1992). En general, a las mujeres mayores dependientes las cuida su hija (41%), su cónyuge (15%), su hijo (13%) u otros familiares (10%); mientras que los hombres mayores en las mismas circunstancias son atendidos por su cónyuge (35%), su hija (33%), su hijo (12%), u otros familiares (7%), es decir, *en más de un 70% de los casos son atendidos por mujeres*.

Las mujeres mayores desempeñan un papel importantísimo en las redes familiares: criaron a sus hijos, ahora que sus hijas están insertadas en el mercado laboral cuidan a sus nietos, cuidaron a sus padres y siguen cuidando a sus maridos. “Su destino, resultado de su socialización en la subordinación y del incremento de la esperanza de vida, es ser cuidadoras, y preguntarse quién cuidará de ellas cuando contraigan enfermedades invalidantes” (Ariño Villarroya, 1995, p.316). La inserción laboral, educativa, y familiar de las actuales mujeres mayores no se parece en casi nada a la inserción y experiencia vital de las más jóvenes. *No sólo fueron confinadas a la reproducción, sino que fueron socializadas en la sumisión, el sacrificio, la entrega y la renuncia. Que este comportamiento vaya a reproducirse en generaciones venideras habría que ponerlo en duda*.

Estas responsabilidades de proveer cuidados a sus hijos todavía residiendo en el domicilio paterno, y asistir a sus padres y suegros frágiles, pueden traducirse en un problema de sobrecarga para las mujeres adultas. Brody (1981) identificó el problema potencial denominándolo “mujeres en el medio”, también conocido como “generación sandwich”. El descenso del número de hermanos, el retraso en la fecundidad y el retraso en la emancipación de los hijos, así como el incremento de la longevidad ha creado una situación excepcional, en la que *las mujeres adultas de las generaciones actuales se ven, a partir aproximadamente de los 40 años, con un porcentaje de familiares dependientes no conocido por ninguna generación hasta la fecha* (Rosenthal, Matthews, Marshall, 1991).

5. 4. EL FUTURO DEL CUIDADO INFORMAL DE LA DEPENDENCIA, A LA LUZ DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y LAS TRANSFORMACIONES FAMILIARES.

Existe, en primer lugar, una necesidad de promover la equidad. Todos los mayores tienen derecho a gozar de unas condiciones de salud satisfactorias, independientemente de sus condiciones culturales y económicas, y por lo tanto independientemente de su familia de pertenencia. Para salvaguardar este derecho es necesario un compromiso por parte de la organización social, que permita desligar en cierta medida la calidad de vida del mayor, de las posibilidades y deseos de su familia de origen.

Por otra parte, las tendencias demográficas auguran una reducción en la oferta de cuidadores informales, particularmente de hijas adultas, dado que el *tamaño de la familia* declinará en las próximas décadas. Con la fecundidad y la mortalidad extremadamente bajas se crea una situación en que el tamaño medio del grupo familiar se reduce mucho y aumenta su edad media. Aparece una sociedad en la que las parejas jóvenes tienen muy pocos hijos, o todavía ninguno, pero siguen teniendo tres de sus cuatro progenitores en la tercera edad y acaso uno o dos abuelos en la cuarta. El cuidado de estos abuelos puede recaer en hijos jubilados que están a su vez entrando en un período de vulnerabilidad.

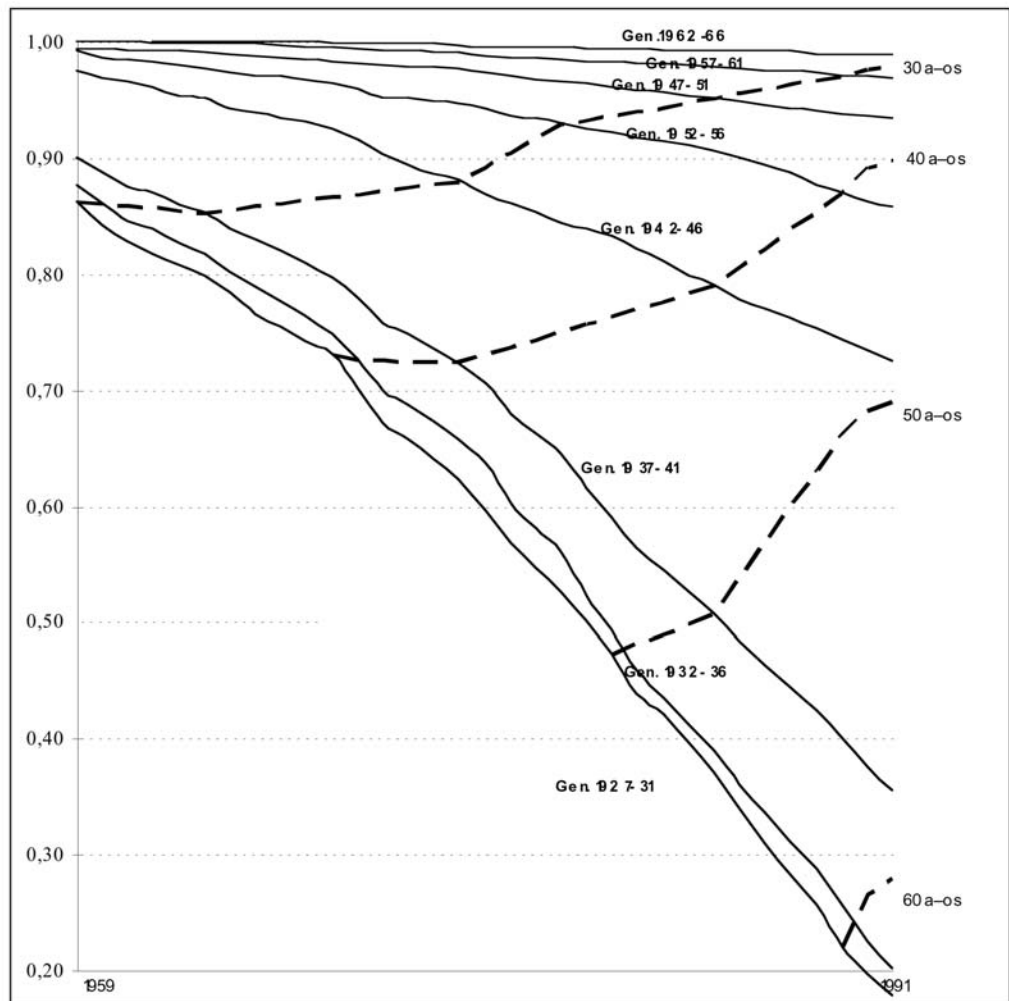
En la actualidad, se está produciendo un fenómeno demográfico históricamente inusual, la *coexistencia de hasta cuatro generaciones* al mismo tiempo, con un aumento de la carga demográfica sobre las generaciones intermedias y un descenso proporcional del potencial de respuesta a las demandas de asistencia. Hace décadas una reducida generación de mayores, algunos de dependientes, tenía respuesta de cuidados desde una generación más abultada de adultos. Hoy se están equilibrando, pero en un futuro no lejano, la carga de mayores dependientes será extraordinaria sobre generaciones de adultos más reducidas.

Si tomamos como referencia a las mujeres, por ser el núcleo fundamental de respuesta a la demanda de cuidados, se observa un *cambio radical en el transcurso de las generaciones* (figura 5.3). Así, por ejemplo, la mitad de las mujeres de las generaciones nacidas hace más tiempo (nacidos entre 1927 y 1941), al cumplir los 50 años, ya habían perdido a sus padres; en cambio, más de un 70% de las mujeres de generaciones más jóvenes (por ejemplo las nacidas entre 1942 y 1946) al cumplir los 50 años todavía tienen vivo padre o madre (o ambos), y éstos tendrán una edad en torno a los 80 años, o superior, y por tanto con un fuerte riesgo de dependencia.

La “presión” sobre las generaciones siguientes (las actuales mujeres jóvenes) se adivina creciente, y muy posiblemente más del 90% de ellas tendrán aún vivos uno o los dos padres cuando alcancen los 50 años, y sus padres superen los 80. A la luz de estos resultados, es evidente que la familia española va a encontrarse progresivamente cada vez menos capacitada para servir de apoyo en las necesidades generadas en la vejez.

Por otra parte, una *tardía emancipación de los hijos* obliga a soportar a la generación intermedia de mujeres adultas un trabajo adicional de asistencia y cuidados, que se suma al que previsiblemente empezarán a prestar a la generación anterior, que inicia una fase de mayor fragilidad. La mayor parte de las cuidadoras tienen entre 40 y 65 años, como hemos visto (véase figura 5.2). Al entrar en la cuarentena un 92% de las generaciones nacidas antes de 1936 tenían todavía algún hijo residiendo en

MUJERES CON ALGÚN PADRE/MADRE VIVO, A DETERMINADAS EDADES, POR GENERACIONES (PROBABILIDADES ANUALES).ESPAÑA, 1991



edad	Generación							
	1927-31	1932-36	1937-41	1942-46	1947-51	1952-56	1957-61	1962-66
30	86,2%	86,1%	85,3%	88,0%	92,9%	95,2%	97,1%	97,8%*
40	73,1%	72,6%	72,4%	79,0%	87,0%	89,9%*		
50	47,3%	50,7%	56,0%	68,9%*				
60	22,0%	28,0%*						

Fuente: INE (1991): Encuesta Sociodemográfica, elaboración propia a partir de los datos primarios.
* Probabilidad a los 29, 39, 49 y 59 años respectivamente

Figura 5.3

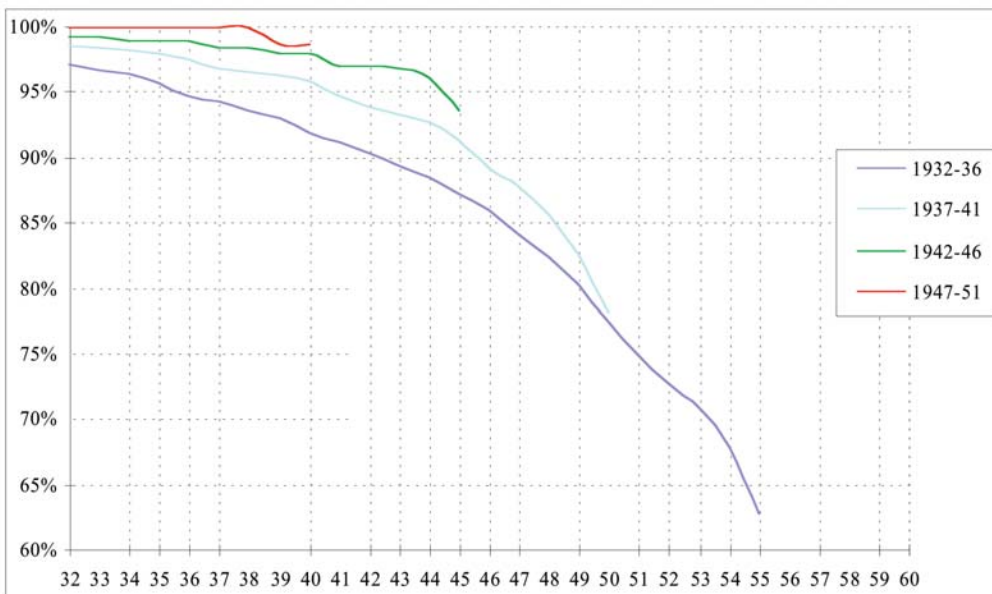
casa (figura 5.4), las probabilidades de encontrarse en dicha situación superan el 95% cuando se trata de generaciones de mujeres nacidas tras esa fecha. En este proceso se unen el retraso en la emancipación de los jóvenes, y el retraso de la fecundidad. Mientras las mujeres de las generaciones más antiguas a esta edad se encontraban en muchas ocasiones con los hijos ya criados, las mujeres de las generaciones más jóvenes, a la edad en la que sus padres pueden empezar a requerir cuidados, se encuentran en muchas ocasiones incluso con bebés que cuidar.



Las familias además estarán cada vez más fragmentadas mediante divorcios y sucesivos matrimonios. Los hogares han evolucionado recientemente hacia un menor tamaño y una *mayor diversidad de tipos de familia*. La mayor complejidad familiar, y de forma global, todos los cambios que en las sociedades occidentales se han operado en las formas tradicionales de familia, ponen también en duda la continuidad de la provisión de dichos cuidados por parte de las cuidadoras tradicionales. El proceso de Segunda Transición Demográfica, observado en los países europeos durante las últimas décadas, ha transformado no sólo los hogares de las personas mayores, sino toda la red de relaciones sociales en las que ellas se desenvolvían. Los efectos de estos cambios demográficos, no sólo sobre el tamaño de la familia, sino también sobre sus responsabilidades de cuidados de larga duración, pueden ser de gran importancia.

La *distancia* que separa la residencia de los miembros de la familia es otro de los factores que pueden reducir el número de contactos entre ellos. La proximidad residencial a un hijo está directamente relacionada con la disponibilidad de cuidados por parte de ese hijo, un cuidador que vive cerca puede proveer casi la misma ayuda que un cuidador corresidente (Troll, 1971; Mancini & Bleiszner, 1989; Crimmins & Ingegneri, 1990). El tipo de contactos varía con la distancia, si viven en la misma localidad los contactos y la ayuda son diarios, si la distancia no excede los 20 km. las visitas tienden a ser semanales, pero si la distancia es mayor lo más frecuente son visitas en vacaciones (Gokalp, 1978). La creciente movilidad geográfica de los miembros de una familia se suma a las transformaciones sufridas en el seno de ésta.

MUJERES CON ALGÚN HIJO RESIDIENDO EN EL HOGAR, POR EDAD Y GENERACIÓN (PROBABILIDADES ANUALES, %). ESPAÑA, 1991



Fuente: INE (1991): Encuesta Sociodemográfica, elaboración propia a partir de los datos.

Figura 5.4

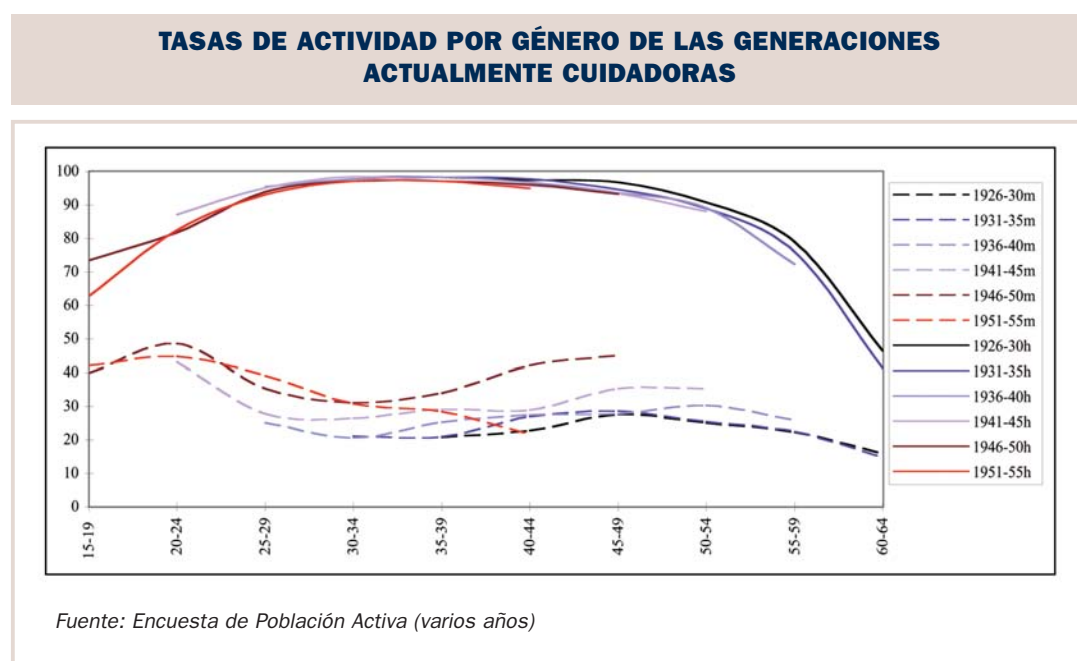
Participación femenina en el mercado laboral

Pero a todos estos cambios hay que añadir el proceso que probablemente tendrá un mayor efecto sobre las posibilidades de sostenimiento de los cuidados familiares de la dependencia: la *participación sostenida de las mujeres en el mercado laboral*. Las hijas adultas mostrarán generación a generación una mayor inserción profesional que hará decrecer sustancialmente la oferta de cuidados personales en el sector informal.

La mujer de forma silenciosa ha aportado tradicionalmente la ayuda a los más débiles: niños, enfermos y mayores, fruto de una gran diferenciación de roles por género (figura 5.5). En las generaciones más mayores la actividad laboral era mayoritariamente abandonada por las mujeres en el momento del matrimonio o del nacimiento del primer hijo. Ello producía en las edades adultas una escasísima actividad laboral femenina, y una dedicación casi exclusiva a los cuidados familiares. En la figura 5.5 se puede observar la gran diferenciación de pautas laborales que mostraron los hombres y mujeres de las generaciones que se encuentran actualmente entre 40 y 65 años, es decir en situación de iniciar una actividad informal de cuidados a sus progenitores. Son estas mujeres que mostraron una escasísima inserción profesional las cuidadoras actuales.

Pero en la actualidad se están generalizando los *hogares "biactivos"* con ambos miembros de la pareja en el mercado laboral. Las pautas laborales femeninas han cambiado mucho en las generaciones inmediatamente más jóvenes (figura 5.6). Por ejemplo, en 1970 había doce mujeres de 40-49 años casadas inactivas por cada una activa; en 1999 había algo menos de una mujer casada inactiva en casa por cada activa. Las generaciones de mujeres más jóvenes muestran un patrón de actividad mucho más cercano al de anteriores generaciones masculinas, que al de sus predecesoras. Todo ello parece predecir un déficit potencial de cuidados desde el sector de provisión familiar tradicional.

Para contribuir a la discusión política sobre el futuro de los cuidados de larga duración en la vejez,





TASAS DE ACTIVIDAD FEMENINAS POR GENERACIÓN

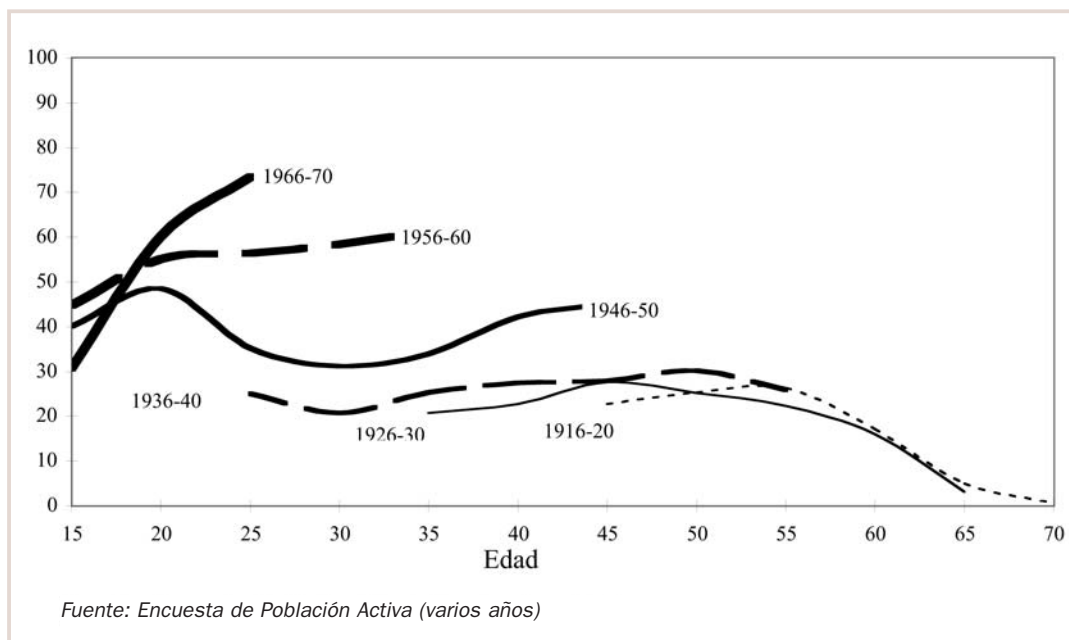


Figura 5.6

hemos ampliado las proyecciones iniciales (capítulo 2) a la población de edades medias, y se ha realizado una estimación prospectiva de la actividad de los efectivos femeninos de esas generaciones. El objetivo que se persigue es aproximar una proyección sobre la relación, en el futuro cercano, entre el

TASAS DE ACTIVIDAD POR EDAD Y SEXO (%). ESPAÑA, 1996

	hombres	mujeres
15-19	25,83	21,43
20-24	63,65	57,03
25-29	88,38	73,32
30-34	94,53	63,49
35-39	95,76	61,38
40-44	94,83	54,29
45-49	93,23	45,02
50-54	87,99	35,2
55-59	72,19	25,8
60-64	41,24	14,7
65-69	5,47	2,98
70 y +	1,51	0,56

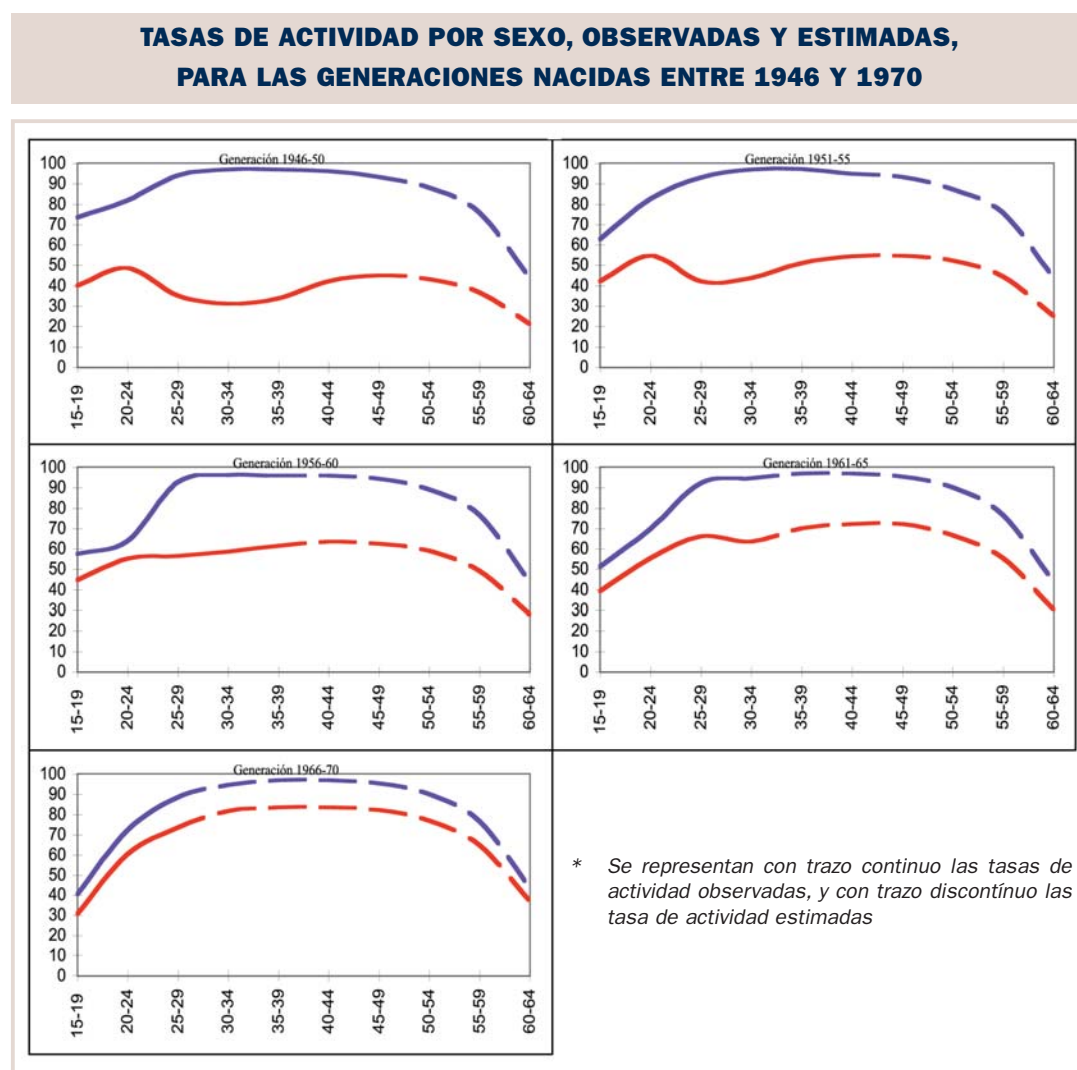
Fuente: INE, Encuesta de Población Activa (1996)

Tabla 5.4

número de mayores dependientes y el volumen de población adulta que podría proveer dichos cuidados, en un escenario en el que las pautas de dichas transferencias no cambien, y siga recayendo el peso sobre los sistemas familiares de bienestar.

Las generaciones que en el año horizonte 2010 se encontrarán entre 40 y 65 años, serán las nacidas entre 1945 y 1970. Las más mayores de las cuales, en la actualidad entrando en la cincuentena, han mostrado hasta la fecha unas pautas laborales no muy distantes de generaciones anteriores (tabla 5.4). En este caso se prevé la continuación de las mismas (figura 5.7). Serán las generaciones nacidas a partir de mediados de los años cincuenta las que muestren unas pautas laborales radicalmente diferentes, y muy especialmente las más jóvenes, nacidas ya en los años sesenta. Estas generaciones no sólo se han incorporado en mucha mayor medida al mercado laboral, sino que se han mantenido en él mayoritariamente durante sus edades adultas, y se prevé que las más jóvenes lo hagan todavía en mayor medida.

De producirse la evolución estimada de la actividad laboral femenina para las generaciones de adultas y adultas mayores del futuro próximo, haciendo un corte transversal en el año 2010 nos encon-





trataríamos con las tasas de actividad por género que se representan en la figura 5.8. *Tasas de actividad muy similares entre hombres y mujeres* en las edades más jóvenes, y aunque seguiría siendo menor la actividad femenina en los grupos de edad superiores a los 45 años, las diferencias entre género se habrían reducido notablemente. Este escenario tendría claras consecuencias sobre las posibilidades del mantenimiento de los cuidados informales de los mayores por parte de la familia, y en concreto, gracias al tiempo y al esfuerzo de las mujeres adultas.

En un escenario ya muy cercano la mayoría de las mujeres adultas se encontraría realizando tareas remuneradas en el mercado laboral, con las dificultades que ello conllevaría para el sostenimiento de tareas de apoyo y ayuda a los más débiles. Y tan sólo, tras pasados los 55 años encontraríamos una población femenina que se dedicase en más de un 50% a tareas domésticas, y tan sólo a partir de los 60 años lo harían más de un 60% de las mismas.

Esta situación *reducirá fuertemente las cifras de potenciales cuidadores familiares* con los que podrán contar los mayores dependientes de un futuro muy cercano. En la actualidad la población entre 40 y 65 años es de 11 millones y medio de personas, de las cuales algo más de la mitad son mujeres. En el año 2010 la población en estas edades aumentará en más de dos millones, y en más de uno lo hará la población femenina en estas edades. A pesar de ello, la población no activa femenina entre 40 y 65 años no sólo no aumentará sino que se reducirá fuertemente. *En el corto plazo que nos separa del año 2010, la población potencialmente cuidadora de la dependencia en la vejez, si las pautas de cuidados actuales no cambian, se reducirá en un millón de personas.*

En la actualidad, por cada mayor dependiente hay 2,2 mujeres inactivas entre 40 y 65 años. Esta relación cambiará bruscamente en los próximos años. En el año 2010, podríamos llegar a contar tan sólo con 1,2 mujeres adultas inactivas por cada mayor dependiente, relación que no superaría una cifra

TASA DE ACTIVIDAD POR GÉNERO ESTIMADAS PARA EL AÑO 2010

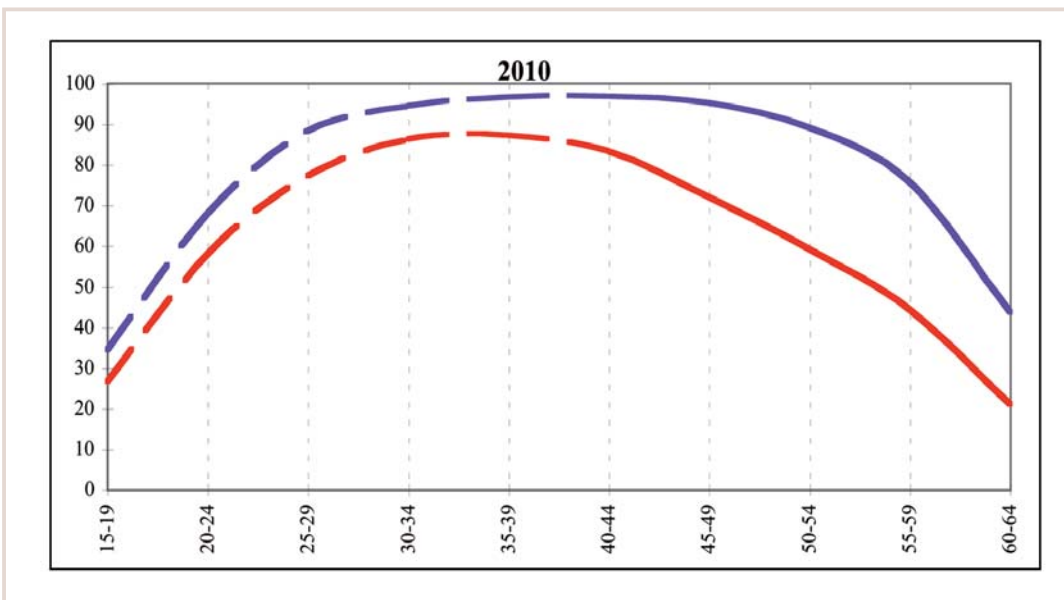


Figura 5.8

ESTIMACIÓN PROSPECTIVA DE POTENCIALES CUIDADORAS, AÑO 2010

	1998	2010	
Pob. 40-65 años	11.495.979	13.639.874 -	13.708.343
Pob. no activa 40-65 años	4.867.657	4.042.145	4.061.574
Mujeres 40-65 años	5.839.299	6.924.049 -	6.943.590
Mujeres no activas 40-65 años	3.723.999	2.876.452 -	2.886.029

Tabla 5.5

de 1,6 cuidadoras por mayor dependiente, ni en el mejor de los escenarios. *En esta situación las necesidades de cuidados generadas por la dependencia en la vejez, en la actualidad en buena medida invisibles gracias a los cuidados familiares proporcionados por las mujeres adultas y adultas mayores actuales, saldrán a la luz.* En un futuro inmediato se generará una demanda pública de soluciones para la dependencia en la vejez, dada la imposibilidad de sostenimiento del sistema familiarista actual.

El lento crecimiento demográfico de la población dependiente que se producirá en los próximos años, probablemente parecerá mucho más brusco, dado que se hará más visible. La demanda de servicios para la dependencia en la vejez se dirigirá en mayor medida hacia el sector de servicios formales. *La reducción de la oferta de cuidados informales que sufrirá la sociedad española en las próximas décadas, aumentará la demanda de servicios en el mercado público y privado, todo lo que no lo hará la presión demográfica.*



CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES



Una sociedad más envejecida

- A lo largo del último siglo la población española ha visto aumentar sus expectativas de vida de forma constante, y en algunos casos espectacular. Como resultado de esta evolución durante los últimos cien años la población de 65 y más años no ha dejado de crecer en ningún momento. A la vez, un descenso fuerte de la fecundidad ha restado importancia numérica a los grupos de edad más jóvenes, por lo que el porcentaje de mayores se ha incrementado notablemente, y ya alcanza el 16,8% de la población española.
- Si la vejez universal ha sido un proceso reciente, podemos decir que los octogenarios son prácticamente un “descubrimiento” del último cuarto del siglo XX. La llegada de un colectivo importante de cada



generación a edades en las que su vulnerabilidad física y social aumenta de forma drástica, habría de generar en la sociedad española un debate abierto, y en cierta medida urgente, sobre las necesidades socio-sanitarias generadas por una edad, no nueva para el individuo, pero sí nueva para la sociedad en su conjunto.

- El siglo XIX se caracterizó, desde el punto de vista demográfico, por el derroche de vida (alta natalidad pero muy alta mortalidad); el siglo XX ha sido el período de finalización de la transición demográfica, de la revolución de la longevidad y del envejecimiento; el siglo XXI será el siglo en que se pueda hacer compatible la longevidad con la autonomía personal, en un escenario de familias más pequeñas, con presencia mayor de la soledad y de la dependencia.
- El aumento reciente de la longevidad se ha basado en la disminución de las tasas de mortalidad en las edades avanzadas, que se ha traducido en un aumento de los efectivos de población de más edad. El aumento de la esperanza de vida, que históricamente había sido un factor de rejuvenecimiento, se ha convertido de esta forma, en un factor de envejecimiento.
- La prolongación de la vida media de la población española, considerada en su conjunto, es un proceso en el que, hasta el momento, no se ha detectado estabilización alguna.
- En el futuro, las ganancias en la esperanza de vida exigirán un esfuerzo médico-sanitario y de investigación farmacológica mucho mayor que antaño, y por lo tanto, podemos prever que sean más modestas.
- El proceso más llamativo que está sufriendo la mortalidad en la actualidad es su compresión en las edades más avanzadas, es decir, se ha impuesto progresivamente una mayor uniformidad en la edad a la muerte.
- Las causas de mortalidad más importantes entre la población de edad son las enfermedades circulatorias y las oncológicas, respecto a las que los expertos se muestran optimistas, previendo mejoras en los tratamientos y la prevención precoz; le siguen las respiratorias y las mentales/nerviosas, que aumentan en los últimos años fuertemente. Tanto una mejora en la supervivencia a las enfermedades, como un retraso en su aparición, supondrían importantes ganancias en esperanza de vida, concentrando todavía más la muerte en las edades más avanzadas.
- El diferencial en la mortalidad entre hombres y mujeres sigue siendo creciente. Pero diversas previsiones auguran una estabilización e incluso una contracción al alcanzar la mortalidad edades avanzadas. La llegada a edades avanzadas de generaciones en las que las mujeres adoptaron comportamientos laborales y de consumo, similares a los masculinos de generaciones previas, podría suponer una convergencia de la mortalidad.
- Para estudiar los escenarios de 2010, se han planteado dos hipótesis de mortalidad: la primera plantea una evolución de la mortalidad constante, la segunda plantea una mortalidad que decrece al ritmo lento que marcan las ganancias circunscritas a la vejez.
- En cuanto al debate sobre la longevidad y el umbral máximo de vida, los límites de la vida humana no

han sido fijados de manera unívoca, las distintas propuestas difieren bastante entre sí, y algunos de los umbrales propuestos ya han sido alcanzados con relativa celeridad. Por otra parte, los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite en un futuro lejano fijado en el infinito. En esta proyección se ha utilizado una esperanza de vida máxima teórica de 91 años para las mujeres, y de 85,39 años para los varones, esperanza de vida máxima situada en el infinito, hacia la que tendería la evolución de la supervivencia, pero que no se llegaría a alcanzar jamás.

- Incluso en la hipótesis más optimista no se llega nunca a alcanzar un decrecimiento de la mortalidad como el registrado en el pasado inmediato. Las esperanzas de vida al nacer eran de 81,8 años para las mujeres, y 74,9 años para los hombres, a mediados de 1996. En el año 2010 podrán llegar a alcanzar los 84,2 años para las mujeres y 76,6 para los hombres en el más favorable de los supuestos.
- Este crecimiento de la longevidad se basaría en una reducción generalizada de las tasas de mortalidad en todas las edades, más acentuada a edades avanzadas (entre los setenta y cinco y los noventa años), aunque con una ralentización progresiva, de forma que el proceso de rectangularización de la curva de supervivencia se irá acentuando.
- El curso inmediato de la población mayor se caracterizará por un crecimiento discreto. Como consecuencia de ello, en el año 2010 habrá en España entre siete millones cien mil y siete millones cuatrocientas mil personas mayores (7.111.880-7.403.554).
- La población mayor no crecerá demasiado, pero sí cambiará mucho. Se evidencia la inevitabilidad de un fuerte proceso de envejecimiento interno entre la población mayor. En el año 2010, la población entre 70 y 80 años será la mitad de la población de edad, y los mayores de 80 años un 25% de los mismos.
- Si bien es verdad que la mayoría de la vejez actual ofrece una imagen relativamente joven, dinámica y saludable, es muy probable que ésta no sea una imagen adecuada para la “mayoría” de la vejez en un futuro inminente. En el año 2010 la “mayoría” de la población mayor será la de los que se encuentren entre 75 y 84 años. Solamente este cambio ofrecerá una imagen de la vejez bien distinta. Probablemente esta nueva distribución interna de la vejez en un futuro inmediato, forzará a las autoridades públicas y a los restantes agentes sociales, a mirar prioritariamente hacia las demandas de los más mayores, que serán ya en esta fecha más numerosos.

El riesgo de caer en dependencia

- La dependencia es una característica normal de todo individuo que vive en sociedad, pero no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona sistemáticamente. Se entiende por dependencia el hecho de no poder valerse por sí mismo en algún grado, es decir, tener dificultades o no poder realizar determinadas actividades, habituales para el conjunto de la población.



- Aunque son las mujeres las que la sufren en mayor medida, la femineidad de la dependencia es un efecto de la edad, la viudez y la soledad, en mayor medida que un efecto de la propia condición femenina, aunque ésta puede empeorar la gravedad de la misma. Lo que sufren las mujeres es una mayor precocidad de la caída en dependencia. El resultado de una incidencia más temprana y de una mayor esperanza de vida, es una mayor duración de la vida con mala salud; por tanto, son ellas las que sufren durante más años la dependencia.
- Se sugiere una reflexión en torno a la pretendida homogeneidad de una vejez que a efectos de conocimiento de las necesidades reales de los mayores, habría que considerar como mínimo diferenciando entre una primera vejez autónoma y relativamente saludable, y una 'Cuarta Edad' en la que la autonomía disminuye, y el apoyo y la ayuda se hacen indispensables. En tan sólo quince años, la dependencia pasa de ser un fenómeno que afecta a un porcentaje importante de la población mayor pero minoritario, a ser una situación bastante generalizada que afecta a la mayoría de los ancianos.
- La soledad en los hombres de edad de estas generaciones en las que los roles de género han estado fuertemente diferenciados, se traduce fácilmente en necesidad de ayuda en el ámbito doméstico, en algunas actividades instrumentales de la vida diaria.
- La población con un menor nivel educativo pasa más años con limitaciones en sus actividades y una pobre salud que los que tienen mayores niveles educativos. El mayor retraso en la caída en dependencia entre la población con más recursos educativos parece confirmar la idea de que, de producirse una comprensión de la morbilidad serían estos sectores de población los beneficiados de la misma.
- Las necesidades de asistencia en la vejez aumentan de forma constante conforme disminuye el nivel de renta. Resulta muy preocupante comprobar que los segmentos sociales más necesitados de ayuda son aquellos que menos se la pueden proporcionar por mecanismos de mercado, y que, probablemente, menos se podrán hacer oír en aras de una reivindicación de cobertura pública de la dependencia.
- Respecto al efecto de los hábitos y conductas adoptados por los individuos sobre su nivel de autonomía en la vejez, la más discriminante es una característica biográfica: es el grado de esfuerzo o de sedentarismo desarrollado a lo largo del curso de vida del individuo el que deje una huella más profunda en la vejez.
- El sobrepeso ejerce un gran efecto sobre aquellas actividades que implican movilidad. Se produce un efecto en cadena: las condiciones crónicas limitan la actividad física, contribuyendo a ganar peso, que a su vez reduce todavía más la actividad.
- En los hábitos de consumo de alcohol y tabaco se produce el efecto cruzado del sexo y la edad. Los que sufren un mayor riesgo de dependencia en la vejez son los hombres más mayores, que habiendo presentado estos consumos durante un largo período de años en la actualidad, o ya no lo hacen o bien han tenido que limitar su consumo.

- Entre las personas mayores que se encuentran muy bien, y además son jóvenes, tan sólo una situación de comorbilidad puede arrastrar a sufrir alguna dependencia. Entre los que se encuentran bien, pero son mayores es el analfabetismo la situación que se traduce en un riesgo más marcado.
- Pero una buena parte de la población mayor se siente mal o muy mal, y entre éstos son más los dependientes que los no dependientes. Si además de encontrarse muy mal, superan los 75 años, un 67% son dependientes.
- La pérdida del varón casado pone en grave riesgo de caer en dependencia a muchas viudas: la dependencia correlaciona estrechamente con la viudez, en especial la femenina. Va siendo hora de que las autoridades sanitarias públicas (e internacionales) presten más atención a la mortalidad de los varones adultos y viejos aún jóvenes, a sus causas, su prevención, etc. Una reducción de la mortalidad a partir de los 55 años entre varones (edad en la que se inicia un ascenso notable de las tasas de mortalidad), podría llevar más calidad de vida a los individuos y a sus hogares, rebajaría la tasa de viudez femenina, y reduciría un riesgo de que éstas entrasen en dependencia.
- Se ha de considerar las edades comprendidas entre los 75 y los 85 años como un período de alto riesgo de dependencia, en la que esta situación de falta de autonomía se extiende entre la población. Coincide, además, con los años en que se ha observado un descenso sostenido del riesgo de mortalidad y en las que se prevé una continuación del aumento de la supervivencia en los próximos años.
- La dependencia es un riesgo social. Por encima incluso del número de enfermedades, el hecho de que uno se sienta bien es lo que determina el desarrollo de su vida diaria. Y lo que las personas perciben como estado de salud refleja mucho más que el estado físico actual, teniendo fuertes y poderosos componentes sociales. Los escasos recursos educativos hacen que el medio en el que el mayor ha de desenvolverse se vuelva cada vez más incomprensible, los escasos recursos económicos limitan las posibilidades del propio individuo para afrontar y superar sus limitaciones, así como la falta de recursos sociales que aísla y margina al individuo, y muy especialmente la soledad, tienen una traducción clara en la forma en la que el individuo afronta sus propias limitaciones y en la medida en que éstas se traducen en demandas de protección y ayuda. Sus estrategias de acción son mínimas (cambio residencial, recurso al mercado, etc.) y a veces sus demandas no se exteriorizan, permaneciendo invisibles para la sociedad.


¿Cuántos dependientes en 2010? Una medición y un perfil

- En España hay 1.691.799 mayores dependientes. Alrededor de la mitad presentan necesidades para las que podría ser suficiente una ayuda semanal para el mantenimiento de su autonomía y su calidad de vida. Quinientos mil individuos presentan unas necesidades mayores, necesitando una ayuda diaria para mantener sus niveles funcionales básicos. Finalmente, una población similar a la de algunas ciudades medias de nuestro país (240.000) sufre una limitación muy severa, necesitando tres o más horas de cuidados diarios para poder mantener una mínima calidad de vida.



- Frente a la aceptación social de la pérdida de capacidad con la edad para otras tareas, la pérdida de capacidad a edades avanzadas para la realización de tareas propias del mantenimiento del hogar, es de una absoluta invisibilidad social, poniendo a muchos mayores, y en concreto a muchas ancianas ante la necesidad de realizar grandes esfuerzos, situación en la que no se pone a ningún otro sector de nuestra sociedad.
- Otra de las grandes limitaciones que sufren las personas mayores es la relacionada con la movilidad, el desplazamiento, y la utilización de los medios de transporte. Es ésta además una limitación que se presenta a edades muy tempranas en la vejez. En un estado de limitaciones funcionales leves, la movilidad fuera del propio hogar, y las relaciones con el entorno se convierten en cruciales.
- La esperanza de vida con discapacidad ha aumentado más rápidamente que la esperanza de vida en salud en la mayoría de los países occidentales hasta la fecha. Los expertos pronostican mejoras frente a la muerte, pero no se muestran optimistas respecto a los avances frente a las principales causas de dependencia; y ésta recientemente en España no ha dejado de aumentar. Todo ello parece predecir una expansión de enfermedades crónicas en las edades avanzadas, en mayor medida que una compresión y una reducción de la dependencia. Es posible que veamos, en todo caso, una reducción de la dependencia más grave, por causa de enfermedad severa, pero la dependencia moderada y leve puede aumentar.
- El futuro es en gran medida incierto, pues aunque el aumento de los recursos educativos y la drástica reducción del analfabetismo, haría esperar una mejora en los niveles de salud y calidad de vida en la vejez, el aumento de hábitos sedentarios, o de trabajos que hayan implicado mayores niveles de estrés, podrían hacer aumentar la incidencia de la dependencia entre las próximas generaciones de mayores, de la misma forma que está ocurriendo con las actuales. Además, en edades muy avanzadas, los factores educativos no parecen tener tanta incidencia en la supervivencia, y es hacia esas edades hacia donde se está desplazando la mortalidad.
- En el año 2010 en España habrá una población de mayores dependientes que se situará **entre 1.724.694 y 2.352.797 personas**. En cualquiera de los supuestos o escenarios, será mayor que la actual.
- En el más favorable de los escenarios, con una dependencia que reduce su incidencia en todas las edades, y una supervivencia que permaneciese constante en los niveles actuales, sin añadir años a las edades avanzadas, la población mayor dependiente aumentaría en números absolutos.
- Aunque hasta la fecha no ha habido demasiados indicios de que tal cosa vaya a ocurrir, un escenario en el que se produjese la compresión de la morbilidad, supondría una mejora considerable en términos relativos, reduciendo no sólo el porcentaje de dependientes entre la población de edad que sufría la población española en 1997, sino incluso aquellos niveles más reducidos de principios de la década de los noventa. En esta situación nos encontraríamos con una población mayor dependiente de 1.725.000 individuos, que vivirían por término medio 6,83 años con una deficiente calidad de vida y mala salud.

- En el caso de que nos encontremos en el escenario esperado por los expertos, en aquel en el que se ha avanzado frente a la muerte, pero no se ha producido ni un descenso ni un retraso de la dependencia, continuando la tendencia creciente que se ha producido hasta la fecha, la población mayor dependiente prácticamente se incrementará un 50% con respecto a la actual.
- En ese escenario no tan lejano, en el cercano año 2010, tendríamos 2.352.797 mayores con necesidades en cuanto al mantenimiento de su autonomía e independencia. El resultado de esta combinación de dependencia creciente y mortalidad decreciente, son muchos años vividos sin salud y con una calidad de vida muy degradada entre las personas mayores. En un futuro inmediato, y en un escenario no muy improbable, en el que se mantuviesen las tendencias recientes, las personas mayores podrían llegar a vivir una media de 9,34 años con mala salud.
- En un escenario concordante con las previsiones de las teorías del equilibrio, la población mayor dependiente podría llegar a aumentar hasta 200.000 personas (1.871.807), desde la fecha actual, y vivirían una media de 7,28 años tras haber perdido su autonomía. En este escenario, la población mayor dependiente, sería muy mayor.
- La estructura por edades y sexo de los mayores dependientes es marcadamente femenina, perfil que se acentúa con fuerza superados los setenta y cinco años. A ello contribuyen dos factores, principalmente la entrada de la población en edades de alto riesgo de entrada en dependencia y con una menor mortalidad femenina, fenómeno que va nutriendo una “bolsa” de mujeres mayores supervivientes frente a la mortalidad, pero no frente a la enfermedad; y en segundo lugar acentúa la brusquedad del corte, el hecho de que las generaciones inmediatamente anteriores a la entrada en dichas edades de riesgo, son las generaciones huecas nacidas durante la Guerra Civil española.
- En 2010 la población mayor dependiente contará mayoritariamente con estudios primarios finalizados, habiendo aumentado asimismo el número de los que pudieron acceder a la secundaria. También será mayor que en la actualidad la presencia entre los mayores dependientes de los que han desempeñado tareas fundamentalmente sedentarias durante un largo período activo.
- Los mayores dependientes seguirán perteneciendo a un estatus social medio-bajo, pero aumentarán los pertenecientes también a estratos sociales medio-altos o incluso altos. Las características fisiológicas en el futuro cercano serán muy similares a las que presentan los mayores dependientes actuales. La población fumadora puede llegar a duplicarse en el margen de tres generaciones, porcentaje que se incrementará todavía en mayor medida entre la población mayor dependiente. El hábito del consumo diario de alcohol descenderá, pero aumentará el consumo semanal o quinquenal, tanto respecto a vino y cerveza como a licores o combinados.
- El perfil convivencial que ofrezcan los mayores dependientes en el horizonte del año 2010 dependerá en buena medida de las alternativas de servicios que se les puedan ofrecer en este plazo de tiempo. Si la planificación y la oferta de servicios para la dependencia, tanto desde la administración pública como desde los distintos agentes sociales, no mejora en la próxima década, los mayo-




res seguirán buscando refugio y ayuda en sus familias, mostrando patrones similares a los actuales; pero las familias probablemente se encuentren cada vez más presionadas y con menor capacidad para responder a las demandas que sobre ellas se acumulan.

El sistema de cuidados informales se resquebraja

- El cuidado formal atiende aproximadamente a un 10% de las personas mayores con necesidades en España. Dentro de éste, la respuesta estatal a las necesidades de cuidados personales se limita a una oferta reducida de servicios. En la actualidad los servicios sociales públicos sólo alcanzan a proveer ayuda a una población marginal: muy mayor, en una situación de soledad, y con muy escasos recursos económicos.
- La administración pública deberá crecer como proveedora de servicios para la dependencia, garantizando el acceso a los mismos para amplios sectores de población. En algunos países europeos se ha evolucionado de la financiación del recurso, a la financiación de la necesidad (cheque servicio, seguro de dependencia) y hacia nuevos planteamientos en que se amplía la presencia de los operadores no lucrativos y empresariales, como productores de servicios de bienestar.
- Se ha de promover la ayuda domiciliaria, puesto que permite que los mayores no tengan que separarse de su entorno físico y afectivo inmediato. Iniciativas pioneras de algunas administraciones locales han extendido el Servicio de Ayuda a Domicilio a una cobertura universal, estableciendo cuotas de copago por los usuarios progresivas en función de su nivel de renta. Por otra parte, el servicio de teleasistencia aporta seguridad y tranquilidad, sobre todo para personas mayores que viven solas, siendo uno de los servicios más económicos y mejor valorados por los mayores.
- Los programas de adaptaciones de la vivienda podrían mejorar notablemente la calidad de vida de muchos mayores. Pero aunque existen centros estatales destinados a su promoción, el impacto de su actuación ha sido hasta la fecha muy limitado.
- Uno de los grandes inconvenientes en la prestación de servicios para la dependencia, es *la fragmentación*: diversidad del contenido de sus prestaciones (sanitarias, socio-asistenciales, recreativas...), diversidad de su naturaleza jurídica (públicos, privados lucrativos, privados no lucrativos...). La pretensión de un servicio de ser competente para una necesidad y no para otra es difícilmente sostenible frente al anciano. La oferta de la empresa privada no parece pretender una aproximación innovadora, sino simplemente repetir la misma lógica del ámbito público.
- La mayor parte de los mayores dependientes atendidos por servicios formales, están a cargo de empleados del hogar. Este servicio doméstico, en buena parte nutrido por flujos inmigratorios, se irá incrementando hasta 2010; merecería una mayor atención, muy especialmente en cuanto a los recursos formativos se refiere.
- Si bien el cuidado implica una complejidad profesional extraordinaria parece existir una cierta inercia hacia la invisibilidad de estas prácticas, como si surgiesen de la espontaneidad y no requiriese-

sen conocimientos especializados. Las consecuencias de esta situación las sufren los ancianos necesitados de ayuda. Es preciso pensar seriamente en las necesidades formativas de un colectivo profesional que se está haciendo cargo de forma creciente del cuidado de la dependencia en la vejez.

- En España, la asistencia al dependiente de edad es asegurada por la familia, que permanece también como entidad de referencia cuando son necesarias las ayudas desde el exterior. La nuclearización esconde la pervivencia de una familia extensa modificada que asume funciones asistenciales entre generaciones que no viven bajo el mismo techo. Pero esto se olvida con facilidad, y los ciudadanos suelen ser vistos más como consumidores de beneficios, que como productores de servicios sociales y sanitarios.
- En este modelo familiarista, las condiciones de salud de las que gozan los ancianos dependen de las condiciones socioeconómicas y de las situaciones culturales vividas por la familia de pertenencia. Esto provoca situaciones de gran desigualdad. Tampoco se ha de olvidar que el compromiso de las familias comporta riesgos sobre su propia salud y problemas de convivencia.
- Dentro de las familias, el cuidado de los mayores se ha basado en *el tiempo y el trabajo de las mujeres*, dada su menor integración en el mercado laboral remunerado. El perfil del cuidador es claramente femenino: en más de un 70% de los casos los mayores dependientes son atendidos por mujeres. El cuidado de la dependencia en nuestro país recae sobre las mujeres entre 40 y 65 años. Es la generación sándwich, las mujeres de edad intermedia.
- Las responsabilidades de proveer cuidados a sus hijos todavía residiendo en el domicilio paterno, y asistir a sus padres y suegros frágiles, pueden traducirse en un problema de sobrecarga. Las mujeres adultas de las generaciones actuales se ven, a partir aproximadamente de los 40 años, con un porcentaje de familiares dependientes no conocido por ninguna generación hasta la fecha.
- La disparidad de situaciones familiares perjudica la necesaria equidad en la atención a las personas necesitadas. Todos los ancianos tienen derecho a gozar de unas condiciones de salud satisfactorias, independientemente de sus condiciones culturales y económicas y, por lo tanto, independientemente de su familia de pertenencia.
- Hace décadas, las clases económicamente más débiles tenían una fecundidad más alta; su vejez estaba en cierto modo asegurada, pues una de las razones de tener más hijos era que éstos serían el “báculo” de la vejez. Pero los cambios en los comportamientos demográficos han llevado a homogeneizar la fecundidad, independientemente de la clase social. Como se ha dicho, las personas de escasos recursos económicos tienen más riesgo de caer en dependencia y no pueden acceder al mercado. Con los comportamientos reproductores pasados, los menos pudientes podían sobrellevar mejor la vejez y la dependencia. La caída generalizada de la fecundidad se podría traducir en diferencias de cuidados y de atención en la vejez.
- Las tendencias demográficas auguran una reducción en la oferta de cuidadores informales. En la



actualidad se está produciendo un fenómeno históricamente inusual, la coexistencia de hasta cuatro generaciones de la misma familia viviendo al mismo tiempo, con un aumento de la carga demográfica sobre las generaciones intermedias y un descenso proporcional del potencial de respuesta a las demandas de asistencia.

- El proceso de Segunda Transición Demográfica, observado en los países europeos durante las últimas décadas, ha transformado no sólo los hogares de las personas mayores, sino toda la red de relaciones sociales en las que ellas se desenvolvían. Los efectos de estos cambios sobre las responsabilidades familiares de cuidados de larga duración, pueden ser de gran importancia.
- Otro de los factores que reducirá el número de contactos entre miembros de la misma familia es espacial: la proximidad residencial a un hijo está directamente relacionada con la disponibilidad de cuidados por parte de ese hijo. La creciente movilidad geográfica de los miembros de una familia se suma a las transformaciones sufridas en el seno de ésta. Muchas redes familiares se han roto o debilitado por esta movilidad.
- Las mujeres mayores desempeñan un papel importantísimo en el modelo de asistencia familiar, como se ha dicho. Pero estas mujeres fueron socializadas en la sumisión, el sacrificio, la entrega y la renuncia. Que este comportamiento vaya a reproducirse en generaciones venideras habría que ponerlo en duda.
- Pero a todos estos cambios hay que añadir el proceso que probablemente tendrá un mayor efecto sobre las posibilidades de sostenimiento de los cuidados familiares de la dependencia: *la participación sostenida de las mujeres en el mercado laboral*. Las hijas adultas mostrarán generación a generación una mayor inserción profesional que hará decrecer sustancialmente la oferta de cuidados personales en el sector informal.
- En un escenario ya tan cercano como el del año 2010, la mayoría de las mujeres adultas se encontraría realizando tareas remuneradas en el mercado laboral, con las dificultades que ello conllevaría para el sostenimiento de tareas de apoyo y ayuda a los más débiles. Y tan sólo, tras pasados los 55 años encontraríamos una población femenina que se dedicase en más de un 50% a tareas domésticas; por debajo de ese umbral, los cuidadores potenciales son minoría, rompiendo una situación histórica bien conocida hasta ahora.
- En el corto plazo que nos separa del año 2010, la población potencialmente cuidadora de la dependencia en la vejez, si las pautas de cuidados actuales no cambian, se reducirá en un millón de personas. En el año 2010, podríamos llegar a contar tan sólo con 1,2 mujeres adultas inactivas por cada mayor dependiente.
- Podemos hacer un ejercicio de prospectiva sólo a título indicativo, no exento de riesgo, trasladando los grados de gravedad a horas de asistencia, siguiendo un patrón aproximado (la encuesta de Imsero-CIS no aportaba esa cifra; véase capítulo 3). Si los dependientes leves precisaran 3 horas semanales de atención, los moderados 10,5 (entre 1-2 horas diarias) y los graves 42 (3-24 horas

diarias), observamos que serían precisas 25.998.831 horas a la semana, en el peor de los escenarios de 2010, lo que equivaldría a 649.970 cuidadores a tiempo completo para atender todas las situaciones de dependencia. Si la estimación se traslada a coste anual, a precios de mercado, tal como se pagan los servicios por hora de asistencia en algunas comunidades autónomas (véase ejemplos en Imserso, 2000), la cifra final del coste de la dependencia en España se situaría entre los 12-13.500 millones de euros de hoy (si asignamos un precio medio por hora entre 9-10 euros), es decir, más de dos billones de pesetas.

- En esta situación, las necesidades de cuidados generadas por la dependencia en la vejez, en la actualidad en buena medida invisibles gracias a los cuidados familiares proporcionados por las mujeres adultas y adultas mayores actuales, saldrán a la luz. La reducción de la oferta de cuidados informales que sufrirá la sociedad española en las próximas décadas, aumentará la demanda sobre los servicios públicos y sobre los demás agentes sociales, todo lo que no hará la presión demográfica.



CAPÍTULO 7

BIBLIOGRAFIA



Aarsen, K.; Haan, L. (1994): On the maximal life span of Humans, *Mathematical Population Studies*, 4/1994, p. 259-281.

Abellán, A. (1997): "La ayuda informal". *Revista de Gerontología*, n. 3, p. 183-185.

Abellán, A. (1999): "La ayuda formal". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, n. 2, p. 114-117.

Abellán, A. (2000): "Nuevo modelo del funcionamiento y la discapacidad". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, n. 3, p. 189-192.

Abellán, A.; Puga, D. (2001): "La dependencia entre los mayores", en CECS: *Informe España 2001*, Fundación Encuentro.

AIDELF (1998): *Morbidité, mortalité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective*. Presses Universitaires de France, Paris, 737 p.

Ahlburg, D. A.; Vaupel, J. W. (1990): "Alternative projections of the U.S. population", *Demography* 27, 639-652.

- Alberdi, I. (dir.): *Informe sobre la situación de la familia en España*, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 485 p.
- Alter, G.; Riley, J.C. (1989): "Frailty, sickness and death: Models of morbidity and mortality in historical populations", *Population Studies* 43, nº 1, p. 25-45.
- Anderton, B. H. (1997): "Changes in the ageing brain in health and disease", *Phil Trans R Soc Lond B* 352, p. 1781-1792.
- Ariño, A. (1995): "La doble marginación" en Sarasa; Moreno (comp.): *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, CSIC, Madrid, p. 61-84.
- Arrondel, L.; Massom, A. (1999): "Les transferts entre générations. L'État, le marché et les familles", *Futuribles* 247 p. 5-40.
- Attias-Donfut, C. (1992): "Dependencia de las personas mayores y ayuda intergeneracional", *Papers* 40, p. 13-33.
- Aznar López, M. (1996): *Los derechos de los ciudadanos y el acceso a los servicios: perspectiva nacional y comunitaria. En la Europa Social a debate*, Junta de Castilla y León, Salamanca.
- Bagge, E. A.; Bjelle, S.; Eden, S.; Svanborg, A. (1992): "A longitudinal study of the occurrence of joint complaints in elderly people", *Age and Ageing* 21, p. 160-167.
- Baltes, M. M. (1996): *The many faces of dependency in old age*, Cambridge University Press, 186 p.
- Banco Mundial (1982): *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1982*. Banco Mundial, Washington.
- Banco Mundial (1994): *Envejecimiento sin crisis: políticas para la protección de los ancianos y la promoción del crecimiento*. Banco Mundial y Oxford University Press, 630 p.
- Barona, J.L. (2000): "Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar", *Política y Sociedad* 35, p. 31-44.
- Bastard, B.; Cardia-Vonèche, L. (1999): "Ruptures conjugales et prise en charge de la santé dans la famille", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 231-252.
- Bazo, M. T. (1998): "Vejez dependiente, políticas y calidad de vida", *Papers* 56, p. 143-161.
- Bazo, M. T.; Dominguez-Alcón, C. (1996): "Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas y las políticas sociales", *REIS* 73, p. 43-56.
- Blanchet, D.; Kessler, D. (1990): "Forecasting the economic effects of the aging population". *Economie et Statistique*, (233), p. 9-17, 86, 88.
- Bebbington, A. C. (1988): "The Expectation of Life without Disability in England and Wales", *Social Science and Medicine* 27, p. 321-326.
- Bélanger, A. (1991): "Estimation de la mortalité selon l'âge et l'état de santé à partir d'une enquête longitudinale", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, nº 2, p. 467-482.
- Benjamin, B. (1982): "The span of life", *Journal of the Institute of the Actuaries* 109, p. 319-340.
- Beregi, E.; Regius, O.; Rajczy, K (1991): "Comparative study of the morphological changes in lymphocytes of the elderly individuals and centenarians", *Age and Ageing* 20, p. 55-59.
- Berkman, L. S.; Syme, S.L. (1979): "Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents", *American Journal of Epidemiology* 109, p. 186.
- Bernabeu, J.; Robles, E. (2000): "Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria", *Política y Sociedad* 35, p. 45-54.

- Billari, F. C.; Fürnkranz, J.; Prskawetz, A. (2001): "Timing, sequencing, and quantum of life course events: a machine learning approach", Paper repartido durante la Conferencia Internacional de ISSP, Bahía 2001, 27 p.
- Blanchier, C. (1999): "La prévention de l'ostéoporose et ses incidences économiques", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, n° 2-3, pp 271-282.
- Blaxter, M (1989): "A comparison of measures of inequality in morbidity", en Fox, J. (ed.): *Health Inequalities in European Countries*, Aldershot, Gower.
- Boaz, R. F.; Hu, J.; Ye, Y. (1999): "The transfer of resources from the middle-aged children to functionally limited elderly parents: providing time, giving money, sharing space", *The Gerontologist* 39, n° 6, p. 648-657.
- Bourbeau, R.; Lebel, A. (2000): "Mortality Statistics for the Oldest-Old: An Evaluation of Canadian Data" *Demographic Research* 2 (2), 36 p.
- Bourgeois-Pichat, J. (1952): "Essai sur la mortalité dans les pays industrialisés", *Population* 7, n° 3, p. 381-394.
- Bourgeois-Pichat, J. (1985): "L'Evolution récente de la mortalité dans les pays industrialisés" en Vallin, J.; López, A.; Behm, H. (eds.): *La lutte contre la mort*, INED-PUF, Paris.
- Bowden, P (1996): *Caring*, Routledge, London, 224 p.
- Burns, A.; Jacoby, R.; Luthert, P ; Levy, R. (1990): "Cause of death in Alzheimer's disease", *Age and Ageing* 19, p. 370-344.
- Branch, L. G.; Jette, A. M. (1983): "Elders' use of informal long-term care assistance", *Gerontologist* 23, p. 51-56.
- Brunelle, Y.; Rochon, M. (1991): "Limites, avantages et utilisation des EVSI dans le contexte actuel de l'évolution des systèmes de soins", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 405-438.
- Buchner, D. M.; Beresford, S. A. A.; Larson, E. B.; LaCroix, A. Z.; Wagner, E. H. (1992): "Effects of physical activity on health status in older adults II. Intervention studies", *Ann. Rev. Public Health* 13, p. 469-488.
- Bulatao, R. A., et al. (1989): "Projecting mortality for all countries" Working Paper World Bank n° 227, Washington.
- Caldwell, J.C. (1990): "Introductory thoughts on health transition", en Caldwell, J.C.; Findley, S.; Caldwell, P ; Santow, G.; Oxford, W.; Braid, J.; Broers-Freeman, D. (eds.): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, Australian National University.
- Caldwell, P (1991): "What have we learnt about the cultural, social and behavioural determinants of health? From Selected Readings to the first Health Transition Workshop" *Health Transition Review*, 1, 3-20.
- Caldwell, J.C.; Caldwell, P ; Gajananayake, I.; Orubuloye, I.O.; Pieris, I; Reddy, P.H. (1990): "Cultural, social and behavioural determinants of health and their mechanism: a report on related research programs", en Caldwell, J.C.; Findley, S.; Caldwell, P ; Santow, G.; Oxford, W.; Braid, J.; Broers-Freeman, D. (eds.): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, Australian National University.
- Calot, G.; Sardon, J. P (1999): "Les perspectives démographiques européennes", *Futuribles* 244 p. 5-17.



- Calot, G.; Sardon, J. P. (1999): "Vieillesse démographique et protection sociale", *Futuribles* 244 p. 19-45.
- Campbell, J. C.; Ikegami, N. (eds.): (1999): *Long-term Care for Frail Older People*, Springer, Tokyo, 247 p.
- Carey, J.R; Judge, D. S. (2001): "Principes de biodémographie avec référence particulière à la longévité humaine", *Population* 56, n° 1-2, p. 13-50.
- Casado Marín, D.; López I Casasnovas, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona, Fundación La Caixa, 239 p.
- Casey, B. (1997): *Retraite anticipée ou tardive: incitations et desincitations*. Paris, ILO-OECD Workshop, 50 p. (versión electrónica).
- Casper, R. C. (1995): "Nutrition and its relationship to aging", *Exp. Gerontol.* 30, p. 299-314.
- Castro, T.(1992). "Delayed childbearing in contemporary Spain: trends and differentials", *European Journal of Population*, n° 8, p. 217-246.
- Caselli, G.; Vallin, J. (2001): "Une démographie sans limite?", *Population* 56, n° 1-2, p. 51-84.
- Cette, G. (1999): "Les services à la personne", *Futuribles* 245 p. 45-49.
- CIS (1993): *Encuesta Apoyo informal a las personas mayores, 1ª fase*, estudio n° 2072.
- CIS (1994): *Encuesta Apoyo informal a las personas mayores, 2ª fase*, estudio n° 2117.
- CIS (1998): *Encuesta La soledad en las personas mayores*, estudio n° 2279.
- CIS (2001): Barómetro de Noviembre, estudio n° 2439.
- Cleland, J. (1990): "The idea of the health transition", en Caldwell, J.C.; Findley, S.; Caldwell, P.; Santow, G.; Oxford, W.; Braid, J.; Broers-Freeman, D. (eds.): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, Australian National University.
- Coale, A.; Demeny, P.; Vaughan, B. (1983): *Regional Model Life Tables and Stable Populations*, Academic Press.
- Coale, A.; Guo, G. (1989): "Revised Regional Model Life Tables at very low levels of Mortality", *Population Index* 55, n° 4, p. 613-643.
- Coale, A.; Guo, G. (1991): "Utilización de nuevas tablas modelo de mortalidad para tasas de mortalidad muy bajas en proyecciones demográficas", *Boletín de Población de las Naciones Unidas*, n° 30, UN, New York.
- Colvez, A. (1991): "Un point de vue sur l'avenir des indicateurs d'espérance de vie en santé", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 451-466.
- Cooney, R. S.; Di, J. (1999): "Primary family caregivers of impaired elderly in Shanghai, China", *Research on Aging* 21, n° 6, p. 739-761.
- Consejo de Europa (1998): *Recommandation núm. R (98): 9, du Comité des ministres aux états membres relative à la dépendance*, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo.
- Cornoni-Huntley, J.C.; Huntley, R.R.; Feldman, J.J. (1990): *Health status and wellbeing of the elderly*. New York, Oxford University Press, 296 p.
- Costa, D. L. (2000): "Understanding the twentieth-century decline in chronic conditions among older men", *Demography* 37, n° 1, p. 53-72.

- Council of Ministers (1992): "Council recommendation of July 27 1992 on the convergence of social protection objectives and policies", *Bulletin of the European Communities* nº L245, p. 49-52.
- Crimmins, E.M. (1990): "Are Americans Healthier as Well as Longer-Lived?", *Journal of Insurance Medicine* 22, nº 2, p. 89-92.
- Crimmins, E. M.; Saito, Y. (2000): "Change in the prevalence of diseases among older americans: 1984-1994", *Demographic Research* 3 (9), 20 p.
- Crimmins, E.; Saito, Y.; Ingegneri, D. (1997): "Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970-90", *Population and Development Review* 23 (3), p. 555-572.
- Chan, W. M.; Woo, J.; Hui, E.; Hjelm, N. M. (2001): "The role of telenursing in the provision of geriatric outreach services to residential homes in Hong Kong", *Journal of Telemedicine and Care* 7, p. 38-46.
- Chesnais, J-C (1998): La sous-mortalité féminine: de la sociologie à la biologie, en AIDELF: *Morbidité, mortalité...*, p. 489-497.
- Christopher, J.L., et al. (1995): "La carga global de la enfermedad en 1990: resumen de resultados, análisis de la sensibilidad y orientaciones futuras", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 118 , nº6, pp 510-524.
- Christopherson, S. (1997): Childcare and elderly care: what occupational opportunities for women?. Paris, OCDE, *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n. 27, 59 p. (versión electrónica).
- Dang Ha Doan, B. (1999): "La dynamique des dépenses de santé", *Futuribles* 248, p. 43-53.
- Davey, A., et al. (1999): "How many elders receive assistance? A cross-national comparison", *Journal of Aging and Health* 11, nº 2, p. 199-220.
- Defensor del Pueblo (2000): *La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Oficina del Defensor del Pueblo, 298 p.
- Delbes, C.; Gaymu, J. (1999): "Les retraités en France: d'hier à demain", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 113-132.
- Demeny, P. (1984): "A perspective on long-term population growth", *Population and Development Review* 10, p. 103-126.
- Depoid, F. (1973): "La mortalité des grands vieillards", *Population* 28, p. 755-792.
- De Rose, A.; Pallara, A. (1995): "Survival trees: an alternative non-parametric multivariate technique for life history analysis", Paper repartido durante EAPS-IUSSP European Population Conference, Milano 1995, 13 p.
- Desjardins, B. (2001): "La longévité est-elle héritée?", *Population* 56, nº 1-2, p. 269-274.
- Doblhammer, G (1999): "Longevity and month of birth evidence from Austria and Denmark", *Demographic Research* 1 (3), 22 p.
- Doll, R. (1999): "Risk from tobacco and potentials for health gain", *International Journal Tubercul. Lung Disease* 3, p. 90-99.
- Duchêne, J.; Wunsch, G. (1988): "Population Aging and limits to human life" Working Paper Université Catholique de Louvain, nº 146.
- Duchêne, J.; Wunsch, G. (1991): "From the demographers Cauldron" Working Paper Université Catholique de Louvain.



- Edelman, P.; Hughes, S. (1990): "The impact of community care on provision of informal care to home-bound elderly persons", *Journal of Gerontology* 45, p. S74-84.
- Eisen, R.; Sloan, F. A. (1996): *Long-Term Care: Economics Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Pub., Boston, 335 p.
- Ellison, C. G. (1991): "Religious involvement and subjective well-being", *Journal of Health Social Behaviour* 32, p. 80-99.
- Elo, I.; Preston, S. (1992): "Effects of early life conditions on adult mortality: A review", *Population Index* 58, nº 2, p. 186-212.
- Escudero, M. C. et al. (1999): "Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años", *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 34, p. 86-91.
- Estes, C. L.; Swan, J. H. (1992): *The Long Term Care Crisis: Elders Trapped in the No-Care Zone*, Sage Publications, California.
- European Commission (1996): *Social protection in the member states of the Union. Situation on July 1st 1995 and evolution*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxemburgo, 629 p.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995): *Who will care? Future prospects for family care of older people in the European Union*, Shankill, Co, Dublin.
- Evans, R.; Barer, M.L.; Marmor, T.R. (1994): *Why are some people healthy and others not?* New York, Walter de Gruyter.
- Feldman, P. H. (1999): "Doing more for less", *Journal of Aging and Health* 11, nº 3, p. 261-276.
- Ferrero, M. (1995): "Los estados de bienestar del sur en la Europa social", en Sarasa, Moreno (comp.): *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, CSIC, Madrid, p. 61-84.
- Festy, P. (1999): "Le vieillissement de la population française: perspectives à la lumière des expériences passées", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 93-112.
- Fernández Cordón, J.A. (1996): *Demografía, actividad y dependencia en España*. Bilbao, Fundación BBV, 141 p.
- Fernández Cordón, J. A. (1998): "Proyección de la población española" *Documento de Trabajo Fedea* 98-11, Fedea, 40 p.
- Floud, R. (1991): "Medicine and the Decline of Mortality: Indicators of Nutritional Status", en Schofield, R.; Reher, D.; Bideau, A. (eds.): *The decline of mortality in Europe*, Clarendon Press.
- Freedman, V. A.; Martin, L. G. (1999): "The role of education in explaining and forecasting trends in functional limitations among older americans", *Demography* 36, nº 4, p. 461-473.
- Frenk, J.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Frejka, T.; Lozano, R. (1991): "Elements for a theory of the health transition", *Health Transition Review* 1, p. 21-38.
- Frenk, J.; Frejka, T.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Lozano, R.; Sepúlveda, J. (1991): "La transición epidemiológica en América Latina", *Bulletin of the Pan American Health Organization* 111, p. 485-496.
- Fries, J. F. (1980): "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity", *The New England Journal of Medicine* 303, p. 130-135.
- Fries, J. F. (1984): "The compression of morbidity: miscellaneous comment about a theme?", *Gerontologist* 24 (4), p. 354-359.

Fries, J. F. (1989): "The Compression of Morbidity: Near or Far?", *The Milbank Quarterly* 67, nº 2, p. 208-232.

FSIS (2000): *Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles. Un análisis prospectivo*, versión electrónica.

Fundación Pfizer (2001): *España: los retos de una sociedad envejecida*. Jornadas Envejecimiento y calidad de vida. Madrid, 66 p.

Gandoy Crego, M. (2000): Instrumento para la valoración de la dependencia funcional de los pacientes con deterioro psíquico como carga asistencial de sus cuidadores, Asociación Multidisciplinar de Gerontología, Madrid, 123 p.

Gaüzère, F.; Commenges, D.; Barberger-Gateau, P.; Letenneur, L.; Dartigues, J-F. (1999): "Maladie et Dépendance. Description des évolutions par des modèles multi-états", *Population* 54, nº 2, p. 205-222.

Gavrilov, L. A.; Gavrilova, N. S. (1999): "Data Resources for Biodemographic Studies on Familial Clustering of Human Longevity", *Demographic Research* 1 (4), 48 p.

Gavrilov, L. A.; Gavrilova, N. S. (2001): "Étude biodémographique des déterminants familiaux de la longévité humaine", *Population* 56, nº 1-2, p. 225-252.

Gkonça, A.; Brockmann, H.; Maier, H. (2000): "Old-Age Mortality In Germany prior to and after Reunification", *Demographic Research* 3 (1), 29 p.

Golant, S. M. (1992): *Housing America's Elderly. Many possibilities/Few choices*, Sage Publications, California, 354 p.

Golini, A.; Calvani, P. (2001): "Relationship Between Perceptions of Health, Chronic Diseases and Disabilities", *NUPRI Research Paper Series* nº 73, 27 p.

Gómez Redondo, R. (1995): "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990", *REIS* 71-72, p. 79-108.

Gordon, T. J. (1980): "Changing mortality patterns", en Delgadillo, L. M. (ed.): *The futur of life expectancy*, The Society of Actuaries, Chicago, p. 1-23.

Greene, V. L. (1983): "Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community", *Medical Care* 6, p. 609-619.

Grieco, M. (1999): "Health status and service needs of older persons: a policy framework", *Population Aging. Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, United Nations, p. 155-166.

Gross, P. A.; Quinnan, G. V.; Rodstein, M.; LaMontagne, J.R.; Kaslow, R.A., et al. (1988): "Association of influenza immunization with reduction in mortality in an elderly population: A prospective study", *Archives of Internal Medicine* 148, p. 562-565.

Gruenberg, E. M. (1977): "The Failures of Success", *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 55, nº 1, p. 3-24.

Grundy, E. (1999): "Changing role of the family and community in providing support for the elderly", *Population Aging. Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, United Nations, p. 103- 122.

Grundy, E.; Glaser, K. (2000): "Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study", *Age and Ageing* 29, p. 149-157.



- Guillemard, E. M. (1992): *Análisis de las políticas de vejez en Europa*, Imsero, Madrid, 200 p.
- Guralnik, J. M; Schneider, E. L. (1987): "Prospects and implications of extending life expectancy", en Espenshade, T. J.; Stolnitz, G. J. (eds.): *Tecnological Prospects and Population Trends*, Boulder, Westview, p. 125-145.
- Guralnik, J. M.; Yanagishita, M; Schneider, E. L. (1988): "Projecing the older population of the United States: Lessons from the past and prospects for the future", *The Milbank Quarterly* 66, p. 283-308.
- Gutiérrez Resa, A.; Garcés Ferrer, J. (2000): *Los servicios sociales en las comunidades y ciudades autónomas*, Tirant lo Blanch, Valencia, 895 p.
- Hannerz, H. (2001): "An extension of relational methods in mortality estimation", *Demographic Research* 4 (10), 34 p.
- Hantrais, L. (1999): "Socio-demographic change, policy impacts and outcomes in social Europe", *Journal of European Social Policy* 9, nº 4, p. 291-309.
- Hayflick, L. (1981): "Prospects for human extensión by genetic manipulation", en Danon, D.; Shock, N. W.; Marois, M. (eds.): *Ageing: challenge to science and society*, Oxford University Press, p. 162-179.
- Heikinheimo, R. J.; Haavisto, M. V.; Mattila, K. J.; Rajala, S. A. (1985): "Mortality and high hematocrit in the very aged", *Age and Ageing* 14, p. 159-162.
- Heller, P. S.; Hemming, R.; Kohnert, P. W. (1986): *Ageing and Social Expenditure in the Major Industrial Countries 1980-2025*. Washington, FMI, 76 p.
- Hespel, V.; Thierry, M. (1999): "Les services d'aide aux personnes. Diagnostic et propositions", *Futuribles* 245, p. 31-44.
- Himes, C. L. (1992): "Future caregivers: Projected family structures of older persons", *Journal of Gerontology* 47, p. S17-26.
- Himes, C. L. (2000): "Obesity, Disease, and functional limitation in later life", *Demography* 37, nº 1, p. 73-82.
- Hoeymans, N. et al. (1997): "Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men", *Social Science and Medicine* 45, nº 10, p. 1527-1536.
- House, J.; Kessler, R.; Herzog, A. R. (1990): "Age, socioeconomic status, and health", *Milbank Quarterly* 68 (3), p. 383-411.
- House, J.; Landis, K.; Umberson, D. (1988): "Social relationship and health", *Science* 241, p. 540-545.
- Huertas, R. (1998): *Neoliberalismo y políticas de salud*, El Viejo Topo, Madrid.
- Hugman, R. (1994): "Ageing and the care of older people in Europe". New York, *St. Martin's Press*.
- Hummer, R. A.; Rogers, R. G.; Nam, C. B.; Ellison, C.G. (1999): "Religious involvement and U.S. adult mortality", *Demography* 36, p. 273-285.
- Iberdrola Instituto Tecnológica (1998): *Nuevas tecnologías para el cuidado de los mayores en el tercer milenio*, Barcelona, Conferencia tecnológica, 208p.
- IMSERSO (2000): *Las personas mayores en España. Informe 2000*, Imsero, Madrid, 2 vols.
- INE (2001): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, Principales Resultados, INE, Madrid.
- INE (2000): *Tablas de mortalidad de la población española, 1996-1997*. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

- INE (1995): *Proyecciones de la población de España calculada a partir del Censo de Población de 1991*. Madrid, 131 p. , y soporte magnético.
- INE (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. Madrid, t. I, 408 p.
- INE (1998): *Censo de la Población Española, rectificación padronal a 01-01-98*, versión electrónica.
- INSERSO (1995): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Inersero, Madrid, 168 p.
- INSERSO/ Colectivo IOE (1995): *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*, Inersero, Madrid, 311 p.
- Instituto de la Mujer (1996): *Las profesionales que prestan cuidado: el caso de España*. Madrid, Instituto de la Mujer, mimeo.
- Institut d'Estadística de Catalunya (1998): *Projeccions de població de Catalunya 2010-2030*, Generalitat de Catalunya, Barcelona, 226 p.
- Instituto de Demografía (1994): *Proyección de la población española*, CSIC, Madrid, 333 p.
- Jackson, S. (1998): *Britains's Population. Demographic issues in contemporary society* London, Routledge, 158 p.
- Jacobzone, S. (1999): Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. Paris, OCDE, *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n. 38, 49 p. (versión electrónica).
- Jacobzone, S.; Cambois, E.; Chaplain, E.; Robine, J.M. (1999): The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?. París, OCDE, *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n. 37, 65 p. (versión electrónica).
- Jeune, B.; Skytthe, A. (2001): "Les centenaires au Danemark hier et aujourd'hui" en *Population* 56, nº 1-2, p. 87-108.
- Jong-Gierveld J.; Solinge, H. Van (1995): *Ageing and its consequences for the socio-medical system*. Strasbourg, Consejo de Europa, 113 p. (Population Studies n. 29).
- Jourdain, A.; Martin, C. (1999): "De quoi dépend la dependance", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 179-194.
- Kalish, D.W.; Aman, T.; Buchele, L.A. (1998): Social and health policies in OECD countries: a survey of current programmes and recent developments. Paris, OCDE, *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n. 33, 163 p. + 224 (tables and charts): (versión electrónica).
- Kane, R. A.; Kane, R. L. (1993): *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición* Salud y Gestión, Barcelona, 315 p.
- Kane, R. A. (1999): "Goals of Home Care", *Journal of Aging and Health* 11, nº 3, p. 299-321.
- Kannisto, V. (1994): *Development of Older-Old Mortality, 1950-1990: Evidence from 28 Developed Countries*, Monographs on Population Aging nº 1, Odense University Press.
- Kannisto, V. (1988): " On the survival of centenarians and the span of life", *Population Studies* 42, p. 389-406.
- Kannisto, V. (1999): "Measuring the compression of mortality" Paper distribuido en la *European Population Conference*, 1999.
- Kannisto, V. (2000): "Measuring the Compression of Mortality", *Demographic Research* 3 (6), 24 p.



- Kannisto, V. (2001): "Mode et dispersion de la durée de vie", *Population* 56, n° 1-2, p. 183-198.
- Kannisto, V.; Lauritsen, J.; Thatcher, A. R.; Vaupel, J. W. (1994): "Reductions in Mortality at Advanced Ages: Several Decades of Evidence from 27 Countries", *Population and Development Review* 20, n° 4, p. 793-810.
- Katz, S.; Branch, L. G.; Branson, M.H.; Papsidero, J. A.; Beck, J. C.; Creer, D. S. (1983): "Active Life Expectancy", *New England Journal of Medicine* 309, n° 2, p. 1218-1224.
- Kay, D.W.K. (1989): "Ageing of the Population: Measuring the Need for Care", *Age and ageing* 18, n° 2, p. 73.
- Kemper, P. (1992): "The use of formal and informal home care by the disabled elderly", *Health Services Research* 27, p. 421-451.
- Keyfitz, N. (1981): "The limits of population forecasting" em *Population and Development Review* 7, n° 4, p. 579-593.
- Keyfitz, N.; Golini, A. (1975): "Mortality comparaisons: the male-female ratio", *Genus* 31, p. 1-34.
- Kohler, H. P ; Kohler, I. (2000): "Frailty Modelling for Adult and Old Age Mortality", *Demographic Research* 3 (8), 32 p.
- Kosberg, J. I. (ed.): (1992): *Family care of the elderly*, Sage Publ., California, 317 p.
- Kostaki, A.; Panousis, V. (2001): "Expanding an abridged life table", *Demographic Research* 5 (1), 24 p.
- Kramer, M. (1980): "The Rising Pandemic of Mental Disorders and Associated Chronic Diseases and Disabilities", *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62, n° 258, p. 382-397.
- Kurz, M. (1984): "Capital accumulations and the characteristics of private intergenerational transfers", *Economica* 51, p. 1-22.
- Lafontaine, P ; Pampalon, R.; Rochon, M. (1991): "L'espérance de vie sans incapacité en région au Québec en 1987", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 383-404.
- Lawton, M. P (1972): "Assesing the competence of Older people", en Kent, D.; Kastenbaum, R.; Sherwood, S., Behavioral Publications, New York.
- Lawton, M. P ; Brody, E. M. (1969): "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living", *Gerontologist* 9, p. 179-186.
- Le Bourg, E. (2001): "A mini-review of the evoluntary theories of aging. Is it the time to accept them?", *Demographic Research* 4 (1), 30 p.
- Le Bris, H. J. (coord.): (1993): *Cuidado familiar de las personas de edad avanzada en la Comunidad Europea*, Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 153 p.
- Levine, C. (1999): "Home sweet hospital", *Journal of Aging and Health* 11, n° 3, p. 341-359.
- Levy, M. L. (1998): La rectangularisation de la courbe des survivants, en AIDELF: *Morbidité, mortalité....*, p. 576-579.
- Liu, K.; Manton, K. G.; Liu, B. M. (1985): "Home care expenses for the disables elderly", *Health Care Financing Review* 7, p. 51-58.
- Lutz, W. (1991): *Future demographic trends im Europe and North America*. London, Academic Press, 585 p.

- Lynch, H. T.; Watson, P. (1990): "Editorial commentary: Early age at breast cancer onset- A genetic and oncologic perspective", *American Journal of Epidemiology* 131, p. 984-986.
- Martínez Veiga, U. (dir.): (2000): Situaciones de exclusión de los emigrantes españoles ancianos en Europa, FACEEF, Madrid, 350 p.
- Martínez Zahonero, J. L. (2000): *Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos*, Consejo Económico y Social, 243 p.
- Mackenbach, J.P. (1994): "The epidemiologic transition theory", *Journal of Epidemiology and Community Health* 48, p. 329-332.
- Maltby, T. (1997): "Older People and Policy Issues in Europe". *Ageing and society*, v. 17, 6, p. 731.
- Manson, J. E., et al. (1995): "Body Weight and Mortality Among Women", *New England Journal of Medicine* 333, p. 677-85.
- Manton, K. G. (1982): "Changing Concepts of Morbidity and Mortality in the Elderly Population", *Milbank Memorial Fund Quarterly/ Health and Society* 60, p. 183-244.
- Manton, K. G.; Corder, L. S.; Stallard, E. (1993): "Changes in the use of personal assistance and special equipment 1982 to 1989: Results from the 1982 and 1989 NLTCs", *The Gerontologist* 33, p. 168-176.
- Manton, K. G.; Corder, L. S.; Stallard, E. (1993): "Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long-Term Care Survey", *Journal of Gerontology* 47, p. S153-166.
- Manton, K. G.; Stallard, E. (1991): "Cross-sectional Estimates of Active Life Expectancy for the US Elderly and Oldest-Old Populations", *Journal of Gerontology* 46S, p. S170-182.
- Manton, K. G.; Stallard, E. (1994): "Medical Demography: Interaction of Disability Dynamics and Mortality", en Martin, L. G.; Preston, S. H. (eds.): *Demography of Aging*, National Academy Press, p. 217-278.
- Manton, K. G.; Stallard, E. (1996): "Longevity in the United States: Age and sex-specific evidence on life span limits from mortality patterns 1960-1990", *Journal of Gerontology* 51A, p. B362-375.
- Manton, K. G.; Stallard, E.; Tolley, H. D. (1991): "Limits to Human Life Expectancy: Evidence, Prospects, and Implications", *Population and Development Review* 17, nº 4, p. 603-637.
- Marmot, M. G.; Shipley, M. G.; Rose, G. (1984): "Inequalities in death-specific explanations of general pattern?", *Lancet* 1 (8384), p. 1003-1006.
- Marmot, M. G.; Theorell, M. E. (1988): "Social class and cardiovascular disease: The contribution of work", *International Journal of Health Services* 18, nº 4, p. 659-675.
- Marrioti, S.; Sansoni, P.; Barbesino, G.; Caturegli, P.; Monti, D.; Cossarizza, A.; Giacomelli, T.; Passeri, G.; Fagiolo, U.; Pinchera, A.; Franceschi, C. (1992): "Thyroid and other organ-specific autoantibodies in healthy centenarians", *Lancet* 339, p. 1506-1508.
- Martin, L. G.; Preston, S. H. (eds.): *Demography of Aging*, National Academic Press, Washington, 411 p.
- Mathers, C.D. (1991): "Health Expectancies in Australia, 1981 and 1988", *Health Differentials Series*, nº 1, Australian Institute of Health.
- McAuley, W. J.; Bliesner, R. (1985): "Selection of long-term care arrangements by older community residents", *Gerontologist* 25, p. 188-193.



McDowell, I.; Newell, C. (1996): *Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford University Press, 2ª ed., 523 p.

Mettlin, C.; Croghan, I.; Natarajan, N.; Lane, W. (1990): "The association of the age and familial risk of atherosclerotic cardiovascular disease", *Circulation* 84, nº 3, p. 1165-1175.

Micheli, G. (2000): "Kinship, Family and Social Network: The anthropological embedment of fertility change in Southern Europe", *Demographic Research* 3 (13), 34 p.

Milligan, Ch. (2000): "Bearing the burden: towards a restructured geography of caring", *Area* 32, nº 1, p. 49-58.

Minaire, P. (1991): "Espérance de vie en santé: apport conceptuel et pratique de la Classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps (CIDIH)", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, nº 2, p. 237-252.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1990): *El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población*. Madrid, 370 p.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1995): *Indicadores de salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*, Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1999): *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud para todos*, Madrid., 345 p.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1999): *Encuesta nacional de salud de España, 1997*. Madrid, 372 p.

Moesgaard, K.; Bronnum-Hansen, H.; Bjerregaard, P. (2001): "Health expectancy in Greenland", *Scand J Public Health* 29, p. 5-12.

Montgomery, R. J. V. (1999): "The family role in the context of long-term care", *Journal of Aging and Health* 11, nº 3, p. 383-416.

Moorodian, A. D.; Wong, N. C. (1991): "Molecular biology of aging", *Journal Of American Geriatrics Society* 39, p. 717-723.

Mormiche, P. (1999): "La dépendance: le poids et le souci", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 161-178.

Mossé, P. (1999): "L'Etat-Providence est-il menacé de vieillissement?", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 211-230.

Munoz-Perez, B. (1999): "Les placements sous tutelle et curatelle des majeurs", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, nº 2-3, pp 195-210.

Murillo, S. (2000): "La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios", *Política y Sociedad* 35, p. 73-80.

Murphy, M.; Glaser, K.; Grundy, E. (1997): "Marital status and long-term illness in Britain", *Journal of Marriage and Family* 59, p. 156-164.

Murray, C. J. L.; Chen, L. C. (1994): "Dynamics and Patterns of Mortality Change", en Chen, L. C.; Kleinman, A.; Ware, N. C. *Health and social change in international perspective*, Harvard School of Public Health.

Mutran, E. (1985): "Intergenerational family support among blacks and whites: Response to culture or to socio economic differences", *Journal of Gerontology* 40, p. 382-389.

- Myers, G. C.; Manton, K. G. (1984): "Compression of mortality: myth or reality?", *Gerontologist* 24 (4), p. 346-353.
- Myers, G. C.; Manton, K. G. (1984): "Recent changes in the US age at death distribution: Further observations", *Gerontologist* 24, p. 572-575.
- National Board of Health and Welfare (1994): *Public Health Report 1994*, Social Stryrelsen, Stockolm.
- National Committee for Elderly Policy (1992): *Older people and the family solidarity between generations*, Lisboa, 212 p.
- Netten, A.; Darton, R. et al. (2001): "Residential and nursing home care of elderly people with cognitive impairment: prevalence, mortality and costs", *Ageing and Mental Health* 5 (1), p. 14-22.
- O'Boyle, C. A. (1997): "Measuring the quality of later life", *Phil Trans R Soc Lond B* 352, p. 1871-1879.
- OCDE (1973): *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, OCDE, Paris, 29 p.
- OCDE (1992): *Urban Policies for Ageing Populations*. Paris, OCDE, 160 p.
- OCDE (1994): *Protéger les personnes âgées dépendantes: 1. Nouvelles orientations*. Paris, OCDE, 156 p.
- OCDE (1995): *Social protection for dependent elderly people: perspectives from a review of OECD countries*. Paris, OCDE, Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n. 16, 29 p. (versión electrónica).
- OCDE (1996): *Protéger les personnes âgées dépendantes: Des politiques en mutation*. Paris, OCDE, 344 p.
- OCDE (1996): *Social expenditure statistics of OECD members countries*. Paris, OCDE, Labor Market Occasional Papers n. 17.
- OCDE (1997): *Ageing in OECD countries: a critical policy challenge*. Paris, OCDE, 111 p. (Social Policy Studies No. 20).
- OCDE (1998): *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. París, OCDE, 144 p.
- OCDE (1999): *Pour un monde solidaire: Le nouvel agenda social*. Paris, OCDE, 180 p.
- Olshansky, S. J.; Ault, B. A. (1986): "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *Milbank Quarterly* 64, p. 355-391.
- Olshansky, S. J.; Carnes, B.A. (1994): "Demographic perspectives on human senescence". *Population and development review*, 20, 1, p. 57-80.
- Olshansky, S. J.; Carnes, B. A.; Cassel, C. (1990): "In search of Methuselah: Estimating the upper limits to human longevity", *Science* 2, p. 634-640.
- O'Neill, B.; Balk, D.; Brickman, M. (2001): "A Guide to Global Population Projections", *Demographic Research* 4 (8), 90 p.
- Omran, A. R.; (1971): "The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change", *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49 (4), p. 509-538.
- OMS (1997): *Clasificación internacional de Deficiencias, Actividades y Participación (CIDDM-2)*, Ginebra.
- OMS (1988): *Classification internationale des handicaps: déficiences, incapacités et désavantages. Un*



manuel de classification des conséquences des maladies, OMS, Paris.

Ortún, V. (2000): "Desigualdad y salud", *Política y Sociedad* 35, p. 65-71.

Ory, M. G.; Bond, K. (eds.): (1989): *Aging and health care. Social science and policy perspectives*. London, Routledge, 265 p.

Osler, M.; Holstein, B. et al. (2001): "Socioeconomic position and smoking behaviour in Danish adults", *Scand J Public Health* 29, p. 32-39.

Osler, M.; Jorgense, T. et al. (2001): "Socioeconomic status and trends in alcohol drinking in the Danish MONIC population 1982-92", *Scand J Public Health* 29, p. 40-43.

Pacolet, J.; Wilderom, C. (eds.): (1991): *The economics of care of the elderly*, Aldershot, Avebury, 221 p.

Parant, A. (1999): "La dépendance du grand âge: un choc à venir, une ardente obligation d'anticipation", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, n° 2-3, pp 133-160.

Parnell, A.; Owens, C. R. (1999): "Evaluation of US Mortality Patterns at Old Ages", *Demographic Research* 1 (2), 31p.

Perenboom, R. J. M.; Boshuizen, H. C.; van de Water, H. P. A. (1993): "Trends in health expectancies in the Netherlands, 1981-1990", en Robine, J. M.; Mathers, C. D.; Bone, M. R.; Romieu, I. (eds.): *Calculation of Health Expectancies: Harmonization, Consensus Achieved and Future Perspectives*, John Libbey Eurotext, p. 309-320.

Pérez, M. (1993): "La imagen de la vejez a través de los planes gerontológicas", *Papers* 40, p. 89-98.

Pérez, G.; Mompert, A. (1997): "La mortalitat a Catalunya en els propers anys", en *Projeccions Demogràfiques de Catalunya*, Generalitat de Catalunya, p. 97-112.

Perutz, M.F. (1997): "Long live the Queen's subjects", *Phil Trans R Soc Lond B* 352, p. 1919-1920.

Phillips, D.B. (1994): "Epidemiological transition: implications for health and health care provision". *GeographiskaAnnaler*, 76, 2, p. 71-90.

Phillips, J.L. (1994): *The Elderly in 2005: Health and Care. Updated scenarios on health and aging 1990-2005*, Kluwer Academic Publishers, 235 p.

Phillipson, Ch. (1997): "Family care in Great Britain: sociological perspectives", *Ageing International* 24, n° 1, p. 63-80.

PNUD: *Informe sobre desarrollo humano*, 1999. Madrid, Mundi Prensa, 262 p.

Poulain, M.; Chambre, D.; Foulon, M. (2001): "La survie des centenaires belges (générations 1870-1894)", *Population* 56, n° 1-2, p. 133-158.

Pressat, R. (1995): *Éléments de démographie mathématique*, AIDELF 279 p.

Pressat, R. (1979): *Dictionnaire de démographie*, Presser universitaires de France, Paris.

Preston, S. H. (1992): "Cohort succession and the future of the oldest old", en Suzman, R. M.; Willis, D. P.; Manton, K. G. (eds.): *The Oldest Old*, Oxford University Press, p. 50-57.

Preston, S. H.; Taubman, P. (1994): "Socioeconomic Differences in Adult Mortality and Health Status", en Martin, L. G.; Preston, S. H. (eds.): *Demography of Aging*, National Academy Press, p. 179-318.

Puga, D.; Abellán, A. (2001): "Nuevos riesgos y demandas del envejecimiento en España: las situaciones de dependencia", en *Las claves demográficas del futuro de España*, Fundación Cánovas del Castillo.

- Qureshi, H.; Walker, A. (1989): *The caring relationship. Elderly people and their families*, Macmillan, Houndnills, 291 p.
- Reed, D. M. (1990): "The paradox of high risk of stroke in populations with low risk of coronary disease", *American Journal of Epidemiology* 131, p. 579-588.
- Reviere, R.; Berkowitz, S.; Carter, C. C.; Ferguson, C. G. (eds.): (1996): *Needs assessment: a creative and practical guide for social scientist*, Taylor and Francis, London, 233 p.
- Riley, J. C. (1992): "From a high mortality regime to a high morbidity regime: is cultura everything in sickness?", *Health Transition Review* 2, pp 71-78.
- Riley, J. C.; Alter, G. (1986): *Mortality and Morbidity: measuring ill-health across time*, Working Paper n° 4, Population Institute for Research and Training, Indiana University .
- Riley, J. C.; Alter, G. (1990): *The epidemiologic transition and mordidity*, Working Paper n° 10, Population Institute for Research and Training, Indiana University.
- Ritchie, K. (1991): "La mesure de l'esperance de vie sans demente: étude préliminaires de faisabilité", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 253-268.
- Robine, J. M. (1986): *L'esperance de vie sans incapacité*, Conseil des affaires sociales et de la famille, Québec, 96 p.
- Robine, J. M. (2001): "Redéfinir les phases de la transition épidémiologique à traves l'étude de la dispersion des durées de vie: le cas de la France", *Population* 56, n° 1-2, p. 199-222.
- Robine, J. M.; Jagger, C.; Romieu, I. (2001): "Disability-free life expectancies in the European Union countries: calculation and comparisons", *Genus* LVII, n° 2, p. 89-102.
- Robine, J. M.; Allard, M. (1998): "The oldest human", *Science* 279, p. 1834-1835.
- Robine, J.M.; Brouard, N.; Colvez, A. (1987): "Les indicateurs d'esperance de vie sans incapacité (EVSI): des indicateurs globaux de l'état de santé des populations", *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 35, p. 640-649.
- Robine, J.M.; Bucquet, D.; Ritchie, K. (1991): "L'esperance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au tours du temps: vingt ans de calcul", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 205-236.
- Robine, J. M.; Mormiche, P. (1994): "Estimation de la valeur de l'esperance de vie sans incapacité en France en 1991", *Solidarité Santé* 1, p. 17-36.
- Robine, J. M.; Ritchie, K. (1991): "Healthy Life Expectancy: Evaluation of a New Global Indicator of Change in Population Health", *British Medical Journal* 302, p. 457-460.
- Rodríguez, J. (1994): *Envejecimiento y familia*, CIS, Madrid, 115 p.
- Rodríguez, P. (1998): "El problema de la dependencia en las personas mayores", *Documentación Social* 112, p. 33-63.
- Rodríguez, P ; Sancho, M. T. (1995): "Nuevos retos de la política social de atención a las personas mayores. Las situaciones de fragilidad", *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 30, p. 141-152.
- Rodríguez Cabrero (Coord.): (1999): *La protección social de la dependencia*. Madrid, Imsero, 629 p.
- Rodríguez-Piñero, M. (1993): *El sector no lucrativo en España*, Esculea Libre Editorial, Madrid, 801 p.
- Rogers, R.; Bélanger, A.; Rogers, A. (1991): "Espérance de vie autonome, en perte d'autonomie et en



institution parmi la population âgée des États-Unis”, *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 269-290.

Ross, C. E.; Mirowsky, J. (1999): “Refining the association between education and health: the effects of quantity, credential, and selectivity”, *Demography* 36, n° 4, p. 445-460.

Rosenberg, B., et al. (1973): “The kinetics and thermodynamics of death in multicellular organisms”, *Mechanisms of Ageing and Development* 2, p. 275-293.

Rowe, J. W.; Khan, R. L. (1998): *Successful Aging*, Pantheon Books, New York.

Royal Commission on Long Term Care (1999): *With Respect to Old Age: Long Term Care- Rights and Responsibilities*, Royal Commission Report, 196 p.

Ruzicka, L.; Kane, P. (1990): “Health transition: the course of morbidity and mortality”, en Caldwell, J.C.; Findley, S.; Caldwell, P.; Santow, G.; Oxford, W.; Braid, J.; Broers-Freeman, D. (eds.): *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*, Australian National University.

Riley, J.C. (1992): “From a high mortality regime to a high morbidity regime: is culture everything in sickness?” *Health Transition Review*, 2, 71-78.

Saito, Y.; Crimmins, E. M.; Hayward, M. D. (1991): “Stabilité des estimations de l’espérance de vie sans perte d’autonomie calculées au moyen de deux méthodes de construction de tables de survie”, *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 291-328.

Sancho, M. T. (1994): “Un lugar para vivir. Alojamientos alternativos para mayores”, *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 29 (S3), p. 13-18.

Sanders, B. S. (1964): “Measuring Community Health Levels”, *American Journal of Public Health* 54, n° 7, p. 1063-1070.

Sarasa, S.; Moreno, L. (comp.): (1995): *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, CSIC, Madrid, 419 p.

Scheil-Adlung, X. (1995): “Seguridad social para las personas dependientes en Alemania y otros países: entre la tradición y la innovación”, *Revista internacional de seguridad social* 48, n° 1, p. 21-39.

Schneider, E. L.; Guralnik, J. M. (1987): “The compression of morbidity: A dream which may come true someday!”, *Gerontologica Perspecta* 1, p. 8-13.

Schneider, U. (1999): “El seguro social de asistencia de larga duración de Alemania: diseño, implementación y evaluación”, *Revista internacional de seguridad social* 52, n° 2, p. 37-90.

Schofield, R.; Reher, D. (1991): “The decline of mortality in Europe” Schofield, R.; Reher, D.; Bideau, A. (eds.): *The decline of mortality in Europe*, Clarendon Press.

Scortegagna, R (1995): “Nuevos servicios y nuevas aproximaciones en la política social para los ancianos”, en Sarasa, Moreno (comp.): *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, CSIC, Madrid, p. 61-84.

Segura, A. (2000): “La salud pública y las políticas de salud”, *Política y Sociedad* 35, p. 55-64.

Serra Martín, A. (1998): “Política de ciudad y bienestar social de los mayores”, *Conferencia Tecnológica internacional: Nuevas tecnologías para el cuidado de los mayores en el tercer milenio*, Iberdrola Instituto Tecnológica, Bilbao.

Simons, L. A.; McCallum, J.; Friedlander, Y.; Simons, J. (2000): “Healthy ageing is associated with reduced and delayed disability”, *Age and Ageing* 29, p. 146-148.

- Smith, K. R. (1990): "The risk transition", *Internacional Environmental Affaire* 2, p. 227-251.
- Soldo, B. J.; Freedman, V. A. (1994): "Care of the Elderly: Division of Labour Among the Family, Market, and State", en Martin, L. G.; Preston, S. H. (eds.): *Demography of Aging*, National Academy Press, p. 195-216.
- Stevens, J., et al. (1998): "The effect of age on the association between body-mass index and mortality", *New England Journal Of Medicine* 338, p. 1-7.
- Stone, R.; Cafferata, G. L.; Sangl, J. (1987): "Caregivers of the frail elderly: A national profile", *Gerontologist* 27, p. 616-626.
- Strehler, B. L. (1975): "Implications of aging research for society", *Proceedings 58th Annual Meeting of the Federation of American Societies for Experimental Biology* 34, p. 5-8.
- Strohmer, C.; Péron, Y. (1991): "L'esperance de vie en santé", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 201-204.
- Sullivan, D.F. (1971): "A single Index of Mortality and Morbidity" *HSMHA Health Report*, U.S. Government Printing Office, Washington.
- Sullivan, J. L. (1991): "Antioxidant and coronary heart disease", *Lancet* 337, p. 432-433.
- Suzman, R. M.; Harris, T.; Hadley, E. C.; Kovar, M. G.; Weindruch, R. (1992): "The robust oldest-old: Optimistic perspectives for increasing healthy life expectancy", en Suzman, R. M.; Willis, D. P.; Manton, K. G. (eds.): *The Oldest Old*, Oxford University Press, p. 341-358.
- Suzman, R. M.; Manton, K. G.; Willis, D. P. (1992): "Introducing the oldest old", en Suzman, R. M.; Willis, D. P.; Manton, K. G. (eds.): *The Oldest Old*, Oxford University Press, New York.
- Taboulet, F.; Latry, Ph.; Fontaine, S.; Timmerman, L. (1999): "L'incidence de l'évolution démographique sur la consommation pharmaceutique liée au diabète en Aquitaine", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* 39, n° 2-3, pp 253-270.
- Takata, H.; Suzuki, M.; Ishii, T.; Sekiguchi, S; Iri, H. (1987): "Influence of major histocompatibility complex region genes on human longevity among Okinawan-Japanese centenarians and nonagenarians", *Lancet* 824, p. 835-836.
- Teachman, J.(1982): Methodological Issues in the Analysis of Family Formation and Dissolution, *Journal of Marriage and the Family*, 44, p. 1037-1053.
- Tennsted, S. L.; McKinlay, J. B. (1989): "Informal care for frail older persons", Ory, M; Bond, K. (eds.): *Aging and Health Care*, Routledge, London.
- Thatcher, R. (1981): "Centenarians", *Population Trends* 25, p. 11-14.
- Thatcher, R. (1987): "Mortality at the highest ages", *The Journal of the Institute of Actuaries* 114, p. 327-338.
- Thatcher, R. (1992): "Trends in numbers and mortality at high ages in England and Wales", *Population Studies* 46, p. 411-426.
- Thatcher, R. (2001): "Démographie des centenaires en Angleterre et au Pays de Galles", *Population* 56, n° 1-2, p. 159-180.
- Thieszen, S. L.; Hixson, D. J.; Nagengast, D. J.; Wilson, J. e., McManus, B. M. (1990): "Lipid phenotypes, apolipoprotein genotypes and cardiovascular risk in nonagenarians" , en *Atherosclerosis* 83, p. 137-146.



- Thierry, X. (1999): "Risques de mortalité et de surmortalité au cours des dix premières années de veuve", *Population* 54, n° 2, p. 204.
- Thouez, J. P ; Bussière; Pampalon, R; Chicoine, N. (1993): "Vieillesse et limitations fonctionnelles: analyse comparée des données de l'enquête ESLA entre la région métropolitaine de Montréal et la province de Québec, 1986", *Cahiers québécois de démographie* 22, n° 1, p. 45-62.
- Thuriaux, M. (1991): "L'espérance de vie en santé: une mesure synthétique de l'incapacité dans la communauté. Statut actuel et utilité pour les politiques de santé", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 439-450.
- Treas, J. (1977): "Family support systems for the aged: Some social and demographic considerations", *Gerontologist* 17, p. 486-491.
- Trowell, H. C.; Burkitt, D. P. (eds.): (1981): *Western diseases: their emergence and prevention*, Edward Arnold, London.
- Turke, P. (1991): "Theory and Evidence on Wealth Flows and Old-Age Security: A reply to Fricke", *Population and Development Review* 17, n°4, p. 687-702.
- UN (1991): *United Nations Demographic Yearbook*, United Nations, New York.
- UN (1992): *Long-Range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150*, United Nations, New York.
- UNFPA (1999): *Population Aging. Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, United Nations, 301 p.
- Valderrama, E. et al. (2000): "Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people", *Age and Ageing* 29, p. 267-270.
- Valkonen, T. (1987): "Social Inequality in Face of Death" repartido en Congres Europeen de Demographie 1987.
- Vanderleyden, L.; Schoenmaeckers, R.. (1999): "Population Ageing: Key sigues and recomendations for action", en *Population Aging. Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries*, United Nations, p. 267-288.
- Van de Water, H. (1997): "Health expentancy and the problem of substitute morbidity", *Phil Trans R Soc Lond B* 352, p. 1819-1827.
- Vaupel, J. W. (1997): "The remarkable improvements in survival at older ages", *Phil Trans R Soc Lond B* 352, p. 1799-1804.
- Vaupel, J. (2001): "La longévité vue sous l'angle de la démographie", *Population* 56, n° 1-2, p. 277-293.
- Vita, A. J.; Terry, R. B.; Hubert, H. B., et al. (1998): "Aging, health risks, and cumulative disability", *New England Journal of Medicine* 338, p. 1035-1041.
- Vinuesa, J.; Zamora, F.; Gènova, R.; Serrano, P.; Recaño, J. (1994): *Demografía. Análisis y proyecciones*, Síntesis, Madrid, 366 p.
- Vizcaíno, J. (2000): *Envejecimiento y atención social*, Herder, Barcelona, 142 p.
- VV.AA. (2001): "Perspectives biodémographiques de la longévité humaine", *Population* n°1-2 (monográfico).
- Waidmann, T. A.; Liu, K. (2000): "Disability Trends among Elderly Persons and Implications for the Future", *Journal of Gerontology* 55B, n° 5, p. S298-307.

- Waite, L. J. (1995): "Does marriage matter?", *Demography* 32, p. 483-507.
- Walford, R. (1983): "Testimony before the Subcommittee on Savings, Pensions, and Investment Policy of the Committee on Finance", US Senate, 15 July, *Senate Hearing Document* n° 98-359, Washington.
- Walker, A.; Maltby, T. (1997): *Ageing Europe*. Buckingham, Open University Press, 149 p.
- Waters, W.E. (ed.): (1989): *Health, lifestyles and services for the elderly*. Copenhagen, WHO, 222 p. (Public Health in Europe 29).
- Weber, M. (1946): "Class, status, and party", en Gerth, H.; Mills, C. W. (eds.): *Max Weber: Essays in Sociology*, Oxford University Press, p. 180-195.
- Wenger, G. C. et al. (1996): "Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement", *Ageing and Society* 16, n° 3, p. 333-358.
- Westendorp, R. G. J.; Kirkwood, T. B. L. (2001): "La transmission héréditaire de la longévité en lignes maternelle et paternelle", *Population* 56, n° 1-2, p. 253-268.
- Wielink, G.; Hijman, R.; McDonnel, J. (1997): "Preference for Care", *Research on Aging* 19, p. 174-198.
- Wiener, J. (1990): "Measuring the Activities of Daily Living: Comparisons across National Surveys". *Journal of Gerontology, Social Sciences*, vol. 45, n. 6, p. 229-237.
- Wilkins, R. (1991): "Espérance de vie en santé au Québec et au Canada en 1986", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 367-382.
- Wilkins, R.; Adams, O. B. (1983): "Health Expectancy in Canada Late 1970s: Demographic, Regional, and Social Dimensions", *American Journal of Public Health* 73, n° 9, p. 1073-1080.
- Wilmoth, J. R.; Horiuchi, S. (1999): "Rectangularization revised: variability of age at death within human populations", *Demography* 36, n° 4, p. 475-495.
- Wilmoth, J. R. (1995): "Are mortality rates falling at extremely high ages? An investigation based on a model proposed by Coale and Kisker", *Population Studies* 49, p. 281-295.
- Wilson, G. (1993): "The challenge of an ageing electorate: changes in the formation of social policy in Europe?". *Journal of European Social Policy*, vol. 3, part 2.
- Winkleby, M. A.; Jatulis, D. E.; Frank, E.; Fortmann, S. P. (1992): "Socioeconomic status and health: How education, income and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease", *American Journal of Public Health* 82, n° 6, p. 816-820.
- Wolf, D. A. (1999): "The family as provider of long-term care: efficiency, equity and externalities", *Journal of Aging and Health* 11, n° 3, p. 360-382.
- Wolfson, M. C. (1991): "POHEM: une approche inédite pour l'estimation de l'espérance de vie corrigée en fonction de l'état de santé", *Cahiers Québécois de Démographie* 20, n° 2, p. 329-366.
- Wunsch, G. (1998): Mortalité: problèmes de mesure et mesure des problèmes, en AIDELF: *Morbidité, mortalité...*, p. 81-85.
- Yoder, J. A.; Jonker, J. M. L.; Leaper, R. A. B. (eds.): (1985): *Support networks in a caring community*, Martinus Nijhoff Pub., Dordrecht.
- Zeng, Y.; Vaupel, J. W.; Zhenyu, X.; Yuzhi, L.. (2001): "L'enquête sur la longévité en bonne santé: l'espérance de vie sans incapacité des personnes très âgées en Chine", *Population* 56, n° 1-2, p. 109-132.



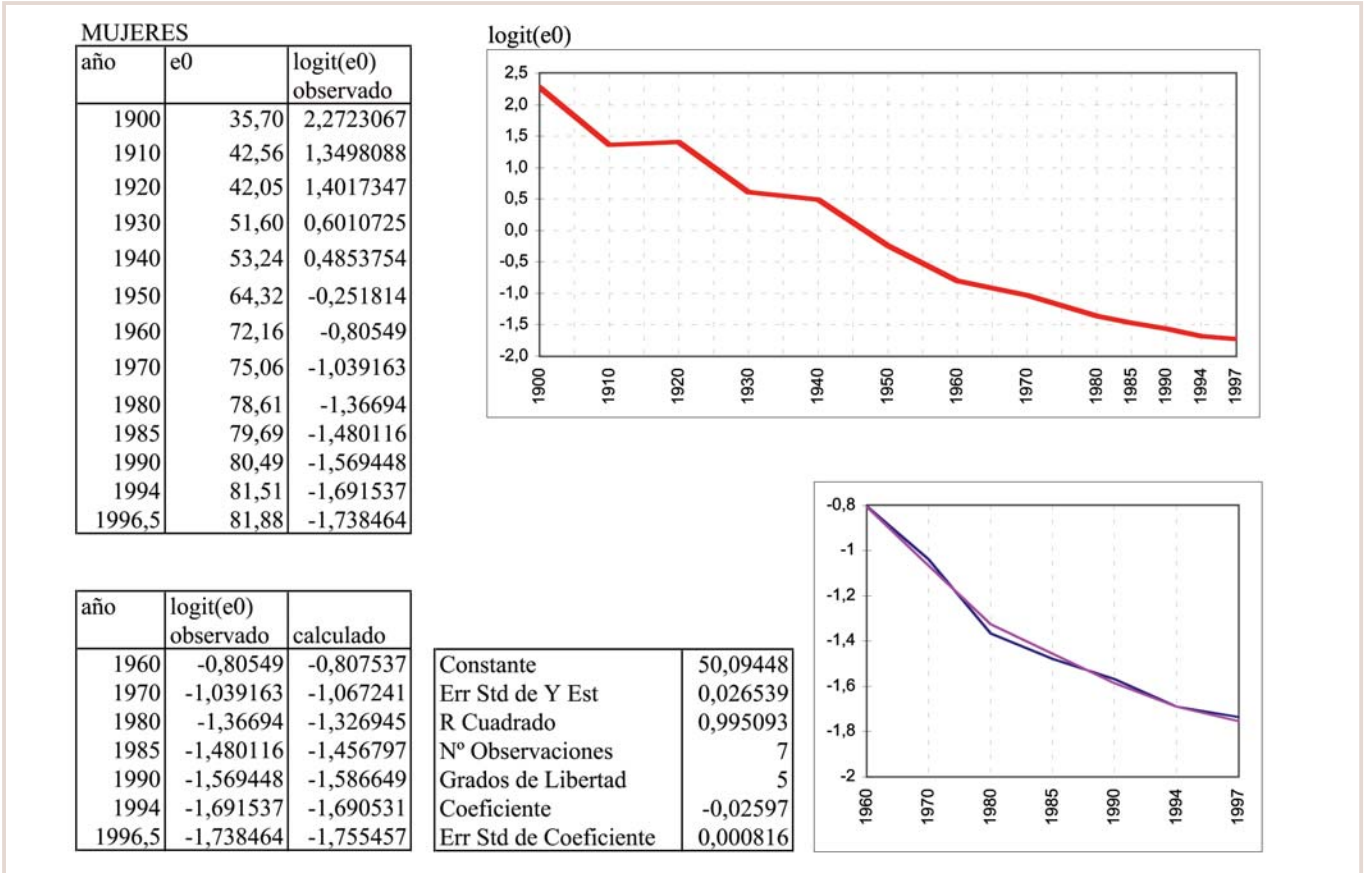


ANEXOS DE
TABLAS Y GRÁFICOS



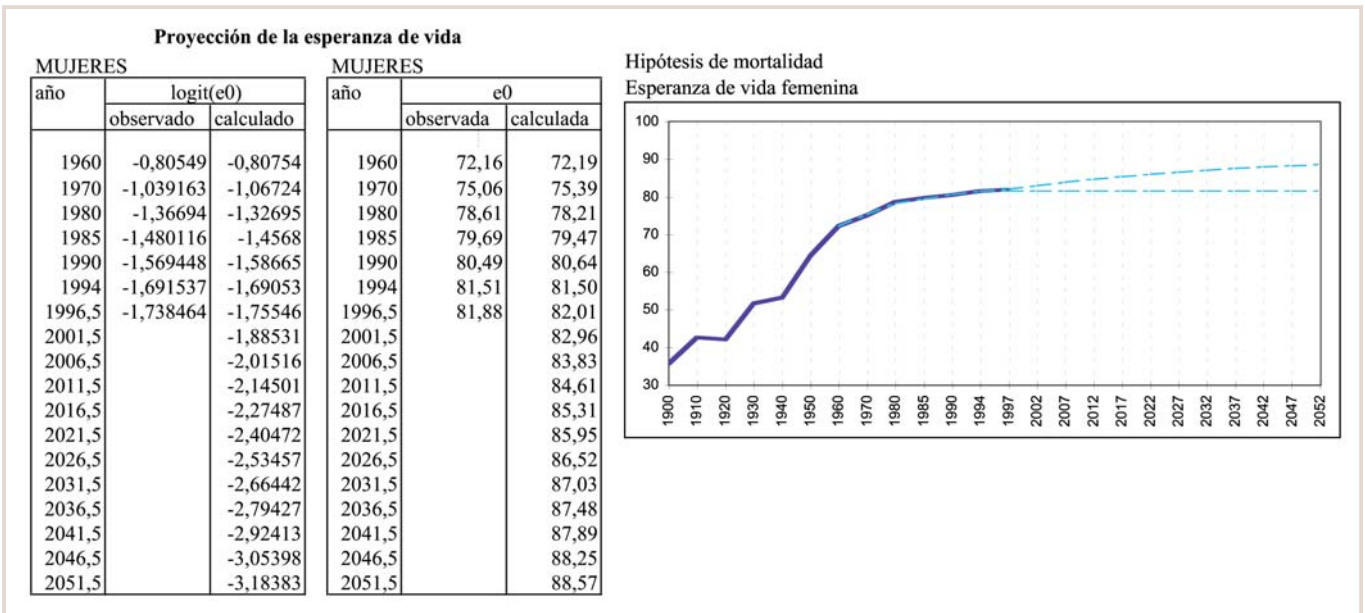
**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD FEMENINA (I).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tabla 1



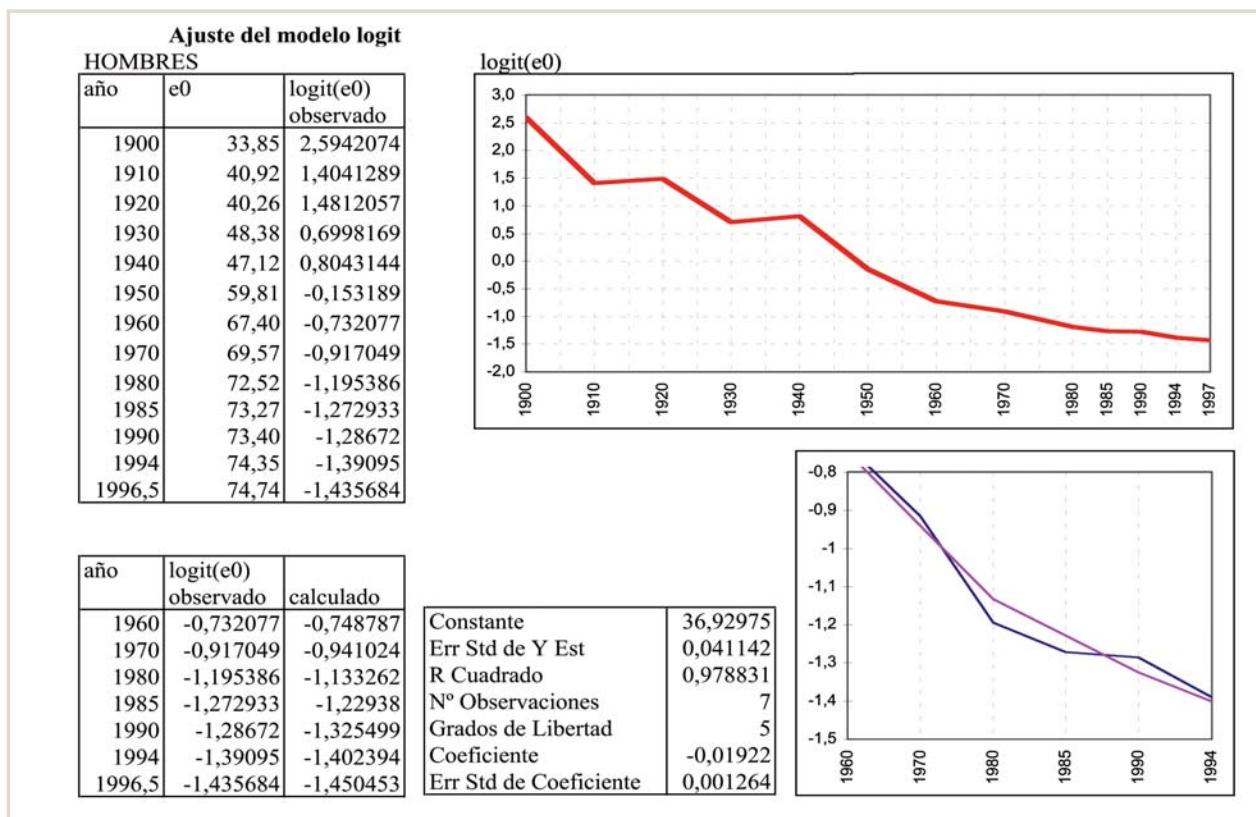
**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD FEMENINA (II).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tabla 2



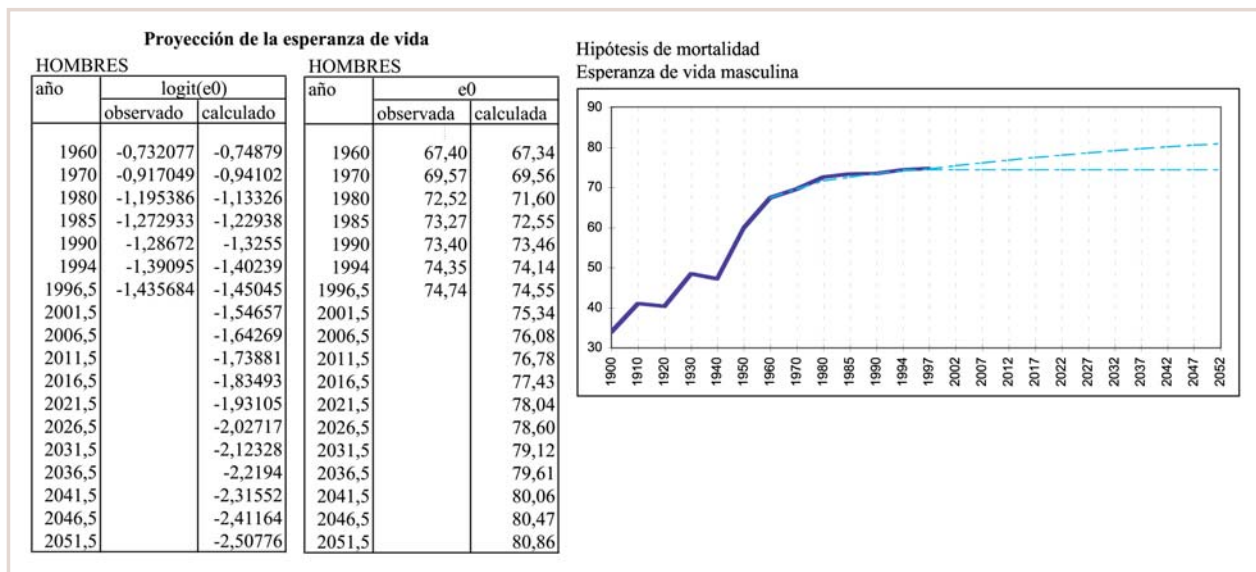
**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD MASCULINA (I).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

tabla 3



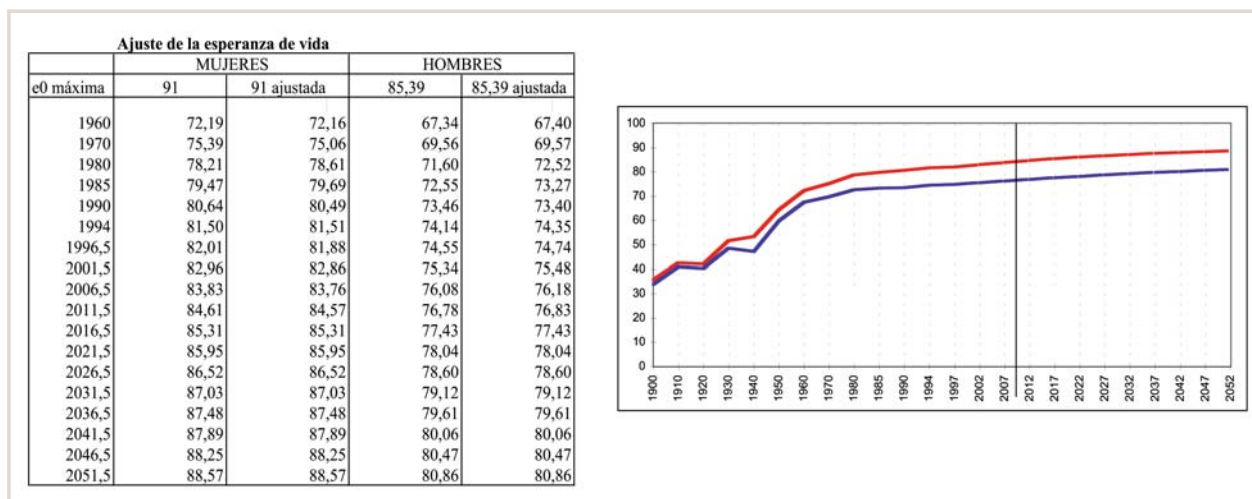
**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD MASCULINA (II).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tabla 4



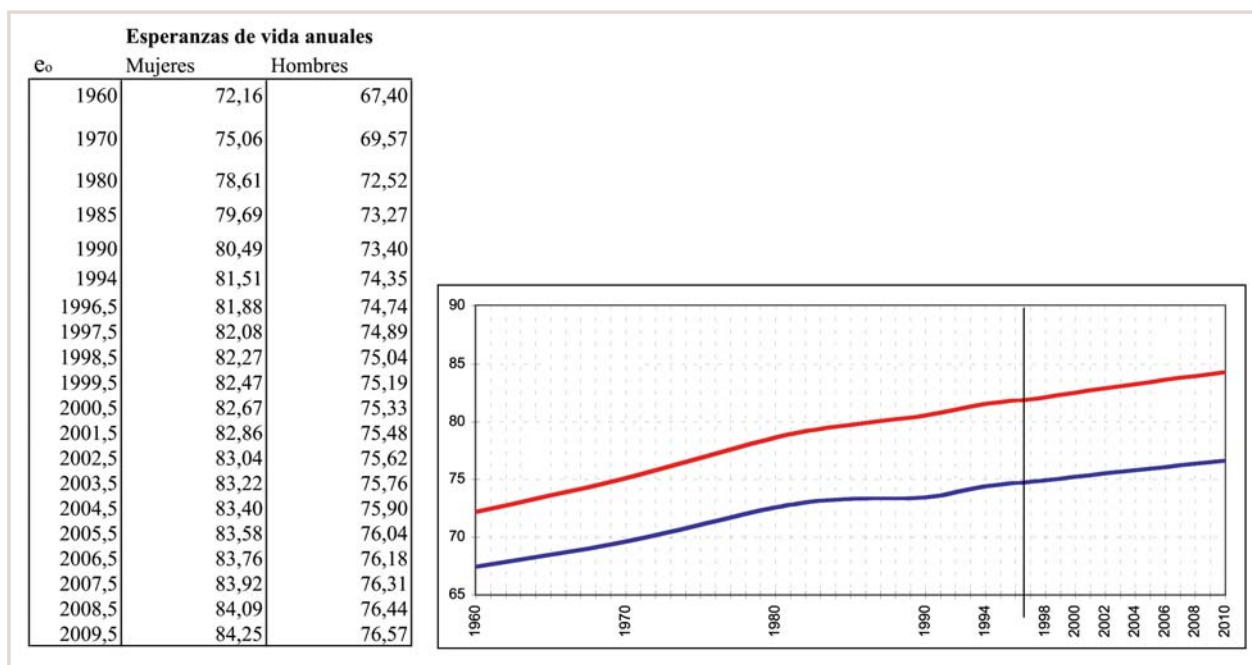
**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SEXO (I).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tabla 5



**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD POR SEXO (II).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

tabla 6



**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EDAD (I).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tablas tipo de mortalidad (UN)

e ₀ femenina	2009,5	84,25
	nivel 26	82,50
	nivel 27	85,00
C _{2009,5}		0,699438026

n _m x	nivel 26		nivel 27	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
0	0,00405	0,00513	0,00284	0,00357
1	0,00037	0,00045	0,00030	0,00037
5	0,00009	0,00014	0,00003	0,00005
10	0,00008	0,00013	0,00003	0,00005
15	0,00020	0,00055	0,00011	0,00033
20	0,00029	0,00090	0,00023	0,00075
25	0,00037	0,00102	0,00030	0,00090
30	0,00044	0,00097	0,00034	0,00080
35	0,00061	0,00120	0,00045	0,00093
40	0,00096	0,00187	0,00070	0,00145
45	0,00150	0,00300	0,00108	0,00228
50	0,00238	0,00515	0,00190	0,00432
55	0,00343	0,00768	0,00239	0,00562
60	0,00534	0,01224	0,00362	0,00878
65	0,00842	0,01963	0,00533	0,01337
70	0,01526	0,03256	0,00978	0,02248
75	0,03055	0,05834	0,02168	0,04449
80	0,06115	0,09928	0,04790	0,08242
85	0,11414	0,16146	0,09700	0,14344
90	0,19872	0,25097	0,18000	0,23451
95	0,32271	0,37284	0,30613	0,36019
100	0,49920	0,53715	0,48843	0,52785

Tabla 7

**PROYECCIÓN DE LA MORTALIDAD POR EDAD (II).
HIPÓTESIS DE MORTALIDAD DECRECIENTE**

Tasas de mortalidad proyectadas 2009,5

Mujeres Nivel máximo $e_0 = 91$ años. Ajustado.

Hombres deducido

	Mujeres	Hombres
0	0,003204	0,004919
1	0,000321	0,000439
5	0,000048	0,000128
10	0,000045	0,000119
15	0,000137	0,000520
20	0,000248	0,000880
25	0,000321	0,001004
30	0,000370	0,000947
35	0,000498	0,001164
40	0,000778	0,001813
45	0,001206	0,002903
50	0,002044	0,005038
55	0,002703	0,007402
60	0,004137	0,011773
65	0,006259	0,018785
70	0,011427	0,031199
75	0,024346	0,056470
80	0,051882	0,097004
85	0,102152	0,159027
90	0,185627	0,248748
95	0,311113	0,371132
100	0,491667	0,535894

Tabla 8

**CÁLCULO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD PROYECTADAS.
MUJERES 1996/97 - 2009/10**

C	Tablas tipo		Tablas proyectadas															
	1996.5 NIV26	82,50	85,00	1997.5	1998.5	1999.5	2000.5	2001.5	2002.5	2003.5	2004.5	2005.5	2006.5	2007.5	2008.5	2009.5		
e.	81,88	82,50	85,00	82,08	82,27	82,47	82,67	82,86	83,04	83,22	83,40	83,58	83,76	83,92	84,09	84,25		
x	IIIx																	
	0	0,00469	0,00405	0,00284	0,00457	0,00444	0,00432	0,00420	0,00407	0,00396	0,00385	0,00374	0,00362	0,00351	0,00341	0,00331	0,00320	
	1	0,00030	0,00037	0,00030	0,00031	0,00031	0,00031	0,00031	0,00031	0,00031	0,00031	0,00032	0,00032	0,00032	0,00032	0,00032	0,00032	
	5	0,00015	0,00009	0,00003	0,00014	0,00013	0,00012	0,00012	0,00011	0,00010	0,00009	0,00008	0,00008	0,00007	0,00006	0,00006	0,00005	
	10	0,00015	0,00008	0,00003	0,00014	0,00013	0,00012	0,00012	0,00011	0,00010	0,00009	0,00008	0,00008	0,00007	0,00006	0,00005	0,00005	
	15	0,00026	0,00020	0,00011	0,00025	0,00024	0,00023	0,00022	0,00021	0,00020	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00015	0,00015	0,00014	
	20	0,00029	0,00029	0,00023	0,00029	0,00029	0,00028	0,00028	0,00028	0,00027	0,00027	0,00026	0,00026	0,00026	0,00025	0,00025	0,00025	
	25	0,00045	0,00037	0,00030	0,00044	0,00043	0,00042	0,00041	0,00040	0,00039	0,00038	0,00037	0,00036	0,00035	0,00034	0,00033	0,00032	
	30	0,00070	0,00044	0,00034	0,00067	0,00064	0,00062	0,00059	0,00056	0,00054	0,00051	0,00049	0,00046	0,00044	0,00042	0,00039	0,00037	
	35	0,00076	0,00061	0,00045	0,00074	0,00072	0,00069	0,00067	0,00065	0,00063	0,00061	0,00059	0,00057	0,00055	0,00053	0,00052	0,00050	
	40	0,00113	0,00096	0,00070	0,00110	0,00107	0,00104	0,00101	0,00098	0,00096	0,00093	0,00090	0,00088	0,00085	0,00083	0,00080	0,00078	
	45	0,00152	0,00150	0,00108	0,00150	0,00147	0,00145	0,00142	0,00139	0,00137	0,00134	0,00132	0,00130	0,00127	0,00125	0,00123	0,00121	
	50	0,00224	0,00238	0,00190	0,00223	0,00221	0,00219	0,00218	0,00216	0,00215	0,00213	0,00212	0,00210	0,00209	0,00207	0,00206	0,00204	
	55	0,00339	0,00343	0,00239	0,00333	0,00327	0,00322	0,00316	0,00310	0,00305	0,00300	0,00295	0,00290	0,00284	0,00280	0,00275	0,00270	
	60	0,00541	0,00534	0,00362	0,00531	0,00520	0,00509	0,00499	0,00488	0,00479	0,00469	0,00459	0,00450	0,00440	0,00431	0,00422	0,00414	
	65	0,00893	0,00842	0,00533	0,00871	0,00849	0,00826	0,00804	0,00782	0,00762	0,00742	0,00721	0,00701	0,00681	0,00663	0,00644	0,00626	
	70	0,01617	0,01526	0,00978	0,01577	0,01538	0,01499	0,01459	0,01420	0,01384	0,01348	0,01312	0,01276	0,01241	0,01208	0,01175	0,01143	
	75	0,03142	0,03055	0,02168	0,03083	0,03024	0,02966	0,02907	0,02848	0,02795	0,02741	0,02688	0,02634	0,02581	0,02532	0,02483	0,02435	
	80	0,06350	0,06115	0,04790	0,06253	0,06157	0,06060	0,05964	0,05868	0,05780	0,05692	0,05604	0,05516	0,05428	0,05348	0,05268	0,05188	
	85	0,12256	0,11414	0,09700	0,12087	0,11918	0,11748	0,11579	0,11409	0,11255	0,11100	0,10946	0,10791	0,10637	0,10496	0,10356	0,10215	
	90	0,22618	0,19872	0,18000	0,22282	0,21945	0,21608	0,21272	0,20935	0,20628	0,20321	0,20014	0,19707	0,19400	0,19121	0,18842	0,18563	
	95	0,38606	0,32271	0,30613	0,37984	0,37362	0,36739	0,36117	0,35495	0,34928	0,34360	0,33793	0,33226	0,32658	0,32143	0,31627	0,31111	
	100	0,61310	0,49920	0,48843	0,60302	0,59294	0,58286	0,57278	0,56270	0,55350	0,54431	0,53512	0,52593	0,51673	0,50838	0,50002	0,49167	

**CÁLCULO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD PROYECTADAS.
HOMBRES 1996/97 - 2009/10**

C	Tablas tipo		Tablas proyectadas															
	1996.5	NIV26	74,74	76,19	78,98	1997,5	1998,5	1999,5	2000,5	2001,5	2002,5	2003,5	2004,5	2005,5	2006,5	2007,5	2008,5	2009,5
e ₀	74,74	76,19	78,98	74,89	75,04	75,19	75,33	75,48	75,62	75,76	75,90	76,04	76,18	76,31	76,44	76,57		
	0,13501			0,08131	0,16263	0,24394	0,32526	0,40657	0,48267	0,55876	0,63485	0,71094	0,78704	0,85802	0,92901	1,00000		
x	0	0,00618	0,00513	0,00357	0,00608	0,00598	0,00587	0,00577	0,00567	0,00557	0,00548	0,00538	0,00528	0,00519	0,00510	0,00501	0,00492	
	1	0,00036	0,00045	0,00037	0,00037	0,00038	0,00039	0,00039	0,00039	0,00040	0,00041	0,00041	0,00042	0,00042	0,00043	0,00043	0,00044	
	5	0,00019	0,00014	0,00005	0,00018	0,00018	0,00017	0,00017	0,00016	0,00016	0,00015	0,00015	0,00014	0,00014	0,00014	0,00013	0,00013	
	10	0,00022	0,00013	0,00005	0,00021	0,00020	0,00019	0,00019	0,00018	0,00017	0,00016	0,00016	0,00015	0,00014	0,00013	0,00013	0,00012	
	15	0,00063	0,00055	0,00033	0,00062	0,00061	0,00060	0,00059	0,00059	0,00058	0,00057	0,00056	0,00055	0,00054	0,00054	0,00053	0,00052	
	20	0,00092	0,00090	0,00075	0,00092	0,00092	0,00091	0,00091	0,00091	0,00090	0,00090	0,00090	0,00089	0,00089	0,00089	0,00088	0,00088	
	25	0,00134	0,00102	0,00090	0,00131	0,00128	0,00126	0,00123	0,00120	0,00118	0,00115	0,00113	0,00110	0,00107	0,00105	0,00103	0,00100	
	30	0,00206	0,00097	0,00080	0,00197	0,00188	0,00179	0,00170	0,00161	0,00153	0,00144	0,00136	0,00127	0,00119	0,00111	0,00103	0,00095	
	35	0,00227	0,00120	0,00093	0,00218	0,00209	0,00200	0,00191	0,00182	0,00174	0,00165	0,00157	0,00148	0,00140	0,00132	0,00124	0,00116	
	40	0,00266	0,00187	0,00145	0,00259	0,00252	0,00245	0,00238	0,00231	0,00225	0,00219	0,00212	0,00206	0,00199	0,00193	0,00187	0,00181	
	45	0,00385	0,00300	0,00228	0,00377	0,00369	0,00362	0,00354	0,00346	0,00339	0,00332	0,00325	0,00318	0,00310	0,00304	0,00297	0,00290	
	50	0,00581	0,00515	0,00432	0,00575	0,00568	0,00562	0,00556	0,00550	0,00544	0,00538	0,00532	0,00526	0,00520	0,00515	0,00509	0,00504	
	55	0,00882	0,00768	0,00562	0,00870	0,00859	0,00847	0,00836	0,00824	0,00814	0,00803	0,00792	0,00781	0,00770	0,00760	0,00750	0,00740	
	60	0,01398	0,01224	0,00878	0,01380	0,01362	0,01344	0,01326	0,01308	0,01291	0,01275	0,01258	0,01241	0,01224	0,01209	0,01193	0,01177	
	65	0,02185	0,01963	0,01337	0,02160	0,02135	0,02110	0,02085	0,02060	0,02037	0,02014	0,01990	0,01967	0,01944	0,01922	0,01900	0,01878	
	70	0,03546	0,03256	0,02248	0,03512	0,03477	0,03442	0,03408	0,03373	0,03341	0,03308	0,03276	0,03243	0,03211	0,03180	0,03150	0,03120	
	75	0,05737	0,05834	0,04449	0,05730	0,05722	0,05715	0,05708	0,05700	0,05693	0,05687	0,05680	0,05673	0,05666	0,05660	0,05653	0,05647	
	80	0,09760	0,09928	0,08242	0,09755	0,09751	0,09746	0,09741	0,09736	0,09731	0,09727	0,09722	0,09718	0,09713	0,09709	0,09705	0,09700	
	85	0,16116	0,16146	0,14344	0,16098	0,16081	0,16064	0,16046	0,16029	0,16013	0,15997	0,15980	0,15964	0,15948	0,15933	0,15918	0,15903	
	90	0,25601	0,25097	0,23451	0,25542	0,25483	0,25424	0,25365	0,25306	0,25251	0,25195	0,25140	0,25085	0,25030	0,24978	0,24926	0,24875	
	95	0,37950	0,37284	0,36019	0,37882	0,37814	0,37746	0,37678	0,37610	0,37546	0,37482	0,37419	0,37355	0,37291	0,37232	0,37173	0,37113	
	100	0,61310	0,53715	0,52785	0,60682	0,60054	0,59426	0,58799	0,58171	0,57583	0,56996	0,56409	0,55821	0,55234	0,54686	0,54137	0,53589	

**PROBABILIDADES PERSPECTIVAS DE PASO PROYECTADAS.
MUJERES 1997/98-2009/10**

		Tablas proyectadas													
		1997,5	1998,5	1999,5	2000,5	2001,5	2002,5	2003,5	2004,5	2005,5	2006,5	2007,5	2008,5	2009,5	
e₀		82,09	82,27	82,45	82,64	82,83	83,00	83,18	83,36	83,54	83,73	83,90	84,07	84,25	
x	0	0,99541	0,99552	0,99563	0,99574	0,99585	0,99594	0,99604	0,99614	0,99624	0,99634	0,99643	0,99652	0,99661	
	1	0,99846	0,99849	0,99852	0,99855	0,99858	0,99860	0,99863	0,99866	0,99869	0,99871	0,99874	0,99876	0,99879	
	5	0,99929	0,99933	0,99938	0,99942	0,99946	0,99950	0,99954	0,99958	0,99962	0,99966	0,99970	0,99973	0,99977	
	10	0,99902	0,99906	0,99911	0,99916	0,99921	0,99925	0,99930	0,99934	0,99938	0,99943	0,99947	0,99951	0,99954	
	15	0,99865	0,99868	0,99872	0,99875	0,99879	0,99882	0,99885	0,99889	0,99892	0,99895	0,99898	0,99901	0,99904	
	20	0,99817	0,99821	0,99824	0,99828	0,99832	0,99835	0,99839	0,99842	0,99845	0,99849	0,99852	0,99855	0,99858	
	25	0,99722	0,99732	0,99741	0,99751	0,99760	0,99769	0,99778	0,99786	0,99795	0,99804	0,99812	0,99819	0,99827	
	30	0,99648	0,99660	0,99673	0,99685	0,99697	0,99708	0,99719	0,99731	0,99742	0,99753	0,99763	0,99773	0,99783	
	35	0,99541	0,99554	0,99567	0,99579	0,99592	0,99604	0,99615	0,99627	0,99638	0,99650	0,99660	0,99671	0,99682	
	40	0,99353	0,99366	0,99380	0,99394	0,99408	0,99420	0,99433	0,99446	0,99458	0,99471	0,99482	0,99494	0,99505	
	45	0,99074	0,99084	0,99095	0,99106	0,99116	0,99126	0,99136	0,99146	0,99155	0,99165	0,99174	0,99183	0,99192	
	50	0,98622	0,98640	0,98658	0,98676	0,98694	0,98710	0,98727	0,98743	0,98760	0,98776	0,98791	0,98806	0,98821	
	55	0,97869	0,97908	0,97948	0,97988	0,98027	0,98064	0,98100	0,98136	0,98172	0,98209	0,98242	0,98275	0,98308	
	60	0,96571	0,96649	0,96728	0,96806	0,96885	0,96957	0,97028	0,97100	0,97172	0,97244	0,97310	0,97375	0,97441	
	65	0,94112	0,94255	0,94397	0,94540	0,94684	0,94815	0,94946	0,95077	0,95209	0,95341	0,95461	0,95581	0,95701	
	70	0,89183	0,89396	0,89610	0,89824	0,90039	0,90235	0,90432	0,90630	0,90828	0,91026	0,91207	0,91388	0,91570	
	75	0,79815	0,80108	0,80404	0,80700	0,80998	0,81270	0,81544	0,81818	0,82094	0,82371	0,82623	0,82877	0,83131	
	80	0,64789	0,65186	0,65586	0,65989	0,66394	0,66765	0,67139	0,67515	0,67894	0,68275	0,68623	0,68973	0,69325	
	85	0,44817	0,45334	0,45857	0,46386	0,46920	0,47413	0,47910	0,48413	0,48921	0,49434	0,49904	0,50380	0,50860	
	90	0,22721	0,23339	0,23966	0,24605	0,25253	0,25854	0,26464	0,27084	0,27713	0,28352	0,28942	0,29540	0,30146	
	95	0,01644	0,02177	0,02721	0,03278	0,03849	0,04381	0,04925	0,05482	0,06051	0,06633	0,07173	0,07726	0,08290	
	100														

**PROBABILIDADES PERSPECTIVAS DE PASO PROYECTADAS.
HOMBRES 1997/98-2009/10**

		Tablas proyectadas													
		1997,5	1998,5	1999,5	2000,5	2001,5	2002,5	2003,5	2004,5	2005,5	2006,5	2007,5	2008,5	2009,5	
e ₀	x	74,90	75,05	75,19	75,33	75,47	75,61	75,75	75,88	76,02	76,16	76,28	76,41	76,54	
	0	0,99396	0,99404	0,99412	0,99420	0,99429	0,99436	0,99444	0,99452	0,99459	0,99467	0,99474	0,99481	0,99488	
	1	0,99805	0,99806	0,99807	0,99807	0,99808	0,99809	0,99810	0,99810	0,99811	0,99812	0,99812	0,99813	0,99813	
	5	0,99902	0,99905	0,99909	0,99912	0,99915	0,99918	0,99921	0,99924	0,99927	0,99930	0,99933	0,99935	0,99938	
	10	0,99792	0,99797	0,99801	0,99805	0,99809	0,99813	0,99817	0,99821	0,99825	0,99829	0,99833	0,99837	0,99840	
	15	0,99616	0,99619	0,99622	0,99625	0,99628	0,99631	0,99634	0,99637	0,99640	0,99643	0,99645	0,99648	0,99651	
	20	0,99444	0,99452	0,99460	0,99467	0,99475	0,99482	0,99489	0,99496	0,99503	0,99510	0,99517	0,99524	0,99530	
	25	0,99183	0,99212	0,99241	0,99271	0,99300	0,99327	0,99355	0,99382	0,99409	0,99437	0,99462	0,99488	0,99513	
	30	0,98967	0,99012	0,99057	0,99102	0,99146	0,99188	0,99230	0,99272	0,99314	0,99356	0,99395	0,99435	0,99474	
	35	0,98816	0,98855	0,98894	0,98933	0,98973	0,99009	0,99046	0,99083	0,99119	0,99156	0,99191	0,99225	0,99259	
	40	0,98425	0,98461	0,98497	0,98533	0,98568	0,98602	0,98635	0,98669	0,98702	0,98736	0,98767	0,98798	0,98829	
	45	0,97655	0,97689	0,97723	0,97757	0,97791	0,97823	0,97854	0,97886	0,97918	0,97950	0,97980	0,98010	0,98040	
	50	0,96464	0,96507	0,96549	0,96592	0,96635	0,96675	0,96714	0,96754	0,96794	0,96834	0,96872	0,96909	0,96947	
	55	0,94562	0,94630	0,94699	0,94768	0,94838	0,94902	0,94967	0,95032	0,95097	0,95161	0,95222	0,95283	0,95343	
	60	0,91604	0,91701	0,91798	0,91894	0,91991	0,92082	0,92173	0,92265	0,92356	0,92447	0,92532	0,92618	0,92703	
	65	0,86966	0,87092	0,87219	0,87346	0,87473	0,87593	0,87712	0,87832	0,87952	0,88071	0,88184	0,88296	0,88408	
	70	0,79792	0,79880	0,79969	0,80057	0,80146	0,80229	0,80312	0,80395	0,80478	0,80561	0,80639	0,80717	0,80794	
	75	0,68878	0,68899	0,68921	0,68942	0,68964	0,68984	0,69004	0,69024	0,69044	0,69064	0,69083	0,69101	0,69120	
	80	0,53914	0,53939	0,53964	0,53990	0,54015	0,54039	0,54063	0,54086	0,54110	0,54134	0,54156	0,54178	0,54201	
	85	0,36468	0,36527	0,36586	0,36646	0,36706	0,36762	0,36818	0,36874	0,36930	0,36986	0,37039	0,37092	0,37144	
	90	0,18564	0,18656	0,18748	0,18841	0,18933	0,19020	0,19107	0,19194	0,19281	0,19369	0,19451	0,19532	0,19614	
	95	0,01745	0,01820	0,01897	0,01975	0,02055	0,02131	0,02209	0,02288	0,02369	0,02452	0,02531	0,02611	0,02693	
	100														

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

1-VI	Hipótesis baja		Hipótesis alta	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1996	74,74	81,88	74,74	81,88
1997	74,74	81,88	74,89	82,08
1998	74,74	81,88	75,04	82,27
1999	74,74	81,88	75,19	82,47
2000	74,74	81,88	75,33	82,67
2001	74,74	81,88	75,48	82,86
2002	74,74	81,88	75,62	83,04
2003	74,74	81,88	75,76	83,22
2004	74,74	81,88	75,90	83,40
2005	74,74	81,88	76,04	83,58
2006	74,74	81,88	76,18	83,76
2007	74,74	81,88	76,31	83,92
2008	74,74	81,88	76,44	84,09
2009	74,74	81,88	76,57	84,25

Tabla 13

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS

	Hipótesis baja			Hipótesis alta		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1998	2.723.277	3.780.489	6.503.766	2.723.277	3.780.489	6.503.766
1999	2.783.748	3.848.302	6.632.049	2.785.539	3.852.327	6.637.866
2000	2.832.022	3.906.818	6.738.840	2.837.007	3.919.022	6.756.029
2001	2.875.858	3.961.411	6.837.270	2.884.981	3.984.947	6.869.928
2002	2.918.923	4.020.696	6.939.620	2.933.006	4.058.159	6.991.164
2003	2.937.969	4.048.681	6.986.650	2.957.679	4.102.241	7.059.920
2004	2.931.947	4.049.567	6.981.514	2.958.032	4.121.015	7.079.047
2005	2.902.013	4.025.395	6.927.408	2.935.005	4.116.496	7.051.502
2006	2.938.058	4.069.333	7.007.392	2.979.379	4.182.074	7.161.453
2007	2.930.535	4.063.544	6.994.079	2.980.292	4.199.417	7.179.710
2008	2.933.138	4.069.509	7.002.647	2.991.764	4.229.698	7.221.462
2009	2.958.659	4.100.664	7.059.323	3.027.437	4.286.791	7.314.228
2010	2.981.503	4.130.377	7.111.880	3.060.799	4.342.755	7.403.554

Tabla 14

**EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO ANUAL ACUMULATIVO
DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS (%)**

	Hipótesis baja			Hipótesis alta		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
1998	2,22	1,79	1,97	2,29	1,90	2,06
1999	1,73	1,52	1,61	1,85	1,73	1,78
2000	1,55	1,40	1,46	1,69	1,68	1,69
2001	1,50	1,50	1,50	1,66	1,84	1,76
2002	0,65	0,70	0,68	0,84	1,09	0,98
2003	-0,20	0,02	-0,07	0,01	0,46	0,27
2004	-1,02	-0,60	-0,77	-0,78	-0,11	-0,39
2005	1,24	1,09	1,15	1,51	1,59	1,56
2006	-0,26	-0,14	-0,19	0,03	0,41	0,25
2007	0,09	0,15	0,12	0,38	0,72	0,58
2008	0,87	0,77	0,81	1,19	1,35	1,28
2009	0,77	0,72	0,74	1,10	1,31	1,22
Total	0,70	0,68	0,69	0,90	1,07	1,00

Tabla 15

POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS, POR GRUPOS DE EDAD, 1998-2010

Tabla 16

	1998			2010					
	Hombres	Mujeres	Total	H. baja			H. alta		
				Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
65-69	963.130	1.104.806	2.067.936	895.949	1.017.637	1.913.586	900.394	1.027.602	1.927.996
70-74	764.061	956.801	1.720.862	710.481	895.855	1.606.335	719.439	914.277	1.633.716
75-79	507.788	746.907	1.254.695	671.617	934.253	1.605.870	681.617	972.263	1.653.880
80-84	285.427	516.858	802.285	431.419	702.062	1.133.481	452.476	762.205	1.214.682
85-89	147.243	310.697	457.940	207.442	410.775	618.217	231.623	470.199	701.822
90-94	45.207	115.689	160.896	55.078	142.441	197.519	64.218	166.472	230.690
95+	10.421	28.731	39.152	9.518	27.354	36.872	11.033	29.736	40.769
Total	2.723.277	3.780.489	6.503.766	2.981.503	4.130.377	7.111.880	3.060.799	4.342.755	7.403.554

**EVOLUCIÓN DE LA PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS,
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD**

	Hipótesis baja		Hipótesis alta	
	65-79	80+	65-79	80+
1998	77,55	22,45	77,55	22,45
1999	77,77	22,23	77,77	22,23
2000	77,88	22,12	77,83	22,17
2001	77,57	22,43	77,43	22,57
2002	77,20	22,80	76,95	23,05
2003	76,50	23,50	76,12	23,88
2004	75,72	24,28	75,19	24,81
2005	74,77	25,23	74,06	25,94
2006	74,36	25,64	73,48	26,52
2007	73,55	26,45	72,49	27,51
2008	72,98	27,02	71,73	28,27
2009	72,48	27,52	71,04	28,96
2010	72,07	27,93	70,45	29,55

Tabla 17

**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS,
POR GRANDES GRUPOS DE EDAD. TOTALES**

	Hipótesis baja		Hipótesis alta	
	65-79	80+	65-79	80+
1998	5.043.493	1.460.273	5.043.493	1.460.273
1999	5.157.428	1.474.621	5.161.982	1.475.884
2000	5.248.073	1.490.767	5.258.074	1.497.956
2001	5.303.909	1.533.360	5.319.562	1.550.366
2002	5.357.481	1.582.138	5.379.983	1.611.181
2003	5.344.807	1.641.843	5.374.155	1.685.765
2004	5.286.654	1.694.860	5.322.904	1.756.143
2005	5.179.376	1.748.032	5.222.545	1.828.957
2006	5.210.593	1.796.798	5.262.418	1.899.035
2007	5.144.022	1.850.057	5.204.270	1.975.439
2008	5.110.561	1.892.087	5.179.960	2.041.502
2009	5.116.325	1.942.998	5.195.709	2.118.519
2010	5.125.791	1.986.089	5.215.592	2.187.962

Tabla 18

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO A: MORTALIDAD CONSTANTE. HOMBRES**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
POBLACIÓN A 1 DE ENERO (sin nacimientos ni migraciones)													
HOMBRES													
0-4	874.636	676.685	488.493	303.796	140.744	873.068	675.852	487.936	303.472	140.604	872.273	675.234	487.482
5-9	1.050.711	1.031.281	1.004.973	979.915	937.708	1.049.757	1.030.344	1.004.060	979.024	936.855	1.047.730	1.028.352	1.002.114
10-14	1.172.696	1.134.751	1.101.220	1.078.622	1.060.869	1.170.405	1.132.541	1.099.090	1.076.542	1.058.823	1.165.706	1.128.001	1.094.693
15-19	1.502.793	1.425.439	1.359.701	1.289.878	1.224.923	1.496.754	1.419.708	1.354.235	1.284.693	1.220.002	1.488.615	1.411.985	1.346.867
20-24	1.711.390	1.702.135	1.669.739	1.623.005	1.563.700	1.702.150	1.692.931	1.660.691	1.614.198	1.555.207	1.687.441	1.678.277	1.646.280
25-29	1.650.835	1.662.420	1.677.454	1.693.430	1.704.289	1.636.595	1.648.080	1.662.986	1.678.825	1.689.583	1.618.743	1.630.102	1.644.847
30-34	1.633.012	1.635.363	1.627.032	1.627.716	1.631.259	1.615.195	1.617.516	1.609.277	1.609.954	1.613.462	1.595.788	1.598.070	1.589.935
35-39	1.512.437	1.533.117	1.561.378	1.576.626	1.597.388	1.494.269	1.514.703	1.542.633	1.557.702	1.578.206	1.470.783	1.490.905	1.518.425
40-44	1.333.621	1.369.072	1.412.639	1.451.431	1.479.235	1.312.724	1.347.649	1.390.517	1.428.682	1.455.997	1.281.593	1.315.734	1.357.553
45-49	1.237.535	1.230.601	1.233.498	1.257.329	1.284.345	1.208.004	1.201.339	1.204.184	1.227.435	1.253.792	1.165.509	1.159.214	1.161.989
50-54	1.153.348	1.179.709	1.192.482	1.183.890	1.192.489	1.112.850	1.138.391	1.150.671	1.142.355	1.150.535	1.052.057	1.076.377	1.087.925
55-59	914.168	963.041	1.034.298	1.042.538	1.079.968	867.391	910.950	977.911	986.197	1.021.231	792.410	835.185	895.949
60-64	1.018.008	963.249	896.289	904.797	867.391	864.559	881.529	819.694	828.430	794.603	809.282	764.947	710.481
65-69	963.130	973.442	973.955	965.140	961.682	932.009	881.529	819.694	838.488	835.370	665.052	672.102	671.617
70-74	764.061	779.331	791.826	810.851	820.014	837.306	846.241	846.292	644.181	651.457	416.124	424.696	431.419
75-79	507.788	538.949	568.568	586.052	599.802	606.881	619.144	629.026	401.894	411.399	187.103	197.945	207.442
80-84	285.427	287.506	290.693	304.632	326.985	350.111	371.167	390.541	162.105	174.666	53.796	54.323	55.078
85-89	147.243	148.935	150.397	151.128	151.079	150.889	152.132	153.993	53.945	53.855	9.298	9.382	9.439
90-94	45.207	47.119	48.816	50.284	51.516	52.686	53.254	53.718	8.946	9.115	70	78	79
95-99	9.633	8.326	7.609	7.662	7.778	8.020	8.413	8.684	8.946	9.115	9.298	9.382	9.439
100+	788	139	158	110	67	68	67	64	70	70	73	78	79
Total	19.488.467	19.290.610	19.091.216	18.888.832	18.683.232	18.474.298	18.261.952	18.046.205	17.827.138	17.604.832	17.379.376	17.150.910	16.919.612
>65	2.723.277	2.783.748	2.832.022	2.875.858	2.918.923	2.937.969	2.931.947	2.902.013	2.938.058	2.930.535	2.933.138	2.958.659	2.981.503

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO A: MORTALIDAD CONSTANTE. MUJERES**

Población a 1 de Enero (sin nacimientos ni migraciones)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MUJERES												
0-4	834.347	647.064	468.350	293.230	135.653	646.450	467.945	292.992	135.548	832.583	645.989	467.610
5-9	996.795	978.267	953.515	929.525	892.969	833.180	792.969	752.969	713.548	673.180	633.180	593.180
10-14	1.113.940	1.077.017	1.044.692	1.023.245	1.005.407	996.081	977.566	928.859	892.329	832.583	792.329	752.329
15-19	1.429.339	1.356.329	1.293.530	1.226.110	1.165.086	1.112.799	1.075.916	1.043.628	1.004.384	995.067	976.571	951.860
20-24	1.641.718	1.630.370	1.596.633	1.551.106	1.491.459	1.427.389	1.354.478	1.224.437	1.163.496	1.111.281	1.074.448	1.042.206
25-29	1.603.864	1.610.401	1.622.487	1.635.014	1.644.571	1.638.728	1.627.395	1.548.265	1.488.725	1.424.768	1.351.990	1.289.392
30-34	1.612.220	1.614.278	1.602.419	1.598.466	1.598.420	1.599.191	1.605.709	1.630.252	1.639.779	1.633.946	1.622.637	1.589.042
35-39	1.512.174	1.530.547	1.558.422	1.572.937	1.590.086	1.606.445	1.608.493	1.592.739	1.592.692	1.593.462	1.599.957	1.611.967
40-44	1.340.848	1.378.639	1.421.911	1.461.250	1.490.444	1.505.041	1.523.329	1.565.531	1.582.589	1.598.862	1.600.889	1.589.132
45-49	1.245.969	1.237.865	1.242.305	1.269.724	1.299.279	1.332.080	1.369.631	1.451.691	1.480.677	1.495.174	1.513.343	1.540.924
50-54	1.180.762	1.209.550	1.222.960	1.211.930	1.219.554	1.234.312	1.226.326	1.230.739	1.287.172	1.319.700	1.356.915	1.399.488
55-59	957.180	1.004.691	1.076.444	1.086.474	1.129.154	1.164.523	1.192.955	1.195.271	1.202.745	1.217.298	1.209.479	1.213.854
60-64	1.114.540	1.057.439	987.940	993.358	943.415	937.016	983.603	1.063.732	1.105.358	1.139.851	1.167.744	1.180.651
65-69	1.104.806	1.113.741	1.114.630	1.103.815	1.108.099	1.076.097	1.020.779	953.408	911.051	905.074	950.215	1.017.637
70-74	956.801	976.935	989.708	1.011.702	1.019.765	1.039.669	1.048.089	1.048.702	1.042.480	1.012.135	959.741	895.855
75-79	746.907	775.030	809.386	826.350	848.119	852.845	870.871	882.254	901.956	926.607	934.135	934.253
80-84	516.858	523.330	525.345	545.063	565.516	595.847	618.076	644.556	657.793	674.760	693.015	702.062
85-89	310.697	317.529	324.150	326.199	327.845	328.334	332.741	334.178	361.147	381.025	394.910	410.775
90-94	115.689	117.917	121.070	125.810	128.763	132.956	135.583	138.227	139.017	139.616	141.745	142.441
95-99	26.031	23.396	22.242	22.235	22.421	22.749	23.256	23.900	25.020	26.339	26.715	27.161
100+	2.700	424	287	238	169	182	173	178	178	182	187	194
Total	20.364.185	20.180.760	19.998.426	19.813.780	19.626.192	19.435.464	19.241.418	19.043.998	18.843.205	18.431.501	18.220.625	18.006.503
>65	3.780.489	3.848.302	3.906.818	3.961.411	4.020.696	4.048.681	4.049.567	4.025.395	4.063.333	4.069.509	4.100.664	4.130.377

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO A: MORTALIDAD CONSTANTE. TOTALES

Población a 1 de Enero (sin nacimientos ni migraciones)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
TOTAL		1.708.983	1.323.749	956.843	597.025	276.397	1.706.248	1.322.302	955.881	596.465	1.704.856	1.321.223	955.093
0-4		2.047.506	2.009.548	1.958.488	1.909.440	1.830.677	2.045.837	2.007.910	1.956.892	1.907.884	2.042.797	2.004.923	1.953.974
5-9		2.286.636	2.211.768	2.145.912	2.101.867	2.066.276	2.283.204	2.208.456	2.142.718	2.098.746	2.276.987	2.202.449	2.136.899
10-14		2.932.132	2.781.768	2.653.231	2.515.989	2.390.009	2.924.143	2.774.186	2.646.000	2.509.130	2.913.383	2.763.975	2.636.259
15-19		3.353.108	3.332.505	3.266.372	3.174.111	3.055.159	3.340.878	3.320.326	3.254.404	3.162.462	3.321.387	3.300.914	3.235.322
20-24		3.254.699	3.272.820	3.299.941	3.328.444	3.348.860	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679
25-29		3.245.232	3.249.641	3.229.450	3.226.182	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679	3.229.679
30-34		3.024.611	3.063.664	3.119.800	3.149.564	3.187.474	3.221.640	3.226.008	3.205.954	3.202.693	3.212.205	3.200.059	3.256.813
35-39		2.674.469	2.747.711	2.834.550	2.912.681	2.969.680	2.999.310	3.038.032	3.093.715	3.123.233	3.194.649	3.198.958	3.179.067
40-44		2.483.504	2.468.466	2.475.802	2.527.053	2.583.624	2.644.804	2.717.281	2.803.132	2.880.373	2.965.957	3.004.247	3.059.349
45-49		2.334.110	2.389.259	2.415.441	2.395.820	2.412.043	2.442.316	2.427.665	2.434.923	2.485.334	2.601.293	2.672.650	2.757.041
50-54		1.871.348	1.967.732	2.110.743	2.129.012	2.209.122	2.277.372	2.331.346	2.356.835	2.337.626	2.382.807	2.368.693	2.375.842
55-59		2.132.548	2.020.689	1.884.229	1.898.155	1.810.805	1.801.575	1.894.553	2.031.594	2.049.929	2.191.908	2.244.121	2.268.576
60-64		2.067.936	2.087.183	2.088.585	2.069.781	2.008.106	2.008.106	1.902.308	1.773.102	1.787.478	1.697.484	1.785.400	1.913.586
65-69		1.720.862	1.756.266	1.781.535	1.822.552	1.839.779	1.876.975	1.894.331	1.894.993	1.876.979	1.821.417	1.724.688	1.606.335
70-74		1.254.695	1.313.979	1.377.954	1.412.402	1.447.921	1.459.726	1.490.015	1.511.280	1.546.137	1.591.659	1.606.237	1.605.870
75-79		802.285	810.835	816.038	849.695	892.501	945.959	989.243	1.035.097	1.059.687	1.094.654	1.117.711	1.133.481
80-84		457.940	466.465	474.547	477.327	478.924	479.223	484.873	488.171	509.935	568.128	592.856	618.217
85-89		160.896	165.036	169.886	176.094	180.279	185.642	188.837	191.945	192.962	193.412	196.068	197.519
90-94		35.664	31.722	29.851	29.897	30.199	30.769	31.668	32.584	33.966	35.637	36.097	36.600
95-99		3.488	563	445	348	235	250	240	234	248	255	266	272
100+		39.852.652	39.471.369	39.089.642	38.702.612	38.309.425	37.909.762	37.503.369	37.090.204	36.670.343	36.243.871	35.810.877	35.371.535
Total		6.503.766	6.632.049	6.738.840	6.837.270	6.939.620	6.986.650	6.981.514	6.927.408	7.007.392	7.002.647	7.059.323	7.111.880
>65													

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO B: MORTALIDAD DECRECIENTE. HOMBRES**

Población a 1 de Enero (sin nacimientos ni migraciones)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
HOMBRES												
0-4	874.636	676.692	488.492	303.794	140.748	675.893	487.977	303.506	140.629	872.536	675.478	487.691
5-9	1.050.711	1.031.289	1.004.989	979.937	937.732	1.030.505	1.004.253	979.246	937.097	1.048.232	1.028.920	1.002.740
10-14	1.172.696	1.134.768	1.101.258	1.078.686	1.060.962	1.132.789	1.099.396	1.076.909	1.059.255	1.166.226	1.128.601	1.095.375
15-19	1.502.793	1.425.465	1.359.759	1.289.977	1.225.066	1.419.952	1.354.546	1.285.071	1.220.449	1.489.805	1.413.279	1.348.266
20-24	1.711.390	1.702.150	1.669.779	1.623.083	1.563.826	1.702.706	1.661.509	1.615.145	1.556.278	1.692.542	1.683.951	1.652.457
25-29	1.650.835	1.662.499	1.677.635	1.693.730	1.704.717	1.632.856	1.666.261	1.682.712	1.694.090	1.627.336	1.639.983	1.656.060
30-34	1.633.012	1.635.640	1.627.679	1.628.810	1.632.856	1.638.719	1.666.261	1.682.712	1.694.090	1.604.106	1.607.959	1.601.410
35-39	1.512.437	1.533.395	1.562.089	1.577.922	1.599.435	1.618.144	1.614.288	1.616.113	1.620.824	1.477.637	1.499.185	1.528.344
40-44	1.333.621	1.369.264	1.413.144	1.452.385	1.480.780	1.496.538	1.546.859	1.563.123	1.585.001	1.287.403	1.322.774	1.366.016
45-49	1.237.535	1.230.787	1.233.955	1.258.160	1.285.654	1.314.613	1.393.976	1.433.151	1.461.607	1.171.662	1.166.350	1.170.245
50-54	1.153.348	1.179.863	1.192.880	1.184.612	1.193.638	1.203.613	1.207.142	1.231.222	1.258.529	1.060.149	1.085.867	1.098.738
55-59	914.168	963.246	1.034.828	1.043.451	1.081.396	1.114.878	1.154.106	1.146.554	1.155.654	798.303	840.434	900.394
60-64	1.018.008	963.583	897.045	906.112	869.287	867.159	822.739	832.290	799.435	811.685	770.809	719.439
65-69	963.130	973.667	974.396	965.647	962.384	933.146	822.231	839.262	836.855	671.491	679.871	681.617
70-74	764.061	779.577	792.294	811.330	820.453	837.699	846.624	839.262	836.855	433.729	443.992	452.476
75-79	507.788	539.581	569.877	587.993	602.895	623.346	633.396	649.050	656.960	205.293	219.164	231.623
80-84	285.427	288.174	292.289	307.733	331.633	356.840	402.326	416.000	427.486	60.864	62.443	64.218
85-89	147.243	149.229	151.759	153.956	155.412	156.893	163.915	174.409	189.760	10.385	10.711	11.018
90-94	45.207	47.101	48.879	50.720	52.471	54.318	57.430	58.804	59.830	9.955	10.711	11.018
95-99	9.633	8.185	7.487	7.584	7.746	8.071	9.071	9.552	9.955	13	14	14
100+	788	25	25	18	12	12	11	12	12	13	14	14
Total	19.488.467	19.294.177	19.100.541	18.905.642	18.709.102	18.510.643	18.108.057	17.903.924	17.697.707	17.489.397	17.279.782	17.068.140
>65	2.723.277	2.785.539	2.837.007	2.884.981	2.933.006	2.957.679	2.935.005	2.979.379	2.980.292	2.991.764	3.027.437	3.060.799

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO B: MORTALIDAD DECRECIENTE. MUJERES**

Población a 1 de Enero (sin nacimientos ni migraciones)	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
MUJERES													
0-4	834.347	647.079	468.364	293.243	135.667	833.284	646.562	468.051	293.078	135.603	832.985	646.355	467.919
5-9	996.795	978.282	953.549	929.580	893.043	996.245	977.781	953.098	929.176	892.688	995.640	977.228	952.596
10-14	1.113.940	1.077.035	1.044.736	1.023.321	1.005.523	1.113.013	1.076.190	1.043.966	1.022.613	1.004.871	1.111.816	1.075.067	1.042.912
15-19	1.429.339	1.356.356	1.293.595	1.226.219	1.165.245	1.427.568	1.354.721	1.292.079	1.224.822	1.163.954	1.425.410	1.352.715	1.290.205
20-24	1.641.718	1.630.385	1.596.673	1.551.181	1.491.581	1.638.982	1.627.719	1.594.110	1.548.740	1.489.281	1.635.603	1.624.495	1.591.080
25-29	1.603.864	1.610.433	1.622.563	1.635.143	1.644.761	1.638.982	1.627.719	1.594.110	1.548.740	1.489.281	1.635.603	1.624.495	1.591.080
30-34	1.612.220	1.614.362	1.602.616	1.598.802	1.598.914	1.599.854	1.606.554	1.618.800	1.631.495	1.641.234	1.635.603	1.624.495	1.591.080
35-39	1.512.174	1.530.615	1.558.597	1.573.261	1.590.604	1.607.204	1.609.524	1.598.000	1.594.377	1.594.665	1.595.779	1.602.634	1.615.021
40-44	1.340.848	1.378.718	1.422.109	1.461.610	1.491.006	1.505.831	1.524.384	1.552.449	1.567.242	1.584.695	1.601.409	1.603.892	1.592.586
45-49	1.245.969	1.237.931	1.242.473	1.270.036	1.299.780	1.332.817	1.370.652	1.413.972	1.453.431	1.482.832	1.497.761	1.516.402	1.544.518
50-54	1.180.762	1.209.594	1.223.075	1.212.144	1.219.901	1.234.829	1.227.038	1.231.684	1.259.133	1.288.744	1.321.668	1.359.334	1.402.417
55-59	957.180	1.004.794	1.076.701	1.086.903	1.129.811	1.165.431	1.194.121	1.207.614	1.197.006	1.204.827	1.219.760	1.212.288	1.217.074
60-64	1.104.806	1.057.653	988.420	994.175	944.565	938.564	985.688	1.056.471	1.067.063	1.109.450	1.144.723	1.173.353	1.186.994
65-69	956.801	978.388	992.537	1.015.986	1.025.557	1.047.068	1.057.111	1.059.569	1.051.171	917.162	912.025	958.462	1.027.602
70-74	746.907	776.805	813.689	833.514	858.489	866.473	888.030	902.807	926.127	936.634	957.961	968.840	972.263
80-84	516.858	525.429	530.231	553.398	578.033	613.127	640.859	673.524	692.468	715.854	725.329	746.643	762.205
85-89	310.697	318.060	326.236	330.711	335.302	339.617	348.458	354.798	374.712	394.865	422.866	445.161	470.199
90-94	115.689	117.097	120.079	125.459	129.587	135.470	139.877	144.733	148.330	151.822	155.647	161.895	166.472
95-99	26.031	22.436	20.897	20.726	20.943	21.376	22.067	23.101	24.697	25.802	27.318	28.433	29.665
100+	2.700	148	74	61	42	42	47	48	51	53	58	64	71
Total	20.364.185	20.185.564	20.012.493	19.840.565	19.668.560	19.495.862	19.321.950	19.146.790	18.970.249	18.792.263	18.612.250	18.430.555	18.246.078
>65	3.780.489	3.852.327	3.919.022	3.984.947	4.058.159	4.102.241	4.121.015	4.116.496	4.182.074	4.199.417	4.229.698	4.286.791	4.342.755

**PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN
ESCENARIO B: MORTALIDAD DECRECIENTE. TOTALES**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Población a 1 de Enero (sin nacimientos ni migraciones)													
TOTAL	1.708.983	1.323.771	956.856	597.037	276.415	1.706.387	1.322.454	956.028	596.584	276.232	1.705.520	1.321.833	955.610
0-4	2.047.506	2.009.571	1.958.538	1.909.517	1.830.775	2.046.128	2.008.287	1.957.351	1.908.422	1.829.785	1.705.520	1.321.833	955.610
5-9	2.286.636	2.211.803	2.145.994	2.102.007	2.066.485	2.283.610	2.208.979	2.143.362	2.099.523	2.064.126	2.043.872	2.006.148	1.955.336
10-14	2.932.132	2.781.821	2.653.354	2.516.196	2.390.311	2.283.610	2.208.979	2.143.362	2.099.523	2.064.126	2.043.872	2.006.148	1.955.336
15-19	3.353.108	3.332.535	3.266.452	3.174.264	3.055.407	2.924.505	2.774.673	2.646.625	2.509.893	2.384.403	2.278.041	2.203.668	2.138.287
20-24	3.254.699	3.272.932	3.300.198	3.328.873	3.349.478	3.341.688	3.321.336	3.255.619	3.163.884	3.045.559	2.915.215	2.765.994	2.638.471
25-29	3.245.232	3.250.002	3.230.296	3.227.612	3.231.769	3.238.572	3.257.319	3.285.061	3.314.207	3.335.324	3.328.145	3.308.446	3.243.537
30-34	3.024.611	3.064.010	3.120.687	3.151.184	3.190.039	3.225.348	3.230.992	3.212.288	3.210.490	3.215.489	3.223.115	3.242.617	3.271.080
35-39	2.674.469	2.747.981	2.835.254	2.913.996	2.971.785	3.002.369	3.042.244	3.099.308	3.130.365	3.169.697	3.205.515	3.211.852	3.193.996
40-44	2.483.504	2.468.718	2.476.428	2.528.195	2.585.434	2.647.430	2.720.898	2.807.949	2.886.582	2.944.439	2.975.398	3.015.587	3.072.862
45-49	2.334.110	2.389.457	2.415.955	2.396.756	2.413.539	2.444.515	2.430.651	2.438.826	2.490.355	2.547.273	2.609.071	2.682.108	2.768.433
50-54	1.871.348	1.968.039	2.111.529	2.130.354	2.211.207	2.280.309	2.335.203	2.361.721	2.343.559	2.360.482	2.391.422	2.378.637	2.387.319
55-59	2.132.548	2.021.236	1.885.465	1.900.287	1.813.851	1.805.723	1.900.200	2.039.209	2.058.855	2.137.452	2.204.871	2.259.220	2.285.732
60-64	2.067.936	2.087.632	2.089.676	2.070.739	2.072.591	2.012.214	1.907.895	1.780.149	1.796.808	1.716.597	1.710.327	1.798.897	1.927.996
65-69	1.720.862	1.757.965	1.784.831	1.827.316	1.846.009	1.884.766	1.903.632	1.906.193	1.890.433	1.894.080	1.840.180	1.748.102	1.633.716
70-74	1.254.695	1.316.385	1.383.566	1.421.507	1.461.383	1.477.174	1.511.376	1.536.203	1.575.177	1.593.593	1.629.452	1.648.710	1.653.880
75-79	802.285	813.603	822.520	861.131	909.666	969.967	1.021.173	1.075.850	1.108.469	1.143.340	1.159.058	1.190.635	1.214.682
80-84	457.940	467.289	477.996	484.667	490.714	496.510	508.512	518.713	549.120	584.626	628.159	664.325	701.822
85-89	160.896	164.198	168.958	176.178	182.058	189.788	195.721	202.163	207.133	211.651	216.512	224.338	230.690
90-94	35.664	30.621	28.383	28.311	28.689	29.446	30.679	32.172	34.249	35.757	37.702	39.143	40.684
95-99	3.488	173	99	80	54	54	59	59	64	66	71	78	85
100+													
Total	39.852.652	39.479.741	39.113.034	38.746.207	38.377.662	38.006.505	37.632.283	37.254.848	36.874.173	36.489.970	36.101.648	35.710.337	35.314.218
>65	6.503.766	6.637.866	6.756.029	6.869.928	6.991.164	7.059.920	7.079.047	7.051.502	7.161.453	7.179.710	7.221.462	7.314.228	7.403.554

TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES

Tasas (%)						
Variable	categorias	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		100	74,0	26,0	0,000	
sexo	hombre	41,9	80,7**	19,3**	0,000	0,130**
	mujer	58,1	69,1**	30,9**		
EC	soltero	6,3	85,7**	14,3**	0,000	0,176**
	casado	62,6	78,6**	21,4**		
	viudo	29,7	61,5**	38,5**		
Edad	65-74	64,4	81,7**	18,3**	0,000	0,236**
	75+	35,6	60,1**	39,9**		
Estudios	Primarios sin finalizar	25,4	72,0**	28,0**	0,000	0,107**
	Primarios finalizar	46,0	77,7**	22,3**		
	Secundarios	4,5	84,0**	16,0**		
	Universitarios	4,2	89,4**	10,6**		
Alfabetización	analfabeto	9,5	47,6**	52,4**	0,000	-0,178**
	leer y escribir	9,1	74,3**	25,7**		
	con estudios	81,4	77,0**	23,0**		
Profesión	empre., profes., autón.	13,5	76,0*	24,0*	0,023	0,082**
	administ.,m.interdios	10,3	80,7*	19,3*		
	obre. cualificado	21,2	80,0*	20,0*		
	obre. no cualificado	21,0	70,4*	29,6*		
	agricultor	10,9	67,8*	32,2*		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	40,0	59,9**	40,1**	0,000	-0,177**
	de pie, sin grandes des	52,3	83,3**	16,7**		
	trabajo pesado	6,6	82,2**	17,8**		
Estátus social	medio o alto	5,1	86,0**	14,0**	0,004	0,02
	medio-bajo	61,4	75,2**	24,8**		
	bajo	11,0	62,3**	37,7**		
Ingresos	<60.000	17,7	62,9**	37,1**	0,003	-0,068*
	60-100.000	41,7	75,6**	24,4**		
	100-150.000	18,1	76,1**	23,9**		
	>150.000	8,2	76,9**	23,1**		
Estado de salud	bueno o muy bueno	42,0	87,2**	12,8**	0,000	0,326**
	regular	39,7	72,6**	27,4**		
	malo	14,8	48,8**	51,2**		
	muy malo	3,3	40,5**	59,5**		
nº enfermedades crónicas	0	39,2	82,1**	17,9**	0,000	0,185**
	1	33,5	72,6**	27,4**		
	2	18,5	69,8**	30,2**		
	3+	8,8	52,0**	48,0**		
medicación	No	20,5	86,0**	14,0**	0,000	0,131**
	Sí	78,2	70,8**	29,2**		
encamamiento	No	90,1	76,3**	23,7**	0,000	0,162**
	Sí	9,6	54,2**	45,8**		
Fuma	habitualmente	10,2	82,3**	17,7**	0,005	0,062*
	ha fumado	22,4	79,5**	20,5**		
	nunca	66,7	70,7**	29,3**		
Consumo alcohol	diario	24,8	82,9**	17,1**	0,000	0,173**
	semanal o quincenal	10,5	86,3**	13,7**		
	esporádico o ninguno	9,1	76,2**	23,8**		
Ejercicio físico	sedentario	54,8	65,5**	34,5**	0,000	-0,156**
	ocasional	41,4	84,1**	15,9**		
	regular	3,2	86,1**	13,9**		
Días cama			0,2202**	0,8824**	0,000	
Cigarrillos			1,3054**	0,7439**	0,002	

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

**TASAS DE GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA POR
DISTINTOS FACTORES PREDICTORES**

Variable	categorias	%	Tasas dependencia (%)			Sig.	Correlación (1)
			Leve	Moderada	Grave		
Total		100	52,2	33,6	14,2		
sexo	hombre	41,9	56,7	30,0	13,3	0,592	0,054
	mujer	58,1	50,3	35,2	14,6		
EC	soltero	6,3	60,0	40,0		0,269	0,064
	casado	62,6	53,0	36,2	10,7		
	viudo	29,7	50,4	30,7	18,9		
Edad	65-74	64,4	61,1**	30,5**	8,4**	0,007	0,185**
	75+	35,6	44,9**	36,1**	19,0**		
Estudios	Primarios sin finalizar	25,4	54,4	30,4	15,2	0,239	0,153**
	Primarios finalizar	46,0	57,9	33,3	8,8		
	Secundarios	4,5	62,5	25,0	12,5		
	Universitarios	4,2	60,0	40,0			
Alfabetización	analfabeto	9,5	40,0	41,8	18,2	0,064	-0,144*
	leer y escribir	9,1	42,3	30,8	26,9		
	con estudios	81,4	56,7	31,7	11,5		
Profesión	empre., profes., aut.	13,5	47,2	30,6	22,2	0,714	0,026
	administ.,m.interdic	10,3	59,1	27,3	13,6		
	obre. cualificado	21,2	57,4	31,9	10,6		
	obre. no cualificado	21,0	55,1	30,4	14,5		
	agricultor	10,9	56,4	28,2	15,4		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	40,0	45,5*	34,8*	19,7*	0,014	-0,198**
	de pie, sin grandes c	52,3	61,9*	32,0*	6,2*		
	trabajo pesado	6,6	69,2*	30,8*			
Estátus social	medio o alto	5,1	62,5	25,0	12,5	0,525	0,038
	medio-bajo	61,4	54,4	31,4	14,2		
	bajo	11,0	43,5	34,8	21,7		
Ingresos	<60.000	17,7	45,2	37,0	17,8	0,516	-0,080
	60-100.000	41,7	57,5	30,1	12,4		
	100-150.000	18,1	47,9	37,5	14,6		
	>150.000	8,2	38,1	42,9	19,0		
Estado de salud	bueno o muy bueno	42,0	55,0*	38,3*	6,7*	0,038	0,155**
	regular	39,7	57,0*	29,8*	13,2*		
	malo	14,8	51,2*	32,1*	16,7*		
	muy malo	3,3	27,3*	40,9*	31,8*		
nº enfermedad crónicas	0	39,2	48,7	41,0	10,3	0,487	-0,006
	1	33,5	50,0	35,3	14,7		
	2	18,5	59,7	24,2	16,1		
	3+	8,8	53,2	29,8	17,0		
medicación	No	20,5	43,8	46,9	9,4	0,289	-0,034
	Sí	78,2	53,1	32,3	14,6		
encamamiento	No	90,1	54,0*	34,6*	11,4*	0,040	0,115
	Sí	9,6	42,9*	30,6*	26,5*		
Fuma	habitualmente	10,2	60,0	30,0	10,0	0,918	0,025
	ha fumado	22,4	56,9	29,4	13,7		
	nunca	66,7	50,2	35,0	14,7		
Consumo alcohol	diario	24,8	66,0	29,8	4,3	0,051	0,183**
	semanal o quincena	10,5	68,8	31,3			
	esporádico o ningun	9,1	50,0	41,7	8,3		
Ejercicio físico	sedentario	54,8	47,1	35,7	17,1	0,086	-0,154
	ocasional	41,4	65,8	28,8	5,5		
	regular	3,2	60,0	20,0	20,0		
Días cama			0,7056		1,9512	0,005	

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson
* 0,05
** 0,01

Tabla 22

**TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES
(RECODIFICADOS)**

Variable	categorías	n	%	Tasas (%)		Sig.	Correlación (1)
				No dependientes	Dependientes		
Total		1.111	100	74,0	26,0	0,000	
sexo	hombre	466	41,9	80,7**	19,3**	0,000	0,130**
	mujer	645	58,1	69,1**	30,9**		
Edad	65-74	715	64,4	81,7**	18,3**	0,000	0,236**
	75+	396	35,6	60,1**	39,9**		
EC	soltero	70	6,4	85,7**	14,3**	0,000	0,176**
	casado	695	63,5	78,6**	21,4**		
	viudo	330	30,1	61,5**	38,5**		
Alfabetización	analfabeto	105	9,5	47,6**	52,4**	0,000	-0,195**
	lee o con estudios	1.005	90,5	76,7**	23,3**		
Estudios	Primarios	793	89,1	75,7**	24,3**	0,000	0,124**
	Secundarios o unive	97	10,9	86,6**	13,4**		
Estátus social	bajo	122	14,2	62,3**	37,7**	0,004	-0,057
	medio-bajo	682	79,2	75,2**	24,8**		
	medio o alto	57	6,6	86,0**	14,0**		
Ingresos	<60.000	197	20,7	62,9**	37,1**	0,001	-0,066*
	60-100.000	463	48,6	75,6**	24,4**		
	>100.000	292	30,7	76,4**	23,6**		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	444	40,4	59,9**	40,1**	0,000	-0,262**
	sin grandes esfuerzos	654	59,6	83,2**	16,8**		
Estado de salud	malo o muy malo	201	18,1	47,3**	52,7**	0,000	-0,278**
	regular, bueno o mu	908	81,9	80,1**	19,9**		
nº enfermedades crónicas	0	436	39,2	82,1**	17,9**	0,000	0,187**
	1-2	577	51,9	71,6**	28,4**		
	3+	98	8,8	52,0**	48,0**		
medicación	No	228	20,8	86,0**	14,0**	0,000	0,131**
	Si	869	79,2	70,8**	29,2**		
encamamiento	No	1.001	90,3	76,3**	23,7**	0,000	0,162**
	Si	107	9,7	54,2**	45,8**		
Índice de masa corporal	0-22	89	11,4	73,0**	27,0**	0,000	0,124**
	23-29	516	66,1	81,2**	18,8**		
	30-34	149	19,1	70,5**	29,5**		
	35+	27	3,5	51,9**	48,1**		
Fuma	nunca	741	67,2	70,7**	29,3**	0,005	0,088**
	ha fumado	249	22,6	79,5**	20,5**		
	habitualmente	113	10,2	82,3**	17,7**		
nº cigarrillos al día	0	1.021	91,9	73,4	26,6	0,119	-0,059*
	1-10	49	4,4	75,5	24,5		
	11+	41	3,7	87,8	12,2		
duración de la adicción al tabaco	0	1.016	91,4	73,3	26,7	0,097	-0,033
	1-45	19	1,7	84,2	15,8		
	46-55	38	3,4	89,5	10,5		
	56-76	38	3,4	71,1	28,9		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	93	18,9	76,3**	23,7**	0,000	0,156**
	diario o frecuente	400	81,1	83,8**	16,3**		
duración del consumo regular de alcohol	0	705	63,5	68,1**	31,9**	0,000	-0,127**
	1-45	65	5,9	90,8**	9,2**		
	46-55	195	17,6	90,8**	9,2**		
	56-73	146	13,1	72,6**	27,4**		
Ejercicio físico	ninguno	609	55,1	65,5**	34,5**	0,000	-0,212**
	alguno	496	44,9	84,3**	15,7**		
ímc				26,94*	28,28*	0,044	

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 23

MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE VARIABLES PREDICTORAS

	situación d	grado de d	sexo	edad	EC	alfabetiza estudios	estatus so ingresos	esfuerzo	autoperce enferm	medicacit encamam	indice de imc	tabaco	n° cigarrill	duración alcohol	duración e físico
situación d	0,988**														
grado de d	0,988**	0,130**													
sexo	0,130**	0,132**													
edad	0,236**	0,248**	-0,030												
EC	0,187**	0,175**	0,264**	0,175**											
alfabetizac	-0,194**	-0,204**	-0,113**	-0,134**	-0,115**										
estudios	-0,081*	-0,082*	-0,087**	-0,037	-0,049										
estatus soci	-0,125**	-0,132**	-0,093**	-0,037	-0,134**	0,539**									
ingresos	-0,098**	-0,094**	-0,141**	-0,038	-0,182**	0,160**	0,284**								
esfuerzo	-0,260**	-0,272**	-0,102**	-0,189**	-0,272**	0,076*	0,076*	0,284**							
autopercep	-0,289**	-0,297**	-0,059*	-0,055	-0,103**	0,079**	0,079**	0,079**	0,213**						
enfermedad	0,187**	0,177**	0,109**	0,049	-0,095**	0,076*	0,076*	0,076*	0,076*	0,186**					
medicacion	0,140**	0,137**	0,109**	0,049	-0,095**	0,076*	0,076*	0,076*	0,076*	0,186**	0,166**				
encamamie	0,149**	0,160**	0,109**	0,049	-0,095**	0,076*	0,076*	0,076*	0,076*	0,186**	0,166**	0,166**			
indice de n	0,094**	0,126**	0,075*	-0,058	-0,082*	0,053	0,053	0,053	0,053	0,053	0,053	0,053	0,053		
imc	0,072*	0,071*	0,037	-0,034	-0,010	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025	0,025	
tabaco	-0,105**	-0,108**	-0,050	-0,005	-0,074	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	-0,080**	
n° cigarrilla	-0,059	-0,050	-0,290**	-0,052	-0,068*	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039	0,039	
duración d	-0,028	-0,030	-0,294**	-0,002	-0,068*	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041	0,041	
alcohol	-0,076	-0,083	-0,282**	-0,003	-0,114*	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	0,015	
duración d	-0,113**	-0,142**	-0,348**	0,048	-0,112**	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*	0,083*
e físico	-0,213**	-0,223**	-0,211**	-0,040	-0,081**	0,098**	0,120**	0,139**	0,120**	0,139**	0,120**	0,139**	0,120**	0,139**	0,120**

**TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y SEXO.
HOMBRES**

Hombres		Tasas (%)					
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		466	100	80,7	19,3	0,000	
Edad	65-74	292	62,7	89,0**	11,0**	0,000	0,046**
	75+	174	37,3	66,7**	33,3**		
EC	soltero	26	5,7	80,0**	19,2**	0,002	0,149**
	casado	370	81,0	83,8**	16,2**		
	viudo	61	13,3	62,3**	37,7**		
Alfabetización	analfabeto	26	5,6	69,2	30,8	0,197	-0,071
	lee o con estud	440	94,4	81,4	18,6		
Estudios	Primarios	332	86,0	81,9	18,1	0,366	0,004
	Secundarios o u	54	14,0	81,5	18,5		
Estátus social	bajo	50	10,9	76,0	24,0	0,536	-0,022
	medio-bajo	377	82,0	81,2	18,8		
	medio o alto	33	7,2	78,8	21,2		
Ingresos	<60.000	48	11,7	75,0	25,0	0,530	-0,065
	60-100.000	224	54,6	79,5	20,5		
	>100.000	138	33,7	83,3	16,7		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	211	46,4	69,7**	30,3**	0,000	-0,253**
	sin grandes esfu	244	53,6	89,8**	10,2**		
Estado de salud	malo o muy ma	72	15,5	54,2**	45,8**	0,000	-0,287**
	regular, bueno e	394	84,5	85,5**	14,5**		
nº enfermedades crónicas	0	198	42,5	89,4**	10,6**	0,000	0,231**
	1-2	232	49,8	77,2**	22,8**		
	3+	36	7,7	55,6**	44,4**		
medicación	No	120	26,0	90,0*	10,0*	0,014	0,139**
	Sí	342	74,0	77,5*	22,5*		
encamamiento	No	426	91,8	82,4**	17,6**	0,001	0,116*
	Sí	38	8,2	65,8**	34,2**		
Índice de masa corporal	0-22	39	10,2	74,4**	25,6**	0,007	-0,026
	23-29	276	72,1	84,4**	15,6**		
	30-34	60	15,7	86,7**	13,3**		
	35+	8	2,1	62,5**	37,5**		
Fuma	nunca	128	27,7	80,5	19,5	0,991	-0,009
	ha fumado	231	50,0	80,5	19,5		
	habitualmente	103	22,3	81,6	18,4		
nº cigarrillos al día	0	385	82,6	80,0	19,2	0,312	-0,020
	1-10	42	9,0	73,8	26,2		
	11+	39	8,4	87,2	12,8		
duración de la adicción al tabaco	0	380	81,5	80,8	19,2	0,126	0,039
	<55	49	10,5	87,8	12,2		
	56+	37	7,9	70,3	29,7		
Consumo alcohol	ninguno o espor	29	9,8	75,9*	24,1*	0,049	-0,070
	diario o frecuen	266	90,2	84,6*	15,4*		
duración del consumo regular de alcohol	0	202	43,3	76,2**	23,8**	0,000	-0,001
	<55	160	34,3	91,9**	8,1**		
	56+	104	22,3	72,1**	27,9**		
Ejercicio físico	ninguno	198	42,8	73,2**	26,8**	0,007	-0,166**
	alguno	265	57,2	86,4**	13,6**		
imc				26,69	28,22	0,451	

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 25

**TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y SEXO.
MUJERES**

Mujeres				Tasas (%)			
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		645	100	69,1	30,9	0,000	
Edad	65-74	423	65,6	76,6**	23,4**	0,000	0,040**
	75+	222	34,4	55,0**	45,0**		
EC	soltero	44	6,9	88,6**	11,4**	0,000	0,159**
	casado	325	50,9	72,6**	27,4**		
	viudo	269	42,2	61,3**	38,7**		
Alfabetización	analfabeto	79	12,3	40,5**	59,5**	0,000	-0,231**
	lee o con estud	565	87,7	73,1**	26,9**		
Estudios	Primarios	461	91,5	71,1**	28,9**	0,000	-0,138**
	Secundarios o u	43	8,5	93,0**	7,0**		
Estátus social	bajo	72	18,0	52,8**	47,2**	0,000	-0,188**
	medio-bajo	305	76,1	67,9**	32,1**		
	medio o alto	24	6,0	95,8**	4,2**		
Ingresos	<60.000	149	27,5	59,1*	40,9*	0,017	-0,087*
	60-100.000	239	44,1	72,0*	28,0*		
	>100.000	154	28,4	70,1*	29,9*		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	233	36,2	51,1**	48,9**	0,000	-0,293**
	sin grandes esfu	410	63,8	79,3**	20,7**		
Estado de salud	malo o muy ma	129	20,1	43,4**	56,6**	0,000	-0,282**
	regular, bueno e	514	79,9	75,9**	24,1**		
nº enfermedades crónicas	0	238	36,9	76,1**	23,9**	0,000	0,152**
	1-2	345	53,5	67,8**	32,2**		
	3+	62	9,6	50,0**	50,0**		
medicación	No	108	17,0	81,5**	18,5**	0,007	0,122**
	Sí	527	83,0	66,4**	33,6**		
encamamiento	No	575	89,3	71,8**	28,2**	0,000	0,161**
	Sí	69	10,7	47,8**	52,2**		
Índice de masa corporal	0-22	50	12,6	72,0**	28,0**	0,001	0,156**
	23-29	240	60,3	77,5**	22,5**		
	30-34	89	22,4	59,6**	40,4**		
	35+	19	4,8	47,4**	52,6**		
Fuma	nunca	613	95,6	68,7	31,3	0,294	-0,029
	ha fumado	18	2,8	66,7	33,3		
	habitualmente	10	1,6	90,0	10,0		
nº cigarrillos al día	0	636	98,6	68,9	31,3	0,402	-0,053
	1-10	7	1,1	85,7	14,3		
	11+	2	0,3	-	-		
duración de la adicción al tabaco	0	636	98,6	68,9	31,1	0,618	-0,052
	<55	8	1,2	87,5	12,5		
	56+	1	0,2	-	-		
Consumo alcohol	ninguno o espor	64	32,3	76,6**	23,4**	0,000	-0,065
	diario o frecuen	134	67,7	82,1**	17,9**		
duración del consumo regular de alcohol	0	503	78,0	64,8**	35,2**	0,000	-0,138**
	<55	100	15,5	89,0**	11,0**		
	56+	42	6,5	73,8**	26,2**		
Ejercicio físico	ninguno	411	64,0	61,8**	38,2**	0,000	-0,208**
	alguno	231	36,0	81,8**	18,2**		
ime				27,22	28,32	0,135	

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 26

TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y GRUPO GENERACIONAL

64 - 75		Tasas (%)					
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		715	100	81,7	18,3	0,000	
Sexo	hombres	292	40,8	89,0**	11,0**	0,000	0,158*
	mujeres	423	59,2	76,6**	23,4**		
EC	soltero	41	5,8	92,7**	7,3**	0,006	0,127**
	casado	504	71,3	83,5**	16,5**		
	viudo	162	22,9	72,8**	27,2**		
Alfabetización	analfabeto	61	8,5	60,7**	39,3**	0,000	-0,166**
	lee o con estudios	654	91,5	83,6**	16,4**		
Estudios	Primarios	519	89,9	82,9*	17,1*	0,038	0,061
	Secundarios o unive	58	10,1	87,9*	12,1*		
Estátus social	bajo	69	13,1	76,8	23,2	0,186	0,048
	medio-bajo	431	81,6	83,5	16,5		
	medio o alto	28	5,3	89,3	10,7		
Ingresos	<60.000	116	18,7	73,3**	26,7**	0,009	-0,104**
	60-100.000	313	50,6	80,2**	19,8**		
	>100.000	190	30,7	85,3**	14,7**		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	237	33,5	73,0**	27,0**	0,001	-0,095*
	sin grandes esfuerzos	470	66,5	86,0**	14,0**		
Estado de salud	malo o muy malo	118	16,5	57,6**	42,4**	0,000	-0,261**
	regular, bueno o mu	595	83,5	86,7**	13,3**		
nº enfermedades crónicas	0	288	40,3	87,8**	12,2**	0,000	0,182**
	1-2	372	52,0	80,4**	19,6**		
	3+	55	7,7	58,2**	41,8**		
medicación	No	157	22,3	90,4**	9,6**	0,007	0,117**
	Sí	548	77,7	79,2**	20,8**		
encamamiento	No	648	90,9	83,5**	16,5**	0,000	0,147**
	Sí	65	9,1	66,2**	33,8**		
Índice de masa corporal	0-22	49	9,3	83,7**	16,3**	0,000	0,154**
	23-29	359	67,9	87,7**	12,3**		
	30-34	102	19,3	80,4**	19,6**		
	35+	19	3,6	57,9**	42,1**		
Fuma	nunca	479	67,5	78,7*	21,3*	0,030	-0,097*
	ha fumado	149	21,0	87,2*	12,8*		
	habitualmente	82	11,5	87,8*	12,2*		
nº cigarrillos al día	0	648	90,6	81,3	18,7	0,267	-0,045
	1-10	38	5,3	78,9	21,1		
	11+	29	4,1	93,1	6,9		
duración de la adicción al tabaco	0	646	90,3	81,3	18,7	0,610	-0,025
	<55	52	7,3	86,5	13,5		
	56+	17	2,4	82,4	17,6		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	65	18,8	83,1**	16,9**	0,000	0,165**
	diario o frecuente	281	81,2	90,4**	9,6**		
duración del consumo regular de alcohol	0	427	59,7	75,2**	24,8**	0,000	-0,179**
	<55	239	33,4	92,1**	7,9**		
	56+	49	6,9	87,8**	12,2**		
Ejercicio físico	ninguno	382	53,7	74,3**	25,7**	0,000	-0,204**
	alguno	330	46,3	90,0**	10,0**		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 27

TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y GRUPO GENERACIONAL

75 +		Tasas (%)					
Variable	categorias	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		396	100	60,1	39,9	0,000	
Sexo	hombres	174	43,9	66,7*	33,3*	0,018	0,119*
	mujeres	222	56,1	55,0*	45,0*		
EC	soltero	29	7,5	75,9**	24,1**	0,006	0,153**
	casado	191	49,2	65,4**	34,6**		
	viudo	168	43,3	50,6**	49,4**		
Alfabetización	analfabeto	44	11,1	29,5**	70,5**	0,000	-0,224**
	lee o con estudios	351	88,9	63,8**	36,2**		
Estudios	Primarios	274	87,5	62,0**	38,0**	0,000	0,097
	Secundarios o unive	39	12,5	84,6**	15,4**		
Estátus social	bajo	53	15,9	43,4**	56,6**	0,006	-0,032
	medio-bajo	251	75,4	61,0**	39,0**		
	medio o alto	29	8,7	82,8**	17,2**		
Ingresos	<60.000	81	24,3	48,1	51,9	0,069	-0,034
	60-100.000	150	45,0	66,0	34,0		
	>100.000	102	30,6	59,8	40,2		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	207	52,9	44,9**	55,1**	0,000	-0,240**
	sin grandes esfuerzo	184	47,1	76,1**	23,9**		
Estado de salud	malo o muy malo	83	21,0	32,5**	67,5**	0,000	-0,290**
	regular, bueno o mu	313	79,0	67,4**	32,6**		
nº enfermedades crónicas	0	148	37,4	70,9**	29,1**	0,001	0,184**
	1-2	205	51,8	55,6**	44,4**		
	3+	43	10,9	44,2**	55,8**		
medicación	No	71	18,1	76,1**	23,9**	0,004	0,141**
	Si	321	81,9	56,4**	43,6**		
encamamiento	No	353	89,4	63,2**	36,8**	0,001	0,180**
	Si	42	10,6	35,7**	64,3**		
Indice de masa corporal	0-22	40	15,9	60,0	40,0	0,144	0,041
	23-29	157	62,3	66,2	33,8		
	30-34	47	18,7	48,9	51,1		
	35+	8	3,2	37,5	62,5		
Fuma	nunca	262	66,7	56,1	43,9	0,160	-0,076
	ha fumado	100	25,4	68,0	32,0		
	habitualmente	31	7,9	67,7	32,3		
nº cigarrillos al día	0	373	94,2	59,5	40,5	0,564	-0,054
	1-10	11	2,8	63,6	36,4		
	11+	12	3,0	75,0	25,0		
duración de la adicción al tabaco	0	370	93,4	59,5	40,5	0,238	-0,031
	<55	5	1,3	100,0	-		
	56+	21	5,3	61,9	38,1		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	28	19,0	60,7	39,3	0,095	0,095
	diario o frecuente	119	81,0	68,1	31,9		
duración del consumo regular de alcohol	0	278	70,2	57,2	42,8	0,123	-0,077
	<55	21	5,3	76,2	23,8		
	56+	97	24,5	64,9	35,1		
Ejercicio físico	ninguno	227	57,8	50,7**	49,3**	0,000	-0,222**
	alguno	166	42,2	72,9**	27,1**		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson
 * 0,05
 ** 0,01

Tabla 28

TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y GRUPO GENERACIONAL. HOMBRES

64 - 75 Hombres				Tasas (%)			
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		292	100	89,0	11,0	0,000	
EC	soltero o casado	261	90,9	90,8**	9,2**	0,005	0,164**
	viudo	26	9,1	73,1**	26,9**		
Alfabetización	analfabeto	16	5,5	81,3	18,8	0,398	-0,060
	lee o con estudios	276	94,5	89,5	10,5		
Estudios	Primarios	211	87,2	89,6	10,4	0,755	0,027
	Secundarios o unive	31	12,8	87,1	12,9		
Estátus social	bajo o medio-bajo	273	94,5	89,4	10,6	0,400	0,059
	medio o alto	16	5,5	81,3	18,8		
Ingresos	<60.000	27	10,5	81,5	18,5	0,242	-0,073
	>60.000	230	89,5	89,1	10,9		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	111	39,1	82,0**	18,0**	0,002	-0,182**
	sin grandes esfuerzos	173	60,9	93,6**	6,4**		
Estado de salud	malo o muy malo	39	13,4	64,1**	35,9**	0,000	-0,313**
	regular, bueno o mu	253	86,6	92,9**	7,1**		
nº enfermedades crónicas	0	130	44,5	93,8**	6,2**	0,001	0,191**
	1-2	145	49,7	87,6**	12,4**		
	3+	17	5,8	64,7**	35,3**		
medicación	No	84	29,0	95,2*	4,8*	0,037	0,128*
	Si	206	71,0	86,4*	13,6*		
encamamiento	No	271	93,1	90,4*	9,6*	0,031	0,126*
	Si	20	6,9	75,0*	25,0*		
Indice de masa corporal	<30	208	81,9	89,4	10,6	0,440	-0,052
	30+	46	18,1	93,5	6,5		
Fuma	nunca	79	27,2	91,1	8,9	0,769	0,037
	ha fumado	136	46,9	88,2	11,8		
	habitualmente	75	25,9	88,0	12,0		
nº cigarrillos al día	1-10	32	53,3	78,1	21,9	0,155	-0,206
	11+	28	46,7	92,9	7,1		
duración de la adicción al taba	<55	46	74,2	87,0	13,0	0,683	0,071
	56+	16	25,8	81,3	18,8		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	14	7,0	92,9	7,1	1,000	0,004
	diario o frecuente	186	93,0	92,5	7,5		
duración del consumo regular de alcohol	<55	147	81,7	93,9	6,1	1,000	-0,001
	56+	33	18,3	93,9	6,1		
Ejercicio físico	ninguno	112	38,6	82,1	17,9	0,003	-0,173**
	alguno	178	61,4	93,3	6,7		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 29

TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES Y GRUPO GENERACIONAL. MUJERES

64 - 75 Mujeres				Tasas (%)		Sig.	Correlación (1)
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes		
Total		423	100	76,6	23,4	0,000	
EC	soltero o casado	284	67,6	78,2	21,8	0,225	0,059
	viudo	136	32,4	72,8	27,2		
Alfabetización	analfabeto	45	10,6	53,3**	46,7**	0,000	-0,190
	lee o con estudios	378	89,4	79,4**	20,6**		
Estudios	Primarios	308	91,9	78,2	21,8	0,227	-0,071
	Secundarios o unive	27	8,1	88,9	11,1		
Estátus social	bajo o medio-bajo	227	95,0	74,4	25,6	0,076	-0,130
	medio o alto	12	5,0	100,0	--		
Ingresos	<60.000	89	24,6	70,8	29,2	0,307	-0,054
	>60.000	273	75,4	76,2	23,8		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	126	29,8	65,1**	34,9**	0,000	-0,182**
	sin grandes esfuerzo	297	70,2	81,5**	18,5**		
Estado de salud	malo o muy malo	79	18,8	54,4**	45,6**	0,000	-0,257**
	regular, bueno o mu	342	81,2	82,2**	17,8**		
nº enfermedades crónicas	0	158	37,4	82,9**	17,1**	0,001	0,163**
	1-2	227	53,7	75,8**	24,2**		
	3+	38	9,0	55,3**	44,7**		
medicación	No	73	17,6	84,9	15,1	0,065	0,091
	Si	342	82,4	74,9	25,1		
encamamiento	No	377	89,3	78,5*	21,5*	0,014	0,119*
	Si	45	10,7	62,2*	37,8*		
Indice de masa corporal	<30	200	72,7	85,0**	15,0**	0,001	0,204**
	30+	75	27,3	66,7**	33,3**		
Fuma	nunca	400	95,2	76,3	23,8	0,920	-0,019
	ha fumado	13	3,1	76,9	23,1		
	habitualmente	7	1,7	85,7	14,3		
nº cigarrillos al día	1-10	6	85,7	83,3	16,7	1,000	-0,167
	11+	1	14,3	100,0	--		
duración de la adicción al taba	<55	6	85,7	83,3	16,7	1,000	-0,167
	56+	1	14,3	100,0	--		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	51	34,9	80,4	19,6	0,349	-0,078
	diario o frecuente	95	65,1	86,3	13,7		
duración del co regular de alcoh	<55	92	85,2	89,1	10,9	0,217	0,149
	56+	16	14,8	75,0	25,0		
Ejercicio físico	ninguno	270	64,0	71,1**	28,9**	0,000	-0,171**
	alguno	152	36,0	86,2**	13,8**		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 30

**TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES
SEXO Y GRUPO GENERACIONAL. HOMBRES**

75 + Hombres		Tasas (%)					
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		174	100	66,7	33,3	0,000	
EC	soltero o casado	135	79,4	69,6	30,4	0,087	0,131
	viudo	35	20,6	54,3	45,7		
Alfabetización	analfabeto	10	5,7	50,0	50,0	0,249	-0,087
	lee o con estudios	164	94,3	67,7	32,3		
Estudios	Primarios	121	84,0	68,6	31,4	0,612	-0,042
	Secundarios o unive	23	16,0	73,9	26,1		
Estátus social	bajo o medio-bajo	154	90,1	64,9	35,1	0,426	-0,073
	medio o alto	17	9,9	76,5	23,5		
Ingresos	<60.000	21	13,7	66,7	33,3	1,000	0,000
	>60.000	132	86,3	66,7	33,3		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	100	58,5	56,0**	44,0**	0,001	-0,253**
	sin grandes esfuerzos	71	41,5	80,3**	19,7**		
Estado de salud	malo o muy malo	33	19,0	42,4**	57,6**	0,001	-0,249**
	regular, bueno o mu	141	81,0	72,3**	27,7**		
nº enfermedades crónicas	0	68	39,1	80,9**	19,1**	0,004	0,251**
	1-2	87	50,0	59,8**	40,2**		
	3+	19	10,9	47,4**	52,6**		
medicación	No	36	20,9	77,8	22,2	0,118	0,119
	Si	136	79,1	64,0	36,0		
encamamiento	No	155	89,6	68,4	31,6	0,273	0,083
	Si	18	10,4	55,6	44,4		
Indice de masa corporal	<30	107	82,9	71,0	29,0	0,492	0,061
	30+	22	17,1	63,6	36,4		
Fuma	nunca	49	28,5	63,3	36,7	0,718	-0,023
	ha fumado	95	55,2	69,5	30,5		
	habitualmente	28	16,3	64,3	35,7		
nº cigarrillos al día	1-10	10	47,6	60,0	40,0	0,659	-0,135
	11+	11	52,4	72,7	27,3		
duración de la adicción al tabaco	<55	3	12,5	100,0	--	0,526	0,267
	56+	21	87,5	61,9	38,1		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	15	15,8	60,0	40,0	0,641	-0,048
	diario o frecuente	80	84,2	66,3	33,8		
duración del consumo regular de alcohol	<55	13	15,5	69,2	30,8	0,759	0,054
	56+	71	84,5	62,0	38,0		
Ejercicio físico	ninguno	86	49,7	61,6	38,4	0,131	-0,115
	alguno	87	50,3	72,4	27,6		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 31

**TASAS DE DEPENDENCIA POR DISTINTOS FACTORES PREDICTORES
SEXO Y GRUPO GENERACIONAL. MUJERES**

75 + Mujeres				Tasas (%)			
Variable	categorías	n	%	No dependientes	Dependientes	Sig.	Correlación (1)
Total		222	100	55,0	45,0	0,000	
EC	soltero o casado	85	39,0	62,4	37,6	0,066	0,125
	viudo	133	61,0	49,6	50,4		
Alfabetización	analfabeto	34	15,4	23,5**	76,5**	0,000	-0,267**
	lee o con estudios	187	84,6	60,4**	39,6**		
Estudios	Primarios	153	90,5	56,9**	43,1**	0,001	-0,259**
	Secundarios o unive	16	9,5	100,0**	--		
Estátus social	bajo o medio-bajo	150	92,6	50,7**	49,3**	0,006	-0,215**
	medio o alto	12	7,4	91,7**	8,3**		
Ingresos	<60.000	60	33,3	41,7*	58,3*	0,020	-0,173*
	>60.000	120	66,7	60,0*	40,0*		
Esfuerzo en el trabajo	sedentario	107	48,6	34,6**	65,4**	0,000	-0,390**
	sin grandes esfuerzo	113	51,4	73,5**	26,5**		
Estado de salud	malo o muy malo	50	22,5	26,0**	74,0**	0,000	-0,314**
	regular, bueno o mu	172	77,5	63,4**	36,6**		
n° enfermedades crónicas	0	80	36,0	62,5	37,5	0,147	0,131
	1-2	118	53,2	52,5	47,5		
	3+	24	10,8	41,7	58,3		
medicación	No	35	15,9	74,3*	25,7*	0,011	0,172*
	Sí	185	84,1	50,8*	49,2*		
encamamiento	No	198	89,2	59,1**	40,9**	0,000	0,239**
	Sí	24	10,8	20,8**	79,2**		
Índice de masa corporal	<30	90	73,2	57,8*	42,2*	0,035	0,190*
	30+	33	26,8	36,4*	63,6*		
Fuma	nunca	213	96,4	54,5	45,5	0,289	-0,032
	ha fumado	5	2,3	40,0	60,0		
	habitualmente	3	1,4	100,0	--		
n° cigarrillos al día	1-10	1	50,0	--	--	--	--
	11+	1	50,0	--	--		
duración de la adicción al taba	<55	2	100,0	--	--	--	--
	56+	0	0,0	--	--		
Consumo alcohol	ninguno o esporádico	13	25,0	61,5	38,5	0,488	-0,096
	diario o frecuente	39	75,0	71,8	28,2		
duración del co regular de alco	<55	8	23,5	87,5	12,5	0,645	0,144
	56+	26	76,5	73,1	26,9		
Ejercicio físico	ninguno	141	64,1	44,0**	56,0**	0,000	-0,284**
	alguno	79	35,9	73,4**	26,6**		
imc							

(1) Para las variables nominales se ha utilizado la Correlación de Spearman; para las ordinales la R de Pearson

* 0,05

** 0,01

Tabla 32

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2010. HOMBRES

	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4	Escenario 5	Escenario 6
65	4.880	4.926	6.485	6.547	7.762	7.836
66	5.989	6.019	7.951	7.991	9.508	9.556
67	5.533	5.547	7.343	7.360	8.778	8.799
68	5.879	5.885	7.794	7.802	9.311	9.321
69	8.250	8.297	10.927	10.989	13.043	13.117
70	6.810	6.890	9.003	9.109	10.731	10.857
71	8.484	8.590	11.205	11.344	13.343	13.508
72	8.915	9.027	11.779	11.928	14.034	14.211
73	10.253	10.384	13.537	13.710	16.117	16.323
74	10.042	10.176	13.253	13.430	15.775	15.986
75	12.359	12.510	16.269	16.467	19.323	19.559
76	13.223	13.364	17.385	17.570	20.629	20.849
77	15.854	16.038	19.783	20.013	22.843	23.109
78	12.983	13.212	17.032	17.333	20.176	20.533
79	22.707	23.258	26.680	27.327	29.760	30.482
80	26.746	27.540	30.144	31.039	34.193	35.209
81	23.962	24.901	26.950	28.006	30.859	32.069
82	29.599	31.059	31.899	33.473	35.626	37.385
83	36.017	38.233	38.080	40.424	42.519	45.140
84	23.549	25.412	25.319	27.322	29.641	31.992
85	23.746	26.021	25.288	27.712	30.007	32.894
86	22.414	24.904	23.632	26.259	27.830	30.936
87	25.397	28.577	26.216	29.500	29.708	33.440
88	15.165	17.191	15.808	17.920	18.860	21.391
89	13.875	15.891	14.339	16.424	16.710	19.148
90	9.489	10.981	9.754	11.288	11.415	13.217
91	9.366	10.919	9.553	11.139	10.844	12.648
92	4.466	5.247	4.609	5.416	5.607	6.592
93	6.333	7.433	6.439	7.557	7.179	8.428
94	3.761	4.421	3.836	4.510	4.368	5.136
95	2.627	3.111	2.674	3.166	3.016	3.573
96	2.402	2.813	2.431	2.847	2.645	3.098
97	1.103	1.288	1.116	1.303	1.216	1.419
98	444	516	449	522	493	573
99	175	160	177	161	191	175
100	47	9	47	9	51	9

Tabla 33

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2010. MUJERES

	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4	Escenario 5	Escenario 6
65	11.279	11.367	14.929	15.047	17.812	17.952
66	12.105	12.211	16.010	16.150	19.088	19.255
67	11.261	11.370	14.884	15.029	17.736	17.909
68	11.421	11.544	15.077	15.241	17.950	18.145
69	16.087	16.282	21.206	21.464	25.217	25.523
70	13.861	14.055	18.214	18.470	21.605	21.909
71	16.620	16.897	21.817	22.181	25.856	26.287
72	18.852	19.221	24.741	25.226	29.316	29.891
73	22.251	22.764	29.173	29.846	34.541	35.338
74	22.044	22.644	28.876	29.664	34.166	35.099
75	28.775	29.675	37.500	38.674	44.188	45.573
76	32.160	33.289	41.796	43.266	49.142	50.873
77	65.711	68.345	75.503	78.533	82.944	86.277
78	70.620	73.876	81.044	84.787	88.884	92.994
79	67.903	71.514	78.926	83.131	86.918	91.556
80	73.870	78.556	83.255	88.547	91.505	97.332
81	102.128	109.848	110.824	119.212	118.738	127.738
82	84.697	92.128	91.733	99.792	98.836	107.534
83	72.165	79.467	78.625	86.590	85.477	94.151
84	71.689	79.824	77.122	85.882	83.246	92.717
85	83.911	94.611	88.597	99.902	94.967	107.107
86	69.448	79.146	73.241	83.474	79.762	90.939
87	58.112	66.801	60.968	70.090	67.471	77.605
88	58.156	67.448	60.237	69.868	65.698	76.239
89	45.869	53.653	47.478	55.539	52.137	61.018
90	37.199	43.746	38.134	44.849	41.979	49.399
91	32.495	38.153	33.114	38.883	36.378	42.735
92	29.470	34.415	29.913	34.935	32.673	38.177
93	12.336	14.364	12.674	14.758	14.854	17.308
94	14.443	16.679	14.682	16.957	16.377	18.922
95	12.151	13.676	12.318	13.864	13.569	15.277
96	6.927	7.536	7.035	7.653	7.903	8.599
97	4.045	4.325	4.105	4.388	4.633	4.954
98	918	976	939	999	1.159	1.233
99	653	574	659	579	718	631
100	219	80	220	81	233	86

tabla 34

PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE, 2010. TOTALES

	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Escenario 4	Escenario 5	Escenario 6
65	16.158	16.293	21.414	21.593	25.574	25.787
66	18.094	18.230	23.961	24.140	28.596	28.811
67	16.794	16.917	22.226	22.389	26.514	26.708
68	17.299	17.429	22.872	23.044	27.261	27.466
69	24.337	24.578	32.133	32.452	38.260	38.640
70	20.670	20.945	27.217	27.579	32.336	32.766
71	25.105	25.487	33.021	33.524	39.198	39.796
72	27.767	28.248	36.520	37.153	43.349	44.101
73	32.504	33.148	42.710	43.556	50.658	51.661
74	32.085	32.820	42.130	43.095	49.942	51.085
75	41.135	42.185	53.769	55.141	63.511	65.132
76	45.383	46.653	59.180	60.835	69.771	71.721
77	81.566	84.384	95.286	98.546	105.787	109.386
78	83.603	87.088	98.076	102.120	109.060	113.527
79	90.610	94.772	105.606	110.459	116.678	122.038
80	100.617	106.096	113.400	119.586	125.698	132.541
81	126.090	134.749	137.774	147.218	149.597	159.807
82	114.296	123.187	123.632	133.265	134.463	144.920
83	108.182	117.700	116.705	127.013	127.996	139.291
84	95.238	105.235	102.441	113.204	112.887	124.709
85	107.657	120.631	113.886	127.614	124.973	140.001
86	91.862	104.050	96.873	109.733	107.592	121.875
87	83.509	95.378	87.184	99.590	97.179	111.045
88	73.321	84.640	76.045	87.788	84.558	97.630
89	59.744	69.544	61.818	71.963	68.847	80.166
90	46.688	54.727	47.888	56.137	53.395	62.617
91	41.861	49.072	42.668	50.021	47.222	55.383
92	33.936	39.662	34.522	40.351	38.280	44.769
93	18.670	21.797	19.113	22.315	22.032	25.736
94	18.204	21.100	18.519	21.466	20.745	24.058
95	14.778	16.787	14.992	17.030	16.585	18.849
96	9.329	10.349	9.465	10.500	10.547	11.697
97	5.149	5.612	5.221	5.691	5.849	6.373
98	1.361	1.492	1.388	1.521	1.652	1.806
99	828	734	836	740	909	805
100	266	89	268	89	284	95

Tabla 35