



**Evolución del proceso
de envejecimiento
de la población española
y análisis de
sus determinantes**





Directores del estudio

Antoni Salvà Casanovas

Director del Institut de
l'Envel·liment

Universitat Autònoma de Barcelona

Antonio Rivero Fernández

Responsable de Consultoria y
Estudios del Institut de
l'Envel·liment

Universitat Autònoma de Barcelona

Investigadores

Marta Roqué Figuls

Institut de l'Envel·liment

Universitat Autònoma de Barcelona

Edita:

Fundación Pfizer.

Avda. de Europa, 20 B. Parque Empresarial, 28108 Alcobendas. Madrid

Diseño y Maquetación:

Master Line & Prodigio, S.L.

www.masterline.es

Fotomecánica, Impresión y Encuadernación:

Herprymer, S.L.

Depósito Legal: M-33179-2007

ISBN: 978-84-935901-0-9

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



Julián García Vargas

Patrono de la Fundación Pfizer

Presentación

La evolución periódica del estado de salud de la población y de sus hábitos, y el análisis de su evolución en el tiempo debería ser una preocupación de la política sanitaria. De hecho lo es, pero sin haber llegado a una sistematización y a una regularidad suficientes. Así, las Encuestas Nacionales de Salud no se han elaborado en España con la regularidad debida, y su tamaño y diseño ha variado de una encuesta a otra, dificultando su análisis y la obtención de resultados concluyentes.

La publicación de las Encuestas Nacionales debería ser un acontecimiento sanitario, social e informativo de primer orden. Algo se ha avanzado en este sentido desde la primera encuesta de 1987, pero su estudio aún está muy confinado a los expertos y siempre encuentra más eco cualquier acontecimiento asistencial que esa foto que nos describe como colectividad y que desvela nuestros avances y nuestras contradicciones en hábitos sanitarios y estilos de vida, junto a los aspectos más relevantes de nuestro sistema sanitario.



Además de su orientación más asistencial que preventiva, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) sufre un defecto, que es la tentación centrífuga de las CCAA. Así, varias de nuestras nacionalidades y regiones llevan a cabo sus propias encuestas de salud, al margen de la Encuesta Nacional que comprende toda España. Es decir, que disponemos de una serie corta de Encuestas Nacionales, siete entre 1987 y 2006, por un lado, y de encuestas regionales, de series mucho más cortas y que sólo se realizan en algunas comunidades.

Aún así, se puede disponer ya de una secuencia bastante ilustrativa de lo ocurrido con la salud de los españoles y con sus hábitos en los últimos veinte años. Este libro pretende ser un resumen de esa secuencia y es una primera descripción de cómo envejecen los españoles. En sus cuadros de datos podemos comparar, desglosados por grupos de edad, la evolución de las patologías más frecuentes y del estado de salud, además de los cambios en los hábitos de vida.

En resumen puede afirmarse que los españoles, cuya vida media en cuatro lustros se ha alargado en tres años en hombres y en tres y medio en mujeres, envejecen mejor que antes. La salud autopercebida como buena se ha elevado en todos los tramos de edad, especialmente en hombres. La dependencia en grados elevados se ha extendido porque hay muchas más personas por encima de ochenta años, pero parece que se retrasa en la edad de aparición.

En cuanto a los hábitos, hay muchas luces pero también sombras. El tabaquismo ha descendido en hombres pero ha aumentado en mujeres y es más alto en la edad madura temprana, aunque menos en la avanzada. Tenemos más sobrepeso y obesidad en todas las edades maduras y avanzadas, si bien nuestros maduros y mayores hacen más ejercicio que antes. Debido en parte a un mejor seguimiento y medición, algunas patologías crónicas, relacionadas con los hábitos, como diabetes, hipertensión y colesterol elevado, han aumentado, sobre todo en mujeres.

En mortalidad, llama mucho la atención que las tasas en hombres, entre 55 y 74 años, sea todavía entre dos y tres veces y media superior a las de mujeres en tumores malignos y enfermedades de los aparatos circulatorio, respiratorio y digestivo. Son diferencias demasiado acusadas, que deberían abordarse con intensos programas de salud pública y prevención específicamente dirigidas a hombres maduros.

Por último, se constata una fuerte tendencia al mayor consumo de recursos médicos y farmacológicos, especialmente en personas mayores. Lo más llamativo es el abuso del servicio de urgencias, cuya prevalencia se ha triplicado desde 1987 a 2003 en el grupo de personas de más de 65 años.

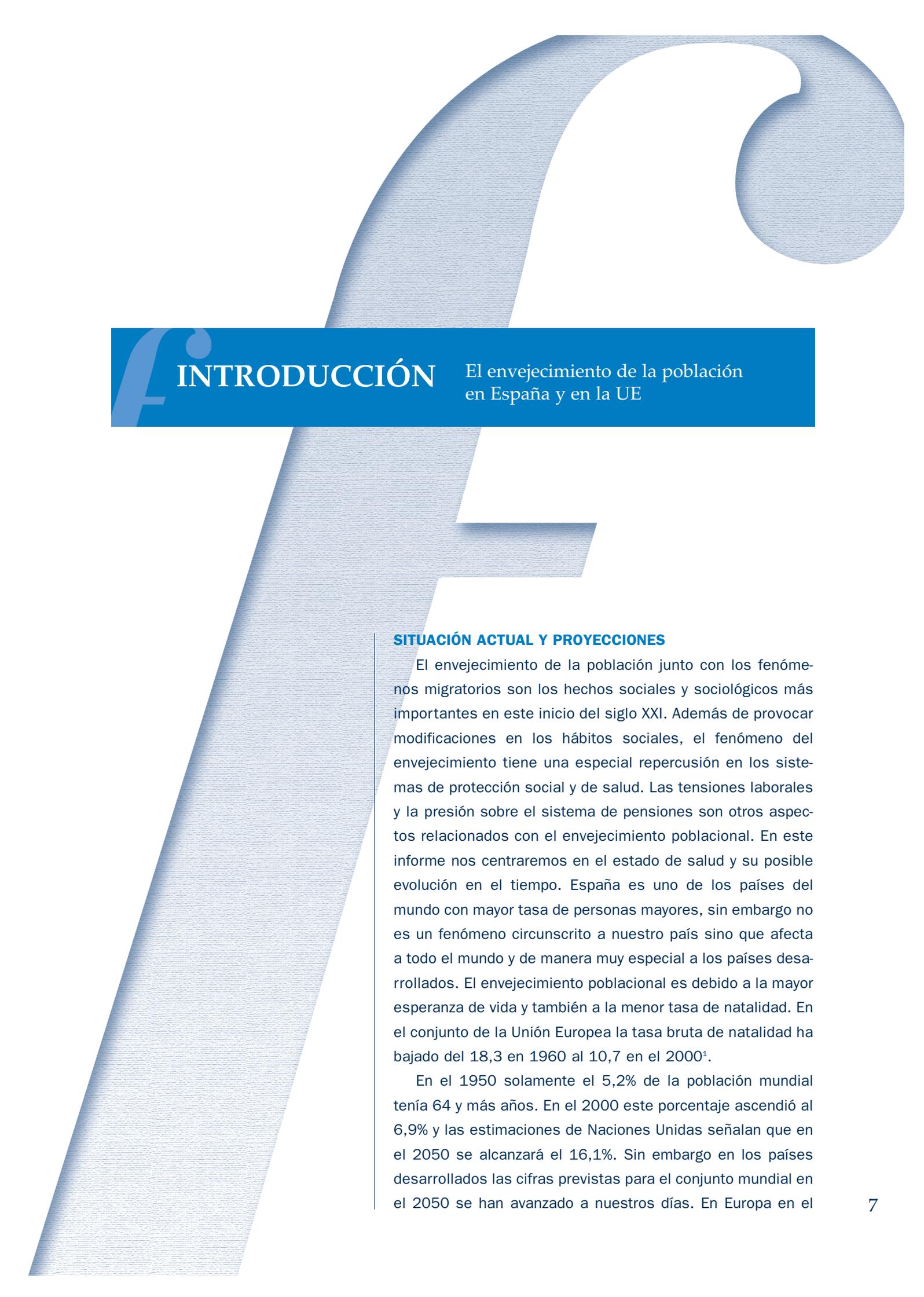
En definitiva, el estudio de nuestras Encuestas Nacionales de Salud reflejan que envejecemos más tarde, más tiempo y en condiciones mejores, pero hay muchos aspectos mejorables en nuestras políticas de salud, especialmente en hábitos, que son bastante contradictorios y en la reducción de las tasas de mortalidad de hombres maduros, que son injustificadamente altas.

Esperemos que el Consejo Interterritorial pueda abordar la mejor sistematización de ese instrumento imprescindible de la política sanitaria que son las Encuestas Nacionales de Salud, acompañando y homogeneizando con ellas las que llevan a cabo las CCAA. Sin él, correremos el riesgo de insistir en políticas superadas o en orientaciones poco actualizadas.

ÍNDICE

Introducción	
El Envejecimiento de la Población en España y en la UE	7
Situación actual y proyecciones	7
La esperanza de vida	9
Capítulo 1.	
La salud de las personas mayores	
Trayectorias en el envejecimiento humano	11
El estado de salud autopercebido	12
Trayectorias en el envejecimiento humano.	
Determinantes de un envejecimiento saludable	13
Discapacidad y dependencia en las personas mayores	14
Capítulo 2.	
Estado de salud. Revisión internacional	17
Salud autopercebida a nivel internacional	17
Carga de enfermedad. Morbilidad	22
Hábitos de salud	23
Discapacidad	24
Capítulo 3.	
Estudio sobre evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes	25
Metodología	25
Capítulo 4.	
La población de las personas mayores de 50 años en España	29
El envejecimiento de la población española	29
Esperanza de vida	30
La mortalidad en la población de 50 y más años	33
Las causas de muerte	34
Capítulo 5.	
El estado de salud de la población española	39
Autopercepción de salud	39
Los hábitos de vida	42
Las enfermedades y problemas de salud crónicos	48
La discapacidad y la dependencia	55

El uso de los servicios de salud	60
Análisis de los determinantes del estado de salud	65
El estado de salud y la dependencia	75
Capítulo 6.	
Evolución del estado de salud de las personas de 50 y más años en España	79
Análisis de la cohorte de nacimiento como determinante del estado de salud autopercebido	79
Evolución del estado de salud	85
Análisis del efecto de las cohortes de nacimiento sobre la dependencia y las enfermedades crónicas	86
Capítulo 7.	
Perspectivas del estado de salud de las personas mayores en el año 2015	91
La dependencia en la población mayor	91
Esperanzas de salud en el año 2015	97
Capítulo 8.	
Conclusiones	107
Bibliografía	117
Anexo	121



f INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población
en España y en la UE

SITUACIÓN ACTUAL Y PROYECCIONES

El envejecimiento de la población junto con los fenómenos migratorios son los hechos sociales y sociológicos más importantes en este inicio del siglo XXI. Además de provocar modificaciones en los hábitos sociales, el fenómeno del envejecimiento tiene una especial repercusión en los sistemas de protección social y de salud. Las tensiones laborales y la presión sobre el sistema de pensiones son otros aspectos relacionados con el envejecimiento poblacional. En este informe nos centraremos en el estado de salud y su posible evolución en el tiempo. España es uno de los países del mundo con mayor tasa de personas mayores, sin embargo no es un fenómeno circunscrito a nuestro país sino que afecta a todo el mundo y de manera muy especial a los países desarrollados. El envejecimiento poblacional es debido a la mayor esperanza de vida y también a la menor tasa de natalidad. En el conjunto de la Unión Europea la tasa bruta de natalidad ha bajado del 18,3 en 1960 al 10,7 en el 2000¹.

En el 1950 solamente el 5,2% de la población mundial tenía 64 y más años. En el 2000 este porcentaje ascendió al 6,9% y las estimaciones de Naciones Unidas señalan que en el 2050 se alcanzará el 16,1%. Sin embargo en los países desarrollados las cifras previstas para el conjunto mundial en el 2050 se han avanzado a nuestros días. En Europa en el

año 2000 ya se alcanzaba el 14,7% de la población y para el 2050 se prevé alcanzar el 27,6% (Tabla 1).

Población de 65 años y más. 1950-2050.

AÑO	% Europa	Total Europa	% Mundial	Total Mundial
1950	8,2	44.960.000	5,2	130.875.000
2000	14,7	107.418.000	6,9	421.351.000
2050	27,6	180.134.000	16,1	1.464.938.000

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, 09 November 2005; 7:57:59 AM.

Tabla 1

En la Tabla 2 podemos ver las proyecciones de población en la Unión Europea hasta el 2030².

Población proyectada según grupos de edad en la UE (en miles de habitantes).

Año	De 0 a 14 años	%	De 15 a 64 años	%	De 65 y más	%	Total
2030	55.124	14,33	235.048	61,12	94.401	24,55	384.573
2020	57.044	14,78	248.817	64,46	80.122	20,76	385.984
2015	58.523	15,19	251.969	65,41	74.694	19,39	385.186
2010	60.053	15,66	254.090	66,27	69.254	18,06	383.397
2005	61.868	16,27	253.074	66,56	65.252	17,16	380.194

Fuente: Eurostat.

Tabla 2

En las Tablas 3 y 4, pueden verse los datos referidos a la población española según estimaciones de las Naciones Unidas o del Instituto Nacional de Estadística³.

Como podemos observar en estas tablas, en España la evolución demográfica todavía ha sido más marcada que en el conjunto de Europa pasando de porcenta-

Población de 65 años y más. España. 1950-2050.

AÑO	Porcentaje	Nombre total
1950	7,3 %	2.044.000
2000	16,7 %	6.797.000
2050	34,1 %	14.504.000

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, 09 November 2005; 8:01:37 AM.

Tabla 3

Proyecciones de población por grupos de edad. España. 2005-2030.

AÑO	De 0 a 15 años	%	De 16 a 64 años	%	De 65 y más	%	Total
2030	7.182	14,06	31.916	62,50	11.971	23,44	51.069
2020	7.806	15,95	31.596	64,58	9.527	19,47	48.929
2015	7.764	16,36	30.986	65,30	8.704	18,34	47.455
2010	7.290	15,96	30.466	66,68	7.931	17,36	45.686
2005	6.786	15,61	29.392	67,59	7.306	16,8	43.484

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Tabla 4

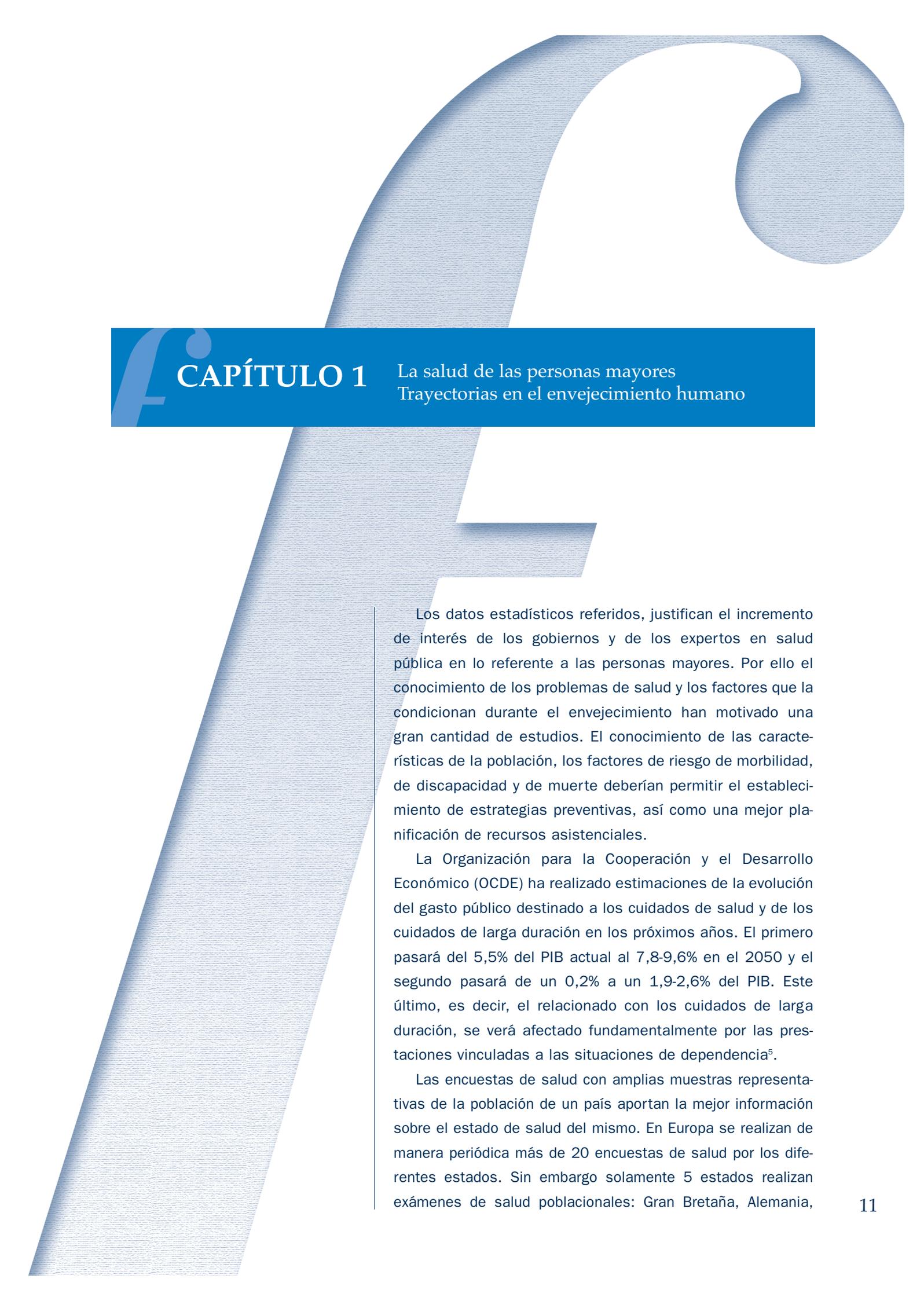


jes inferiores a la media europea a cifras por encima de la media Europea en el 2050. Los escenarios de población mayor indican que entre los años 2010 y 2020 se incorporarán a la vejez aquellas generaciones que nacieron durante la Guerra Civil y la posguerra. En consecuencia, se producirá un vacío relativo de la población mayor en los primeros tramos de edad frente a un crecimiento de la población que supera los 75 y 85 años. Posteriormente, entre los años 2020 y 2040 se incorporarán a la vejez las generaciones más numerosas de la historia de España. Durante este período, la población mayor aumentará y lo hará en todos los tramos de edad.

LA ESPERANZA DE VIDA

En el último siglo se han producido aumentos importantes en la esperanza de vida (EV) al nacer. En 2003 la esperanza de vida al nacer en la Unión Europea (14 países) va de los 74,2 años (Portugal) hasta los 78 (Suecia) para los hombres y entre los 80,1 años (Dinamarca) y los 82,2 (Francia) para las mujeres. Si consideramos la esperanza de vida libre de discapacidad, en 1996, Finlandia tenía el menor valor con 54,6 para los hombres y 57,7 para las mujeres. En el otro lado Italia tenía los valores más altos con 67,4 para los hombres y 70,5 para las mujeres. En el 2003 Italia alcanzaba los 70,9 para los hombres y los 74,4 para las mujeres. En Finlandia se mantiene en 57,3 y 56,5 para hombres y mujeres respectivamente. Estas diferencias entre países pueden ser debidas, al menos parcialmente, al método utilizado en el cálculo de la esperanza de vida libre de discapacidad. Los datos de discapacidad percibida son diferentes entre países por la sistemática de recogida pero también debido a diferencias culturales en la percepción de la salud y particularmente de la discapacidad⁴.

La EV a los 65 años en la Unión Europea era en 1960 de 12,7 años para los hombres y de 15,1 para las mujeres para el conjunto de la Unión Europea. Los últimos datos publicados para el conjunto de Europa sitúan esta cifra en 15,6 años para los hombres y 19,4 para las mujeres en 1997¹. Los datos disponibles para la esperanza de vida a los 75 años, referidos a los años 1990 y 1997 señalan una evolución del 8,7 y 11,0 hasta los 9,5 y 11,8 respectivamente para los hombres y las mujeres¹. Ello es debido tanto a unas mejores condiciones de salud y socio-económicas como a las mejoras sanitarias y la disminución de la tasa de mortalidad infantil. Ésta era del 34,5 en 1960 para el conjunto de la Unión Europea pasando en el 2000 al 4,7¹.



CAPÍTULO 1

La salud de las personas mayores Trayectorias en el envejecimiento humano

Los datos estadísticos referidos, justifican el incremento de interés de los gobiernos y de los expertos en salud pública en lo referente a las personas mayores. Por ello el conocimiento de los problemas de salud y los factores que la condicionan durante el envejecimiento han motivado una gran cantidad de estudios. El conocimiento de las características de la población, los factores de riesgo de morbilidad, de discapacidad y de muerte deberían permitir el establecimiento de estrategias preventivas, así como una mejor planificación de recursos asistenciales.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha realizado estimaciones de la evolución del gasto público destinado a los cuidados de salud y de los cuidados de larga duración en los próximos años. El primero pasará del 5,5% del PIB actual al 7,8-9,6% en el 2050 y el segundo pasará de un 0,2% a un 1,9-2,6% del PIB. Este último, es decir, el relacionado con los cuidados de larga duración, se verá afectado fundamentalmente por las prestaciones vinculadas a las situaciones de dependencia⁵.

Las encuestas de salud con amplias muestras representativas de la población de un país aportan la mejor información sobre el estado de salud del mismo. En Europa se realizan de manera periódica más de 20 encuestas de salud por los diferentes estados. Sin embargo solamente 5 estados realizan exámenes de salud poblacionales: Gran Bretaña, Alemania,



Holanda, Finlandia e Irlanda. Otros estudios que incluyen exámenes de salud se realizan a nivel de una comunidad autónoma (ejemplo de Cataluña) o región. Además se han planificado otras encuestas incluyendo examen físico en Portugal, Francia e Italia. Estos estudios tienen características diferentes entre ellos en relación al procedimiento de muestreo, los límites de edad, las variables consideradas, etc. El Estudio Share ofrece datos obtenidos con la misma metodología sobre una muestra de 22.777 personas de 50 ó más años de 10 países de Europa⁶.

En USA diversas agencias gubernamentales realizan estudios en este sentido. El Nacional Center for Health Statistics (NCHS) del US Department of Health and Human Services ha publicado recientemente el primero de una serie de informes basados en el Nacional Health Interview Survey (NHIS) que es uno de los sistemas de colección de datos del NCHS, una encuesta anual de una muestra representativa de personas no institucionalizadas mayores de 55 años. Este informe presenta datos de prevalencia de una selección de indicadores de salud basados en la encuesta 2000-2003⁷.

Entre los indicadores utilizados para conocer el estado de salud de las personas mayores nos referiremos a la salud autopercebida, la carga de morbilidad y la discapacidad.

EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO

La salud autopercebida constituye una variable que ha sido contrastada por numerosos estudios como la aproximación más eficaz al nivel de salud de una población, mejor incluso que otros indicadores como el estado funcional, las enfermedades crónicas y el bienestar psicológico de las personas. Además este indicador presenta una fuerte correlación con las escalas de salud y calidad de vida de uso más extendido en la literatura científica, como son el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Sickness Impact Profile), la Escala de Bienestar Percibido (Perceived Well-Being Scale), y varias sub-escalas del SF-36, lo que indica un alto grado de validez constructiva. Además, existen estudios que evidencian asociaciones significativas con exploraciones físicas, lo que demuestra la validez del estado de salud autopercebido. Otros estudios longitudinales aportan evidencias favorables a que este indicador es predictivo de la incidencia de las enfermedades crónicas, de la capacidad de recuperarse de las enfermedades, del declive funcional, de la utilización de recursos sanitarios y de la mortalidad. Así pues, la fiabilidad, la validez y el poder predictivo del estado de salud autopercebido sustentan la importancia de comprender los factores que influyen sobre éste a lo largo del proceso del envejecimiento.

El estado de salud autopercebido ha sido el foco de intensas investigaciones. La salud autopercebida se correlaciona con la enfermedad, con el estado funcional, con la salud mental. Además está correlacionado con la mortalidad. También las personas que manifiestan tener una mala salud utilizan más servicios sanitarios como consultas externas o días de hospitalización. Por ello la autopercepción de



salud ha sido considerada como un indicador válido del estado de salud^{8,9,10}. La salud subjetiva declina con la edad pero este decremento es más importante en los mayores de 75 años que en los de 65 a 75 años¹¹. Hay una gran evidencia sobre las relaciones entre salud percibida y salud objetiva. Unas malas condiciones basales de salud con presencia de enfermedades crónicas y discapacidad condicionan una peor percepción del estado de salud y se asocian con una aceleración de la percepción de una mala salud con el paso de los años¹².

Sin embargo hay que considerar la heterogeneidad de la evolución de la salud a nivel individual con la edad. Mientras que algunos individuos padecen un declinar importante a edades relativamente jóvenes, otros son capaces de mantenerse activos física y mentalmente hasta edades muy avanzadas.

TRAYECTORIAS EN EL ENVEJECIMIENTO HUMANO DETERMINANTES DE UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

Algunos autores hipotetizan que, si bien la salud subjetiva declina con la edad y de manera más importante o aceleradamente a partir de los 75 años, hay múltiples trayectorias distintas de salud autopercebida. Hay muchas variables fisiológicas que condicionan pérdidas relacionadas con el envejecimiento^{13,14}. El envejecimiento satisfactorio sugeriría que la salud autopercebida es buena y está caracterizado por solamente un pequeño decremento, si existe, y concentrado hacia los 80 años o principio de los 90. Por el contrario, el envejecimiento usual implica una disminución de la salud percibida que es congruente con un empeoramiento del estado de salud a los 70. Finalmente un inicio de la aceleración de la percepción de mala salud hacia la mitad de la sexta década de la vida significaría un envejecimiento patológico¹⁵. Estas teorías no son estancas y pueden surgir otros modelos de envejecimiento que combinen o flexibilicen cada una de estas definiciones. Además una persona que tenga una mala percepción de salud en un determinado momento de su vida puede modificar esta percepción si mejoran las situaciones determinantes de la misma. Datos de un estudio que aporta información longitudinal de una cohorte de 2.200 personas de 60 y más años en Japón, con información obtenida en 5 oleadas entre el 1987 y 1999, clasifican a las personas estudiadas en 4 grupos: buena salud constante (41%), inicio del declinar temprano (21%), inicio del declinar tardío (10%) y recuperación desde una salud autopercebida mala (10%). Tomado el grupo en su conjunto parece que entre los 85 y los 95 años mejora ligeramente. La trayectoria de estado de salud constante es similar a la definición de envejecimiento satisfactorio definido por Rowe & Khan¹². Otra enseñanza de este estudio es que las personas con una trayectoria de buena salud constante no tienen obligatoriamente, antes de los 80 años, una valoración de salud autopercebida mejor que los otros siendo la principal característica de esta trayectoria que la buena salud autopecebida se mantiene hasta el principio de los 90.

La literatura existente que explora las diferentes trayectorias del envejecimiento se basa en el análisis del estado de salud en un momento de la vida o a lo



sumo en 2 de ellos. Hay poco conocimiento sobre qué impacto tienen los factores de riesgo en estas trayectorias. A pesar de ello, de la literatura existente podemos deducir algunas hipótesis. Los factores de riesgo importantes para diferenciar las diferentes trayectorias de salud subjetiva incluyen el estado socioeconómico, las redes sociales y el estado basal de salud.

Las diferencias socioeconómicas influyen en la salud hasta edades avanzadas¹⁶. Según la teoría de la ventaja acumulativa, las personas con un estatus socioeconómico mejor tienen mayor probabilidad de tener una mejor salud percibida en edades avanzadas. Mientras que aquellos con peor estatus socioeconómico tienen más tendencia a tener una mala salud percibida¹⁷. La calidad y cantidad de las relaciones sociales han sido ampliamente reconocidas como factores de riesgo de mayor mortalidad y morbilidad. A la inversa una mala salud también puede influenciar una peor red de contactos sociales. Los datos del estudio longitudinal realizado en Japón, confirman la importancia del estado socioeconómico y de las relaciones sociales en el mantenimiento de una autopercepción de buena salud. No sólo esto, sino que las personas con un nivel socioeconómico alto tienen un menor riesgo de mortalidad. Así las personas con mayores niveles de educación, los casados, y los que tenían trabajo al inicio del estudio tenían menor mortalidad y seguían trayectorias de declinar tardío de la buena salud. En este mismo estudio se encuentra una fuerte evidencia de que un estado de salud malo al inicio predispone a una mortalidad precoz. Las personas que murieron antes en el estudio o las que siguieron una trayectoria de recuperación desde una posición de mala salud percibida tenían un mayor número de enfermedades crónicas, más síntomas depresivos, mayor deterioro cognitivo y mayor discapacidad¹⁷.

Otro estudio realizado en Finlandia analiza de manera longitudinal los predictores del declinar de la autopercepción de salud en las personas mayores en un seguimiento de 5 años. El estudio comprendió todas las personas con 75 años de una ciudad de Finlandia (n=382). Una quinta parte experimentaron un deterioro de la salud autopercebida y otra quinta parte experimentaron una mejora en el seguimiento a 5 años. El resto manifestaron la misma autopercepción de salud a pesar del paso de los años. Una disminución en la buena percepción de salud se correlacionó con una disminución en la capacidad cognitiva y de la actividad física. En este mismo estudio, cuando se preguntó directamente por cambios en su salud, la mitad de los participantes dijeron que su salud había empeorado. Una disminución en la puntuación a la pregunta sobre el estado de salud se correlacionó con un incremento en las condiciones crónicas de salud, un deterioro en la actividad física y en la “performance” funcional¹⁸.

DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA EN LAS PERSONAS MAYORES

La OMS en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Enfermedades propone un modelo global para la discapacidad. Según éste, en un dominio o actividad concreta, el funcionamiento expresa una relación compleja



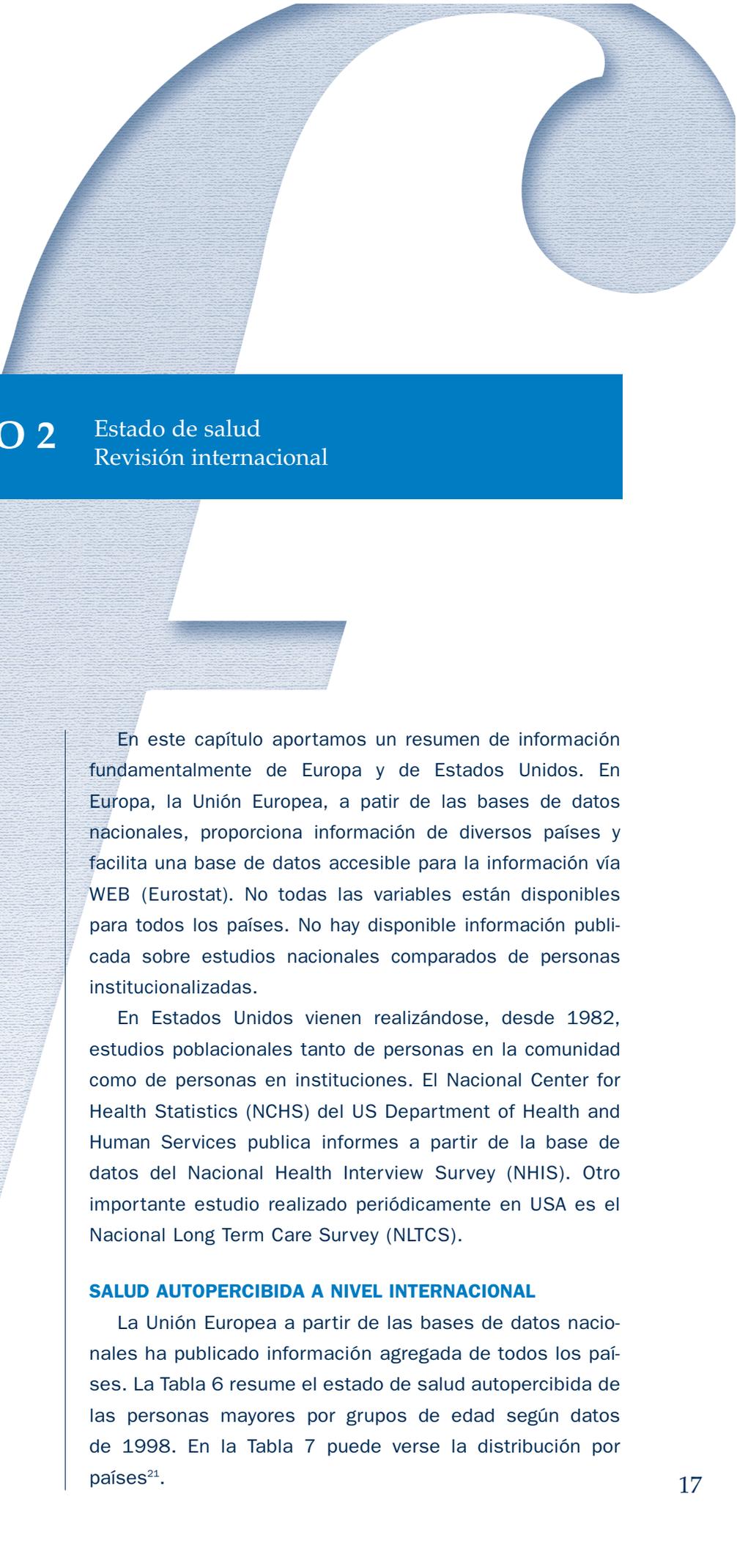
entre la condición de salud y los factores contextuales. Éstos a su vez tienen que ver con los factores personales y los ambientales¹⁹. En las personas mayores la discapacidad aparece como consecuencia de distintas situaciones entre las que se encuentran los propios cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y en algunos casos enfermedades o situaciones agudas que generan discapacidad de manera brusca. Según los trabajos de Ferrucci et al., en aproximadamente la mitad de las personas con discapacidad, ésta aparece de manera progresiva mientras que, en el resto, aparece de manera catastrófica como consecuencia de un proceso agudo, médico o traumático. La tasa de discapacidad se incrementa en ambos modelos conforme aumenta la edad aunque la discapacidad progresiva es más importante conforme avanza la edad doblando a los 90 años a la de aparición catastrófica²⁰ (Tabla 5).

Tasas de incidencia de aparición de discapacidad catastrófica o progresiva.

Edad	Discapacidad de aparición progresiva. Por 1.000/personas/año.	Discapacidad de aparición catastrófica. Por 1.000/personas/año.
Total población	11,3	12,1
69-74	3,0	4,9
75-79	5,6	9,3
80-84	13,9	16,9
85-89	29,2	24,9
90 y más	65,0	38,5

Fuente: Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E et al. 1996; The Journals of Gerontology: 51A., 3, Health module. pg. M123.

Tabla 5



CAPÍTULO 2

Estado de salud Revisión internacional

En este capítulo aportamos un resumen de información fundamentalmente de Europa y de Estados Unidos. En Europa, la Unión Europea, a partir de las bases de datos nacionales, proporciona información de diversos países y facilita una base de datos accesible para la información vía WEB (Eurostat). No todas las variables están disponibles para todos los países. No hay disponible información publicada sobre estudios nacionales comparados de personas institucionalizadas.

En Estados Unidos vienen realizándose, desde 1982, estudios poblacionales tanto de personas en la comunidad como de personas en instituciones. El National Center for Health Statistics (NCHS) del US Department of Health and Human Services publica informes a partir de la base de datos del National Health Interview Survey (NHIS). Otro importante estudio realizado periódicamente en USA es el National Long Term Care Survey (NLTCs).

SALUD AUTOPERCIBIDA A NIVEL INTERNACIONAL

La Unión Europea a partir de las bases de datos nacionales ha publicado información agregada de todos los países. La Tabla 6 resume el estado de salud autopercebida de las personas mayores por grupos de edad según datos de 1998. En la Tabla 7 puede verse la distribución por países²¹.

Estado de salud autopercebida en personas mayores en la Unión Europea.

	Muy Buena %	Buena %	Suficientemente buena %	Mala %	Muy mala %
65-74 años	5,8	29,3	41,5	17,9	5,5
75-84 años	4,3	22,7	41,5	22,0	9,6
85 y más años	4,2	19,5	39,2	23,8	14,0

Fuente: Eurostat. 1998.

Tabla 6

Estado de salud autopercebida por edad y país.

	Muy Buena %	Buena %	Suficientemente buena %	Mala %	Muy mala %
Bélgica					
Total	9,9	48,2	33,4	7,4	1,0
65 - 74	6,4	40,2	42,5	10,5	0,6
75 - 84	6,3	37,5	37,5	17,9	0,7
85 y más	24,9	52,3	18,9	3,4	0,4
Rep. Checa					
Total	18,2	43,5	28,6	8,3	1,4
65 - 74	2,0	30,0	51,4	13,8	2,8
75 - 84	1,5	18,7	44,8	27,6	7,5
85 y más	3,0	12,1	42,4	30,3	12,1
Dinamarca					
Total	35,3	42,6	16,0	4,5	1,6
65 - 74	22,9	42,5	23,9	7,8	2,9
75 - 84	17,5	36,2	31,4	11,6	3,4
85 y más	14,0	41,5	31,0	9,0	4,5
Alemania					
Total	20,3	61,8	16,1	1,9	-
65 - 74	6,6	60,5	29,8	3,1	-
75 - 84	6,1	58,1	29,0	6,9	-
85 y más	-	-	-	-	-
Estonia					
Total	8,4	33,5	47,4	9,4	1,4
65 - 74	1,6	12,7	56,9	23,7	5,1
75 - 84	1,5	10,4	52,4	27,1	8,6
85 y más	-	-	-	-	-
Grecia					
Total	45,7	27,1	17,9	7,2	2,1
65 - 74	6,4	33,1	40,4	15,4	4,7
75 - 84	2,5	18,9	45,4	27,7	5,6
85 y más	2,7	14,4	42,0	31,4	9,6
España					
Total	11,4	56,9	23,0	6,6	2,2
65 - 74	4,0	37,5	40,8	13,7	3,9
75 - 84	2,6	31,3	41,8	17,9	6,4
85 y más	4,1	27,7	36,9	22,3	9,0

Tabla 7



	Muy Buena %	Buena %	Suficientemente buena %	Mala %	Muy mala %
Francia					
Total	23,8	45,8	14,1	13,7	2,5
65 - 74	7,6	35,6	20,8	31,3	4,7
75 - 84	5,5	31,3	19,4	35,5	8,2
85 y más	3,4	28,2	13,8	42,1	12,5
Irlanda					
Total	54,5	32,6	11,0	1,9	-
65 - 74	32,3	39,6	23,0	5,2	-
75 - 84	25,6	36,8	31,5	6,1	-
85 y más	24,1	29,8	38,8	7,3	-
Italia					
Total	18,9	42,1	31,7	6,0	1,3
65 - 74	4,1	23,5	56,3	13,5	2,5
75 - 84	1,9	15,3	54,4	23,5	5,0
85 y más	1,2	11,5	49,7	28,4	9,2
Chipre					
Total	44,8	36,0	14,0	3,6	1,6
65 - 74	10,2	44,1	33,7	10,8	1,3
75 - 84	2,4	27,4	49,7	18,5	2,0
85 y más	6,2	28,0	55,4	10,5	-
Letonia					
Total	3,9	32,8	49,1	11,3	2,8
65 - 74	1,1	9,9	50,4	28,7	9,9
75 - 84	-	-	-	-	-
85 y más	-	-	-	-	-
Lituania					
Total	23,5	22,6	45,1	5,2	3,6
65 - 74	-	-	-	-	-
75 - 84	-	-	-	-	-
85 y más	-	-	-	-	-
Hungría					
Total	10,1	35,0	36,8	14,6	3,5
65 - 74	2,3	12,9	49,4	26,9	8,5
75 - 84	1,0	9,2	51,0	30,6	8,2
85 y más	-	12,3	58,2	25,4	4,0
Malta					
Total	17,1	52,0	27,3	2,8	0,7
65 - 74	5,2	40,9	48,1	4,2	1,5
75 - 84	3,1	27,7	57,4	10,3	1,5
85 y más	7,0	23,3	51,2	9,3	9,3
Holanda					
Total	21,7	56,0	17,9	3,9	0,5
65 - 74	13,6	48,5	31,2	5,6	1,1
75 - 84	8,1	42,6	38,5	9,2	1,6
85 y más	5,9	45,0	42,2	6,2	0,7

Tabla 7 (Cont.)



	Muy Buena %	Buena %	Suficientemente buena %	Mala %	Muy mala %
Austria					
Total	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2
65 - 74	13,9	38,1	36,6	9,2	2,2
75 - 84	10,2	33,0	38,2	14,8	3,8
85 y más	12,5	25,5	34,1	18,4	9,5
Polonia					
Total	8,5	35,4	34,4	17,7	4,1
65 - 74	1,6	7,6	38,5	39,9	12,5
75 - 84	2,0	7,6	33,0	42,2	15,2
85 y más	1,7	7,1	33,6	40,2	17,4
Portugal					
Total	2,4	25,8	43,3	22,5	6,0
65 - 74	0,8	10,5	43,7	35,7	9,4
75 - 84	0,7	9,2	41,6	36,7	11,8
85 y más	0,9	6,0	41,3	38,8	13,0
Eslovenia					
Total	8,2	18,4	60,6	11,1	1,6
65 - 74	2,3	9,9	58,0	28,2	1,5
75 - 84	-	-	54,4	36,8	8,8
85 y más	-	9,1	54,5	36,4	-
Eslovaquia					
Total	35,0	32,7	21,6	7,0	3,8
65 - 74	25,0	37,5	12,5	12,5	12,5
75 - 84	-	-	-	-	-
85 y más	-	-	-	-	-
Finlandia					
Total	26,3	32,6	30,1	9,1	2,0
65 - 74	15,3	36,0	36,9	9,7	2,2
75 - 84	6,4	28,8	42,0	18,6	4,3
85 y más	-	-	-	-	-
Suecia					
Total	37,8	36,4	19,1	5,0	1,8
65 - 74	25,0	40,4	27,0	5,9	1,7
75 - 84	15,7	33,5	35,4	10,6	4,8
85 y más	11,3	27,3	39,5	14,0	7,9
Gran Bretaña					
Total	38,0	40,1	16,1	4,5	1,3
65 - 74	20,9	41,0	25,5	9,5	3,0
75 - 84	17,0	31,7	36,4	11,2	3,8
85 y más	-	-	-	-	-
Bulgaria					
Total	10,9	44,2	31,2	11,0	2,7
65 - 74	1,4	22,5	46,3	23,6	6,2
75 - 84	1,0	17,8	42,6	28,9	9,7
85 y más	-	11,4	40,8	36,3	11,6



	Muy Buena %	Buena %	Suficientemente buena %	Mala %	Muy mala %
Rumania					
Total	26,5	40,6	22,5	8,0	2,4
65 - 74	2,1	25,9	46,9	19,2	5,9
75 - 84	1,1	11,5	49,0	28,5	10,0
85 y más	0,7	5,4	43,3	30,3	20,4
Islandia					
Total	31,6	48,3	16,3	3,9	-
65 - 74	9,4	37,7	44,6	8,3	-
75 - 84	-	-	-	-	-
85 y más	-	-	-	-	-
Noruega					
Total	32,7	47,2	13,6	5,4	1,1
65 - 74	25,0	45,2	21,3	7,1	1,4
75 - 84	14,7	41,8	24,0	13,0	6,5
85 y más	11,6	44,8	25,0	15,1	3,5
Suiza					
Total	23,5	62,3	10,7	3,0	0,4
65 - 74	17,6	60,2	16,9	4,6	0,7
75 - 84	12,4	57,5	22,0	7,0	1,0
85 y más	8,5	50,7	31,2	8,7	0,8

Fuente: Base de datos Eurostat.

Tabla 7 (Cont.)

Dadas las diferentes metodologías empleadas, los resultados entre países, en ocasiones, tienen dificultades de comparabilidad. Por ello es interesante la iniciativa del estudio SHARE. La utilización de la misma metodología ha permitido homogeneizar la información recogida y mejorar la fiabilidad de los datos obtenidos. Según los primeros datos ofrecidos por este grupo, el 39,5% de los hombres y el 47,5% de las mujeres tenían una salud autopercebida menor que buena y el 10% mala o muy mala⁶.

En Estados Unidos los resultados publicados por el NCHS utilizando la base de datos del Nacional Health Interview Survey (NHIS) ha encontrado que un 26% de las personas encuestadas manifestaron tener una salud regular o mala (fair or poor). Este porcentaje se incrementa conforme avanza la edad: 22,9% entre los de 65 a 74, 28,5% entre los de 75 a 84 y 33,6% entre los de 85 y más años (Tabla 8). Como puede observarse en la tabla las personas con nivel socioeconómico más bajo tienen más probabilidades de tener un regular o mal estado de salud. Por otra parte, los nunca casados mayores de 85 años tienen, según este estudio menores posibilidades de tener un estado de salud regular o malo⁷.

La prevalencia de un estado de salud regular o pobre (fair or poor), se incrementa conforme avanza la edad⁴.

Salud autopercebida en adultos americanos por grupos de edad. 2000-2003.

Características	Salud percibida regular o mala (%)		
	65-74 años	75-84 años	85 y más años
Nº	17.876	12.075	3.268
Hombres	23,5	29,0	35,9
Mujeres	22,5	28,2	32,4
Nivel socioeconómico: Pobre*	41,7	43	44,2
Nivel socioeconómico: Casi pobre*	33,9	33,8	33,8
Nivel socioeconómico: No pobre*	16,9	22,2	31,4
Estado civil: Casado	21,6	28,2	35,8
Estado civil: Viudo, divorciado, separado	25,5	29,1	33,3
Estado civil: No casado	23,7	27,2	22,6

Fuente: Schoenborn CA, Vickerie JL, Powell-Griner E. Health Characteristics of Adults 55 Years of Age and Over: United States, 2000-2003.

*Estado de pobreza basado en los niveles definidos por el U.S Census Bureau's Poverty Thresholds. Pobre: por debajo del umbral de pobreza; Casi pobre entre el 100% y el 200% del umbral de pobreza; No pobre: igual o por encima del 200% del umbral de pobreza.

Tabla 8

CARGA DE ENFERMEDAD, MORBILIDAD

Según los datos del estudio SHARE en 10 países Europeos, el 40% de los mayores de 50 años manifiesta tener alguna limitación en la actividad y alrededor del 50% manifiesta tener algún problema de salud de larga duración. Más de dos tercios manifestaron que en algún momento les había diagnosticado alguna enfermedad crónica y alrededor del 40% manifiesta haber sido diagnosticado de 2 ó más enfermedades crónicas (43,9% entre los 60 y 69 años, 58,8% entre 70 y 79 y 64,6% entre 80 y 89 años). Las enfermedades crónicas más frecuentemente citadas fueron la artrosis, diabetes y las enfermedades cardíacas, así como el colesterol y la hipertensión (Tabla 9)⁶.

Enfermedades más prevalentes por grupos de edad. Estudio SHARE.

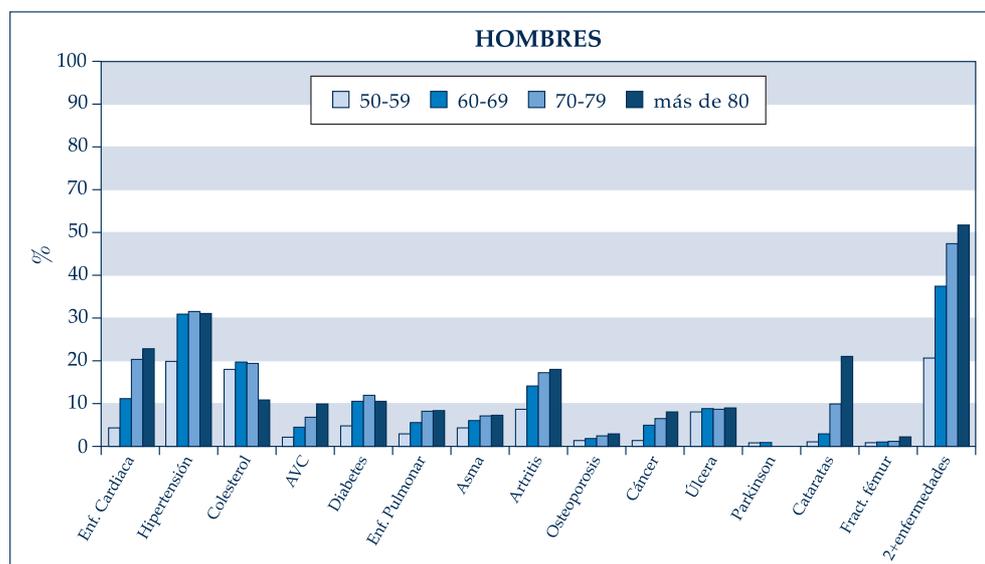


Tabla 9

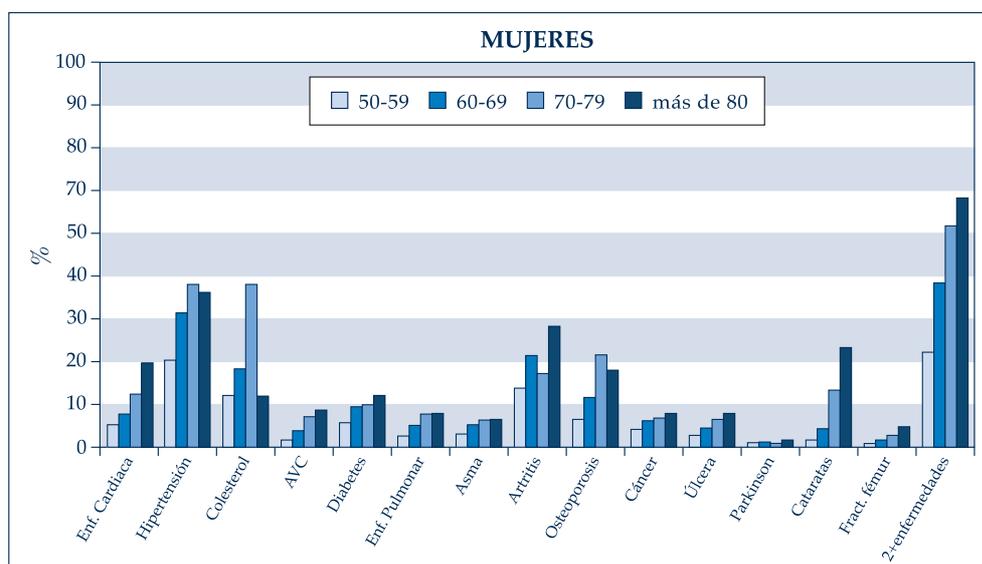


Tabla 9 (Cont.)

En Estados Unidos la prevalencia de hipertensión, enfermedad cardíaca, déficit auditivo, déficit visual o ausencia de toda la dentadura natural se incrementa conforme avanza la edad. La única excepción a este comportamiento es la diabetes que es menor en los adultos de 85 años y más (11%) y entre los adultos entre 55 y 64 años (12,6%) y más alto entre los de 65-74 (17,0%) (Tabla 10)⁷.

Condiciones de salud en adultos de Estados Unidos por grupos de edad. 2000-2003.

Condiciones de salud	Grupos de edad					
	65-74 años		75-84 años		85 y más años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
N	8.116	9.769	4.905	7.170	1.126	2.142
Hipertensión	46,7%	48,9%	48,1%	56,6%	40,3%	56,0%
Enfermedad cardíaca	31,7%	22,5%	42,9%	30,6%	40,3%	37,5%
Diabetes	19,4%	15,1%	17,4%	14,2%	11,8%	10,6%
Déficit auditivo	40,9%	23,5%	54,9%	36,4%	63,0%	55,4%
Déficit visual	12,9%	14,6%	17,9%	20,0%	29,3%	30,8%
Pérdida de todos los dientes	23,7%	24,1%	27,6%	30,9%	37,4%	41,7%

Fuente: Schoenborn CA, Vickerie JL, Powell-Griner E. Health Characteristics of Adults 55 Years of Age and Over: United States, 2000-2003.

Tabla 10

HÁBITOS DE SALUD

Según fuentes del Eurobarómetro, el 34,4% de los mayores de 55 años en la Unión Europea declaran que hacen ejercicio físico al menos 2 veces por semana¹. Este porcentaje desciende progresivamente conforme avanza la edad siendo para el grupo de 15-24 años del 58,5%. Sobre una lista sugerida de 17 actividades, las personas mayores de 55 años prefieren principalmente andar (40%), realizar trabajos en el jardín (27%), ir en bicicleta (14%) o practicar natación (7%)¹.

En cuanto al tabaquismo el 25% de los hombres y el 10% de las mujeres en el conjunto de la Unión Europea declaran ser fumadores¹.

DISCAPACIDAD

Según los datos de Eurostat el porcentaje de personas con afectación en sus actividades habituales por un problema de salud física o mental, una enfermedad o una incapacidad, se incrementa conforme avanza la edad. El 44,1% del grupo de 65 a 70 años y el 67,9% del grupo de más de 85 años tienen dificultades para la realización de actividades habituales (Tabla 11).

Porcentaje de personas con dificultades para las actividades habituales por grupos de edad.

	Dificultades Graves	Dificultades Moderadas	Total
65-74 años	17,6	26,5	44,1
75-84 años	28,5	29,0	57,5
85 y más años	39,1	28,8	67,9

Tabla 11 Fuente: Eurostat.

En USA, con datos del NLTCs del 1994 y utilizando los criterios de Manton, el 88,5% de las personas entre 65 y 74 años, no tiene ninguna discapacidad, el 3,1% tiene discapacidad para actividades instrumentales y el 8,4% tiene discapacidad para actividades básicas o estaba ingresado (Tabla 12).

Porcentaje de personas con dificultades para las actividades habituales por grupos de edad. USA, NLTCs 1994.

	Discapacidad para básicas*	Discapacidad para instrumentales	Sin discapacidad
65-74 años	8,4	3,1	88,5
75-84 años	21,4	5,5	73,1
85 y más años	52,7	7,2	40,2

Fuente: Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. Proc Natl Acad Sci USA; 1997; 90,6: 2593-2598.

Tabla 12 *Incluye los ingresados en residencias.

La población de personas mayores actual está mejor de salud y tiene menores tasas de discapacidad que la de hace unos años. Esta afirmación, aunque arriesgada, ha podido ser verificada al menos para algún país. En USA Manton KG, ha analizado los resultados de varias encuestas nacionales repetidas entre el 1982 y el 1994 (National Long Term Care Survey). Según este estudio la prevalencia estimada de la discapacidad en 1994 (21,3%) era 3,6% menor que en 1982. De este porcentaje el 1,7% ocurrió entre 1989 y 1994²².

CAPÍTULO 3

Estudio sobre evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes

METODOLOGÍA

La fuente principal de información de esta investigación consiste en los ficheros de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), que el Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo en los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003. Por último, se emplean datos de la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte y las cifras oficiales de población que corresponden al período de 1987-2001, las estimaciones intercensales de población entre 1993-2003 y las proyecciones demográficas que cubren el período hasta 2015, del INE.

En la investigación se analiza una selección de las principales variables de los ficheros de la ENS, más otras variables que se han construido específicamente y que se detallan en los apartados correspondientes. Las variables de la ENS que corresponden a las siguientes materias relacionadas con el estado de salud, los comportamientos de vida y los factores socioeconómicos:

- **MORBILIDAD PERCIBIDA:** Valoración del estado de salud. Enfermedades crónicas. Limitación de actividad por dolencias agudas o crónicas. Accidentes. Capacidad para la realización de actividades cotidianas (65 y más años).
- **UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y ACTIVIDADES PREVENTIVAS:** Consulta médica. Hospitalización. Urgencias. Consulta al dentista. Consumo de medicamentos.



- HÁBITOS DE VIDA: Consumo de tabaco. Consumo de alcohol. Ejercicio físico. Horas de sueño.
- CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS: Estructura familiar. Edad y género. Estado civil. Nivel de estudios. Ocupación. Situación laboral. Nivel de ingresos.

En la primera fase de la investigación se examina cómo envejece la población española y, en particular, si las generaciones posteriores envejecen más saludablemente que las predecesoras. Para ello se realizan comparaciones de corte transversal de la prevalencia de las variables de morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios y actividades preventivas, hábitos de salud, así como de los años de esperanza de vida en salud para los años 1987, 1993, 1995, 1997, 1999, 2001 y 2003 por sexo y grupos de edad quinquenales desde los 50 años hasta los 85 y más años. También se comparan las tasas de mortalidad por edades en el período 1987 y 2003 para la población de más de 50 años. Este tipo de análisis permite identificar los patrones de evolución que se han mantenido estables a lo largo de las distintas encuestas, separando aquellos cambios que pueden producirse entre 1987 y 2003 como consecuencia de la selección de los cortes temporales.

A continuación, se emplean modelos de regresión logística múltiple con el objetivo de testar diferencias en las Odds Ratios para las condiciones de salud entre 1987 y 2001 controlando la edad, el sexo, el nivel de educación y los ingresos familiares, simultáneamente. El análisis multivariante de la prevalencia de las condiciones de salud adopta un enfoque “cohorte de nacimiento” y de “grupo de edad” que permite analizar el proceso del envejecimiento de la población española en los últimos años, examinando, por un lado, los cambios que se producen en las cohortes o generaciones por efecto del envejecimiento; y, por otro lado, los cambios que se producen en la manera de envejecer entre las cohortes o generaciones sucesivas, como consecuencia de las condiciones ambientales de cada período de tiempo.

El análisis que se realiza en esta primera fase de la investigación se corresponde con un estudio secuencial de corte transversal que sigue la pista a una misma cohorte de nacimiento durante un período de tiempo a través de diferentes muestras representativas (un estudio longitudinal, por contraste, seguiría a los mismos individuos). En este tipo de estudios, los intervalos entre los puntos en el tiempo determinan los años que definen los grupos de edad y las correspondientes cohortes de nacimiento. En función de la disponibilidad de información se han realizado diferentes propuestas de cohortes a fin de poder aprovechar al máximo el espacio temporal cubierto por las ENS. Finalmente se ha optado por establecer cohortes de nacimiento que determinarán grupos coherentes de edad en el año 2003 y que permitieran su evolución a lo largo de la encuesta de 1987, 1993, 1997 y 2003. Las cohortes de nacimiento son 1913-1920, 1921-1928, 1929-1936, 1937-1943, 1944-1951. Sería deseable



disponer de un intervalo de tiempo intermedio y de una serie temporal más larga, pero la limitación actual de los datos de la ENS no lo permite.

Además, la selección de la muestra de la ENS cuenta con dos tipos de limitaciones que deben tenerse en cuenta en la discusión de los resultados de la investigación, puesto que ambas excluyen a los miembros de cada cohorte de nacimiento que tienen una mayor probabilidad de tener malas condiciones de salud. Por un lado, la selección de la muestra excluye a las personas que están institucionalizadas. En consecuencia, la prevalencia de las enfermedades crónicas y de la discapacidad tiende a estar subestimada y con sesgos en la población de 80 y más años, pues presentan mayor tasa de ingreso que en el resto de edades. Sin embargo, en España no se dispone de ninguna encuesta representativa que permita solucionar esta cuestión. Por otro lado, como la ENS es una encuesta de corte transversal, la mortalidad reduce a los miembros de cada cohorte, de modo que a lo largo del tiempo sobreviven los que tienen mejor estado de salud.

En la segunda fase de la investigación se examina cuáles son los determinantes del estado de salud autopercebido de la población española y, en particular, si las valoraciones más positivas y negativas están asociadas con diferentes determinantes. Para ello se comparan los individuos que han respondido, por un lado, “muy bueno” y “bueno”, y, por otro lado, “malo” y “muy malo”, con aquellos que han respondido “regular” que es el punto medio que se considera en la escala de respuestas a la pregunta “¿diría que su estado de salud ha sido...?”, en la ENS-2003. Las estimaciones de la prevalencia se calculan según los grupos de edad, el sexo, el nivel de educación, los ingresos familiares, y el resto de variables que se incluyen en la ENS-2003. La asociación de cada una de estas variables con el buen/mal o regular estado de salud percibida se examina mediante chi cuadrado. Además, para estimar el efecto independiente de cada una de estas variables se obtienen las correspondientes Odds Ratios (OR) ajustadas mediante modelos de regresión logística múltiple. Las variables se introducen en el modelo multivariable en función de su mayor significación estadística en el análisis univariante. Si al introducir una variable se observa que su OR no es significativo ($p < 0,05$) se extrae del modelo. Las únicas variables cuya presencia se fuerza en el modelo, independientemente de su significación, son la edad y el sexo. Finalmente, se comparan los factores asociados con un “buen estado de salud” y un “regular o mal estado de salud”. Este proceso se repite con los datos correspondientes al resto de años disponibles y se comparan los resultados obtenidos a fin de examinar los cambios en el modelo.

En las regresiones logísticas, la edad se contempla como una variable continua. El análisis se realiza sobre los datos no ponderados de la muestra. Los errores estándares de la prevalencia y los coeficientes de la regresión logística se estiman con SPSS v.11.5.

CAPÍTULO 4

La población de las personas mayores de 50 años en España

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

A lo largo del siglo XX, se ha producido en España un espectacular aumento, en términos absolutos y relativos, de la población de 65 y más años (ver Tabla 13). Así, la población de más edad ha pasado de representar, a principios del siglo XX, el 5,20% de la población total, al 17,04%, a principios del siglo XXI. Al mismo tiempo se ha producido un descenso, igualmente importante, del peso demográfico de la población más joven que, en el mismo período, ha pasado del 33,52% al 14,52% de la población total. La consecuencia de ambos fenómenos queda recogida en el índice de vejez de la población española. Éste ha aumentado su valor del 16% al 117%. De este modo, el peso de la población de 65 y más años ha superado al de la población de menos de 15 años por primera vez en la historia española.

La trascendencia de este hito en la pirámide de edades de la población española suele restar importancia a la revolución que se ha producido en las tasas de supervivencia de la población española durante el último siglo²³. Los aumentos en la esperanza de vida de la primera mitad del siglo XX han sido el resultado de las mejoras en la salud materno infantil y en las condiciones de vida que propiciaron un descenso de las tasas de mortalidad infantil. De este modo, durante las primeras décadas del siglo XX, las personas que cumplían 65 años eran una parte muy escasa de su generación.

Sin embargo, los nacidos a partir de mediados del siglo XX se convierten en las primeras generaciones que consiguen llegar a los 50 años con la mitad de sus efectivos vivos. Esta dinámica se extiende a partir de la década de los 60s y los 70s, con la mejora de las condiciones de vida de la sociedad española y con los avances en medicina y en salud pública. De este modo, empieza a generalizarse en España la supervivencia de las personas mayores de 65 años, lo que ha propiciado el aumento que ha experimentado al final del siglo XX la población de esta edad. En las décadas más recientes, esta dinámica ha continuado evolucionando con fuerza impulsando también el aumento de las tasas de supervivencia en las edades más avanzadas, por encima de los 75 y de los 85 años.

Estructura de la población española por grandes grupos de edad. Años 1900-2001.

Año	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	De 65 y más	Índice de vejez*
1900	33,52%	61,28%	5,20%	16
1910	33,97%	60,50%	5,53%	16
1920	32,33%	61,97%	5,71%	18
1930	31,67%	62,23%	6,10%	19
1940	29,95%	63,52%	6,53%	22
1950	26,23%	66,54%	7,23%	28
1960	27,40%	64,38%	8,22%	30
1970	27,79%	62,54%	9,67%	35
1981	25,70%	63,05%	11,24%	44
1991	19,44%	66,74%	13,82%	71
2001	14,52%	68,44%	17,04%	117

Fuente: Censo de Población 2001 (INE). Pérez J.(2000).

*Número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de menos de 15 años.

Tabla 13

ESPERANZA DE VIDA

La evolución favorable de las tasas de mortalidad desde la década de los 80s ha resultado en una dinámica de aumento de los años de esperanza de vida de la población española y en particular la que corresponde a la población de más edad.

En 1980 la esperanza de vida al nacimiento de hombres y de mujeres era de 72,52 años y 78,61 años, respectivamente. Dos décadas más tarde, ha aumentado hasta situarse en 75,25 y 82,16 años (ver Tabla 14). Estos datos ponen de manifiesto la mayor tasa de supervivencia de las mujeres que comporta que éstas vivan, en promedio, 6,91 años más que los hombres. Así mismo, también reflejan las ganancias conseguidas en años adicionales de vida como consecuencia de la reducción de la mortalidad, que en el caso de los hombres es de 2,73 años y en las mujeres de 3,55 años. La evolución de las esperanzas de vida de mujeres y de varones a partir de los 50 años, entre los años 1980 y 1998, se ha representado en el Gráfico 1. En éste se observa que las curvas que representan las esperanzas de vida se desplazan en el tiempo en forma ascendente en todas las edades por debajo de los 95 años, que es la última categoría considerada.



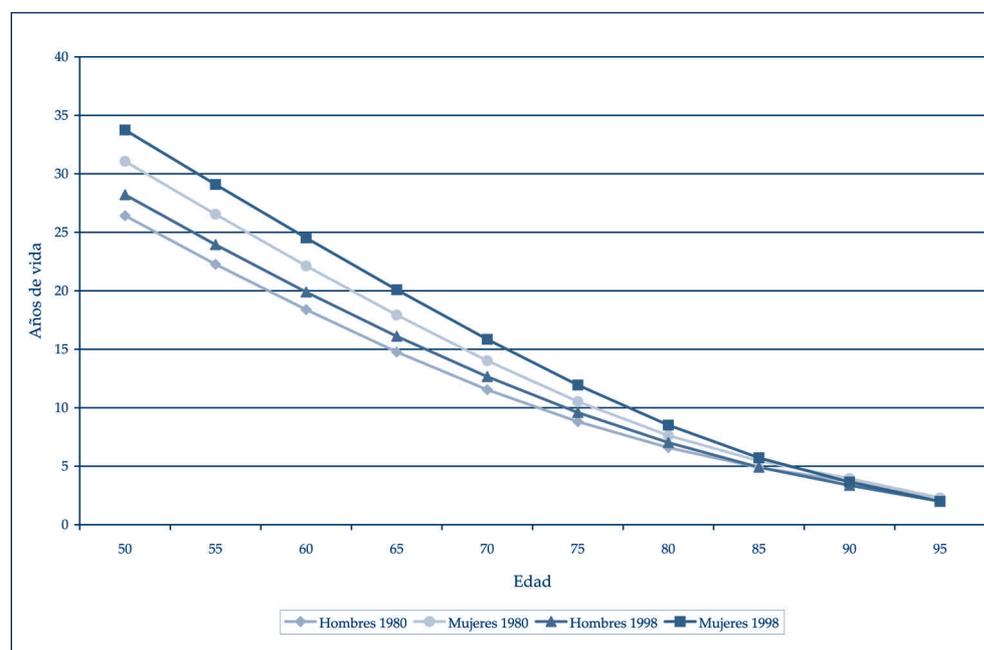
Esperanza de vida al nacimiento y a diferentes edades a partir de los 50 años por sexo. Años 1980-1998.

Edades	1980		1990		1998	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	72,52	78,61	73,40	80,49	75,25	82,16
50	26,42	31,07	27,32	32,55	28,21	33,75
55	22,26	26,54	23,15	27,96	23,95	29,09
60	18,39	22,13	19,20	23,49	19,89	24,52
65	14,77	17,93	15,53	19,17	16,11	20,09
70	11,54	14,02	12,21	15,07	12,66	15,85
75	8,81	10,53	9,29	11,35	9,59	11,94
80	6,59	7,63	6,89	8,18	7,02	8,52
85	4,89	5,46	4,97	5,71	4,91	5,72
90	3,70	3,95	3,47	3,85	3,36	3,65
95	2,29	2,30	2,00	2,14	1,99	1,99

Fuente: INE (2000).

Tabla 14

Esperanza de vida a partir de los 50 años por sexo. Años 1980-1998.



Fuente: INE (2000)

Gráfico 1

La trayectoria ascendente que presenta la esperanza de vida a lo largo de las últimas décadas, gracias al descenso de las tasas de mortalidad en las edades adultas, ha suscitado el interés por averiguar si la conquista de estos años de vida se realiza sin que esto ocasione una pérdida de calidad de vida. En este sentido se alerta que estos años pueden estar afectados por enfermedades y discapacidades, de modo que el indicador de la esperanza de vida pierde progresivamente interés como indicador de las condiciones de salud de las poblaciones.

En este contexto, se dispone de otros índices del estado de salud de la pobla-

ción, como la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) y la esperanza de vida en buena salud (EVBS) que permiten conjugar en una sola medida el incremento de los años de vida y las condiciones en que éstos se viven.

Para el cálculo de estos indicadores se precisa, aparte de datos de población y mortalidad, las tasas de prevalencia de la incapacidad o del buen estado de salud autopercebido. En el caso de discapacidad en España se dispone de dos grandes encuestas realizadas en 1986 y 1999 -actualmente el INE trabaja en el lanzamiento de una nueva encuesta-, pero estas operaciones han utilizado definiciones distintas de discapacidad lo que supone una importante limitación a la hora de evaluar tendencias. Por esta razón aquí sólo se presentan las estimaciones de EVLI de 1999. Respecto al caso de la autopercepción de buen estado de salud, la disponibilidad de información es más amplia, pues esta variable se ha incorporado tradicionalmente en las Encuestas Nacionales de Salud.

En la Tabla 15 se resumen los principales resultados de la EVBS y la EVLI para distintas edades que comprenden el nacimiento y los 15, 45 y 75 años. En general se aprecia que las mujeres presentan una mayor expectativa de años de vida en buena salud y libre de incapacidad que los hombres. No obstante, esta situación también se produce respecto a los años de vida en mala salud y con incapacidad. De este modo, la mayor expectativa de vida de las mujeres se traduce en más años de vida en mala salud y con incapacidad que los hombres.

Esperanza de salud al nacer y diversas edades. Años 1991-2001-1999.

	1991		2001		1999	
	EVBS	EVMS	EVBS	EVMS	EVLI	EVI
Hombres						
Al nacer	54,0	19,3	56,3	20,0	69,0	7,1
15 años	41,3	17,9	43,3	18,5	54,8	6,8
45 años	17,2	14,4	18,8	14,7	27,3	6,1
65 años	6,4	9,0	7,4	9,5	11,7	5,0
Mujeres						
Al nacer	53,3	27,2	53,9	29,1	72,4	10,4
15 años	40,2	26,1	40,9	27,6	58,1	10,2
45 años	17,1	20,2	17,2	22,0	29,4	9,6
65 años	7,1	12,1	6,6	14,2	12,6	8,1

Fuente: INE (2001) y MSC (2005).

EVBS: Esperanza de Vida en Buena Salud. EVMS: Esperanza de Vida en Mala Salud. EVLI: Esperanza de Vida Libre de Incapacidad. EVI: Esperanza de Vida con Incapacidad.

Tabla 15

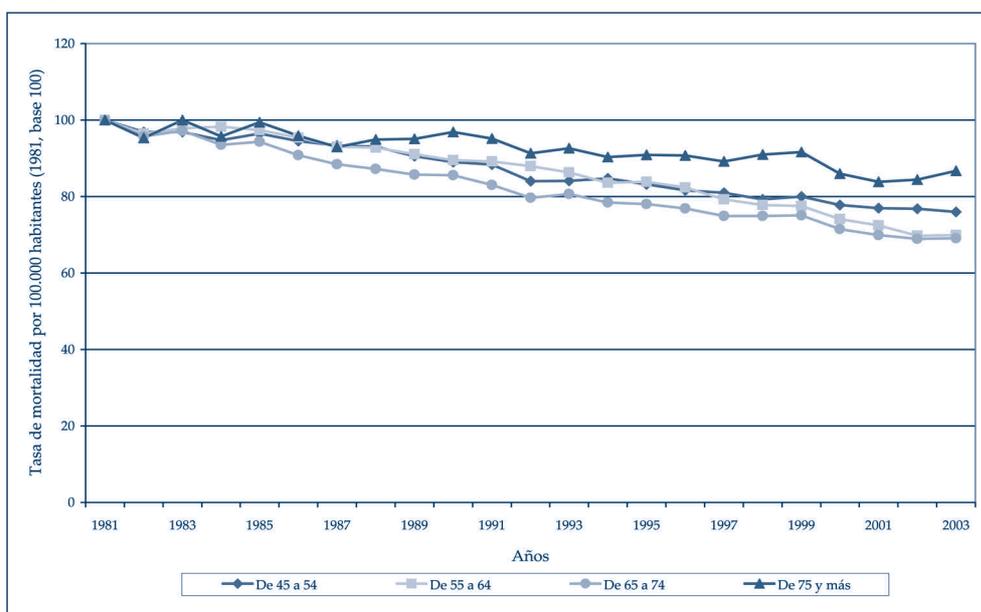
Respecto la EVBS se observa que entre 1991 y 2001 se ha producido un cierto aumento en los años de vida en buena salud para ambos sexos y en todas las edades, excepto en el caso de las mujeres de 65 años, que han reducido los años de vida en buena salud. Sin embargo, también se identifica un incremento de los años en mala salud, especialmente en el caso de las mujeres de 65 años.



LA MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DE 50 Y MÁS AÑOS

En el Gráfico 2 se ilustra la evolución de las tasas de mortalidad por grupos de edad de la población de 45 y más años desde el año 1981 hasta 2003. En los 4 grupos de edad considerados se observa una reducción progresiva de la tasa de mortalidad a lo largo de estos años. En los casos particulares de los grupos de 55-64 años y de 65-74 años se aprecia que este fenómeno se manifiesta con mayor intensidad. En ambos grupos la tasa de mortalidad se ha reducido en un 30%, aproximadamente, respecto al año 1981. En el caso de los mayores de 75 años esta tasa se ha reducido en un 13,3% en el mismo período (ver Tabla 16). Además se observa un comportamiento fluctuante que no se aprecia tanto en los otros grupos de edad.

Evolución de la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes.
Grupos de población de 45 y más años. (1981 año base =100). Años 1981-2003.



Fuente: MSC (2005)

Gráfico 2

El análisis por sexos revela que, por un lado, las tasas de mortalidad de las mujeres son más bajas que las de los hombres (ver Gráfico 3). En el grupo de edad de 75 y más años la diferencia es del 20% y en el resto de casos se encuentra entorno a la mitad. Por otro lado, la reducción de las tasas de mortalidad ha sido más intensa en las mujeres que en los hombres, especialmente en el grupo de 55 a 64 años y de 65 a 74 años. Así, mientras los hombres de estas edades han reducido la tasa de mortalidad en un 26,0% y en un 27,7%, las mujeres lo han hecho en un 40,6% y un 39,4%, respectivamente (ver Tabla 16). De modo que, durante estos años, las diferencias entre ambos sexos en relación a la tasa de mortalidad se han ampliado a favor de las mujeres.

Evolución de la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes.
 Grupos de población de 45 y más años por sexo. (1981 año base =100). Años 1981-2003.

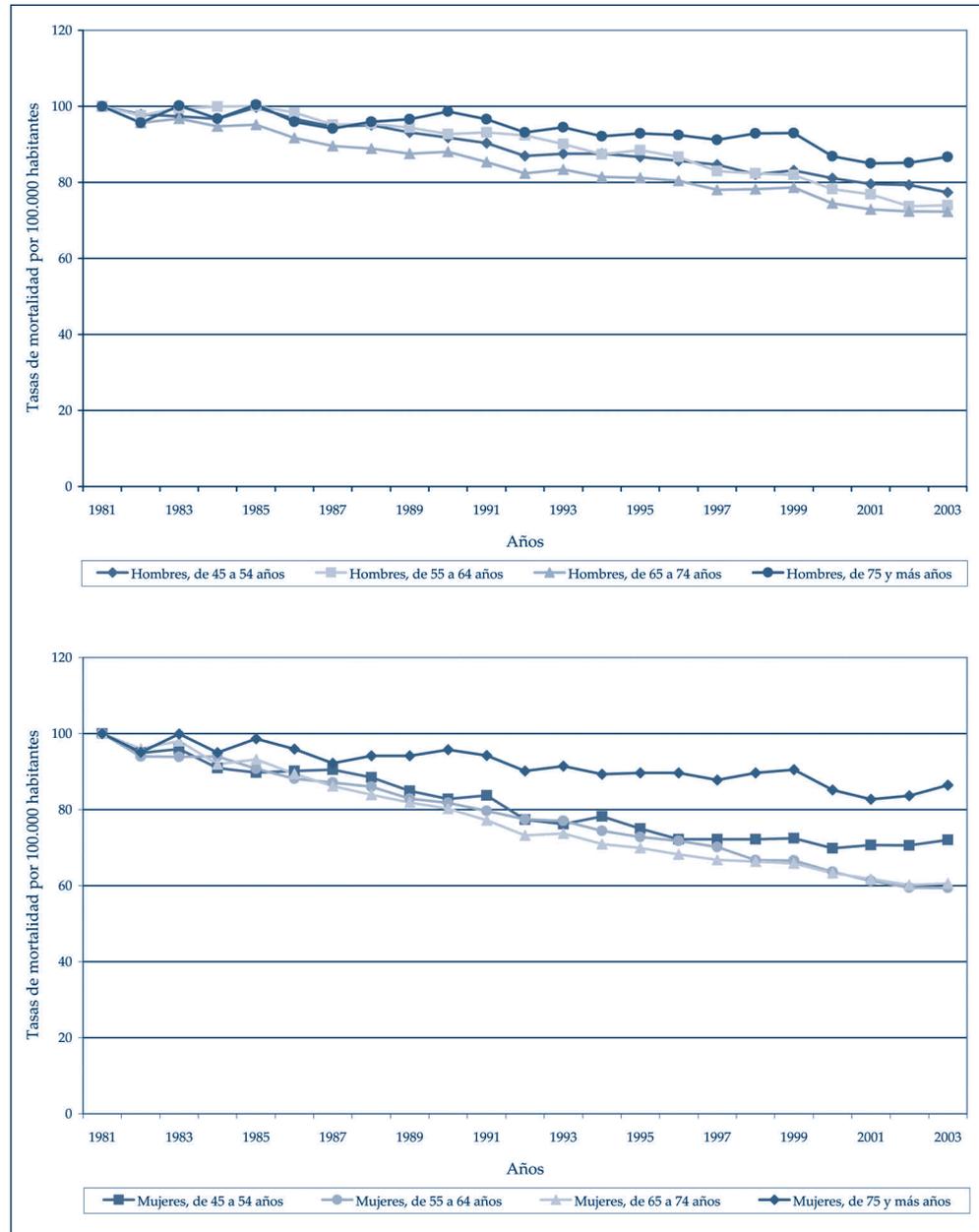


Gráfico 3 Fuente: MSC (2005)

LAS CAUSAS DE MUERTE

Las principales causas de defunción en los grupos de edad de más de 55 años se encuentran en las enfermedades relacionadas con el corazón y el resto del aparato circulatorio, así como en el cáncer (ver Tabla 17).

En el caso de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio se observa una reducción notable en las tasas de mortalidad entre los años 1980 y 2003 que se produce en todos los grupos de edad considerados y en ambos sexos. De modo que no sólo se ha retrasado la mortalidad por esta causa sino que se ha disminuido



Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes.
Grupos de edad de 45 y más años por sexo. Años 1981-1993-2003.

Hombres	1981	1993	2003	2003/1981
De 45 a 54	568,56	497,71	439,89	77,4%
De 55 a 64	1.360,19	1.225,31	1.006,08	74,0%
De 65 a 74	3.518,05	2.933,95	2.543,00	72,3%
De 75 y más	10.246,16	9.678,58	8.880,40	86,7%
Mujeres	1981	1993	2003	2003/1981
De 45 a 54	262,67	200,15	189,25	72,0%
De 55 a 64	635,09	489,45	377,54	59,4%
De 65 a 74	1.836,64	1.354,65	1.112,27	60,6%
De 75 y más	8.231,43	7.529,62	7.117,84	86,5%
Mujeres/Hombres	1981	1993	2003	
De 45 a 54	46,2%	40,2%	43,0%	
De 55 a 64	46,7%	39,9%	37,5%	
De 65 a 74	52,2%	46,2%	43,7%	
De 75 y más	80,3%	77,8%	80,2%	

Fuente: MSC (2005).

Tabla 16

Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes de las principales causas de muerte.
Grupos de edad de 55 y más años por sexo. Años 1981-1991-2003.

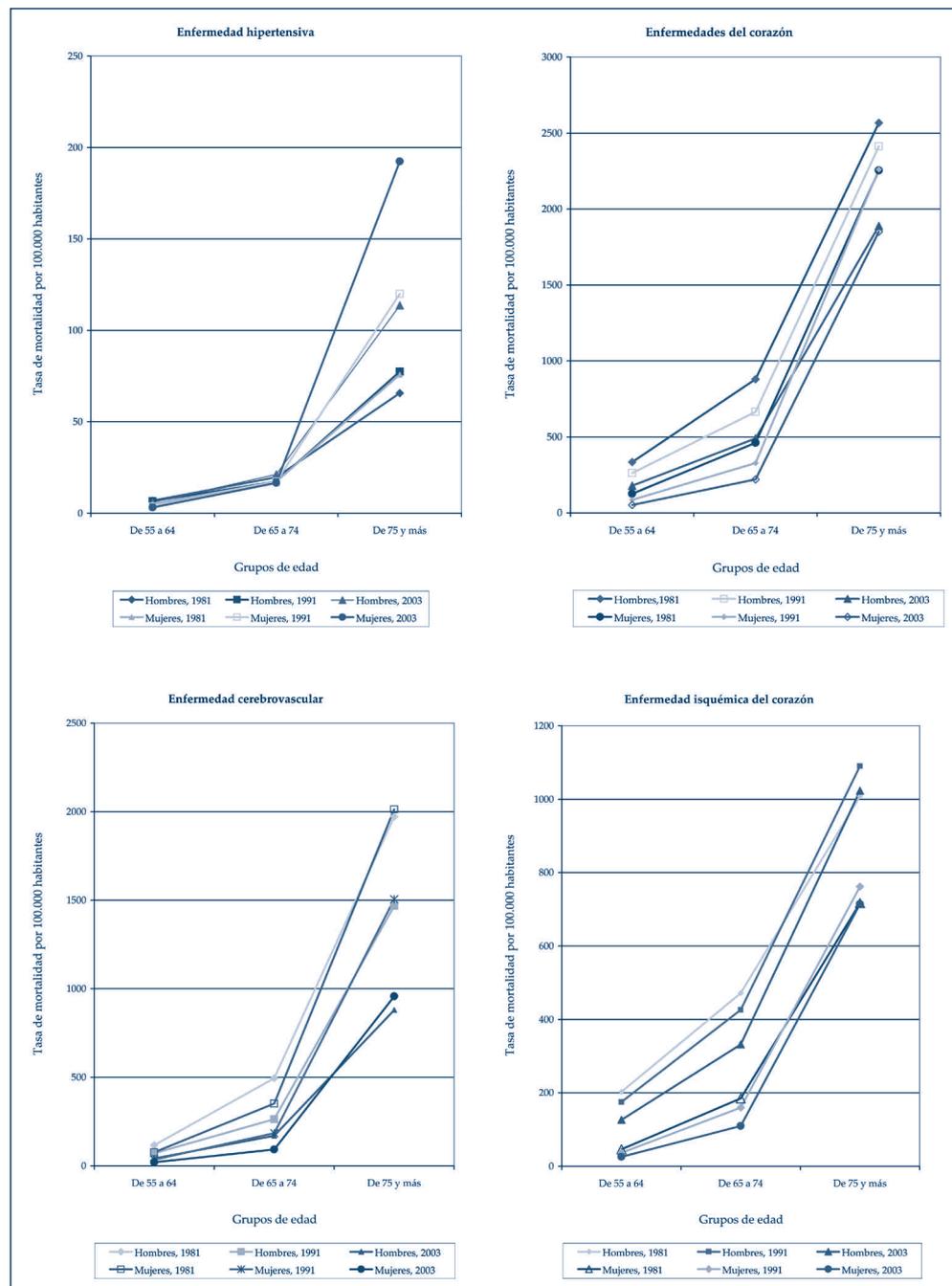
HOMBRES	1981	1991	2003	MUJERES	1981	1991	2003
Tumores malignos							
De 55 a 64	451,0	515,3	475,5	De 55 a 64	236,5	231,5	196,1
De 65 a 74	988,4	1.082,4	1.031,7	De 65 a 74	442,4	430,7	398,7
De 75 y más	1.698,9	1.991,7	2.105,2	De 75 y más	837,8	931,9	934,0
Trastornos mentales							
De 55 a 64	5,5	6,2	7,0	De 55 a 64	1,5	2,0	1,9
De 65 a 74	9,6	22,8	25,1	De 65 a 74	5,7	21,1	15,5
De 75 y más	26,9	207,2	282,9	De 75 y más	26,1	256,7	415,5
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos							
De 55 a 64	13,1	18,2	15,9	De 55 a 64	8,3	11,1	13,1
De 65 a 74	32,9	44,7	61,1	De 65 a 74	22,2	32,2	49,5
De 75 y más	71,5	110,3	309,9	De 75 y más	58,4	91,8	363,7
Enfermedades del aparato circulatorio							
De 55 a 64	477,8	359,5	240,6	De 55 a 64	212,8	127,0	74,9
De 65 a 74	1.498,3	1.008,4	722,6	De 65 a 74	878,6	548,4	331,3
De 75 y más	5.307,3	4.383,0	3.039,0	De 75 y más	5.034,5	4.299,0	3.065,2
Enfermedades del aparato respiratorio							
De 55 a 64	101,3	87,5	58,1	De 55 a 64	31,0	22,2	15,5
De 65 a 74	376,0	319,2	267,3	De 65 a 74	131,4	81,8	73,7
De 75 y más	1.416,6	1.455,3	1.519,2	De 75 y más	859,7	687,3	803,2
Enfermedades del aparato digestivo							
De 55 a 64	141,3	113,6	71,8	De 55 a 64	53,9	36,4	20,8
De 65 a 74	249,7	200,3	143,1	De 65 a 74	101,7	87,0	59,2
De 75 y más	442,8	472,1	403,3	De 75 y más	301,6	342,6	335,4

Fuente: MSC (2005).

Tabla 17

su prevalencia entre las causas de muerte. Las mujeres cuentan con una tasa de mortalidad inferior en los grupos de edad de menos de 75 años, que se ha mantenido durante estos años. En el Gráfico 4 se representan las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes desagregadas por las enfermedades específicas, donde se observa la evolución favorable de las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por enfermedades del aparato circulatorio. Grupos de edad de 55 y más años por sexo. (Edad 55–64 grupo base = 0). Años 1981-1991-2003.



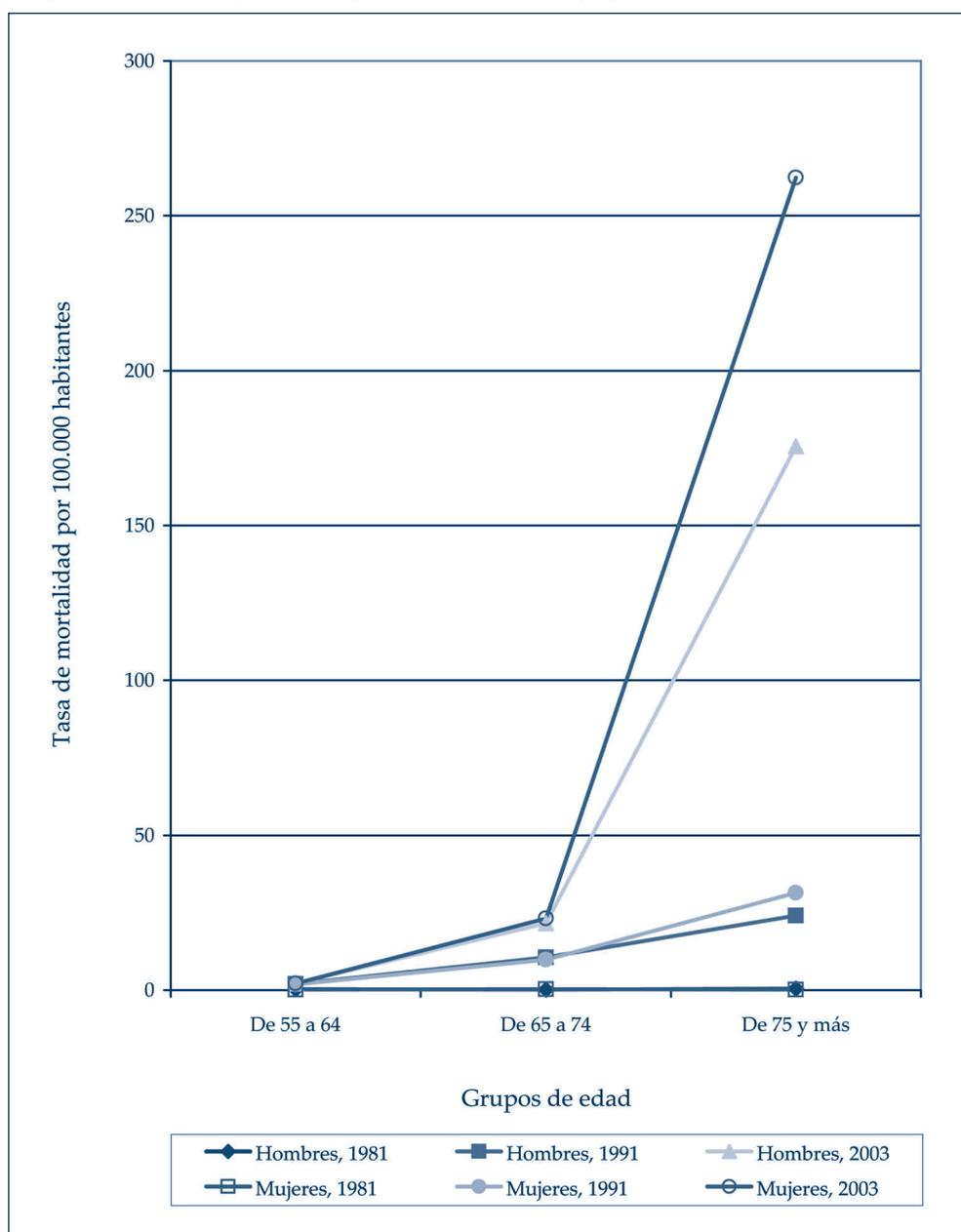
Fuente: MSC (2005)



El cáncer aparece como segunda causa de muerte en todos los grupos de edad y en ambos sexos. En general, las tasas de mortalidad han aumentado durante estos años en el caso de los hombres, especialmente entre los de 75 y más años, y han descendido entre las mujeres, excepto entre las de edad más avanzada.

En el caso de las enfermedades del aparato respiratorio se aprecia una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad en hombres y mujeres de edades inferiores a los 75 años durante estos años. Nuevamente se observan unas tasas más elevadas en los hombres que en las mujeres.

Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes por enfermedad de Alzheimer. Grupos de edad de 55 y más años por sexo. (Edad 55-64 grupo base = 0). Años 1981-1991-2003.



Fuente: MSC (2005)



Las enfermedades del aparato digestivo muestran una cierta disminución que se manifiesta con más intensidad en el caso de los hombres que en las mujeres, reduciéndose la sobremortalidad de los hombres respecto a las mujeres.

Finalmente, las enfermedades del sistema nervioso, así como los trastornos mentales son las causas de muerte que están irrumpiendo con mayor fuerza desde la década de los 80s, especialmente entre mayores de 75 y más años, destacando la enfermedad de Alzheimer (ver Tabla 17 y Gráfico 5). En este colectivo la tasa de mortalidad por trastornos mentales se ha multiplicado por 16, en el caso de mujeres, y por 10, en el caso de los hombres. No se puede descartar que estos incrementos tan espectaculares se deban a un cambio en el patrón diagnóstico que realizan los médicos en la notificación de la defunción, de tal forma que en los últimos años se hayan contemplado muertes en estas categorías diagnósticas que antes eran catalogadas en otras. Sin embargo, este hecho no debe tampoco restar importancia al incremento del reconocimiento de estas enfermedades en las causas de muerte.

CAPÍTULO 5 El estado de salud de la población española

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD

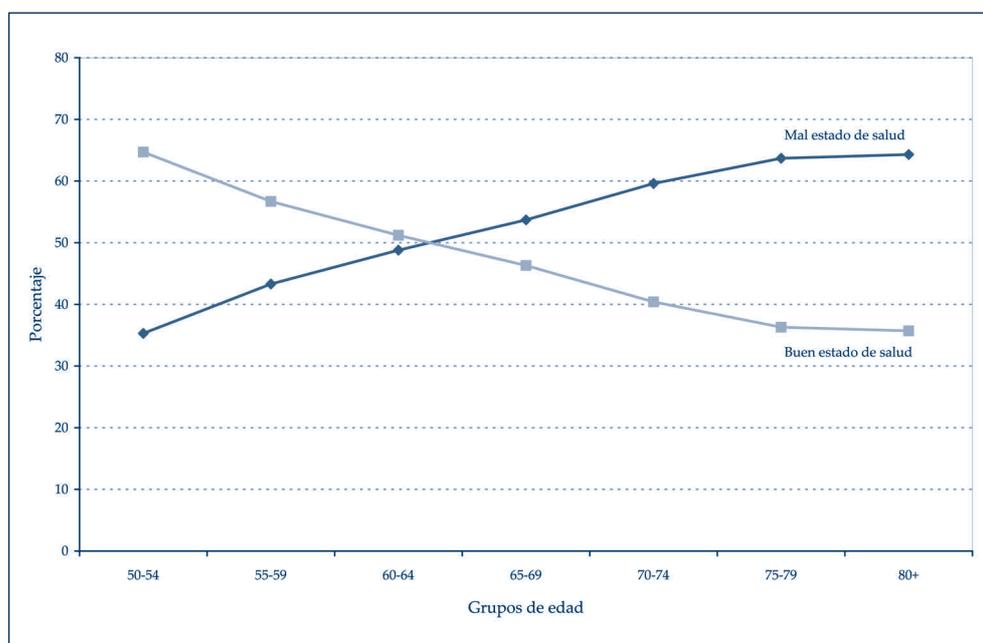
Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, el 47,1% de los españoles de 50 y más años manifestaba un buen o muy buen estado de salud autopercibido. El resto de la población estudiada se distribuía entre aquellos que reportaban un estado de salud regular (36,6%), un estado de salud malo (12,7%) y un estado de salud muy malo (3,7%).

Se observa que tal como avanza la edad, la prevalencia de buen estado de salud disminuye, mientras que la de mal estado de salud aumenta (Gráfico 6). Así, a la edad de 50-54 años, el 64,7% de la población manifiesta un buen estado de salud. En cambio, a la edad de 60-64 años ésta se reduce al 51,2% y a los 65-69 años es del 46,3%. Finalmente, a partir de los 80 años se detecta un estancamiento en esta dinámica. Así, se encuentran diferencias poco importantes en la prevalencia del buen estado de salud autopercibida entre la población de 75-79 años (36,3%) y aquella que tiene 80 y más años (36,0%). De acuerdo con un análisis univariante, estas diferencias no son estadísticamente significativas entre el grupo de 60-64 años y el de 65-69 años, así como entre los grupos establecidos a partir de los 70 años de edad (ver Tabla 18). Este último fenómeno puede estar relacionado con el diseño de la encuesta (las personas que tienen peor estado de salud no participan en la encuesta, bien por la

selección del encuestador o bien porque esta población se haya institucionalizada en centros residenciales) y/o un efecto consecuencia de las tasas de supervivencia de la población a edades más avanzadas (la tasa de mortalidad es más elevada en población con peor estado de salud, de modo que a edades avanzadas van quedando aquellas personas que tienen un mejor estado de salud) y/o un efecto de autopercepción (uno se compara con su cohorte y no se encuentra tan mal).

También se observa que la variabilidad intragrupo, medida con el coeficiente de variación, aumenta con la edad, alcanzando valores más elevados en los grupos con edades más avanzadas (ver Tabla 18). En este sentido el grupo de 80 y más años aparece como el grupo de edad menos homogéneo en la población de 50 y más años.

Prevalencia del buen y mal estado de salud autopercebido, por grupos de edad. Año 2003.



Nota: $p \leq 0,01$ en el análisis de la varianza por grupos de edad

Fuente: Explotación propia de los Microdatos de la ENS.

Gráfico 6

Prevalencia del buen estado y mal estado de salud autopercebida.

Grupos de edad	N	SP-	SP+	IC95%		OR (SP+)	IC95%
50-54	1.405	35,3	64,7	62,2	67,2	3,3	2,8 - 3,9
55-59	1.396	43,3	56,7	54,1	59,3	2,4	2,0 - 2,7
60-64	1.362	48,8	51,2 †	48,6	53,9	1,9	1,6 - 2,2
65-69	1.614	53,7	46,3 †	43,8	48,7	1,6	1,3 - 1,8
70-74	1.707	59,6	40,4 ‡	38,0	42,7	1,2	1,1 - 1,4
75-79	1.378	63,7	36,3 ‡	33,7	38,8	1,0	0,9 - 1,2
>80	1.412	64,3	35,7 ‡	33,2	38,2		
Total	10.274	52,9	47,1	46,1	48,1		

Notas: † ‡ No hay diferencias significativas ($p > 0,05$) entre las categorías señaladas.

SP+: Buen estado de salud. SP-: Mal estado de salud. IC: Intervalo de confianza. OR (SP+): Odds ratio de buena salud.

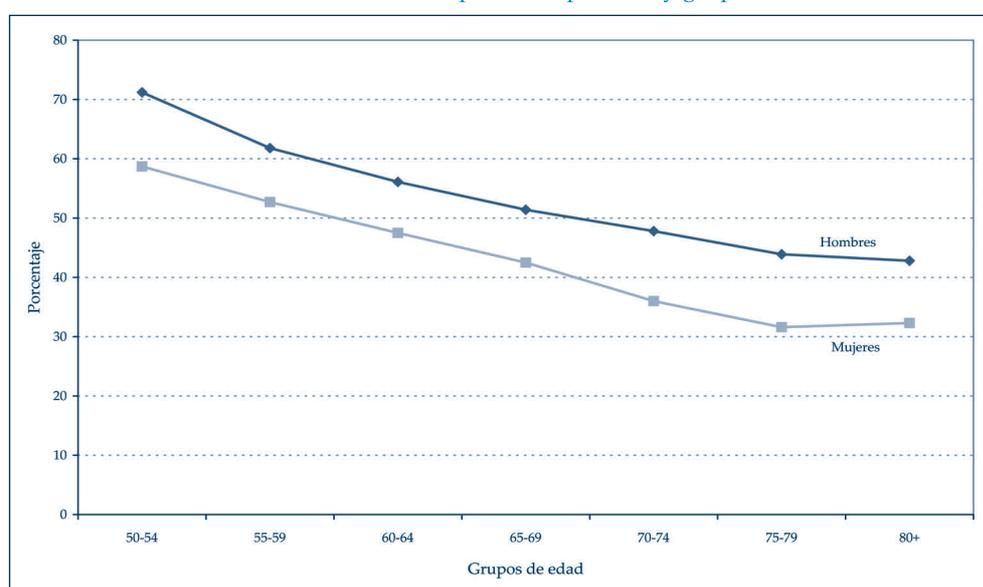
Tabla 18



Los hombres muestran una autopercepción de su estado de salud significativamente mejor que las mujeres. La prevalencia del buen estado de salud en los hombres de 50 y más años es del 54,4%, mientras que en las mujeres es del 42,1%. Las diferencias entre hombres y mujeres son significativas en todos los grupos de edad que se han considerado (ver Gráfico 7 y Tabla 19), de lo que puede deducirse la idoneidad de introducir la perspectiva de género en las políticas de salud.

La disminución de la prevalencia de la autopercepción del buen estado de salud es un fenómeno que se espera encontrar tal como avanza la edad de la población,

Prevalencia del buen estado de salud autopercebido por sexo y grupos de edad. Año 2003.



Fuente: Explotación propia de los Microdatos de la ENS.

Gráfico 7

Prevalencia del buen estado y mal estado de salud autopercebido. Resultados por sexo y grupos de edad. Año 2003.

Sexos	N	SP-	SP+	IC95%		OR (SP+)	IC95%	
Hombre	4.178	45,6	54,4	52,8	55,9	1,6	1,5	1,8
Mujer	6.096	57,9	42,1	40,9	43,3			
Total	10.274	52,9	47,1	46,1	48,1			

Grupos de edad	N		SP+		Diferencia†	ES
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres		
50-54	676	729	71,2‡	58,7‡	12,4	2,55
55-59	610	786	61,8	52,7	9,1	2,65
60-64	595	767	56,1	47,5	8,7	2,70
65-69	683	931	51,4	42,5	8,9	2,50
70-74	632	1.075	47,8	36,0	11,8	2,45
75-79	529	849	43,9	31,6	12,3	2,70
>80	453	959	42,8	32,3	10,5	2,76
Total	4.178	6.096	54,4	42,1	12,2	1,02

ES: Error estándar. SP+: Buen estado de salud. SP-: Mal estado de salud.

Notas: † Para todos los grupos de edad hay diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p \leq 0,05$). ‡ El grupo de edad 50-54 años es el único que presenta diferencias significativas ($p \leq 0,05$) en relación a alguno de los otros grupos de edad establecidos para el mismo sexo.

Tabla 19

como consecuencia del deterioro de las condiciones de salud que tiende a producirse con el envejecimiento. La diferencia entre sexos está relacionada con la mayor prevalencia de problemas en las condiciones de salud en las mujeres que en los hombres. Así mismo, la tasa de supervivencia a determinadas enfermedades en las mujeres es más alta que en los hombres, lo que favorece la comorbilidad en las mujeres y, en consecuencia, una menor prevalencia del buen estado de salud.

En base a los resultados obtenidos en un análisis de subconjuntos homogéneos, se ha procedido a una nueva agrupación por edades, de modo que ésta ahora distingue entre los 50-54, 55-64, 65-74, 75 y más años. Con esta nueva variable se observa con mayor claridad que el buen estado de salud autopercibido disminuye con la edad. Las diferencias en las prevalencias del buen estado de salud entre sexos son significativas para cada grupo de edad (ver Tabla 20).

Más importante, la nueva agrupación por edades produce resultados ilustrativos de las diferencias en la autopercepción de salud entre hombres y mujeres que se manifiestan a lo largo del proceso de envejecimiento (ver Tabla 20). Así, la prevalencia del buen estado de salud de los hombres de 55-64 años se puede considerar similar al de las mujeres de 50-54 años; el de los hombres de 65-74 años al de las mujeres de 55-64 años; y, el de los hombres de 75 y más años al de las mujeres de 65-74 años.

Prevalencia del buen estado de salud por grupos de edad y sexo. Año 2003.

Grupos de edad	N		SP+			ES
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Diferencia	
50-54	676	729	71,2	58,7	12,4	2,55
55-64	1.205	1.553	59,0	50,1	8,9	1,89
65-74	1.315	2.006	49,7	39,0	10,6	1,73
75+	982	1.808	43,4	32,0	11,4	1,94

Tabla 20 ES: Error estándar. SP+: Buen estado de salud.

LOS HÁBITOS DE VIDA

Las Encuestas Nacionales de Salud han incluido a lo largo de las distintas operaciones estadísticas un conjunto de preguntas referentes a hábitos de vida, lo que permite analizar la evolución de la prevalencia de éstas en el período 1987 a 2003. De los hábitos de vida investigados, se han seleccionado 4: consumo de tabaco, hábitos de nutrición, horas diarias de sueño y actividad física desarrollada en tiempo libre. Adicionalmente, se ha construido el índice de masa corporal a partir de los datos subjetivos de peso y altura de los individuos, y se ha clasificado a los individuos en grupos de peso (infrapeso, peso normal, sobrepeso, obesidad) aplicando los criterios de la OMS²⁴. En la Tabla 21 se presentan los datos que corresponden a las prevalencias individuales de los hábitos de salud, sobrepeso y obesidad. Los datos se presentan por grupos de edad para los años 1987, 1993, 1997 y 2003. En general, se observa que la prevalencia individual de los hábitos



Prevalencia de hábitos de salud, por grupos de edad.
Población de 50 y más años. España. 1987-2003.

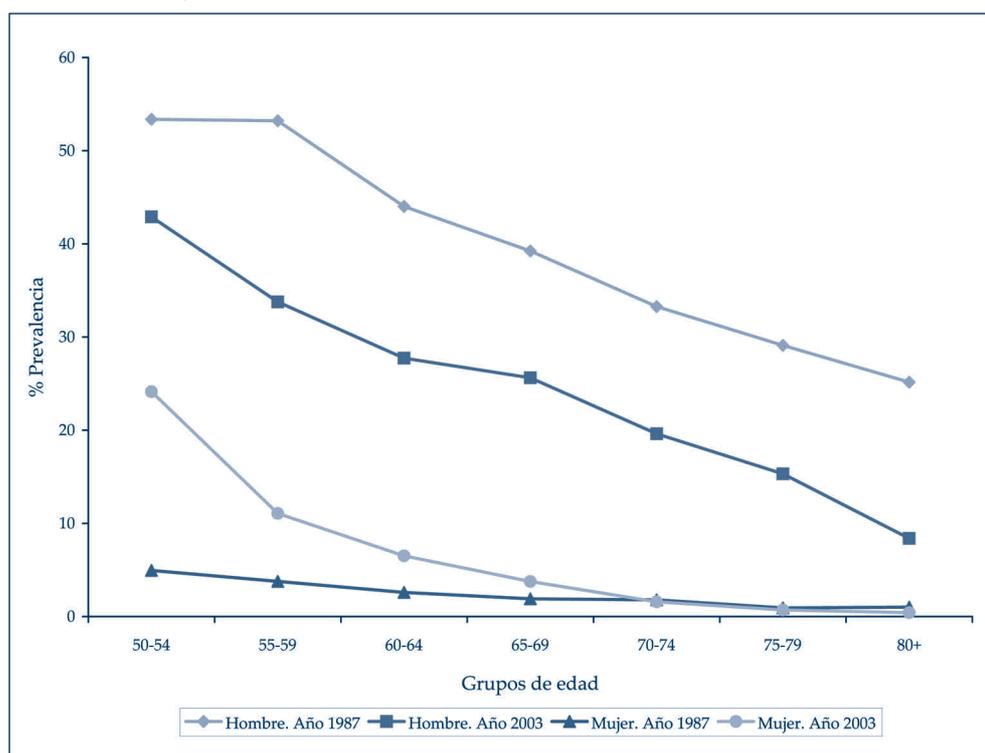
	1987		1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Fumador											
50-54	28,5	0,9	29,3	1,2	33,0	2,3	33,2	1,3	4,71	1,52	-3,09*
55-59	26,5	1,0	27,2	1,2	21,1	2,1	21,0	1,1	-5,52	1,46	3,78*
60-64	21,7	0,9	19,4	1,0	20,3	1,8	15,8	1,0	-5,91	1,34	4,42*
65-69	17,9	0,9	14,1	0,9	12,8	1,7	13,0	0,8	-4,91	1,19	4,11*
70-74	15,0	1,0	9,7	0,9	10,0	1,7	8,3	0,7	-6,74	1,21	5,57*
75-79	12,4	1,1	9,2	1,2	8,4	1,9	6,3	0,7	-6,10	1,27	4,79*
80+	11,8	1,2	9,1	1,3	7,3	1,9	3,0	0,5	-8,85	1,29	6,87*
Sobrepeso y obesidad											
50-54	59,2	1,1	62,9	1,4	64,3	2,5	58,3	1,3	-0,92	1,71	0,54
55-59	62,0	1,3	64,2	1,4	68,0	2,5	64,8	1,3	2,82	1,80	-1,56
60-64	62,4	1,3	65,9	1,3	70,6	2,2	68,9	1,3	6,41	1,81	-3,53*
65-69	62,2	1,4	64,7	1,5	71,2	2,6	71,8	1,1	9,63	1,76	-5,46*
70-74	57,4	1,8	65,3	1,8	66,1	3,2	68,3	1,1	10,95	0,21	-5,14*
75-79	56,4	2,2	57,1	2,5	57,8	4,1	66,0	1,3	9,64	2,59	-3,72*
80+	54,1	2,6	50,8	2,9	50,9	4,9	57,9	1,3	3,80	2,97	-1,30
Obesidad											
50-54	13,5	0,8	15,1	1,0	17,3	2,0	17,0	1,0	3,42	1,29	-2,76*
55-59	16,9	1,0	15,2	1,0	20,7	2,2	18,9	1,1	1,95	1,43	-1,36
60-64	15,5	1,0	17,4	1,1	22,2	2,0	22,3	1,1	6,71	1,50	-4,49*
65-69	16,7	1,0	17,7	1,2	23,9	2,4	24,2	1,1	7,56	1,50	-5,04*
70-74	15,8	1,3	16,2	1,4	17,9	2,6	21,3	1,0	5,47	1,66	-3,29*
75-79	15,6	1,6	13,2	1,7	17,7	3,2	20,9	1,1	5,30	1,98	-2,67*
80+	17,2	2,0	11,4	1,8	21,7	4,0	17,0	1,0	-0,22	2,25	0,97
8 o más horas de sueño											
50-54	46,2	1,0	52,6	1,3	40,4	2,4	44,0	1,3	-2,2	1,63	1,34
55-59	45,0	1,1	51,6	1,3	46,0	2,5	43,4	1,3	-1,6	1,72	0,94
60-64	46,3	1,1	52,0	1,3	46,3	2,2	46,1	1,4	-0,2	1,74	0,11
65-69	49,0	1,1	53,0	1,3	50,9	2,5	51,0	1,2	1,9	1,67	-1,17
70-74	48,7	1,4	51,9	1,6	48,1	2,8	48,8	1,2	0,1	1,86	-0,04
75-79	48,8	1,7	49,9	2,1	44,2	3,4	51,7	1,3	2,9	2,14	-1,35
80+	55,3	1,9	50,8	2,3	50,0	3,8	55,5	1,3	0,2	2,28	-0,10
Actividad física en ocio											
50-54	28,1	0,9	35,7	1,2	44,0	2,4	42,9	1,3	14,86	1,57	-9,42*
55-59	26,5	1,0	34,1	1,2	50,6	2,5	43,6	1,3	17,09	1,65	-10,36*
60-64	24,1	0,9	37,3	1,2	51,7	2,2	43,5	1,3	19,41	1,64	-11,83*
65-69	21,9	0,9	35,1	1,3	51,3	2,5	45,7	1,2	23,83	1,54	-15,41*
70-74	21,2	1,2	32,8	1,5	40,1	2,8	43,6	1,2	22,40	1,67	-13,42*
75-79	14,6	1,2	33,9	2,0	46,5	3,4	39,0	1,3	24,44	1,76	-13,86*
80+	14,8	1,3	28,4	2,1	37,1	3,6	27,7	1,2	12,87	1,78	-7,20*

* p<0,05 Dif.: Diferencia 2003-1987.

de salud presenta comportamientos diferenciados. Por una parte se observan algunas mejoras, con la disminución del tabaquismo y el aumento de la actividad física en el tiempo libre a lo largo de este período en todos los grupos de edad. Pero por otra parte, también se observan algunos problemas de importancia creciente, como el aumento del sobrepeso y la obesidad.

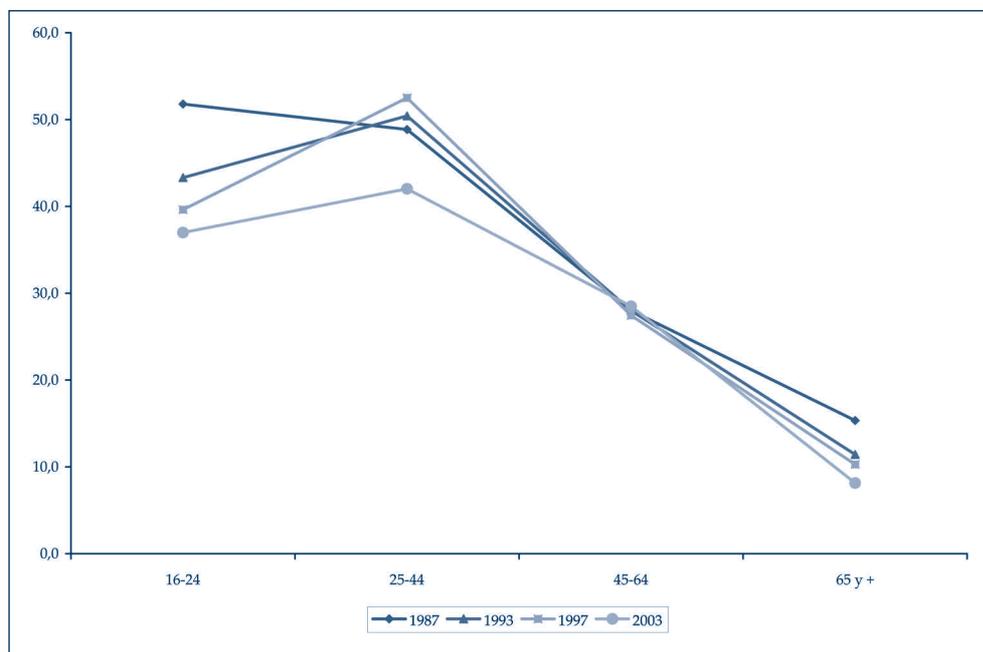
La prevalencia de personas que declaran ser **fumadoras** ha disminuido entre 1987 y 2003 en todos los grupos de edad de 55 y más años, con diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 21). Además, el porcentaje de fumadores disminuye según se incrementa la edad de los individuos. Sin embargo, estos resultados enmascaran una distinta evolución del tabaquismo en hombres y mujeres durante este período, dado que en los hombres se observa una reducción en la prevalencia de tabaquismo entre los años 1987 y 2003, mientras que en las mujeres la prevalencia ha aumentado en este período. El análisis del tabaquismo desglosado por sexo permite interpretar la evolución de la prevalencia global de tabaquismo en personas adultas en España (ver Gráfico 8). En la representación agrupada por sexos, la prevalencia de tabaquismo en el grupo de edad de 45 a 65 años se mantiene constante en el período 1987 a 2003, dado que la reducción observada en los hombres se compensa por el incremento observado en las mujeres. La prevalencia global de tabaquismo en personas de 65 y más años disminuye gracias a que la prevalencia en mujeres es prácticamente nula (y por tanto sin cambios) y la prevalencia en hombres disminuye entre los años considerados.

Prevalencia de tabaquismo por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.





Prevalencia de tabaquismo por grupos de edad. Población de 16 y más años. España. 1987-2003.



Fuente: MSC (2005)

Gráfico 9

La prevalencia de **descanso** suficiente, considerado como 8 ó más horas diarias, no se ha modificado sustancialmente en el período 1987 a 2003 en las personas de 50 y más años (ver Tabla 21). La prevalencia oscila alrededor del 45-55%, siendo ligeramente más alta en los grupos de edad más avanzada. Por sexos, se observan pequeñas diferencias de poca relevancia (ver Gráfico 10).

La realización de **actividad física en el tiempo de ocio** se ha incrementado significativamente desde el año 1987 en todos los grupos de edad (ver Tabla 21). Este incremento es especialmente relevante en los grupos de edad a partir de 65 años, en que se ha duplicado el porcentaje entre 1987 y 2003. Estos incrementos llegan al punto de que el porcentaje de personas activas en el grupo de edad de 80 y más años en 2003 es igual (o superior en el caso de las mujeres) que el porcentaje de personas en el grupo de edad de 50 a 54 años en el año 1987 (ver Gráfico 11). Los incrementos más relevantes respecto el año 1987 se producen en las mujeres, que duplican las prevalencias de actividad en todos los grupos de edad a partir de los 55 años. La relación entre prevalencias de hombres y mujeres también se modifica entre el año 1987 y el 2003. En el año 1987, los hombres presentaban tasas de actividad superiores a las mujeres, con una diferencia bastante constante en todos los grupos de edad. Esta tendencia se modifica en el año 2003, en que se observa que hombres y mujeres tienen tasas parecidas hasta los 65 años, es decir, en el período laboral activo; a partir del grupo de edad de 65 años vuelven a observarse diferencias entre las prevalencias en hombres y mujeres, diferencias que no son constantes entre los distintos grupos de edad. El mejor estado de salud de las personas en edad de jubila-

Prevalencia de tiempo de descanso suficiente por grupos de edad y sesgo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

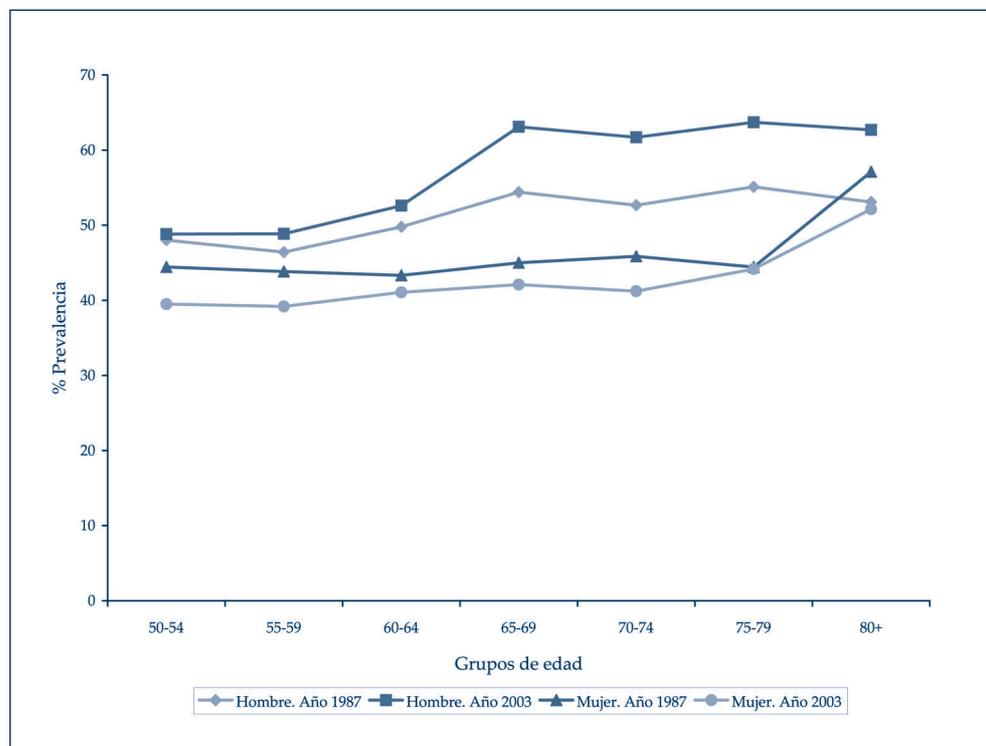


Gráfico 10

Prevalencia de actividad física en tiempo de ocio por grupos de edad y sesgo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

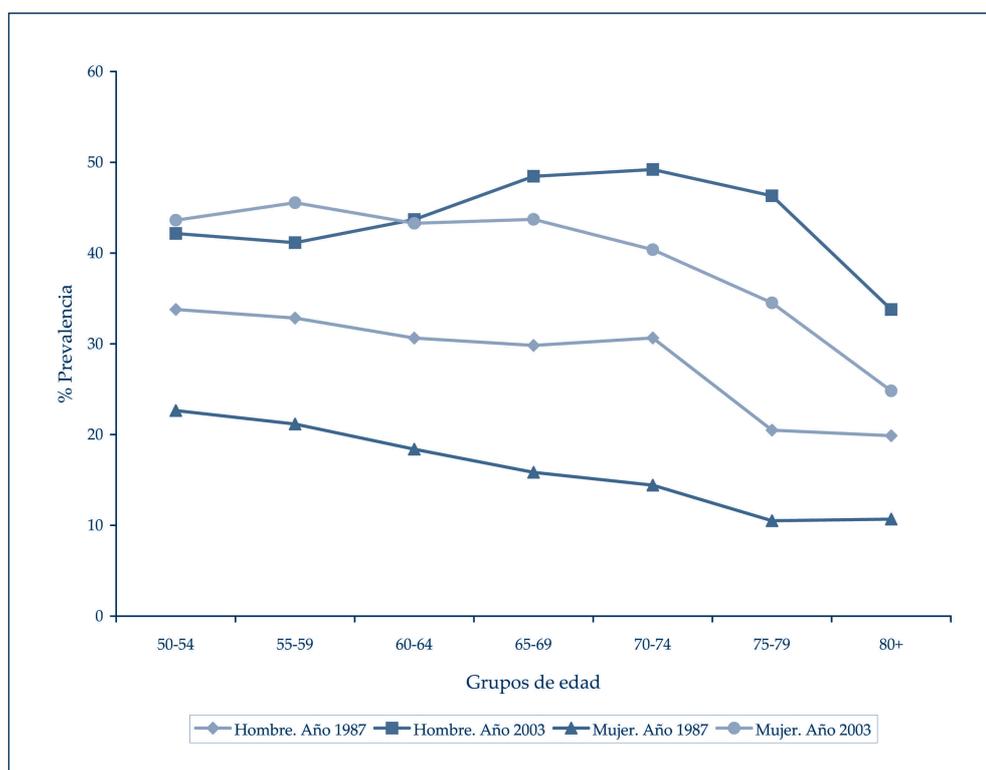


Gráfico 11



ción y una mayor concienciación de los beneficios de la actividad física explican el incremento de la prevalencia.

Para el análisis de las personas que presentan un peso superior al normal se han definido las categorías de sobrepeso y obesidad a partir de los valores obtenidos en el IMC. Se ha considerado sobrepeso cuando los valores de IMC estaban entre el rango 25-29,9, y se ha considerado obesidad cuando alcanzaban o superaban el valor 30.

En el período de 1987 a 2003 la prevalencia de sobrepeso/obesidad se ha incrementado de forma gradual. Este incremento es significativo en los grupos de edad de 60 a 79 años, con un rango de crecimiento del 6,4% al 10,9% (ver Tabla 21). La mayor parte de este incremento, entre un 49,9% y un 95,5%, corresponde al incremento en la prevalencia de obesidad. En el Gráfico 12 se muestra la evolución por grupos de edad de la prevalencia de peso superior al normal (constituido por el sobrepeso y la obesidad), así como la parte de esta prevalencia que corresponde específicamente a la obesidad. La evolución entre el año 1987 y el año 2003 del sobrepeso y la obesidad es similar en hombres y mujeres. Los hombres presentan una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres, con diferencias entre un 6% y un 14% según grupo de edad. Las mujeres presentan tasas de obesidad ligeramente superiores a las de los hombres, con una diferencia regular a lo largo de los grupos de edad de alrededor del 3%.

Prevalencias de sobrepeso y obesidad por grupos de edad y sesgo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

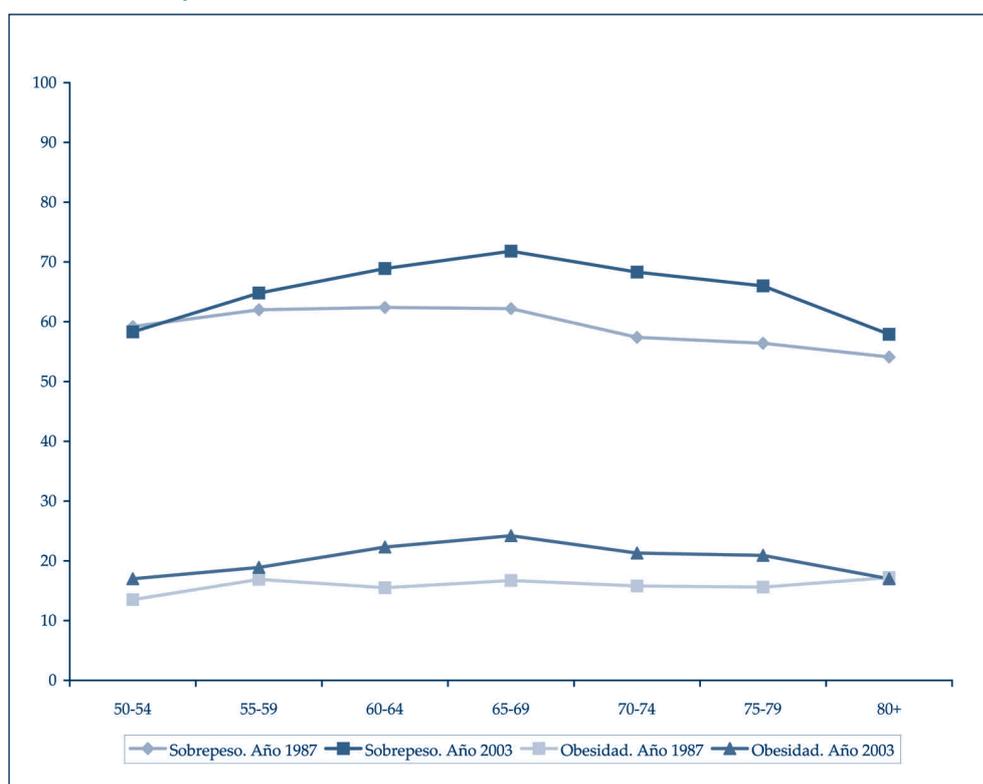


Gráfico 12

En el otro extremo del espectro de peso, la prevalencia de personas con peso inferior al normal, definido como un IMC inferior a 18,5, ha disminuido entre 1987 y 2003, para ambos sexos (ver Gráfico 13).

Dado que los datos de peso y altura son autoreportados, es posible que se produzca un sesgo en la estimación del índice debido a una infraestimación del peso y la sobreestimación de la altura.

Prevalencia de peso inferior al normal por grupos de edad y sesgo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

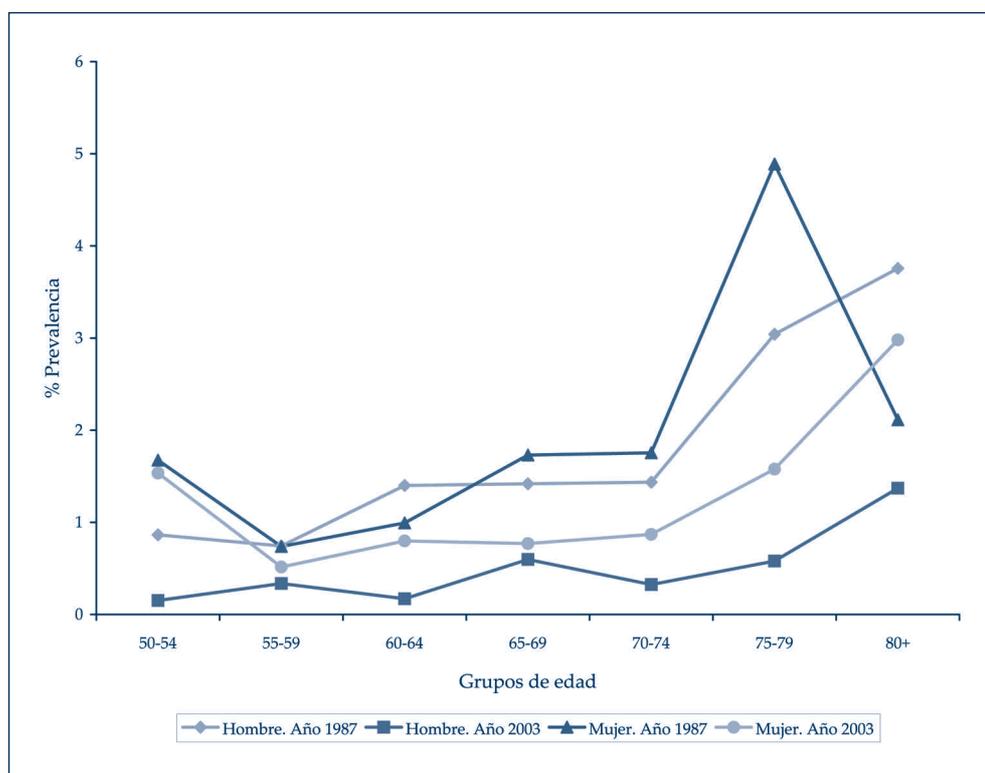


Gráfico 13 Fuente: Explotación propia de microdatos de ENS

LAS ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

Las Encuestas Nacionales de Salud han incluido a lo largo de las distintas operaciones estadísticas un conjunto estable de 6 enfermedades o problemas de salud crónicos, lo que permite analizar la evolución de la prevalencia de éstas en el período 1987 a 2003. Estas enfermedades son hipertensión, colesterol elevado, problemas del corazón, diabetes, asma y problemas de estómago. El procedimiento de recogida de la información se basa en la declaración de reconocimiento de diagnóstico que realizan las personas encuestadas, lo que puede producir un sesgo en determinadas enfermedades crónicas, como la hipertensión y el colesterol en que ha aumentado intensamente su detección por parte del sistema de salud y su conocimiento por parte de la población. Este hecho, como exponemos más adelante, puede explicar una parte de las diferencias que se producen en la prevalencia de estas enfermedades entre 1987 y 2003.



El análisis de las enfermedades crónicas se ha realizado por grupos quinquenales de edad de las personas mayores de 50 años, distinguiendo entre hombres y mujeres. En la Tabla 22 se presentan los datos relativos al promedio de enfermedades crónicas diagnosticadas en función de los grupos de edad quinquenal y sexo de la población de 50 y más años. El promedio de enfermedades crónicas aumenta con la edad, pero este se reduce a partir de los 70 años en hombres y mujeres, de modo que los supervivientes presentan una menor comorbilidad. Entre 2003 y 1987 ha aumentado, con significación estadística, el promedio de enfermedades crónicas en todos los grupos de edad de ambos sexos, excepto el grupo de 50-54 años en que se aprecia una reducción, que no es estadísticamente significativa. En el Gráfico 14 se representan los cambios que se han producido en el promedio de enfermedades crónicas entre estos años, en particular a partir de los 70 años en el caso de los hombres y los 60 años en el caso de las mujeres.

Promedio de enfermedades crónicas por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

	1987		1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Hombres											
50-54	0,49	0,02	0,46	0,03	0,52	0,05	0,47	0,03	-0,02	0,04	0,66
55-59	0,56	0,03	0,61	0,03	0,74	0,07	0,69	0,04	0,13	0,05	-2,76*
60-64	0,77	0,03	0,72	0,03	0,77	0,06	0,88	0,04	0,11	0,05	-2,08*
65-69	0,84	0,03	0,80	0,04	0,73	0,06	0,92	0,04	0,08	0,05	-1,57
70-74	0,85	0,04	0,87	0,04	0,93	0,09	1,04	0,04	0,19	0,06	-3,31*
75-79	0,78	0,05	0,83	0,06	1,00	0,11	1,17	0,05	0,38	0,07	-5,39*
80+	0,80	0,05	0,65	0,06	0,92	0,12	1,16	0,05	0,36	0,07	-4,94*
Mujeres											
50-54	0,50	0,02	0,46	0,03	0,51	0,06	0,41	0,03	-0,08	0,03	2,39*
55-59	0,60	0,03	0,60	0,03	0,79	0,07	0,65	0,03	0,05	0,04	-1,33
60-64	0,70	0,03	0,80	0,03	0,73	0,06	0,87	0,04	0,17	0,04	-3,93*
65-69	0,86	0,03	0,91	0,03	0,88	0,06	1,12	0,04	0,26	0,05	-5,65*
70-74	1,02	0,04	1,09	0,05	1,01	0,08	1,21	0,03	0,19	0,05	-3,73*
75-79	0,92	0,05	0,92	0,06	0,98	0,09	1,27	0,04	0,35	0,06	-5,85*
80+	0,83	0,05	0,83	0,06	1,03	0,11	1,24	0,04	0,41	0,06	-6,44*

*P<0,05 Dif.: Diferencia 2003-1987.

Tabla 22

En la Tabla 23 se presentan los datos que corresponden a las prevalencias individuales de las enfermedades crónicas en los hombres y en la Tabla 24 en las mujeres. Los datos se presentan por grupos de edad para los años 1987, 1993, 1997 y 2003.

En general, se observa que la prevalencia individual de las enfermedades crónicas ha aumentado a lo largo de este período en todos los grupos de edad y en ambos sexos, excepto en el caso del asma y de los problemas de estómago que han descendido. También de forma general se observa que, en casi todos los grupos de edad, las enfermedades crónicas como la hipertensión, el colesterol ele-

vado y la diabetes tienen mayor prevalencia en las mujeres, mientras que en el asma y los problemas de estómago tienen mayor prevalencia en los hombres. Este patrón es más evidente en el año 1987 que en el año 2003 (ver Tabla 23 y Tabla 24).

Evolución del promedio de enfermedades crónicas por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

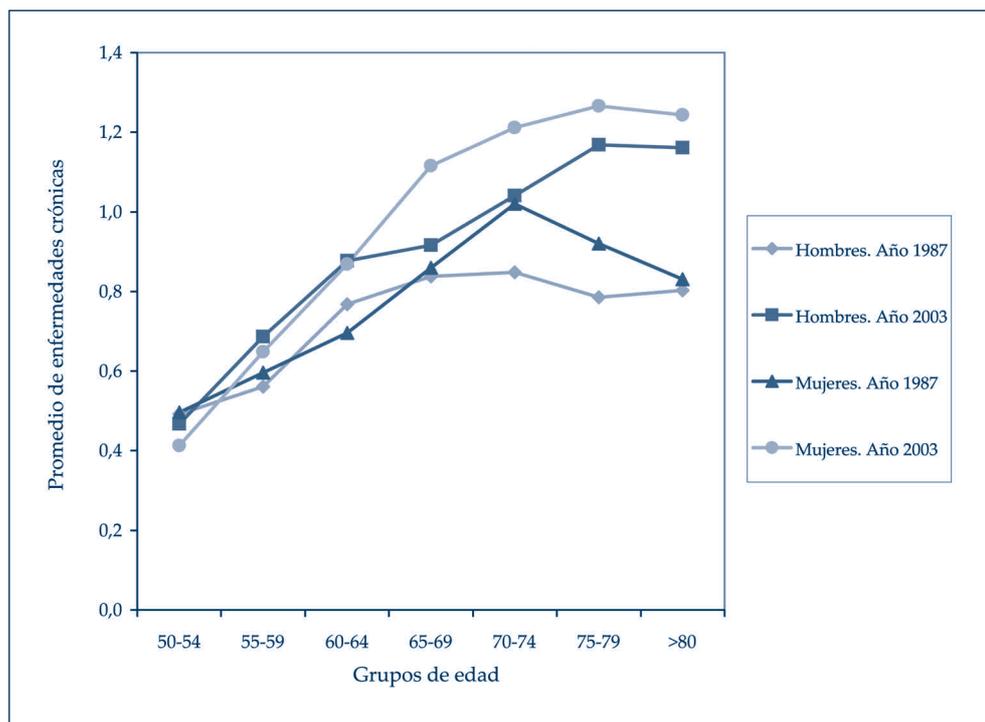


Gráfico 14

Prevalencia de enfermedades crónicas, por grupos de edad.
Hombres, de 50 y más años. 1987-2003.

	1987		1993		1997		2003		2003/1987			
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t	
Hipertensión												
50-54	9,7	0,8	11,9	1,2	13,1	2,4	15,1	1,4	5,4	1,5	-3,6*	
55-59	11,0	1,0	15,7	1,4	19,0	3,0	22,6	1,7	11,6	1,9	-6,3*	
60-64	18,4	1,2	20,7	1,5	21,6	2,6	28,2	1,8	9,8	2,2	-4,6*	
65-69	18,8	1,3	23,6	1,8	20,5	3,2	30,2	1,8	11,3	2,2	-5,3*	
70-74	20,5	1,8	23,6	2,0	32,0	4,2	33,5	1,9	13,1	2,6	-5,0*	
75-79	20,2	2,1	21,9	2,7	22,6	4,4	35,3	2,1	15,2	3,0	-5,0*	
80+	18,2	2,1	19,6	2,9	19,0	4,4	34,2	2,2	16,1	3,2	-5,0*	
Colesterol elevado												
50-54	8,3	0,8	12,7	1,2	16,0	2,6	12,6	1,3	4,3	1,4	-3,1*	
55-59	11,2	1,0	16,0	1,4	18,5	3,0	18,5	1,6	7,3	1,8	-4,1*	
60-64	10,6	1,0	16,0	1,3	15,8	2,3	19,3	1,6	8,8	1,8	-4,9*	
65-69	13,1	1,1	14,9	1,5	13,0	2,6	19,3	1,5	6,2	1,9	-3,3*	
70-74	9,9	1,3	16,5	1,8	18,4	3,5	17,7	1,5	7,9	2,0	-3,8*	

Tabla 23



	1987		1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Colesterol elevado											
75-79	8,9	1,5	13,2	2,2	18,3	4,0	18,3	1,7	9,5	2,4	-4,0*
80+	8,6	1,6	4,9	1,6	5,1	2,5	12,8	1,6	4,2	2,3	-1,8
Enfermedades del corazón											
50-54	4,9	0,6	3,5	0,7	3,4	1,3	6,5	0,9	1,6	1,1	-1,5
55-59	5,9	0,8	5,7	0,9	11,3	2,5	7,4	1,1	1,5	1,8	-1,2
60-64	10,5	1,0	10,0	1,1	10,5	1,9	12,8	1,4	2,3	1,8	-1,4
65-69	10,7	1,0	11,6	1,3	13,6	2,7	15,2	1,4	4,5	1,9	-2,6*
70-74	12,7	1,5	12,8	1,6	16,1	3,3	14,4	1,4	1,7	2,0	-0,8
75-79	14,2	1,8	14,0	2,2	19,4	4,1	26,5	1,9	12,2	2,4	-4,4*
80+	17,5	2,1	13,0	2,5	27,8	5,1	25,2	2,0	7,6	2,3	-2,5*
Diabetes											
50-54	5,3	0,6	4,9	0,8	7,3	1,8	4,6	0,8	-0,7	1,0	0,7
55-59	6,1	0,8	7,4	1,0	6,5	1,9	8,4	1,1	2,3	1,3	-1,7
60-64	7,3	0,8	7,5	1,0	9,7	1,8	13,4	1,4	6,1	1,5	-4,0*
65-69	7,1	0,9	9,4	1,2	11,2	2,5	11,3	1,2	4,2	1,5	-2,9*
70-74	8,9	1,2	9,6	1,4	12,0	2,9	16,9	1,5	8,0	2,0	-4,0*
75-79	8,6	1,5	8,3	1,8	12,9	3,5	17,0	1,6	8,4	2,3	-3,7*
80+	6,2	1,3	5,4	1,7	15,2	4,1	15,0	1,7	8,9	2,3	-3,9*
Asma											
50-54	7,4	0,7	5,5	0,9	5,3	1,6	4,4	0,8	-3,0	1,2	2,6*
55-59	9,2	0,9	8,3	1,1	7,1	2,0	5,7	0,9	-3,5	1,4	2,5*
60-64	14,4	1,1	9,6	1,1	11,2	2,0	6,9	1,0	-7,5	1,7	4,5*
65-69	20,2	1,4	14,4	1,5	11,7	2,5	12,4	1,3	-7,8	1,9	4,1*
70-74	18,2	1,7	16,2	1,8	12,1	2,9	15,8	1,5	-2,4	2,2	1,1
75-79	16,9	1,9	19,8	2,6	21,5	4,3	15,1	1,6	-1,8	2,5	0,7
80+	17,8	2,1	16,3	2,7	16,5	4,2	23,2	2,0	5,3	3,0	-1,8
Problemas de estómago											
50-54	13,6	0,9	7,4	1,0	7,3	1,8	3,6	0,7	-10,0	1,4	7,1*
55-59	12,7	1,1	7,7	1,0	11,9	2,5	6,1	1,0	-6,6	1,6	4,3*
60-64	15,6	1,2	8,5	1,0	8,1	1,7	7,1	1,1	-8,6	1,7	5,0*
65-69	13,8	1,2	6,0	1,0	4,9	1,7	3,2	0,7	-10,6	1,4	7,3*
70-74	14,6	1,5	8,5	1,3	4,0	1,8	5,7	0,9	-8,9	1,7	5,1*
75-79	9,7	1,5	5,4	1,5	5,4	2,4	4,5	0,9	-5,1	1,7	3,1*
80+	12,0	1,8	5,4	1,7	8,9	3,2	5,7	1,1	-6,3	2,0	3,1*

*P<0,05

Tabla 23 (Cont.)

La prevalencia de la hipertensión ha aumentado entre 1987 y 2003 en ambos sexos y en todos los grupos de edad de 50 y más años, con diferencias estadísticamente significativas (ver Tabla 23 y Tabla 24), excepto para el grupo de mujeres de 50-54 años. Este aumento ha sido especialmente intenso a partir de los 65-69 años, de modo que las curvas de prevalencias de los distintos años tienden a distanciarse en las edades más avanzadas con el paso del tiempo, sobre todo en el caso de las mujeres (ver Gráfico 15). A la edad de 65-69 años se ha pasado, en



Prevalencia de enfermedades crónicas, por grupos de edad.
Mujeres, de 50 y más años. 1987-2003.

	1987		1993		1997		2003		2003/1987			
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t	
Hipertensión												
50-54	17,3	1,0	17,8	1,4	18,6	2,7	15,2	1,3	-2,1	1,7	1,2	
55-59	18,6	1,2	20,1	1,4	30,6	3,1	25,3	1,6	6,7	1,9	-3,5*	
60-64	23,2	1,3	30,4	1,6	25,2	2,8	33,2	1,7	10,1	1,9	-4,9*	
65-69	28,3	1,3	35,3	1,7	33,8	3,1	43,4	1,6	15,1	2,1	-7,3*	
70-74	30,6	1,7	39,0	2,1	33,9	3,5	46,0	1,5	15,5	2,3	-6,7*	
75-79	29,2	2,0	36,1	2,6	33,6	4,3	47,8	1,7	18,7	2,7	-7,0*	
80+	26,7	2,2	31,8	2,7	43,3	5,1	47,5	1,6	20,8	2,9	-7,2*	
Colesterol elevado												
50-54	8,3	0,7	12,0	1,2	17,6	2,7	12,2	1,2	3,9	1,3	-2,9*	
55-59	13,5	1,0	17,7	1,4	16,9	2,5	19,8	1,4	6,4	1,7	-3,8*	
60-64	14,6	1,1	23,2	1,5	17,7	2,4	24,3	1,5	9,7	1,8	-5,4*	
65-69	17,2	1,1	20,3	1,4	21,0	2,7	28,0	1,5	10,9	1,8	-6,0*	
70-74	15,9	1,4	24,0	1,8	19,1	2,9	29,8	1,4	13,9	2,0	-6,8*	
75-79	14,4	1,5	15,5	2,0	17,2	3,4	26,3	1,5	11,9	2,2	-5,3*	
80+	9,6	1,5	13,7	2,0	14,4	3,6	17,0	1,2	7,4	2,1	-3,5*	
Enfermedades del corazón												
50-54	4,9	0,6	2,6	0,6	4,4	1,4	2,2	0,5	-2,7	0,9	3,1*	
55-59	6,4	0,7	6,7	0,9	8,2	1,9	5,6	0,8	-0,8	1,1	0,7	
60-64	6,7	0,7	4,9	0,8	8,9	1,8	9,8	1,1	3,1	1,3	-2,5*	
65-69	11,4	0,9	9,0	1,0	8,7	1,9	10,7	1,0	-0,6	1,4	0,5	
70-74	16,2	1,4	14,6	1,5	13,3	2,5	16,0	1,1	-0,2	1,8	0,1	
75-79	15,7	1,6	11,8	1,8	18,9	3,6	19,3	1,4	3,6	2,1	-1,7*	
80+	13,9	1,7	12,7	2,0	17,5	3,9	25,0	1,4	11,2	2,4	-4,6*	
Diabetes												
50-54	5,1	0,6	6,1	0,8	4,9	1,8	5,9	0,8	0,8	1,0	-0,8	
55-59	7,0	0,8	6,7	1,0	12,3	1,9	7,4	1,1	0,4	1,2	-0,4	
60-64	8,3	0,8	11,4	1,0	12,5	1,8	11,1	1,4	2,7	1,4	-2,0*	
65-69	10,6	0,9	15,2	1,2	13,2	2,5	15,1	1,2	4,5	1,5	-3,1*	
70-74	15,6	1,2	18,2	1,4	21,3	2,9	16,9	1,5	1,3	1,8	-0,7	
75-79	14,0	1,5	11,8	1,8	14,8	3,5	18,7	1,6	4,7	2,1	-2,3*	
80+	11,1	1,3	11,6	1,7	12,4	4,1	16,5	1,7	5,4	2,1	-2,5*	
Asma												
50-54	4,9	0,6	3,2	0,6	3,4	1,3	3,3	0,7	-1,6	0,9	1,7*	
55-59	5,1	0,7	3,9	0,7	7,3	1,8	3,8	0,7	-1,3	1,0	1,3	
60-64	6,2	0,7	5,7	0,8	6,9	1,6	6,1	0,9	-0,1	1,1	0,1	
65-69	8,5	0,8	6,9	0,9	7,9	1,8	9,9	1,0	1,3	1,3	-1,1	
70-74	11,0	1,2	8,9	1,2	6,9	1,9	8,1	0,8	-2,9	1,4	2,1*	
75-79	10,1	1,3	11,2	1,7	9,0	2,6	9,0	1,0	-1,2	1,6	0,7	
80+	12,6	1,7	8,9	1,7	10,2	3,1	12,7	1,1	0,1	2,0	-0,1	



	1987		1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Problemas de estómago											
50-54	9,2	0,8	4,3	0,7	2,5	1,1	2,5	0,6	-6,7	1,1	5,8*
55-59	9,1	0,9	4,3	0,7	3,2	1,2	2,9	0,6	-6,2	1,1	5,4*
60-64	10,6	0,9	4,6	0,7	4,4	1,3	2,3	0,5	-8,2	1,2	6,9*
65-69	10,0	0,9	4,1	0,7	5,7	1,5	4,4	0,7	-5,6	1,2	4,9*
70-74	12,8	1,2	3,8	0,8	6,9	1,9	4,4	0,6	-8,4	1,3	6,6*
75-79	8,7	1,2	6,1	1,3	5,8	2,1	5,5	0,8	-3,1	1,4	2,3*
80+	9,3	1,5	4,1	1,2	7,1	2,6	5,6	0,7	-3,7	1,5	2,5*

*P<0,05

Tabla 24 (Cont.)

Prevalencia de la hipertensión por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

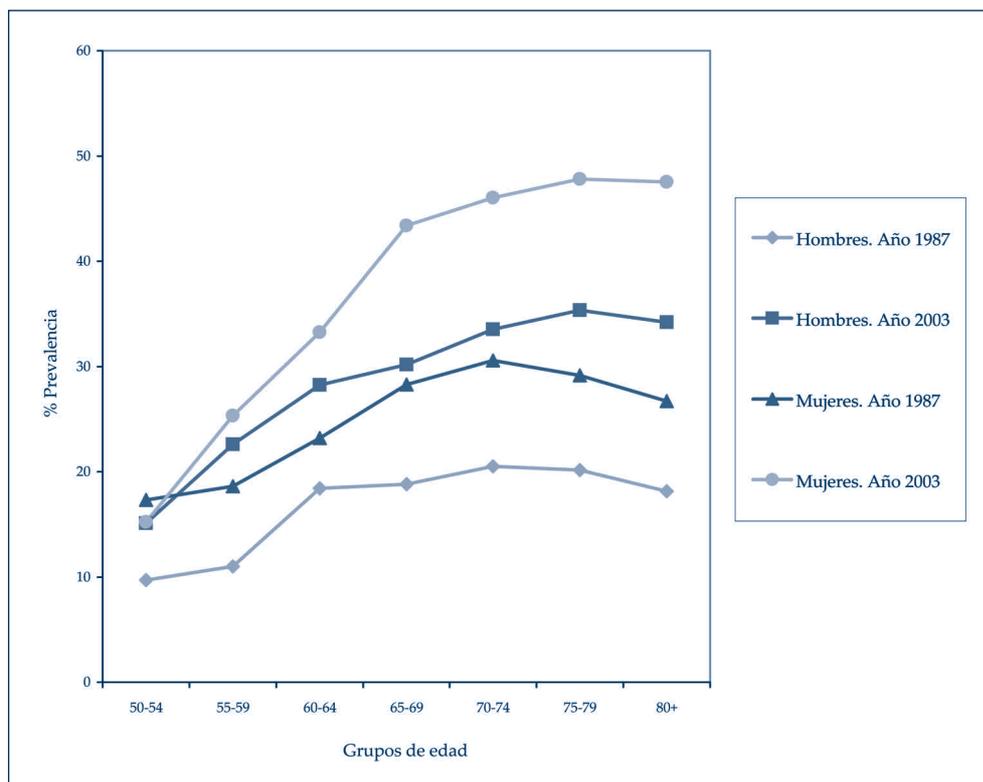


Gráfico 15

el caso de los hombres, de una prevalencia del 18,8% al 30,2% y, en el caso de las mujeres, del 28,3% al 43,4%. Esta enfermedad es la que presenta el aumento de prevalencias más acusado, no obstante no puede descartarse que una parte de este fenómeno se deba a una mejora de los dispositivos de control de la enfermedad y a una mayor concienciación de la población mayor en relación a este problema de salud.

El colesterol elevado, otro factor de riesgo cardiovascular, también ha aumentado sus prevalencias de modo notable, aunque no tanto como la hipertensión. Los incrementos son estadísticamente significativos en ambos sexos y grupos de

edad, excepto en el caso de los hombres de 80 y más años (ver Tabla 23 y Tabla 24). En el Gráfico 16 puede observarse que las mujeres presentan una curva de prevalencias más elevada que los hombres a lo largo de todos los grupos de edades por encima de los 50 años. Además las distintas Encuestas Nacionales de Salud parecen confirmar que la curva de prevalencias del colesterol se va curvando a lo largo del tiempo de modo que adopta un máximo relativo en las edades comprendidas entre los 65 y 74 años, especialmente en el caso de las mujeres. Este fenómeno podría estar relacionado con la condición del colesterol como factor de riesgo cardiovascular, de modo que explicaría la elevación de la tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio a estas edades, con la consecuente reducción de las prevalencias de colesterol en edades posteriores como consecuencia de la supervivencia de los individuos sanos.

Prevalencia del colesterol elevado por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

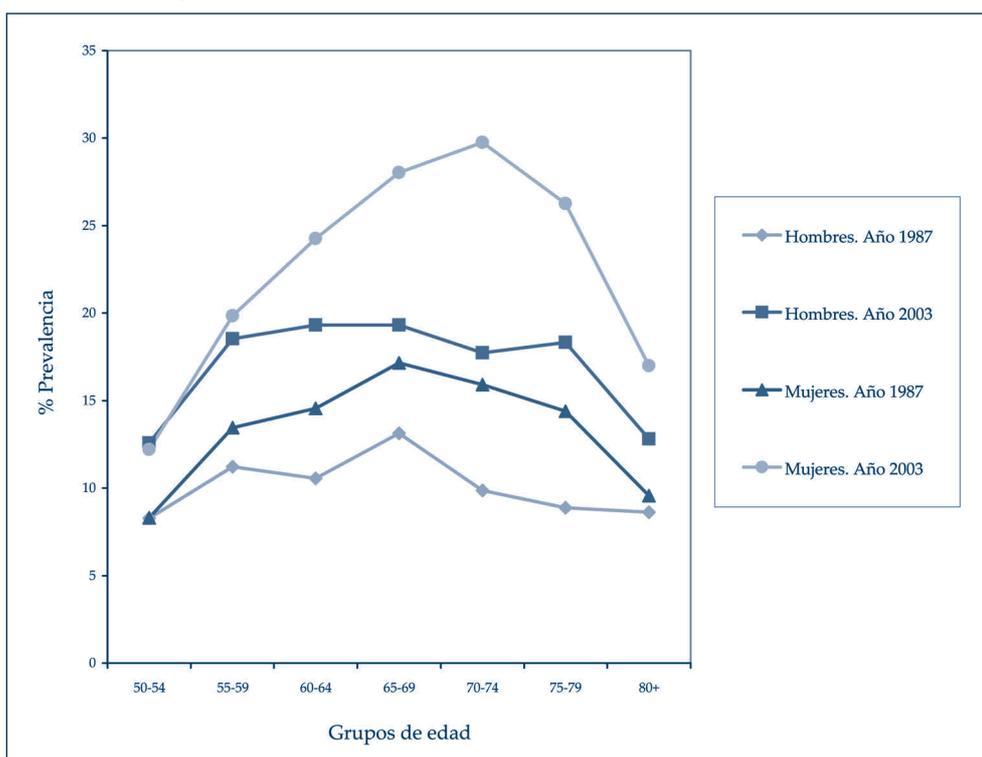


Gráfico 16

En general, se aprecia que la prevalencia de las enfermedades del corazón ha aumentado en ambos sexos, de forma notable y estadísticamente significativa, entre 1987 y 2003 en ambos sexos a partir de los 75 años. Así la prevalencia de los hombres ha aumentado en 12,2 y 7,6 puntos porcentuales y la de las mujeres en 3,6 y 11,2 en los grupos de edad de 75-79 y 85 y más años. De este modo, las curvas de prevalencia por grupos de edad de ambos sexos tienden a elevarse a medida que avanzan los grupos de edad a lo largo del tiempo (ver Gráfico 17).



Prevalencia de los problemas del corazón por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

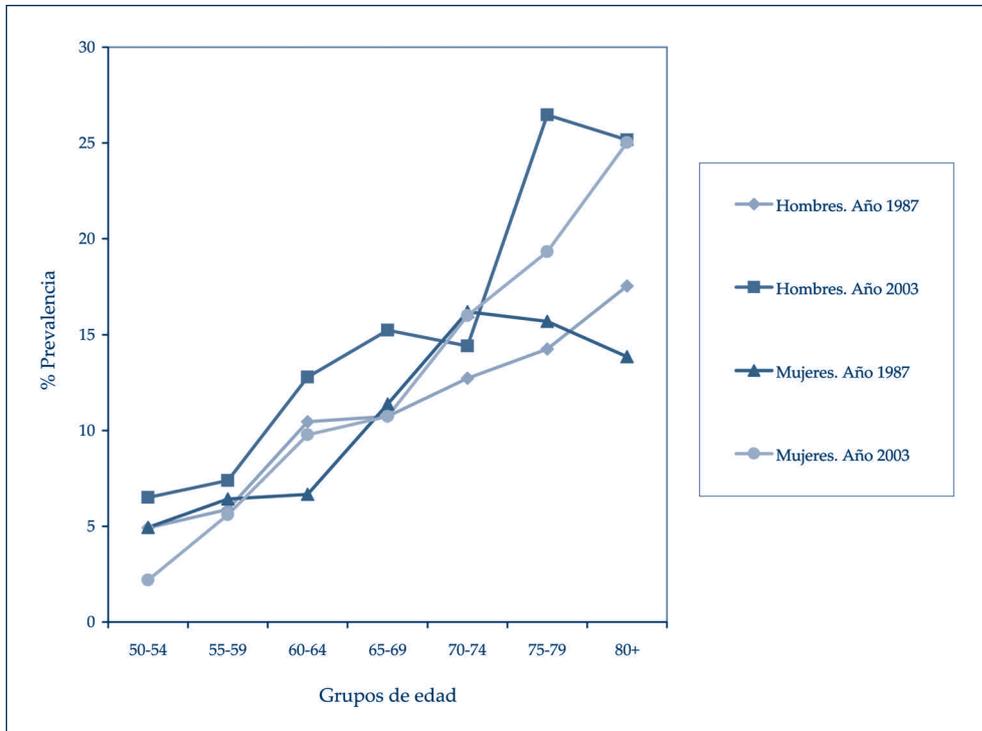


Gráfico 17

En el caso de la curva de las prevalencias de la diabetes por grupos de edad y sexo se observa que las diferencias entre sexo que se identificaban en el año 1987 tienden a reducirse, de modo que la curva de hombres y mujeres se parecen cada vez más (ver Gráfico 18). En este sentido, se confirma la correlación positiva entre la prevalencia de la diabetes con la edad en ambos sexos, excepto en las edades más avanzadas a partir de los 80 años que se reduce significativamente respecto a los grupos de edad precedentes. La prevalencia de diabetes en ambos sexos a partir de los 60 años ha aumentado de forma notable y estadísticamente significativa entre 1987 y el 2003.

El asma y la úlcera de estómago son las únicas enfermedades crónicas investigadas que han mostrado descensos en las prevalencias en ambos sexos y por grupos de edad entre 1987 y 2003 (ver Tabla 23 y Tabla 24). En estas enfermedades la prevalencia de los hombres es más elevada que en el caso de las mujeres (ver Gráfico 19 y Gráfico 20). No obstante, los avances en el tratamiento de los problemas de estómago, que han reducido la prevalencia de esta enfermedad, también han hecho desaparecer el patrón de sobreprevalencia en los hombres respecto a las mujeres que se observaba entre los 50 y los 70 años.

LA DISCAPACIDAD Y LA DEPENDENCIA

En las Encuestas Nacionales de Salud ha sido tradición desde el año 1993 la inclusión de una lista de 27 actividades de la vida diaria sobre la que se pregunta



Prevalencia de la diabetes por grupos de edad y sexo. Población de 50 y más años. 1987-2003.

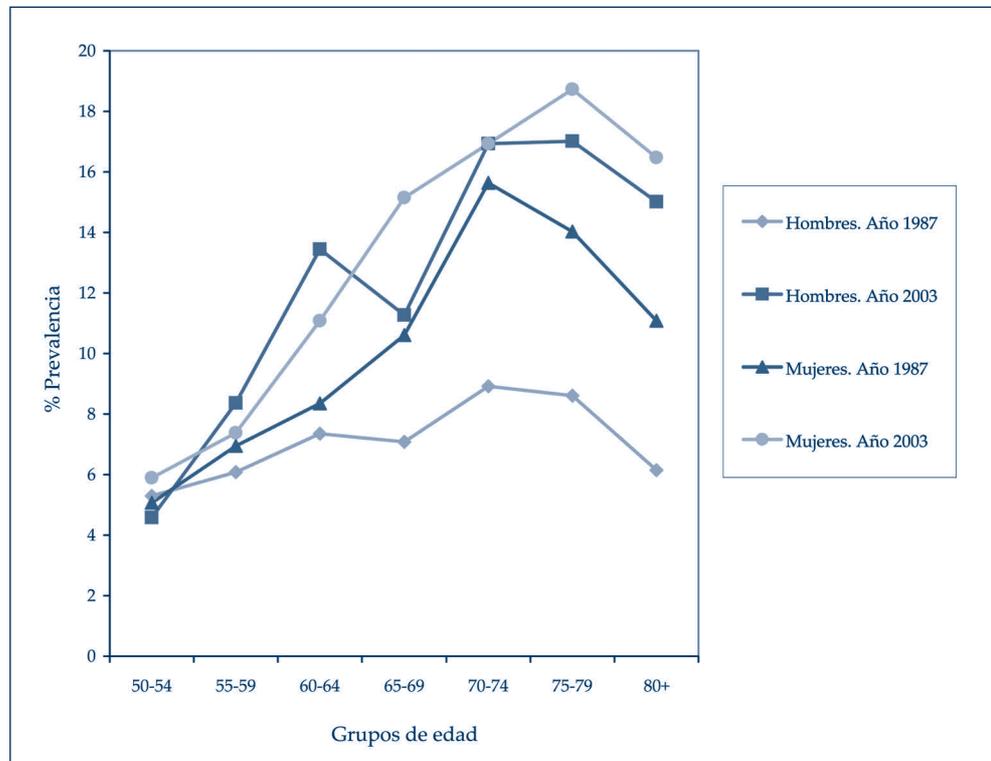


Gráfico 18

Prevalencia del asma por grupos de edad y sexo. Población de 50 y más años. 1987-2003.

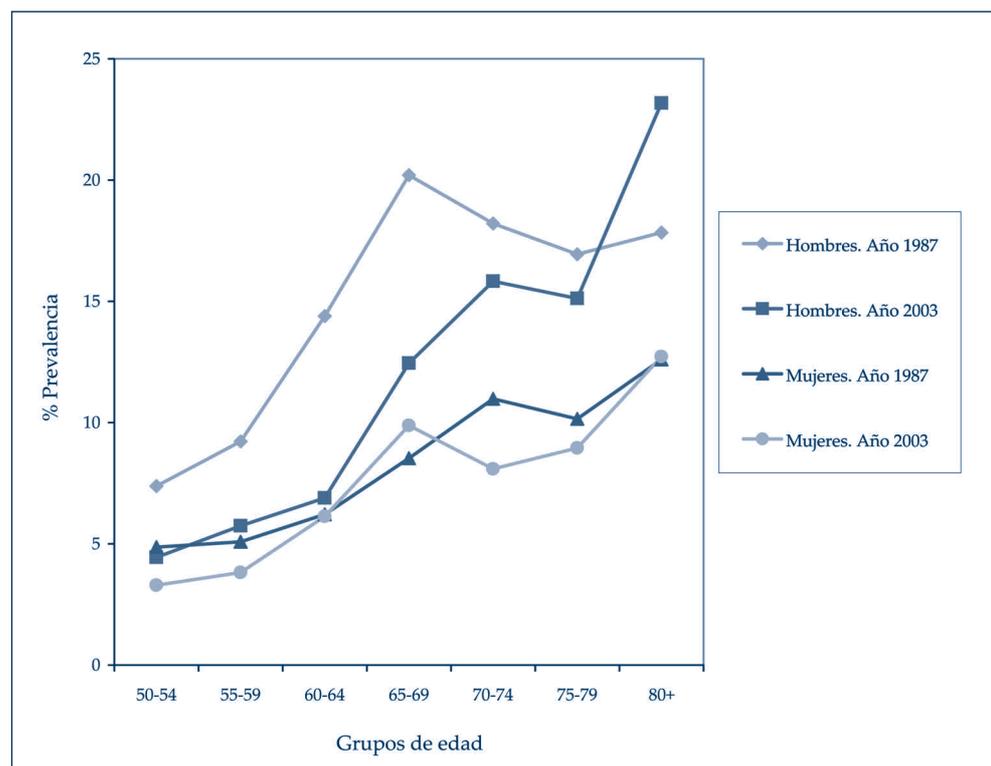


Gráfico 19



Prevalencia de los problemas de estómago por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

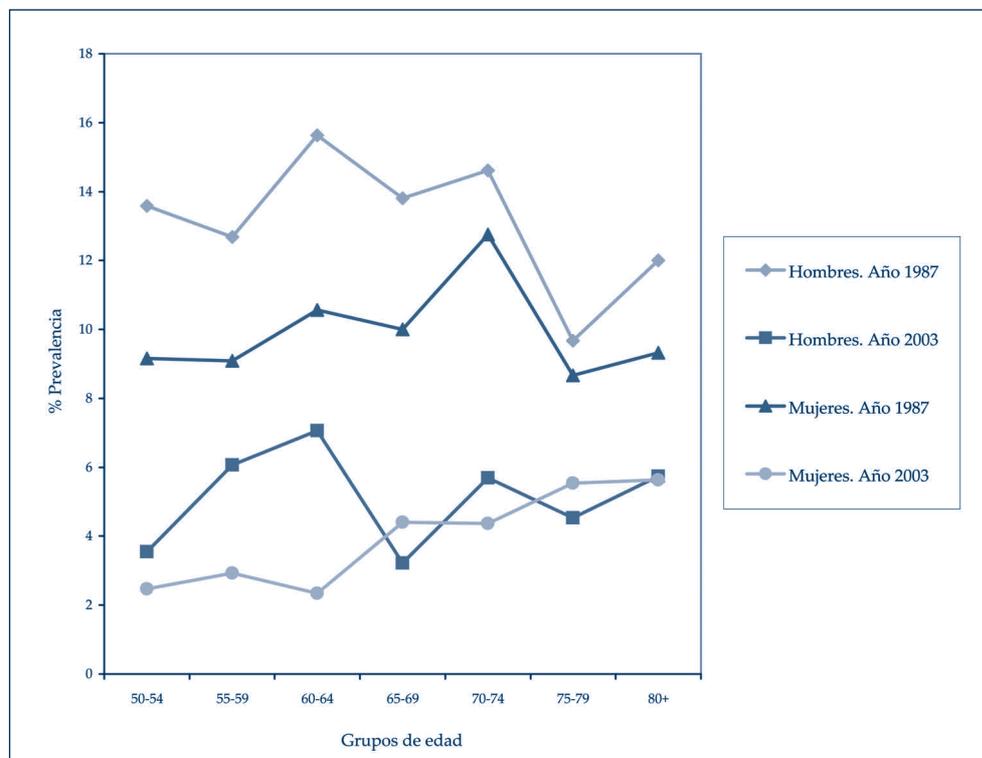


Gráfico 20

a las personas de 65 y más años, a fin de conocer si pueden realizar cada actividad sin ayuda de otra persona, con ayuda de otra persona o si no pueden realizarla de ningún modo.

En la Tabla 25 se resume la prevalencia conjunta de afectación en cualquiera de las 27 actividades, así como el promedio de actividades afectadas. La prevalencia conjunta de discapacidad aumenta conforme aumenta la edad en ambos sexos, de modo que se incrementa la probabilidad de tener dependencia para realizar alguna actividad de la vida diaria. A partir de los 80 años más de la mitad de las personas manifiestan que necesitan ayuda para realizar alguna actividad. Las mujeres presentan una prevalencia de discapacidad superior a los hombres en todos los grupos de edad. En el período comprendido entre 1993 y 2003 se ha producido un descenso de la prevalencia de discapacidad en los hombres de 65-69 y 70-74 años y en las mujeres de 70-74 años, mientras que en el resto de casos se ha producido un aumento. No obstante sólo los cambios producidos en el grupo de 70-74 años de ambos sexos presentan significación estadística.

El promedio de actividades afectadas aumenta con la edad en ambos sexos, siendo este aumento estadísticamente significativo en el caso de las mujeres de 65 a 79 años y en los hombres de 70-74 años (ver Tabla 25).

La lista incluye actividades de muy diversa índole, desde actividades básicas como comer, a actividades instrumentales como lavar ropa a mano. Por este



Prevalencia y promedio de actividades de la vida diaria afectadas por grupos de edad y sexo. Población de 65 y más años. 27 Actividades de la Encuesta Nacional de Salud (ENS). 1993-2003.

Prevalencia	1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Hombres									
65-69	18,1	1,7	8,2	2,2	15,5	1,4	-2,5	2,2	1,15
70-74	30,7	2,4	22,3	3,8	23,4	1,7	-7,3	2,9	2,55*
75-79	32,0	3,3	33,7	5,0	33,1	2,0	1,1	3,9	-0,28
80+	49,3	4,2	47,8	6,1	55,2	2,3	5,9	4,8	-1,23
Mujeres									
65-69	25,0	1,6	29,3	3,1	26,4	1,4	1,4	2,2	-0,64
70-74	41,6	2,2	36,3	3,6	35,1	1,5	-6,6	2,6	2,50*
75-79	46,1	2,9	35,4	4,5	48,1	1,7	2,0	3,4	-0,58
80+	64,0	3,1	67,0	4,9	69,3	1,5	5,4	3,3	-1,62
Promedio									
Hombres									
65-69	5,9	0,7	5,5	2,0	5,5	0,7	-0,4	1,0	0,38
70-74	8,8	0,7	4,4	0,9	6,4	0,6	-2,4	0,9	2,68*
75-79	8,9	1,0	5,9	1,3	8,0	0,6	-0,9	1,2	0,71
80+	11,0	1,0	7,3	1,3	10,1	0,6	-0,8	1,2	0,70
Mujeres									
65-69	4,3	0,3	3,9	0,5	5,4	0,4	1,2	0,6	-2,06*
70-74	6,5	0,4	4,2	0,5	5,5	0,3	-1,1	0,5	2,03*
75-79	7,4	0,6	6,5	0,9	5,7	0,3	-1,6	0,7	2,45*
80+	10,7	0,7	8,5	1,0	10,4	0,3	-0,3	0,8	0,44

Tabla 25

*P<0,05

motivo, resulta difícil interpretar el alcance de esta situación sobre la calidad de vida de las personas mayores afectadas. En este contexto es posible construir una variable que mida el nivel de dependencia de las personas, a partir de la capacidad para llevar a cabo sin ayuda las actividades de una selección del listado de 27 actividades. De este modo se han seleccionado las actividades de comer, vestirse, andar distancias cortas, levantarse de la cama y ducharse como actividades representativas de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por otro lado, se han seleccionado las actividades de tomar medicinas, preparar su comida, lavar ropa ligera a mano, limpiar la casa y andar durante una hora seguida como actividades representativas de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Se han considerado autónomas las personas que no necesitan ayuda para llevar a cabo ninguna de las actividades seleccionadas. Las personas con dependencia se han clasificado según si sólo necesitan ayuda para desarrollar actividades instrumentales, o si necesitan ayuda también para desarrollar alguna actividad básica. Los resultados se presentan en la Tabla 26. Se observa que, en todos los grupos de edad, el porcentaje de personas autónomas aumenta entre el año 1987 y el 2003, mientras que los porcentajes de dependencia, tanto en las actividades instrumentales como básicas, disminuyen. La excepción es la dependencia instru-



mental en el grupo de edad de 80 y más años, que crece ligeramente. Los grupos de edad en que se produce un cambio de mayor magnitud en el tiempo son los correspondientes a 70-74 y 75-79 años, en los que se observan incrementos del 10,22% y 6,15% en los porcentajes de personas autónomas, gracias a disminuciones similares de los porcentajes de personas con dependencia en actividades básicas. Sin embargo, los valores para el grupo de edad de 80 y más años prácticamente no se modifican. Una hipótesis para explicar este comportamiento sería el progresivo retraso en la edad de aparición de la dependencia, que cada vez más se concentraría en la franja de edad más avanzada y provocaría el ingreso del individuo dependiente en residencias. Al ser la ENS una encuesta en viviendas familiares, por diseño no sería capaz de detectar el aumento de la prevalencia de dependencia en las personas de edad más avanzada.

Situación de autonomía, necesidad de ayuda sólo para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y necesidad de ayuda para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por grupos de edad y sexo. Población de 65 y más años. 1993-2003.

Prevalencia	1993			2003		
	Autónomo	Sólo AIVD	ABVD	Autónomo	Sólo AIVD	ABVD
65-69	83,01	10,74	6,25	85,38	9,36	5,27
70-74 *	68,44	15,28	16,28	78,62	13,53	7,85
75-79 *	64,31	18,70	16,98	70,46	17,78	11,76
80+	47,49	19,33	33,17	48,02	20,96	31,02

*P<0,05

Tabla 26

Prevalencia de la dependencia por grupos de edad y sexo. Población de 65 y más años. 1993-2003.

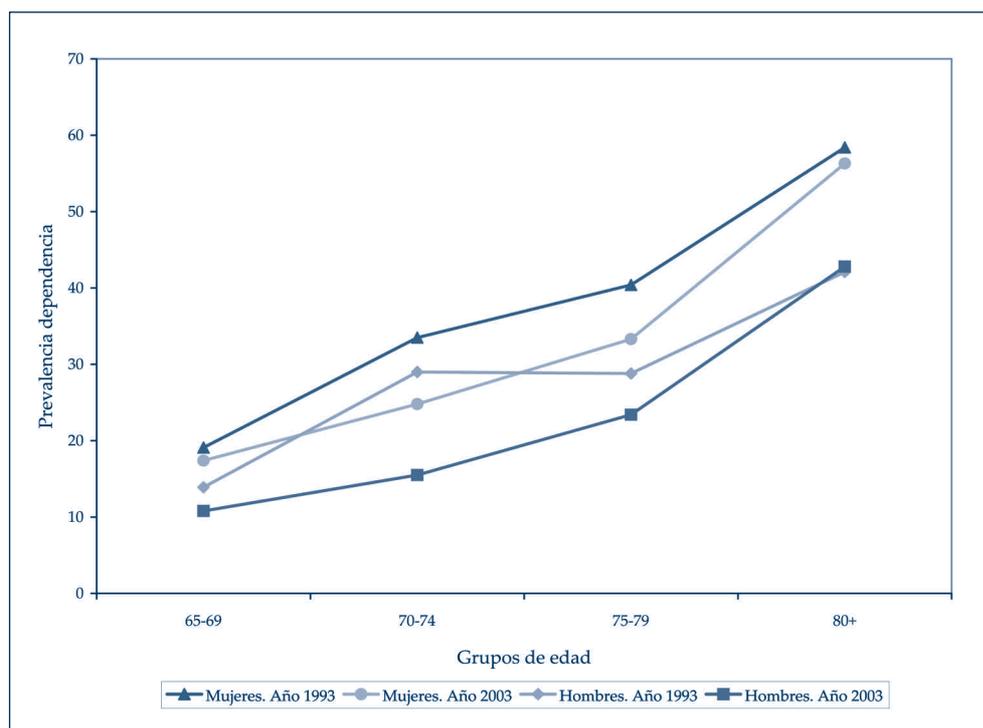


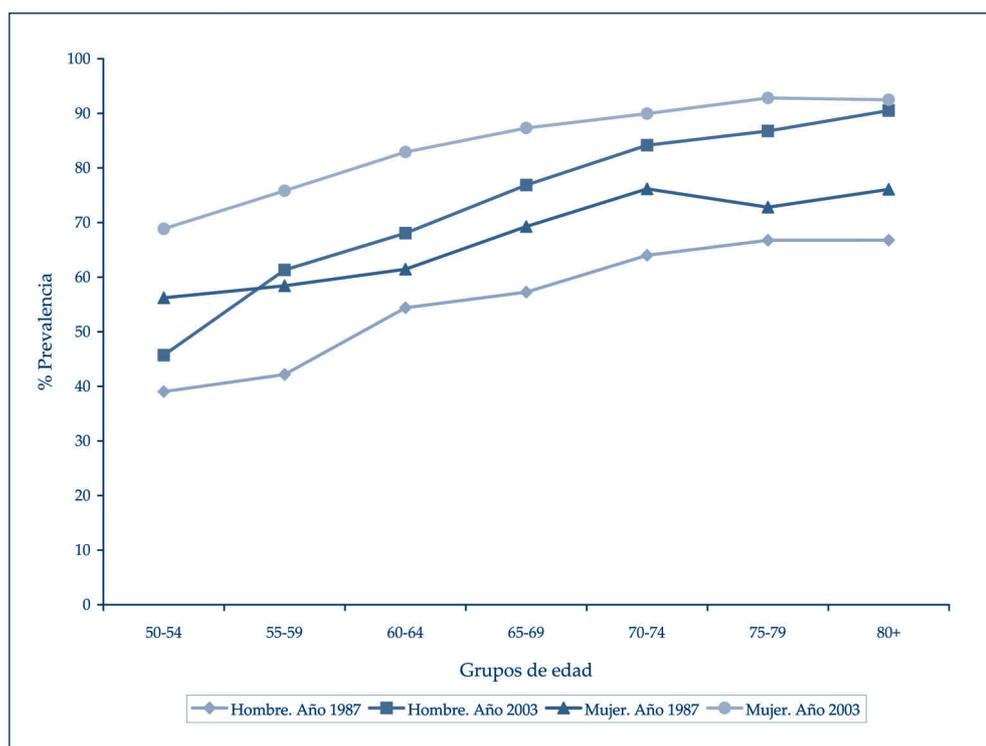
Gráfico 21

La prevalencia de dependencia, incluyendo las actividades instrumentales y las básicas, es superior en las mujeres que en los hombres en prácticamente todos los grupos de edad, y los dos años considerados (ver Gráfico 21). En ambos sexos se observa que la prevalencia de dependencia aumenta con la edad de los individuos. La prevalencia de dependencia disminuye en el año 2003 respecto al año 1993, para los dos sexos y para todos los grupos de edad, aunque la disminución es más marcada en los grupos de edad de 70-74 años y 75-79 años, tal como ya se observaba en la Tabla 26.

EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En todos los años estudiados del período 1987 a 2003, el número de personas que han **consumido medicamentos** en las dos semanas previas a la encuesta aumenta según avanza el grupo de edad. En el año 2003, más del 57% de las personas de 50 a 55 años consumía medicamentos, porcentaje que crece hasta superar el 91% en las personas de 80 y más años (ver Tabla 28). El porcentaje de personas es significativamente superior en 2003 respecto al 1987 en todos los grupos de edad. Además, la diferencia entre las prevalencias de 2003 y 1987 es mayor según avanza el grupo de edad, desde un 9,85% en el grupo de edad de 50 a 55 años hasta un 20% en los grupos de edad de 75 y más años. Las prevalencias de consumo son superiores en las mujeres que en los hombres, en todos los grupos de edad considerados (ver Gráfico 22). Según avanza el grupo de edad, las

Prevalencia de consumo de medicamentos en las dos semanas previas por grupos de edad y sexo. Población de 50 y más años. 1987-2003.





prevalencias de hombres y mujeres se aproximan. Esta convergencia es evidente en el año 2003, en que la prevalencia de los hombres alcanza a la de las mujeres en el grupo de edad de 80 y más años. Según datos del MSC²⁵, “el consumo de los mayores de 65 años supone más del 50% del total del consumo en 8 de los 13 grupos terapéuticos principales. Los 3 mayores porcentajes de participación en el total del consumo corresponden a los grupos terapéuticos de Sangre y Órganos Hematopoyéticos, Aparato Cardiovascular y Órganos de los Sentidos, todos ellos con cifras superiores al 65%”. Además los perfiles de consumo de los dos grupos de edad mayor de 65 años (tramos de 65 a 74 años y más de 75 años) coinciden en los 4 grupos más consumidos en orden decreciente, el Cardiovascular, Aparato Digestivo y Metabolismo, Sistema Nervioso Central y Aparato Respiratorio²⁵.

Prevalencia de visitas al médico en las dos semanas previas por grupos de edad y sexo. Población de 50 y más años. 1987-2003.

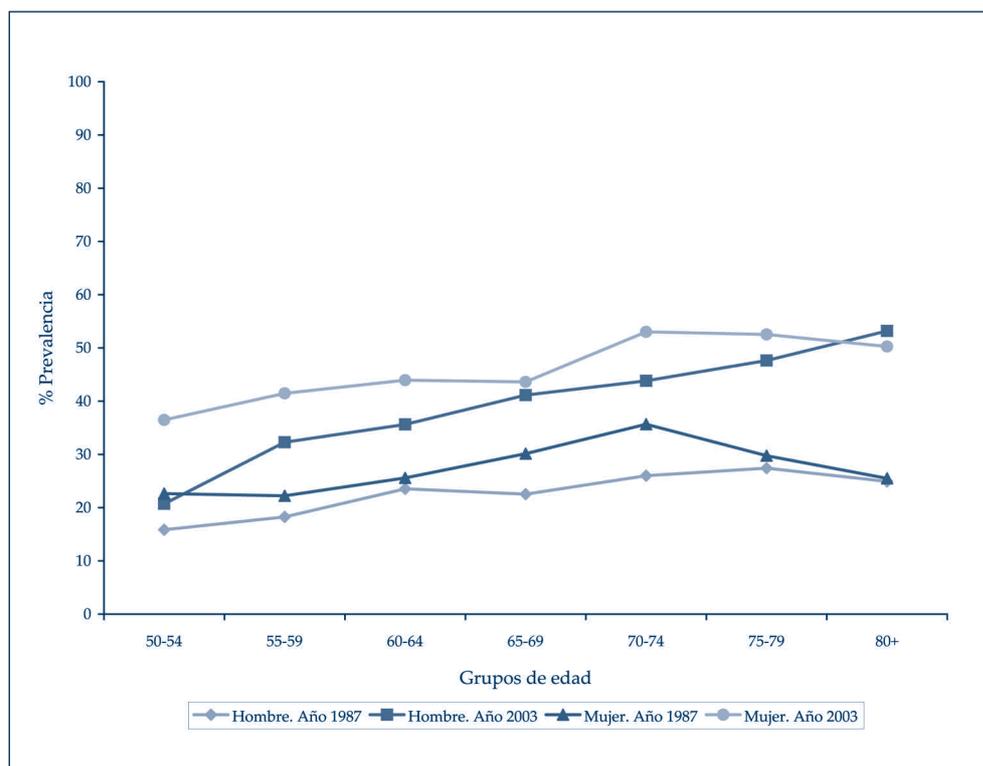


Gráfico 23

En todos los años estudiados del período 1987 a 2003, el número de personas que responden haber **visitado al médico** en las dos semanas previas aumenta según avanza el grupo de edad. En el año 2003, casi un 29% de las personas de 50 a 55 años visitó al médico, porcentaje que crece hasta superar el 51% en las personas de 80 y más años (ver Tabla 28). El porcentaje de personas visitadas por el médico es significativamente superior en 2003 respecto al 1987 en todos los grupos de edad. Además, la diferencia entre las prevalencias de 2003 y 1987 es mayor según avanza el grupo de edad: la prevalencia en el grupo de edad de 50 a 54 años en el año 2003 se ha incrementado en un 9,56% respecto a la del año

1987, mientras que en el grupo de edad de 80 y más años el incremento respecto al año 1987 es del 25,96%.

Este incremento creciente según avanza el grupo de edad también se observa en los datos desglosados por sexo (ver Gráfico 23). Sin embargo, las prevalencias masculinas muestran un crecimiento mayor que las femeninas. Las prevalencias de hombres de 80 y más años que acuden al médico en el año 2003 duplican las prevalencias observadas en el año 1987. Estos resultados están en consonancia con los observados en la cuestión de consumo de medicamentos, ya que las visitas al médico están fuertemente relacionadas con la prescripción farmacológica. En la medida que las intervenciones que proponen los profesionales sanitarios sean de carácter menos farmacológico y más orientado a los hábitos de salud, técnicas de rehabilitación, etc., la relación observada entre visitas al médico y consumo de medicamentos se debilitará.

El número de personas que afirman haber pasado al menos una noche **ingresadas en el hospital** en el año anterior a la encuesta crece durante el período 1987 a 2003, y este crecimiento se produce en todos los grupos de edad, de forma significativa en todos ellos (ver Tabla 28). La diferencia entre las prevalencias de 2003 y la de 1987 aumenta ligeramente según avanza el grupo de edad, partiendo de una diferencia del 2,26% en el grupo de edad de 50 a 54 años, hasta una diferencia del 8,92% en el grupo de edad de 80 y más años. La prevalencia de personas hospitalizadas en el grupo de 80 y más años de 2003 llega casi a duplicar la prevalencia del año 1987. La prevalencia de personas hospitalizadas ha crecido en el período 1987 a 2003, a pesar de que las políticas sanitarias potencian cada vez más la atención hospitalaria ambulatoria que no requiere ingreso (ver Tabla 27).

Distribución de los actos quirúrgicos realizados en los hospitales según el tipo de cirugía. Años 1997-2003.

	1997	2000	2003
Cirugía con hospitalización	63,76%	58,29%	54,47%
Cirugía mayor ambulatoria	10,39%	16,37%	21,20%
Otras ambulatorias	25,85%	25,34%	24,33%

Tabla 27 Fuente: Estadística de indicadores hospitalarios. Instituto Nacional de Estadística.

Tanto en el año 1987 como en el año 2003 se observa que las prevalencias de hospitalización en hombres son superiores a las prevalencias en mujeres, en todos los grupos de edad (ver Gráfico 24). Sin embargo, en el año 2003 el patrón de hospitalización femenino es muy parecido al masculino.

Las prevalencias de personas que afirman haber acudido a un **servicio de urgencias** en el año anterior a la encuesta presentan un crecimiento espectacular durante el período del año 1987 al año 2003 (ver Tabla 28). La diferencia entre los resultados del año 1987 y los del año 2003 es significativa en todos los grupos de edad. Las prevalencias del año 2003 para los grupos de edad de 50 a 64 años duplican las prevalencias observadas en el año 1987, y en los grupos de edad a partir



Prevalencia de consumo sanitario, por grupos de edad.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

	1987		1993		1997		2003		2003/1987		
	%	Error	%	Error	%	Error	%	Error	Dif.	Error	Valor-t
Consumo medicamentos											
50-54	47,9	1,0	51,6	1,3	51,4	2,4	57,7	1,3	9,85	1,3	-6,03*
55-59	50,9	1,1	54,3	1,3	64,9	2,4	69,5	1,2	18,6	1,65	-11,23*
60-64	58,2	1,1	62,6	1,2	68,8	2,0	76,4	1,2	18,24	1,58	-11,53*
65-69	64,1	1,1	69,2	1,2	74,6	2,2	82,9	0,9	18,81	1,42	-13,25*
70-74	71,1	1,3	75,3	1,4	81,7	2,2	87,8	0,8	16,75	1,51	-11,11*
75-79	70,3	1,5	77,8	1,8	81,9	2,6	90,5	0,8	20,15	1,71	-11,78*
80+	71,8	1,7	76,9	1,9	81,8	2,9	91,9	0,7	20,00	1,83	-10,90*
Consultas al médico (15d)											
50-54	19,3	0,8	27,1	1,2	27,0	2,2	28,9	1,2	9,56	1,42	-6,71*
55-59	20,4	0,9	28,5	1,2	33,5	2,4	37,5	1,3	17,6	1,57	-10,87*
60-64	24,6	0,9	33,1	1,2	32,2	2,1	40,3	1,3	15,67	1,63	-9,61*
65-69	26,9	1,0	33,7	1,3	34,8	2,4	42,6	1,2	15,69	1,57	-9,96*
70-74	31,6	1,3	38,1	1,6	38,9	2,7	49,6	1,2	18,01	1,78	-10,09*
75-79	28,8	1,5	36,7	2,0	40,3	3,3	50,7	1,3	21,84	2,01	-10,84*
80+	25,2	1,6	35,9	2,2	43,0	3,7	51,2	1,3	25,96	2,09	-12,39*
Hospitalización											
50-54	7,2	0,5	5,9	0,6	9,1	1,4	9,5	0,8	2,26	0,93	-2,44*
55-59	7,2	0,6	9,0	0,7	7,3	1,3	10,5	0,8	3,23	0,99	-3,24*
60-64	7,0	0,6	8,7	0,7	9,1	1,3	12,3	0,9	5,30	1,05	-5,05*
65-69	7,5	0,6	9,1	0,8	11,1	1,6	11,6	0,8	4,13	0,98	-4,18*
70-74	7,9	0,8	10,8	1,0	12,7	1,9	15,1	0,9	7,20	1,15	-6,21*
75-79	8,8	0,9	13,0	1,4	16,7	2,5	16,3	1,0	7,57	1,37	-5,52*
80+	9,4	1,1	12,1	1,5	15,1	2,7	18,3	1,0	8,92	1,50	-5,93*
Urgencias											
50-54	10,7	0,6	11,8	0,8	16,8	1,8	23,4	1,1	12,73	1,27	-9,99*
55-59	10,3	0,7	13,9	0,9	16,8	1,9	23,1	1,1	12,77	1,31	-9,74*
60-64	10,7	0,7	12,3	0,8	18,4	1,7	25,7	1,2	14,95	1,36	-10,95*
65-69	8,4	0,6	11,5	0,9	20,2	2,0	26,0	1,1	17,59	1,25	-14,04*
70-74	9,6	0,8	16,3	1,2	17,8	2,2	29,3	1,1	19,68	1,38	-14,24*
75-79	11,1	1,0	17,0	1,6	19,9	2,7	31,4	1,3	20,37	1,62	-12,53*
80+	9,2	1,1	18,7	1,8	21,8	3,1	33,6	1,3	24,40	1,66	-14,69*

*P<0,05 Dif.: Diferencia 2003-1987.

Tabla 28

de 65 años, las triplican. Analizando separadamente los resultados por sexo, se aprecia que el crecimiento entre el año 1987 y el año 2003 ha sido más importante en las mujeres que en los hombres (ver Gráfico 25). La prevalencia en hombres se ha duplicado en este período, mientras que en las mujeres no sólo se ha duplicado, sino que a partir de los 65 años se ha triplicado la prevalencia observada en el año 1987. Este cambio en el crecimiento se refleja en que las prevalencias en mujeres, que hasta los 60 años de edad coincidían con las de los hombres, a partir de los 60 años son consistentemente mayores que las de los hombres.

Prevalencia de ingreso en hospital en el último año por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

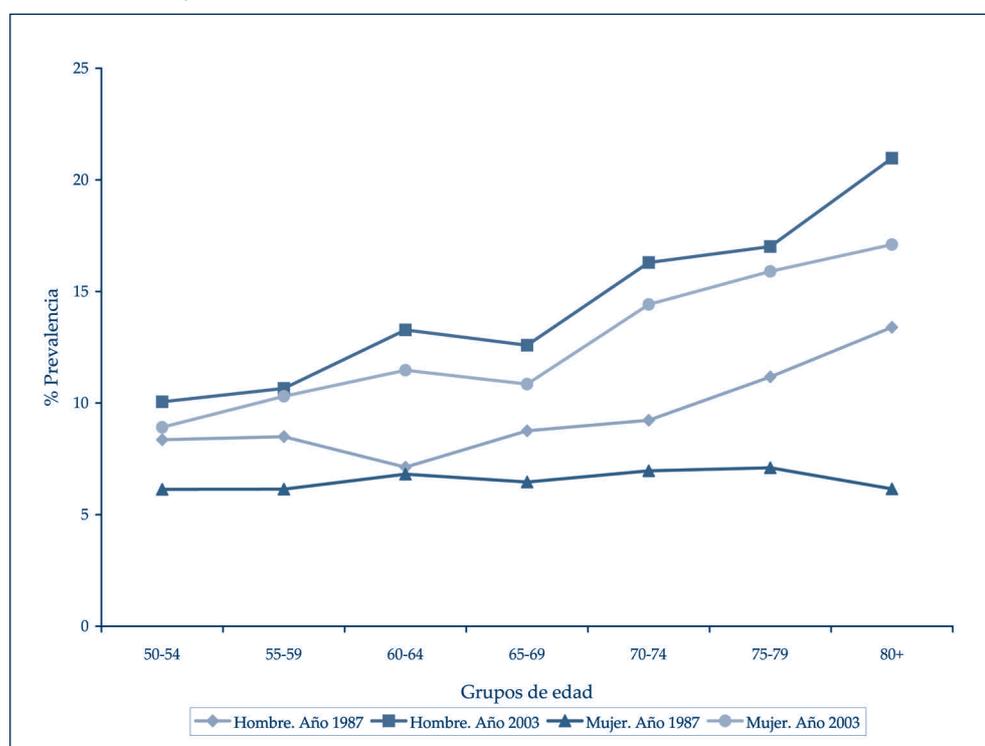


Gráfico 24

Prevalencia de visitas de urgencias en el último año por grupos de edad y sexo.
Población de 50 y más años. 1987-2003.

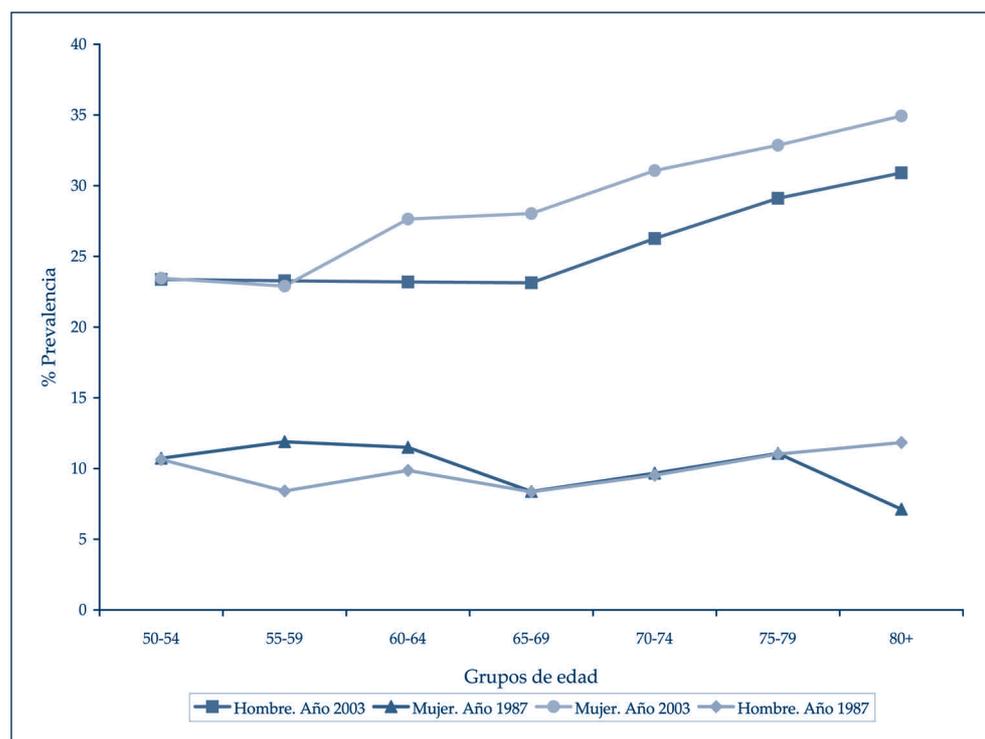


Gráfico 25



El consumo sanitario (consumo de medicamentos, visitas al médico, ingreso en hospital y visitas a urgencias) sufre un incremento constante debido a los cambios en mortalidad y morbilidad en la población, que suponen una transición epidemiológica de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas (EPOC “Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica”, cardiopatía isquémica, neoplasias, artrosis, demencias...), tal como se ha visto en apartados anteriores. Otro factor determinante es el aumento de la esperanza y calidad de vida, con lo que las personas en grupos de edad avanzada están en un mejor estado de salud, presentan menos patologías agudas y más patologías crónicas, y realizan un mayor consumo sanitario. En el análisis del consumo sanitario no farmacológico desglosado por ámbitos (ver Gráfico 26) se puede observar que las hospitalizaciones y visitas a urgencias tienen una relación constante a medida que avanza el grupo de edad, mientras que las visitas al médico presentan aumentos mayores según avanza el grupo de edad.

Prevalencia de consultas al médico, hospitalizaciones y visitas de urgencias por grupos de edad y sexo. Población de 50 y más años. 2003.

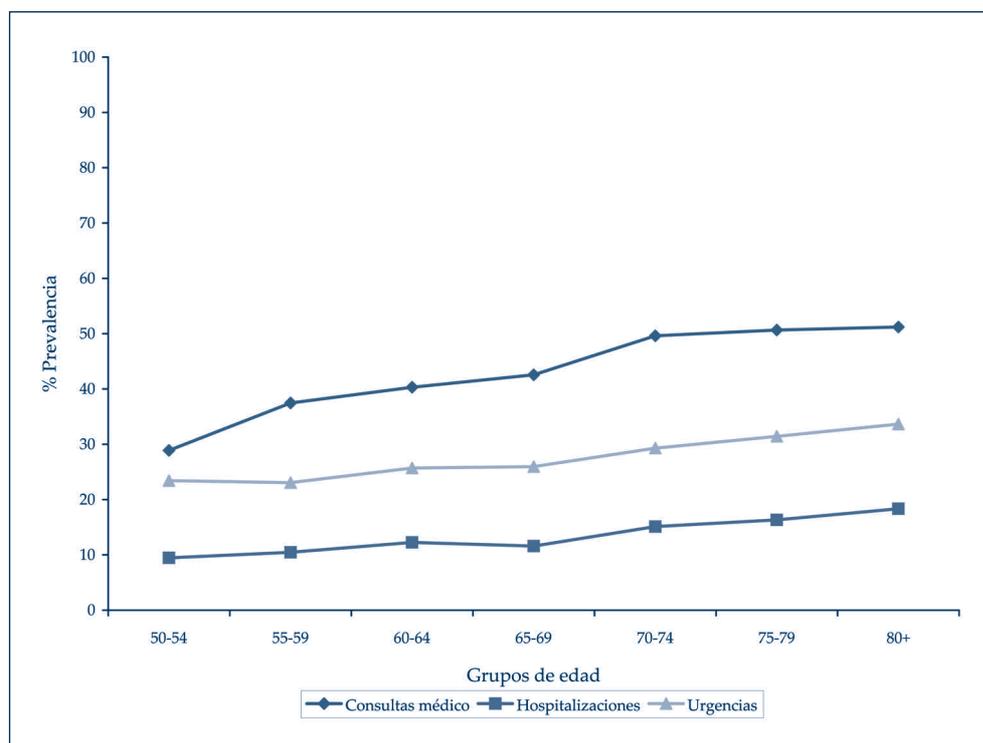


Gráfico 26

ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DEL ESTADO DE SALUD

En las siguientes tablas se recogen los resultados del análisis univariable relativo a una selección de variables que aparecen en la ENS-2003 y que la literatura especializada relaciona con los determinantes del estado de salud autopercibida de la población. El Odds Ratio (OR) indica la oportunidad de que los individuos valoren de forma positiva su salud (muy buena y buena), frente a la oportunidad

de que éstos la valoren de forma negativa (regular, mala y muy mala). Los estadísticos χ^2 y V de Cramer indican si los resultados del análisis univariante son significativos²⁶.

Las variables se han agrupado en cinco categorías: variables sociodemográficas; de morbilidad; de consumos sanitarios; de hábitos de salud; y de dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD).

En la Tabla 29 se muestran los resultados del análisis univariable de las variables sociodemográficas. Éstas comprenden la edad, el sexo, el nivel de estudios finalizados, la situación laboral y los ingresos del hogar. Los resultados indican que todas estas variables influyen individualmente en la autopercepción de salud. Tal como se había indicado anteriormente, cuando aumenta la edad disminuye la probabilidad de manifestar un buen estado de salud; y, los hombres presentan una

Análisis univariable. Variables sociodemográficas. Población de 50 y más años. Año 2003.

Variabes	%	Casos	%SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Edad							
50-54	13,7	1.405	64,7	409,1*	0,199	3,3	2,8 - 3,9
55-59	13,6	1.396	56,7			2,4	2,0 - 2,7
60-64	13,3	1.362	51,2†			1,9	1,6 - 2,2
65-69	15,7	1.614	46,3†			1,6	1,3 - 1,8
70-74	16,6	1.707	40,4‡			1,2	1,1 - 1,4
75-79	13,4	1.378	36,3‡			1,0	0,9 - 1,2
>80	13,7	1.412	35,7‡			1	
Sexo							
Hombre	40,7	4.178	54,4	149,4*	0,121	1,6	1,5 - 1,8
Mujer	59,3	6.096	42,1			1	
Estudios finalizados							
Ningún estudio	27,4	2.816	31,2	579,9*	0,238	1	
Estudios primarios	50,0	5.139	48,3			2,0	1,9 - 2,7
Estudios secundarios	13,9	1.428	60,0			3,3	2,9 - 3,8
Estudios superiores	8,7	891	72,5			5,8	4,8 - 7,0
Situación laboral							
Trabaja	18,8	1.930	68,8	543,8*	0,230	1	
En paro	1,9	193	54,4			0,5	0,4 - 0,7
Pensionista	45,2	4.642	42,8			0,3	0,3 - 0,3
Sus labores	28,6	2.943	43,8			0,3	0,3 - 0,4
Otras situaciones	5,5	566	23,3			0,1	0,1 - 0,1
Ingresos del hogar							
menos de 360 euros	3,0	310	28,7	273,0*	0,163	1	
de 361 a 600 euros	23,4	2.408	37,9			1,5	1,2 - 2,0
de 601 a 900 euros	18,5	1.899	42,4			1,8	1,4 - 2,4
de 901 a 1.200 euros	13,0	1.336	48,3			2,3	1,8 - 3,0
de 1.201 a 1.800 euros	10,7	1.102	53,3			2,8	2,1 - 3,7
Más de 1.800 euros	7,5	771	61,6			4,0	3,0 - 5,3
No contesta	23,8	2.444	54,2			2,9	2,3 - 3,8

* $p \leq 0,001$. † ‡ No hay diferencias significativas ($p > 0,05$) entre las categorías señaladas. SP+: buen estado de salud. OR: Odds ratio.



mayor probabilidad de buen estado de salud que las mujeres. Así mismo, se observa que al aumentar el nivel de estudios de la persona, así como los ingresos mensuales del hogar donde ésta reside, aumenta la probabilidad de presentar un buen estado de salud. Respecto al nivel de ingresos destaca la asociación de las personas que no contestan a esta pregunta con el buen estado de salud percibida, en niveles similares a los que responden encontrarse en la categoría de 1.201 a 1.800 euros. Por otra parte, la situación laboral presenta una asociación muy importante, mostrando un impacto negativo sobre la probabilidad de manifestar un buen estado de salud el hecho de encontrarse en otras situaciones que no sea trabajando. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que esta variable, así como nivel de estudios e ingresos del hogar, puede reflejar en realidad la influencia de la edad y del sexo.

Los resultados del análisis univariable de las variables de morbilidad se presentan en la Tabla 30. Las variables estudiadas corresponden a la existencia de una restricción de la actividad en las 2 semanas previas; así como los diagnósticos de las siguientes enfermedades crónicas: colesterol elevado, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, problemas de estómago, asma o bronquitis, alergias, enfermedades mentales (que no incluyan depresión), depresión, migrañas, mala circulación, hernias, artrosis, osteoporosis, problemas del período menopáusico (sin incluir osteoporosis) y problemas de la próstata. Además se han construido tres variables de presencia de alguna enfermedad crónica: crónicas-14, que indica la prevalencia de al menos una de las enfermedades de la tabla (exceptuando los problemas menopáusicos y prostáticos), n crónicas-14 que indica el número de estas enfermedades

Análisis univariable. Variables de morbilidad. Población de 50 y más años. Año 2003.

Variables	%	Casos	% SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Colesterol elevado							
Sí	20,5	2.112	34,0%	183,1*	0,134	1	
No	79,5	8.185	50,5%			4,771	1,792 – 2,189
Tensión alta							
Sí	34,0	3.505	35,2%	301,7*	0,171	1	
No	66,0	6.792	53,2%			1,980	1,928 – 2,282
Diabetes							
Sí	12,9	1.331	27,2%	242,1*	0,154	1	
No	87,1	8.966	50,0%			2,098	2,358 – 3,044
Enfermedades del corazón							
Sí	13,9	1.428	20,3%	477,3*	0,216	1	
No	86,1	8.869	51,4%			2,679	3,631 – 4,763
Problemas de estómago							
Sí	4,5	460	21,6%	125,6*	0,111	1	
No	95,5	9.837	48,3%			4,158	2,708 – 4,265
Asma o bronquitis							
Sí	9,3	955	17,4%	372,5*	0,190	1	
No	90,7	9.342	50,1%			3,395	4,017 – 5,668



VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Alergia							
Sí	8,4	863	30,7%	101,5*	0,099	1	
No	91,6	9.411	48,6%			2,133	1,836 – 2,479
Enfermedades mentales, excepto depresión							
Sí	2,5	253	17,4%		0,095	1	
No	97,5	10.021	47,8%	91,8*		4,357	3,140 – 6,044
Depresión'							
Sí	10,0	1.028	12,7%		0,229	1	
No	90,0	9.246	50,9%	540,8*		7,101	5,885 – 8,568
Migrañas'							
Sí	8,1	835	21,0%		0,156	1	
No	91,9	9.439	49,4%	249,1*		3,682	3,102 – 4,371
Mala circulación'							
Sí	23,2	2.383	20,7%		0,291	1	
No	76,8	7.891	55,1%	868,0*		4,697	4,214 – 5.236
Hernias'							
Sí	8,6	888	22,2%		0,153	1	
No	91,4	9.386	49,4%	242,0*		3,431	2,914 – 4,040
Artrosis'							
Sí	37,9	3.895	24,6%		0,353	1	
No	62,1	6.379	60,8%	1.276,9*		4,770	4,365 – 5,212
Osteoporosis'							
Sí	10,8	1.110	19,2%		0,195	1	
No	89,2	9.164	50,5%	388,9*		4,291	3,675 – 5,010
Problemas menopáusicos'							
Sí	3,7	227	33,0%	7,957*	0,036	1	
No	96,3	5.869	42,5%			1,827	1,382 – 2,416
Problemas prostáticos'							
Sí	13,0	542	30,4%	143,5*	0,185	1	1,750 – 2,545
No	87,0	3.636	57,9%			2,111	
Crónicas-14							
Sí	76,4	7.846	37,2%	1.315,8*	0,358	1	
No	23,6	2.428	79,2%			6,441	5,781 - 7,177
N Crónicas-14							
Ninguna	23,6	2.428	79,2	2.427,2*	0,486	51,502	40,217 – 65,954
1	23,9	2.451	58,7			19,199	15,089 – 24,429
2	19,4	1.994	44,5			10,837	8,494 – 13,827
3-4	21,8	2.239	22,8			3,989	3,114 – 5,110
5 o más	11,3	1.162	6,9			1	
Crónicas-8							
Sí	60,4	6.208	35,9%	783,0*	0,276	1	
No	39,6	4.066	64,1%			3,185	2,933 – 3,459
Restricción actividad 2 semanas previas							
Sí	17,5	1.793	13,5%	983,78*	0,309	1	
No	82,5	8.481	54,2%			7,582	6,578 – 8,739

' Enfermedades crónicas que no se incluyen en Crónicas-8
* p ≤ 0,001.



crónicas manifestadas; así como crónicas-8 que agrupa las enfermedades anteriores excepto la depresión, las migrañas, mala circulación, hernias, artrosis y osteoporosis. La exclusión de estas enfermedades se ha realizado en base a la disponibilidad de estas variables en las ENS de años anteriores. Todas las enfermedades crónicas presentan una relación significativa con la autopercepción de salud por los estadísticos χ^2 y V de Cramer.

En general, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que el no presentar enfermedades crónicas aumenta considerablemente la oportunidad de los individuos de valorar positivamente su estado de salud, sobre todo respecto a aquellos que reportan 5 ó más enfermedades crónicas, independientemente de cuales sean éstas. A nivel de enfermedades concretas, se detecta que la ausencia de depresión presenta el mayor impacto positivo sobre la oportunidad de reportar un buen estado de salud. En cambio, el colesterol, la hipertensión y las alergias presentan impactos más reducidos sobre el estado de salud positivo que el resto de enfermedades crónicas. Finalmente, se observa también que cuando la enfermedad comporta una restricción en la actividad de las personas, se produce un impacto negativo sobre la percepción de salud.

Los resultados del análisis univariable de las variables de consumos sanitarios se presentan en la Tabla 31. Se dispone de variables relativas al consumo de medicamentos, al número de medicamentos que se consumen, a la consulta al médico en las dos últimas semanas, al empleo del servicio de urgencias en el último año, así como a la hospitalización en el último año. Los estadísticos, χ^2 y V de Cramer,

Análisis univariable. Variables de consumo sanitario. Año 2003.

VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Consumo de medicamentos en las 2 semanas previas							
Sí	79,84	8.203	39,0	1.059,69*	0,321	1	
No	20,16	2.071	79,0			5,87	5,24 - 6,59
Número de medicamentos consumidos en las 2 semanas previas							
0	20,16	2.071	79,0	2.277,95*	0,471	84,62	58,48 - 122,45
1	28,55	2.933	60,7			34,79	24,23 - 49,95
2	22,52	2.314	39,7			14,80	10,28 - 21,29
3	13,81	1.419	25,2			7,56	5,20 - 10,99
4	7,64	785	14,5			3,82	2,55 - 5,74
5 o más	7,32	752	4,3			1	
Consultas al médico en las 2 semanas previas							
Sí	43,15	4.433	32,3	682,16*	0,258	1	
No	56,85	5.841	58,3			2,93	2,70 - 3,18
Urgencias en el último año							
Sí	27,53	2.828	26,1	692,57*	0,260	1	
No	72,47	7.446	55,1			3,48	3,16 - 3,83
Hospitalización en el último año							
Sí	13,38	1.375	21,1	430,66*	0,205	1	
No	86,62	8.899	51,1			3,91	3,41 - 4,48

* $p \leq 0,001$.

indican que todas las variables analizadas presentan una relación significativa con la autopercepción de salud, especialmente la que corresponde al número de medicamentos que se consumen.

Los resultados del análisis univariable de las variables relacionadas con los hábitos de salud se resumen en la Tabla 32. Se han incluido variables relativas al hábito de fumar, al consumo de alcohol, a las horas de sueño, la realización de alguna actividad física en el tiempo libre y se ha construido el índice de masa corporal a partir de los datos subjetivos de peso y altura de los individuos. Los estadísticos, χ^2 y V de Cramer, indican que todas las variables analizadas presentan una relación significativa, pero muy baja, con la autopercepción de salud. Esto puede deberse a que la construcción de estas variables no refleja bien los hábitos de salud, en particular el consumo de alcohol y la actividad física. En los resultados destaca que los fumadores presentan una mejor percepción de salud que los que han dejado de fumar y también respecto a los que no lo han hecho nunca. Así mismo destaca que las personas que duermen 7 horas o más presentan un mejor estado de salud que el resto. Las personas que presentan un peso normal o sobrepeso según la clasificación de la OMS tienen mayor probabilidad de autopercebir un buen estado de salud que las personas con obesidad.

En la Tabla 33 se presentan los resultados del análisis univariable de la pregunta relativa a la dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) que la Encuesta Nacional de Salud del 2003 ha incorporado por vez primera

Análisis univariable. Variables relativas a hábitos saludables. Año 2003.

VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Fumar							
Fuma	14,15	1.454	58,2	114,5	0,106	1,80	1,60 - 2,02
Ha dejado de fumar	20,39	2.095	50,5			1,32	1,20 - 1,46
No ha fumado nunca	65,46	6.725	43,6			1	
Ha bebido alguna vez en el último año							
Sí	48,20	5.322	55,8	288,12	0,167	1	
No	51,80	4.952	39,0			0,51	0,47 - 0,55
Horas de sueño							
<4 horas	5,20	534	25,5	325,85	0,178	0,43	0,35 - 0,53
5-6 horas	25,30	2.599	38,1			0,78	0,69 - 0,87
7-8 horas	49,39	5.074	55,2			1,56	1,40 - 1,73
>8 horas	20,12	2.067	44,2			1	
Índice de masa corporal							
<18,5	1,00	96	35,4	151,481	0,123	0,10	0,64 - 1,50
18,5-24,9	33,20	3.327	52,7			1,98	1,77 - 2,22
25-29,9	45,50	4.552	48,5			1,68	1,51 - 1,87
>=30	20,30	2.033	36,0			1	
Realiza actividad física en el tiempo libre							
Sí	41,04	4.216	55,6	206,5	0,142	1	
No	58,96	6.058	41,2			0,56	0,52 - 0,61



en esta operación estadística. Esta variable se ha incorporado en el módulo de hogar y la pregunta se realiza a todos los miembros del hogar, a diferencia de la lista de actividades específicas de la vida diaria que sólo se realiza a personas mayores de 65 años. Estas actividades se analizan más adelante. Los estadísticos, χ^2 y V de Cramer, indican la presencia de una relación significativa entre las dificultades en la realización de AVD y la autopercepción de salud.

Análisis univariable. Variable de dificultad en las AVD. Población de 50 y más años. Año 2003.

Variables	%	Casos	% SP+	χ^2 *	V Cramer	OR	IC95%
Dificultad en las AVD							
Sin dificultad	82,12	8.437	54,5	1.056,7	0,321	14,79	10,88 - 20,09
Moderada	12,04	1.237	15,6			2,28	1,62 - 3,20
Grave o absoluta	5,84	600	7,5			1	

Tabla 33

A partir de las variables independientes que han presentado una relación significativa con el estado de salud autopercebida en los análisis anteriores se han construido dos modelos de análisis multivariable. En el análisis multivariado no se han incluido las enfermedades relacionadas con problemas del período menopáusico y problemas de la próstata por tratarse de problemas que no se dan en ambos sexos. Las diferencias entre ambos modelos consisten en que en el primero se han incluido las distintas enfermedades crónicas sobre las que se dispone información y la variable del consumo de medicamentos; en cambio, en el segundo modelo se han sustituido las variables anteriores por la variable general de número de enfermedades crónicas y número de medicamentos que se consume. Los resultados obtenidos se resumen en la Tabla 34.

Análisis multivariable.

Variables	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Edad						
50-54	0,64	0,51 – 0,81	0,000	0,63	0,51 – 0,79	0,000
55-59	0,62	0,50 – 0,77	0,000	0,63	0,51 – 0,78	0,000
60-64	0,68	0,55 – 0,84	0,000	0,70	0,57 – 0,86	0,001
65-69	0,66	0,54 – 0,80	0,000	0,66	0,55 – 0,81	0,000
70-74	0,70	0,57 – 0,85	0,000	0,71	0,58 – 0,86	0,000
75-79	0,67	0,55 – 0,82	0,000	0,67	0,55 – 0,82	0,000
>80	1			1		
Sexo						
Hombre	0,87	0,76 – 0,99	0,041	0,85	0,75 – 0,97	0,017
Mujer	1			1		
Estudios						
Ningún estudio	1			1		
Estudios primarios	1,38	1,21 – 1,56	0,000	1,40	1,24 – 1,60	0,000
Estudios secundarios	1,67	1,40 – 1,98	0,000	1,71	1,44 – 2,03	0,000
Estudios superiores	2,75	2,16 – 3,51	0,000	2,82	2,22 – 3,59	0,000

Tabla 34

Variables	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Situación laboral						
Trabaja	1			1		
En paro	1,07	0,81 – 1,41	0,655	1,02	0,77 – 1,35	0,884
Pensionista	0,92	0,75 – 1,14	0,472	1,03	0,82 – 1,28	0,803
Sus labores	0,61	0,47 – 0,77	0,000	1,09	0,64 – 1,9	0,738
Otras situaciones	0,68	0,53 – 0,88	0,004	0,95	0,70 – 1,28	0,719
Ingresos del hogar						
menos de 360 euros	1			1		
de 361 a 600 euros	1,45	1,04 – 2,03	0,028	1,50	1,08 – 2,09	0,015
de 601 a 900 euros	1,34	0,95 – 1,87	0,090	1,42	1,01 – 1,98	0,040
de 901 a 1.200 euros	1,49	1,05 – 2,10	0,024	1,55	1,10 – 2,18	0,012
de 1.201 a 1.800 euros	1,53	1,08 – 2,18	0,017	1,60	1,13 – 2,27	0,008
Más de 1.800 euros	1,55	1,07 – 2,24	0,021	1,63	1,13 – 2,33	0,009
No contesta	1,56	1,12 – 2,18	0,009	1,67	1,20 – 2,32	0,002
Colesterol elevado						
Sí	1					
No	1,09	0,95 – 1,24	0,221			
Tensión alta						
Sí	1					
No	1,02	0,91 – 1,15	0,718			
Diabetes						
Sí	1					
No	1,60	1,36 – 1,89	0,000			
Enfermedades del corazón						
Sí	1					
No	1,80	1,51 – 2,15	0,000			
Problemas de estómago						
Sí	1					
No	1,52	1,14 – 2,02	0,004			
Asma o bronquitis						
Sí	1					
No	2,54	2,06 – 3,13	0,000			
Depresión'						
Sí	1					
No	3,39	2,70 – 4,25	0,000			
Migrañas'						
Sí	1					
No	1,31	1,05 – 1,63	0,017			
Mala circulación'						
Sí	1					
No	1,71	1,49 – 1,97	0,000			
Hernias'						
Sí	1					
No	1,80	1,47 – 2,21	0,000			



Variables	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Artrosis'						
Sí	1					
No	2,19	1,96 – 2,46	0,000			
Osteoporosis'						
Sí	1					
No	1,43	1,17 – 1,74	0,000			
N Crónicas-13						
Ninguna				10,35	7,67 – 13,98	0,000
1				5,30	3,99 – 7,05	0,000
2				3,97	3,00 – 5,26	0,000
3-4				2,15	1,63 – 2,82	0,000
5 o más				1		
Restricción actividad en las 2 semanas previas						
Sí	1			1		
No	2,73	2,30 – 3,24	0,000	2,85	2,41 – 3,38	0,000
Consumo de medicamentos en las 2 semanas previas						
Sí	1					
No	1,73	1,37 – 2,18	0,000			
Número de medicamentos consumidos en las 2 semanas previas						
0				6,05	3,23 – 11,35	0,000
1				34,02	2,25 – 7,18	0,000
2				2,92	1,66 – 5,12	0,000
3				2,40	1,60 – 3,61	0,000
4				1,97	1,27 – 3,06	0,002
5 o más				1		
Consultas al médico en las 2 semanas previas						
Sí	1			1		
No	1,27	1,14 – 1,42	0,000	1,25	1,12 – 1,39	0,000
Urgencias en el último año						
Sí	1			1		
No	1,66	1,46 – 1,88	0,000	1,64	1,45 – 1,86	0,000
Hospitalización en el último año						
Sí	1			1		
No	2,15	1,80 – 2,56	0,000	2,13	1,79 – 2,54	0,000
Fumar						
Fuma	0,88	0,75 – 1,03	0,117	0,86	0,73 – 1,02	0,075
Ha dejado de fumar	1,08	0,93 – 1,25	0,331	1,08	0,93 – 1,25	0,310
No ha fumado nunca	1			1		
Ha bebido alguna vez en el último año						
Sí	1			1		
No	0,78	0,70 – 0,87	0,000	0,77	0,69 – 0,85	0,000
Horas de sueño						
<4 horas	0,59	0,45 – 0,78	0,000	0,58	0,45 – 0,76	0,000
5-6 horas	0,73	0,63 – 0,86	0,000	0,76	0,65 – 0,88	0,000
7-8 horas	1,09	0,95 – 1,25	0,220	1,10	0,96 – 1,26	0,157
>8 horas	1			1		

Tabla 34 (Cont.)

Variables	Modelo 1			Modelo 2		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Índice de masa corporal						
<18,5	0,69	0,40 – 1,20	0,189	0,69	0,40 – 1,19	0,180
18,5-24,9	1,07	0,92 – 1,24	0,353	1,05	0,91 – 1,21	0,525
25-29,9	1,10	0,96 – 1,25	0,182	1,13	0,98 – 1,29	0,082
>=30	1			1		
Realiza actividad física en el tiempo libre						
Sí	1			1		
No	0,74	0,67 – 0,82	0,000	0,72	0,65 – 0,80	0,000
Dificultad en las AVD						
No tiene dificultad	5,22	3,65 – 7,48	0,000	4,89	3,42 – 6,97	0,000
Tiene dificultad moderada	2,08	1,41 – 3,09	0,000	1,89	1,28 – 2,78	0,001
Tiene dificultad grave o absoluta	1			1		
Prueba de Hosmer y Lemeshow	35,461	Sign.	0,000	13,795	Sign.	0,087
R cuadrado de Cox y Snell	0,353			0,342		
R cuadrado de Nagelkerke	0,471			0,456		

Tabla 34 (Cont.)

En general se detecta que es más probable que una persona manifieste un buen estado de salud si no toma ningún tipo de medicamento y si no tiene ninguna dificultad para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). En el modelo 2, que incluye el número de medicamentos, se obtiene que una persona que no toma ningún medicamento tiene hasta seis veces más oportunidades de manifestar un buen estado de salud que aquellas que toman 5 ó más medicamentos. En los dos modelos las personas que no tienen dificultades en las AVD tienen alrededor de cinco veces más oportunidades de buen estado de salud que los que tienen dificultades graves o absolutas.

Las personas que no padecen ninguna enfermedad crónica presentan 10 veces más probabilidades de tener buen estado de salud respecto las personas que tienen 5 ó más enfermedades crónicas diagnosticadas. Las enfermedades crónicas que tienen un impacto más importante son la depresión, el asma y la artrosis. El colesterol elevado y la hipertensión son enfermedades crónicas que no están asociadas a un peor estado de salud autopercebido. La restricción de la actividad por las enfermedades crónicas comporta la reducción de las oportunidades de tener un buen estado de salud, incluso después de haber introducido dentro de ambos modelos la variable relacionada con las dificultades en las AVD. Entre los consumos sanitarios, la hospitalización aparece como la variable que tiene mayor impacto sobre la percepción de salud. La consulta al médico en las dos últimas semanas tiene una influencia reducida.

Después de ajustar los modelos multivariantes con las variables de comorbilidad, consumo sanitario, hábitos de salud y dificultades para las AVD, el impacto de las variables sociodemográficas se reduce. No obstante, el nivel de estudios superiores de la población sigue teniendo una importancia muy elevada en las oportunidades de manifestar un buen estado de salud respecto a la población que



no tiene ningún tipo de estudio. En el modelo 2 no hay diferencias entre las categorías de la variable de situación laboral, en cambio en el modelo 1 sólo hay diferencias entre las personas que se dedican a "sus labores" y a "otras situaciones", las cuales presentan una menor oportunidad de manifestar un buen estado de salud, que el resto. Respecto a los ingresos las diferencias entre las categorías se reducen mucho en ambos modelos.

Finalmente las variables de edad y sexo pierden significatividad después de ajustar el modelo multivariable, lo que pone de manifiesto que controladas las otras variables las diferencias en las oportunidades de presentar un buen estado de salud a diferentes edades desaparece, y, así mismo, entre hombres y mujeres -de hecho, se produce incluso una cierta inversión en las oportunidades de buen estado de salud a favor de las mujeres-. Estos resultados evidencian que las políticas de salud que permitan retrasar la aparición de las dificultades en las AVD, las enfermedades crónicas y que promuevan hábitos saludables pueden tener impactos favorables en la autopercepción positiva del estado de salud de las personas a pesar del impacto del envejecimiento.

EL ESTADO DE SALUD Y LA DEPENDENCIA

El análisis multivariable anterior ha puesto de manifiesto la importancia de las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria a la hora de manifestar un buen estado de salud. En el epígrafe anterior se han presentado datos que evidencian la correlación de las dificultades en las actividades de la vida diaria con la edad de los individuos. Siendo este un fenómeno que a nivel demográfico adquiere una gran importancia, en términos de prevalencia, a partir de los 65 años. En este ámbito la Encuesta Nacional de Salud incorpora una amplia lista de actividades de la vida diaria sobre las que se pregunta exclusivamente a las personas mayores por su

Análisis univariable. Variables relativas a actividades instrumentales.
Población de 65 y más años. Año 2003.

Variables	%	Casos	% SP+	χ^2 *	V Cramer	OR	IC95%
Utilizar el teléfono							
No requiere ayuda	91,87	5.614	42,09	134,6	0,148	3,96	3,09 – 5,08
Requiere ayuda	8,13	497	15,49			1	
Comprar comida o ropa							
No requiere ayuda	86,11	5.262	44,62	347,9	0,239	6,63	5,30 – 8,29
Requiere ayuda	13,89	849	10,84			1	
Coger el autobús, metro, taxi, etc...							
No requiere ayuda	83,03	5.074	45,53	390,6	0,253	5,83	4,81 – 7,06
Requiere ayuda	16,97	1.037	12,54			1	
Preparar su propio desayuno							
No requiere ayuda	92,78	5.670	42,19	167,1	0,165	5,97	4,41 – 8,10
Requiere ayuda	7,22	441	10,88			1	
Preparar su propia comida							
No requiere ayuda	90,82	5.550	42,74	199,1	0,181	5,41	4,18 – 7,01
Requiere ayuda	9,18	561	12,12			1	

VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2^*	V Cramer	OR	IC95%
Tomar medicinas							
No requiere ayuda	92,57	5.657	42,16	158,1	0,161	5,29	3,97 – 7,04
Requiere ayuda	7,43	454	12,11			1	
Administrar su propio dinero							
No requiere ayuda	91,51	5.592	42,44	172,6	0,168	4,97	3,83 – 6,46
Requiere ayuda	8,49	519	12,91			1	
Cortar una rebanada de pan							
No requiere ayuda	95,35	5.827	41,32	102,0	0,129	5,55	3,83 – 8,04
Requiere ayuda	4,65	284	11,27			1	
Coser un botón							
No requiere ayuda	87,86	5.369	43,55	241,3	0,199	4,84	3,90 – 6,01
Requiere ayuda	12,14	742	13,75			1	
Fregar los platos							
No requiere ayuda	91,25	5.576	42,77	214,8	0,188	6,52	4,91 – 8,67
Requiere ayuda	8,75	535	10,28			1	
Hacer la cama							
No requiere ayuda	89,18	5.450	43,54	274,2	0,212	6,84	5,28 – 8,85
Requiere ayuda	10,82	661	10,14			1	
Cambiar las sábanas de la cama							
No requiere ayuda	86,93	5.312	44,33	328,7	0,232	6,69	5,31 – 8,43
Requiere ayuda	13,07	799	10,64			1	
Lavar ropa ligera a mano							
No requiere ayuda	87,19	5.328	44,28	327,6	0,232	6,89	5,44 – 8,72
Requiere ayuda	12,81	783	10,34			1	
Lavar ropa a máquina							
No requiere ayuda	89,05	5.442	43,22	224,5	0,192	5,03	3,99 – 6,33
Requiere ayuda	10,95	669	13,15			1	
Limpiar la casa o el piso							
No requiere ayuda	83,69	5.114	45,40	391,9	0,253	6,20	5,07 – 7,57
Requiere ayuda	16,31	997	11,84			1	
Limpiar una mancha del suelo							
No requiere ayuda	77,11	4.712	47,71	519,4	0,292	5,74	4,87 – 6,75
Requiere ayuda	22,89	1.399	13,72			1	

* Significativa en todas las variables

Tabla 35 (Cont.)

Análisis univariable. Variables de actividades básicas. Población de 65 y más años. Año 2003.

VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2^*	V Cramer	OR	IC95%
Comer							
No requiere ayuda	96,81	5.916	40,92	76,5	0,112	6,42	3,99 – 10,33
Requiere ayuda	3,19	195	9,74			1	
Vestirse							
No requiere ayuda	93,68	5.725	42,11	180,4	0,172	8,96	6,11 – 13,12
Requiere ayuda	6,32	386	7,51			1	
Peinarse, afeitarse							
No requiere ayuda	95,35	5.827	41,36	107,0	0,132	5,97	4,08 – 8,75
Requiere ayuda	4,65	284	10,56			1	



VARIABLES	%	Casos	% SP+	χ^2 *	V Cramer	OR	IC95%
Andar							
No requiere ayuda	94,06	5.748	41,88	153,0	0,158	7,20	5,02 – 10,34
Requiere ayuda	5,94	363	9,09			1	
Levantarse de la cama y acostarse							
No requiere ayuda	95,14	5.814	41,54	129,2	0,145	7,73	5,12 – 11,68
Requiere ayuda	4,86	297	8,42			1	
Cortarse las uñas de los pies							
No requiere ayuda	73,08	4.466	48,07	459,0	0,274	4,27	3,72 – 4,91
Requiere ayuda	26,92	1.645	17,81			1	
Lavarse cara y parte superior del cuerpo							
No requiere ayuda	94,96	5.803	41,58	131,3	0,147	7,41	4,97 – 11,03
Requiere ayuda	5,04	308	8,77			1	
Ducharse o bañarse							
No requiere ayuda	88,41	5.403	43,66	270,9	0,211	6,00	4,73 – 7,61
Requiere ayuda	11,59	708	11,44			1	
Subir diez escalones							
No requiere ayuda	86,52	5.287	44,60	356,8	0,242	7,28	5,76 – 9,21
Requiere ayuda	13,48	824	9,95			1	
Andar durante una hora seguida							
No requiere ayuda	77,50	4.736	48,18	598,1	0,313	7,16	6,01 – 8,53
Requiere ayuda	22,50	1.375	11,49			1	
Quedarse solo durante la noche							
No requiere ayuda	91,65	5.601	42,65	207,7	0,184	6,69	4,99 – 8,98
Requiere ayuda	8,35	510	10,00			1	

* Significativa en todas las variables

Tabla 36 (Cont.)

capacidad para realizar dichas actividades sin necesidad de ayuda de otra persona. Estas actividades se clasifican como instrumentales (AIVD) o básicas (ABVD).

En las tablas anteriores (ver Tabla 35 y Tabla 36) se han presentado los resultados del análisis univariable realizado con las actividades instrumentales y básicas que aparecen en la encuesta. Todas las actividades consideradas presentan una relación significativa e importante con el buen estado de salud, de acuerdo con los estadísticos χ^2 y V de Cramer. La asociación más elevada se encuentra en andar durante una hora seguida.

En la tabla siguiente (Tabla 37) se presenta el análisis univariado de la auto-percepción de buena salud según el nivel de dependencia del individuo. Se puede

Análisis univariado. Variables de niveles de dependencia. Población de 65 y más años. Año 2003.

Nivel de dependencia	%	Casos	% SP+	χ^2	V Cramer	OR	IC95%
Autónomo	71,48	4.368	50,37	702,5	0,339	10,77	6,62 – 17,52
Sólo AIVD	15,09	922	15,94			2,01	1,20 – 3,37
1-2 ABVD	7,82	478	13,81			1,70	0,98 – 2,94
3-4 ABVD	2,19	134	6,72			0,76	0,33 – 1,75
5-6 ABVD	3,42	209	8,61			1	

Tabla 37



observar que la autopercepción de buena salud disminuye al incrementarse el nivel de dependencia de la persona, aunque una vez se ven afectadas las actividades básicas de la vida diaria no se observan diferencias significativas según estén afectadas más o menos actividades.

La autopercepción del buen estado de salud disminuye en ambos sexos según aumenta el nivel de dependencia, observándose la mayor diferencia entre el grupo de personas autónomas y los grupos de personas con el primer grado de dependencia. Una vez instaurada la dependencia en actividades instrumentales, la disminución de la percepción del buen estado de salud es más gradual en las mujeres, con lo que se reducen las diferencias observadas entre sexos e incluso llega a invertirse la tendencia por la cual los hombres presentan mejor estado de salud.

Predicción del porcentaje de buena salud autopercebida por nivel de dependencia y sexo.

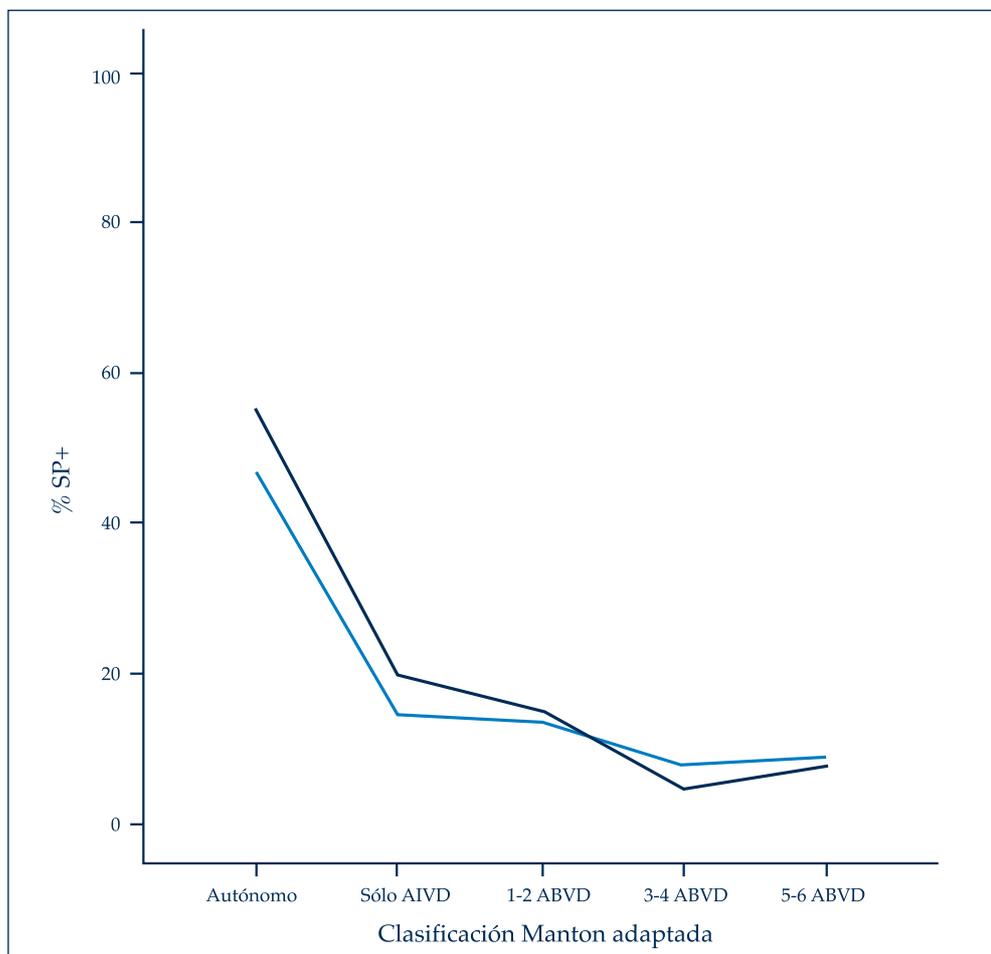


Gráfico 27

CAPÍTULO 6

Evolución del estado de salud de las personas de 50 y más años en España

ANÁLISIS DE LA COHORTE DE NACIMIENTO COMO DETERMINANTE DEL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO

Un indicador de la evolución del estado de salud de la población a lo largo del tiempo viene dado por la comparación de los resultados de diferentes encuestas correspondientes a individuos similares en términos de edad y determinantes de salud. La clasificación de los individuos encuestados según la cohorte de nacimiento permite comparar grupos de individuos que tienen una misma edad en distintas encuestas, a fin de eliminar el impacto de la edad del individuo en la determinación del estado de salud. Para desarrollar este análisis, se definen cohortes de nacimiento que comprenden períodos de 8 años. De éstas, en el análisis se incluyen 5 cohortes que abarcan el período comprendido entre el año 1913 y el 1951, las cuales permiten obtener comparaciones entre el año 1987 y el año 2003. La amplitud de las cohortes se establece habitualmente de forma proporcional al intervalo entre encuestas, pero en el presente análisis esta estrategia no ha sido posible ya que los intervalos entre ENS no son de igual longitud.

En la Tabla 38 se describen las cohortes en cada operación estadística analizada, en términos de rango de edad de sus integrantes y número de efectivos encuestados. En los modelos edad-cohorte que se han desarrollado en este proyecto, las cohortes de nacimiento se han comparado

mediante la información de los individuos que tenían la misma edad en distintas operaciones estadísticas. A modo de ejemplo, las casillas sombreadas en la tabla corresponden a los 4.035 individuos que tenían entre 67 y 74 años en las encuestas de 1987 y 2003, y que permiten comparar las cohortes de 1913-20 y 1937-43 entre estas dos operaciones estadísticas.

Edad y número de efectivos en cada operación estadística de las cohortes de nacimiento incluidas en el análisis.

Cohorte	1987		1993		2003	
	Edad	Efectivos	Edad	Efectivos	Edad	Efectivos
1913-20	67 - 74	1.292	73 - 80	791	83 - 90	733
1921-28	59 - 66	2.315	65 - 72	1.738	75 - 82	1.960
1929-36	51 - 58	3.384	57 - 64	2.450	67 - 74	2.743
1937-43	44 - 50	3.601	50 - 56	2.178	60 - 66	1.940
1944-51	36 - 43	920	42 - 49	534	52 - 59	2.242

Tabla 38

Para determinar el papel de la cohorte de nacimiento como un factor determinante del estado de salud, se han construido dos modelos que analizan el efecto de la cohorte de nacimiento y la edad en el estado de salud autopercebida, en las personas participantes en las encuestas de 1987 y 2003. El primer modelo considera sólo la edad y la cohorte, mientras que el segundo modelo incluye además variables de comorbilidad recogidas en las dos operaciones estadísticas (colesterol elevado, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, asma, problemas de estómago). Estos modelos se han construido por separado para hombres y mujeres. En el modelo simple, tanto para hombres como para mujeres se observa que el aumento de edad está asociado a una disminución de la buena salud autopercebida (ver Tabla 39). Aunque se observa un incremento en el apercibimiento de buena salud a medida que la cohorte es más reciente, este incremento no es lineal sino que se producen oscilaciones. Este modelo es muy limitado por el escaso número de variables analizadas.

Análisis multivariable edad-cohorte. Población de 50 y más años.

Variables	Hombres			Mujeres		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Edad	0,98	0,97 - 0,99	0,000	0,98	0,97 - 0,99	0,000
Cohorte						
1913-1920	0,71	0,51 - 0,97	0,000	0,62	0,47 - 0,82	0,001
1921-1928	0,63	0,49 - 0,80	0,000	0,57	0,46 - 0,70	0,000
1929-1936	0,66	0,55 - 0,79	0,000	0,66	0,56 - 0,77	0,000
1937-1943	0,84	0,73 - 0,97	0,001	0,82	0,72 - 0,92	0,001
1944-1951	1			1		
Prueba de Hosmer y Lemeshow	12,394	Sign.	0,134	2,572	Sign.	0,958
R cuadrado de Cox y Snell	0,029			0,026		
R cuadrado de Nagelkerke	0,039			0,036		

Tabla 39



El modelo multivariable que incluye la comorbilidad presenta resultados significativos del test de Hosmer-Lemeshow, y pierde la significación de la variable edad, con lo que también resulta un modelo inadecuado (ver Tabla 40). Sin embargo, sí se observa la tendencia monótona creciente en los OR asociados a las cohortes. La interpretación de los coeficientes asociados a las cohortes en ambos modelos es doble. El OR de la cohorte de 1913-20 respecto la cohorte 1944-51 indica la relación entre el estado de salud autopercebido de individuos de la misma edad pertenecientes a estas cohortes. Es decir, el coeficiente de la cohorte permite comparar individuos de las encuestas 1987 y 2003 con una edad determinada. Por otro lado, el OR de la edad indica cuánto aumenta la probabilidad de presentar un buen estado de salud autopercebido según aumenta la edad, en individuos de una misma cohorte. Por tanto, compara el resultado de un individuo de una cohorte determinada, valorado en 1987 y en 2003.

Análisis multivariable edad-cohorte y enfermedades crónicas. ENS-1987 y ENS-2003.

Variables	Hombres			Mujeres		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Edad	0,99	0,98 – 1,01	0,477	1,006	0,99 – 1,01	0,190
Cohorte						
1913-1920	0,56	0,27 – 0,64	0,001	0,44	0,33 – 0,60	0,000
1921-1928	0,60	0,27 – 0,55	0,000	0,52	0,42 – 0,65	0,000
1929-1936	0,65	0,47 – 0,75	0,000	0,64	0,54 – 0,75	0,000
1937-1943	0,85	0,63 – 0,89	0,029	0,82	0,72 – 0,93	0,002
1944-1951	1			1		
Colesterol elevado						
Sí	1			1		
No	1,69	1,47 – 1,94	0,000	1,75	1,57 – 1,95	0,000
Tensión alta						
Sí	1			1		
No	1,54	1,37 – 1,72	0,000	1,75	1,60 – 1,91	0,000
Diabetes						
Sí	1			1		
No	2,02	1,72 – 2,38	0,000	2,82	2,42 – 3,27	0,000
Enfermedades del corazón						
Sí	1			1		
No	3,63	3,09 – 4,27	0,000	3,31	2,81 – 3,89	0,000
Problemas de estómago						
Sí	1			1		
No	2,53	2,17 – 2,96	0,000	3,66	3,02 – 4,44	0,000
Asma o bronquitis						
Sí	1			1		
No	4,08	3,50 – 4,75	0,000	3,73	3,05 – 4,55	0,000
Prueba de Hosmer y Lemeshow	59,006	Sign.	0,000	9,298	Sign.	0,318
R cuadrado de Cox y Snell	0,149			0,137		
R cuadrado de Nagelkerke	0,199			0,184		

Tabla 40

Con el objeto de desarrollar un modelo más completo, se ha construido un modelo multivariable que incorpora la variable de cohorte de nacimiento, tomando como referente el modelo multivariable del estado de salud autopercebida presentado en la Tabla 34 y limitándolo a las variables comunes en las encuestas de los años 1987 y 2003. El modelo obtenido no tiene una buena calibración según el test de Hosmer-Lemeshow (ver Tabla 41).

Análisis multivariable edad-cohorte y comorbilidad. ENS-1987 y ENS-2003.

<i>Variables</i>	OR	IC95%	Sig.
Edad			
50-54	0,39	0,26 – 0,59	0,000
55-59	0,41	0,27 – 0,61	0,000
60-64	0,50	0,35 – 0,72	0,000
65-69	0,55	0,40 – 0,75	0,000
70-74	0,61	0,45 – 0,82	0,001
75-79	0,87	0,71 – 1,07	0,198
>80	1		
Cohorte			
1913-1920	0,41	0,27 – 0,63	0,000
1921-1928	0,38	0,26 – 0,54	0,000
1929-1936	0,59	0,46 – 0,75	0,000
1937-1943	0,75	0,63 – 0,89	0,001
1944-1951	1		
Sexo			
Hombre	0,82	0,74 – 0,91	0,000
Mujer	1		
Ingresos del hogar			
menos de 600 euros	1		
de 601 a 900 euros	1,21	1,07 – 1,37	0,002
de 901 a 1.200 euros	1,37	1,18 – 1,59	0,000
Más de 1.200 euros	1,56	1,35 – 1,79	0,000
No contesta	1,44	1,29 – 1,62	0,000
Colesterol elevado			
Sí	1		
No	1,38	1,23 – 1,54	0,000
Tensión alta			
Sí	1		
No	1,22	1,12 – 1,34	0,000
Diabetes			
Sí	1		
No	1,80	1,56 – 2,07	0,000
Enfermedades del corazón			
Sí	1		
No	2,29	1,98 – 2,66	0,000
Problemas de estómago			
Sí	1		
No	2,17	1,81 – 2,60	0,000



Las distintas cohortes presentan probabilidades crecientes de buena salud percibida, desde un OR 0,41 para la cohorte de 1913-1920 hasta el 0,75 de la cohorte 1937- 1943, en comparación con la cohorte de referencia de 1944-1951. Esto significa que, tomadas dos personas, una perteneciente a la cohorte 1929-

VARIABLES	OR	IC95%	Sig.
Asma o bronquitis			
Sí	1		
No	2,95	2,50 – 3,49	0,000
Restricción actividad en las 2 semanas previas			
Sí	1		
No	3,77	3,28 – 4,35	0,000
Consumo de medicamentos en las 2 semanas previas			
Sí	1		
No	1,52	1,39 – 1,66	0,000
Consultas al médico en las 2 semanas previas			
Sí	1		
No	2,22	1,98 – 2,48	0,000
Urgencias en el último año			
Sí	1		
No	1,78	1,60 – 1,99	0,000
Hospitalización en el último año			
Sí	1		
No	1,85	1,58 – 2,16	0,000
Fumar			
Fuma	0,86	0,74 – 0,99	0,046
Ha dejado de fumar	0,96	0,86 – 1,08	0,534
No ha fumado nunca	1		
Ha bebido alguna vez en el último año			
Sí	1		
No	0,69	0,63 – 0,76	0,000
Horas de sueño			
<4 horas	0,58	0,46 – 0,73	0,000
5-6 horas	0,76	0,67 – 0,86	0,000
7-8 horas	1,16	1,04 – 1,30	0,009
>8 horas	1		
Índice de masa corporal			
<18,5	0,91	0,59 – 1,39	0,654
18,5-24,9	1,20	1,07 – 1,36	0,003
25-29,9	1,20	1,07 – 1,35	0,002
>=30	1		
Realiza actividad física en el tiempo libre			
Sí	1		
No	0,65	0,60 – 0,71	0,000
Prueba de Hosmer y Lemeshow	26,597	Sign.	0,001
R cuadrado de Cox y Snell	0,260		
R cuadrado de Nagelkerke	0,348		

Tabla 41 (Cont.)

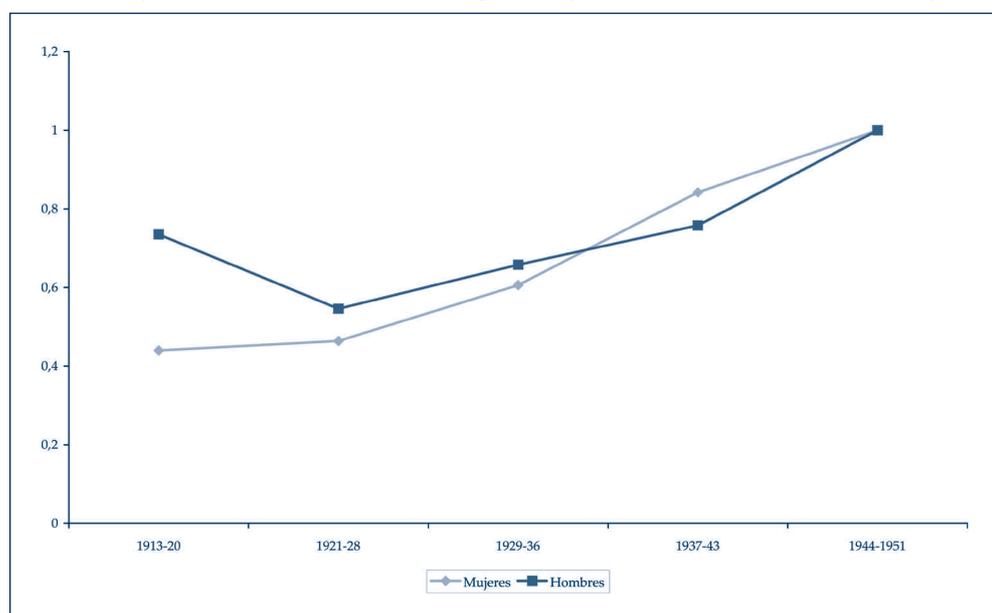
1936 valorada en 1987 con una edad de 51 a 58 años, y otra de la cohorte 1944-1951 valorada en 2003 con una edad de 52 a 59 años, la persona nacida en la cohorte más antigua tendrá casi un 60% de las probabilidades de presentar buena salud percibida que la otra persona, a igualdad de edad y estado de salud.

Al ajustar el modelo multivariable con las variables de cohorte, se modifica el impacto de los grupos de edad respecto a la Tabla 34, mostrando un claro incremento en la probabilidad de buena salud percibida a medida que aumenta el grupo de edad. La interpretación del OR 0,39 del grupo de entre 50 y 54 años es que, un individuo de 50 a 54 años tendrá un 60% menos de probabilidad de presentar buena salud autopercebida que tendría un individuo de 80 y más años, a igualdad de condiciones de salud, y perteneciendo a una misma cohorte. Es decir, un individuo 50 a 54 años perteneciente a determinada cohorte y con unas condiciones de salud determinadas durante el período 1987-2003, presentará 40% más probabilidades de buen estado de salud en 2003 que en 1987.

Ninguna variable ha cambiado de significación respecto al modelo de la Tabla 34, excepto el colesterol y la tensión alta. Los coeficientes de las variables consumo de medicamentos, hospitalización, visitas a urgencias, consumo de alcohol, actividad física y horas de sueño no han cambiado sustancialmente o se han reducido. Los coeficientes de las variables de comorbilidad (colesterol elevado, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, problemas de estómago y asma), restricción de la actividad diaria y visitas al médico se han incrementado, asignando mayor impacto en la buena salud a la ausencia de comorbilidad y menor consumo sanitario.

El modelo multivariable edad-cohorte y comorbilidad se construyó también de forma separada para cada sexo, a fin de identificar aquellas variables que pierden

Odds ratios ajustados de buen estado de salud por sexo y cohorte de nacimiento. Años 1987 y 2003.





su significación en relación a la salud autopercebida, de forma diferencial para los dos sexos (resultados no mostrados). Estos modelos también permiten estimar de forma diferenciada el papel de cada cohorte de nacimiento en el estado de buena salud autopercebida de cada sexo (resultados no mostrados). En el Gráfico 28 se muestran los resultados de ambos modelos para la cohorte de nacimiento. Se puede observar que en ambos sexos las distintas cohortes de nacimiento presentan unos resultados muy similares, excepto en la cohorte de 1913-20, en que la probabilidad es distinta para hombres y para mujeres.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

El análisis conjunto de la ENS-2003 y la ENS-1987 aporta, en primera instancia, evidencias que sugieren que la prevalencia del buen estado de salud de las personas de 50 y más años se ha incrementado de forma ligera pero significativa entre las mencionadas operaciones estadísticas, aún considerando las posibles diferencias en la distribución por sexo y edad de la población. Los resultados de la regresión logística se muestran en la Tabla 42.

Análisis multivariado de la evolución del estado de salud en las encuestas ENS-1987 y ENS-2003.

VARIABLES	OR	IC95%
Encuesta		
ENS2003	1,16	1,09 – 1,22
ENS1987	1	
Edad		
50-54	2,66	2,43 – 2,91
55-64	1,86	1,72 – 2,02
65-74	1,26	1,17 – 1,37
75+	1	
Sexo		
Hombre	1,56	1,47 – 1,64
Mujer	1	
Prueba de Hosmer y Lemeshow	4.154	Sign. 0,843
R cuadrado de Cox y Snell	0,040	
R cuadrado de Nagelkerke	0,053	

Tabla 42

Un análisis estadístico más detallado diferenciando grupos de edad y sexo revela que este aumento significativo en la prevalencia del buen estado de salud en la ENS-2003 respecto a la ENS-1987 se ha producido en los grupos de edad más jóvenes, hasta los 64 años. A igualdad de sexos, la prevalencia del buen estado de salud en las personas entre 50 y 54 años es un 33% superior en el año 2003 respecto al año 1993, mientras que en las personas de 55 a 64 años la prevalencia es un 19% superior. Por el contrario, la prevalencia del buen estado de salud no se modifica de forma significativa en los grupos de hombres y mujeres de 65 a 74 años y 75 y más años entre las dos operaciones estadísticas (resultados no mostrados).

ANÁLISIS DEL EFECTO DE LAS COHORTES DE NACIMIENTO SOBRE LA DEPENDENCIA Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Para determinar el **efecto de las cohortes de nacimiento sobre la dependencia**, se construyó para cada género un modelo de regresión multivariante edad-cohorte con los datos de las encuestas de 1993 y 2003 correspondientes a las cohortes de 1913-20 a 1944-51. El modelo de regresión expresa la dependencia (ser autónomo vs. tener dependencia instrumental o básica) en función de un conjunto de variables explicativas: enfermedades crónicas (hipertensión, colesterol, diabetes, asma, enfermedades del corazón, problemas de estómago), edad y cohorte de nacimiento de los individuos. Los resultados de los modelos se muestran en la Tabla 43. Este modelo permite explorar las diferencias en dependencia observadas en individuos de cohortes de nacimiento diferentes, que vienen determinadas por el hecho de pertenecer a determinada cohorte y haber nacido en un período determinado.

Modelo multivariante de la dependencia. Hombres y mujeres. Población de 65 y más años. ENS-1993 y ENS-2003.

Variables	Hombres			Mujeres		
	OR	IC95%	Sig.	OR	IC95%	Sig.
Edad	1,05	1,03 – 1,07	0,000	1,08	1,06 – 1,09	0,000
Cohorte						
1913-1920	4,67	2,14 – 10,16	0,000	2,26	1,32 – 3,89	0,003
1921-1928	2,79	1,51 – 5,12	0,001	1,43	0,95 – 2,13	0,083
1929-1936	2,04	1,21 – 3,44	0,007	0,98	0,71 – 1,37	0,921
1937-1943	1,28	0,77 – 2,11	0,336	0,75	0,55 – 1,02	0,065
1944-1951	1			1		
Colesterol elevado						
Sí	1			1		
No	1,54	1,23 – 1,93	0,000	0,98	0,84 – 1,13	0,749
Tensión alta						
Sí	1			1		
No	1,13	0,94 – 1,36	0,193	1,34	1,18 – 1,52	0,000
Diabetes						
Sí	1			1		
No	1,35	1,06 – 1,72	0,015	2,00	1,70 – 2,34	0,000
Enfermedades del corazón						
Sí	1			1		
No	1,70	1,38 – 2,09	0,000	2,13	1,82 – 2,50	0,000
Problemas de estómago						
Sí	1			1		
No	1,57	1,13 – 2,19	0,008	2,01	1,32 – 2,28	0,000
Asma o bronquitis						
Sí	1			1		
No	2,49	2,03 – 3,05	0,000	1,73	1,65 – 2,45	0,000
Prueba de Hosmer y Lemeshow	7,931	Sign.	0,163	10,895	Sign.	0,208
R cuadrado de Cox y Snell	0,107			0,150		
R cuadrado de Nagelkerke	0,163			0,210		



En los resultados de regresión se observa que, de forma independiente a la edad y las enfermedades crónicas, la cohorte de nacimiento está significativamente asociada a la dependencia. En el Gráfico 29 se representan para cada sexo los OR de presentar dependencia de cada cohorte, tomando como referencia la cohorte más reciente, nacida entre 1944 y 51.

Odds ratios de dependencia por sexo y cohorte de nacimiento.
Población de 65 y más años. ENS-1993 y ENS-2003 (cohorte 1944-1951=base).

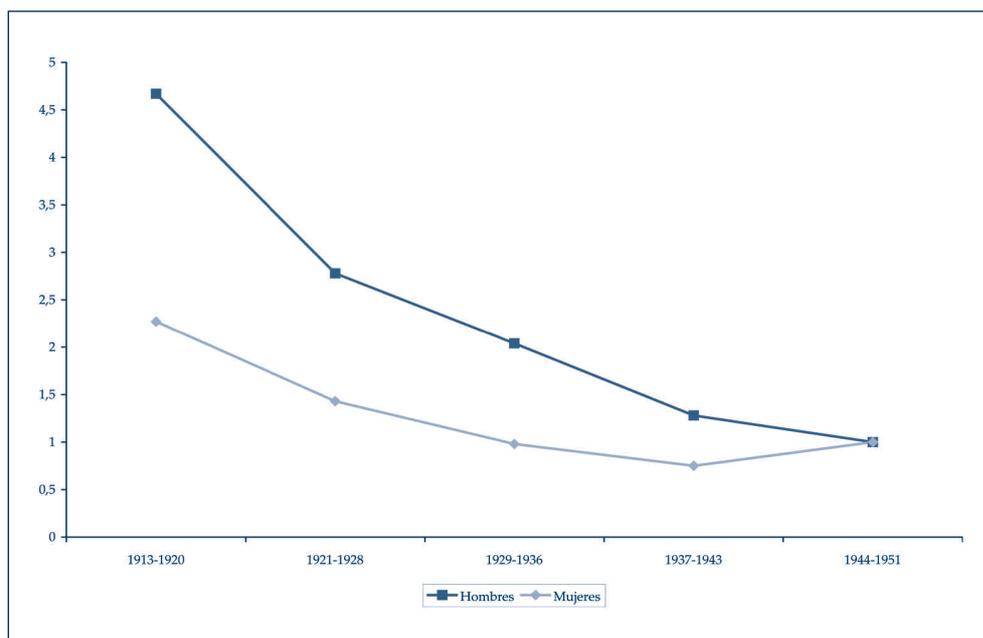


Gráfico 29

En el gráfico se observa cómo la probabilidad de presentar dependencia disminuye según se hace más reciente la cohorte de nacimiento, tanto en hombres como en mujeres, y a igualdad de edad cronológica y presencia de enfermedades crónicas.

Por tanto, las condiciones de vida y de salud asociadas al período en que se nace influyen en la probabilidad de perder la autonomía a lo largo de la vida, y a medida que se consideran cohortes más recientes, éstas tienen una mayor perspectiva de autonomía, a igualdad de edades y enfermedades crónicas. Sin embargo, estas perspectivas dependen del sexo del individuo, ya que la mejora que presentan los hombres en la posibilidad de vida sin dependencia asociada a las cohortes más recientes es muy superior a la que presentan las mujeres. En las mujeres, la cohorte de 1913-20 presenta 2,26 más oportunidades de ser dependiente que la de 1944-51, en igualdad de edad y presencia de enfermedades crónicas. Las cohortes siguientes presentan riesgos decrecientes, ya sin significación estadística respecto a la cohorte de referencia 1944-51. En los hombres, la cohorte de 1913-20 presenta 4 veces más riesgo de dependencia que la cohorte de 1944-51, la cohorte de 1921-28 presenta 3 veces y la cohorte 1929-36, 2 veces más riesgo de dependencia. La última cohorte, 1937-43, no presenta diferencias significativas respecto a la cohorte de referencia.

Para determinar el **efecto de las cohortes de nacimiento sobre las enfermedades crónicas**, se construyeron modelos de regresión logística edad-cohorte con variable dependiente cada una de las 7 variables crónicas recogidas en las encuestas de los años 1993 y 2003. En el Gráfico 30 se muestran los Odds ratios para las cohortes de nacimiento estimados en los distintos modelos de regresión.

Odds ratios ajustados de enfermedad crónica, por edad y cohorte de nacimiento. Población de 50 y más años. ENS-1993 y ENS-2003 (cohorte 1913-1920=base).

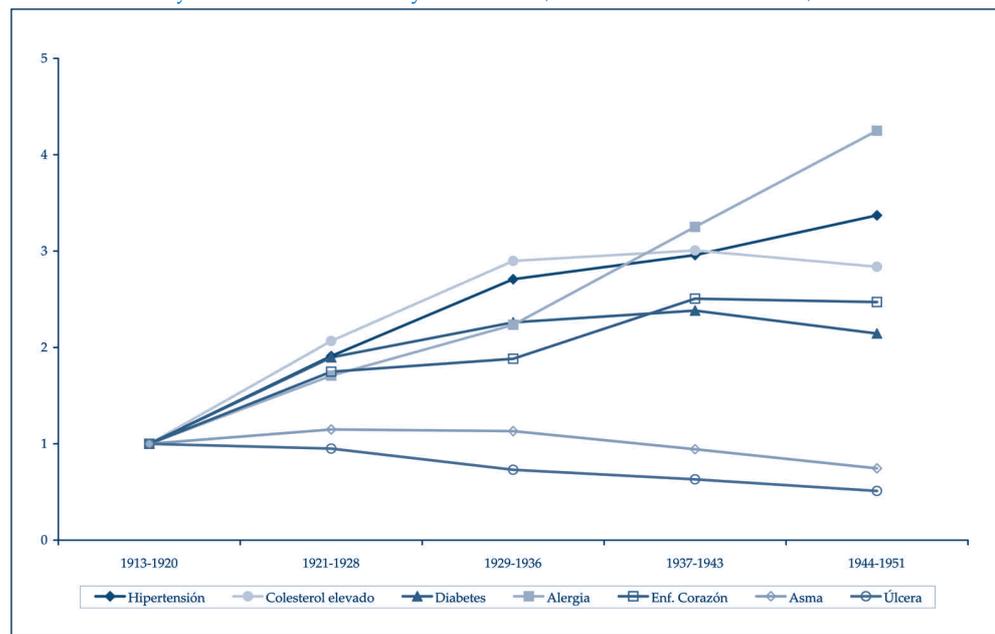


Gráfico 30

En el gráfico puede observarse que existen dos agrupaciones de enfermedades: por un lado el asma y las úlceras gástricas, en que las cohortes de nacimiento más recientes presentan unas probabilidades similares o inferiores de padecerlas que la cohorte de referencia, sin diferencias significativas; por otro lado, están el resto de variables crónicas, en las que sí se observan diferencias entre las distintas cohortes y para las que se observa un crecimiento de los Odds de enfermedad según se consideran cohortes más recientes.

La probabilidad de presentar asma no se modifica con la cohorte de nacimiento, presentando todas las cohortes unos valores de OR relativamente constantes y cercanos al 1. La probabilidad de presentar problemas de estómago es menor para las cohortes de 1937-43 y 1944-51 que para la cohorte de referencia de 1913-20, con una reducción del 50% del riesgo.

En las situaciones crónicas restantes (hipertensión, colesterol elevado, diabetes, alergia y enfermedades del corazón), se observa un riesgo creciente de presentar la enfermedad según la cohorte es más reciente. Este riesgo tiene un crecimiento constante en el caso de las alergias y las enfermedades del corazón. La enfermedad crónica con un mayor crecimiento ha sido la alergia, en la que la cohorte de 1937-43 tiene 4 veces más oportunidades de presentar alergias que la cohorte de 1913-20. En el caso de la hipertensión, el colesterol elevado y la dia-



betes, se observa que el crecimiento del riesgo respecto a la cohorte de referencia es mayor en el período de 1921 a 1928 que en el período posterior de 1929 a 1951, intuyéndose una posible desaceleración en el aumento de las oportunidades de presentar dichas enfermedades crónicas.

Existen diversas causas que pueden explicar los resultados observados en hipertensión, colesterol, diabetes, alergias y enfermedades del corazón. Por una parte, el incremento en la esperanza de vida acompañado por el incremento en la incidencia de enfermedades crónicas explicaría que las cohortes más antiguas presentaran menor riesgo de enfermedad crónica. Por otra parte, no puede descartarse un problema de información ligado al modelo: el modelo compara el riesgo de enfermedad crónica de las distintas cohortes ajustado por edad, en base a la información disponible de individuos de distintas cohortes que tengan la misma edad. Sin embargo, para las distintas cohortes sólo se dispone de datos en rangos de edad limitados. Estas comparaciones numéricas, limitadas a rangos de edad específicos por diseño y fuente de datos, se generalizan a todo el espectro de edades por el tipo de modelo de regresión construido. Este procedimiento se basa en la hipótesis subyacente de que los cambios observados entre cohortes de nacimiento son constantes en todo el rango de edad. Otra limitación derivada del diseño consiste en que, para cohortes consecutivas, no se dispone de individuos con la misma edad. Así, las cohortes de 1913-20 y 1921-28 no pueden compararse directamente a partir de individuos con la misma edad. La hipótesis subyacente es que las cohortes consecutivas presentan la misma tendencia de cambios observada entre cohortes no consecutivas.

CAPÍTULO 7

Perspectivas del estado de salud de las personas mayores en el año 2015

LA DEPENDENCIA EN LA POBLACIÓN MAYOR

El marco de referencia demográfico para la estimación de las personas en situación de dependencia lo constituyen las estimaciones de población en España realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)²⁷ para los años 1993 a 2015, para cada sexo y edad igual o superior a los 65 años. Para la estimación de la población en el período 1993 a 2003, se han tomado las estimaciones intercensales de población a final de año. Para la estimación de la población en el período 2003 a 2015, se han tomado las proyecciones de población basadas en el Censo del 2001, construidas por el método de componentes bajo el escenario 1 de evolución de los fenómenos demográficos²⁸. Se ha escogido esta proyección de acuerdo con el criterio empleado por el Libro Blanco de la Dependencia en España (2005) en este sentido. Las proyecciones de población son congruentes con las estimaciones intercensales, manteniendo la integridad de la serie histórica.

Las proyecciones de población del INE resultan un aspecto crítico en el ejercicio de proyectar en términos absolutos y relativos la población mayor con dependencia, puesto que la probabilidad de encontrarse en situación de dependencia aumenta con la edad de los grupos de población, especialmente a partir de los 75 años de edad. Las proyecciones del INE se basan en una hipótesis de tasas de mor-

talidad decreciente a lo largo de los próximos años. De este modo, se parte de unas hipótesis de esperanza de vida al nacer, a finales del año 2001, que se sitúan en los 76,63 años de vida para los hombres y los 83,36 años para las mujeres; mientras que, a finales del año 2015, se alcanzan los 79,41 años, en el caso de los hombres, y los 85,68 años, en el caso de las mujeres. Las hipótesis del INE se pueden comparar con otros escenarios, como el de Puga 2002²⁹, en el que se sitúa la esperanza de vida al nacer, al año 2015, en 77,43 años para los hombres y en 85,31 años para las mujeres. En comparación, la hipótesis subyacente de evolución temporal de las tasas de mortalidad por grupos de edad en las proyecciones del INE resulta menos conservadora, especialmente en el caso de los hombres.

Respecto a la evolución futura de la población de 65 y más años en España, existe un consenso generalizado en que el número total y la proporción de personas de ésta sobre el total, crecerán de forma significativa a lo largo de las próximas décadas. Este hecho será consecuencia, en parte, de la llegada a estas edades de cohortes más numerosas, y, en parte, al aumento de esperanza de vida. Sin embargo, hay un debate abierto sobre si los años de vida "ganados" a lo largo de este proceso de evolución de las tasas de mortalidad vendrán acompañados de estados de salud sanos (escenario de compresión de la morbilidad), o se asistirá a vidas más largas pero con mayor prevalencia de la dependencia (escenario de expansión de la morbilidad) o situaciones intermedias (escenario de equilibrio dinámico).

En el presente trabajo hemos creado tres escenarios propios de dependencia en función de distintas hipótesis de comportamiento de la dependencia a partir de la misma proyección de población (Ver Tabla 44 y Tabla 45). Los dos primeros escenarios reflejan el escenario de expansión de la morbilidad. La dependencia se ha construido a partir de las variables de las Encuestas Nacionales de Salud relativas a las actividades de la vida diaria, se pregunta a las personas de 65 y más años (ver capítulo 2).

El escenario alto-alto asume que la prevalencia de la dependencia se mantiene constante durante el período 1993-2015, con las tasas por grupos de edad y sexo que se han observado en el año 1993. El segundo escenario (escenario alto) asume que la prevalencia de la dependencia se mantiene constante durante el período 2003-2015, con las tasas de prevalencia de dependencia observados en el año 2003, que son inferiores a las del año 1993. Bajo los escenarios de expansión de la morbilidad, la incidencia de dependencia se mantiene constante o aumenta, mientras que la esperanza de vida incrementa, resultando en períodos más largos de dependencia antes de la muerte. A medida que la población mayor crece, esto crea una presión creciente sobre los servicios sociales y de salud, ya que números cada vez mayores de personas sufren enfermedades crónicas y dependencia.

El último escenario (escenario bajo) refleja una situación de compresión de la morbilidad, en la que las tasas de dependencia mantienen la trayectoria descendente observada en el período 1993-2003. La trayectoria descendente durante el período 2003-2015 se impone mediante una contracción anual de la dependencia



propuesta por otros autores³⁰. Bajo el escenario de compresión de la morbilidad, el intervalo de enfermedad y dependencia antes de la muerte se acorta. En combinación con una longevidad incrementada, esto resulta en una población más anciana y más sana.

Resumen de hipótesis de dependencia

<p>Escenario alto-alto: En este escenario se ha asumido la hipótesis de que las tasas de dependencia por sexo y grupo de edad quinquenal del año 1993 se mantienen constantes en todo el período 1993-2003.</p>
<p>Escenario alto: En este escenario se han calculado las tasas de dependencia del período 1993-2003 a partir de las tasas observadas en las ENS de 1993 y 2003, asumiendo un cambio gradual y constante en el período. Para el período de 2003-2015, se ha asumido la hipótesis de que las tasas de dependencia por sexo y grupo de edad quinquenal del año 2003 se mantienen constantes.</p>
<p>Escenario bajo: En este escenario se han calculado las tasas de dependencia del período 1993-2003 a partir de las tasas observadas en las ENS de 1993 y 2003, asumiendo un cambio gradual y constante en el período. Para el período de 2003-2015, se asume que las tasas de dependencia anuales por sexo y grupo de edad quinquenal se reducen en un 1,7% anual respecto las tasas del año 2003.</p>

Tabla 44

Tasas de dependencia en mayores de 65 años por escenario, sexo y grupo de edad. Año 2015.

Edad	Escenario alto-alto		Escenario alto		Escenario bajo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
65	13,9%	19,1%	10,8%	17,4%	8,6%	13,8%
70	29,0%	33,5%	15,5%	24,8%	12,3%	19,8%
75	28,8%	40,4%	23,4%	33,3%	18,7%	26,5%
80	35,9%	49,2%	34,1%	46,7%	27,2%	37,2%
85	53,7%	75,0%	56,8%	65,6%	45,2%	52,2%
90	62,5%	93,7%	56,1%	86,0%	44,6%	68,5%

Tabla 45

Los escenarios propuestos presentan una horquilla de valores posibles para el número de personas mayores en situación de dependencia, que para el año 2015 se situarían entre los 2,18 y los 3,23 millones de personas, que representarían entre un 4,61% y un 6,81% de la población española en aquel año (ver Gráfico 31 y Tabla 46). El horizonte de proyección del año 2015 establecido en este trabajo no es lo suficientemente lejano como para poder ilustrar la trayectoria evolutiva de la dependencia, aunque se intuye la progresiva desaceleración en el número de personas en situación de dependencia, que describe una trayectoria no lineal.

Bajo el escenario bajo de compresión de la morbilidad, se espera que en el año 2015 un 25% de las personas mayores de 65 años estén en situación de dependencia. Por el contrario, bajo los escenarios de expansión de la morbilidad, este porcentaje se situaría entre el 32% y el 37% de las personas en este colectivo.

Evolución del número de personas mayores de 65 años en situación de dependencia según escenarios de proyección de la dependencia. Años 1993-2015.

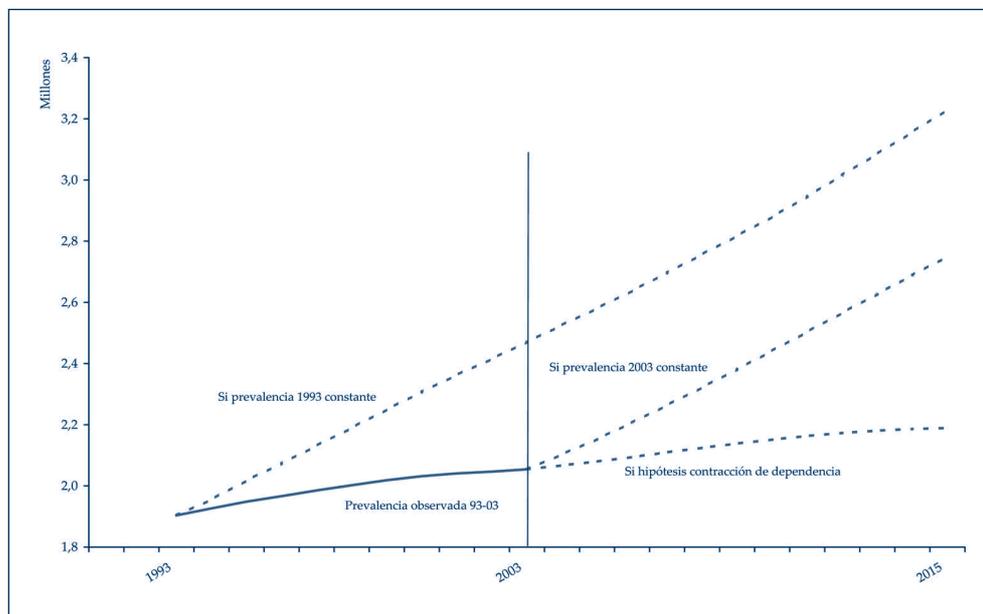


Gráfico 31

Personas mayores de 65 años en situación de dependencia y población de referencia. España. Años 2003 y 2015.

	2003	2015
Personas en situación de dependencia		
Escenario alto-alto	2.470.610	3.230.042
Escenario alto	2.054.181	2.750.207
Escenario bajo	2.054.181	2.189.165
Población mayor de 65 años	7.043.920	8.703.858
Población total	42.345.342	47.454.500

Tabla 46

Una particularidad de las estimaciones obtenidas en los escenarios de expansión de la morbilidad es que las tasas de dependencia global (calculadas agregando ambos sexos y todas las edades a partir de 65 años) se incrementan entre los años 1993 a 2015. Así, en el escenario alto-alto, la tasa de dependencia en mayores pasa de un 35,07% en el año 1993 a un 37,11% en el año 2015. Y este incremento se produce a pesar de que estos escenarios asumían como hipótesis de partida que las prevalencias de dependencia por cada sexo y grupo de edad se mantenían constantes entre los años considerados. Esta aparente contradicción se debe a los cambios en la estructura por sexo y estrato de edad que se esperan en la población española durante este período, al incrementarse el peso que tendrá sobre el colectivo de personas mayores la población femenina en las edades más avanzadas, que presentan tasas más altas de dependencia que los hombres en las edades menos avanzadas.

Otros autores han realizado proyecciones del número de personas en situación de dependencia en España a horizontes cercanos al 2015. A continuación destacamos los más relevantes y recientes referentes al ámbito español.



En el primer capítulo del Libro Blanco de la Dependencia en España³¹, se realiza una estimación de las personas con dependencia hasta el año 2020, partiendo de los datos recogidos en la "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999" (EDDES 99). En el trabajo se parte de la definición acordada en el Consejo de Europa, según la cual la dependencia es el "estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal". En este marco, se escogen como variables de la EDDES para identificar las personas con dependencia las siguientes: asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto; controlar las necesidades y utilizar solo el servicio; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber; cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado; desplazarse dentro del hogar; reconocer personas y objetos y orientarse; y entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas. En relación a estas variables se considera persona con dependencia aquella que manifiesta una discapacidad severa o total para alguna de las actividades mencionadas. Esta identificación de dependencia, se completa con otra menos severa en que también se considera con dependencia ligera aquellas personas que presentan una discapacidad moderada o grave en las actividades anteriores, así como algún tipo de discapacidad en realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

El cálculo de las personas en situación de dependencia en los años 2005 a 2020 se realiza aplicando las tasas esperadas de dependencia en estos años a la población proyectada. El trabajo parte de las proyecciones de población de los años 2005, 2010, 2015 y 2020 por sexo y edades simples proporcionadas por el INE y calculadas a partir del Censo de 2001. Los datos utilizados corresponden al Escenario 1 planteado por el INE, y por tanto las hipótesis subyacentes de fecundidad, migración y mortalidad son las correspondientes a este escenario. Las tasas esperadas de dependencia de los años 2005 a 2020 se obtienen aplicando una hipótesis de contracción de la dependencia a las tasas por sexo y grupo de edad obtenidas en la EDDES 99. Para cada uno de los 3 grados de dependencia (ligera, moderada y severa), el autor plantea una hipótesis de contracción progresiva de la tasa de dependencia anual por sexo y grupo de edad.

Las estimaciones para el año 2015 del Libro Blanco sitúan el número de personas mayores con dependencia en 1.046.410 y el número de personas mayores que requieren ayuda en las AVD en 2.289.743. A fines de comparabilidad, consideramos que la definición de dependencia del Libro Blanco que mejor se ajusta a la considerada en este trabajo es la que se refiere a la necesidad de ayuda en las AVD.



El trabajo de Puga 2002²⁹ analiza la situación de los mayores con dependencia en 2010, tomando como fuente de información principal los datos de salud y dependencia obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del año 1997. En este trabajo se considera la dependencia como la situación de necesitar ayuda para la realización de un listado de actividades de la vida diaria recogidas en la ENS 1997. Estas actividades son: ducharse/bañarse, lavarse, vestirse/desvestirse, peinarse/afeitarse, comer, quedarse solo de noche, usar el teléfono, comprar, preparar la comida, preparar el desayuno, cortar una rebanada de pan, limpiar la casa, limpiar el suelo, hacer la cama, cambiar las sábanas, fregar los platos, lavar la ropa a máquina, lavar la ropa a mano, poder coger un transporte público, acordarse de tomar medicación, administrar dinero, subir 10 escalones.

La autora realiza una proyección de la población mayor con dependencia en el año 2010 con una metodología de dos pasos: primero realiza una proyección de la población, y a continuación proyecta la dependencia que existirá en esa población. La población que sirve de base a las proyecciones es la población por sexo y edades simples que proporciona la rectificación patronal del INE a 1 de Enero de 1998. La proyección de población se lleva a cabo mediante el método de las componentes, que entiende el crecimiento global como la combinación de la evolución de los distintos componentes o procesos demográficos que lo componen: mortalidad, fecundidad y migración. Dadas las características del trabajo, se decidió considerar nulos los efectos de la fecundidad, por ser sus efectos irrelevantes al horizonte establecido de 2010, y la migración, dado que este factor tiene un efecto irrelevante en la composición de la población en las edades avanzadas. El efecto de la mortalidad se ha considerado bajo dos hipótesis: Una hipótesis de evolución constante de la mortalidad, y una segunda hipótesis de evolución decreciente de la mortalidad, a ritmo lento.

Para el cálculo de las personas con dependencia, realiza tres hipótesis sobre la evolución de la dependencia:

- Una hipótesis alta que plantea una evolución creciente de la dependencia, con un ritmo similar al registrado entre 1993 y 1998.
- Una hipótesis media en la que la dependencia permanecería constante.
- Una hipótesis baja, con una dependencia decreciente, con un ritmo similar pero inverso a la hipótesis alta.

De la combinación de las hipótesis de mortalidad con las hipótesis de dependencia resultan seis escenarios futuros de población mayor dependiente en el año 2010. Los resultados dan una estimación de personas mayores con dependencia entre 1.724.694 y 2.352.797 personas. A partir de los resultados, la autora destaca en primer lugar que en cualquiera de los supuestos la población mayor con dependencia en el año 2010 será mayor que la actual. De entre los seis escenarios considerados en el trabajo de Puga, hemos elegido tres como los más comparables a los escenarios aquí considerados. Los tres escenarios de Puga que parten de una hipótesis de reducción de la mortalidad se han equiparado, respecti-



vamente, al escenario alto-alto (alta expansión de la morbilidad), escenario alto (media expansión de la morbilidad) y escenario bajo del presente trabajo (contracción de la morbilidad).

Número estimado de personas con dependencia en escenarios con mortalidad decreciente.

	Libro Blanco	Puga 2002	IE-VAB 2007
Horizonte de estimación	2015	2010	2015
Escenario de contracción de la morbilidad	2.289.781	1.871.807	2.189.165
Escenario medio de expansión de la morbilidad		2.098.465	2.750.207
Escenario alto de expansión de la morbilidad		2.352.797	3.230.042

Tabla 47

En la Tabla 47 se comparan las estimaciones obtenidas en el apartado anterior con las estimaciones de los trabajos citados. En aras de la comparabilidad, se ha intentado equiparar el escenario de expansión de la morbilidad de Puga con tasa de dependencia constante, con el escenario alto de este trabajo, y el escenario con tasa de dependencia creciente de Puga con el escenario alto-alto de este trabajo. Puede observarse que las estimaciones del número de personas en situación de dependencia para el año 2015 presentan un grado relativo de variabilidad. Las estimaciones bajo un escenario de contracción de la morbilidad varían entre 2,18 y 2,28 millones de personas, con una diferencia de 100.000 individuos. En base a los resultados del Libro Blanco y el presente trabajo, la estimación es muy precisa. Sin embargo, las estimaciones de Puga, aún sin poderse comparar directamente por la diferencia de horizonte de estimación, presentan una mayor divergencia. La estimación de Puga para el año 2010, de generalizarse al año 2015 siguiendo la pauta observada desde el año 1997, tomaría probablemente valores inferiores a los 2 millones de personas.

Las estimaciones bajo los escenarios de expansión de la mortalidad son considerablemente más altas y superan ampliamente los 2,5 millones de personas. De nuevo, a esta estimación se le podría aplicar un factor corrector a la baja si se toman en consideración las estimaciones de Puga. Si se asume que en el período de 2010 a 2015 la estimación de Puga de personas con dependencia presentaría un incremento de 100.000 personas, podemos tomar unos valores a la baja de 2,1 y 2,4 millones de personas mayores con dependencia en los escenarios medio y alto, respectivamente. Tomando los valores más extremos de las estimaciones, bajo una hipótesis de expansión de la morbilidad la dependencia en el año 2015 se podría mover entre los 2,1 y los 3,2 millones de personas.

ESPERANZAS DE SALUD EN EL AÑO 2015

A medida que la esperanza de vida ha incrementado sustancialmente a lo largo de las últimas décadas, también ha aumentado el interés por medir la esperanza de vida que considera el estado de salud de la población. El crecimiento de las enfermedades crónicas no fatales implica que la esperanza de vida total no es un indicador suficientemente sensible para medir cambios en la salud poblacional.



Una pregunta crucial es, puesto que vivimos más tiempo, ¿en qué estado de salud lo hacemos? Para tratar esta cuestión, en este capítulo se han calculado las esperanzas de vida y de salud correspondientes al año 2015. Las esperanzas de salud son medidas de resumen de la salud poblacional que estiman el tiempo medio que una persona puede esperar vivir en un estado específico de salud. Esperanza de salud es un término genérico usado para cualquier esperanza de vida vivida en un estado de salud específico, que en este proyecto se restringe a la situación de autonomía personal, buena salud autopercibida y enfermedades crónicas. Al hablar de esperanzas de salud, los años vividos no se consideran independientemente del estado de salud como sucede al calcular esperanzas de vida, sino que se distingue entre años vividos en perfecto estado de salud y años vividos con algún tipo de problema de salud. Los indicadores de esperanza de salud constituyen así un instrumento atractivo para el seguimiento a largo plazo de las tendencias de salud poblacionales, y pueden ser considerados como extensiones del concepto de esperanza de vida.

Como indicadores de esperanza de salud, en este trabajo se consideran la esperanza de vida sin dependencia, la esperanza de vida en buena salud y la esperanza de vida sin enfermedades crónicas, calculadas para el año 2015. El cálculo de las esperanzas de salud se ha llevado a cabo mediante una proyección de la mortalidad global que posteriormente ha sido la base del cálculo de las esperanzas de salud aplicando el método de Sullivan. Para la proyección de las hipótesis de mortalidad se ha seguido la estrategia más común y aceptada, que consiste en proyectar la mortalidad global en forma de la esperanza de vida al nacer, y posteriormente derivar la estructura por edades de la mortalidad, construyendo una tabla de vida que corresponda a dicha esperanza de vida. La proyección de la tabla de vida para el año 2015 se ha realizado aplicando el método Modified Logit Life Table System (MLLTS) utilizado por la Organización Mundial de la Salud³², basado en el modelo de Brass y que utiliza un estándar global. Este método utiliza como parámetros de partida una estimación de la esperanza de vida, una estimación de la tasa de mortalidad entre 0 y 5 años, y una estimación del tiempo medio vivido durante el primer año de vida. Con estos parámetros, el modelo consulta una base de datos con 1.802 tablas de vida reales nacionales e identifica una que se corresponda a los parámetros proporcionados. Una vez se dispone de la tabla de vida del año de interés, es posible aplicar el método de Sullivan para calcular las esperanzas de salud. El método de Sullivan utiliza datos de prevalencia de la condición de salud de interés (dependencia, buena salud autopercibida, etc.), para distinguir entre años hipotéticos de vida vividos con o sin la condición de salud en una cohorte ficticia derivada de una tabla de mortalidad de período. Las limitaciones de este método son la falta de información sobre la transición o reversibilidad de los diferentes estados de salud, y la agregación de información acumulada sobre las consecuencias de la incidencia de enfermedades y accidentes que no necesariamente se produjeron en el mismo año en que se realizó la encuesta. Por otra parte, las ventajas del método de Sullivan radican



en la simplicidad de los cálculos y la relativa facilidad para obtener la información necesaria para los mismos. En la aplicación del método de Sullivan, se ha utilizado la proyección de la tabla de vida para el año 2015, a la cual se han aplicado las tasas de dependencia, enfermedad crónica y buena salud percibida por género y grupo de edad obtenidas a partir de la ENS 1993 y 2003.

En la aplicación del modelo MLLTS para el cálculo de la tabla de vida para el año 2015, se utilizaron como parámetros de partida las proyecciones de esperanza de vida desarrolladas por el INE bajo el Escenario 1 para el año 2015, las tasas de mortalidad por sexos en el período 0 a 5 años de la tabla de vida 98/99 del INE, y un valor estándar de 0,3 para el tiempo medio vivido en el primer año de vida (ver Tabla 48). La elección de los parámetros se ha realizado teniendo en cuenta la confiabilidad y coherencia de los datos, intentando minimizar las fuentes de información. Por ello, a pesar de disponer de diversas proyecciones de la esperanza de vida propuestas por otros autores, se ha utilizado la estimación del INE. Que, como se puede observar, es superior a las estimaciones de Eurostat, incluso para el año 2020. Son, por tanto, estimaciones correspondientes a un escenario de marcada reducción de la mortalidad.

Parámetros para el cálculo de las esperanzas de salud.

Esperanza de vida		
Fuente, año	Hombres	Mujeres
INE, 2015	79,41	85,68
Puga, 2016	77,43	85,31
Eurostat, 2010	77,60	84,30
Eurostat, 2020	79,10	85,0
Tasa de mortalidad 0 a 5 años		
Fuente, año	Hombres	Mujeres
INE, 1998/1999	0,001085	0,001245

Tabla 48

El modelo MLLTS es robusto a las elecciones iniciales de parámetros realizadas, pues los resultados que se obtienen con valores alternativos de los parámetros secundarios produjeron cambios mínimos en las tablas de vida obtenidas. Como un análisis de sensibilidad, se aplicó el modelo utilizando las tasas de mortalidad obtenidas del análisis de la mortalidad en Cataluña para el año 2004, y también utilizando valores alternativos del tiempo vivido en el primer año, tomados a partir de la tabla de vida 98/99 del INE. Los resultados del análisis de sensibilidad no difirieron del análisis principal, hecho poco sorprendente puesto que el cálculo de las esperanzas de salud en este proyecto se realiza para la población a partir de 50 años, y por lo tanto es poco probable que cambios moderados de los parámetros que se circunscriben a la edad temprana tengan un efecto relevante en la parte de la tabla correspondiente a la edad adulta mayor de 50 años.

Para la aplicación del método de Sullivan se plantearon hipótesis de la evolución de la dependencia, la patología crónica y la buena salud percibida durante el período 2003-2015. El cálculo de la esperanza de vida libre de dependencia (EVSD) se

ha realizado bajo las 3 hipótesis de evolución de la dependencia mencionadas en la Tabla 48. El cálculo de la esperanza de vida en buena salud (EVBS) se ha realizado bajo la hipótesis de que las tasas de buena salud percibida por sexo y grupo de edad se mantendrán constantes en el período 2003 a 2015. Esta es una hipótesis pragmática, dado que de la comparación de las tasas de los años 1993 y 2003 no se puede extraer información relevante por la ausencia de un patrón claro de evolución. Este resultado concuerda con el apunte hecho por otros autores de que el análisis de las tendencias pasadas de salud no es útil para predecir las tendencias futuras³³. La hipótesis sobre la evolución de las tasas percibidas de buena salud, aunque poco verosímil, constituye un escenario pesimista puesto que es previsible que el nivel de buena salud aumente en todos los grupos de edad, y probablemente aumentará de forma más marcada en los grupos de edad más jóvenes que en los más mayores, debido al fenómeno de compresión de la mortalidad y la morbilidad que se producirá en las edades extremas. Por su carácter optimista, esta hipótesis tiene como objetivo orientar sobre los valores mínimos esperables de esperanza de vida en buena salud. El cálculo de la esperanza de vida sin enfermedad crónica (EVSC) se ha realizado bajo la hipótesis de que las tasas de enfermedad crónica por sexo y grupo de edad se mantendrán constantes en el período 2003 a 2015. De nuevo, esta hipótesis es poco verosímil pero pragmática, puesto que una característica de las últimas décadas es el constante crecimiento de la prevalencia de enfermedades crónicas, crecimiento que es razonable suponer se mantendrá en un futuro próximo. Por su carácter conservador, esta hipótesis permite establecer un valor máximo esperable de años de vida sin enfermedad crónica.

En la Tabla 49 y Gráfico 32 se presentan las esperanzas de vida sin dependencia en el año 2015 de hombres y mujeres mayores de 65 años, bajo los tres escenarios propuestos de evolución de la dependencia. A pesar de basarse en hipótesis muy distintas de evolución de dependencia, los tres escenarios presentan valores bastante similares de EVSD, debido al carácter de medida relativa y de resumen de

Esperanza de vida y esperanzas de salud. Ambos sexos. Año 2015.

Edad	Hombres						Mujeres					
	EV	EVLD Alto-Alto	EVLD Alto	EVLD Bajo	EVBS	EVSC	EV	EVLD Alto-Alto	EVLD Alto	EVLD Bajo	EVBS	EVSC
50	30,4	Nc	Nc	Nc	16,5	13,4	36,2	Nc	Nc	Nc	15,2	13,5
55	25,9	Nc	Nc	Nc	13,2	10,3	31,4	Nc	Nc	Nc	12,3	10,4
60	21,5	Nc	Nc	Nc	10,4	7,9	26,7	Nc	Nc	Nc	9,8	8,0
65	17,5	12,3	13,2	14,0	8,1	6,0	22,2	12,3	13,5	15,1	7,6	6,1
70	13,9	8,9	9,8	10,6	6,2	4,4	17,9	8,6	9,8	11,3	5,7	4,7
75	10,7	6,4	6,7	7,5	4,5	3,2	13,9	5,7	6,5	7,9	4,2	3,7
80	7,9	4,2	4,2	4,9	3,3	2,4	10,3	3,2	3,8	4,9	3,1	2,8
85	5,7	2,3	2,3	2,9	2,5	1,7	7,3	1,2	1,7	2,6	2,0	2,0
90	3,9	1,1	1,3	1,7	1,2	0,8	4,9	0,2	0,5	1,1	1,2	1,2

EV: Esperanza de vida. EVLD: Esperanza de vida libre de dependencia. EVBS: Esperanza de vida en buena salud. EVSC: Esperanza de vida sin enfermedad crónica. Nc: no calculable.



este indicador, que es independiente del tamaño y estructura de edad de la población. En contraste, otro indicador como es el número de personas dependientes es mucho más sensible al volumen poblacional, y muestra mucha más variabilidad según el escenario considerado. Los escenarios presentan una mayor variabilidad en los datos correspondientes a las mujeres que en los de los hombres. Así, los hombres de 65 años presentan una esperanza de vida sin dependencia con valores entre los 12 y los 14 años, mientras que la de las mujeres estaría entre los 12 y los 15 años. A los 75 años, los hombres esperarían vivir entre 6 y 7 años sin dependencia, mientras que las mujeres podrían vivir entre 5 y casi 8 años.

Esperanza de vida sin dependencia según escenario de dependencia.
Hombres y mujeres. Año 2015.

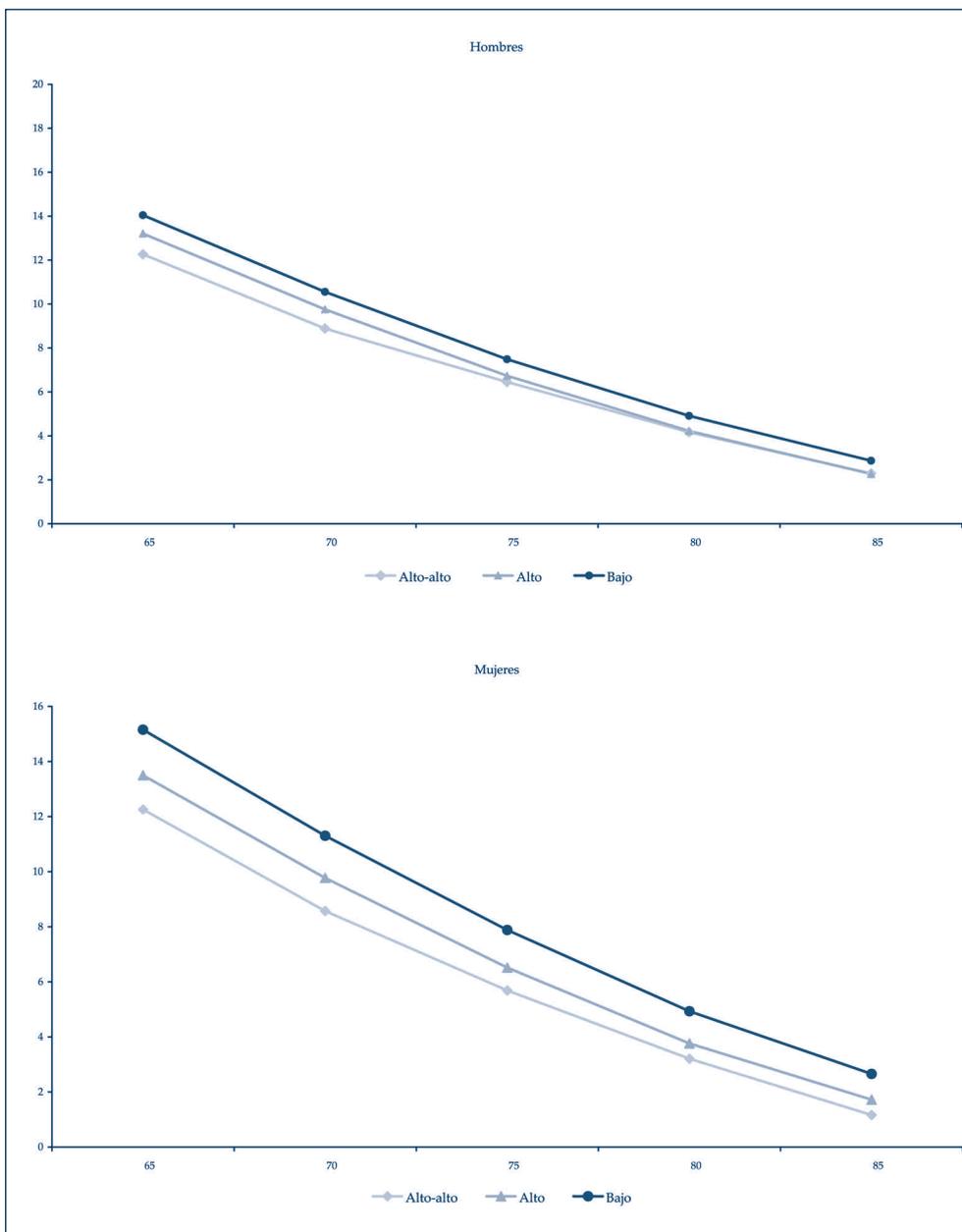


Gráfico 32

En la Tabla 49 y el Gráfico 33 se muestran las esperanzas de vida y las esperanzas de vida en buena salud en mayores de 50 años al año 2015 para cada sexo. De forma inmediata, puede observarse que la esperanza de vida es superior en las mujeres que en los hombres en cualquier grupo de edad, mientras que las esperanzas de vida en buena salud son prácticamente iguales, aunque ligeramente superiores en los hombres. Por tanto, bajo este escenario, en el año 2015 las mujeres pueden esperar vivir más años que los hombres, pero estos años adicionales no serán vividos con percepción de buena salud. Este comportamiento es consecuencia directa de la hipótesis de evolución de la buena salud percibida, que proyecta de forma constante las diferencias observadas entre hombres y mujeres en el año 2003, que indican mejor salud percibida en los hombres. Aún cuando esta hipótesis no se verificara, y las tasas de buena salud percibida no se mantuvieran constantes sino que sufrieran un crecimiento o una reducción, es poco probable que esta evolución se produzca de forma diferenciada por género hasta el punto de alterar las conclusiones derivadas del presente escenario.

Esperanza de vida y esperanza de vida en buena salud. Hombres y mujeres. Año 2015.

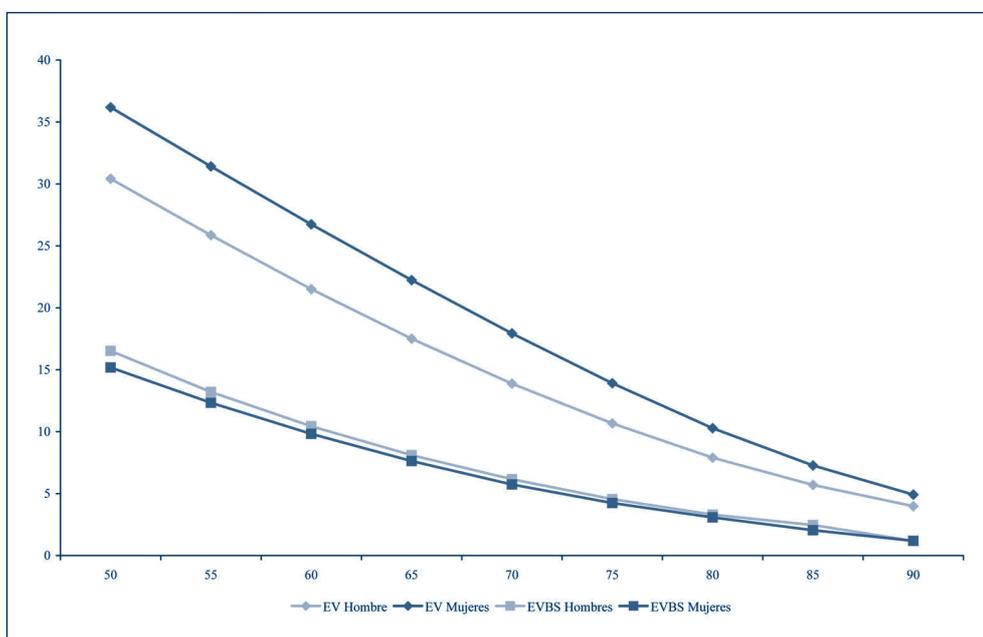


Gráfico 33

En segundo lugar, la relación entre la EVBS y la EV (el porcentaje de años de esperanza de vida que se espera vivir en buena salud) disminuye a medida que aumenta la edad, debido a que la esperanza de vida en buena salud decrece más rápidamente que la esperanza de vida. De ese modo, los hombres a los 50 años esperan vivir un 54,3% de los años restantes de vida en buena salud, mientras que a los 65 este porcentaje se reduce a un 46,3%. Las mujeres presentan un patrón parecido, con porcentajes a los 50 y 65 años de 41,9% y 34,3%, respectivamente. La relación EVBS-EV en el año 2015 es ligeramente superior a la del año 2003, indicando que este escenario corresponde a una morbilidad relativa constante o



creciente a un ritmo muy lento. Es discutible pensar que cualquier mejora encaminada a aumentar la percepción de buena salud permitirá mejorar la relación entre EVBS y EV, puesto que los beneficios en salud percibida estarán relacionados con los beneficios en supervivencia, aunque el inverso no es cierto.

En la Tabla 49 y el Gráfico 34 se muestran las esperanzas de vida y las esperanzas de vida sin enfermedad crónica en mayores de 50 años al año 2015 para cada sexo. A los 50 años, tanto hombres como mujeres pueden esperar vivir alrededor de 13 años sin enfermedad crónica, y a los 65 años, pueden esperar vivir 6 años. Puede observarse que se mantiene el fenómeno observado en la esperanza de vida en buena salud, según el cual los años de vida adicionales que pueden esperar vivir las mujeres respecto a los hombres no se traducen en beneficios de salud, pues la esperanza de vida sin enfermedad crónica es prácticamente la misma para hombres que para mujeres. Este fenómeno es debido a que las mujeres presentan tasas de enfermedad crónica superiores a las de los hombres. Una consecuencia de este hallazgo es que el porcentaje que supone la EVSC sobre la EV (es decir el porcentaje de años de vida que se esperan vivir sin enfermedad crónica), es superior en los hombres que en las mujeres. A los 50 años, los hombres pueden esperar vivir un 44% de los años restantes sin enfermedad crónica, mientras que las mujeres sólo un 37,2%. A los 65 años, los porcentajes se han reducido a un 34,5% y un 27,6%, respectivamente.

Esperanza de vida y esperanza de vida sin enfermedad crónica.
Hombres y mujeres. Año 2015.

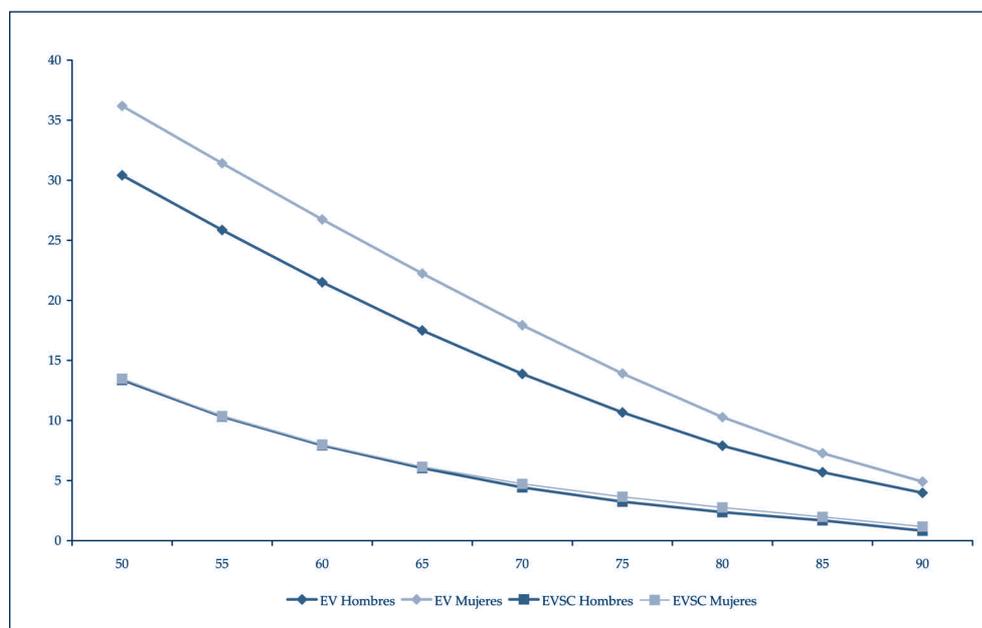


Gráfico 34

Hasta la fecha, no se dispone de otras estimaciones de esperanzas de salud para España a horizonte 2015. Los escasos trabajos identificados calculan esperanzas de salud a corto plazo, y son iniciativas de la Unión Europea (UE) o de la OMS que generan estimadores de salud poblacional para la comparación entre paí-

ses. Las estimaciones de la UE se basan en datos de salud y comorbilidad que provienen de encuestas continuas (European Community Household Panel hasta el año 2001 y el European Union Survey on Income and Living Conditions a partir del año 2004) y de una edición especial del Eurobarometer. Las encuestas a nivel europeo incluyen preguntas estandarizadas de salud basadas en las recomendaciones de organismos internacionales de armonización. De interés para este trabajo son las preguntas sobre el estado de salud en general del individuo, la presencia de enfermedades o problemas de salud de larga duración, y la restricción de las actividades usuales en los 6 meses previos debido a problemas de salud. Las estimaciones de la OMS³⁴ presentan diferencias importantes en cuanto a definición de esperanza de vida ajustada por salud, por lo que se desestiman para su comparación.

En la Tabla 50 se comparan las estimaciones realizadas en el presente trabajo a partir de los datos de la ENS 2003 con los de las otras publicaciones identificadas. En primer lugar, cabe destacar que ninguno de los trabajos identificados recoge información de dependencia y no se dispone de proyecciones de esperanza de vida sin dependencia fuera del análisis realizado en este trabajo. La comparación de las estimaciones obtenidas a partir de la ENS 2003 para el año 2003 con las del año 2015 sugiere que los incrementos en esperanza de vida a los 65 años tienen distinto impacto en las esperanzas de salud de hombres y mujeres, bajo las hipótesis asumidas en los escenarios considerados. Este resultado se puede observar más claramente en el Gráfico 35, en el que se visualiza que en el escenario alto los hombres ganan más tiempo sin dependencia, más tiempo en buena salud y más tiempo sin enfermedad crónica que las mujeres, a la vez que ganan menos tiempo con dependencia, menos tiempo con mala salud y el mismo tiempo con enfermedad crónica que las mujeres. Concretamente, en términos de dependencia, en los hombres el

Esperanzas de vida y de salud a los 65 años. Publicación, año de estimación. España.

FICE, 2015							
Hombres				Mujeres			
EV	EVSD	EVBS	EVSC	EV	EVSD	EVBS	EVSC
17,5	13,2	8,1	6,0	22,2	13,5	7,6	6,1
FICE, 2003							
Hombres				Mujeres			
EV	EVSD	EVBS	EVSC	EV	EVSD	EVBS	EVSC
16,1	12,4	7,5	5,6	20,9	13,0	7,3	5,8
EHEMU, 2003 ^{35,36}							
Hombres				Mujeres			
EV		EVSRA		EV		EVSRA	
16,6		11,3		20,6		12,5	
Eurobarometer, 2002 ³⁷							
Hombres				Mujeres			
EV	EVSRA	EVBS	EVSC	EV	EVSRA	EVBS	EVSC
16,6	8,9	7,8	8,5	20,5	8,1	6,5	11,6

EVRA: Esperanza de vida sin restricción de la actividad.



tiempo ganado de esperanza de vida es tiempo mayoritariamente ganado sin dependencia (casi 10 meses sin dependencia *versus* 7 meses con dependencia), mientras que en las mujeres el tiempo ganado es mayoritariamente tiempo en dependencia (casi 10 meses con dependencia *versus* 6 meses sin dependencia). Respecto a la buena salud, tanto para hombres como para mujeres el tiempo ganado es mayoritariamente en mala salud (casi 10 meses en hombres y 12 meses en mujeres), aunque los hombres también ganan más tiempo en buena salud que las mujeres (casi 7 meses *versus* casi 4 meses). Finalmente, en términos de enfermedad crónica, tanto hombres como mujeres ganan un año de vida con enfermedad crónica, pero los hombres ganan casi 5 meses sin enfermedad por casi 4 meses de las mujeres.

Incrementos en las esperanzas de vida saludable y no saludable entre los años 2003 y 2015. Ambos sexos.

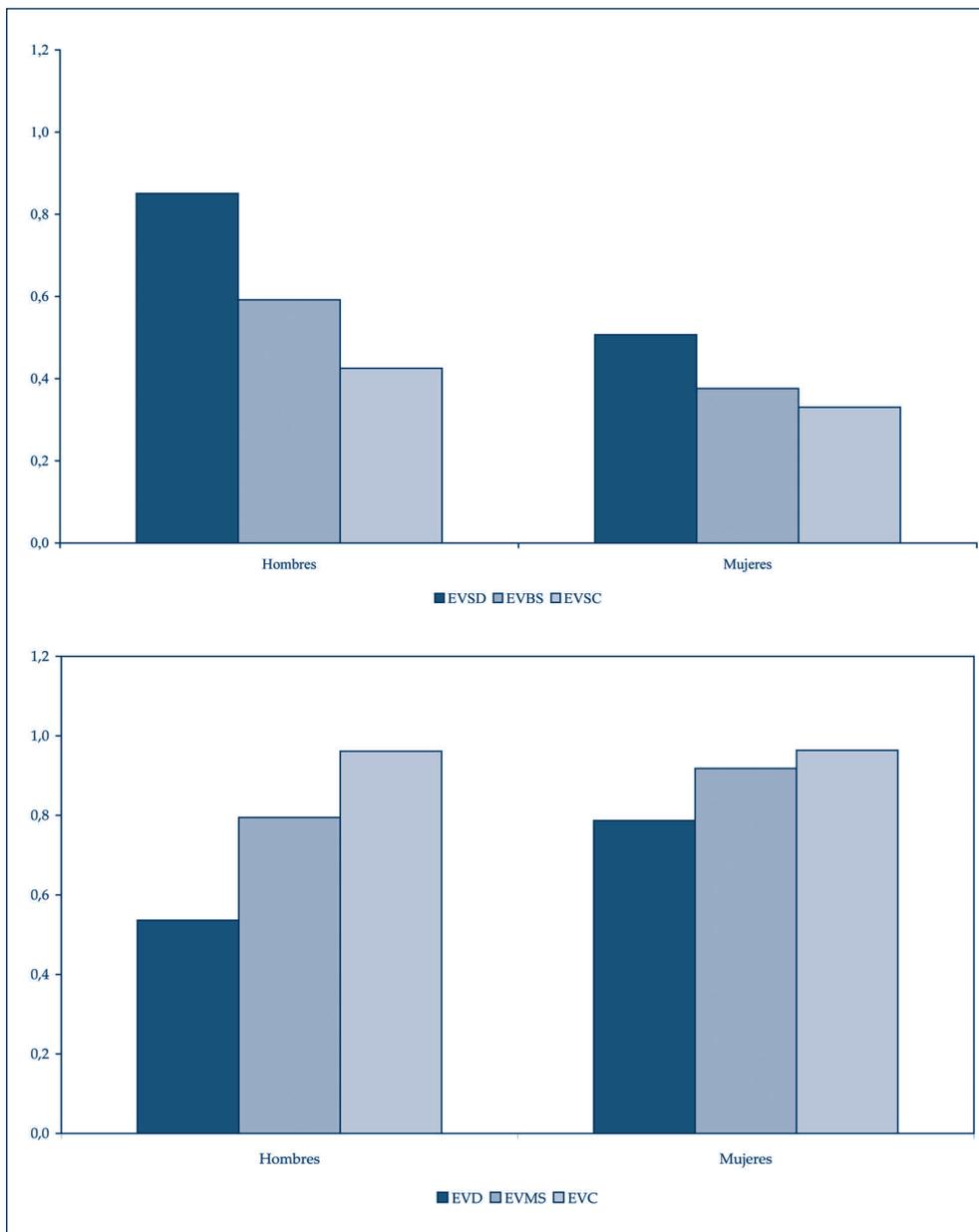
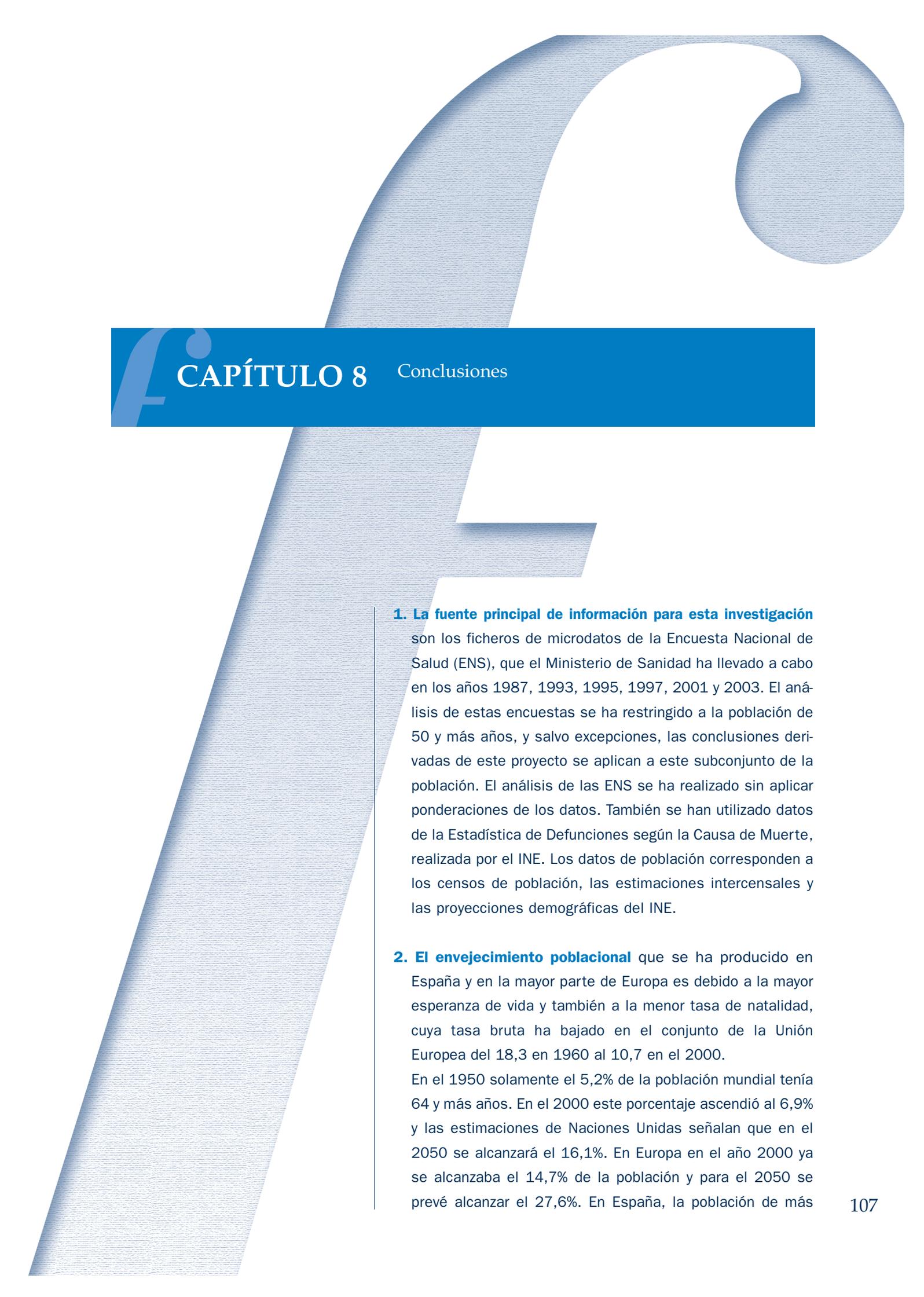


Gráfico 35



En segundo lugar, los resultados de la Tabla 50 evidencian la dificultad de comparar estimaciones procedentes de fuentes diversas, que al utilizar metodologías distintas generan resultados dispares. Obviando estas discrepancias, y a modo general, puede concluirse que en el período 2002 a 2015 se observa que el incremento en la esperanza de vida va acompañado de un incremento en la esperanza de vida en buena salud sin dependencia y sin enfermedad crónica. Una comparación más detallada de los estimadores es imposible, dadas las diferencias existentes incluso en la previsión de esperanzas de vida para el año 2003.



CAPÍTULO 8 Conclusiones

1. La fuente principal de información para esta investigación

son los ficheros de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), que el Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo en los años 1987, 1993, 1995, 1997, 2001 y 2003. El análisis de estas encuestas se ha restringido a la población de 50 y más años, y salvo excepciones, las conclusiones derivadas de este proyecto se aplican a este subconjunto de la población. El análisis de las ENS se ha realizado sin aplicar ponderaciones de los datos. También se han utilizado datos de la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte, realizada por el INE. Los datos de población corresponden a los censos de población, las estimaciones intercensales y las proyecciones demográficas del INE.

2. El envejecimiento poblacional

que se ha producido en España y en la mayor parte de Europa es debido a la mayor esperanza de vida y también a la menor tasa de natalidad, cuya tasa bruta ha bajado en el conjunto de la Unión Europea del 18,3 en 1960 al 10,7 en el 2000.

En el 1950 solamente el 5,2% de la población mundial tenía 64 y más años. En el 2000 este porcentaje ascendió al 6,9% y las estimaciones de Naciones Unidas señalan que en el 2050 se alcanzará el 16,1%. En Europa en el año 2000 ya se alcanzaba el 14,7% de la población y para el 2050 se prevé alcanzar el 27,6%. En España, la población de más

edad ha pasado de representar el 5,2% de la población total a principios del siglo XX, a representar el 17,0% a principios del siglo XXI. Al mismo tiempo se ha producido un descenso, igualmente importante, del peso demográfico de la población más joven que, en el mismo período, ha pasado del 33,5% al 14,5% de la población total. La consecuencia de ambos fenómenos queda recogida en el índice de vejez de la población española. Éste ha aumentado su valor del 16% al 117%. De este modo, el peso de la población de 65 y más años ha superado el de la población de menos de 15 años por primera vez en la historia española.

En 2003 la esperanza de vida al nacer en la Unión Europea variaba de los 74,2 años (Portugal) hasta los 78 (Suecia) para los hombres, y entre los 80,1 años (Dinamarca) y los 82,2 (Francia) para las mujeres. En España, en 1980 la esperanza de vida al nacimiento de hombres y de mujeres era de 52,5 años y 78,6 años, respectivamente. Dos décadas más tarde, estas previsiones crecieron hasta situarse en 75,2 y 82,2 años.

Disponemos de otros índices del estado de salud de la población, como la esperanza de vida libre de incapacidad y la esperanza de vida en buena salud, que permiten conjugar en una sola medida el incremento de los años de vida y las condiciones en que éstos se viven. Las mujeres presentan una mayor expectativa de años de vida en buena salud y libre de incapacidad que los hombres. No obstante, esta situación también se produce respecto a los años de vida en mala salud y con incapacidad. De este modo, la mayor expectativa de vida de las mujeres se traduce en más años de vida en mala salud y con incapacidad que los hombres.

3. Mortalidad y causas de muerte. Según la Estadística de Defunciones del INE, entre las principales causas de defunción en los grupos de edad de más de 55 años se encuentran las enfermedades relacionadas con el corazón y el resto del aparato circulatorio, así como el cáncer. En el caso de las muertes por enfermedades del aparato circulatorio se observa una reducción notable en las tasas de mortalidad entre los años 1980 y 2003 que se produce en los tres grupos de edad considerados y en ambos sexos.

El cáncer aparece como segunda causa de muerte en todos los grupos de edad y en ambos sexos. En general, las tasas de mortalidad han aumentado durante estos años en el caso de los hombres, especialmente entre los de 75 y más años, y han descendido entre las mujeres, excepto entre las de edad más avanzada.

En el caso de las enfermedades del aparato respiratorio, se aprecia una tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad en hombres y mujeres de edades inferiores a los 75 años durante este período. Nuevamente se observan unas tasas más elevadas en los hombres que en las mujeres.

Las enfermedades del aparato digestivo muestran una cierta disminución que se manifiesta con más intensidad en el caso de los hombres que en las mujeres, reduciéndose la sobremortalidad de los hombres.

Finalmente, las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los senti-



dos, destacando la enfermedad de Alzheimer, así como los trastornos mentales, son las causas de muerte que están irrumpiendo con mayor fuerza desde la década de los 80, especialmente entre mayores de 75 y más años.

4. El estudio de la salud poblacional se basa en el análisis de las variables de salud autopercebida, los hábitos de salud, la carga de morbilidad, el consumo de recursos sanitarios y la carga de discapacidad de la población. La heterogeneidad en estas variables deviene una de las señas de identidad, no siempre bien reconocidas, del colectivo de personas mayores.

4.1 La salud autopercebida que manifiestan las personas mayores de 50 años es buena o muy buena en casi la mitad del colectivo (47,1%). La salud subjetiva declina con la edad, acentuándose esta tendencia a partir de los 75 años. Según la ENS del año 2003, a la edad de 50-54 años, el 64,7% de la población manifiesta un buen estado de salud; en cambio, a la edad de 60-64 años este porcentaje se reduce al 51,2%, y a los 65-69 años es del 46,3%. Finalmente, a partir de los 80 años se detecta un estancamiento en esta dinámica. Así mismo, los hombres muestran una autopercepción de su estado de salud significativamente mejor que las mujeres. La prevalencia del buen estado de salud en los hombres de 50 y más años es del 54,4%, mientras que en las mujeres es del 42,1%. Por otro lado, el estado de salud autopercebida varía según el nivel de estudios finalizados, de manera que cuanto mayor es el nivel educativo, mayor es la prevalencia de buena salud autopercebida. El 72,5% de las personas con estudios superiores manifiestan tener un buen estado de salud, frente al 31,2% de las personas sin estudios. Finalmente, los ingresos del hogar también se revelan como un factor relacionado con la buena salud autopercebida, a pesar de las dificultades que conlleva la medición de esta variable. Las personas que viven en hogares con más ingresos refieren mejor salud percibida. Los resultados de la Unión Europea muestran un comportamiento similar de la salud autopercebida respecto todos los condicionantes mencionados.

El análisis conjunto de las ENS de 1987 y 2003 aporta, en primera instancia, evidencias que sugieren que la prevalencia del buen estado de salud de las personas de 50 y más años se ha incrementado de forma ligera pero significativa, aún considerando las posibles diferencias en la distribución por sexo y edad de la población. A igualdad de sexos, la oportunidad de manifestar un buen estado de salud en las personas entre 50 y 54 años es un 33% superior en el año 2003 respecto al año 1993, mientras que en las personas de 55-64 años esta oportunidad es un 19% superior. Por el contrario, la prevalencia de buen estado de salud no se modifica de forma significativa en los grupos de hombres y mujeres de 65-74 años y 75 y más años entre las dos operaciones estadísticas.



En el estudio de la variación de la salud autopercebida en el período 1987-2003 es necesario tener en cuenta la evolución de otros condicionantes de salud relacionados con la salud autopercebida, que se comentan a continuación.

4.2 En relación a los hábitos de salud. En esta investigación se ha estudiado la evolución durante el período 1987 y 2003 de los datos de consumo de tabaco, las horas diarias de sueño y la actividad física desarrollada en tiempo libre. Como indicador de resumen nutricional, se ha construido el índice de masa corporal a partir de los datos subjetivos de peso y altura de los individuos, que se han clasificado en cuatro grupos (infrapeso, peso normal, sobrepeso, obesidad), aplicando los criterios de la Organización Mundial de la Salud. En general se observa que los hábitos de salud presentan comportamientos diferenciados en el período estudiado. Por una parte se observan algunas mejoras, con la disminución del tabaquismo y el aumento de la actividad física en el tiempo libre a lo largo de este período en todos los grupos de edad. Sin embargo, también se identifican algunos problemas de importancia creciente, como el aumento del sobrepeso y la obesidad.

La prevalencia de hombres que declaran ser fumadores ha disminuido entre 1987 y 2003 en todos los grupos de edad, mientras que en las mujeres se observa una tendencia opuesta, con un incremento de la prevalencia. A pesar del comportamiento dispar de los sexos, la prevalencia global de tabaquismo en personas de 65 y más años disminuye en el período considerado, debido a que la prevalencia de tabaquismo en mujeres de esta edad es muy baja y los cambios no tienen repercusión en la tasa global.

La prevalencia de descanso suficiente (8 ó más horas diarias de sueño) no se ha modificado sustancialmente en el período estudiado. La prevalencia oscila alrededor del 45-55%, siendo ligeramente más alta en los grupos de edad más avanzada.

La realización de actividad física en el tiempo de ocio se ha incrementado significativamente desde el año 1987 en todos los grupos de edad. Este incremento es especialmente relevante en los grupos de edad a partir de 65 años, en que se duplican los porcentajes observados. Este incremento es tal que el porcentaje de personas activas de 80 y más años en 2003 es igual (o superior en el caso de las mujeres) que el porcentaje de personas activas de 50-54 años en el año 1987. Los incrementos más relevantes respecto el año 1987 se producen en las mujeres, que duplican las prevalencias de actividad en todos los grupos de edad a partir de los 55 años.

La prevalencia de sobrepeso/obesidad se ha incrementado gradualmente en el período considerado. Este incremento es significativo en los grupos de edad de 60 a 79 años, con un rango de crecimiento del 6,4% al 10,9%. La mayor parte de este incremento, entre un 49,9% y un 95,5%, corresponde al incremento en la prevalencia de obesidad. La evolución del sobrepeso y la obesidad



es similar en hombres y mujeres. Sin embargo, los hombres presentan una mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres, con diferencias entre un 6% y un 14% según grupo de edad. Las mujeres presentan tasas de obesidad ligeramente superiores a las de los hombres, con una diferencia de alrededor del 3%, constante por grupos de edad. En el otro extremo del espectro de peso, la prevalencia de personas con peso inferior al normal ha disminuido entre 1987 y 2003 en ambos sexos.

4.3 Las enfermedades y problemas de salud crónicos. Las ENS han incluido un conjunto estable de enfermedades o problemas de salud crónicos relevantes (hipertensión, colesterol elevado, problemas de corazón, diabetes, asma y problemas de estómago), lo que permite analizar la evolución de su prevalencia entre 1987 y 2003. El promedio de enfermedades crónicas aumenta con la edad, pero se reduce a partir de los 70 años en hombres y mujeres, posiblemente por un efecto del superviviente sano. En el período estudiado ha aumentado, con significación estadística, el promedio de enfermedades crónicas en todos los grupos de edad de ambos sexos, excepto en el grupo más joven, de 50-54 años. De forma general, se observa que la prevalencia individual de enfermedades crónicas ha aumentado a lo largo de este período en todos los grupos de edad y en ambos sexos, excepto en el caso del asma y los problemas de estómago, que han descendido. También se observa que, en casi todos los grupos de edad, las enfermedades crónicas como la hipertensión, el colesterol elevado y la diabetes tienen mayor prevalencia en las mujeres, mientras que el asma y los problemas de estómago son más prevalentes en los hombres.

La hipertensión es la enfermedad que presenta el aumento de prevalencias más acusado, con un aumento significativo en ambos sexos y en todos los grupos de edad de 50 y más años. No puede descartarse que una parte de este fenómeno se deba a una mejora de los dispositivos de control de la enfermedad y a una mayor concienciación de la población en relación a este problema de salud. El asma y la úlcera de estómago son las únicas enfermedades crónicas que han mostrado descensos en las prevalencias en ambos sexos y por grupos de edad. La prevalencia de estas enfermedades es más elevada en los hombres que en las mujeres. No obstante, los avances en el tratamiento de los problemas de estómago, que han reducido drásticamente la prevalencia de los mismos, también han hecho desaparecer el patrón de sobreprevalencia masculina que se observaba entre los 50 y los 70 años.

4.4 La prevalencia de consumo de recursos sanitarios aumenta según se incrementa el grupo de edad. De esta forma, en el 2003, la prevalencia de consumo de medicamentos en los 15 días previos, que en el grupo de 50-55 años era más del 57%, superaba el 91% en las personas de 80 y más años. Las preva-



lencias de consumo de medicamento son superiores en las mujeres que en los hombres, en todos los grupos de edad.

En el año 2003, casi un 29% de las personas de 50-55 años declaró haber visitado al médico en el año anterior, porcentaje que crece hasta superar el 51% en las personas de 80 y más años. Respecto al año 1987, en 2003 se observa un incremento de la prevalencia en todos los grupos de edad, y además se observa que la diferencia entre ambos años es mayor según se consideran grupos de edad más avanzada.

La prevalencia de personas hospitalizadas en el año anterior se incrementa en todos los grupos de edad durante el período estudiado. Además, este incremento es progresivamente mayor según se consideran edades más avanzadas: partiendo de un incremento del 2,26% en los 50-54 años, se alcanza el 8,92% en los 80 y más años. Tanto en el 1987 como en el 2003 la prevalencia de hospitalización en hombres es superior a la de las mujeres, en todos los grupos de edad.

La prevalencia de personas que han acudido a un servicio de urgencias en el año previo presenta un crecimiento espectacular en el período estudiado. Las prevalencias en 50-64 años en 2003 duplican las observadas en el año 1987, y en los grupos de edad a partir de 65 años, las triplican. Analizando separadamente los resultados por sexo, se aprecia que el crecimiento ha sido más importante en las mujeres que en los hombres.

4.5 Discapacidad. Según los datos de Eurostat, en Europa el porcentaje de personas con afectación en sus actividades habituales por un problema de salud física o mental, enfermedad o incapacidad, se incrementa conforme avanza la edad. El 44,1% del grupo de 65-70 años y el 67,9% del grupo de 85 y más años tienen dificultades para la realización de actividades habituales. En España, desde el año 2003 la ENS incluye una lista de 27 actividades de la vida diaria sobre la que se pregunta a las personas de 65 y más años, a fin de conocer si pueden realizar estas actividades sin ayuda, con ayuda de otra persona o si no pueden realizarlas de ningún modo.

La prevalencia conjunta de discapacidad aumenta conforme aumenta la edad en ambos sexos, de modo que se incrementa la probabilidad de presentar dependencia para realizar alguna actividad de la vida diaria. A partir de los 80 años, más de la mitad de las personas manifiestan que necesitan ayuda para alguna actividad. Las mujeres presentan una prevalencia de discapacidad superior a los hombres en todos los grupos de edad. En el período de 1993 a 2003, se ha producido un descenso significativo de la prevalencia de discapacidad entre los 70 a 74 años, tanto en hombres como en mujeres. El promedio de actividades de la vida diaria afectadas aumenta con la edad en ambos sexos, siendo este aumento estadísticamente significativo en el caso de las mujeres de 65 a 79 años y en los hombres de 70-74 años.



5 El análisis de los determinantes del buen estado de salud percibida se ha realizado mediante análisis univariados y multivariados de los datos de la ENS del año 2003, considerando grupos de covariables explicativas.

5.1 Las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios finalizado, situación laboral e ingresos del hogar) influyen individualmente en la autopercepción de salud, como se ha comentado anteriormente.

5.2 Las variables de morbilidad incluyen la existencia de una limitación de la actividad en los 15 días previos, así como los diagnósticos de un conjunto de enfermedades crónicas (colesterol elevado, hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón, problemas de estómago, asma o bronquitis, alergias, depresión, otras enfermedades mentales, migrañas, mala circulación, hernias, artrosis, osteoporosis, problemas del período menopáusico y problemas de la próstata). La restricción en la actividad comporta un impacto negativo sobre la percepción de salud. Todas las enfermedades crónicas presentan una relación significativa con la autopercepción de salud. El hecho de no presentar enfermedades crónicas aumenta significativamente la posibilidad de considerar el estado de salud como bueno, respecto a las personas que manifiestan tener 5 ó más enfermedades crónicas, independientemente de cuales sean éstas. A nivel de enfermedades concretas, la ausencia de depresión presenta el mayor impacto positivo sobre la posibilidad de manifestar un buen estado de salud. Al contrario, el colesterol, la hipertensión y las alergias presentan los impactos más modestos sobre la percepción de buen estado de salud.

5.3 Las variables relacionadas con los hábitos de salud (hábito tabáquico, consumo de alcohol, horas de sueño, realización de actividad física en el tiempo libre e índice de masa corporal) presentan todas ellas una relación significativa, aunque moderada, con la percepción de buena salud.

5.4 En el análisis multivariable se identifican los factores con más impacto en la percepción de buen estado de salud. Una persona que no ha consumido medicamentos recientemente tiene hasta seis veces más oportunidades de manifestar un buen estado de salud que aquellas que toman 5 ó más medicamentos. Por otro lado, las personas que no tienen dificultades en las AVD presentan alrededor de cinco veces más oportunidades de buena salud que los que tienen dificultades graves o absolutas. Las personas que no padecen ninguna enfermedad crónica tienen 10 veces más oportunidades de percibir su estado de salud como bueno que las personas con 5 ó más enfermedades. Las enfermedades crónicas que tienen un impacto más importante en la percepción de salud son la depresión, el asma y la artrosis. La restricción de la actividad por enfermedad comporta una reducción de la percepción de buena salud, incluso teniendo en cuenta el papel de las dificultades en las AVD en la percepción de buena salud.



La edad y el sexo pierden significación después de ajustar el modelo multivariable, lo que pone de manifiesto que, controladas las otras variables, las diferencias entre edades en las oportunidades de manifestar un buen estado de salud se reducen, y lo mismo sucede entre hombres y mujeres. Estos resultados evidencian que las políticas de salud que permitan retrasar la aparición de las enfermedades crónicas y las dificultades en las AVD, y que promuevan hábitos saludables pueden tener impacto favorable en la autopercepción positiva de la salud de las personas, a pesar del proceso natural del envejecimiento.

6. Análisis de la cohorte de nacimiento. Un indicador de la evolución del estado de salud de la población a lo largo del tiempo viene dado por la comparación de los resultados de diferentes encuestas correspondientes a individuos similares en términos de edad y determinantes de salud. La clasificación de los individuos encuestados según la cohorte de nacimiento permite comparar grupos de individuos que tienen una misma edad en distintas encuestas, a fin de eliminar el impacto de la edad del individuo en la determinación del estado de salud. Para desarrollar este análisis, se definen cohortes de nacimiento que comprenden períodos de 8 años. De éstas, en el análisis se incluyen 5 cohortes que abarcan el período comprendido entre el año 1913 y 1951, las cuales permiten obtener comparaciones entre las encuestas del año 1987 y el año 2003.

6.1 Cohortes de nacimiento como determinantes del estado de salud autopercebida. Se han construido modelos de regresión que analizan el efecto de la cohorte de nacimiento y la edad, ajustando por variables de comorbilidad. A igualdad de condiciones de salud, las cohortes presentan probabilidades crecientes de buena salud percibida, con mayor probabilidad según la cohorte es más reciente. El análisis diferenciado por sexos aporta resultados muy similares para hombres y para mujeres.

6.2 Cohortes de nacimiento como determinantes de dependencia. Se construyó para cada género un modelo de regresión que analiza el efecto sobre la dependencia de la cohorte de nacimiento y la edad, ajustando por variables de comorbilidad. Se consideró la dependencia básica o instrumental frente a la situación de autonomía personal. De forma independiente a la edad y las enfermedades crónicas, la cohorte de nacimiento está significativamente asociada a la dependencia. La posibilidad de estar en situación de dependencia disminuye según se consideran cohortes de nacimiento más recientes, a igualdad de edad cronológica y coexistencia de enfermedades crónicas, tanto en hombres como en mujeres. Por tanto, las condiciones de vida y de salud asociadas al período en que se nace influyen en la probabilidad de perder la autonomía a lo largo de la vida, y a medida que se consideran cohortes más recientes, éstas tienen una mayor perspectiva de autonomía a igualdad de edades y enfermeda-



des crónicas. Estas perspectivas dependen del sexo del individuo, ya que las mejoras asociadas a la cohorte de nacimiento que presentan los hombres en la posibilidad de autonomía son muy superiores a las que presentan las mujeres.

6.3 Cohortes de nacimiento como determinantes de enfermedades crónicas. Se construyó para cada género un modelo de regresión que analizaba el efecto de la cohorte de nacimiento y la edad. En todas las enfermedades excepto asma y problemas de estómago se observa un riesgo creciente de presentar la enfermedad según se consideran cohortes más recientes. Este riesgo tiene un crecimiento constante en el caso de las alergias y las enfermedades del corazón. La enfermedad crónica con un crecimiento mayor es la alergia, en que la cohorte nacida en 1937-43 tiene 4 veces más oportunidades de presentar alergias que la cohorte nacida en 1913-20. En el caso de la hipertensión, el colesterol elevado y la diabetes, se observa que el crecimiento de riesgo entre cohortes es mayor en las cohortes de 1921 a 1928 que en el período posterior de 1929 a 1951, intuyéndose una posible desaceleración en el aumento de las oportunidades de presentar dichas enfermedades crónicas.

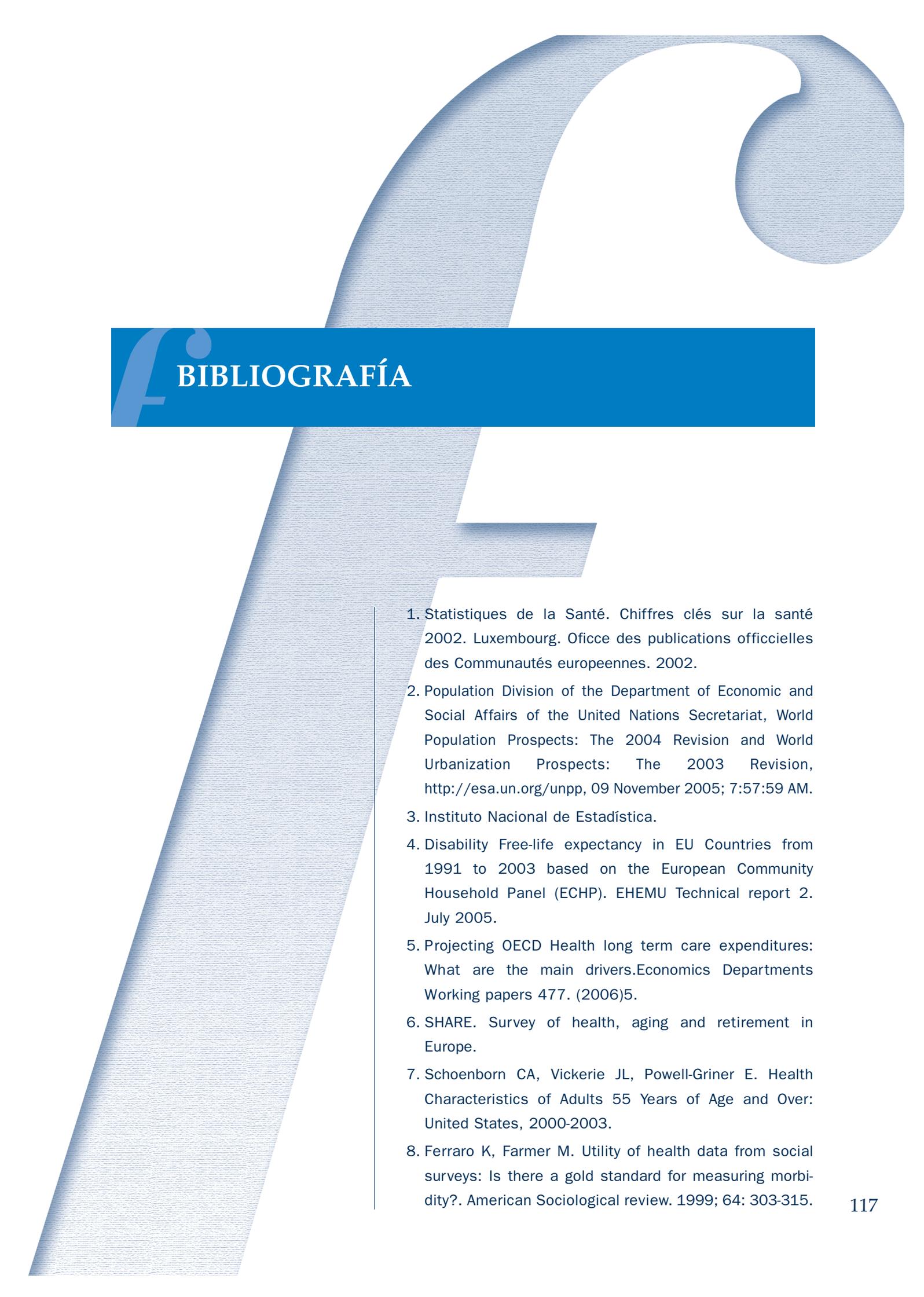
7. Perspectivas del estado de salud de las personas mayores en el año 2015.

7.1. La dependencia en la población mayor. En el presente trabajo hemos creado tres escenarios de población con dependencia en el horizonte del año 2015. En el escenario bajo se ha considerado la hipótesis de compresión de la morbilidad, y como resultado se espera que en el año 2015 un 25% de las personas mayores de 65 años estén en situación de dependencia. En los escenarios altos, que consideran hipótesis de expansión de la morbilidad, este porcentaje se situaría entre el 32% y el 37% de las personas en este colectivo. Con estos escenarios propuestos se presenta una horquilla de valores posibles para el número de personas mayores con dependencia en el año 2015, que se situarían entre los 2,18 y los 3,23 millones de personas, representando entre un 4,6% y un 6,8% de la población. La comparación de estos resultados con los de otros estudios debe atender al hecho de que las proyecciones de personas en situación de dependencia son sensibles a distintos factores. Entre los más importantes destacan la definición y medición de la variable dependencia, las proyecciones de población y fuentes de datos utilizadas, y la metodología estadística aplicada. Los autores consideran el escenario bajo de contracción de la dependencia como el más verosímil y probable, acorde con la evolución observada en los determinantes de salud estudiados.

7.2 Esperanzas de salud en el año 2015. Se han calculado proyecciones de la esperanza de vida sin dependencia, la esperanza de vida en buena salud y la esperanza de vida sin enfermedades crónicas de las personas mayores en el



año 2015. El cálculo de la esperanza de vida libre de dependencia se ha realizado bajo tres hipótesis de evolución de la dependencia, que han tenido un impacto limitado en la estimación, debido al carácter de medida relativa del indicador, que es independiente del tamaño y estructura de edad de la población. En el año 2015, a los 65 años los hombres presentan una esperanza de vida sin dependencia de entre 12 a 14 años, mientras que las mujeres de esa edad presentan valores entre los 12 y los 15 años. En las proyecciones de esperanza de vida en buena salud se observa que hombres y mujeres presentan valores iguales, aunque sus esperanzas de vida no lo son. Por ello, en el año 2015 las mujeres pueden esperar vivir más años que los hombres, pero estos años adicionales no serán vividos con percepción de buena salud. Los hombres de 50 años esperan vivir un 54,3% de los años restantes de vida en buena salud, mientras que las mujeres sólo vivirán en buena salud un 41,9% de estos años. En la proyección de esperanza de vida sin enfermedad crónica, se observa que, a los 50 años, tanto hombres como mujeres pueden esperar vivir alrededor de 13 años sin enfermedad crónica.



BIBLIOGRAFÍA

1. Statistiques de la Santé. Chiffres clés sur la santé 2002. Luxembourg. Office des publications officielles des Communautés européennes. 2002.
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision, <http://esa.un.org/unpp>, 09 November 2005; 7:57:59 AM.
3. Instituto Nacional de Estadística.
4. Disability Free-life expectancy in EU Countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel (ECHP). EHEMU Technical report 2. July 2005.
5. Projecting OECD Health long term care expenditures: What are the main drivers. Economics Departments Working papers 477. (2006)5.
6. SHARE. Survey of health, aging and retirement in Europe.
7. Schoenborn CA, Vickerie JL, Powell-Griner E. Health Characteristics of Adults 55 Years of Age and Over: United States, 2000-2003.
8. Ferraro K, Farmer M. Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity?. American Sociological review. 1999; 64: 303-315.



9. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. *Journal of Health and social behaviour*. 1999; 38: 21-37.
10. Idler EL, Hudson SV, Levental H. The Meanings of self-Ratings of Health: A Qualitative and Quantitative Approach. *Research on aging*. 1999; 21: 458-476.
11. Pincuart M. Correlates of subjective health in older adults. A metanalysis. *Psychology and aging*. 2001; 16: 414-426.
12. Rowe JW, Khan RI Human Aging: Usual and successful. *Science*: 1987; 237: 143-149.
13. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennet JM, Kobayashi E, Fukaya T, Sugihara Y. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *The journals of Gerontology*. 2005; 60B: S224-S232.
14. Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. *Essentials of clinical geriatrics*. 1999. New York. McGraw-Hill.
15. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennet JM, Blaum C, Kobayashi E, et al. Changes in functional status among older adults in Japan: Successful and usual aging. *Psychology and aging*. 2003; 18: 684-695.
16. House JS, Lepkowsky JM, Kinney AM, Mero RP, Kesler RC, Herzog AI. The social stratification of aging and health. *Journal of health and social behaviour*. 1994; 35: 213-234.
17. Ross C, Wu C. Education age and the cumulative advantage in health. *Journal of health and social behaviour*. 1996; 37: 104-120.
18. Leinonen R, Heikkinen, Jylha M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people. A 5 year longitudinal study. *Social Science and Medicine*. 2001; 52: 1329-1341.
19. Organización Mundial de la Salud. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y de la salud". IMSERSO. Madrid, 2001.
20. Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E et al. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *The Journals of Gerontology*. 1996; 51A., 3, Health module. pg.M123.
21. Eurostat. Date d'extraction: Sat, 4 Nov 06 08:21:38 Health status: indicators from the National Health Interview Surveys (HIS round 2004).
22. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci USA*; 1997; 90,6: 2593-2598.
23. Julio Pérez (2000).
24. Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the World Health Organization Consultation of Obesity. WHO, Geneva, June 1997.
25. Instituto de Información Sanitaria, 2004.
26. La utilización del test de χ^2 en muestras grandes como en el caso de la ENS plantea la dificultad que tiende a resultar significativo. Por este motivo se ha



complementado con el estadístico V de Cramer, que es una medida independiente del tamaño de la muestra.

27. www.ine.es
28. <http://www.ine.es/metodologia/t20/t2030251h.htm>
29. Puga MD. Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. Fundación Pfizer, Madrid, 2002.
30. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Long-term trends in life expectancy and active life expectancy in the United States. *Population and development review*, Mar 2006; 32(1): 81-105.
31. Libro Blanco de "Atención a las personas en situación de dependencia en España". Diciembre 2004.
32. <http://www.who.int/healthinfo/bodlifeexpectancy/en/index.html>
33. Bio-demographic aspects of population ageing. Ahn N, Gènova R, Herce JA, Pereira J. ENEPRI research report no. 1. European Network of Economic Policy Research Institutes. June 2004.
34. The world health report 2004 – Changing History.
35. Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003 (Technical report 1). Robine JM, Jagger C, Clavel A, and Romieu I. European Health Expectancy Monitoring Unit EHEMU. August 2004 (revised July 2005).
36. Are we living longer, healthier lives in the EU? (Technical Report 2). Robine JM, Jagger C, Van Oyen H, Cambois E, Romieu I, Clavel A, Barker G and Le Roy S. European Health Expectancy Monitoring Unit EHEMU. July 2005.
37. The Health of adults in the European Union. Special Eurobarometer 183-7/ Wave 58.2. European Opinion Research Group. December 2003.



Antoni Salvà Casanovas

Director del Institut de l'Envel·liment
Universitat Autònoma de Barcelona

Anexo

La Encuesta Nacional de Salud (ENS) es una operación estadística de periodicidad bienal incluida en el Plan Estadístico Nacional, y que forma parte del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud. La ENS es una investigación sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. Su objetivo general es proporcionar la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria, y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud.

En España, la primera ENS se realizó en 1987, y tuvo su continuación en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006. A día de hoy, se dispone de los resultados completos de las ediciones hasta 2003 y del avance de resultados de la edición de 2006. El organismo responsable de realizar la ENS es el Ministerio de Sanidad y Consumo. En las primeras 5 encuestas, el diseño



muestral y el trabajo de campo fueron realizados por el Centro de Investigaciones Sociológicas, organismo autónomo dependiente del Ministerio de la Presidencia, mientras que las encuestas de 2003 y 2006 se realizaron mediante un convenio de colaboración con el Instituto Nacional de Estadística.

La ENS recoge información de una muestra de unos 28.000 individuos, representativa de la población no institucionalizada residente en España. El diseño se basa en un muestreo polietápico estratificado por conglomerados. Desde su inicio en 1987 y hasta 2001, la selección de las personas a entrevistar se realizó mediante técnicas de muestreo no probabilístico (cuotas de edad y sexo); sin embargo, desde 2003 la selección se realiza de manera aleatoria a partir de un marco de población definido: el Censo de Población, gestionado por el Instituto Nacional de Estadística. Los resultados crudos obtenidos en las distintas ediciones deben ser ponderados, con pesos específicos para cada Comunidad Autónoma y sub-muestra (adultos y niños) en las ediciones previas a 2003, y pesos probabilísticos para cada registro individual en la edición de 2003 y posteriores.

Desde 1995 la información se recoge a lo largo de cuatro trimestres. En cambio, la encuesta de 1987 se realizó en verano y la de 1993 en invierno.

La Encuesta Nacional de Salud de España se realiza mediante entrevista personal en el domicilio de la persona seleccionada. Para la recogida de información se utilizan tres tipos de cuestionarios precodificados: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores. El cuestionario de hogar recoge información sociodemográfica básica de todos los miembros del hogar y permite la selección aleatoria del adulto y del menor, en su caso, a entrevistar. El cuestionario de adultos contiene la información específica sobre estado de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios proporcionada de manera directa por la población de 16 y más años.

Los datos de las encuestas están disponibles en formato de fichero de microdatos, lo que permite realizar explotaciones específicas. Sin embargo, los archivos no están etiquetados y la codificación de variables no es suficientemente buena por lo que para su análisis se requiere un trabajo previo laborioso. Por otra parte en el contenido también hay algunos aspectos que condicionan su interpretación sobre todo cuando se

quieren comparar, como se ha hecho en esta investigación, datos de varias encuestas. Aunque el contenido principal de la ENS se mantiene inalterable desde 1987, en las sucesivas ediciones se han ido incorporando (o modificando) diversas preguntas. En este sentido la lista de enfermedades ha variado a lo largo del tiempo, aunque se ha mantenido un núcleo constante de las mismas. Consideramos interesante una reflexión sobre el criterio para mantener o incorporar los diferentes procesos y enfermedades y mantenerlas a lo largo de las diferentes encuestas. También podría mejorarse la información sobre hábitos de salud y valorar la posibilidad de incorporar una exploración física que incluya la medida de algunos datos como los de talla y peso que ahora son auto reportados.

Por otra parte la importancia que va adquiriendo el análisis de la situación de dependencia requiere, bajo nuestro punto de vista, modificar el criterio de edad y ampliar su estudio, que ahora sólo se hace a los mayores de 65 años, a poblaciones de otras edades inferiores. La incorporación de una pregunta en el año 2003 sobre personas en el hogar que necesitan ayuda en sus actividades de la vida diaria es muy positiva.

También adquiere cada vez más relevancia el estudio de la información del subgrupo de personas mayores, por ello consideramos conveniente ampliar el tamaño de las muestras de personas mayores, sobre todo en los grupos de edad de 75 y más años. En este subgrupo de edad las encuestas realizadas en la comunidad ofrecen resultados sesgados. Aproximadamente un 5% de los mayores de 64 años se encuentran ingresados en residencias o unidades de larga estancia. Previsiblemente estas personas como grupo tienen peor estado de salud y mayor discapacidad que las personas en la comunidad. Por ello sería interesante incorporar una muestra de población institucionalizada. En un sentido similar debería darse más información sobre el proceso de selección de los casos en los hogares de la muestra, garantizando la inclusión de la población enferma.

Finalmente queremos destacar la importancia de la realización periódica de las encuestas de salud como ya se viene haciendo. Su información es vital para el conocimiento de la población, del impacto de las políticas públicas, los avances científicos y los cambios socioeconómicos de la población. La experiencia adquirida debería estimular y permitir la introducción de muestras longitudinales que sin duda significarían una mejora cualitativa fundamental.



	1987	1993	1995
Tamaño muestral	39.738 (29.637 adultos)	26.400 (21.120 adultos)	8.387 (6.396 adultos)
VARIABLES NUEVAS O MODIFICADAS	<p>Estado de Salud: Valoración subjetiva Accidentes Enfermedades crónicas Limitación actividad</p> <p>Utilización de servicios: Consultas Urgencias Hospitalización Medicamentos Cobertura</p> <p>Hábitos: Tabaco Alcohol Ejercicio físico</p> <p>Actividades preventivas: Conocimiento vacunas</p>	<p>Estado de salud: Autovalimiento</p> <p>Actividades preventivas: Control ginecológico Vacuna antigripal Salud bucodental</p>	<p>Estado de salud: Incapacidad</p> <p>Utilización de servicios: Urgencias Cobertura</p> <p>Hábitos: Alimentación infantil</p> <p>Actividades preventivas: Lactancia materna Salud bucodental</p>
	1997	2001	2003
Tamaño muestral	8.383 (6.396 adultos)	26.400 (21.120 adultos)	28.113 (21.650 adultos)
VARIABLES NUEVAS O MODIFICADAS		Variables de caracterización de la posición social, estado civil de hecho, variables de trabajo productivo remunerado y no remunerado, problemas de acceso a la asistencia sanitaria, apoyo social, frecuencia consumo de ciertos alimentos, tipo desayuno.	Cuestionario de hogar, introducido en 2003, recoge información sociodemográfica básica de todos los miembros del hogar.

