



ESTUDIO MONOGRÁFICO: LAS EXPECTATIVAS DE SALUD

RICARD GÉNOVA MALERAS
Y JOAQUÍN PEREIRA CANDEL
INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



8.1. INTRODUCCIÓN

Las expectativas de salud constituyen un conjunto de indicadores sobre el nivel de salud de una población relativamente novedosos y, por ello, menos conocidos que otros índices demográfico-sanitarios. Por esta razón, antes de pasar a presentar algunas cifras referidas a la población española y países de su entorno, se hace necesario un breve comentario de carácter metodológico.

Tomemos dos poblaciones imaginarias, A y B. En la población A, todos sus miembros alcanzan con vida los cien años de edad, pero todos padecen una anomalía congénita severa y discapacitante desde su nacimiento. En la población B, nadie sufre enfermedad alguna hasta el momento de su fallecimiento, pero una parte de ella muere prematuramente por accidentes, de manera que no se alcanzan los altos niveles de supervivencia de la primera. En estas hipotéticas condiciones, indiscutiblemente la esperanza de vida de la población A es mayor que la de la población B. Pero, ¿podemos afirmar con la misma rotundidad que el estado de salud de aquella es mejor que el de ésta?

La mera supervivencia no es forzosamente sinónimo de buena salud. Sin embargo, las medidas de mortalidad se han utilizado habitualmente como indicadores de salud de las poblaciones. Estamos acostumbrados a usar la tasa bruta de mortalidad, las tasas de mortalidad infantil o materna, las tasas específicas de mortalidad por edad o por causa de defunción, la esperanza de vida o los años de vida perdidos para caracterizar no ya el nivel y el calendario de la mortalidad de una población, su longevidad y grado de supervivencia, sino asimismo sus condiciones de salud. En los anexos estadísticos de cualquier informe sobre el tema encontraremos siempre tablas con los indicadores citados. Pero, en realidad, esto supone medir la salud de las poblaciones sólo a partir de información sobre la consecuencia última o extrema del empeoramiento de dicha salud, es decir, a partir de información sobre la no-salud absoluta, que es la muerte.

Las razones por las que se ha utilizado y se sigue utilizando la mortalidad para medir la salud de las poblaciones son diversas. En primer lugar, porque las estadísticas de mortalidad se cuentan entre las más básicas y comunes en la mayoría de los países, por lo que suele disponerse de numerosa información sobre este fenómeno, tanto en el tiempo (largas series temporales) como en el espacio (incluso aquellas poblaciones con deficientes sistemas estadísticos tratan al menos de recoger información sobre defunciones y elaborar con ella indicadores antes que sobre muchos otros aspectos de la realidad social). En segundo lugar, porque la muerte es un acontecimiento incontrovertible, sin problemas de definición, que conduce a indicadores objetivos, cosa que, como se verá, no ocurre con la mayoría de los índices que se presentarán a continuación.

Sin embargo, es entre el óptimo o perfecto estado de salud y la muerte donde se sitúa la práctica totalidad de las personas pertenecientes a una población. Un medallista olímpico y una persona tetrapléjica o en coma contribuyen por igual al cálculo de la esperanza de vida, porque este indicador sólo distingue entre estar vivo y estar muerto. Pero resulta evidente que su estado de salud y las implicaciones que ello supone —personales, familiares, sociales, para el sistema sanitario, etc.— son radicalmente distintas. Como se aprecia en el Gráfico 1, no todo el tiempo de vida se vive en perfecto estado de salud.

El interés por desarrollar nuevos indicadores sintéticos que incluyan alguna medida del estado de salud se despertó al percibirse que los índices al uso de mortalidad iban perdiendo sensibilidad para reflejar las condiciones sanitarias, a medida que las poblaciones envejecían y aumentaba su longevidad como consecuencia del proceso de transición demográfica (Chesnais, 1987) y cambiaba su patrón de causas de muerte.

Este cambio, conocido como transición epidemiológica (Omran, 1971), describe de mane-



ra genérica el paso desde una preponderancia de las defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias hacia un escenario con mayor peso relativo de las causas crónicas y degenerativas de muerte, que además van concentrándose en edades progresivamente más avanzadas (Olshanski y Ault, 1986), y mayor importancia también de las enfermedades y causas de muerte vinculadas a los hábitos de consumo, estilos de vida y decisiones individuales (Rogers y Hackenberg, 1987).

Cabe entonces preguntarse si el proceso de envejecimiento demográfico implica una mejora paralela del estado de salud, o si por el contrario la prolongación de la supervivencia se consigue bajo el coste de mayores niveles de discapacidad o enfermedad. Es decir, si se puede afirmar o no que una mayor cantidad de vida supone asimismo una mayor calidad de vida. Pese a que este planteamiento se realiza fundamentalmente desde la perspectiva de los países más desarrollados y con alta esperanza de vida, no se debe olvidar la carga de enfermedad que sufren las poblaciones todavía con alta mortalidad, aquellas que aún no tienen una estructura envejecida pero en las que la discapacidad tiene una presencia igualmente importante, con un impacto tanto mayor en cuanto que no exista un apoyo social a los enfermos o impedidos como el que sí puede encontrarse en los países desarrollados: no es lo mismo ser ciego en Sierra Leona que en España.

Para describir esta realidad ya no son suficientes, en consecuencia, los indicadores que sólo distinguen entre estar vivo y estar muerto, pues no ilustran sobre la calidad de esa vida. Si dentro de estar vivo hay diversos estados de salud posibles, ¿cómo reflejar esto en un índice sintético? Esto es lo que se intenta con las llamadas expectativas de salud.

8.2. EXPECTATIVAS DE SALUD

Se utiliza la expresión expectativas de salud para englobar a todo el conjunto de indicadores sintéticos que, además de reflejar el impacto de la mortalidad en una población, como hace la esperanza de vida, recoge también las condiciones de salud presentes en dicha población. Es

decir, las expectativas de salud estiman el tiempo medio (en años) que una persona puede esperar vivir en un estado de salud determinado. El concepto de expectativa de salud fue propuesto por primera vez en los años sesenta por Sanders (1964). Unos años más tarde Sullivan (1971) desarrolló el método de cálculo más frecuentemente utilizado para obtenerlas.

Significativamente, mientras que se habla de esperanza de vida (en singular), debemos referirnos a las expectativas de salud en plural, porque no hay un único tipo de medida para este indicador. Esta multiplicidad de medidas supone su mayor riqueza, en tanto que permite recoger muy diversos aspectos o perspectivas de las condiciones sanitarias de una población. Pero es también su principal debilidad, porque afecta a una condición esencial de todo indicador sintético: la posibilidad de realizar comparaciones.

Un índice de envejecimiento, una esperanza de vida o una tasa de mortalidad infantil son indicadores cuya elaboración está perfectamente establecida y por ello los resultados son directamente comparables entre poblaciones o a lo largo del tiempo. Pero en las expectativas de salud no es así, por dos motivos fundamentales: hay varios métodos posibles de cálculo, y no hay una única manera de calibrar el estado de salud de una población, por lo que la definición del instrumento de medida utilizado es determinante en el resultado reflejado por el indicador.

Pese a ello, la principal utilidad de las expectativas de salud es justamente la comparación: entre poblaciones, de las diferencias entre sexos, o de la tendencia en el tiempo de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad. Respecto a esta última perspectiva, la evolución temporal, se han propuesto varios posibles escenarios para explicar la evolución de la salud de las poblaciones:

a) *Expansión de la morbilidad*. El descenso de la mortalidad se debe al descenso de las tasas de letalidad de las enfermedades, pero se ve acompañado de una mayor presencia de las enfermedades crónicas y las discapacidades (Gruenberg, 1975). Se reduce la muerte, pero la mayor parte de esas muertes evitadas corres-



ponden a personas de edades altas con problemas crónicos y degenerativos a quienes no se restablece la buena salud, con lo que la prevalencia de enfermedad y discapacidad aumenta.

b) *Compresión de la morbilidad*. La incidencia de las enfermedades discapacitantes se va posponiendo a edades más altas, incluso más rápidamente que la propia mortalidad, por lo que la morbilidad se comprime progresivamente en una fase más corta al final de la vida (Fries, 1980; Kalache et al., 2002).

c) *Equilibrio dinámico*. El incremento de la esperanza de vida no se ve acompañado simultáneamente de un aumento del tiempo vivido con discapacidad severa, pero sí de discapacidad leve o moderada (Manton, 1982; Robine et al., 2001).

No todas las poblaciones para las que se dispone de información se acogen al mismo modelo. Sin embargo, el planteamiento que parece acumular más y más sólida evidencia es este tercero.

8.3. MÉTODOS DE CÁLCULO DE LAS EXPECTATIVAS DE SALUD

El citado método de Sullivan usa información sobre prevalencia de las discapacidades o estados de salud a cada edad en la población en un momento dado para distinguir entre los hipotéticos años de vida pasados con y sin discapacidad, o con buena o mala salud, o con distintos niveles de discapacidad o estado de salud por una cohorte ficticia derivada de una tabla de mortalidad de periodo (Tabla I).

La expectativa de salud obtenida por el método de Sullivan depende del modo como se haya interpretado la información sobre prevalencia de las discapacidades o enfermedades: dicotómico (con/sin discapacidad o enfermedad) o policotómico (con grados o niveles de salud o discapacidad: por ejemplo, buena, regular o mala salud; o discapacidad leve, moderada o severa). Los datos de prevalencia pueden obtenerse de manera relativamente fácil a partir de encuestas transversales de salud o de discapacidades.

Las principales limitaciones del método de Sullivan son: la comparabilidad entre poblaciones (superable sólo en parte con el uso de modelos comunes y estandarizados de cuestionarios o protocolos); la no información sobre la transición o reversibilidad de los distintos estados de salud o discapacidad, y que ofrece información de *stock*, es decir, de resultado acumulado de las consecuencias de incidencias de enfermedades y lesiones que no tienen por qué haberse producido en el propio año de realización de la encuesta. Así, una persona que declara una discapacidad moderada por cojera puede sufrirla a consecuencia de un accidente producido diez años atrás o en el mismo año de la encuesta. Por otro lado, otra persona puede padecer actualmente esa misma discapacidad como resultado de una enfermedad –por ejemplo, polio– erradicada desde hace años en nuestra población de estudio, y por tanto no susceptible de provocar nuevas cojeras.

El método de Sullivan no ofrece un indicador puro basado en los riesgos de salud en un periodo determinado, porque las tasas de prevalencia son en parte dependientes de las anteriores condiciones de salud de cada cohorte de edad, esto es, de la incidencia, remisión y mortalidad específica de cada estado aplicada en periodos (o edades) anteriores. La prevalencia de la discapacidad es un *stock* dependiente de la historia pasada, mientras que la incidencia de la discapacidad es un flujo. Esto ha llevado a cuestionar las expectativas de salud calculadas por este método para fines prospectivos. Pero, pese a estas advertencias, sigue siendo con diferencia el método más utilizado. Como dicen Gispert y Gutiérrez-Fisac, existe un amplio consenso en que el método de Sullivan es perfectamente utilizable siempre que se tengan en cuenta sus limitaciones (Gispert y Gutiérrez-Fisac, 1997).

La alternativa al método de Sullivan es el llamado método de tabla de vida multiestado. Se basa en tasas de transición entre estados de salud en ambos sentidos (por ejemplo, tasas de incidencia de la discapacidad y tasas de remisión de la discapacidad). En principio, se pueden calcular tablas de este tipo para cualquier número de estados de salud o discapacidad que quieran considerarse. Requiere información exhaustiva



sobre la incidencia de las enfermedades y lesiones, en perspectiva longitudinal (por cohortes), algo que es extraordinariamente infrecuente todavía en la actualidad, por lo que su uso para estimar expectativas de salud es aún muy reducido.

8.4. ESTIMACIONES INTERNACIONALES DE EXPECTATIVAS DE SALUD

Se presentan a continuación algunas series internacionales de indicadores de expectativas de salud.

8.4.1. Organización Mundial de la Salud

A pesar de las comentadas dificultades para conseguir información adecuada para el cálculo de las expectativas de salud, existen estimaciones recientes obtenidas simultáneamente para la mayoría de los países del mundo. En los dos últimos informes disponibles sobre la salud en el mundo (World Health Report) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000; OMS, 2001) se incluyen, dentro de sus Anexos estadísticos, tablas con esperanzas de vida ajustadas por discapacidad (EVAD, o DALE en inglés: *Disability-adjusted life years*) y esperanzas de vida ajustadas por salud (EVAS, o HALE: *Health-adjusted life expectancy*), respectivamente, para los 191 países miembros de la organización.

Estas cifras no se han calculado a partir de datos exhaustivos sobre el estado de salud de cada población, inexistentes en la mayoría de ellas, sino que son resultado de estimaciones epidemiológicas y encuestas específicas promovidas por la OMS. Asimismo, y como paso previo necesario para la elaboración de las expectativas de salud, se han calculado tablas de mortalidad con una metodología común para todos y cada uno de los países y años de referencia.

Las limitaciones observadas en el cálculo de la esperanza ajustada por discapacidad de la edición de 2000, reconocidas por los autores del Informe, y referidas fundamentalmente a la comparabilidad entre distintas poblaciones de los datos sobre el estado de salud comunicados por los propios encuestados, pese a que se utilizaron idénticos instrumentos y métodos de

encuesta, han intentado ser corregidas en la edición de 2001 mediante el uso de los criterios fijados por la "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud" (OMS, 2001). Los resultados de uno y otro Informe no son, por ello, comparables entre sí. Por esta razón sólo se comentan aquí los publicados en el Informe de 2001.

En la Tabla 2 y los Gráficos 2 y 3 se encuentran las cifras de esperanza de vida ajustada por salud para el año 2000 al nacer y a los 60 años de edad, para los países miembros de la Unión Europea (UE), extraídos de la Tabla 4 del Anexo estadístico del Informe de 2001. La serie completa para todos los países miembros de la OMS se puede consultar en el citado Anexo.

Los valores de los países de la Unión Europea se hallan entre los más favorables del mundo. Japón cuenta con los valores más altos tanto al nacer (71,2 años en hombres y 76,3 en mujeres) como a los 60 años de edad (17,6 y 21,4, respectivamente). Los más bajos corresponden a Sierra Leona (29,7 en hombres y 29,3 en mujeres al nacer, y 6,5 en los varones de 60 años) y Níger (5,8 años de vida ajustados por salud en las mujeres de 60 años de edad). Las diferencias son, como se puede apreciar, muy amplias y dan idea de las desigualdades existentes en la población mundial, no sólo en términos de mortalidad sino también en condiciones de salud.

El país de la Unión Europea con cifras menos favorables es Portugal, en ambos sexos y en las dos edades para las que se ha estimado el indicador. Suecia tiene las mejores esperanzas en hombres y Francia entre las mujeres. Es especialmente llamativa la brecha existente en la serie masculina de 0 años, causada por el bajo valor observado en Portugal.

La población española se sitúa, en este contexto, en el tercio superior de los 15 Estados de la UE. Es el quinto país con mejor esperanza de vida ajustada por salud entre los varones a ambas edades, y el cuarto y sexto, respectivamente, entre las mujeres de 0 y de 60 años de edad. Un hombre nacido en España en el año 2000 puede esperar vivir, según la OMS, y si las condiciones de mortalidad y salud permanecen



estables según los niveles estimados en esta fecha, 68,7 años con vida sana, y 72,5 si es mujer. Puesto que las esperanzas de vida al nacer calculadas por la OMS para este año son de 75,4 y 82,3, respectivamente, la diferencia (6,6 años en hombres y 9,8 en mujeres) pueden interpretarse como pérdidas de vida sana medida en años.

8.4.2. Panel de Hogares de la Unión Europea

El Panel de Hogares de la Unión Europea es una encuesta basada en un cuestionario estandarizado que se pasa anualmente a una muestra representativa de hogares e individuos de cada país de la Unión Europea, y en consecuencia también de España, cubriendo una gran cantidad de características: ingresos, educación, salud, vivienda, presupuestos familiares, empleo, etc. La primera oleada se realizó en 1994 a 60.500 hogares (170.000 personas). Se han publicado recientemente los resultados de la quinta oleada (1998). Un valor fundamental de esta fuente es que ofrece información homogénea, simultánea y comparable para los distintos países de la UE, utilizable tanto desde una perspectiva transversal, midiendo –por ejemplo– prevalencias de los estados de salud o discapacidad recogidos, como desde una perspectiva longitudinal, siguiendo a los mismos individuos durante las sucesivas oleadas del Panel.

En el Panel de Hogares de la Unión Europea hay preguntas relacionadas con la salud que permiten calcular expectativas de salud: entre ellas, una sobre estado percibido de salud, una sobre prevalencia de enfermedades, problemas de salud o discapacidad, y una sobre limitaciones de la actividad cotidiana causadas por esas enfermedades o discapacidades.

La información sobre discapacidad recogida en el Panel ha sido utilizada recientemente, como medida de prevalencia en perspectiva transversal, usando el método de Sullivan, para calcular esperanzas de vida libres de discapacidad y libres de discapacidad severa para los distintos países de la Unión Europea (Robine, Jagger, Romieu 2001), con 1994 como año de referencia.

En las Tablas 3 y 4 y los Gráficos 4 a 7 se presentan las esperanzas de vida libres de discapacidad al nacer y a los 65 años de edad y sus complementarias: esperanza de vida con discapacidad moderada y esperanza de vida con discapacidad severa, para los 12 países miembros de la UE en el año 1994. Para ello se han usado las proporciones respectivas sobre la esperanza de vida total publicadas por Robine *et al.*, y las esperanzas de vida al nacer y a los 65 años de edad publicadas por la Oficina de Estadística de la Unión Europea (Eurostat, 1999).

La población con mayor esperanza de vida libre de discapacidad al nacer es, en ambos sexos, Grecia, y la menos favorable, Portugal. A los 65 años, Italia (varones) y Alemania (mujeres), seguidos de cerca por Portugal, presentan los peores valores, y Luxemburgo y Francia los mejores. España se ubica en ambas edades en los puestos de cabeza en hombres (segundos) y algo más rezagados en mujeres.

Como proporción sobre el total de la vida media que se puede esperar vivir esta ordenación puede variar, en la medida que la esperanza libre de discapacidad y la esperanza de vida no evolucionan forzosamente de manera paralela, pero los bloques de países en mejores y peores posiciones se mantienen en general. Así, Portugal, Italia, Alemania y Holanda confirman su mala posición relativa, y Grecia y Luxemburgo, junto a Irlanda y Dinamarca, su buen estado de salud. España mantiene su mejor posición relativa en hombres que en mujeres.

La información recogida en el Panel de Hogares de la UE permite también distinguir entre distintos niveles de discapacidad, moderada y severa. En general, el peso de la discapacidad moderada es mayor que la severa, como cabría esperar, salvo en Francia, que con una buena posición en conjunto de esperanzas de vida libre de discapacidad, presenta un patrón distinto al del resto de países: es el único en el que los años que se esperan vivir en discapacidad severa son más que los esperados con discapacidad moderada, en ambos sexos y para las dos edades estimadas. El análisis de sucesivos años nos permitirá determinar si se trata de un artefacto de la encuesta o de un reflejo, llamativo en todo caso, de la situación real.



El uso del Panel de Hogares de la UE como fuente para alimentar el cálculo de los indicadores de expectativas de salud presenta algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, recoge información sobre población no institucionalizada (es una encuesta de hogares), lo cual implica asumir que las proporciones de discapacitados en la población general son aplicables a la población institucionalizada. En segundo lugar, se dirige sólo a personas mayores de 15 años. Se puede asignar una proporción estándar de discapacidad en las edades anteriores para hacer posible el cálculo del indicador al nacer y a otras edades jóvenes. En tercer lugar, se han detectado diferencias significativas de tasa de respuesta en cada país, que pueden dificultar la comparabilidad entre ellos.

A todo ello, a la hora de interpretar los resultados de la esperanza de vida libre de discapacidad, hay que recordar que la pregunta del Panel de Hogares no da en sentido estricto una medida de la prevalencia de discapacidad objetiva (por ejemplo, proporción de ciegos o de imposibilitados para desplazarse), sino más bien de la incapacidad percibida por las personas para realizar las actividades cotidianas, por lo que los indicadores obtenidos no son directamente comparables con los calculados a partir de otras fuentes, como las Encuestas de Discapacidades españolas.

8.5. EXPECTATIVAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

En un texto de revisión sobre las expectativas de salud (Gispert y Gutiérrez-Fisac, 1997) se listaron hasta diez variantes distintas del indicador, calculados y publicados para la población española de la segunda mitad de los años ochenta: esperanza de vida libre de incapacidad permanente, libre de incapacidad total, sin incapacidad grave, sin incapacidad moderada, sin incapacidad, sin enfermedad crónica, en buena salud percibida, libre de restricción de actividad, libre de días de cama, libre de días en hospital. La mayoría de ellas fueron calculadas tomando la información de morbilidad o discapacidad procedente de una de las dos fuentes fundamentales de que se

dispone en España para estimar expectativas de salud: la Encuesta de Discapacidades y la Encuesta Nacional de Salud.

8.5.1. Expectativas de salud calculadas a partir de Encuestas de Discapacidades

En España se han realizado dos encuestas sobre discapacidades: la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986 y la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud de 1999. El cotejo de los resultados de ambas constituye un claro ejemplo de las dificultades existentes para obtener indicadores de expectativas de salud comparables incluso utilizando información de fuentes de la misma naturaleza, como son las dos encuestas citadas. Así, por ejemplo, la proporción total de personas que declaraban tener alguna discapacidad fue del 14,98% en 1986 y del 8,99 en 1999. ¿Significa esto que la prevalencia de discapacidades se redujo en la población española en un 40% entre ambas fechas? En absoluto. La razón de esta disminución debe buscarse en los criterios utilizados en cada caso para definir la discapacidad de la población.

Entre la batería de preguntas que en 1986 se realizaron para considerar discapacitada a una persona aparecía la siguiente: "¿Alguna persona de este hogar es incapaz o tiene una dificultad grave para correr a paso gimnástico una distancia de 50 metros?" Ya en el grupo de edad de 55 a 64 años cerca del 20% de las personas reconocieron no ser capaces de realizar esta actividad, porcentaje que aumentaba progresivamente hasta alcanzar el 80% en las personas de 85 y más años de edad. Fue la discapacidad más frecuente de todas las demandadas en el cuestionario, junto con la que requería sobre la posibilidad de subir escaleras sin ayuda. Ambas preguntas contribuyeron a fijar una proporción de discapacitados en 1986 muy elevada.

En la Encuesta de 1999, en cambio, se suprimió ese criterio –aproximándose a la recientemente revisada "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud" (OMS, 2001)–, y no se realiza ninguna pregunta sobre la capacidad o incapacidad para correr o subir escaleras. Así, como consecuen-



cia del uso de distintos instrumentos de medida, las esperanzas de vida libres de discapacidad estimadas para 1986 y 1999 ofrecen resultados claramente dispares y, en cualquier caso, no comparables entre sí.

Debe recordarse que las expectativas de salud calculadas con datos de las Encuestas de Discapacidades españolas muy verosíblemente subestiman la carga de discapacidad en la población, al recoger sólo información de población que vive en hogares. Esto significa que la llamada población institucionalizada (entre la que se encuentra la que habita en residencias y asilos o está internada en hospitales geriátricos) no entra en la muestra, e implica suponer, a la hora de calcular una expectativa de salud, que el nivel de discapacidad de este colectivo es igual al de la población no institucionalizada, lo que seguramente no sea cierto.

En cuanto se pueda disponer del fichero de registros individualizados de la encuesta se podrán estimar indicadores de expectativas de salud más refinados. Entre tanto, en la Tabla 5 se presenta la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLDD) en 1999 calculada para diversas edades, sin determinar niveles de severidad de la discapacidad.

Según estos resultados, un varón residente en España puede esperar vivir, en el momento de su nacimiento, si las condiciones de mortalidad y discapacidad observadas en 1999 se mantuvieran estables en el tiempo, 68,6 años libres de discapacidad, lo que supondría un 91% del total de su expectativa de vida. Para las mujeres, estos valores serían de 72,1 y 87,6%, respectivamente. Como se puede apreciar, el número absoluto de años es mayor en las mujeres que en los hombres, pero no así la proporción sobre el total de la esperanza de vida. Esto suele ser común en la mayoría de las poblaciones, como se comentó anteriormente para los países de la Unión Europea. Esta lógica se cumple, asimismo, en las restantes edades reflejadas en la Tabla, 15, 45 y 65 años, bien que la proporción de vida sana en relación con el total va decreciendo —es decir, va aumentando el peso de la discapacidad con la edad—, de manera que a los 65 años casi un 40% del tiempo restante de vida de las mujeres se pasaría

con alguna discapacidad, proporción que se reduce al 30% en los hombres.

Las expectativas de salud calculadas a partir de la Encuesta de Discapacidades de 1999 muestran una distribución geográfica muy semejante en ambos sexos y tanto a los 0 años como a los 65 (Tabla 6 y Gráficos 8 y 9). Andalucía y Murcia son las Comunidades Autónomas con menor esperanza de vida libre de discapacidad. Madrid, La Rioja, el País Vasco y Navarra son las que parecen gozar de un menor nivel de la discapacidad. Esta ordenación se cumple también, en general, al medir la proporción que esa esperanza supone respecto a la esperanza de vida total.

8.5.2. Expectativas de salud calculadas a partir de la Encuesta Nacional de Salud

El Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado hasta la fecha cuatro ediciones de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) (1987, 1993, 1995 y 1997). En ellas se recoge información sobre múltiples aspectos del estado de salud de la población española. Algunos de ellos pueden ser utilizados para calcular expectativas de salud. Se han calculado, por ejemplo, esperanzas de vida con incapacidad temporal tomando datos sobre días pasados en cama a lo largo de un año (Gutiérrez-Fisac y Regidor, 1991).

Es preciso recordar que la ENS también se dirige únicamente a la población no institucionalizada, por lo que la apreciación realizada anteriormente en este sentido al comentar las encuestas de discapacidades es también aplicable a ellas.

Una de las preguntas más utilizadas para estimar expectativas de salud se refiere a la percepción del propio estado de salud. La redacción que aparece en el cuestionario de la ENS es: "En los últimos doce meses, es decir, desde finales de (mes)..., ¿diría usted que su estado de salud ha sido... Muy bueno /Bueno/ Regular /Malo / Muy Malo?" A partir de ella se pueden calcular las esperanzas de vida en buena o mala salud percibida.

El propio Ministerio de Sanidad y Consumo ha publicado, en la tercera y cuarta edición del



informe sobre "Indicadores de Salud. Evaluación del programa regional para Europa Salud para Todos" (MSC, 1995 y MSC 1999) esperanzas de vida en buena salud estimadas a partir de la información sobre salud autopercibida recogida en la ENS. Las que se presentan aquí, en la Tabla 7 y en los Gráficos 10, 11, 12 y 13 han sido calculadas de nuevo con esperanzas de vida estrictamente contemporáneas a las Encuestas de Salud, algo que no ocurre en la publicación del Ministerio. Los resultados son, en cualquier caso, muy semejantes.

La población española, según estos resultados, muestra una tendencia a declarar en términos generales un estado de salud progresivamente mejor: la esperanza de vida en buena salud, en ambos sexos y en las edades estimadas crece —en algunos casos notablemente— a lo largo del decenio que separa 1987 de 1997, aunque las cifras de 1995 parezcan contradecir esta evolución. La confirmación o corrección de la tendencia vendrá dada con los datos de la próxima Encuesta Nacional de Salud, de inminente aparición.

Las proporciones de años vividos en buena salud en relación con el total de años de vida son mayores entre los varones, a todas las edades y todos los años, que entre las mujeres. Esto es habitual en la mayoría de las poblaciones para las que se ha podido medir el estado de salud percibido. No es, en cambio, tan unívoco el hecho de que también en número absoluto de años de esperanza de vida en buena salud, las mujeres registren valores menores que los hombres, como ocurre en España según la Encuesta Nacional de Salud y, como se verá a continuación, también según el Panel de Hogares de la Unión Europea.

8.5.3. Expectativas de salud calculadas con el Panel de Hogares de la Unión Europea

A las dos fuentes que se acaban de comentar, las más utilizadas hasta la fecha para calcular expectativas de salud para la población española, hay que añadir el citado Panel de Hogares de la Unión Europea, que cuenta ya con cinco oleadas disponibles, las correspondientes a los años 1994 a 1998. Como se ha visto anterior-

mente, esta fuente contiene información sobre distintos aspectos del estado de salud de la población.

En las Tablas 8 y 9 se presentan dos expectativas de salud de distinta naturaleza calculadas a partir de información contenida en el Panel: la primera, basada en la declaración de salud autopercibida, y la segunda, análoga a la comentada anteriormente para los distintos países de la UE, basada en distintos niveles de discapacidad para las actividades de la vida diaria.

A diferencia de las estimaciones para los países de la Unión Europea realizadas por Robine y colaboradores presentadas anteriormente, en las que se asumieron valores de discapacidad estimados para las edades infantiles con la intención de ofrecer indicadores para la edad 0, aquí no se ha realizado ninguna asunción al respecto, ni en el cálculo de la esperanza de vida en buena salud, ni en el de la esperanza de vida libre de discapacidad. Por este motivo sólo se presentan resultados para las edades de 15, 45 y 65 años.

Debe advertirse también que las esperanzas de vida utilizadas se han calculado expresamente y corresponden estrictamente a la experiencia de mortalidad del año de observación. Por esta razón no coinciden exactamente con las publicadas para esas mismas fechas por otros organismos (INE, EUROSTAT, OMS), pese a que las diferencias son pequeñas.

La esperanza de vida en buena salud percibida (EVBS) se obtiene aquí a partir de las respuestas a una pregunta semejante (aunque no idéntica) a la de la Encuesta Nacional de Salud española: "¿Cómo es su salud en general? (muy buena /buena /regular /mala /muy mala)". Como se ve, la diferencia con la ENS radica en la omisión a cualquier alusión a un periodo temporal, en tanto que en aquélla se preguntaba sobre el año anterior al momento de la encuesta, como hemos visto. Como en el caso de los indicadores obtenidos con la ENS, las esperanzas en buena salud se han estimado aquí considerando "buena salud" el agregado de las respuestas "muy buena" y "buena".

De acuerdo con estos criterios, las EVBS resultantes (Tabla 8) parecen presentar en



ambos sexos y en todas las edades una inequívoca tendencia de aumento, tanto en número absoluto de años vividos en buena salud como en proporción respecto a la esperanza de vida total, redundando en lo visto en las diversas ediciones de la Encuesta Nacional de Salud española.

La esperanza de vida libre de discapacidad (Tabla 9) se ha estimado para los años 1994 a 1998 del mismo modo que el comentado anteriormente para los países de la Unión Europea (1994). Se trata de una discapacidad percibida que se gradúa en tres niveles: sin discapacidad, con discapacidad moderada y con discapacidad severa. La tendencia de la serie temporal no es en este caso tan clara como en el de las EVBS. Aunque es un tanto arriesgado determinar cuáles son los años "normales" y cuáles los "excepcionales", parece apreciarse que 1994 es el de niveles de discapacidad más altos a cualquier edad y sexo, tras el cual se aprecia una cierta reducción hasta 1998, en que parece volver a haber un repunte.

Más consistentes son las conclusiones que se pueden establecer en la comparación entre sexos, que confirman el patrón generalmente observado con cualquier indicador de expectativa de salud: mayor EVLD medida en años de vida en mujeres que en hombres, pero menor proporción sobre el total de la esperanza de vida, porque es también mayor el número de años que las mujeres pueden esperar vivir con algún tipo de discapacidad.

Puede parecer contradictorio que las mujeres declaren peores niveles de salud teniendo una esperanza de vida superior a los hombres en aproximadamente siete años actualmente en España. Esto puede ser debido a que perciban su salud de forma diferente a los hombres, existiendo factores distintos de la presencia de discapacidad o enfermedad que condicionen este tipo de respuesta. Incluso podría afirmarse que la mayor preocupación por su propia salud hace a la población femenina más sensible ante un juicio sobre la misma, aunque al mismo tiempo sea más receptiva a los consejos preventivos o facilite su acceso a los servicios de salud.

8.6. CONCLUSIÓN

Las limitaciones de las medidas clásicas de mortalidad para reflejar el estado de salud de las poblaciones, y muy especialmente el de aquellas con un proceso avanzado de envejecimiento y con preponderancia de las enfermedades crónicas y degenerativas, hacen necesario el desarrollo de nuevos indicadores sintéticos. Las expectativas de salud aspiran a cubrir, en parte, este vacío.

No existe un indicador único y universal de expectativa de salud, al estilo de la esperanza de vida en mortalidad. Los resultados dependen del método de cálculo empleado y, sobre todo, del concepto de salud y la definición de caso utilizada. Esto redundando fundamentalmente en la dificultad de poder realizar comparaciones entre distintas expectativas de salud.

Por ello, los mayores esfuerzos deben dirigirse a armonizar las medidas de salud, de manera que se consiga disponer de una batería común de instrumentos (conceptos, cuestionarios de encuesta) que permitan la obtención de indicadores comparables entre poblaciones y a lo largo del tiempo. Este es el objetivo fundamental que motivó la creación en 1989 de la REVES (siglas francesas de la Red sobre Esperanzas de Vida en Salud), grupo internacional de trabajo encabezado por Jean-Marie Robine, cuyas publicaciones y recopilaciones de información estadística e indicadores elaborados son una referencia ineludible en el ámbito de las expectativas de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chesnais, J. C.: *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques*, Travaux et Documents, Cahier n° 113. Paris, Institut National d'Études Démographiques, Presses Universitaires de France 1986.
- Eurostat: *Statistiques démographiques 1995-1998*, Luxembourg, 1999.
- Fries, J.: "Aging, natural death and compression of morbidity". *New England Journal of Medicine*, 1980; 303, págs. 130-135.



- Gispert, R.; Gutiérrez Fisac, J. L.: "Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro", Revisiones en *Salud Pública*, 1997, 5, págs. 7-32.
- Gruenberg, EM.: "The failure of success". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1977, 55, págs. 3-24.
- Gutiérrez Fisac, J. L.; Regidor, E.: "Esperanza de vida libre de discapacidad: un indicador global del estado de salud". *Medicina Clínica* (Barc.), 1991, 96, págs. 453-455.
- INE: *Panel de Hogares de la Unión Europea* (datos de España), Madrid, Instituto Nacional de Estadística (versión electrónica: <http://www.ine.es>).
- *Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística (versión electrónica: <http://www.ine.es>).
- Kalache, A.; Aboderin, I.; Hoskins, I.: "Compression of morbidity and active ageing: key priorities for public health policy in the 21st century". *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80 (3), págs. 179-261.
- Manton, KG.: "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1982, 60, págs. 183-244.
- MSC: Encuestas Nacionales de Salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (versión electrónica: <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/ies/encuestas.htm>)
- Indicadores de Salud. Tercera evaluación del programa regional para Europa Salud para Todos, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995.
 - Indicadores de Salud. Cuarta evaluación del programa regional para Europa Salud para Todos, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Olshansky, S. J.; Ault, A. B.: "The fourth stage of the epidemiology transition: the age of delayed degenerative diseases". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1986; 64, págs. 355-391.
- Omran, A. R.: "The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, 49, págs. 509-538.
- World Health Report 2000. Health Systems. Improving performances, Geneva, WHO 2000. <http://www.who.int>
 - World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope, Geneva, WHO 2001. <http://www.who.int>
 - Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2001.
- REVES (Réseau sur l'Espérance de Vie en Santé). Dirección electrónica: <http://www.prw.le.ac.uk/cgi-bin/reves/welcome.cgi>
- Robine, J. M.; Romieu, I.; Cambois, E.: "Health expectancy indicators", *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77(2), págs. 181-185.
- Robine, J. M.; Jagger, C.; Romieu, I.: "Disability-free life expectancies in the European Union countries: calculation and comparisons". *Genus*, LVII, 2001 (2), págs. 89-101.
- Rogers, R.; Hackenberg, R.: Extending Epidemiological Transition Theory: a New Stage. *Social Biology* 34 (3-4) 1987; págs. 234-243.
- Sanders, B.S.: "Measuring community health level", *American Journal of Public Health*, 1964, 54, págs. 1063-70.
- Sullivan, D.F.: "A single index of mortality and morbidity". *HSMHA Health Reports*, 1971, 86, págs. 347-354.

Gráfico 8.1
SUPERVIVIENTES TOTALES Y SUPERVIVIENTES LIBRES DE DISCAPACIDAD.
MUJERES, 1999

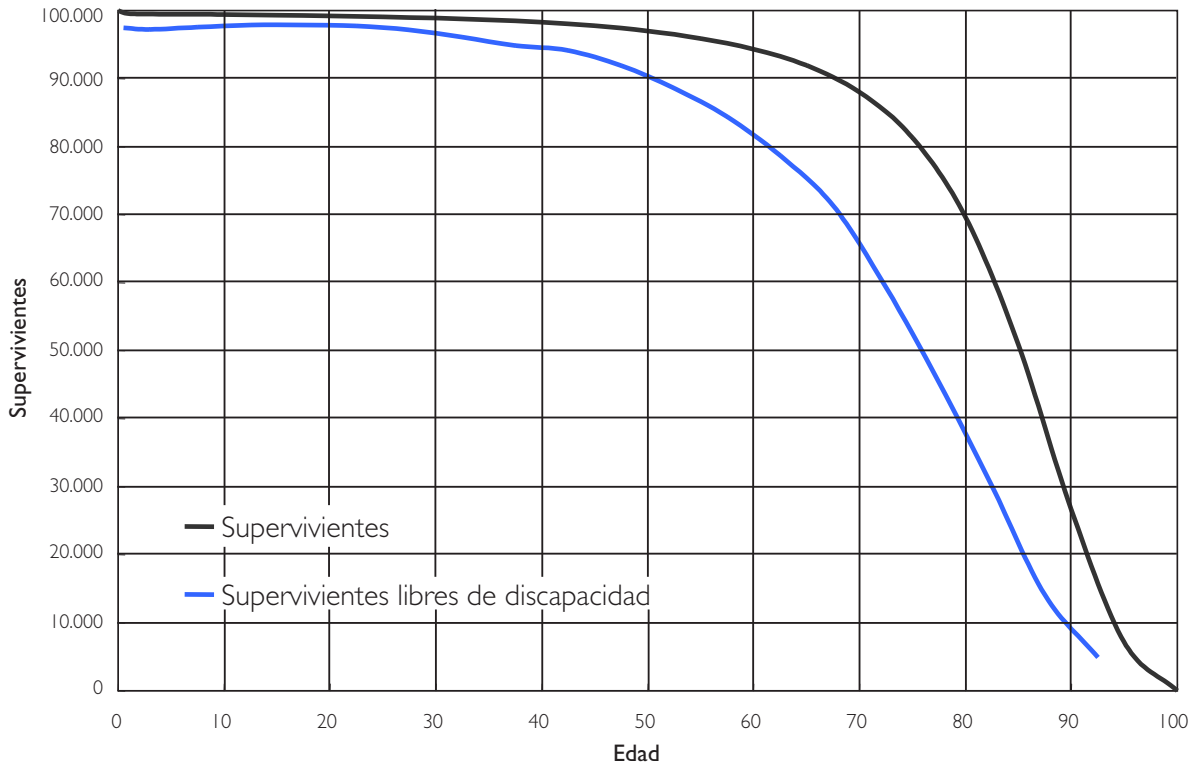




Tabla 8.1
UN EJEMPLO DE CÁLCULO DE LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD
PERCIBIDA Y EN MALA SALUD PERCIBIDA MEDIANTE EL MÉTODO
DE SULLIVAN. AMBOS SEXOS, 1997

Tabla de mortalidad 1997				Personas con mala salud %
Edad	$l(x)$	$nL(x)$	$e(x) \%$	
0	100.000	497.232	78,79	14,7
5	99.371	992.918	74,28	7,2
15	99.203	989.699	64,40	15,7
25	98.695	1.952.508	54,70	19,1
45	96.140	1.848.692	35,85	42,0
65	86.196	795.833	18,53	56,3
75	70.950	801.677	11,30	60,6

Edad	Años con		Esperanza de vida con	
	mala salud	buena salud	mala salud %	buena salud %
0	73.093	424.139	23,8	55,0
5	71.490	921.428	23,2	51,0
15	155.383	834.316	22,6	41,8
25	372.929	1.579.579	21,1	33,6
45	776.451	1.072.242	17,8	18,1
65	448.054	347.779	10,8	7,7
75	485.816	315.861	6,8	4,5

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud 1997*.

Nota: Para la determinación de la prevalencia de mala salud se han tomado los resultados de la pregunta sobre estado de salud percibido de la Encuesta Nacional de Salud. Se han considerado "con mala salud" aquellas personas que declaran tener salud "regular", "mala" y "muy mala".

Tabla 8.2
ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR SALUD AL NACER Y A LOS 60 AÑOS DE EDAD. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 2001

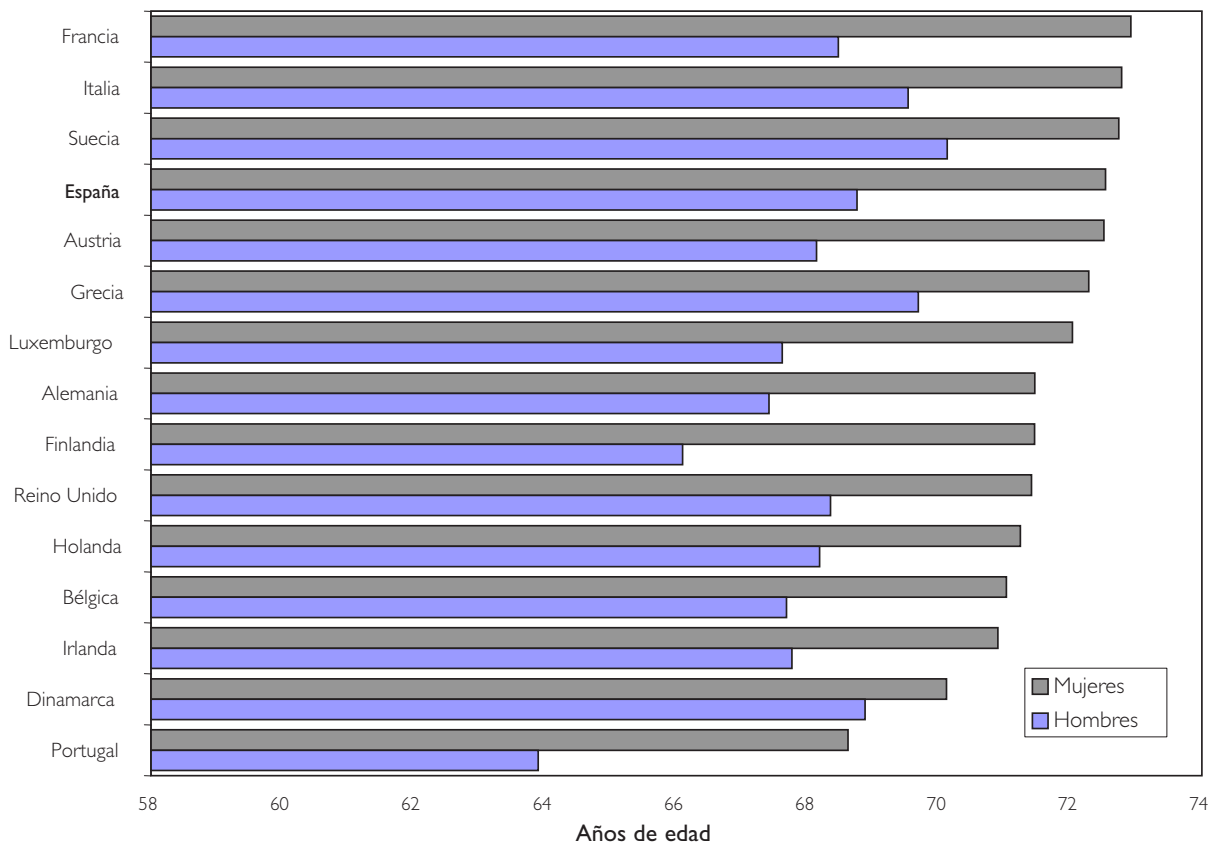
País	Al nacer		A 60 años		Pérdidas de vida sana (al nacer)			
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Años		% de la EV al nacer	
					Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Francia	68,5	72,9	16,6	19,4	6,7	10,2	8,9	12,2
Italia	69,5	72,8	16,3	18,8	6,4	9,6	8,5	11,6
Suecia	70,1	72,7	16,8	18,7	7,2	9,2	9,3	11,3
España	68,7	72,5	15,8	18,3	6,6	9,8	8,8	11,9
Austria	68,1	72,5	15,2	18,4	6,8	8,9	9,0	10,9
Grecia	69,7	72,3	16,0	17,6	5,7	8,5	7,6	10,5
Luxemburgo	67,6	72,0	14,9	18,4	6,3	8,7	8,5	10,8
Alemania	67,4	71,5	14,8	17,6	6,9	9,2	9,3	11,4
Finlandia	66,1	71,5	14,8	17,9	7,6	9,5	10,3	11,7
Reino Unido	68,3	71,4	15,3	17,4	6,5	8,5	8,7	10,6
Holanda	68,2	71,2	15,2	17,8	7,3	9,7	9,6	12,0
Bélgica	67,7	71,0	15,3	18,0	6,9	9,9	9,2	12,2
Irlanda	67,8	70,9	14,3	16,9	6,3	8,8	8,5	11,0
Dinamarca	68,9	70,1	15,7	16,5	5,3	8,4	7,2	10,7
Portugal	63,9	68,6	13,6	16,0	7,8	10,7	10,9	13,5

Fuente: World Health Organisation. The World Health Report 2001. Geneva, 2001. Statistical Annex, Table 4.



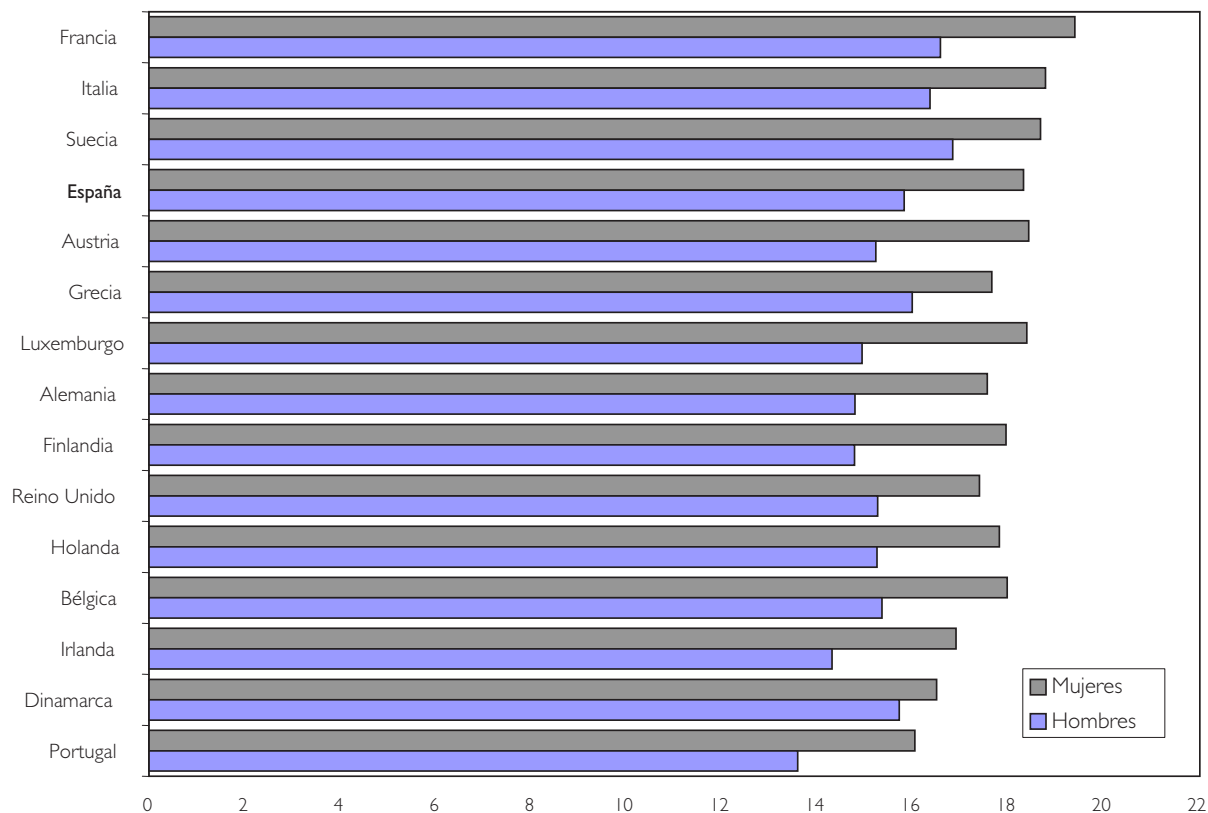


Gráfico 8.2
ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR SALUD AL NACER. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 2000



Fuente: World Health Organisation. *The World Health Report 2001*. Geneva, 2001. Statistical Annex, Table 4.

Gráfico 8.3
ESPERANZA DE VIDA AJUSTADA POR SALUD A LOS 60 AÑOS DE EDAD.
PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 2000



Fuente: World Health Organisation. *The World Health Report 2001*. Geneva, 2001. Statistical Annex, Table 4.





Tabla 8.3
ESPERANZA DE VIDA AL NACER LIBRE DE DISCAPACIDAD (EVLD),
CON DISCAPACIDAD MODERADA (EVD_m) Y CON DISCAPACIDAD SEVERA
(EVD_s). PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 1994

Mujeres	Años de vida				% de la esperanza de vida		
	EV	EVLD	EVD _m	EVD _s	EVLD	EVD _m	EVD _s
Alemania	79,6	60,0	14,1	5,5	75,4	17,7	6,9
Bélgica	80,1	61,4	12,9	5,8	76,7	16,1	7,2
Dinamarca	78,1	61,3	12,6	4,2	78,5	16,1	5,4
España	81,4	63,5	12,0	5,9	78,0	14,7	7,3
Francia	81,9	64,6	8,2	9,1	78,9	10,0	11,1
Grecia	80,2	65,0	9,5	5,7	81,1	11,8	7,1
Holanda	80,3	58,9	15,3	6,2	73,3	19,0	7,7
Irlanda	78,6	64,0	11,7	2,9	81,4	14,9	3,7
Italia	81,0	61,1	13,0	6,9	75,4	16,1	8,5
Luxemburgo	79,7	60,9	15,5	3,3	76,4	19,5	4,1
Portugal	78,6	56,7	15,1	6,8	72,2	19,2	8,6
Reino Unido	79,3	60,8	13,8	4,7	76,7	17,4	5,9

Hombres	Años de vida				% de la esperanza de vida		
	EV	EVLD	EVD _m	EVD _s	EVLD	EVD _m	EVD _s
Alemania	73,1	56,7	11,5	5,0	77,5	15,7	6,8
Bélgica	73,4	60,3	9,0	4,1	82,2	12,2	5,6
Dinamarca	72,7	60,7	8,9	3,1	83,5	12,3	4,2
España	74,2	61,8	8,2	4,2	83,3	11,0	5,7
Francia	73,8	60,1	6,7	6,9	81,5	9,1	9,4
Grecia	75,2	63,0	7,5	4,7	83,8	10,0	6,2
Holanda	74,6	59,0	11,1	4,5	79,1	14,9	6,0
Irlanda	73,0	61,2	9,2	2,6	83,8	12,6	3,6
Italia	74,6	60,4	9,5	4,6	81,0	12,8	6,2
Luxemburgo	73,2	59,2	10,9	3,1	80,9	14,9	4,2
Portugal	71,6	55,0	11,0	5,6	76,8	15,4	7,8
Reino Unido	74,1	59,1	11,5	3,6	79,7	15,5	4,8

Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995-1998*. Luxembourg, 1999. Robine, J. M., et al., 2001.



Tabla 8.4
ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS LIBRE DE DISCAPACIDAD (EVLD),
CON DISCAPACIDAD MODERADA (EVD_m) Y CON DISCAPACIDAD SEVERA
(EVD_s). PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA, 1994

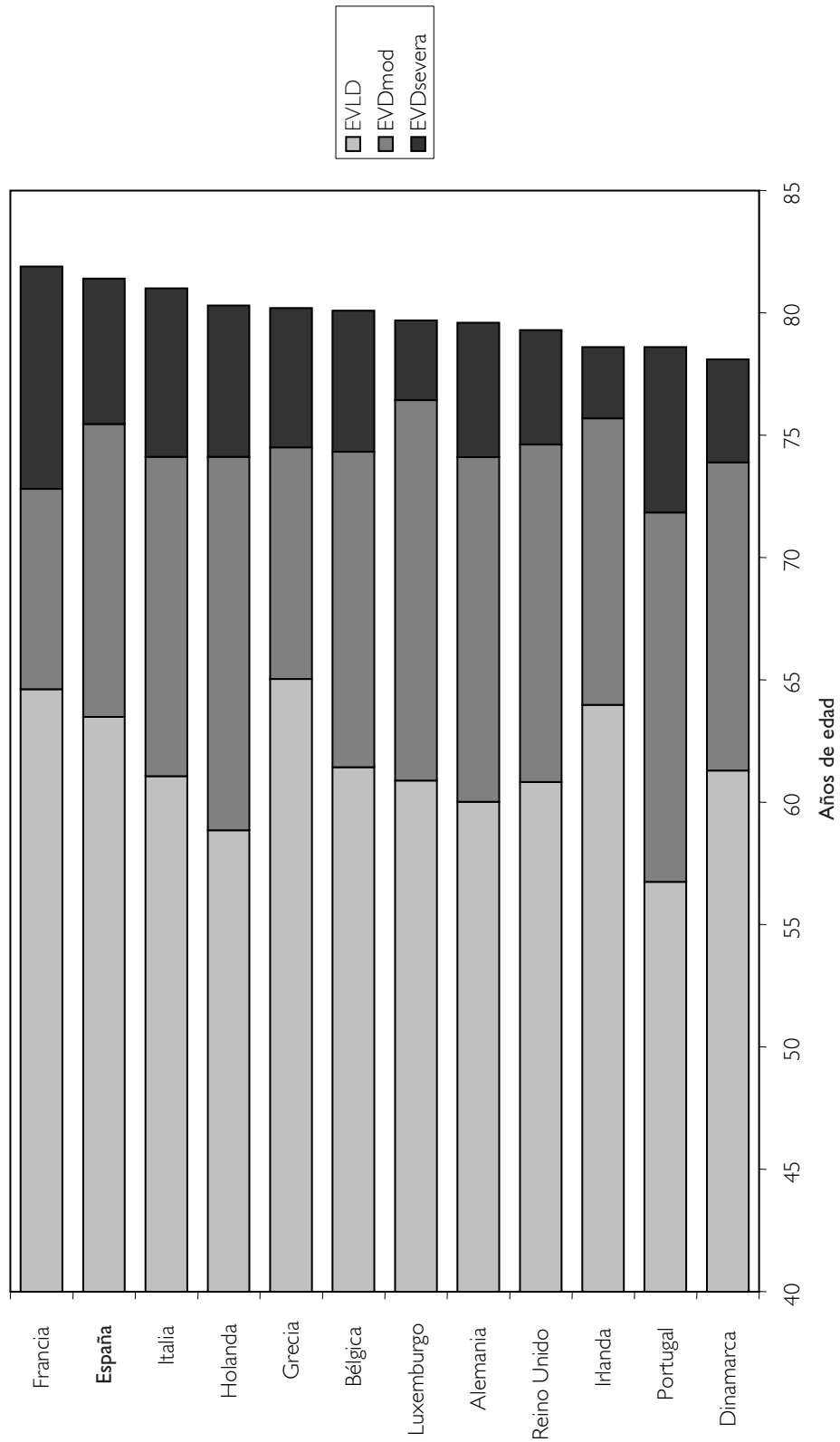
Mujeres	Años de vida				% de la esperanza de vida		
	EV	EVLD	EVD _m	EVD _s	EVLD	EVD _m	EVD _s
Alemania	18,4	7,9	6,6	3,9	42,9	35,8	21,3
Bélgica	19,1	9,2	6,1	3,8	48,1	32,1	19,8
Dinamarca	17,7	9,2	5,6	2,9	51,8	31,6	16,6
España	19,8	9,1	6,4	4,3	45,9	32,3	21,8
Francia	20,6	10,3	4,4	5,9	50,0	21,4	28,6
Grecia	18,4	9,7	5,1	3,6	52,6	27,8	19,6
Holanda	19,1	8,6	6,5	4,0	45,2	34,1	20,7
Irlanda	17,3	9,8	6,0	1,5	56,6	34,6	8,8
Italia	19,4	7,7	6,7	5,0	39,7	34,3	26,0
Luxemburgo	18,7	10,4	6,6	1,7	55,4	35,5	9,1
Portugal	17,9	7,9	6,1	3,9	44,4	34,0	21,6
Reino Unido	18,3	8,5	6,4	3,4	46,7	34,8	18,5

Hombres	Años de vida				% de la esperanza de vida		
	EV	EVLD	EVD _m	EVD _s	EVLD	EVD _m	EVD _s
Alemania	14,7	6,5	5,0	3,2	44,4	33,8	21,8
Bélgica	14,8	8,1	4,3	2,3	55,0	29,2	15,8
Dinamarca	14,3	8,9	3,6	1,9	62,1	24,9	13,0
España	16,0	9,0	4,7	2,3	56,2	29,3	14,5
Francia	16,2	8,9	3,0	4,3	54,8	18,7	26,5
Grecia	16,1	8,7	4,4	3,1	53,9	27,1	19,0
Holanda	14,8	8,4	3,9	2,5	56,7	26,6	16,7
Irlanda	13,8	8,2	4,1	1,5	59,7	29,7	10,6
Italia	15,6	7,7	4,6	3,3	49,4	29,5	21,1
Luxemburgo	14,6	9,5	3,8	1,3	64,9	26,2	8,9
Portugal	14,4	7,1	4,3	3,0	49,6	29,8	20,6
Reino Unido	14,6	7,6	4,8	2,2	52,1	32,8	15,1

Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995-1998*. Luxembourg, 1999. Robine, J. M., et al., 2001.

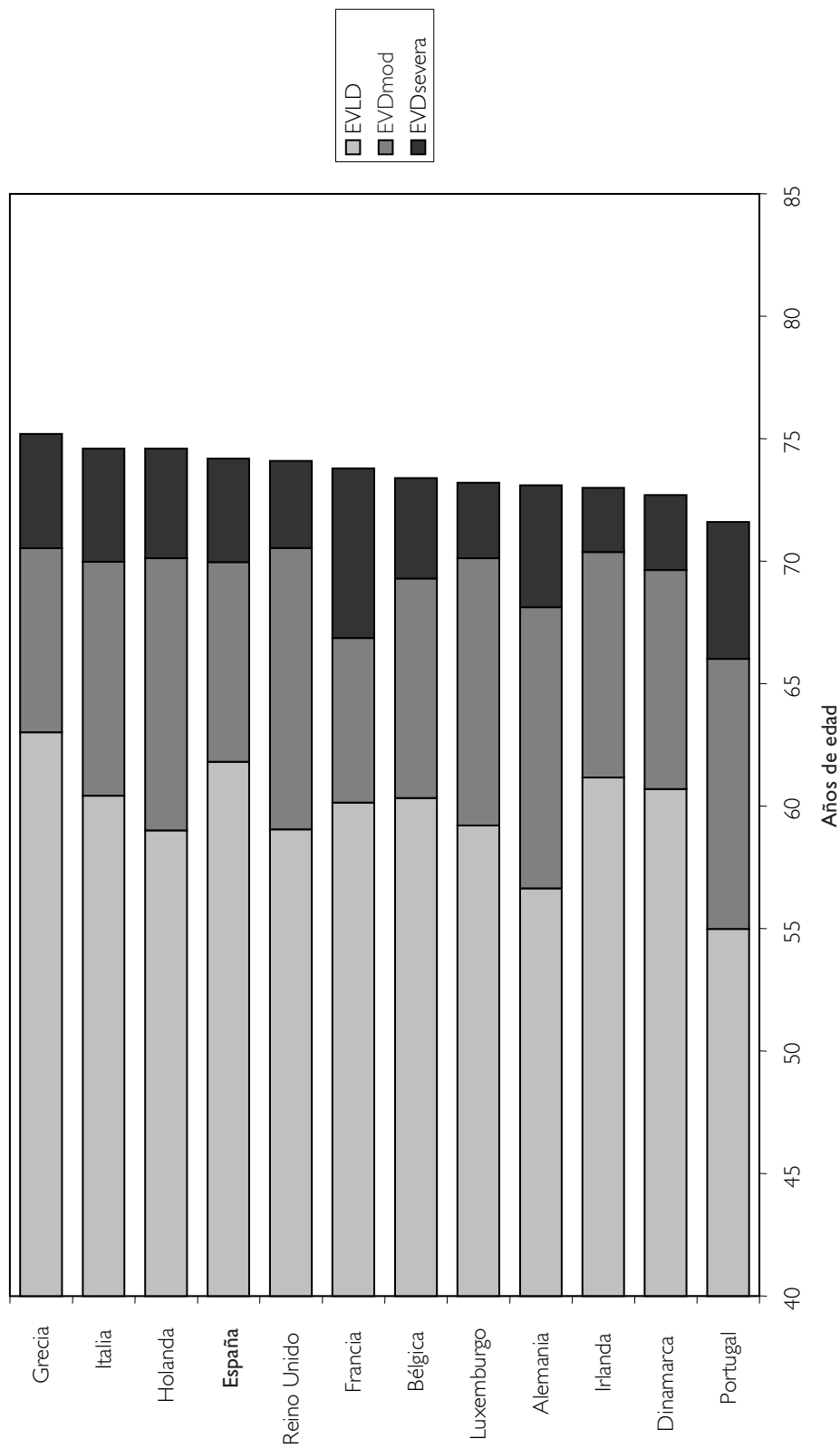


Gráfico 8.4
ESPERANZA DE VIDA AL NACER LIBRE DE DISCAPACIDAD, CON DISCAPACIDAD MODERADA Y CON DISCAPACIDAD SEVERA. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. MUJERES, 1994



Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995 - 1998*. Luxemburgo, 1999. Robine, J. M.

Gráfico 8.5
ESPERANZA DE VIDA AL NACER LIBRE DE DISCAPACIDAD, CON DISCAPACIDAD MODERADA Y CON DISCAPACIDAD SEVERA. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. HOMBRES, 1994

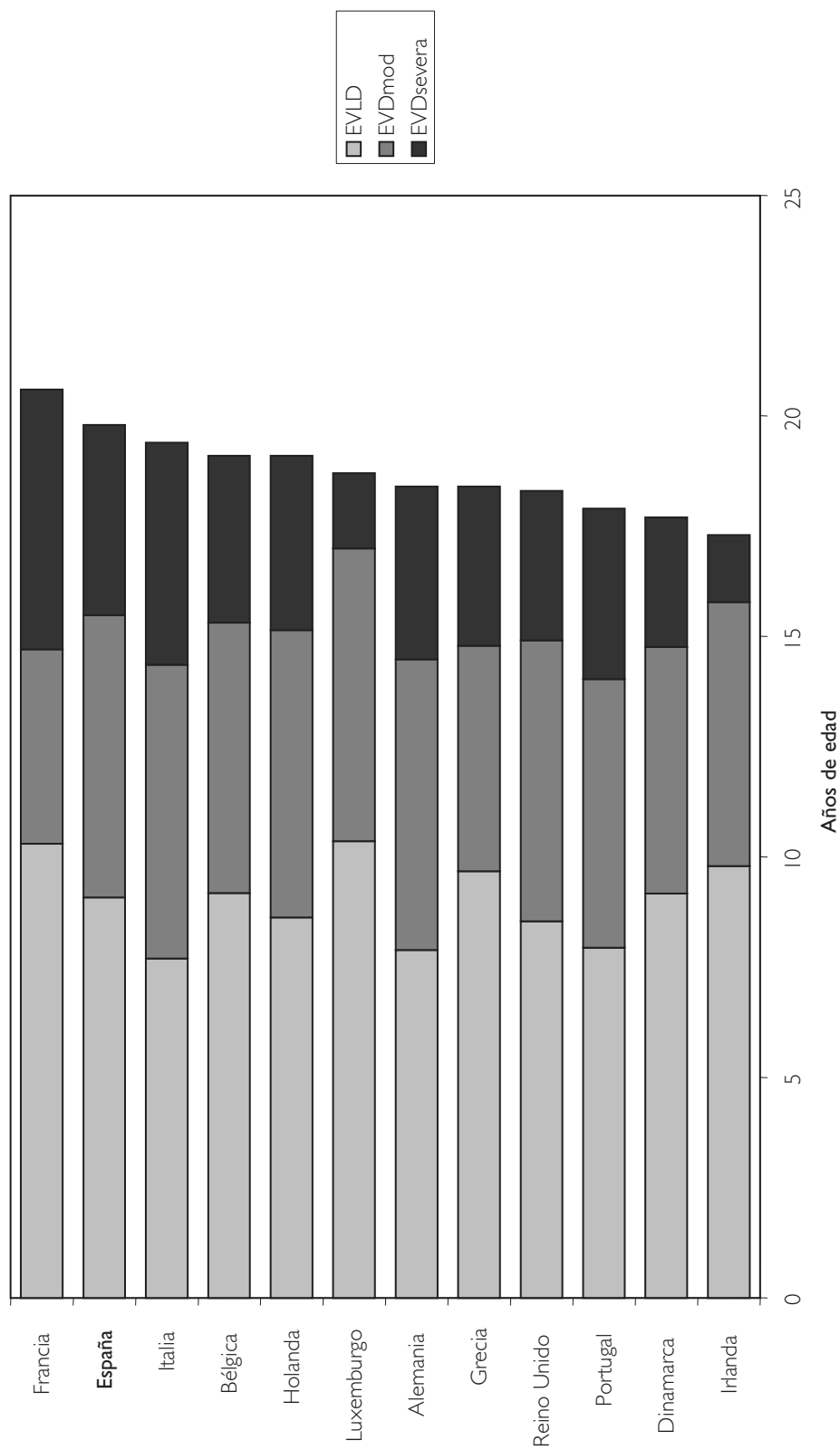


Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995 - 1998*. Luxemburgo, 1999. Robine, J. M.



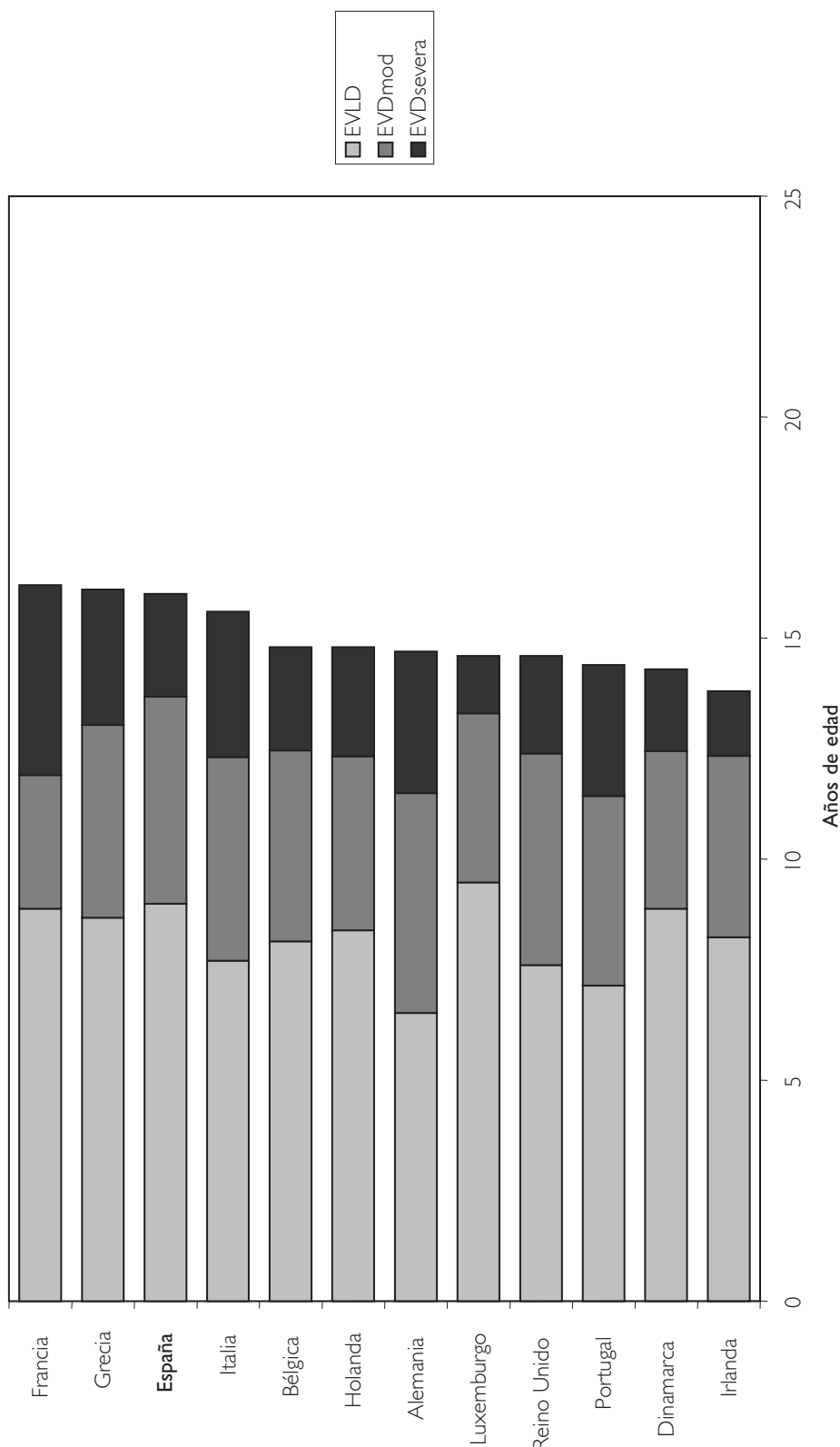


Gráfico 8.6
ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS LIBRE DE DISCAPACIDAD, CON DISCAPACIDAD MODERADA Y CON DISCAPACIDAD SEVERA. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. MUJERES, 1994



Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995 - 1998*. Luxembourg, 1999. Robine, J. M.

Gráfico 8.7
ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS LIBRE DE DISCAPACIDAD, CON DISCAPACIDAD MODERADA Y CON DISCAPACIDAD SEVERA. PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. HOMBRES, 1994



Fuente: EUROSTAT: *Statistiques démographiques, 1995 - 1998*. Luxemburgo, 1999. Robine, J. M.





Tabla 8.5
ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD A DIVERSAS EDADES.
ENCUESTA DE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADOS DE SALUD, 1999

Esperanza de vida (EV) %		Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD) %		EVLD sobre EV %	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	75,3	82,3	68,6	91,0	87,6
15	60,9	67,8	54,4	89,3	85,3
45	32,7	38,6	26,9	82,2	75,7
65	16,2	20,2	11,4	70,4	61,2

Fuente: INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.

INE. *Movimiento Natural de la Población*. Año 1999.

INE. *Encuesta de Discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*.



Tabla 8.6

ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD A LAS EDADES 0 Y 65 AÑOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. ENCUESTA DE DISCAPACIDADES, DEFICIENCIAS Y ESTADOS DE SALUD, 1999

Hombres	Edad 0			Edad 65		
	EV	EVLD	% EV/EVLD	EV	EVLD	% EV/EVLD
España	75,3	68,6	91,0	16,2	11,4	70,4
Andalucía	74,1	66,1	89,2	15,2	9,7	64,3
Aragón	75,8	69,9	92,2	16,7	12,5	74,6
Asturias	74,2	67,3	90,8	15,4	10,9	70,9
Baleares	74,2	68,0	91,6	15,4	11,2	73,0
Canarias	74,5	68,7	92,2	15,9	12,1	75,8
Cantabria	75,4	68,7	91,2	16,0	11,5	71,8
Castilla-La Mancha	76,7	69,4	90,5	16,9	11,7	69,4
Castilla y León	76,8	68,9	89,6	17,5	11,4	65,1
Cataluña	75,5	68,6	90,9	16,3	11,4	69,8
C.Valenciana	74,5	68,7	92,2	15,5	11,2	72,4
Extremadura	75,3	68,4	90,8	16,0	10,6	66,3
Galicia	75,4	68,1	90,4	16,7	11,8	70,5
Madrid	76,8	71,4	92,9	17,0	13,2	77,9
Murcia	74,4	66,1	88,8	15,4	9,5	61,8
Navarra	76,7	70,2	91,6	16,8	12,3	73,3
País Vasco	75,5	70,4	93,2	16,1	12,6	78,4
Rioja (La)	75,8	71,6	94,4	16,5	13,3	80,4

Mujeres	Edad 0			Edad 65		
	EV	EVLD	% EV/EVLD	EV	EVLD	% EV/EVLD
España	82,3	72,2	87,7	20,2	12,4	61,2
Andalucía	81,0	69,1	85,3	19,0	10,2	53,5
Aragón	82,5	74,4	90,2	20,5	13,9	68,0
Asturias	82,0	73,5	89,6	20,0	13,3	66,4
Baleares	81,6	73,6	90,2	19,8	14,2	72,0
Canarias	81,2	72,4	89,1	19,7	12,8	65,0
Cantabria	82,9	72,8	87,8	20,9	13,0	62,1
Castilla-La Mancha	82,6	72,1	87,3	20,0	11,9	59,6
Castilla y León	84,0	72,1	85,8	21,8	12,0	55,1
Cataluña	82,5	72,0	87,3	20,4	12,3	60,1
C.Valenciana	81,3	72,2	88,8	19,3	12,3	63,9
Extremadura	82,2	71,3	86,7	20,0	11,6	58,1
Galicia	82,7	72,6	87,7	20,5	12,6	61,5
Madrid	83,8	74,6	89,0	21,6	14,4	66,4
Murcia	80,7	68,8	85,3	18,6	9,9	53,0
Navarra	83,8	74,9	89,4	21,3	13,5	63,7
País Vasco	83,0	74,6	89,9	20,9	14,5	69,4
Rioja (La)	82,7	76,9	93,1	20,7	16,4	79,2

Fuente: INE. Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.

INE. Movimiento Natural de la Población. Año 1999.

INE. Encuesta de Discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999.

Gráfico 8.8
EVLD A LOS 65 AÑOS, POR CCAA. HOMBRES, 1999

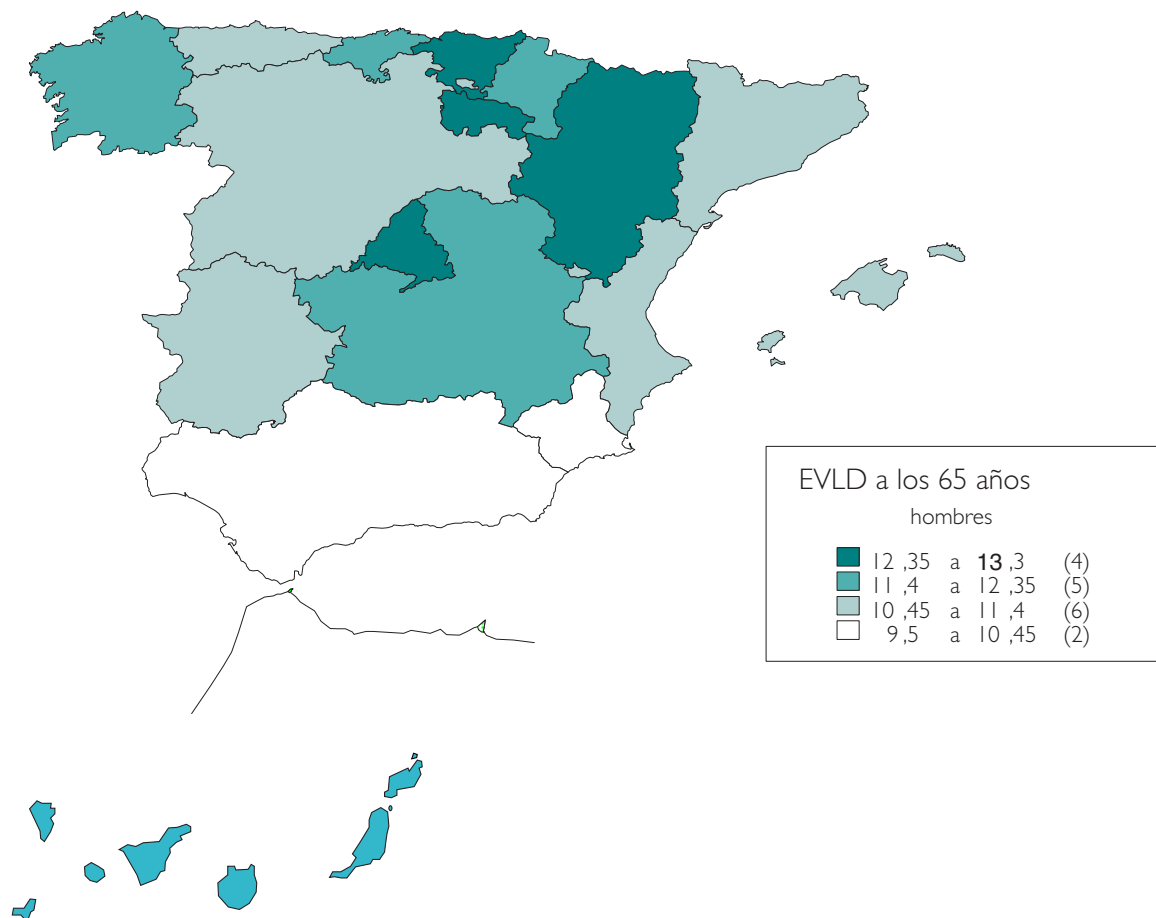


Gráfico 8.9
EVLD A LOS 65 AÑOS, POR CCAA. MUJERES, 1999

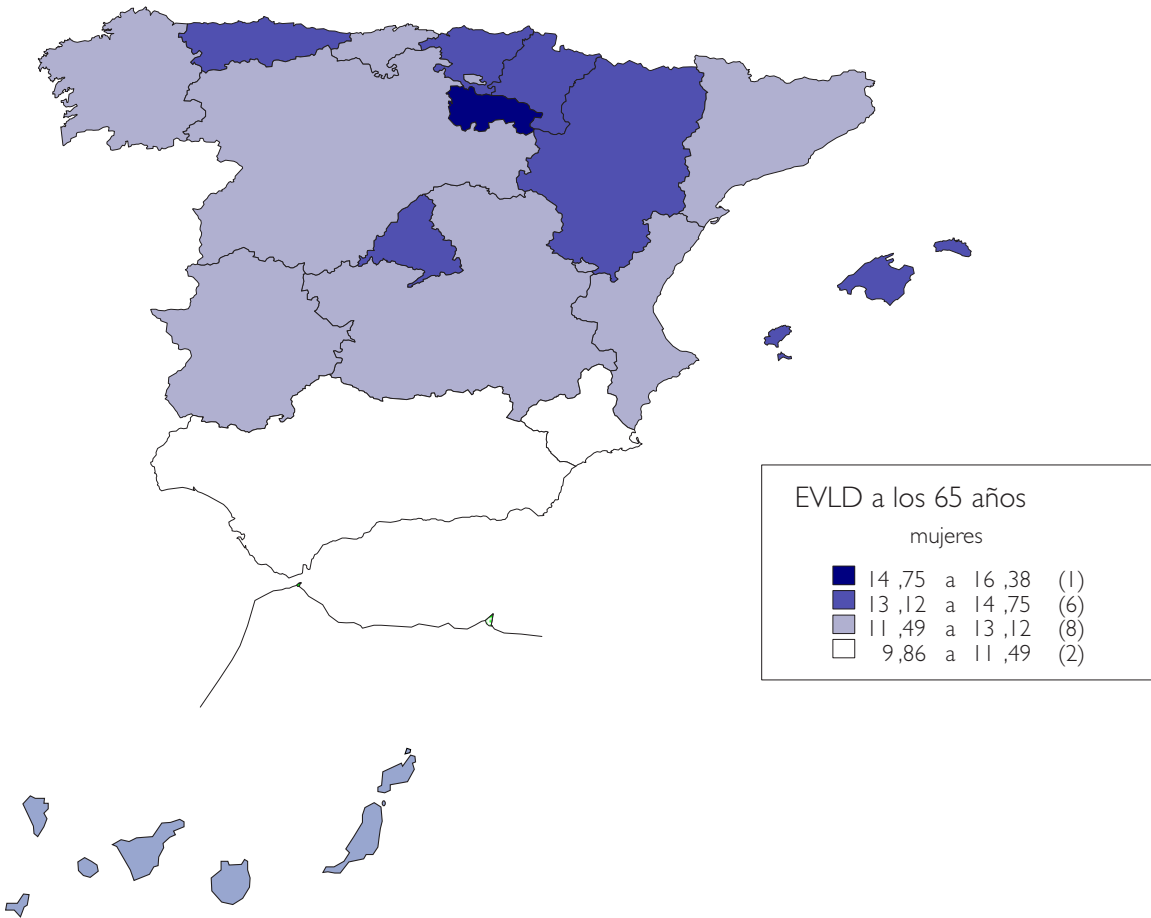




Tabla 8.7
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD PERCIBIDA A DIVERSAS EDADES.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, 1987-1997

Hombres	Esperanza de vida (EV)				Mujeres	Esperanza de vida (EV)			
	1987	1993	1995	1997		1987	1993	1995	1997
0	73,7	74,2	74,5	75,3	0	80,4	81,4	81,8	82,3
15	59,8	60,0	60,2	60,9	15	66,2	67,1	67,5	67,9
45	31,8	32,3	32,5	32,8	45	37,2	38,0	38,4	38,7
65	15,6	16,0	16,2	16,4	65	19,2	19,8	20,1	20,4

Hombres	Esperanza de vida en buena salud (EVBS)				Mujeres	Esperanza de vida en buena salud (EVBS)			
	1987	1993	1995	1997		1987	1993	1995	1997
0	54,4	54,9	54,0	55,3	0	52,6	54,0	53,2	54,9
15	41,7	42,2	41,0	42,3	15	39,6	40,9	39,9	41,7
45	17,7	18,4	17,6	18,4	45	16,2	17,6	17,0	18,0
65	7,0	7,2	6,8	7,6	65	6,8	7,5	7,2	8,0

Hombres	% EVBS sobre EV				Mujeres	% EVBS sobre EV			
	1987	1993	1995	1997		1987	1993	1995	1997
0	73,8	74,1	72,5	73,5	0	65,4	66,4	65,0	66,7
15	69,8	70,4	68,1	69,4	15	59,7	60,9	59,2	61,5
45	55,6	56,9	54,2	56,1	45	43,7	46,2	44,2	46,5
65	44,6	45,1	41,9	46,3	65	35,6	37,7	35,5	39,2

Fuente: INE. *Evolución de la población de España entre los censos de 1981 y 1991*. Madrid, 1996.

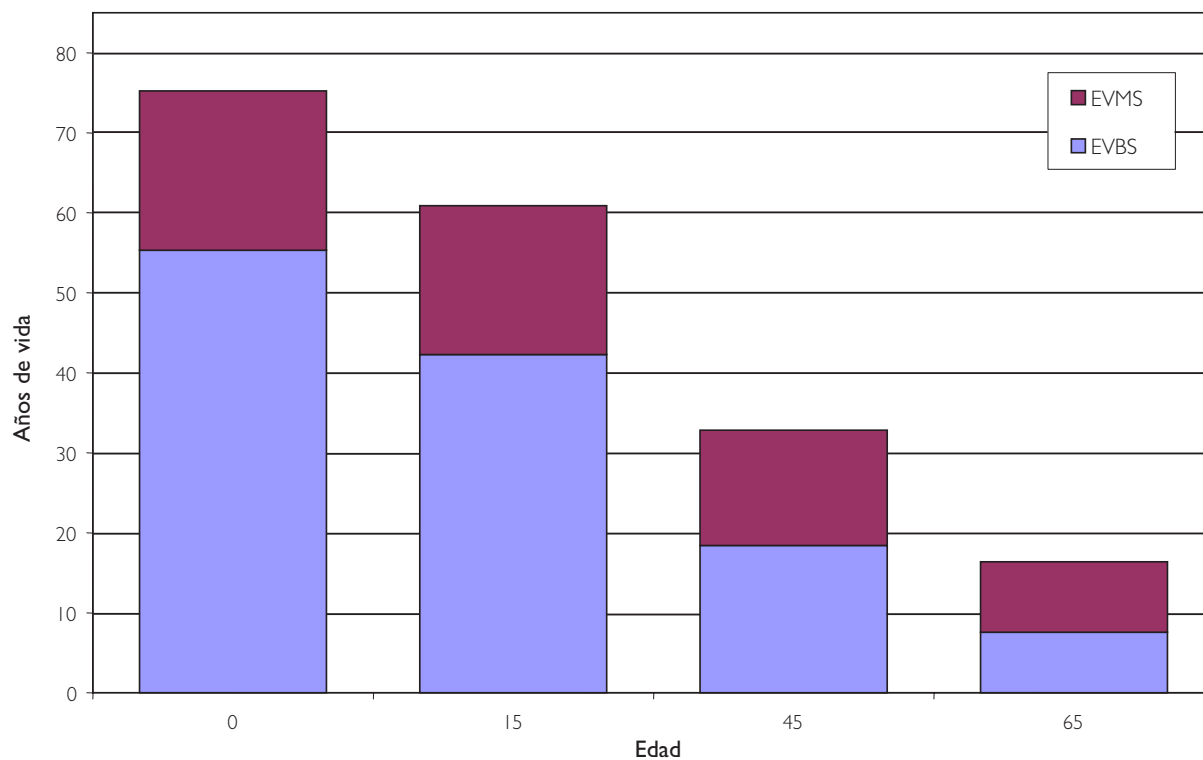
INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.

INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.



Gráfico 8.10
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y EN MALA SALUD PERCIBIDA
A DIVERSAS EDADES. HOMBRES, 1997



Fuente: INE. *Evolución de la población en España entre los censos de 1981 y 1991*. Madrid, 1996.

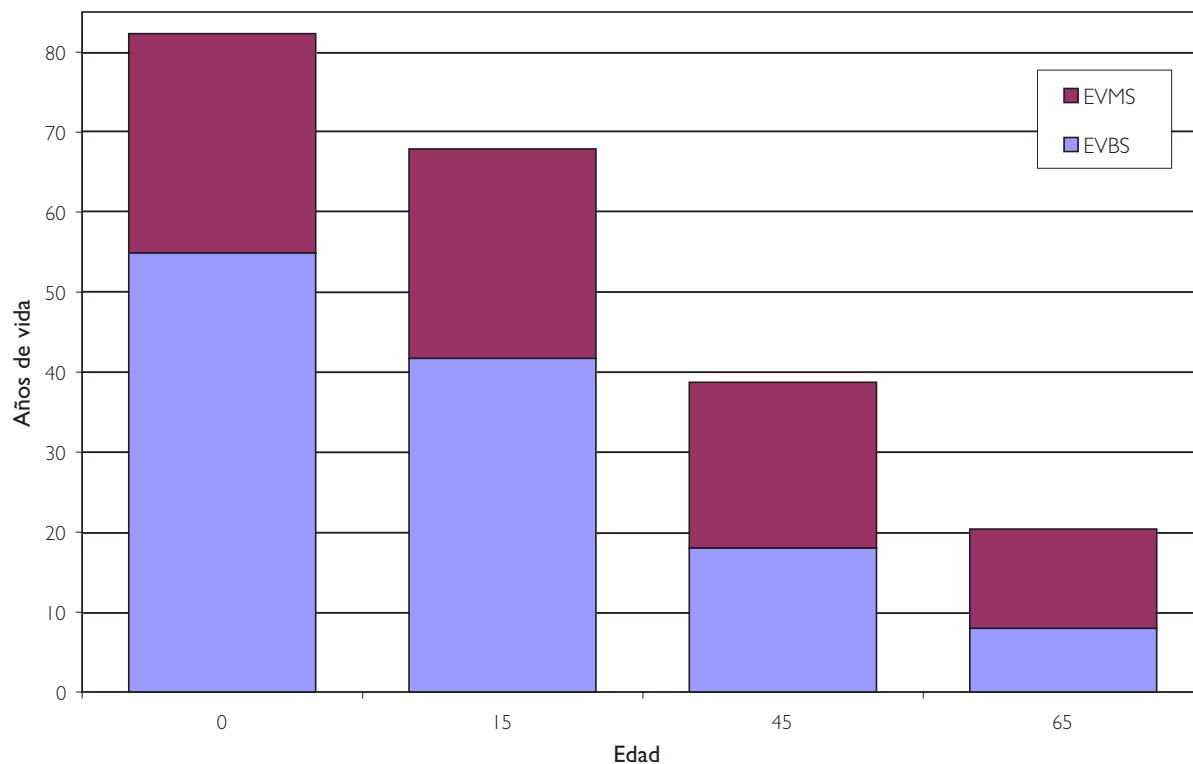
INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.

INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.

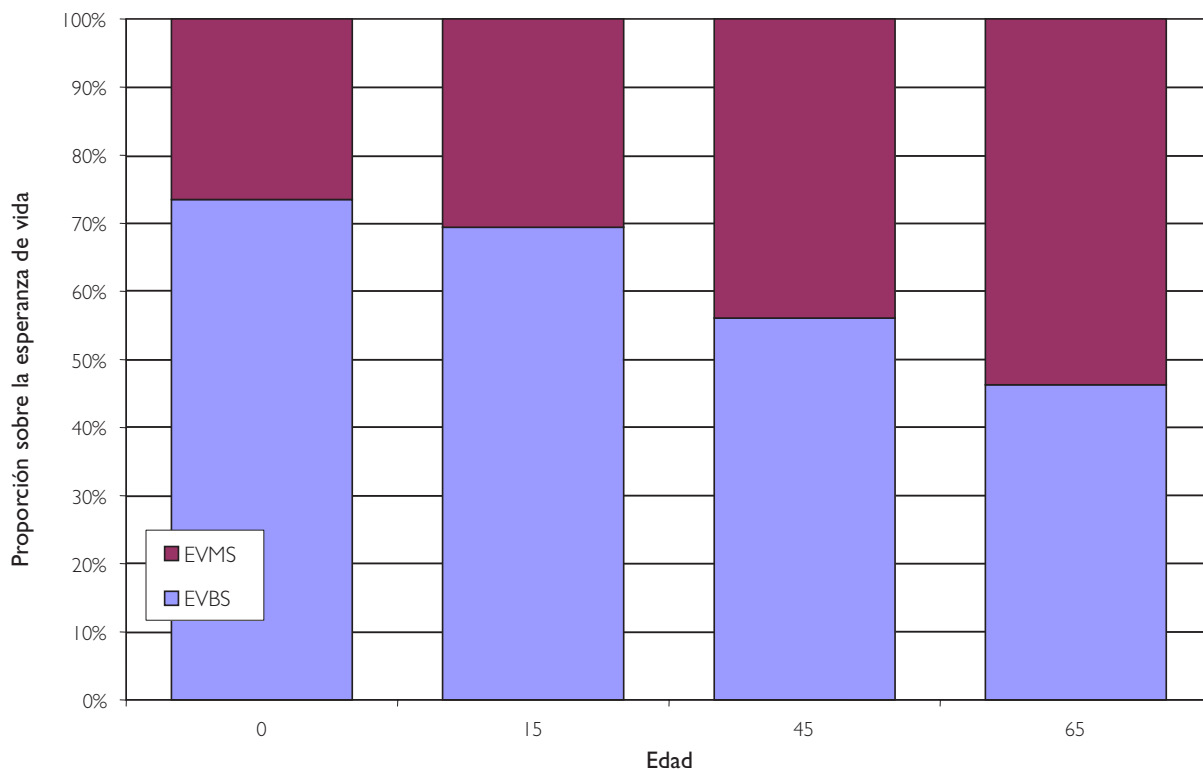


Gráfico 8.11
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y EN MALA SALUD PERCIBIDA
A DIVERSAS EDADES. MUJERES, 1997



Fuente: INE. *Evolución de la población en España entre los censos de 1981 y 1991*. Madrid, 1996.
 INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.
 INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.
 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.

Gráfico 8.12
PROPORCIÓN DE ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y EN MALA SALUD
PERCIBIDA A DIVERSAS EDADES. HOMBRES, 1997

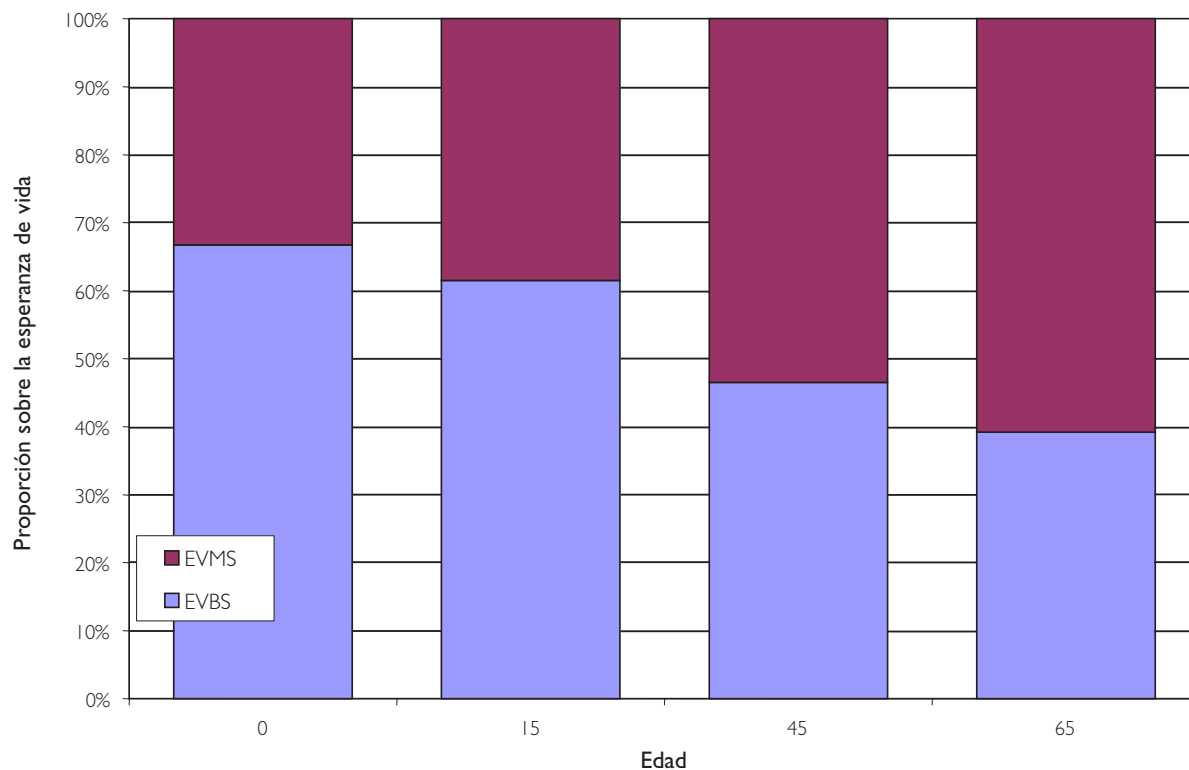


Fuente: INE. *Evolución de la población en España entre los censos de 1981 y 1991*. Madrid, 1996.
 INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.
 INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.
 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.





Gráfico 8.13
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y EN MALA SALUD PERCIBIDA
A DIVERSAS EDADES. MUJERES, 1997



Fuente: INE. *Evolución de la población en España entre los censos de 1981 y 1991*. Madrid, 1996.
 INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.
 INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.
 Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud*. Años 1987, 1993, 1995 y 1997.



Tabla 8.8
ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD PERCIBIDA A DIVERSAS EDADES.
PANEL DE HOGARES DE LA UNIÓN EUROPEA. AÑOS 1994 A 1998

Hombres	Esperanza de vida (EV)					Mujeres	Esperanza de vida (EV)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	60,3	60,2	60,4	60,9	61,0	15	67,4	67,5	67,6	67,9	67,9
45	32,6	32,5	32,6	32,8	32,8	45	38,3	38,4	38,5	38,7	38,7
65	16,2	16,2	16,2	16,4	16,2	65	20,1	20,1	20,2	20,4	20,3

Hombres	Esperanza de vida en buena salud (EVBS)					Mujeres	Esperanza de vida en buena salud (EVBS)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	38,4	40,4	41,1	41,6	41,8	15	37,4	38,9	40,5	40,6	41,2
45	14,4	16,0	16,1	16,6	16,7	45	12,9	14,1	14,9	15,0	15,5
65	4,9	5,7	5,7	5,8	5,8	65	4,6	5,1	5,2	5,3	5,3

Hombres	% EVBS sobre EV					Mujeres	% EVBS sobre EV				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	63,7	67,1	68,1	68,3	68,6	15	55,5	57,7	59,9	59,8	60,7
45	44,1	49,1	49,3	50,5	50,9	45	33,8	36,6	38,6	38,9	40,2
65	30,4	35,3	35,1	35,6	36,0	65	22,8	25,6	25,8	25,8	26,1

Fuente: INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y revisión. Madrid, 2001.

INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1994 a 1998.

EUROSTAT. *Panel de Hogares de la Unión Europea*. Años 1994 a 1998.



Tabla 8.9
ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD Y CON DISCAPACIDAD
MODERADA Y SEVERA A DIVERSAS EDADES. PANEL DE HOGARES
DE LA UNIÓN EUROPEA. AÑOS 1994 A 1998

Hombres	Esperanza de vida (EV)					Mujeres	Esperanza de vida (EV)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	60,3	60,2	60,4	60,9	61,0	15	67,4	67,5	67,6	67,9	67,9
45	32,6	32,5	32,6	32,8	32,8	45	38,3	38,4	38,5	38,7	38,7
65	16,2	16,2	16,2	16,4	16,2	65	20,1	20,1	20,2	20,4	20,3

Hombres	Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD)					Mujeres	Esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	48,6	50,1	51,1	51,5	51,1	15	50,2	53,2	54,0	54,0	53,8
45	22,1	23,4	24,4	24,5	24,1	45	22,5	25,4	25,9	26,1	25,9
65	9,2	10,0	10,7	10,7	10,4	65	9,4	11,4	11,3	11,6	11,5

Hombres	Esperanza con discapacidad moderada (EVDm)					Mujeres	Esperanza con discapacidad moderada (EVDm)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	7,5	6,0	5,6	5,5	6,1	15	11,3	8,5	8,7	8,7	8,6
45	6,7	5,3	5,0	4,7	5,3	45	10,2	7,5	8,1	7,7	7,7
65	4,6	3,5	3,3	3,4	3,5	65	6,4	4,5	5,4	5,1	4,7

Hombres	Esperanza de vida con discapacidad severa (EVDs)					Mujeres	Esperanza de vida con discapacidad severa (EVDs)				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	4,2	4,2	3,6	3,9	3,8	15	5,9	5,8	4,9	5,2	5,4
45	3,8	3,9	3,2	3,6	3,3	45	5,6	5,5	4,6	4,9	5,0
65	2,4	2,6	2,3	2,3	2,4	65	4,4	4,2	3,6	3,7	4,0

(Continúa)

**Tabla 8.9** (Continuación)
ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD Y CON DISCAPACIDAD MODERADA Y SEVERA A DIVERSAS EDADES. PANEL DE HOGARES DE LA UNIÓN EUROPEA. AÑOS 1994 A 1998

Hombres	% EVLD sobre EV					Mujeres	% EVLD sobre EV				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	80,6	83,2	84,7	84,6	83,8	15	74,4	78,8	79,9	79,5	79,3
45	68,0	71,8	74,7	74,7	73,7	45	58,6	66,2	67,1	67,3	67,0
65	56,5	62,0	65,7	65,2	64,0	65	46,5	56,7	55,7	56,7	56,9

Hombres	% EVDm sobre EV					Mujeres	% EVDm sobre EV				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	12,4	9,9	9,3	9,0	10,0	15	16,8	12,6	12,9	12,7	12,7
45	20,4	16,4	15,4	14,4	16,2	45	26,6	19,4	20,9	20,0	20,0
65	28,7	21,9	20,0	21,0	21,3	65	31,6	22,4	26,5	25,0	23,4

Hombres	% EVDs sobre EV					Mujeres	% EVDs sobre EV				
	1994	1995	1996	1997	1998		1994	1995	1996	1997	1998
15	7,0	6,9	6,0	6,4	6,2	15	8,8	8,6	7,2	7,7	7,9
45	11,6	11,8	9,9	10,9	10,2	45	14,7	14,3	11,9	12,6	13,0
65	14,9	16,2	14,2	13,8	14,7	65	21,9	20,9	17,8	18,3	19,7

Fuente: INE. *Proyecciones de la población de España calculadas a partir del censo de Población de 1991*. Evaluación y Revisión. Madrid, 2001.

INE. *Movimiento Natural de la Población*. Años 1994 a 1998.

EUROSTAT. *Panel de Hogares de la Unión Europea*. Años 1994 a 1998.