

Esperanza de vida saludable en España

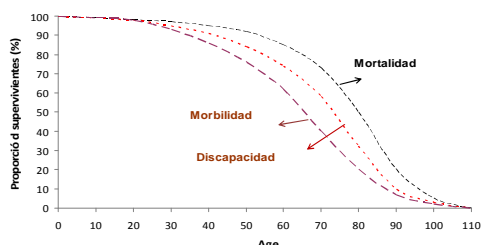
¿Qué es la esperanza de vida saludable?

Las esperanzas de vida saludable se desarrollaron para saber si una vida más larga se acompañaba de un aumento en el tiempo vivido en buena salud (escenario de compresión de la morbilidad) o en mala salud (expansión de la morbilidad). Así, la esperanza de vida saludable descompone la esperanza de vida en diferentes estados de salud y añade una dimensión cualitativa a la cuantitativa de los años vividos.

¿Cómo medimos el efecto de una vida más larga?

El modelo de transición en salud (WHO, 1984) muestra la diferencia entre años vividos en diferentes estados: supervivencia, supervivencia libre de discapacidad y supervivencia sin enfermedad crónica, lo que se traduce en esperanza de vida (área bajo la curva de mortalidad), esperanza de vida libre de discapacidad (área bajo la curva de discapacidad) y esperanza de vida sin enfermedad crónica (área bajo la curva de morbilidad).

Modelo de transición en salud (OMS, 1984): curvas de supervivencia de mortalidad observada y de morbilidad y discapacidad hipotéticas en mujeres, USA, 1980.



Existen tantas esperanzas de vida saludable como conceptos de salud. Las más comúnmente utilizadas se basan en la salud percibida, las actividades de la vida diaria y la morbilidad crónica.

¿Cómo comparar esperanzas de vida saludable?

La esperanza de vida saludable es independiente del tamaño de la población y de su estructura etaria y por ello permite comparaciones directas entre distintos subgrupos poblacionales: según sexo, categoría socioeconómica o países europeos (Robine et al., 2003). La esperanza de vida saludable se calcula frecuentemente con el método de Sullivan (Sullivan, 1971), y para realizar comparaciones válidas, la medida de salud utilizada debe ser comparable.

La Unión Europea (UE) ha incluido en los Indicadores de Salud de la Comunidad Europea (siglas en inglés ECHI) varias esperanzas de vida saludable para ofrecer

medidas resumen de discapacidad (i.e., limitación de actividad), morbilidad crónica y salud percibida. Así, el Módulo Mínimo de Salud Europeo (siglas en inglés MEHM), que cubre esas dimensiones, se ha incorporado a las Estadísticas de Ingresos y Condiciones de Vida (siglas en inglés SILC) para mejorar la comparabilidad de las esperanzas de vida saludable entre países.* Además, la esperanza de vida sin limitación de actividad de larga duración fue elegida en 2004 como uno de los indicadores estructurales para evaluar los objetivos estratégicos de la UE (Estrategia de Lisboa) bajo el nombre de “Años de Vida Saludable” (AVS).

Se puede encontrar más información sobre su cálculo e interpretación, el MEHM y las encuestas europeas en www.eurohex.eu.

¿Qué contiene este informe?

Este informe está producido por la Acción Conjunta Sistema de Información Europeo en Esperanza de vida y Esperanza de Vida Saludable (siglas en inglés EHLEIS) como parte de la serie de informes por países. En cada informe se presenta:

- Esperanza de vida y AVS a la edad de 65 años para el país de interés y para el conjunto de los 25 (27 después de 2007) estados miembros de la UE (UE25 y EU27), utilizando la pregunta contenida en SILC sobre la discapacidad de larga duración debida a problemas de salud, conocida como GALI (siglas en inglés de Indicador de Limitación de Actividad Global), desde 2005. La pregunta fue revisada en 2008. Si están disponibles, se presentan series previas de AVS basados en la pregunta de discapacidad del Panel de Hogares de la Comunidad Europea (siglas en inglés ECHP) de 1995-2001;
- Esperanzas de vida saludable calculadas con las dos dimensiones adicionales de salud (morbilidad crónica y salud percibida) para el país de interés, basadas en el SILC 2008;
- Una comparación de la prevalencia de limitación de actividad en Europa antes y después de la revisión del GALI en 2008.

Referencias

Jagger C., Gillies C., Moscone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W., Robine J.-M., EHLEIS Team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656) 2124-2131

Robine J.-M., Jagger C., Mathers C.D., Crimmins E.M., Suzman R.M., Eds. *Determining health expectancies*. Chichester UK: Wiley, 2003.

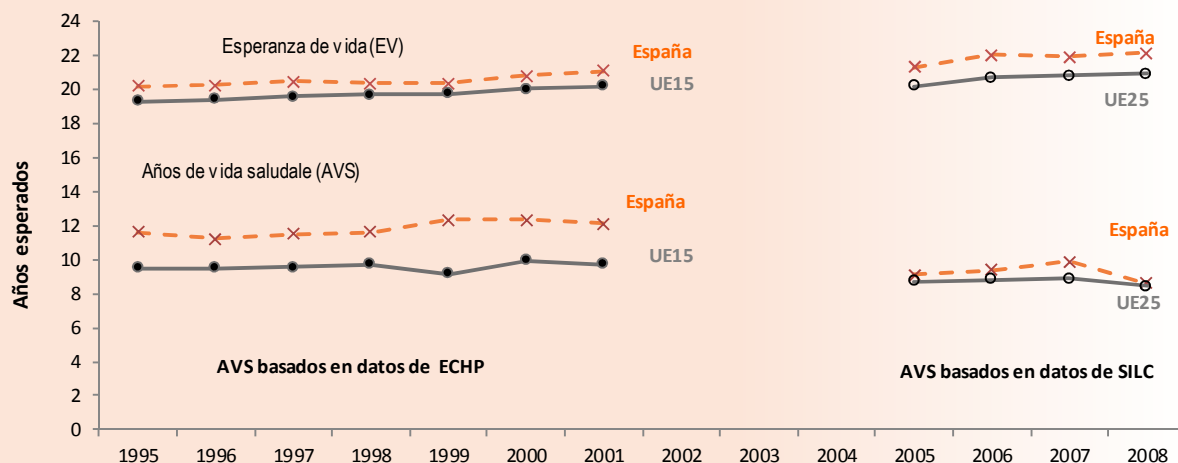
Sullivan D.F. *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Reports 1971;86:347-354.

World Health Organization. *The uses of epidemiology in the study of the elderly: Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging*. Geneva: WHO, 1984 (Technical Report Series 706).

* Antes de la revisión de 2008, las traducciones del módulo usado en algunos países no era la óptima. (Ver la declaración común de Eurostat y la EU Task Force on Health Expectancies sobre la calidad de los datos de SILC).

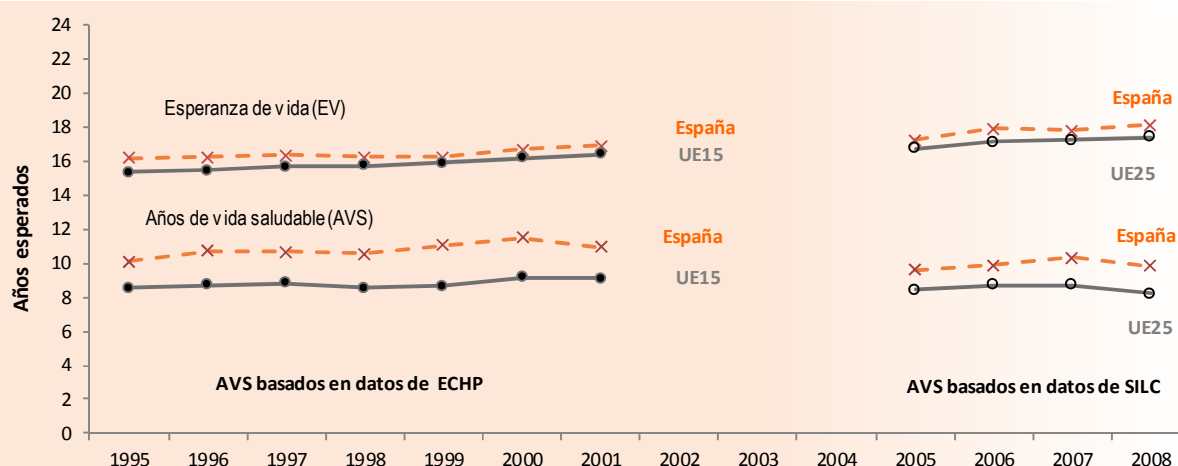
Esperanza de vida (EV) y Años de vida saludable (AVS) a la edad de 65 años en España y en la Unión Europea (UE15 y UE25) basado en ECHP (1995-2001) y SILC (2005-2008)

Mujeres



| España | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ^P |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|
| EV | 20.2 | 20.3 | 20.5 | 20.4 | 20.3 | 20.8 | 21.0 | - | - | - | 21.3 | 22.0 | 21.9 | 22.1 |
| AVS | 11.6 | 11.2 | 11.5 | 11.6 | 12.3 | 12.3 | 12.1 | - | - | - | 9.1 | 9.4 | 9.9 | 8.6 |
| % AVS/EV | 58% | 55% | 56% | 57% | 61% | 59% | 58% | - | - | - | 43% | 43% | 45% | 39% |

Hombres



| España | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ^P |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------------------|
| EV | 16.2 | 16.2 | 16.3 | 16.2 | 16.2 | 16.7 | 16.9 | - | - | - | 17.3 | 17.9 | 17.8 | 18.1 |
| AVS | 10.1 | 10.7 | 10.6 | 10.6 | 11.0 | 11.5 | 10.9 | - | - | - | 9.6 | 9.9 | 10.3 | 9.8 |
| % AVS/EV | 62% | 66% | 65% | 65% | 68% | 69% | 65% | - | - | - | 56% | 55% | 58% | 54% |

^P =Valores provisionales

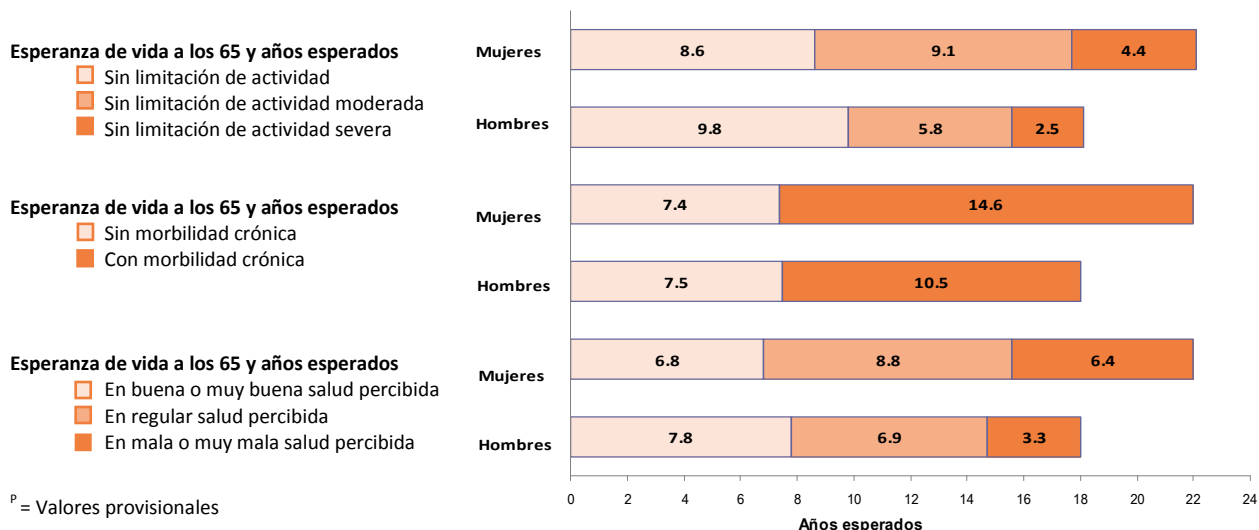
Puntos clave:

La EV a los 65 años de edad en España aumentó 1,7 años en mujeres y 1,9 años en hombres durante el periodo 1998-2008: la EV en ambos sexos entre 1995 y 2001 fue superior a la media de la UE15 y se mantuvo por encima de la media de la UE27 (20,7 en mujeres y 17,2 en hombres) en 2008.

Los AVS a la edad 65 años basados en los datos del ECHP sobre limitación de actividad, aumentaron durante el periodo 1995-2001. La proporción de AVS (años sin *limitación auto declarada debida a un problema de salud o discapacidad*) en el total de la EV permaneció estable en los dos sexos: alrededor de 58% en mujeres y 65% en hombres. Entre 1995 y 2001, los AVS en España en ambos sexos fueron superiores a la media de la UE15.

La nueva serie de AVS iniciada en 2005 con datos del SILC muestra en 2008 valores para España que superan en 0,2 años y 1,6 años la media de la UE27 en mujeres (8,4) y hombres (8,2), respectivamente. En 2008, los hombres y las mujeres a los 65 años de edad esperarían vivir un 39% y un 54% de sus vidas sin *limitación auto declarada debida a un problema de salud o discapacidad*. Hay que señalar que, con el objeto de reflejar mejor el estándar europeo, la redacción de la pregunta GALI cambió en 2008 en España. Ello podría explicar el fuerte descenso observado en los AVS en hombres y mujeres entre 2007 y 2008.

Esperanza de vida y esperanzas de vida saludable a los 65 años basadas en limitación de actividad (AVS), morbilidad crónica y salud percibida en España (Datos del SILC 2008^P)



Puntos clave:

En 2008, la EV a los 65 años en España fue de 22,1 años en las mujeres y 18,1 años en los hombres.

Basado en el SILC 2008, a la edad de 65 años las mujeres viven 8,6 años (un 39% de la EV) sin limitación de actividad (lo que corresponde a los AVS), 9,1 años (41%) con limitación moderada de la actividad y 4,4 años (20%) con limitación de la actividad severa.*

Los hombres a esa misma edad viven 9,8 años (54% de la EV) sin limitación de la actividad, 5,8 años (32%) sin limitación moderada de la actividad y 2,5 años (14%) con limitación severa de la actividad.*

Aunque los hombres vivieron un número total de años menor que las mujeres, tanto los años vividos en buena o muy buena salud percibida como los vividos sin limitación de actividad fueron mayores en los hombres que en las mujeres.

Comparadas con los hombres, las mujeres viven más y una mayor proporción de años en mala salud, y esos años fueron con más frecuencia años con problemas de salud severos.

Estos resultados deberían interpretarse con precaución ya que no toman en cuenta la población institucionalizada (i.e. que vive en hogares de ancianos) y que en algunos países el tamaño de la muestra es pequeño. El tamaño muestral para España en 2008 fue de 3649 mujeres y 2835 hombres de 65 y más años de edad.

* La suma podría no corresponder a la EV debido al redondeo

Publicaciones e informes sobre esperanza de vida saludable en España

- Gutiérrez-Fisac J.L., Regidor E., Alfaro M. *Healthy Life Expectancies in Spain 1986-2007. Disability-free life expectancy and Life expectancy in good perceived health in Spain and its Autonomous Communities*. Madrid: Ministry of Health, Social Policy and Equality, 2010.
- Regidor E., Gutiérrez-Fisac J.L., Alfaro M. *Health Indicators 2009. Trends in Health status indicators in Spain and their magnitude in the context of the European Union*. Madrid: Ministry of Health and Social Policy, 2009.
- Morata L.B., Losilla C.B., Estany M.G., Gondolbeu K.M. Tipologías sociodemográficas de individuos con dependencia en España y supervivencia en estado de Salud [Sociodemographic typologies of individuals with dependence in Spain and healthy life expectancy]. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(1):19-31.
- Jagger C., Gillies C., Mascone F., Cambois E., Van Oyen H., Nusselder W.J., Robine J.-M., EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet*. 2008;372(9656):2124-2131.
- Lievre A., Jusot F., Barnay T., Sermet C., Brouard N., Robine J.-M., Brieu A.-M., Forette F. Healthy working life expectancies at age 50 in Europe: a new indicator. *J Nutr Health Aging*. 2007;11(6):508-514.
- Gómez Redondo R., Génova R., Robles E. *Envejecimiento, Longevidad y Salud. Bases demográficas en España*. In: Ballesteros S, editor. *Envejecimiento Saludable: Aspectos Biológicos, Psicológicos y Sociales*. Madrid: UNED-Editorial Universitas; 2007. p. 41-76.
- Gispert R., Ruiz-Ramos M., Bares M.A., Viciano F., Clot-Razquin G. Differences in disability-free life expectancy by gender and autonomous regions in Spain [Differences in Disability-Free Life Expectancy by Gender and Autonomous Regions in Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2007 Mar-Apr;81(2):155-165.
- Sagardui-Villamor J., Guallar-Castillón P., García-Ferruelo M., Banegas J.R., Rodríguez-Artalejo F. Trends in Disability and Disability-Free Life Expectancy Among Elderly People in Spain: 1986-1999. *J Gerontol Med Sci*. 2005;60A(8):1028-1034.
- Ruiz-Ramos M., Viciano-Fernandez F. Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España. *GacSanit*. 2004;18(4):260-267.
- Minicuci N., Noale M., Pluijm S.M.F., Zunzunegui M.V., Blumstein T., Deeg D.J.H., Bardage C., Jylhä M., CLESA working group. Disability-free life expectancy: a cross-national comparison of six longitudinal studies on aging. The CLESA project. *Eur J Ageing*. 2004;1(1):37-44.

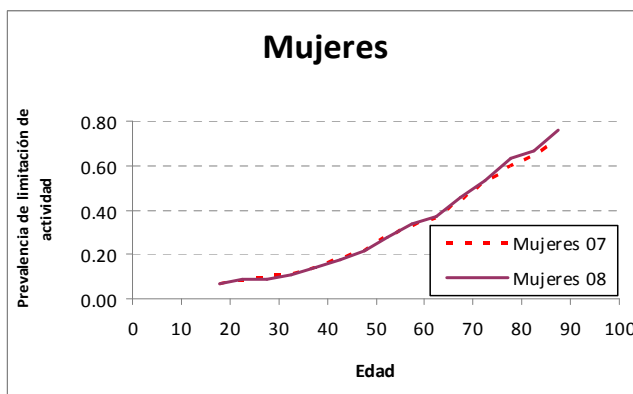
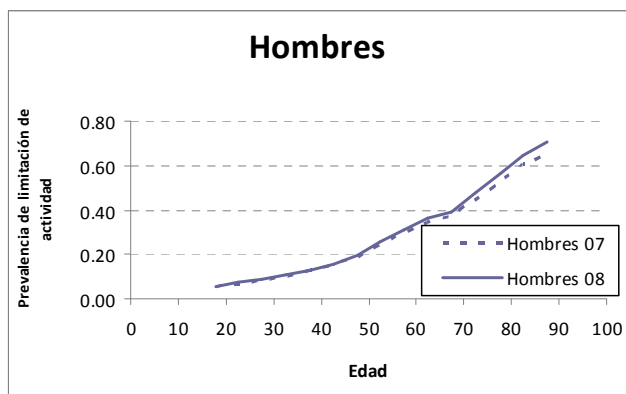
Prevalencia de limitación de actividad en Europa antes y después de la revisión de GALI

La limitación de actividad, un componente clave en los años de vida saludable (AVS), ha sido monitorizada en la UE25 desde 2005 (y 2007 para la UE27) mediante el Indicador de Limitación de Actividad Global (GALI) obtenido de la Encuesta de Ingreso y Condiciones de Vida (SILC).

En 2008, las traducciones de las preguntas del GALI en los cuestionarios del SILC de cada país se revisaron en

base a las traducciones científicas hechas para la Encuesta Europea de Salud por entrevista (siglas en inglés EHIS). La mejora resultante en la redacción del GALI en varios países coincide con un pequeño incremento de la prevalencia de limitación de actividad en Europa, especialmente a edades avanzadas. (Ver figura y tabla más abajo).

Prevalencia de limitación de actividad en Europa (UE25) antes y después de la traducción de la pregunta GALI, por sexo y grupo de edad, SILC UE25, 2007 y 2008



En 2008, como en 2007, la limitación en las actividades usuales aumentó mucho con la edad y fue mayor en las mujeres. La prevalencia de limitación de actividad en la UE25 parece haber aumentado entre 2007 y 2008. Este aumento es mayor a edades avanzadas, llegando dicho incremento de la prevalencia estandarizada a ser de un 4% en el grupo de edad de 65 y más años (ver tabla).

Este incremento de la prevalencia de limitación de actividad observado entre 2007 y 2008 con los datos de SILC puede ser debido a la revisión de la redacción de las preguntas en el SILC de 2008. Únicamente con el análisis de los datos en los próximos años podremos saber si la prevalencia está efectivamente aumentando en Europa o es un artefacto metodológico.

Al interpretar series nacionales de AVS desde 2005 o 2004 (para los primeros países en llevar a cabo SILC), es

importante considerar si la redacción de las preguntas del GALI cambió entre 2007 y 2008 y si la nueva redacción refleja en mejor medida el estándar de la UE. Debido a este aumento en la prevalencia de limitación de actividad en la UE, las estimaciones de AVS descenderán por primera vez desde la implementación del SILC.

Prevalencia estandarizada de limitación de actividad a los 65 y más años de edad (en %), SILC UE25, 2005-2008ⁿ

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|---------|------|------|------|------|
| Hombres | 0.45 | 0.44 | 0.44 | 0.47 |
| Mujeres | 0.50 | 0.50 | 0.50 | 0.52 |

ⁿPoblación estándar: UE en 2007

Acerca de la Acción Conjunta EHLEIS

La Acción Conjunta EHLEIS (European Health and Life Expectancy Information System) y Eurohex (www.eurohex.eu) son financiadas por el Programa Europeo de Salud Pública (2008-2013) y es una colaboración entre: Bélgica (Scientific Institute of Public Health - ISP-WIV), República Checa (Institute of Health Information and Statistics of the Czech Republic - UZIS CR), Dinamarca (Danish National Board of Health - SST; Economic Council of the Labour Movement - AE; University of Southern Denmark - IPH; National Institute of Public Health - NIPH), Francia (National Institute of Health and Medical Research - INSERM; National Institute of Demography - INED; Regional Oncology Research Centre - CRLC; University of Montpellier - UM2), Alemania (Robert Koch Institute - RKI; Rostock Center for Demographic Change - UROS), Grecia (Hellenic Statistical Authority - HSA), Italia (University La Sapienza - DSSEAD), Holanda (Erasmus Medical center - EMC; National Institute for Public Health and the Environment - RIVM; Statistical Office - CBS), Suecia (National Board of Health and Welfare - SoS/NBHW) y Reino Unido (Office for National Statistics - ONS; Newcastle University - UNEW). La Acción Conjunta EHLEIS y Eurohex tartan de facilitar el análisis coordinado, la interpretación y la difusión de las esperanzas de vida saludable, añadiendo una dimensión cualitativa al número de años vividos por las poblaciones europeas. Pueden encontrarse más detalles sobre la Acción Conjunta en: www.eurohex.eu and www.healthy-life-years.eu.