

## Resumen

La inclusión en la agenda política de acciones respecto a la situación de personas con discapacidad o con necesidad de ayuda es un fenómeno relativamente nuevo en la sociedad española, que se ha dado, además, en un contexto de progresivo envejecimiento demográfico de la población. Con el presente artículo, se pretenden tres objetivos. El primero, construir el perfil de la población española mayor de 65 años que se encuentra en situación de dependencia. El segundo, estudiar los principales aspectos que influyen en la prevalencia de la dependencia. Y el tercero, establecer las relaciones entre el estado de salud autopercebido y la prevalencia de la dependencia. Para ello se han explotado los datos de la *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores* en España, llevada a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en 2006. Los resultados indican que ser mujer, tener una mayor edad y tener un menor nivel de instrucción incrementan tanto la probabilidad de padecer dependencia, y su gravedad, como la percepción negativa del estado de salud.

*Palabras clave:* dependencia, discapacidad, salud, vejez, envejecimiento.

## Abstract

The inclusion in the political agenda of policies towards disabled people or people in need of help is a quite new phenomenon in Spanish society which furthermore takes place in a context of progressive population ageing. This article pursues three purposes: first, to outline the contours of the Spanish population older than 65 in situation of dependence; second, to explore the main aspects explaining the prevalence of dependence; and third to figure out the relationships between the self-perceived health situation and the prevalence of dependence. To achieve these purposes the author makes use of the Survey on Life Conditions of Elderly People administered by the Social Research Center (CIS) in 2006. The research results show that being a woman, being older and having a lower education level increases the likelihood of dependence and its seriousness as well as the negative perception of the own health status.

*Key words:* dependency, disability, health, old age, ageing.

*JEL classification:* I10, J14.

# LAS PERSONAS MAYORES CON DEPENDENCIA EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XXI

Juan Manuel GARCÍA GONZÁLEZ

*Universidad Nacional de Educación a Distancia*

## I. INTRODUCCIÓN

A L igual que el resto de sociedades demográficamente avanzadas, la población española ha estado y sigue inmersa en un acelerado proceso de transición demográfica que ha provocado, en los últimos cuarenta años, un cambio importante de la pirámide poblacional. Ha sido este un proceso de envejecimiento que se ha desarrollado a un ritmo vertiginoso, en unos plazos considerablemente más cortos que en otros países. Mientras que en el resto de Europa Occidental el envejecimiento empezaba a hacerse patente tras la Segunda Guerra Mundial, en España no surgieron indicios evidentes hasta la década de los setenta (Gómez Redondo, 1995). Paralelamente a esta modificación de la estructura poblacional, han ocurrido otros cambios: por una parte, la esperanza de vida al nacimiento ha aumentado considerablemente (Gómez Redondo, 2005; Gómez Redondo y Boe, 2004), hasta superar los ochenta años en 2008; por otra parte, la morbilidad en la tercera y cuarta edad ha experimentado notables variaciones (Robles, 2009), entre las que destacan una caída de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares —la llamada *revolución cardiovascular* de finales de siglo XX (Meslé y Vallin, 2002)— y un aumento de la mortalidad provocada por tumores malignos, enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales (Gómez Redondo, 2005); asimismo, el sistema sanitario español se ha transformado con la universalización de la asistencia sani-

taria pública, potenciándose la asistencia primaria, mientras se creaba una compleja red descentralizada de servicios de salud y se elaboran programas dirigidos a colectivos específicos (Rico *et al.*, 2007).

Este marco se empezó a dibujar en la incipiente España democrática, cuando el porcentaje de personas mayores de 65 años no alcanzaba el 10 por 100. En cambio, el año 2008 vio transitar por la vejez a más del 16 por 100 de la población, lo que suponía más de siete millones y medio de personas (1). Cada una de estas biografías alcanza la vejez de un modo diferente, con un recorrido particular y con unas condiciones de vida singulares. El conocimiento de sus necesidades y de sus percepciones como grupo con unas necesidades específicas, como colectivo que es cada vez más heterogéneo, es de vital importancia.

En este contexto se aprobó en España, a finales de 2005, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, más conocida como Ley de la Dependencia (2). En su exposición de motivos se alude a que, ya en octubre de 2003, la renovación del Pacto de Toledo recomendaba que se configurara «un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad el fenómeno de la dependencia», siendo necesario para ello una «pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su

cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección». Por lo tanto, años antes de la aprobación de la Ley de la Dependencia, los políticos ya se planteaban que se regulara de algún modo esta importante cuestión para la población española, sobre todo para los mayores de 65 años, cuyo número «se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por 100 de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por 100). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años» (Ley de la Dependencia, 2005: 44142-3). Esta Ley supone, además, la inclusión en la agenda política de la situación de personas con discapacidad y sus cuidadores.

Este artículo se encuadra dentro del marco general de estudio de la salud, la discapacidad y la dependencia como aspectos que influyen de modo notorio en las condiciones de vida de las personas mayores. De forma más específica, con este trabajo se pretenden estudiar, en primer lugar, los condicionantes sociales de la dependencia, y en segundo lugar, la relación entre el estado de salud y la dependencia.

La estructura del artículo es la que sigue. En el apartado II se examinan y discuten los conceptos de vejez, envejecimiento, salud, discapacidad y dependencia; en el apartado III, se resumen los datos que se han utilizado, las técnicas de análisis y los procesos de operacionalización practicados. Las hipótesis de trabajo conforman el apartado IV; en el V, se ofrecen los resultados de los análisis efectuados. Una discusión de estos conforma el apartado VI,

antesala de la formulación de las conclusiones y del apunte de debates abiertos (apartado VII).

## II. MARCO CONCEPTUAL

### 1. Vejez y envejecimiento

La vejez y el envejecimiento parecen temas antiguos, habituales y repletos de tópicos añejos, lo cual puede deberse a la relación semántica entre esos dos vocablos. Sin embargo, cabe precisar conceptualmente ambos términos. La vejez individual es un proceso inherente a la vida, aunque no ha sido sino hasta hoy día cuando se ha considerado algo generalizado. El envejecimiento poblacional, definido como la proporción de personas mayores sobre el total de la población, es, por su parte, un asunto contemporáneo, un fenómeno relativamente reciente de las sociedades modernas. De hecho, hasta no hace demasiado tiempo las sociedades demográficamente avanzadas no se han percatado de las consecuencias que supone un envejecimiento radical y acelerado de la población. De unir ambos, esto es, la naturalidad con la que se observa la vejez y el incremento de la proporción de mayores en la estructura poblacional, resulta que los mayores, los ancianos, los «viejos» se han convertido en un grupo más de la sociedad, con significatividad estadística y con una amplia presencia social.

La concepción de la vejez ha cambiado, pues, sustantivamente. Tal y como hoy la conocemos, la vejez nace al amparo de la jubilación y los sistemas de pensiones, cuando el individuo entra en una nueva etapa de «descanso», de «júbilo», tras los años trabajados. Respecto a la figura del «viejo», siempre ha habido cierta ambivalencia. Por una parte, suscitaba y suscita veneración y respeto; por otra, ge-

neraba y genera temores, distancia y renuencia. Ambas son vejez, ambas representan el mismo concepto. Pero en la actualidad esta diferenciación entre las dos vejezes se hace menos patente, ya que se establecen una serie de criterios menos nítidos para considerar si una persona es o no mayor. Estos discernimientos se pueden basar en el estado de salud, en la edad o en la autonomía funcional. Se desdibuja entonces la línea fronteriza entre trabajo y jubilación que marcaba anteriormente la entrada en la tercera edad. No existen así unos límites claros entre la «adulthood» y la vejez. En definitiva, ya no es tan fácil definir a quién se considera socialmente «viejo», porque va más allá de la mera demarcación entre «jubilado» y «no jubilado».

Además, al aumentar el volumen de personas mayores, se diversifican también los estilos de vida, las trayectorias vitales, las diferencias de clase; en definitiva, las distintas formas de vivir la vejez. Esto se ha producido gracias a una «conquista de la naturaleza», a una «victoria sobre el azar» (Pérez Ortiz, 2006). Atrás quedan las palabras del gerontólogo Leonard Hayflick, según el cual «sólo hay una y única causa de muerte a las edades avanzadas. Y esa es, simplemente, la edad avanzada. Y no se puede hacer nada con la edad avanzada» (en Vaupel, 1997: 1799). Y es que hoy en día hay una nueva ordenación de la muerte: se han superado muchas barreras naturales que se imponían inevitablemente en un principio y se ha aumentado la esperanza de vida gracias a la reducción de la mortalidad a todas las edades, transformándose radicalmente en sólo un siglo (Canudas-Romo *et al.*, 2008; Gómez Redondo y Boe, 2005, 2004). A inicios del siglo XX, a los españoles les cabía esperar vivir una media de 35 años; actualmente, nacen esperando vivir más de

80 años. De este modo, la vejez se naturaliza; todos llegan si no se interponen factores anormales, muchos de ellos creados por el propio ser humano y su modernidad. Personas que conseguían llegar a una edad avanzada ha habido siempre; pero la «vejez de masas» (Pérez Díaz, 2003) es un acontecimiento relativamente reciente. La vejez ha estirado pues su duración y ha agrandado su volumen, aumentando así el envejecimiento de la población (Robles, 2011). Los mayores viven más años, lo que incide directamente en un aumento del número de efectivos y, con ello, en un mayor número de tipos de vejez: una transformación cultural, demográfica y biológica y, por todo ello, social.

## 2. Salud, discapacidad y dependencia

La humanidad ha conseguido «añadir años a la vida». Ha conseguido, en términos generales, burlar a la muerte durante un rato más. Mas podría ser terrible si esos años que se consigue esquivarla se convierten en un camino espinoso. Por eso, esta victoria parcial que la humanidad ha conseguido sobre la naturaleza debe plantearse no solo en términos cuantitativos, sino también en términos cualitativos. La prolongación de la vida no implica necesariamente «añadir años de calidad», años en buen estado de salud. La *salud* debe ser entendida como un concepto amplio, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1948, 2006).

El dilema está, por lo tanto, en «añadir años a la vida» o «añadir vida a los años». Una mayor longevidad no garantiza una mejor

salud, tal y como queda reflejado desde la Grecia clásica en la historia mitológica de la griega Eos, que obtuvo de Zeus la inmortalidad para su esposo, Titono, pero se olvidó de solicitarla acompañada de una eterna juventud, complemento indispensable para una buena calidad de vida. Así, Titono siguió el ritmo normal de la vida, alcanzando la vejez al mismo tiempo que sus contemporáneos, pero sin poder morir. Finalmente, se refugió en su solitaria y espantosa decrepitud hasta que la caridad de los dioses lo convirtió en cigarra. Este mito clásico simboliza el auténtico objetivo del envejecimiento: que los años que se viven de más, los años que se suman a la vida, sean años de buena salud, con menos discapacidades, provistos de autonomía funcional y, consecuentemente, con una mayor y mejor calidad de vida. No es hasta la década de los setenta cuando los organismos internacionales insisten en esta idea: «el crecimiento [económico] no es un fin en sí mismo, sino un medio para crear unas condiciones de vida mejores» (OCDE, 1973). Y, ya en los noventa, la OMS (1998) empieza a considerar tan importante añadir «vida a los años» (aspectos sociales, culturales, participación) como añadir «años a la vida» (longevidad). No solo cantidad, también calidad. De ahí la pertinencia de los conceptos *calidad de vida relacionada con la salud*, *esperanza de vida en salud* o *esperanza de vida libre de discapacidad*, indicadores ampliamente utilizados para medir la calidad de vida en la senectud. En definitiva, el objetivo consiste en ganar años de vida, pero sobre todo, en que esos años estén libres de enfermedades que provoquen discapacidades; esto es, ganar años libres de dependencia.

A medida que las personas envejecen y que, por lo tanto, sufren un

deterioro físico, aumenta la probabilidad de que aparezca una *discapacidad*. Se define entonces *discapacidad* como el conjunto de dificultades y limitaciones para la ejecución de *actividades de la vida diaria* (AVD). Esta discapacidad puede suponer que un individuo necesite ayuda y cuidados de larga duración, que es lo que se consideraría, a grandes rasgos, como *dependencia*.

El concepto de dependencia ha proporcionado quebraderos de cabeza, ya que, en el sentido del acceso y de la provisión de recursos y ayudas, su definición implica una serie de cuestiones administrativas. Por ello, en el *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España* (*Libro Blanco*), elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en 2004, se define dependencia en relación, como se ha dicho antes, con la necesidad de ayuda de otra persona a la hora de ejecutar una serie de «actividades básicas de la vida diaria», imposibles de ejecutar por uno mismo (IMSERSO, 2004a). La lista que proporciona el *Libro Blanco* incluye quince actividades, de las cuales nueve son «básicas» y seis «instrumentales». Las primeras son las que determinan el «umbral administrativo», a partir del cual una persona dependiente tiene derecho a la protección del Sistema Nacional de Dependencia. Las encuestas de *Condiciones de vida de las personas mayores* de 2004 y 2006, que se describen posteriormente, amplían en tres la lista de actividades ofrecida por el *Libro Blanco*, de manera que se especifican dieciocho actividades, siete básicas y once instrumentales. El cuadro n.º 1 presenta una comparación entre ambas. Las actividades que se consideren como básicas definen entonces un «umbral de dependencia», y de ahí una definición de dependencia que, en términos burocrático-administrati-

CUADRO N.º 1

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. COMPARATIVA ENTRE LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA  
Y EL LIBRO BLANCO DE LA DEPENDENCIA**

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Encuesta de condiciones de vida 2004 y 2006</i>	<i>Libro Blanco de la Dependencia</i>
<b>1. Actividades básicas de la vida diaria</b>		
1.1. <i>Autocuidado</i>	Asearse/arreglarse Utilizar el retrete Comer Vestirse/desvestirse Bañarse/ducharse	Asearse solo, lavarse y cuidarse de su aspecto Controlar las necesidades y utilizar solo el servicio Comer y beber Vestirse, desvestirse y arreglarse
1.2. <i>Funcionamiento físico básico</i>	Andar por la casa Levantarse/acostarse Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	Desplazarse dentro del hogar Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado
1.3. <i>Funcionamiento mental básico</i>		Reconocer personas y objetos y orientarse Entender y ejecutar órdenes y/o tareas sencillas
1.4. <i>Funcionamiento físico fino</i>	Abrocharse los zapatos	
<b>2. Actividades instrumentales</b>		
2.1. <i>Tareas domésticas</i>	Preparar comidas Compras  Otras tareas domésticas	Cuidarse de las comidas Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios Cuidarse de la limpieza y del planchado de la ropa Cuidarse de la limpieza y el mantenimiento de la casa Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia
2.2. <i>Movilidad extradoméstica</i>	Salir a la calle o desplazarse por la calle Utilizar transporte público	Deambular sin medio de transporte
2.3. <i>Otras actividades instrumentales</i>	Tomar medicación Ir al médico Administrar el dinero Hacer gestiones Utilizar el teléfono	

Fuente: PÉREZ ORTIZ (2006).

vos, permita o no el acceso al sistema de ayudas públicas. Para este trabajo, se ha creado *ex profeso* un criterio para establecer este umbral, que se explicará más adelante.

En resumen, los mayores componen un grupo cada vez más complejo de estudiar. Los cambios recientes producidos en esta fase vital, en la que a la decrepitud y a las enfermedades se han sumado nuevos modos de pensar, de organizarse y de actuar, generan una rica fuente de cultivo para la ciencia social. En las cuatro últimas décadas ha quedado atrás, como si todo un siglo hubiera transcurrido velozmente,

«la miseria, el analfabetismo, la insalubridad y las políticas de beneficencia que sustentaban las temidas instituciones asilares» (Abellán *et. al.*, 2007: 7). Ahora miramos hacia una nueva etapa en la consideración de la vejez, la ancianidad y la dependencia.

### III. DATOS, VARIABLES, TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN

#### 1. Datos y encuestas

Los estudios sobre las personas mayores y, más en concreto, sobre

sus condiciones de vida han despertado el interés tanto de la academia como de los organismos públicos, en gran parte por dos aspectos fuertemente asociados a la vejez: la discapacidad y la dependencia. Un fenómeno que, aunque ya existiera tiempo atrás, «sólo se ha hecho visible cuando han empezado a madurar las generaciones de mujeres incorporadas al mundo laboral, que ya no pueden ser cuidadoras de padres dependientes» (Puga, 2001: 6). Así, al calor de este interés, en España se han encargado y realizado una serie de encuestas sobre mayores y sus condiciones de vida, elaboradas por el Centro de Investigacio-

nes Sociológicas (CIS) y el IMSERSO. Muestras de ello son la encuesta de doble oleada 1993/1994 titulada *Apoyo informal a las personas mayores* (estudios CIS 2072 y 2117), la de 1997 sobre *La soledad en las personas mayores* (estudio CIS 2279) y, más recientemente, las encuestas de *Condiciones de vida de las personas mayores* de 2004 (estudio IMSERSO 4597) y 2006 (estudio CIS 2647). Además, organismos como el mismo IMSERSO y el Observatorio de Personas Mayores elaboran desde 2002, bajo el lema «conocer para intervenir», documentos como el *Informe de condiciones de vida de las personas mayores*, *Estructura social de la vejez*, y *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*.

La *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores* de 2006, elaborada por el CIS en colaboración con el IMSERSO, es el pilar básico sobre el que se sustentan los capiteles estadísticos de este artículo. Esta encuesta (Estudio CIS 2647) se basa en 3.537 entrevistas personales realizadas a escala nacional a personas de ambos sexos de 65 o más años, muestra que se reduce a 3.371 tras la depuración de datos. Esta encuesta no fue diseñada expresamente para estudiar la dependencia, aunque permite, con algunos ajustes, realizar una evaluación siguiendo la definición de dependencia que ofrece el *Libro Blanco*. Tales ajustes se refieren específicamente a la lista de AVD. Esta encuesta amplía en tres el número de AVD consideradas, siendo en total dieciocho, pero rebaja de nueve a siete las actividades básicas, que son las que definen finalmente el umbral de dependencia. Esta cuestión implica una limitación para la medición de la dependencia en la población española, pero no por ello se invalidan los resultados. De manera

transversal, y desde una perspectiva comparada, se emplean también el estudio IMSERSO 4597 y los estudios CIS 2072 y 2117.

## 2. Variables

Las variables dependientes de esta investigación son tres. La primera de ellas, dicotómica, es la existencia o no de dependencia en el sujeto. La segunda, ordinal, es la gravedad de la dependencia, que puede adoptar tres categorías: dependencia leve, dependencia moderada y dependencia total. Ambas son constructos calculados a partir de un índice de discapacidad/dependencia creado para este estudio. Por último, la tercera es el estado de salud auto-percibido, variable ordinal que se ha recodificado en tres categorías (muy buena o buena, regular y mala o muy mala) para que las interpretaciones sean menos dispersas y más parsimoniosas. Respecto a la variable salud, es imprescindible apuntar que la salud subjetiva muestra, por una parte, el estado físico general de las personas, que comprende las enfermedades que padecen o han padecido y las limitaciones que estas les provocan o les han provocado, y por otra, traduce los problemas sociales o del entorno y los del propio estilo de vida de la persona. Así, este indicador refleja el estado de salud general de una población y, a pesar de su subjetividad inmanente, está aceptado generalmente tanto en la academia como en las administraciones públicas. Sin duda, y por mor de honestidad conviene reconocerlo, sería más aconsejable el uso de una serie de variables que posibilitaran aproximarse a una estimación de *salud objetiva*, factor que permitiría contrastar la hipótesis planteada midiendo el efecto neto de la relación entre la evaluación de la salud y el riesgo de la dependencia.

Las variables explicativas son principalmente de índole sociodemográfica. En primer lugar, en un estudio sobre dependencia y salud es imprescindible tener en cuenta la diferenciación por sexo, por lo que esta es una variable transversal a todos los análisis. Asimismo, la edad, el estado civil, el tipo de hogar en el que vive el encuestado, el tamaño del hábitat y su nivel de estudios constituyen también variables explicativas y de control, siendo todas ellas recodificadas en categorías más simples para evitar la dispersión muestral.

## 3. Técnicas de análisis

Dos son las técnicas estadísticas que se han utilizado en el presente estudio: por un lado, las tablas de contingencia múltiples, con las que se pueden describir y analizar las relaciones existentes entre las variables cualitativas consideradas y las categorías que las componen; por otro, el análisis de regresión logística. Se plantea un modelo logístico multivariante con el que se miden las *odds ratio* para cada categoría de cada variable independiente con respecto a una característica de referencia de una variable dependiente dicotómica. Así, se realiza un primer análisis exploratorio a través de tablas de contingencia, de modo que posteriormente se pueda ofrecer un modelo logístico conjunto que incluya a todas las variables relevantes. Cabe así explicar el efecto probabilístico que se produciría con respecto a la variable dependiente, en las categorías de los diferentes factores, si el resto de características independientes permanecieran estables.

En concreto, se aplican modelos logísticos, por una parte, sobre la población dependiente y la no dependiente, de tal modo que puedan valorarse en términos probabilísticos los factores asociados al riesgo de la

dependencia. La aproximación bivariada permite presentar modelos multivariantes ya depurados y libres de factores no significativos. Se ha realizado una serie de seis modelos logísticos. El primero incluye todos los casos. En un segundo bloque hay tres modelos diferenciados, uno por cada grupo de edad considerado, ya que la edad es el factor determinante de la dependencia. Un tercer bloque está dividido en hombres y mujeres, de modo que se puedan considerar las diferencias por sexo. Por otra parte, se han calculado otros dos modelos logísticos en los que se ha utilizado la salud subjetiva como variable dependiente, con el fin de examinar la segunda hipótesis planteada.

#### 4. Construcción del índice de discapacidad/dependencia, o de gravedad de la necesidad de ayuda

Es importante reseñar que el estudio CIS 2647 equipara los conceptos de discapacidad y dependencia, aunque, obviamente, cada término designa un problema claramente distinto: la dependencia es una consecuencia social, pero no inevitable, de la discapacidad. Se define entonces a una persona con discapacidad o dependencia (a partir de ahora, dependencia) como aquella que ha declarado que no es capaz o que necesita ayuda para realizar unas determinadas actividades básicas de la vida diaria. De ahí se derivan dos aspectos básicos. Uno, la necesidad de ayuda va a ser el rasgo perentorio de la dependencia. Y otro, las actividades que se especifiquen como *básicas* serán las que determinen el *umbral administrativo* de dependencia. La dependencia, es decir, la necesidad de ayuda, tendrá diferentes grados de severidad, que vendrán definidos por la proporción de personas mayores

que presentan dificultades para la ejecución de AVD, el número de discapacidades y el peso que se asigne a cada actividad. Se calcula pues un «índice de gravedad de la dependencia o de necesidad de ayuda» (Índice de Gravedad), con base en esos tres elementos, que permite una aproximación a las necesidades de ayuda de una población, y que funcionará como variable dependiente. Este índice se calcula partiendo del trabajo de Viciano *et al.* (2003), introductor de esta novedad metodológica en España, y que calcularon para estos mismos datos Abellán *et al.* (2007).

El Índice de Gravedad se construye mediante un proceso que consta de cuatro pasos. Inicialmente, se realiza una asignación de pesos de acuerdo con una interpretación subjetiva de las categorías de respuesta de la pregunta concerniente a la necesidad de ayuda en las diferentes AVD. Cuatro son las posibles respuestas: «es capaz de hacerlo sin ayuda», «es capaz de hacerlo con ayuda», «no es capaz de hacerlo de ninguna manera» y «no procede, no lo hace nunca». Se han unido la primera y la última categoría («es capaz de hacerlo sin ayuda» y «no procede, no lo hace nunca»), ya que, primero, se ha supuesto que la no realización sistemática de la actividad implica que no se necesita ayuda (puesto que no se hace); y segundo, el reparto de tareas por género no interfiere de este modo en el análisis. Por otra parte, la necesidad de ayuda se concentra en las dos siguientes categorías: «es capaz de hacerlo con ayuda» y «no es capaz de hacerlo de ninguna manera». Es aquí cuando se realiza una asignación de pesos a cada una de las tres categorías finalmente consideradas. Así, la ponderación que se ha asignado a cada una de las categorías es 0 para la ausencia de problemas,

0,5 para la capacidad de hacerlo con alguna ayuda, y 1 para la incapacidad total en la realización de la actividad, procedimiento que no incide de ninguna manera en los posteriores análisis. Se obtiene entonces un índice cuyo rango varía entre cero —ninguna necesidad de ayuda— y un máximo teórico de 18 puntos, que supone que una persona no es capaz de realizar por sí misma ninguna de las AVD consideradas.

En segundo lugar, se efectúa una nueva ponderación por tipo de actividad de acuerdo al «principio del orden sociobiológico de las funciones»; esto es, las actividades en las que más temprano se entra en discapacidad son aquellas que se adquirieron más tarde y que son más complejas, como *hacer gestiones* o *usar el transporte público*, y que afectan a un mayor número de personas; mientras en aquellas que se aprendieron antes y que son más simples, como *comer* o *levantarse de la cama*, se entra más tarde, y hay por lo tanto una menor frecuencia entre la población (Dunlop *et al.*, 1997; Katz, 1963). A las segundas se les asigna un mayor peso en el Índice. De este modo, el peso asignado a cada actividad se obtiene tomando como referencia la AVD con una menor frecuencia y una mayor gravedad, a la que se le da valor 1.

En el tercer paso se recalcula el Índice de Gravedad entre 0 y 1, tomando como referencia al individuo que obtuvo un mayor nivel de dependencia en el segundo paso.

En el cuarto y último paso se diferencian los distintos niveles de gravedad que acompañan a la dependencia. La clasificación del *Libro Blanco* se apoya en la diferenciación entre *actividades de autocuidado* y *otras actividades de la vida diaria* que ofrece el apartado 1 del Real

Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de minusvalía (3), y en la escala de cinco niveles de gravedad que especifica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (IMSERSO, 2001). De esas cinco categorías posibles, se distinguen finalmente cuatro clases: *sin necesidad de ayuda*, *necesidad de ayuda leve*, *necesidad de ayuda moderada* y *necesidad de ayuda grave o total*. Para decidir qué porcentaje de discapacidad define el grado de necesidad de ayuda, se han tomado como referencia los diversos estudios que han calculado los niveles de dependencia de la población española (Abellán *et al.*, 2007; Casado, 2007; Pérez Ortiz, 2006; Puga, 2001), todos ellos basados en la misma cuantificación CIF. Así, las cargas de discapacidad que se han tenido en cuenta han sido hasta un 4 por 100 para la población que se considera sin problemas;

de un 5 a un 24 por 100, dependencia leve; de un 25 a un 50 por 100, dependencia moderada; y, finalmente, más de un 50 por 100, dependencia grave o total. En el cuadro n.º 2 se pueden observar los porcentajes de «funcionalidad» en cada una de las AVD. De este modo, *comer*—actividad en la que hay una menor presencia de individuos afectados y, según el principio seguido, es más grave perder la autonomía— se ha considerado la categoría de referencia, a partir de la cual se calcula el resto.

#### IV. HIPÓTESIS

Dos son los factores fundamentales considerados en este trabajo, a saber, «*dependencia*» y «*estado de salud subjetivo*». Por lo tanto, las dos hipótesis principales se plantean entre y en torno a ellos.

Es importante reseñar antes de nada que la dependencia presenta

dos aspectos básicos: uno, el padecimiento o no de ella; y dos, la gravedad de la necesidad de ayuda que necesita la persona en situación de dependencia. Por lo tanto, una primera hipótesis gira en torno a la relación existente entre, por un lado, estar o no en situación de dependencia y, por otro, la gravedad de ésta, con el sexo, la edad, el modelo de hogar en el que vive la persona mayor y el nivel educativo. Primero, las mujeres son más proclives a padecer dependencia que los hombres (Abellán *et al.*, 2007; Abellán y Esparza, 2006). Segundo, y referente a la cuestión etaria, en diferentes trabajos se muestra que la prevalencia y la gravedad de la dependencia se incrementa con la edad, así como la discapacidad, ya que el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacitantes aumenta notablemente con la edad (INE, 2005; Manton y Stallard, 1994; Suzman *et al.*, 1992). Tercero, el tipo de hogar en el que viven las personas mayores es también relevante. Vivir en su propio hogar posiblemente implique que no exista una necesidad de ayuda, mientras que la convivencia con parientes, fundamentalmente hijas e hijos, sea resultado de un traslado forzoso, sea en la dirección que sea, para recibir atención. Cuarto, en fin, el nivel de instrucción tiene una relación inversamente proporcional con la dependencia, de modo que aquellas personas con mayor nivel educativo presentan menores niveles de dependencia, y viceversa (Pérez Ortiz, 2006).

Las relaciones entre el estado de salud autopercebido y la dependencia (existencia y gravedad), y la diferenciación por sexo y edad, conforman la segunda hipótesis. Así, las personas que se encuentran en situación de dependencia valoran de peor manera su propio estado de salud, fruto de las enfermedades que provocan su disca-

CUADRO N.º 2

#### PORCENTAJES DE FUNCIONALIDAD DE LAS DIFERENTES AVD

Actividad	Sin necesidad de ayuda + no procede/no lo hace (porcentajes)	Con necesidad de ayuda (porcentajes)	No es capaz de hacerlo (porcentajes)
Comer.....	97,4	1,6	1,0
Andar por la casa.....	96,0	2,7	1,3
Utilizar el WC.....	95,8	2,75	1,45
Levantarse/acostarse.....	94,7	3,3	2
Vestirse/desvestirse.....	93,3	4,1	2,6
Utilizar el teléfono.....	93,7	4,25	2,05
Asearse/arreglarse.....	92,9	4,5	2,6
Preparar comidas.....	92,9	5,2	1,9
Ponerse los zapatos.....	92,1	5,1	2,8
Tomar medicación (control).....	91,6	5,25	3,15
Administrar el dinero.....	92,1	5,6	2,3
Bañarse/ducharse.....	85,9	8,35	5,75
Salir a la calle/desplazarse por la calle..	86,9	8,55	4,55
Hacer compras.....	86,7	9,2	4,1
Hacer otras tareas domésticas.....	85,9	9,4	4,7
Ir al médico.....	81,0	11,45	7,55
Hacer gestiones.....	83,7	11,55	4,75
Utilizar el transporte público.....	77,4	14,95	7,65

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

pacidad para realizar AVD (Gonzalo y Pasarín, 2004). Asimismo, esta percepción negativa se acentúa en el caso de las mujeres y a medida que aumenta la edad, y con ello, la prevalencia y gravedad de enfermedades (Pérez Ortiz, 2006; INE, 2003; Manton y Stallard, 1994; Suzman *et al.*, 1992).

## V. RESULTADOS

Conforme al índice construido, un 21,7 por 100 de la población española mayor de 65 años necesita algún tipo de ayuda para realizar alguna de las AVD, de modo que algo más de tres cuartas partes (78,3 por 100) tiene completa autonomía personal. De los prime-

ros, se estima que un 14,4 por 100 tiene una dependencia leve, un 4,5 por 100 una dependencia moderada, y el restante 2,8 por 100 lo integran aquellos individuos que precisan de una mayor atención en cuanto a cuidados y ayuda, estos, que padecen dependencia grave o total (cuadro n.º 3).

Se observa, en primer lugar, el fuerte impacto de la edad como determinante de la dependencia. Las edades más avanzadas sufren de un mayor grado de discapacidad, tanto en número como en gravedad. Así, el 90,4 por 100 de las personas de entre 65 y 74 años son completamente autónomas, en tanto que únicamente el 36,7 por 100 de los mayores de 85 años

lo son. Igualmente ocurre con los grados de dependencia, estableciéndose una relación directa entre edad y gravedad de la dependencia. Por ejemplo, solo el 0,9 por 100 de los que tienen entre 65 y 74 años sufre de dependencia grave o total, mientras que esta cifra alcanza el 14,7 por 100 entre los mayores de 85 años (cuadro n.º 3).

Además, la probabilidad de que una persona entre 75 y 84 años sea dependiente, siempre que el resto de variables permanezcan constantes, se multiplica por 3,5 con respecto a las que se encuentran en el intervalo 65-74 años. Esta *odds ratio* se eleva hasta 15,3 en el caso de los individuos de más de 85 años. La edad es un factor en el que la diferenciación

CUADRO N.º 3

### DEPENDENCIA Y GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA, POR VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (PORCENTAJES)

	NO DEPENDIENTE	DEPENDIENTE	GRADO DE NECESIDAD DE AYUDA			Número
			Leve	Moderada	Grave/Total	
TOTAL	78,265	21,735	14,381	4,532	2,822	3.371
SEXO		13,624*				
Hombre .....	86,379*	27,844*	9,198*	2,490*	1,936	1.446
Mujer.....	72,156*	27,844	18,286*	6,078*	3,481	1.925
EDAD						
65-74.....	90,361*	9,639*	7,286*	1,434*	0,918*	1.743
75-84.....	72,058*	27,942*	19,818*	5,619	2,506*	1.317
85 y más.....	36,656*	63,344*	31,090*	17,628*	14,744*	311
NIVEL DE ESTUDIOS						
Analfabeto/a .....	55,597*	44,403*	28,731*	10,075*	5,597*	268
Sin estudios.....	74,276*	25,724*	17,184*	5,659*	2,830	1.450
Primarios.....	84,036*	15,964*	10,697*	2,836*	2,431	1.234
Secundarios/superiores.....	90,842*	9,158*	6,452*	1,241*	1,241	404
ESTADO CIVIL						
Casado/a .....	83,719*	16,281*	11,664*	2,966*	1,609*	1.990
Soltero/a .....	83,432	16,568	8,876	5,325	2,367	169
Separado/divorciado/a.....	89,157	10,843	4,819	3,614	2,410	83
Viudo/a.....	66,874*	33,126*	20,837*	7,213*	5,076*	1.123
MODELO DE HOGAR						
Unipersonal.....	82,609*	17,391*	13,745	3,086	0,561*	713
Con pareja .....	84,469*	15,531*	11,525*	2,741*	1,265*	1.423
Multigeneracional en su casa.....	74,246*	25,754*	16,125	6,032	3,596	862
Multigeneracional en casa de hijo/a.....	38,415*	61,585*	32,927*	12,195*	16,463*	164
Otros .....	67,876*	32,124*	15,026	9,326*	7,772*	193

\* Significativo  $\alpha=0,01$

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

por sexo es fundamental, ya que, a inicios del siglo XXI, las mujeres tienen una esperanza de vida que supera en aproximadamente siete años a la de los hombres. Por sexo, al tomar como referencia al primer grupo de edad, de 65 a 74 años, los hombres de 75 a 84 años obtienen una  $\beta$  de 4,3 frente a una  $\beta$  de 3,3 para las mujeres del mismo grupo de edad. En cambio, para el grupo de edad de 85 o más años, los hom-

bres tienen una menor probabilidad de ser dependientes que las mujeres. Los hombres de 85 o más años multiplican por 9,3 su probabilidad de ser dependiente; las mujeres, por su parte, elevan ese factor hasta 21,4 (cuadro n.º 4).

En segundo lugar, se observa una *feminización* de la dependencia. Sólo el 13,6 por 100 de los hombres necesitan algún tipo de ayuda, mientras

que casi tres de cada diez mujeres (27,8 por 100) se encuentran en situación de dependencia, doblando, por tanto, a los varones (cuadro número 3). Éstos, además, presentan una menor severidad en su dependencia, ya que las mujeres también doblan a los hombres en los porcentajes de efectivos dependientes en los tres niveles de gravedad de la necesidad de ayuda. Asimismo, las mujeres tienen el doble de probabi-

CUADRO N.º 4

**COEFICIENTES  $\beta$  DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS QUE ANALIZAN LA DEPENDENCIA**

(VARIABLE DEPENDIENTE: 0 = No ser dependiente; 1 = Ser dependiente)

	EXP ( $\beta$ )					
	Total	65-74 años	75-84 años	85 y más años	Hombres	Mujeres
<b>EDAD</b>						
65-74.....	1	.	.	.	1	1
75-84.....	3,497***	.	.	.	4,319***	3,291***
85 o más.....	15,300***	.	.	.	9,309***	21,389***
<b>SEXO</b>						
Hombre.....	1	1	1	1	.	.
Mujer.....	1,954***	2,047***	1,604***	4,194***	.	.
<b>ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO</b>						
Muy buena/buena.....	1	1	1	1	1	1
Regular.....	1,392***	1,604**	1,505***	0,87	1,178	1,520***
Mala/muy mala.....	7,505***	11,296***	6,915***	4,404***	8,594***	7,416***
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>						
Secundarios/superiores.....	1	1	1	1	1	1
Analfabetos.....	4,006***	5,216***	2,570***	11,114	3,689***	4,582***
Sin estudios.....	1,914***	1,555	1,873**	3,252**	1,799**	2,150***
Primarios.....	1,262	1,121	1,158	2,642*	1,506	1,272
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casado/a (ref.).....	1	1	1	1	1	1
Soltero/a.....	1,106	1,365	1,078	0,424	2,533**	0,746
Separado/divorciado/a.....	0,754	0,55	0,974	0,259	2,706	0,365
Viudo/a.....	1,409	1,023	1,587**	1,168	2,364***	1,189
<b>MODELO DE HOGAR</b>						
Solo/a (ref.).....	1	1	1	1	1	1
Con pareja.....	2,159***	1,329	2,550***	1,978	4,149***	1,945***
Multigeneracional en su casa.....	2,943***	1,661	3,460***	3,283***	6,731***	2,554***
Multigeneracional en casa de hija/o	7,051***	4,986***	6,943***	8,152***	10,332***	6,464***
Otros.....	3,451***	2,094	4,398***	2,923**	5,704***	3,161***
<b>HÁBITAT</b>						
> 400.000 (ref.).....	1	1	1	1	1	1
< 10.000.....	1,016	1,095	0,996	0,97	0,584**	1,318
10.000-50.000.....	1,036	1,015	1,122	0,68	0,435***	1,521**
50.000-400.000.....	1,327	1,505	1,23	1,755	0,781	1,733***
Constante.....	0,009***	0,013***	0,033***	0,072***	0,007***	0,015***

En cada variable la categoría de referencia muestra un coeficiente igual a 1.  
 \*\*\* Significativo  $\alpha=0,01$ ; \*\* Significativo  $\alpha=0,05$ ; \* Significativo  $\alpha=0,1$ , respectivamente.  
 Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

lidad de padecer dependencia que los hombres. Por grupos de edad, las mujeres de 65 a 74 años multiplican por dos esa probabilidad, las de 75 a 84 años la multiplican por 1,6, y las de más de 85 años lo hacen por 4,2 (cuadro n.º 4).

El *modelo de hogar* también condiciona la aparición de la dependencia y su nivel de gravedad. Así, los mayores que viven en casa de sus hijos presentan una mayor propensión a la dependencia: en torno a seis de cada diez (61,6 por 100) tienen algún tipo de necesidad de ayuda. En cambio, en aquellos hogares multigeneracionales que se crean en la casa de la persona mayor, la tasa de dependencia es de solo un 25,8 por 100 (cuadro n.º 3). Se deduce entonces que la propiedad del hogar es determinante del mayor o menor grado de dependencia. De las *odds ratios* del modelo logístico se deriva que, respecto a que una persona viva sola, convivir en pareja multiplica por 2,2 el riesgo de padecer dependencia, por 2,9 si se vive en un hogar multigeneracional en su propia casa y por 7,1 si vive en un hogar multigeneracional en casa de sus hijas o hijos (cuadro n.º 4). De hecho, son estos dos últimos modelos de hogar los que presentan mayores niveles de dependencia, ya que un 26 por 100 de los primeros y un 62 por 100 de los segundos albergan personas dependientes. Al considerar los diferentes grupos de edad, estas tendencias se mantienen. Es destacable que el riesgo de padecer dependencia en un modelo de hogar multigeneracional en casa de los hijos o hijas se acentúa con una mayor edad.

Un cuarto factor es el *nivel educativo*, fuertemente asociado a los ingresos y al estatus socioeconómico, dos variables que no se contemplan en el estudio CIS 2647. Un mayor nivel de instrucción implica una menor tasa de dependencia,

tanto en general como en los diferentes grados de gravedad. El 44,4 por 100 de los analfabetos declaran estar en situación de dependencia, porcentaje que disminuye hasta el 16 por 100 entre los que tienen estudios primarios y hasta el 9,2 por 100 entre los que han alcanzado estudios secundarios o superiores (cuadro n.º 3). Se profundizará posteriormente en esta cuestión. El modelo multivariante mantiene la significatividad estadística. Si se comparan los extremos educativos, el riesgo de ser dependiente de las personas analfabetas mayores de 65 años es cuatro veces mayor que el de las personas con estudios secundarios o superiores. Al dividir por grupos de edad, la probabilidad de padecer dependencia aumenta con la edad para cualquier nivel de estudios y, para cualquier grupo de edad, aumenta a medida que el nivel de estudios es menor. De hecho, las personas de 85 o más años que no han concluido la enseñanza secundaria multiplican por once su riesgo de dependencia respecto de los que poseen estudios secundarios o superiores. Asimismo, las mujeres analfabetas y sin estudios son más proclives a sufrir dependencia que los hombres con dicho nivel de instrucción (cuadro n.º 4).

Respecto al *estado civil*, tiene una fuerte relación con el *modelo de hogar*, ya que suele reflejar la forma de convivencia. La mitad de las personas viudas o solteras viven solas; el 95 por 100 de las casadas viven en su propia casa, ya sea únicamente con el cónyuge (siete de cada diez) o con algún hijo o hija (uno de cada cuatro). Es la viudez la que marca una frontera entre el padecimiento o no de dependencia. Un tercio (33,1 por 100) de los viudos y viudas necesitan de algún tipo de ayuda, frente a sólo un 16,3 por 100 de los que viven en pareja (casados o no). Se pre-

senta aquí un sesgo por sexo, ya que un 84 por 100 de las personas que se encuentran en situación de viudez son mujeres, y el 50 por 100 de las mujeres son viudas que aparecen con mayor prevalencia de discapacidad. Del mismo modo ocurre con la edad, ya que un 85 por 100 de las mujeres de 85 y más años son viudas. Por lo tanto, el factor viudez es absorbido por el sexo y la edad. Así, al controlar por estas variables con el modelo logístico, el estado civil no resulta determinante para la aparición de la dependencia sino en el caso de los hombres viudos, que representan únicamente al 12,9 por 100 de la muestra.

En cuanto al *tamaño del hábitat*, y a pesar de la hipótesis inicial, no se observa que exista relación con la aparición de la dependencia. Únicamente aparecen resultados significativos en los modelos desagregados por sexo, en los que aparece que los hombres que viven en municipios más pequeños tienen un menor riesgo (se divide a la mitad) de padecer dependencia que los que viven en municipios de más de 400.000 habitantes. Esta misma relación a la inversa se da con las mujeres, que aumentan su riesgo de dependencia si residen en municipios menores de 400.000 habitantes.

Dada su vital importancia social y su carácter subjetivo, se ha dejado para el final el análisis de la *autopercepción del estado de salud*, o *salud subjetiva*. En el cuadro n.º 5 se resumen las relaciones existentes entre el estado de salud autopercebido y el grado de necesidad de ayuda en la dependencia. El 47,2 por 100 de las personas mayores de 65 años entrevistadas en el estudio CIS 2647 declaraba tener un estado de salud bueno o muy bueno, en tanto que sólo el 13,5 por 100 lo percibía como

malo o muy malo. Yendo atrás en el tiempo, el estudio CIS 2072 mostraba que, en 1993, el 37,1 por 100 de la población mayor de 65 años percibía su estado de salud como bueno o muy bueno y un 23,9 por 100 como malo o muy malo. Por lo tanto, el cambio en la salud subjetiva en estos trece años ha sido notable. Las evaluaciones negativas disminuyen más de diez puntos, mientras que se aprecia un aumento similar en las positivas.

Al establecer la relación entre el padecimiento de la dependencia y el estado de salud autopercebido, se observa en el cuadro n.º 5 que el 53,8 por 100 de los entrevistados no dependientes declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno, porcentaje que se reduce al 18 por 100 entre los dependientes. En cambio, un 7,4 por 100 de los no dependientes contesta que su salud es mala o muy mala, mientras que el porcentaje correspondiente entre las personas dependientes se eleva hasta el 40,4. Así pues, encontrarse en situación de dependencia altera negativamente, por razones obvias, la autopercepción del estado de sa-

lud de los encuestados. Ocurre del mismo modo cuando se tienen en cuenta los niveles de necesidad de ayuda en la dependencia. A mayor grado de dependencia, empeora la percepción de la salud. Así, el 35,7 por 100 de los que padecen una dependencia leve califican su estado de salud como malo o muy malo; más de la mitad (54 por 100) de quienes sufren dependencia moderada utilizan los mismos adjetivos para definirlo, mientras que entre los que presentan una dependencia grave o total, la cifra asciende al 63 por 100. Al analizar el modelo logístico, se comprueba cómo el hecho de ser dependiente multiplica por cuatro la probabilidad de que un individuo considere su salud como regular, mala o muy mala, *odds ratio* que se mantiene prácticamente constante tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, encontrarse en los distintos niveles del Índice de Gravedad también aumenta la probabilidad de considerarse en peor estado de salud. Destacan los hombres que se encuentran en una situación de dependencia moderada, cuya *odds ratio* es 25,9 con respecto a los no dependientes (cuadro n.º 6).

Además, aquellos que se encuentran en situación de dependencia grave o total multiplican ese riesgo en menor medida que los que padecen dependencia leve o moderada, aunque es posible que esto se deba al pequeño tamaño de muestra de ese subgrupo.

El estado de salud tiene un componente de edad palmario, del mismo modo que le ocurre a la dependencia y a la categorización en niveles de gravedad. El cuadro n.º 7 muestra el efecto que supone la introducción de los intervalos etarios en la relación entre el estado de salud autopercebido y la dependencia. El 41 por 100 de las personas de 65 a 74 años que declaran tener un estado de salud malo o muy malo son dependientes; en el intervalo de edad siguiente, de 75 a 84 años, el 61,4 por 100 lo son, y entre los de 85 o más años, el porcentaje de dependientes se eleva a 84,4. La tendencia es igualmente ascendente si consideramos las evaluaciones positivas de la salud en los tres intervalos de edad: de 65 a 74 años, un 2,6 por 100 son dependientes; de 75 a 84, un 9,5 por 100; y fi-

CUADRO N.º 5

DEPENDENCIA Y GRAVEDAD DE LA DEPENDENCIA, POR ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO

ESTADO DE SALUD	DEPENDENCIA		GRADO DE NECESIDAD DE AYUDA			TOTAL	
	No dependiente	Dependiente	Leve	Moderada	Grave/Total		
MUY BUENO/BUENO	1.405	106	89	11	6	1.511	Número
	53,831*	17,997*	19,604*	10,185*	22,222	47,234	Porcentaje
	15,735	-15,735	-12,730	-7,846	-2,614		Residuos
REGULAR	1.012	245	203	38	4	1.257	Número
	38,774	41,596	44,714	35,185	14,815	39,294	Porcentaje
	-1,267	1,267	2,553	-0,889	-2,615		Residuos
MALO/MUY MALO	193	238	162	59	17	431	Número
	7,395*	40,407*	35,683*	54,630*	62,963*	13,473	Porcentaje
	-21,196	21,196	14,962	12,744	7,564		Residuos
TOTAL	2.610	589	454	108	27	3.199	Número

\* Significativo  $\alpha=0,01$

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

nalmente, un 40 por 100 de los que tienen más de 85 años.

Las diferencias por sexo son también sustantivas. Como se desprende de los datos recogidos en

el cuadro n.º 8, el 54,4 por 100 de los hombres declara que su estado de salud es bueno o muy bueno, frente a un 40,7 por 100 de las mujeres. En cambio, el 17,4 por 100 de las mujeres encuesta-

das afirma que su estado de salud es malo o muy malo, superando a los hombres en más de ocho puntos porcentuales. El cuadro n.º 9 sintetiza las relaciones entre sexo y estado de salud, regulado por la

CUADRO N.º 6

**COEFICIENTES  $\beta$  DE LOS MODELOS LOGÍSTICOS QUE ANALIZAN EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO SEGÚN SE SEA O NO DEPENDIENTE**

(VAR. DEP.: 0 = Estado de salud bueno/muy bueno; 1 = Estado de salud regular/malo/muy malo)

	EXP( $\beta$ )					
	DEPENDIENTE/NO DEPENDIENTE			ÍNDICE DE GRAVEDAD		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
<b>EDAD</b>						
65-74.....	1	1	1	1	1	1
75-84.....	1,646***	1,745***	1,581***	1,640***	1,731***	1,579***
85 ó más.....	1,156	1,537*	0,978	1,124	1,554*	0,948
<b>SEXO</b>						
Hombre .....	1	.	.	1	.	.
Mujer.....	1,538***	.	.	1,536***	.	.
<b>ÍNDICE DE GRAVEDAD</b>						
Sin necesidad de ayuda .....	.	.	.	1	1	1
Leve .....	.	.	.	3,718***	3,193***	3,959***
Moderada .....	.	.	.	7,973***	25,919***	6,360***
Grave/total.....	.	.	.	3,115**	3,59	2,905*
<b>DEPENDENCIA</b>						
No dependiente .....	1	1	1	.	.	.
Dependiente .....	4,105***	3,977***	4,197***	.	.	.
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>						
Secundarios/superiores .....	1	1	1	1	1	1
Analfabetos.....	3,084***	3,870***	2,715***	3,103***	3,868***	2,802***
Sin estudios.....	2,652***	2,569***	1,599**	2,658***	2,561***	2,727***
Primarios.....	1,620***	1,683***	1,169	1,629***	1,705***	1,605**
<b>ESTADO CIVIL</b>						
Casado/a .....	1	1	1	1	1	1
Soltero/a .....	,679*	0,889	,541**	0,673*	0,879	,535**
Separado/a / divorciado/a .....	0,795	0,879	0,74	0,798	0,868	0,746
Viudo/a .....	,682***	,557**	,693**	,682***	,540**	,693**
<b>MODELO DE HOGAR</b>						
Solo/a .....	1	1	1	1	1	1
Con pareja .....	,716**	0,7856	,655**	,717**	0,77	,656**
Multigeneracional en su casa.....	,786*	0,802	0,795	,783*	0,776	0,795
Multigeneracional en casa de hija/o	,623**	0,773	,591*	,639**	0,79	,609*
Otros .....	1,034	1,266	0,948	1,021	1,243	0,934
<b>HÁBITAT</b>						
> 400.000.....	1	,	1	1	1	1
< 10.000.....	1,104	0,988	1,169	1,103	0,985	1,169
10.000-50.000.....	1,058	0,935	1,159	1,047	0,927	1,149
50.000-400.000.....	1,103	0,971	1,194	1,095	0,953	1,189
Constante .....	,405***	,397***	,627*	0,407***	,410***	,627*

Categoría de referencia: 1 (Estado de salud autopercebido regular/malo/muy malo).

\*\*\* Significativo  $\alpha=0,01$ ; \*\* Significativo  $\alpha=0,05$ ; \* Significativo  $\alpha=0,1$ .

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

CUADRO N.º 7

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y DEPENDENCIA, POR EDAD

EDAD / DEPENDENCIA	ESTADO DE SALUD			TOTAL	
	Muy bueno/bueno	Regular	Malo/muy malo		
<b>DE 65 A 74 AÑOS</b>					
No dependiente	921	542	105	1.568	Número
	97,357*	91,709	58,989*	91,429	Porcentaje
	9,728	0,301	-16,331		Residuos
Dependiente	25	49	73	147	Número
	2,643*	8,291	41,011*	8,571	Porcentaje
	-9,728	-0,301	16,331		Residuos
Total	946	591	178	1.715	Número
<b>DE 75 A 84 AÑOS</b>					
No dependiente	430	423	80	933	Número
	90,526*	74,735	38,647*	74,760	Porcentaje
	10,051	-0,018	-13,096		Residuos
Dependiente	45	143	127	315	Número
	9,474*	25,265	61,353*	25,240	Porcentaje
	-10,051	0,018	13,096		Residuos
Total	475	566	207	1.248	Número
<b>85 Y MÁS AÑOS</b>					
No dependiente	54	47	7	108	Número
	60,000*	47,475	15,556*	46,154	Porcentaje
	3,359	0,347	-4,581		Residuos
Dependiente	36	52	38	126	Número
	40,000*	52,525	84,444*	53,846	Porcentaje
	-3,359	-0,347	4,581		Residuos
Total	90	99	45	234	Número

\* Significativo  $\alpha=0,01$ .

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

CUADRO N.º 8

ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO Y SEXO

SEXO	ESTADO DE SALUD			TOTAL	
	Muy bueno/bueno	Regular	Malo/muy malo		
HOMBRE	773	508	140	1.421	Número
	54,4*	35,7*	9,9*		Porcentaje
	7,8	-3,6	-6,2		Residuos
MUJER	774	796	331	1.901	Número
	40,7*	41,9*	17,4*		Porcentaje
	-7,8	3,6	6,2		Residuos
TOTAL	1.547	1.304	471	3.322	Número
	46,6	39,3	14,2		Porcentaje

\* Significativo  $\alpha=0,01$ .

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

existencia o no de la dependencia. Se repite el mismo patrón. El 59,3 por 100 de las mujeres que califican su estado de salud como malo o muy malo son dependientes, porcentaje que se reduce al 46,1 en el caso de los hombres. Este último dato resulta paradójico, ya que más de la mitad (53,9 por 100) de los hombres que declaran un estado de salud malo o muy malo no son dependientes; es decir, los hombres que sufren dependencia afirman tener un mejor estado de salud que los que no la padecen. En cualquier caso, estos representan sólo algo más del 5 por 100 del total de casos de hombres, por lo que las conclusiones interpretativas de este

CUADRO N.º 9  
ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO, POR SEXO Y NIVEL DE DEPENDENCIA

SEXO / DEPENDENCIA	ESTADO DE SALUD			TOTAL	
	Muy bueno/bueno	Regular	Malo/muy malo		
<b>HOMBRE</b>					
No dependiente	728	439	69	1.236	Número
	95,413*	87,625*	53,906*	88,793	Porcentaje
	8,623	-1,036	-13,130		Residuos
Dependiente	35	62	59	156	Número
	4,587*	12,375	46,094*	11,207	Porcentaje
	-8,623	1,036	13,130		Residuos
Total	763	501	128	1.392	Número
<b>MUJER</b>					
No dependiente	677	573	123	1.373	Número
	90,508*	75,794	40,728*	76,024	Porcentaje
	12,122	-0,195	-15,743		Residuos
Dependiente	71	183	179	433	Número
	9,492*	24,206	59,272*	23,976	Porcentaje
	-12,122	0,195	15,743		Residuos
Total	748	756	302	1.806	Número

\* Significativo  $\alpha=0,01$ .

Fuente: Elaboración propia a partir del estudio CIS 2647.

dato podrían ser falaces. Asimismo, el hecho de ser mujer multiplica por 1,5 la probabilidad de describir el estado de salud como regular, malo o muy malo con respecto a los hombres (cuadro n.º 6).

Por último, el nivel de estudios también se constituye en factor definitorio de la autopercepción del estado de salud. Así, un menor nivel de instrucción aumenta la probabilidad, tanto para hombres como para mujeres, de declarar un peor estado de salud, tal y como se observa en el cuadro n.º 6. Esto se da para todos los niveles de estudios considerados, así como para ambos sexos, siempre con un alto nivel de significatividad.

## VI. DISCUSIÓN

Los resultados evidencian claramente que una mayor edad aumenta sustantivamente las probabilidades de padecer dependencia.

La cuestión estriba en las diferencias por sexo que existen a las distintas edades. Los hombres que alcanzan las edades avanzadas lo hacen en mejores condiciones que las mujeres. Estas tienen una mayor esperanza de vida general, pero una menor esperanza de vida en buena salud, afirmación que se ha comprobado tanto en España (Gómez Redondo y García González, 2011; Gómez Redondo *et al.*, 2007, 2005; INE, 2005) como en otros países desarrollados (Robine y Jagger, 2005; Sagardui-Villamor *et al.*, 2005; Robine *et al.*, 2004; Gutiérrez Fisac *et al.*, 2000). En general, el envejecimiento de la población española, que se ha producido como consecuencia de un aumento notable de la esperanza de vida en los últimos años, es y será un elemento clave tanto en el riesgo de sufrir una discapacidad, y en consecuencia ser dependiente, como en el número de servicios que se tendrán que prestar desde las administraciones debido al creciente número de in-

dividuos que van a necesitar ayuda para llevar a cabo las AVD. En definitiva, el tiempo de exposición al riesgo—esto es, la edad— es la variable explicativa fundamental, del mismo modo que ocurre en los análisis de mortalidad, a la que la dependencia, en cierta manera, ha venido a sustituir temporalmente, y con la que comparte patrones de incidencia muy similares.

Asimismo, hay una feminización de la dependencia, hecho asociado a varios factores. En primer lugar, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y, por ende, un mayor tiempo de exposición al riesgo de padecer dependencia. En segundo lugar, hay una incidencia más temprana entre ellas. En tercer lugar, las mujeres presentan niveles de instrucción más bajos, así como una disposición de menores ingresos tras la viudez. Otros estudios han puesto de manifiesto que esta mayor probabilidad de las mujeres de padecer discapa-

cidad parte de raíces biológicas y sociales (Gold *et al.*, 2002; Wray y Blaum, 2001). Respecto a las raíces biológicas, la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que provocan limitaciones en la ejecución de AVD, es mayor en las mujeres que en los hombres, lo cual incrementa el riesgo de la dependencia. Respecto a las raíces sociales, la explicación más plausible se encuentra en el sesgo histórico-cultural por el que los hombres son más reacios a declarar su fragilidad, amparándose en el patriarcado que les ha acompañado a lo largo de su recorrido vital y en el que fueron educados. A pesar de que las generaciones de hombres aquí encuestados han tenido hábitos menos saludables, como el tabaco y el alcohol, han sido más remisos a la atención médica y ostensiblemente más despreocupados en el cuidado personal (Vallin, 2006), presentan una menor tasa de dependencia que las mujeres.

El nivel de instrucción también proporciona patrones diferenciales de dependencia. El analfabetismo incrementa el riesgo de padecer dependencia, no solo por el hecho de no tener estudios, sino porque está relacionado con factores socioeconómicos que actúan como variables intermedias y que sí influyen directamente en la dependencia, como son los recursos económicos, no contemplados, como ya citamos antes, en esta encuesta, o la edad: una mayor edad implica una mayor tasa de analfabetismo. En este sentido, hay una importante evolución de las cohortes que integran este estudio, con una notable revolución generacional en el acceso a la educación. Asimismo, un mayor nivel de instrucción indica que probablemente se ha disfrutado de una mejor posición social, de un mayor acceso a bienes materiales, y que se vive en un entorno menos proclive a la depen-

dencia, como puede ser una mejor vivienda, acceso a la sanidad cuando esta no era universal, una mejor alimentación (no se puede olvidar que todos los encuestados han vivido la posguerra, época de hambre y escasez) y una ascendencia familiar con mayores recursos, que pudo proporcionarle estudios y retrasar la incorporación al mercado de trabajo. En cambio, un menor nivel de instrucción significa posiblemente una procedencia más humilde, menores oportunidades en la vida, trabajo en nichos laborales más desgastadores y una entrada temprana en el calendario de la fecundidad. En definitiva, el nivel educativo se podría considerar un buen indicador de la variable económica de la que esta encuesta carece (a la que puede sustituir, aunque solo sea en parte) y que estudios anteriores han puesto de relieve como significativa, tanto estadística como sustantivamente, para explicar la prevalencia de la dependencia (Abellán y Esparza, 2006; Pérez Ortiz, 2006).

El modelo de hogar en el que reside el individuo también se revela como fundamental en el riesgo de padecer dependencia. Lamentablemente, el modelo logístico tiene el defecto de no poder mostrar la dirección de la causalidad entre el tipo de hogar y la presencia de dependencia. Habría entonces dos posibles explicaciones: la primera, que los mayores ya sufrían de dependencia antes de irse a vivir con sus hijos, y de ahí la necesidad de trasladarse al hogar filial; la segunda, que en la atmósfera multigeneracional los mayores pierden su autonomía, esto es, se sienten menos útiles por el hecho de vivir con sus hijos, por lo que se es más proclive a caer en un estado de dependencia. Una serie de razones psicológicas podrían explicar esta última posibilidad, entre ellas, la autoestima y el grado de utilidad autopercebido de la persona.

Por lo tanto, vivir en un hogar unipersonal trae consigo un menor riesgo de dependencia. En principio es una afirmación patente, ya que las personas que viven solas son aquellas que tienen la suficiente autonomía personal-funcional para poder permitírselo. No obstante, más de ocho de cada diez (82,6 por 100) personas que viven en soledad no precisan de ninguna ayuda. Cuando surgen dificultades en las AVD, la necesidad de ayuda favorece el traslado a casa de los hijos o el menos común viceversa (Puga *et al.*, 2006). La propiedad de la casa parece ser así un elemento de relevancia en el estudio de la dependencia, cuestión asociada al «modelo mediterráneo de convivencia». Es plausible que, desde el punto de vista psicológico, los mayores se aferren a la posesión de la vivienda para sentir que todavía son independientes, que todavía no se han hecho, por qué no decirlo de este modo, viejos. Además, la posesión de la casa entraña muchos lazos sentimentales derivados de haber vivido, con todo su significado, en ella durante gran parte de sus vidas. En este caso, no se extraen conclusiones del estudio por sexo, aunque la edad sí que es relevante. Sólo el 10,5 por 100 de los hogares unipersonales están habitados por personas de 85 o más años, grupo etario de mayor dependencia, mientras que estas están presentes en un 36,4 por 100 de los hogares multigeneracionales que son propiedad de la hija o del hijo.

El tamaño del hábitat no resultó una variable significativa respecto al riesgo de padecer dependencia. Posiblemente, habría que diseñar una nueva muestra para estudiar de un modo más específico los diferentes tamaños de hábitat y la relación con las tasas de dependencia. Su importancia es vital, ya que,

en caso de verificarse la hipótesis de que en los municipios de tamaño reducido hay mayor prevalencia de la dependencia, la distribución y organización de la ayuda en ellos tomaría (o debería tomar) un cariz diferente. El potencial acceso a los servicios sociales y asistenciales en los pequeños municipios sería fundamental en las zonas sobreenvejecidas con respecto a las zonas urbanas, en las que la familia extensa y multigeneracional ha perdido gran parte de su peso. A pesar de los resultados anteriores, mantenemos la certeza de que no hay igualdad territorial en materia de salud, calidad de vida y bienestar en la vejez; y ello por muchas razones susceptibles de traducirse en hipótesis de trabajo válidas para estudios futuros. Los entornos urbanos tienen un mayor nivel cultural y de renta, que, como ya se ha visto, conlleva menores niveles de dependencia. El grado de envejecimiento en las zonas rurales es mayor que en el medio urbano, y la edad aumenta el riesgo de la dependencia. En las zonas rurales, el acceso y la posibilidad de frecuentar hospitales, centros sociales o centros de día suelen ser más problemáticos; esto es, la red de cobertura de servicios sociosanitarios y ayudas públicas es más débil que en las áreas urbanas (Camarero, 2009). Por lo tanto, este debe ser un aspecto que se tenga en cuenta para futuros estudios.

Por último, se ha puesto de manifiesto que las personas con dependencia valoran peor su estado de salud, relación previsible pero poco explorada en la literatura existente. En los últimos años, han aparecido estudios en los que se ha estudiado la relación diferencial del estado de salud y la clase social (Martín y Bacigalupe, 2009; Bacigalupe y Martín, 2007), que también pone de relieve el análisis presente, en el que

el nivel de instrucción «sustituye» en cierta manera al estatus social (Alonso *et al.*, 1997; Liberatos *et al.*, 1988), por lo que se evidencian así las notables desigualdades sociales en salud.

Por lo tanto, es importante citar, por un lado, la relación directa entre estado de salud autopercebido y nivel educativo. Y, por otro, la correlación sustantiva entre la autovaloración de la salud y el riesgo y la gravedad de la dependencia. Estas percepciones tal vez reflejen no solo el cambio en el estado de salud de la población mayor de 65 años, sino también las mejoras que se han introducido en el ámbito de la sanidad y, sobre todo, el impacto de las políticas sociales en la atención y mejora de las condiciones de vida de las personas mayores. A medida que las administraciones públicas han cobrado conciencia del marcado y paulatino envejecimiento de la población, han introducido una serie de reformas sanitarias destinadas a la tercera y cuarta edad cuyo reflejo se ha plasmado en una mejor percepción de la propia salud por parte de las personas mayores y, en consecuencia, del estado de salud general de este grupo poblacional (Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2004; Elola, 2001; Gispert *et al.*, 2000; Guillén y Cabiedes, 1998).

## VII. A MODO DE CONCLUSIÓN

En el presente artículo se ha presentado un análisis de la población española mayor de 65 años que se encuentra en situación de dependencia, a través de la explotación del estudio CIS 2647. Así, conforme al índice de dependencia construido cabe afirmar que, en términos generales, uno de cada cinco españoles mayores de 65 años se encuentra en situación de

dependencia: un 14 por 100 padece dependencia leve, más de un 4 por 100 dependencia moderada, y casi un 3 por 100 dependencia grave o total. En términos absolutos, más de un millón y medio de personas necesita ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

El perfil de la dependencia se puede resumir en *cuatro factores determinantes*. En primer lugar, la *edad* es el factor determinante en la aparición de la dependencia y en su gravedad, cuya prevalencia y nivel, respectivamente, se incrementan con la edad, rasgo común a todas las sociedades. En segundo lugar, la *diferenciación por sexo-género* es fundamental. Las mujeres tienden a registrar una mayor tasa de necesidad de ayuda, un mayor nivel de gravedad de la dependencia y un peor estado de salud autopercebido. La razón estriba en factores biológicos, ya que las mujeres suelen padecer más enfermedades crónicas y degenerativas que los hombres, y también en factores sociales, como son la resistencia de los hombres a reconocer su fragilidad y las diferencias laborales por género que experimentaron estas generaciones. En tercer lugar, el *tipo de hogar* en que vive la persona mayor de 65 años es otra variable importante, debido a las características del patrón mediterráneo de convivencia. En este sentido, la posesión y habitación de la vivienda, con lo que implica de significado sentimental, seguridad económica y autosuficiencia, coincide con menores niveles de dependencia. Frente a ello, la convivencia en hogares multigeneracionales, principalmente con hijos, significa, entre otras cuestiones (calendarios de emancipación, acceso a la vivienda), una necesaria movilidad para la provisión de cuidados. Por último, en cuarto lugar, el *nivel educativo* representa otro factor determinante de la de-

pendencia, su gravedad y el estado de salud autopercebido, en el sentido de que el riesgo de encontrarse en situación de dependencia aumenta notablemente a medida que desciende el nivel educativo. Por el contrario, un mayor nivel de instrucción implica que se han tenido más y mejores oportunidades, un mayor nivel de recursos y también mayores posibilidades de afrontar los diferentes problemas asociados a la discapacidad y la dependencia. En este sentido, el analfabetismo en estas edades es más presente entre las mujeres y, por ende, estas padecen mayores tasas de discapacidad.

En cualquier caso, en los últimos años los niveles de dependencia se han reducido, dándose un retraso en el calendario de entrada en la discapacidad, la dependencia y la necesidad de ayuda. Por tanto, la población española, a la par que incrementa su esperanza de vida, también aumenta su calidad en los años que se ganan. Las mejoras sanitarias —de atención, aplicación técnica y adopción de políticas específicas—, el incremento del nivel socioeconómico de la sociedad española y los adelantos en el tratamiento de enfermedades crónicas, entre otros, son los factores fundamentales de este relativo éxito. Relativo porque el envejecimiento de la pirámide poblacional española se acentúa y, con ello, también se incrementará el número de personas dependientes.

En definitiva, este artículo se ha centrado en dos aspectos fundamentales de las condiciones de vida de las personas mayores: la salud y la dependencia. La interrelación entre ambas es estrecha, pero no se puede olvidar que la calidad de vida comprende un mayor abanico de factores, como son, entre otros, la red social, las pautas de ocio, el entorno residencial, el ámbito geográfico, la vida cotidiana o

la alimentación. En consecuencia, resulta ineludible subrayar la necesidad de incluir variables de índole socioeconómica en este tipo de encuestas, puesto que los factores citados son determinantes en la aparición y la gravedad de la dependencia.

No obstante, la sociedad española ha visto nacer en este inicio de siglo lo que se ha llamado el cuarto pilar del Estado del bienestar: la Ley de la Dependencia. Una ley que provee de ayudas económicas tanto a las personas en situación de dependencia como a sus cuidadores. Cabe preguntarse si a ello no habría que añadir una serie de medidas de prevención y atenuación de los niveles de dependencia. Tal y como se plantea, la Ley de la Dependencia es una ley de resolución de «hechos consumados». Las políticas de prevención podrían ser un buen complemento a esta ley, políticas que planteen una mayor inversión en acciones de anticipación a la aparición de las enfermedades que provocan la discapacidad y, con ello, la dependencia.

#### NOTAS

(\*) Trabajo realizado en el marco del proyecto I+D+i «Longevidad, dependencia y calidad de vida a edades avanzadas en España a inicios del siglo XXI» (Ministerio de Educación y Ciencia, SEJ2006-10972, IP: Rosa Gómez Redondo). Una versión previa de este trabajo obtuvo el primer premio en el Primer Concurso de Jóvenes Sociólogos, otorgado por la Asociación Madrileña de Sociología (AMS) en 2010.

(1) Datos definitivos del Padrón (Instituto Nacional de Estadística, INE): a 1 de enero de 2009, el número de personas mayores de 65 años ascendía a 7.782.904, lo que supone un 16,65 por 100 de la población. Los mayores de 85 años eran, en la misma fecha, 988.929, esto es, representaban un 2,11 por 100 de la población.

(2) *Boletín Oficial del Estado*, 299: 44142-44156.

(3) *Boletín Oficial del Estado*, 22: 3317-3410.

#### BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN GARCÍA, A.; E. DEL BARRIO TRUCHADO; P. CASTEJÓN VILLAREJO; C. ESPARZA CATALÁN; G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS FERNÁNDEZ; L. PÉREZ ORTIZ; M. D. PUGA GONZÁLEZ; F. ROJO PÉREZ, y T. SANCHO CASTIELLO (2007), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores*, IMSERSO, Madrid.

ABELLÁN GARCÍA, A., y C. ESPARZA (2006), «Las personas mayores con dependencia», en R. PUYOL ANTOLÍN y A. ABELLÁN GARCÍA (eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*, Mondial Assistance, Madrid.

ALONSO, J.; P. PÉREZ; M. SÁEZ, y C. MURILLO (1997), «Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General», *Gaceta Sanitaria*, 11: 205-213.

BACIGALUPE DE LA HERA, A., y U. MARTÍN RONCERO (2007), *Desigualdades sociales en salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, Ararteko, Vitoria.

CAMARERO RIOJA, L. A. (2009), *La población rural de España. De los desequilibrios a la sostenibilidad social*, Colección Estudios Sociales, Fundación la Caixa (27), Barcelona.

CANUDAS-ROMO, V.; D. GLEI; R. GÓMEZ-REDONDO; E. COELHO, y C. BOE (2008), «Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the Twentieth Century», *Population*, 63(2): 353-380.

CASADO MARÍN, D. (2007), «Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España», *Documentos de Trabajo Fundación BBVA, 7/2007*, Fundación BBVA, Bilbao.

CIS (1993), *Encuesta de apoyo informal a las personas mayores, I, estudio CIS 2072*, Madrid.

— (1994), *Encuesta de apoyo informal a las personas mayores, II, estudio CIS 2117*, Madrid.

CIS-IMSERSO (2006), *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2006, estudio CIS 2647*, Madrid.

DUNLOP D.; S. L. HUGHES, y L. M. MANHEIM (1997), «Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability», *American Journal of Public Health*, 87(3): 378-383.

ELOLA SOMOZA, J. (2001), *Política sanitaria española*, Díaz de Santos, Madrid.

FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD (2004), «Conformación de la política sanitaria desde la equidad de género», *Documento de Trabajo de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

GISPERT, R.; P. VAN DE WATER, y L. M. VAN HERTEN (2000), «La introducción de objetivos

de salud en el marco de la política sanitaria española: Una revisión documental del proceso», *Gaceta Sanitaria*, 14(3): 34-44.

GOLD C. H.; B. MALMBERG; G. E. MCCLEARN; N. L. PEDERSEN, y S. BERG (2002), «Gender and health: a study of older unlike-sex twins», *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences-Social Sciences*, 57(3): S168-76.

GÓMEZ REDONDO, R. (1995), «Vejez prolongada y juventud menguada», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 79-108.

— (2005), «La mortalidad en España durante la segunda mitad del siglo XX: Evolución y Cambios», PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA, 104: 37-56

GÓMEZ REDONDO, R., y C. BOE (2004), «Tendencias de mortalidad en la población española: Longevidad creciente, juventud recuperada y hacia la convergencia por sexo», en *Informe sobre la Situación Demográfica en España*, Fundación Fernando Abril Martorell-Fundación ICO, Madrid: 105-134.

— (2005), «Decomposition analysis of spanish life expectancy at birth», *Demographic Research*, 13(20): 521-546.

GÓMEZ REDONDO, R.; R. GÉNOVA MALERAS, y E. ROBLES GONZÁLEZ (2005), «Mortality compression and equilibrium trend in health: the Spanish case», en VV.AA., *Europe Blanche XXVI: Living Longer but Healthier Lives. How to achieve health gains in the elderly in the European Union?*, Institute des Sciences de la Santé, París.

— (2007), «Envejecimiento, longevidad y salud. Bases demográficas en España», en S. BALLESTEROS (coord.), *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, Universitas, Madrid.

GÓMEZ REDONDO, R., y J. M. GARCÍA GONZÁLEZ (2011), «Longevidad y salud en edades avanzadas», en R. GÓMEZ REDONDO (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Alianza Editorial, Madrid (en prensa).

GONZALO, E., y M. I. PASARÍN (2004), «La salud de las personas mayores», *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 69-80.

GUILLÉN, A., y L. CABIEDES (1998), «La política sanitaria: Análisis y perspectivas del Sistema Nacional de Salud», en J. SUBIRATS y R. GOMÁ (coords.), *Políticas públicas en España: contenidos, redes de actores y niveles de gobierno*, Ariel, Barcelona.

GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; R. GISPERT, y J. SOLÁ (2000), «Factors explaining the geographical differences in disability-free life expectancy in Spain», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2, 54: 451-455.

IMSERSO (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.

— (2004a), *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*, IMSERSO, Madrid.

— (2004b), *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2004, estudio IMSERSO 4597*, IMSERSO, Madrid.

INE (2003), *Encuesta nacional de salud*, INE, Madrid.

— (2005), *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Informe general*, INE, Madrid.

KATZ, S. (1963), «Studies of illness in the aged», *Journal of the Medical Association*, 185: 914-919.

LIBERATOS, P.; B. G. LINK, y J. L. KELSEY (1988), «The measurement of social class in epidemiology», *Epidemiologic Reviews*, 10: 87-121.

MANTON, K. G., y E. STALLARD (1994), «Medical demography: Interaction of disability dynamics and mortality», en L. G. MARTIN, y S. H. PRESTON (eds.), *Demography of Aging*, National Academy Press, Londres.

MARTÍN RONCERO, U., y A. BACIGALUPE DE LA HERA (2009), «Estructura social y salud en Euskadi: clase social, nivel educativo y lugar de nacimiento como determinantes de la salud», *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria - Revista de Servicios Sociales*, 45: 59-72.

MESLÉ F., y J. VALLIN (2002), «La transition sanitaire: Tendances et perspectives», en G. CASELLI; J. VALLIN, y G. WUNSCH (eds.), *Démographie: Analyse et synthèse, vol III — Les déterminants de la mortalité*, INED, París: 439-461.

OCDE (1973), *Liste des préoccupations sociales communes à la plupart des pays de l'OCDE*, OCDE, París.

OMS (1948), *Constitution of the World Health Organization, Official Record of the World Health Organization, 2, 100*, World Health Organization, Ginebra.

— (1998), *World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All*, World Health Organization, Ginebra.

— (2006), *Basic Documents, 45th Edition, Supplement*, World Health Organization, Ginebra.

PÉREZ DÍAZ, J. (2003), *La madurez de masas*, IMSERSO, Madrid.

PÉREZ ORTIZ, L. (2006), *La estructura social de la vejez en España*, IMSERSO, Madrid.

PUGA, M. D. (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España*, Fundación Pfizer, Madrid.

PUGA, M. D.; ABELLÁN, y M. T. SANCHO (2006), «Mayores y familia en la sociedad actual», en *Informe España 2006. Una interpreta-*

*ción de su realidad social*, Fundación Encuentro, Madrid.

RICO, A.; J. M. FREIRE, y J. GÉRVAS (2007), «El sistema sanitario español (1976 - 2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada», en A. ESPINA (coord.), *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*, Fundación Carolina-Siglo XXI, Madrid: 401- 444.

ROBINE, J. M., y C. JAGGER (2005), «Healthy life expectancy in the UN-European Region», en B. MARIN y A. ZAIDI (eds.), *Mainstreaming Aging. Indicators to Monitor Sustainable Policies*, Ashgate, Viena.

ROBINE, J. M.; C. JAGGER; A. CLAVEL, e I. ROMIEU (2004), «Disability free-life expectancy (DFLE) in EU Countries from 1991 to 2003. Estimates based on the European Community Household Panel (ECHP) waves 2 to 8, made to fulfil the requirements for healthy life years to be an EU Structural Indicator», *EHEMU Technical Report*, 1.

ROBLES GONZÁLEZ, E. (2009), «¿De qué se mueren los ancianos en España?», *Estudios Geográficos*, LXX (267): 567-598.

— (2011), «El envejecimiento de la población: aspectos demográficos», en R. GÓMEZ REDONDO (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Alianza Editorial, Madrid.

SAGARDUI-VILLAMOR, J.; P. GUALLAR-CASTILLÓN; M. GARCÍA-FERRUELO; J. R. BANEGAS, y F. RODRÍGUEZ-ARTEALEJO (2005), «Trends in disability and disability-free life expectancy among elderly people in Spain: 1986 - 1999», *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60: 1028-1034.

SUZMAN, R. M.; T. HARRIS; E. C. HADLEY; M. G. KOVAR, y R. WEINDRUCH (1992), «The robust oldest-old: Optimistic perspectives for increasing healthy life expectancy», en R. M. SUZMAN, D. P. WILLISS y K. G. MANTON (eds.), *The Oldest Old*, Oxford University Press, Oxford.

VALLIN, J. (2006), «Mortality differences by sex among the oldest old», en J. M. ROBINE, E. M. CRIMMINIS, S. HORIUCHI y Y. ZENG (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration and the Growth of the Oldest Old Population*, Springer, Berlin.

VAUPEL, J. W. (1997), «The remarkable improvements in survival at older ages», *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B*, 352: 1799:1804.

VICIANA F.; J. A. HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ; V. D. CONTO, y A. L. ÁVILA (2003), *Longevidad y calidad de vida en Andalucía*, Instituto de Estadística de Andalucía, Sevilla.

WRAY L. A., y C. S. BLAUM (2001), «Explaining the role of sex on disability: A population-based study», *Gerontologist*, 41: 499-510.