

La salud de los europeos mayores de 80 años

AÏDA SOLÉ-AURÓ*

RESUMEN*

Las personas que ya han alcanzado los 80 años viven ahora más que nunca. La salud desempeña un papel importante para comprender cuánto tiempo y con qué calidad de vida se vivirá. Este artículo analiza la salud de los europeos de edades avanzadas en catorce países industrializados a través de muestras representativas a nivel nacional. Aunque aquellos países con mayor esperanza de vida femenina a los 80 años (Francia y Suiza) presentan una mayor supervivencia a esa edad, no es en ellos donde los mayores tienen mejor salud. Los españoles de edades más avanzadas registran una esperanza de vida mayor que los residentes en los países nórdicos, pero también más problemas funcionales, mayor obesidad y más síntomas depresivos. Las características de los europeos de 80 y más años se diferencian notablemente en formas que pueden afectar a su salud y bienestar.

1. INTRODUCCIÓN

A medida que la esperanza de vida ha aumentado, aproximándose a la "cuarta edad", vivir bien hasta los 80 años se ha convertido en la norma (Baltes y Mayer, 1998; Laslett, 1991). Es, por lo tanto, crucial estudiar el envejecimiento de la población, un desafío social fundamental,

* Universitat Pompeu Fabra, Barcelona (aida.sole@upf.edu).

para enfrentarnos adecuadamente a un posible incremento de años de vida con problemas de salud a lo largo del ciclo vital (Solé-Auró y Alcáñiz, 2015). En este artículo se examinan las diferencias en la salud de la población mayor de 80 años en catorce países europeos. Las muestras entrevistadas incluyen a personas nacidas antes de 1934 en Europa, un grupo con experiencias vitales muy diversas. Son, además, generaciones cuya infancia se desarrolló antes de que los antibióticos estuvieran disponibles de manera regular; hombres y mujeres que estaban en la flor de la vida durante la Segunda Guerra Mundial y la Guerra Civil Española, y que experimentaron el período de creciente prosperidad económica de posguerra. La diversidad entre esos mayores de 80 años es enorme. Algunos vivieron circunstancias mucho más difíciles durante la guerra; otros pertenecieron a sociedades más rurales y agrarias;

* Este artículo usa datos de las olas 1, 2, 3 de SHARE (SHARELIFE), 4 y 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.260, 10.6103/SHARE.w2.260, 10.6103/SHARE.w3.100, 10.6103/SHARE.w4.111, 10.6103/SHARE.w5.100). La recogida de datos de SHARE fue financiada principalmente por la Comisión Europea a través de FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) y FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Se agradece también la financiación adicional del Ministerio de Educación e Investigación de Alemania, el National Institute of Aging de Estados Unidos (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064) y varias instituciones nacionales (véase www.share-project.org).

la prosperidad económica difirió entre países y afectó de manera distinta en función de la edad; los patrones familiares eran distintos, por lo que la probabilidad de que estén envejeciendo con un cónyuge y con (varios) hijos también difiere. Los niveles educativos de esas cohortes varían asimismo de forma sustancial entre países, de modo que también lo hace la propensión a haber desempeñado trabajos manuales o profesionales, y a vivir en un área rural o urbana. Con tal diversidad de historias de vida, podríamos esperar que la población en la “cuarta edad” tuviera diferentes condiciones de salud en los distintos países europeos, en función de la diversidad de sus vidas y comportamientos o hábitos de salud, de sus situaciones familiares y de hogar; una diversidad debida tanto a diferencias históricas como de conductas actuales de la población y de políticas de cada país.

Dado este contexto, este artículo pasa revista a múltiples dimensiones de la salud de las personas de 80 años y más que viven en catorce países europeos para los que se han armonizado los datos de encuestas recientes¹. Las dimensiones de la salud investigadas incluyen funcionalidad, enfermedad y prevalencia de factores de riesgo. La disponibilidad de indicadores de salud comparables permite examinar diferencias nacionales en este grupo de edad y cómo la variabilidad dentro y entre países se observa tanto a nivel de país como a factores individuales. Los catorce países europeos incluidos en la quinta ola de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, SHARE)*, completada en noviembre de 2013 y cuyos datos se analizan en este artículo, son los siguientes: Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Holanda, Eslovenia, España, Suecia y Suiza².

2. DIFERENCIAS EUROPEAS EN ESPERANZA DE VIDA ENTRE LAS PERSONAS EN EDADES AVANZADAS

La esperanza de vida es una medida resumen del nivel de la mortalidad. La variabilidad en

¹ Véase Solé-Auró y Crimmins (2013) para un análisis similar, pero utilizando datos de un decenio anterior a los utilizados aquí.

² Para más detalles, véase Malter y Börsch-Supan (2015).

la esperanza de vida al nacimiento y a las edades avanzadas en Europa está bien documentada. Estudios recientes han señalado el éxito en el incremento de la esperanza de vida en edades adultas en países como Francia, España e Italia, y el relativamente pobre desempeño de Dinamarca, Bélgica y Holanda (para mujeres). Estas tendencias han dado lugar a nuevos “líderes” en esperanza de vida en Europa y a una creciente brecha entre los países con las esperanzas de vida más altas y más bajas (Glei, Meslé y Vallin, 2010; Crimmins, Preston Cohen, 2011b; Rau et al., 2008; Meslé y Vallin, 2006).

Los *rankings* nacionales en esperanza de vida a edades avanzadas difieren un poco de aquellos a edades más jóvenes o al nacer. En particular, la actual esperanza de vida al nacimiento en España es una de las más altas del mundo (está entre las diez primeras) y se desenvuelve bastante bien a partir de los 80 años. El cuadro 1 muestra la esperanza de vida a los 80 años utilizando las tablas de mortalidad más recientes, disponibles en el *Human Mortality Database* (HMD) (HMD, 2016) para los catorce países de interés. Francia es el líder en esperanza de vida después de los 80 años entre mujeres, mientras que Holanda lo es entre los varones. En general, la esperanza de vida en los países del sur de Europa es más alta que en los del norte de Europa. Dos países de Europa del Este (República Checa y Estonia) presentan las esperanzas de vida más bajas. España se clasifica en las primeras posiciones entre esos catorce países: la cuarta tanto en varones como en mujeres. Todas las esperanzas de vida a esta edad se encuentran dentro de un rango relativamente pequeño: para los varones, la diferencia entre el “líder”, Holanda, y el peor clasificado, República Checa, es de aproximadamente un año y medio. Para las mujeres, la diferencia entre Francia y la República Checa (primer y último país) es de 2,28 años.

En los países de baja mortalidad, la duración modal de la vida se aproxima a los 91 años para las mujeres y a los 86 para los varones (Robine y Jagger, 2016). La actual esperanza de vida a edades avanzadas refleja las condiciones de mortalidad presentes, pero las personas en ese rango de edad han estado expuestas a diferentes circunstancias a lo largo de sus vidas, lo que resulta en menores niveles de supervivencia a edad avanzada para las cohortes que nacieron antes que las actuales. Las diferencias en la supervivencia por cohortes a edades avanzadas reflejan la selectividad de la cohorte, lo que

CUADRO 1

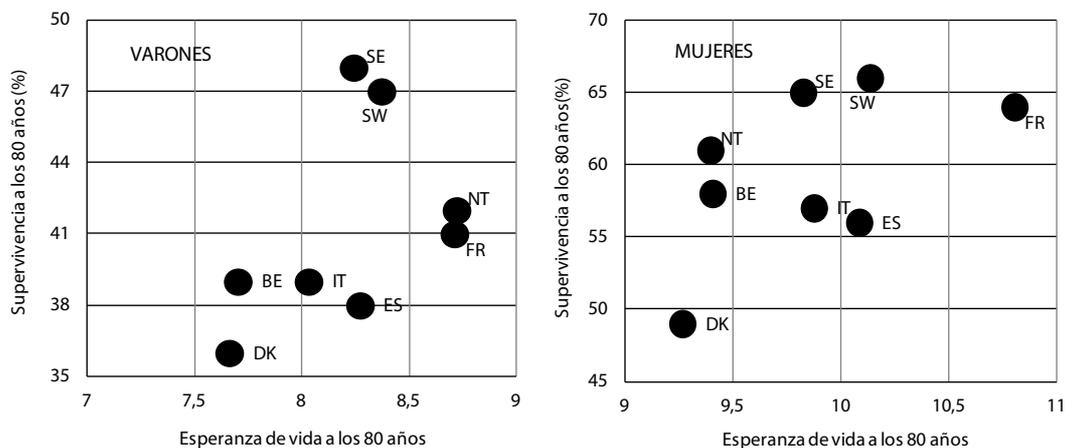
ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS POR SEXO

País	Total	Varones	Posición	Mujeres	Posición	% supervivientes a los 80 años 80 de la cohorte de 1931	
						Varones	Mujeres
Austria	9,14	8,22	6	9,72	7	..	..
Bélgica	8,74	7,7	11	9,4	8	39	58
República Checa	8,03	7,17	14	8,52	14	..	..
Dinamarca	8,94	7,66	12	9,26	12	36	49
Estonia*	8,38	7,19	13	8,86	13	..	..
Francia*	9,99	8,71	2	10,8	1	41	64
Alemania***	8,79	7,92	9	9,29	11	..	..
Italia**	9,15	8,03	8	9,87	5	39	57
Luxemburgo	9,45	8,05	7	10,28	2	..	..
Holanda**	8,72	8,72	1	9,39	9	42	61
Eslovenia	8,79	7,71	10	9,35	10	..	..
España**	9,35	8,27	4	10,08	4	38	56
Suecia	9,15	8,24	5	9,82	6	48	65
Suiza***	9,45	8,37	3	10,13	3	47	66

Fuentes: Esperanza de vida: Human Mortality Database: Año más reciente disponible: 2014; *2013; **2012; ***2011. Cohorte de supervivencia: Human Mortality Database: Último año disponible: 1933 para Suecia; 1932 para Francia; 1931 para Bélgica, Italia, Holanda, España; y 1930 para Suiza. Datos no disponibles para Austria, República Checa, Estonia, Alemania, Luxemburgo y Eslovenia.

GRÁFICO 1

ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS Y PORCENTAJE DE SUPERVIVENCIA A LOS 80 AÑOS



Notas: BE – Bélgica. DK – Dinamarca. ES – España. FR – Francia. IT – Italia. NT – Holanda. SE – Suecia. SW – Suiza.

Fuente: HMD (2016).

podría estar relacionado con las condiciones de salud entre la población superviviente. Existen diferencias nacionales en la probabilidad de que las personas que pertenecen a cohortes nacidas a inicios del siglo XX vivan hasta los 80 años. En los países donde sobrevivió menos población a la vejez, los supervivientes podrían ser substancialmente más robustos que en los países donde la supervivencia fue más común (Crimmins, 2001; Vaupel *et al.*, 1998). Las tablas de mortalidad de cohorte no están disponibles tan fácilmente como las de período; no obstante, están disponibles en el HMD para ocho países. La probabilidad de que las mujeres nacidas en 1931 alcancen 80 años es casi el 60 por ciento en la mayoría de países: más alta en Suiza (66 por ciento), Suecia (65 por ciento) y Francia (64 por ciento), y más baja en Dinamarca (49 por ciento), España (56 por ciento) e Italia (57 por ciento). Por su parte, solo alrededor de un tercio de los varones de esa cohorte sobrevivió hasta los 80 años. De nuevo, la cifra es más alta para los varones en Suecia (48 por ciento) y Suiza (47 por ciento), y más baja en Dinamarca (36 por ciento), España (38 por ciento) e Italia (39 por ciento). Esto indica que la selectividad es mucho mayor entre los mayores varones que entre las mujeres, y en los países del sur de Europa y Dinamarca. Sin embargo, no hay relación significativa entre los niveles nacionales de esperanza de vida a los 80 años y la probabilidad de sobrevivir a esa edad para los ocho países de los que tenemos datos (gráfico 1).

3. DIFERENCIAS EUROPEAS EN SALUD ENTRE LAS PERSONAS EN EDADES AVANZADAS

Examinamos las diferencias en salud, si las diferencias en salud son similares a las diferencias en esperanzas de vida y si hay dimensiones de la salud en las que las diferencias nacionales varían del patrón encontrado en la esperanza de vida a nivel europeo. Los más mayores están en una fase de sus vidas en la que los procesos de envejecimiento se pueden acelerar, con mayores riesgos de contraer enfermedades, y con más condiciones que llevan a la fragilidad y a la dependencia. Dado que las condiciones de salud son normalmente buenos predictores de la mortalidad, podríamos esperar que los países con mayor mortalidad tuvieran condiciones de salud más adversas. El examen de las diferencias de salud

entre países europeos no muestra clasificaciones similares en las distintas dimensiones de salud (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2011a). Por ejemplo, Jagger *et al.* (2008), basando su análisis en la Unión Europea, encontraron más variación en la duración de la esperanza de vida saludable que en la esperanza de vida, indicando así la variabilidad en salud en esta dimensión.

Los enlaces entre los indicadores de salud y mortalidad podrían ser más complejos en poblaciones a esas edades muy avanzadas en las que se trata a mucha gente de enfermedades crónicas y la mortalidad es común. Dado que la salud de las poblaciones depende de cómo adquieren las personas un problema de salud y cuánto tiempo viven con él, es posible que los países con mayor supervivencia a las condiciones susceptibles de atención médica presenten niveles más altos de morbilidad en caso de más tratamiento. Además, un número de enfermedades que son causas principales de pérdida de funcionalidad y discapacidad a las edades avanzadas, como las artritis, no son enfermedades letales (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2011a).

Los comportamientos y hábitos de salud a lo largo de la vida tienen el potencial de explicar algunas de las diferencias nacionales en salud y mortalidad. Por ejemplo, el patrón histórico de empezar y dejar de fumar varía de país a país, explicando así las diferencias nacionales (Preston, Gleit y Wilmoth, 2010; Lugo *et al.*, 2013). Asimismo, a pesar de los altos niveles de desarrollo económico, en comparación con el resto del mundo, y de unas poblaciones familiarizadas con los perjuicios del tabaco, las naciones europeas con altos ingresos difieren en su prevalencia e intensidad. Por ejemplo, de acuerdo con una gran encuesta llevada a cabo en diecisiete países europeos por Lugo *et al.* (2013), las tasas de tabaquismo entre los adultos de 80 y más años eran del 10 por ciento entre los varones y del 7 por ciento entre las mujeres. Además, la prevalencia del tabaquismo entre los mayores de 65 años era más alta en el este y el norte de Europa, y más baja en el oeste y el sur de Europa para los varones. La más alta se encontraba en el norte de Europa para las mujeres.

Las experiencias de los más mayores en términos de tabaquismo podrían reflejar tendencias de hace muchas décadas. Para esta generación, sus experiencias durante la Segunda Guerra Mundial, o durante la Guerra Civil para la pobla-

ción española, podrían ser incluso más importantes que los comportamientos de tabaquismo en sus países. Durante las décadas pasadas, todos los países han sufrido un peso creciente de este problema, pero en diferentes momentos y con tasas diversas (Alley, Lloyd y Shardell, 2011). Por otro lado, las diferencias en las tasas de obesidad entre los europeos varían entre las personas en edades avanzadas (Solé-Auró y Crimmins, 2013). Dado que la obesidad está asociada con el aumento de las limitaciones funcionales, la discapacidad y otras enfermedades, en general, con una peor calidad de vida y, quizás, la mortalidad, el exceso de peso podría traer consigo peores condiciones de salud en una serie de dimensiones.

tenerse en cuenta a la hora de examinar la significación estadística de los resultados. En todos los países hay más mujeres que varones. Además, la forma de administración de SHARE fue mediante encuestas personales.

Por último, solo una pequeña fracción de sujetos se entrevistaron y se incluyeron como población institucionalizada, incluidos así en nuestro análisis. Hay distintas proporciones de población mayor institucionalizada, variando de los porcentajes más bajos que encontramos en Eslovenia (0,88 por ciento), Italia (1,95 por ciento) y Estonia (2,62 por ciento), a los más altos de Holanda (12,0 por ciento), Bélgica (13,3 por ciento) y Luxemburgo (16,2 por ciento), lo que podría afectar a nuestros resultados.

4. DATOS E INDICADORES DE SALUD

4.2. Indicadores de salud

4.1. Datos

Nuestra principal fuente es SHARE (Börsch-Supan, 2015), una base de microdatos panel –única en Europa– de salud, estatus socioeconómico y redes sociales y familiares que provee información comparable y armonizada de diferentes países europeos. Nuestro análisis usa información de la quinta ola de SHARE para individuos de 80 y más años de catorce países. Todos estos países han realizado encuestas a sus poblaciones mayores de 50 años que proveen datos a nivel individual de indicadores de salud, factores de riesgo y bienestar para muestras representativas a nivel nacional. Debido a su diseño muestral, SHARE permite análisis comparables de condiciones de salud, circunstancias familiares y características socioeconómicas (Börsch-Supan, 2008). Se usan ponderaciones para proporcionar estimaciones de las poblaciones nacionales. Los análisis se realizaron con la versión 13 de STATA (StataCorp).

La encuesta SHARE contiene numerosos indicadores de salud que miden la salud física y la salud mental basada en autoevaluaciones. Se examinan aquí indicadores de problemas funcionales y discapacidad, enfermedades, síntomas depresivos y comportamientos/hábitos de salud. La quinta ola de SHARE también proporciona un indicador de capacidad de funcionalidad física.

Los tamaños muestrales varían por países: España y Estonia tienen las muestras más amplias (1.126 y 791 sujetos, respectivamente) y Luxemburgo la más pequeña (167). El tamaño de muestra total para los mayores de 80 años es de 7.558 (3.125 varones y 4.463 mujeres). Esta variación en los tamaños muestrales debe

Los problemas funcionales y la discapacidad son particularmente importantes para las personas en edades avanzadas. Las autoevaluaciones de los problemas funcionales se miden usando respuestas a preguntas sobre las dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La funcionalidad respecto a ABVD indica las dificultades para llevar a cabo al menos una de las seis actividades que representan habilidades de autocuidado: vestirse (incluyendo ponerse calcetines y zapatos), caminar por una habitación, bañarse y ducharse, comer, entrar y salir de la cama, e ir al baño. Por su parte, la funcionalidad por AIVD indica dificultades a la hora de realizar alguna de las siete actividades que representan habilidades para vivir de forma independiente: usar un mapa, preparar una comida caliente, comprar comida, hacer llamadas telefónicas, tomar medicamentos, hacer trabajos de casa o del jardín, y gestionar el dinero.

Asimismo, se analiza un indicador de medida del rendimiento funcional que también representa fuerza, equilibrio y movilidad: la *fuerza de agarre*. El valor de las medidas de rendimiento reside en que la tarea es similar para todos los participantes y en que los resultados no deberían verse influidos por las percepciones individuales. Si bien se podría esperar que las autoevaluaciones de habilidades funcionales y de medidas del rendimiento estuvieran relacionadas, ambas proveen un indicador comparable entre países (Jo, Schechtman y Cress, 1996). Debemos, sin embargo, tener en mente la importancia de los factores culturales en la organización y presentación de las pruebas, así como también las diferencias en las condiciones del hogar y en el cuidado de los mayores en los diferentes países, que podrían estar relacionadas con las medias nacionales y de rendimiento (Jeune *et al.* 2006). Las medidas de la fuerza de agarre en cada mano se registraron con un dinamómetro. Este aparato fue ajustado a la mano del entrevistado mientras estaba de pie; la fuerza de agarre se midió entonces cuando el entrevistado sostenía el dinamómetro con un ángulo de 90 grados. Se tomaron dos medidas en cada mano, alternando entre izquierda y derecha. Los entrevistados que habían tenido cirugía reciente, dolor o inflamación no completaron esta medición. Partiendo de esta medición, hemos construido una variable dicotómica que se basa en el valor máximo, de modo que se divide a la población entre aquellos con una fuerza de agarre débil (menos de 36 kg para varones y menos de 21 kg para mujeres) y robusta (36 kg o más para varones y 21 kg o más para mujeres).

Por otra parte, la información de la presencia de seis enfermedades crónicas se recoge a través de la siguiente pregunta: "¿Le ha dicho el médico que tiene alguna de estas enfermedades?", entre las que figuran enfermedades del corazón, hipertensión, derrame cerebral, diabetes, enfermedades del pulmón y cáncer.

La presencia de *síntomas depresivos* es un indicador fundamental de bienestar psicológico. SHARE, que recolecta esa información, emplea la escala EURO-D. En nuestro análisis, la presencia de síntomas depresivos aparece cuando se indica tener cuatro o más de los doce ítems que aparecen en esa escala: depresión, pesimismo, pensamientos suicidas, culpa, sueño, interés, irritabilidad, fatiga, falta de apetito, concentración y placer, y ganas de llorar.

Las conductas de salud se miden mediante indicadores de sobrepeso y obesidad, tabaquismo e ingesta de alcohol. Las autoevaluaciones de altura y peso se convierten en un índice de masa corporal (IMC) que se categoriza en sobrepeso (25-29,99) y obesidad (≥ 30). El indicador de tabaquismo tiene en cuenta si los entrevistados fuman actualmente o si lo han hecho anteriormente de manera habitual. Por último, se categoriza a las personas entre bebedores y no bebedores, siendo la categoría de referencia "no bebedor", esto es, entrevistados que no hayan bebido nada de alcohol en los últimos tres meses.

5. RESULTADOS

5.1. Características de los europeos mayores de 80 años

El cuadro 2 ofrece una amplia caracterización de la muestra de personas de 80 años y más por sexo y país. La media de edad es muy similar en cada país, encontrándose la más alta en España (85,0 años), y la más baja en la República Checa (83,9). La proporción de mujeres en esas muestras varía del 62,2 por ciento en España al 75,5 por ciento de Estonia. Dado que las muestras tienen una composición diferencial por varones y mujeres y que, además, todos los indicadores de salud difieren por sexo, se presentan todas las diferencias de salud y socioeconómicas por sexo. Entre las mujeres de 80 años y más, en todos los países hay una menor proporción de casadas en comparación con los varones. El matrimonio es poco frecuente en Estonia (solo el 14,0 por ciento de las mujeres están casadas), en República Checa (17,5 por ciento) y Austria (18,8 por ciento); en cambio, donde más se da es en Suecia (38,4 por ciento) y Luxemburgo (34,0 por ciento). En muchos países, dos tercios de los varones de 80 y más años están casados: es más probable en España (74,2 por ciento) y Austria (71,6 por ciento), y menos probable en Italia (63,4 por ciento). Además, es probable que el nivel de apoyo social de los mayores difiera notablemente por género y por país en Europa.

El nivel educativo más alto lo registran los alemanes, con menos de un 10 por ciento de varo-

CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS DE LOS MAYORES DE 80 AÑOS QUE VIVEN EN COMUNIDAD. MUESTRAS POR PAÍS

País	N	Edad media	% Mujeres	Casados		% menos que secundaria	
				Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Austria	490	84,7	67,3	71,6	18,8	19,6	39,0
Bélgica	715	84,6	65,1	69,1	31,9	47,7	51,5
República Checa	545	83,9	67,2	64,7	17,5	8,0	30,0
Dinamarca	430	84,6	63,8	68,0	31,6	21,3	56,2
Estonia	783	84,0	75,5	64,5	14,1	29,3	34,4
Francia	679	84,6	65,1	69,6	25,4	60,5	78,8
Alemania	451	84,4	65,2	69,1	28,7	1,9	9,5
Italia	527	84,4	64,4	63,5	27,8	94,6	88,3
Luxemburgo	167	84,3	65,0	71,4	34,0	34,9	80,2
Holanda	417	84,8	65,7	65,4	28,6	27,8	65,4
Eslovenia	368	84,0	71,9	60,8	20,1	29,1	47,1
España	1,120	85,0	62,2	74,2	26,4	86,4	92,4
Suecia	576	84,4	62,4	68,7	38,4	46,7	57,3
Suiza	320	84,5	65,4	64,9	23,6	20,7	42,5
<i>Total</i>	<i>7.588</i>	<i>84,5</i>	<i>64,7</i>	<i>68,4</i>	<i>27,2</i>	<i>48,3</i>	<i>65,2</i>

Notas: Todos los análisis están ponderados. Casados: hemos considerado personas casadas a aquellas que viven con su pareja. % menos que secundaria se refiere a personas que se encuentran en la escala 0-2 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (0-2: menos que secundaria).

Fuente: SHARE 2014.

nes y mujeres con un nivel por debajo de educación secundaria. El alto nivel educativo en este grupo de edad es relativamente único en toda Europa. Los hombres checos constituyen el único grupo con menos personas en la categoría educativa más baja (8,0 por ciento); sin embargo, el 30 por ciento de las mujeres checas tienen un nivel por debajo de educación secundaria. Por otra parte, tanto en España como en Italia casi toda la muestra de este grupo de edad tiene un nivel de formación inferior a la educación secundaria.

5.2. La salud de los europeos de más de 80 años

Enfermedades

Cabe plantear tres cuestiones relacionadas con la prevalencia de enfermedades en los países europeos:

(1) *¿En qué países padecen los mayores más enfermedades?* Los países de Europa del Este

(República Checa, Eslovenia y Estonia) muestran los valores más altos de enfermedades coronarias, tanto en varones como en mujeres (cuadro 3). Igualmente para varones y mujeres, la República Checa presenta el nivel más alto de hipertensión (52,5 por ciento para varones y 67,8 por ciento para mujeres), seguido de los varones de Alemania y Dinamarca (51,8 por ciento y 48,9 por ciento) y las mujeres de Estonia y España (64,3 por ciento y 58,6 por ciento). Los derrames cerebrales son más prevalentes entre los varones austríacos, seguidos de los suecos y los alemanes; por su parte, las mujeres que más reportan haber sufrido un derrame cerebral son las checas, las austríacas y las suecas. En el caso de la diabetes, los varones de Italia, la República Checa y Francia registran el nivel más alto (24,6 por ciento; 24,5 por ciento y 24,4 por ciento, respectivamente), mientras que los países que lideran la clasificación femenina son la República Checa (26,2 por ciento) y Suecia (26,1 por ciento), seguidos de Alemania y Eslovenia. En cuanto a las enfermedades pulmonares, los varones holandeses (14,7 por ciento) y los españoles (14,0 por ciento) ocupan las posiciones más destacadas; en el caso de las muje-

CUADRO 3

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES POR GÉNERO. PERSONAS DE 80 Y MÁS AÑOS

<i>País</i>	<i>Enfermedades del corazón</i>	<i>Hipertensión</i>	<i>Derrame cerebral</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Enfermedades pulmonares</i>	<i>Cáncer</i>
<i>Panel A: Varones</i>						
Austria	21,1	45,3	13,8	11,4	7,6	8,2
Bélgica	30,8	29,8	5,2	15,3	11,1	11,4
República Checa	37,4	52,2	9,4	24,5	4,5	7,3
Dinamarca	26,3	48,9	8,2	10,7	9,5	13,2
Estonia	34,9	47,4	8,3	9,6	11,9	10,9
Francia	24,2	35,5	7,5	24,4	9,8	7,0
Alemania	29,0	51,8	12,2	20,3	11,3	16,7
Italia	22,1	49,8	7,7	24,6	11,5	5,7
Luxemburgo	14,3	37,1	7,1	18,6	11,4	10,0
Holanda	19,6	21,1	6,9	12,7	14,7	12,9
Eslovenia	35,3	45,9	7,9	10,5	12,5	4,0
España	19,7	43,5	2,9	20,2	14,0	6,5
Suecia	22,4	45,8	13,5	15,7	3,0	17,0
Suiza	17,3	41,4	3,3	8,5	5,2	4,9
<i>Total</i>	24,4	44,2	8,2	20,9	10,9	9,7
<i>Panel B: Mujeres</i>						
Austria	18,7	56,4	14,5	15,5	5,8	3,2
Bélgica	19,2	47,9	7,4	11,2	5,8	6,6
República Checa	26,3	67,8	15,7	26,2	3,6	4,5
Dinamarca	16,7	57,1	6,1	9,8	9,6	7,1
Estonia	29,2	64,3	9,8	12,7	6,0	3,7
Francia	20,5	42,0	5,6	10,5	9,5	6,0
Alemania	19,7	58,2	12,2	18,4	6,9	9,7
Italia	19,1	50,0	7,9	13,9	6,0	9,7
Luxemburgo	23,7	37,1	5,2	13,4	14,4	10,3
Holanda	21,2	42,8	8,9	11,7	10,0	7,0
Eslovenia	28,6	57,3	6,0	15,8	6,8	2,1
España	22,7	58,6	3,3	26,1	4,2	1,1
Suecia	20,2	52,9	13,4	14,1	8,0	10,2
Suiza	13,0	45,5	3,7	7,7	7,2	3,3
<i>Total</i>	20,3	51,8	8,2	15,9	7,0	7,0

Nota: Todos los análisis están ponderados.

Fuente: SHARE 2014.

res de ese rango de edad, las luxemburguesas (14,4 por ciento) y las danesas (10,0 por ciento) encabezan el *ranking*. Por último, el 17,0 por

ciento de los suecos y el 16,7 por ciento de los alemanes afirman haber padecido cáncer; por su parte, las mujeres que en mayor proporción

dicen haberlo sufrido son las luxemburguesas (10,3 por ciento) y las suecas (10,2 por ciento).

(2) *¿En qué países padecen los mayores menos enfermedades?* Entre los mayores de 80 años, las mujeres y varones de Suiza, los varones de Luxemburgo y las mujeres de Dinamarca son los que indican en menor medida haber padecido enfermedades del corazón. En el caso de la hipertensión, los menos afectados son los varones de Holanda y Bélgica; y las menos afectadas, las francesas y luxemburguesas. Los derrames cerebrales son menos probables en España y Suiza. La diabetes, en cambio, es menos prevalente entre los varones suecos y estonios, y entre las mujeres danesas. Las enfermedades pulmonares presentan menor porcentaje entre los varones checos y suecos, y las mujeres españolas. Finalmente, el nivel de cáncer más bajo se observa en Suiza y Eslovenia.

(3) *¿Tienen los países con mayor esperanza de vida a los 80 años menor prevalencia de enferme-*

dades? A priori, a esta edad es difícil saber qué podemos esperar de la relación entre las tasas nacionales para las distintas enfermedades y la esperanza de vida. Si la incidencia de la aparición de la enfermedad fuera la misma en todos los países, pero el tratamiento de las condiciones crónicas fuera diferente, de modo que la vida se extendiera más en unos países que en otros, entonces una mayor esperanza de vida podría estar más relacionada con más enfermedades (Solé-Auró *et al.*, 2015). También es posible que la relación pudiera variar por enfermedad al cambiar la susceptibilidad de las enfermedades tratadas. Los coeficientes de correlación de Pearson del nivel de esperanza de vida a los 80 años, por un lado, y las correlaciones entre la probabilidad de sobrevivir a los 80 años y la prevalencia de enfermedades, por otro, se muestran en el cuadro 4. Estas correlaciones están basadas en una muestra más reducida de países (catorce u ocho), por lo que solo son meramente indicativas de lo que podría ser la relación. Sin embargo,

CUADRO 4

CORRELACIONES ENTRE ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS, PORCENTAJE DE SUPERVIVENCIA A LOS 80 AÑOS Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS FUNCIONALES ENTRE MUJERES Y VARONES DE 80 AÑOS Y MÁS

	Varones				Mujeres			
	Esperanza de vida (n=14)		% supervivientes a los 80 años (n=8)		Esperanza de vida (n=14)		% supervivientes a los 80 años (n=8)	
<i>Enfermedades crónicas</i>								
Enfermedades del corazón	-0.77	(0.00)	-0.48	(0.23)	-0.42	(0.13)	-0.10	(0.82)
Hipertensión	-0.56	(0.04)	-0.08	(0.86)	-0.74	(0.00)	-0.65	(0.08)
Derrame cerebral	-0.13	(0.66)	0.32	(0.44)	-0.56	(0.04)	0.23	(0.58)
Diabetes	0.07	(0.81)	-0.30	(0.48)	-0.32	(0.26)	-0.24	(0.57)
Enfermedades pulmonares	0.11	(0.70)	-0.73	(0.04)	0.45	(0.11)	0.11	(0.79)
Cáncer	-0.02	(0.95)	0.17	(0.69)	0.13	(0.66)	0.02	(0.96)
<i>Salud física</i>								
ABVD	-0.23	(0.43)	-0.66	(0.08)	-0.04	(0.89)	-0.48	(0.23)
AIVD	-0.27	(0.35)	-0.79	(0.02)	-0.08	(0.78)	-0.51	(0.20)
<i>Desempeño funcional</i>								
Fuerza de agarre débil	-0.24	(0.42)	-0.37	(0.37)	0.03	(0.93)	-0.07	(0.89)
<i>Hábitos de salud</i>								
Fumar actualmente	0.14	(0.64)	-0.11	(0.79)	0.04	(0.88)	0.05	(0.90)
Fumar alguna vez	0.39	(0.17)	-0.53	(0.18)	0.02	(0.96)	-0.37	(0.37)
Sobrepeso	-0.38	(0.18)	0.16	(0.71)	-0.62	(0.02)	0.13	(0.76)
Obesidad	-0.54	(0.05)	-0.16	(0.71)	-0.72	(0.00)	-0.38	(0.36)
No beber	-0.28	(0.33)	-0.28	(0.50)	-0.24	(0.41)	-0.16	(0.71)
<i>Síntomas depresivos</i>	0.09	(0.76)	-0.55	(0.16)	0.46	(0.10)	-0.18	(0.66)

Nota: Significatividad entre paréntesis.

Fuente: SHARE 2014.

ninguna de ellas es demasiado robusta, lo que sugiere que no hay mucha relación entre la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades entre los mayores de los países europeos. No obstante, sí que se descubre una pista que apunta a que los países con niveles más altos de enfermedades del corazón e hipertensión (y derrames cerebrales en el caso de las mujeres) presentan una esperanza de vida más baja y una menor supervivencia a los 80 años para las mujeres con hipertensión.

Funcionalidad

La propensión a sufrir dificultades funcionales en las ABVD y las AIVD también varía por sexo y entre países. Según se aprecia en el gráfico 2, los suizos son los que presentan menores problemas funcionales de cualquier tipo, y los españoles los que más, seguidos de los italianos. Por su parte, los checos y los belgas tienen una prevalencia relativamente alta de dificultades en las AIVD. En general, los países con más dificultades en ABVD ostentan también mayores dificultades en las AIVD (coeficiente de correlación de 0,83 para varones, y de 0,93 para mujeres).

La correlación entre ABVD y AIVD a nivel individual es también alta (0,76). Así, mientras que los países en los que se observan niveles altos de dificultades en las ABVD y las AIVD no son aquellos con una esperanza de vida más corta, hay indicios de una relación negativa entre

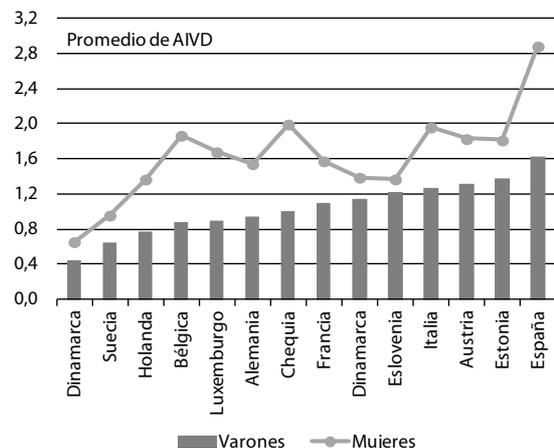
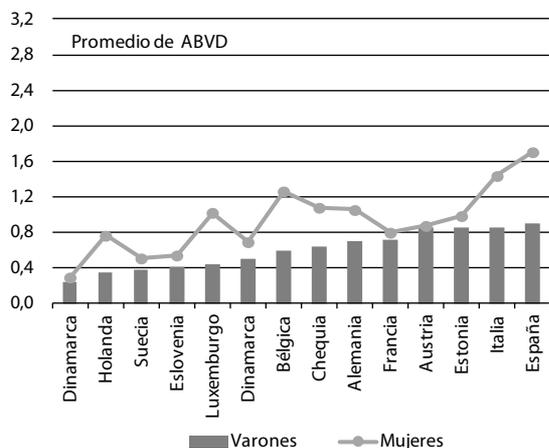
el nivel nacional de probabilidad de supervivencia a los 80 años y el nivel de disfunciones en ABVD y AIVD, que, además, es más robusta para las mujeres (cuadro 4).

Como se señaló anteriormente, las encuestas incluyeron información sobre la fuerza de agarre para proporcionar indicadores de funcionalidad más independientes de las autoevaluaciones. La prevalencia de una débil fuerza de agarre resultó alta en España e Italia (entre las mujeres) y Francia (entre los varones) (gráfico 3); en cambio, resultó baja en Suecia, Austria y Luxemburgo entre las mujeres, y en Suecia, Dinamarca y Holanda entre los varones. Además, en todos los países se comprobó que la fuerza de agarre débil es más prevalente entre los varones que entre las mujeres.

Los indicadores basados en el rendimiento y las autoevaluaciones de dificultades funcionales correlacionan razonablemente bien con las autoevaluaciones de problemas funcionales. Los niveles nacionales de fuerza de agarre débil correlacionan robustamente con otras medidas de funcionalidad (0,66 para dificultades en ABVD y 0,55 para dificultades en AIVD entre los varones; 0,71 y 0,72 entre las mujeres). A nivel individual, en el conjunto de datos agregados, las correlaciones entre la presencia de problemas en ABVD y AIVD y la fuerza de agarre débil son de 0,17 y 0,21 para varones, y de 0,25 y 0,29 para mujeres, respectivamente.

GRÁFICO 2

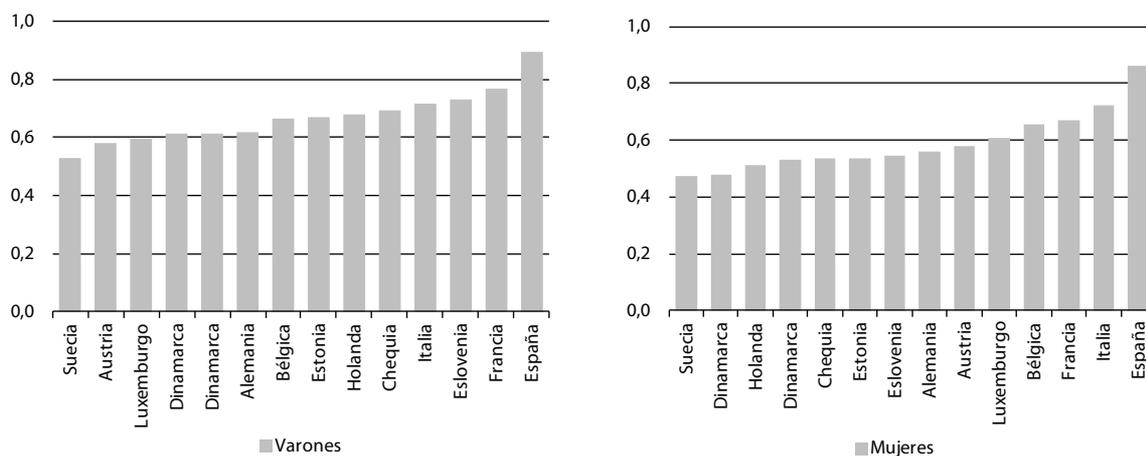
NÚMERO MEDIO DE ABVD Y AIVD POR SEXO Y PAÍS



Fuente: SHARE 2014.

GRÁFICO 3

PORCENTAJE DE PERSONAS CON FUERZA DE AGARRE DÉBIL POR SEXO



Fuente: SHARE 2014.

En los países con altas prevalencias de fuerza de agarre débil en varones se da una menor probabilidad de supervivencia a los 80 años, lo que significaría que en los países en los que residen mayores con mejor funcionalidad aumenta la probabilidad de llegar a esa edad.

Hábitos saludables y síntomas depresivos

Una de las principales hipótesis sobre las diferencias de salud entre países se centra en la existencia de diferentes niveles de factores de riesgo y de hábitos. El tabaquismo varía notablemente por sexo y por países (cuadro 5). El hábito de fumar entre las personas de edades avanzadas es muy común en Dinamarca y Suiza, tanto entre varones como entre mujeres (18,4 por ciento y 9,4 por ciento; y 18,2 por ciento y 11,3 por ciento, respectivamente). De hecho, los varones mayores daneses y suizos tienen tres veces más propensión a fumar que los españoles del mismo grupo de edad (7,4 por ciento); el factor se eleva hasta 40 al comparar las mujeres mayores suizas con respecto a las españolas (0,3 por ciento), destacando España como el país con menor prevalencia de tabaquismo entre los mayores de 80 años. Casi la mitad de los varones en este rango de edad han fumado alguna vez, situación excepcional en Austria (44,8 por ciento), la República Checa (30,8 por ciento), Eslovenia (39 por ciento) y Suecia (45,4 por ciento); en estas cohortes, el nivel más alto se encuentra en Holanda, con un porcentaje de mayores que han fumado alguna

vez cercano al 80 por ciento. Además, la mitad de la cohorte de mujeres danesas ha fumado alguna vez en su vida, hecho excepcional en España (4,9 por ciento), Eslovenia (7,7 por ciento) y Estonia (8,5 por ciento).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad también varía por sexo y entre países. Entre el 45 y el 66 por ciento de los varones mayores de 80 años padecen sobrepeso en la mayoría de países, siendo los países de Europa del este (Estonia, República Checa y Eslovenia) los que presentan las tasas más altas. Estos mismos países, seguidos de Alemania (14,7 por ciento) y España (14,3 por ciento), también lideran el *ranking* de obesidad en Europa; en cambio, en los últimos puestos se encuentran Holanda (4,0 por ciento) y Dinamarca (6,3 por ciento). En general, las mujeres en este grupo de edad tienen una menor probabilidad de padecer sobrepeso que sus compatriotas varones; la República Checa y Estonia son las excepciones a esta generalización. Estos dos últimos países, junto a España y Holanda, registran las tasas más altas de obesidad femenina. Al contrario, las mayores danesas presentan menores niveles de sobrepeso, mientras que las mayores francesas e italianas son menos propensas a ser obesas.

El consumo de alcohol difiere igualmente por sexo en toda Europa. Las personas mayores no bebedoras son más frecuentes en España (62,8 por ciento de varones y 90,7 por ciento

CUADRO 5

PREVALENCIA DE COMPORTAMIENTOS/HÁBITOS DE SALUD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS INDIVIDUALES A LOS 80 AÑOS

País	Panel A: Varones					
	Fumar actualmente	Fumar alguna vez	Sobrepeso (IMC≥25)	Obesidad (IMC≥30)	No beber	Síntomas depresivos
Austria	6,8	44,8	51,2	8,4	23,9	22,7
Bélgica	5,4	65,0	53,4	11,8	26,9	29,0
República Checa	3,6	30,8	66,2	16,2	33,3	24,3
Dinamarca	18,4	69,3	44,5	6,3	9,7	19,5
Estonia	8,9	61,7	61,7	18,7	52,4	44,8
Francia	7,5	59,9	61,4	14,0	21,7	37,8
Alemania	5,7	56,6	60,7	14,7	27,3	23,9
Italia	7,6	54,7	46,4	9,6	49,9	47,0
Luxemburgo	5,7	52,9	57,1	14,3	20,0	26,5
Holanda	8,4	77,8	49,5	4,0	22,2	16,7
Eslovenia	2,2	39,0	64,6	20,7	41,4	28,0
Suecia	7,4	63,8	51,0	14,3	62,8	29,9
Suiza	3,3	45,4	45,2	8,5	27,9	20,0
Educación baja	18,2	58,7	56,5	9,4	12,9	20,3
<i>Total</i>	7,2	58,1	54,8	12,4	35,8	32,2
	Panel B: Mujeres					
Austria	5,9	17,9	48,1	10,6	53,9	39,2
Bélgica	2,6	17,0	45,0	15,0	46,8	44,3
República Checa	4,1	11,1	64,0	23,8	71,0	57,4
Dinamarca	9,4	48,7	42,8	14,4	25,2	26,0
Estonia	1,4	8,5	62,3	27,8	84,1	59,0
Francia	4,0	15,1	44,1	9,7	44,2	53,0
Alemania	5,3	14,5	52,7	19,7	47,8	36,5
Italia	3,6	15,5	45,7	9,7	79,1	65,3
Luxemburgo	3,1	22,7	55,7	16,5	44,3	43,0
Holanda	7,4	30,6	53,7	18,4	49,2	27,3
Eslovenia	1,4	7,7	51,2	15,8	60,9	42,4
España	0,3	4,9	47,0	18,6	90,7	62,0
Suecia	3,3	27,3	43,0	12,4	38,8	33,8
Suiza	11,3	21,1	45,8	10,9	34,7	33,3
<i>Total</i>	4,0	15,2	48,0	14,5	59,7	49,6

Fuente: SHARE 2014.

de mujeres); los porcentajes de no bebedores a esas edades avanzadas también son comparativamente elevados entre los varones estonios (52,4 por ciento) y las mujeres italianas (79,1 por

ciento). En el otro extremo, la bebida es más común entre los varones y las mujeres danesas, con una proporción de no bebedores de un 9,7 por ciento y un 25,2 por ciento, respectivamente.

La ausencia de síntomas depresivos es un potente indicador de bienestar; por lo demás, la depresión también puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades. La mayoría de las investigaciones indican que las mujeres reconocen una mayor prevalencia de enfermedades y circunstancias que, aunque no mortales, sí que son debilitantes o graves, como la depresión (Kok *et al.*, 2012). Así, en este grupo de edad encontramos una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres. Esta prevalencia es alta en Italia (47,0 por ciento y 65,3 por ciento para varones y mujeres) y Estonia (44,8 por ciento y 59,0 por ciento); lo es también en el caso de las mujeres españolas (62,0 por ciento). En cambio, estas tasas son relativamente bajas en Dinamarca, Holanda, Suecia y Suiza, tanto para los varones como las mujeres mayores.

Las correlaciones entre los niveles nacionales de esperanza de vida a los 80 años y los hábitos de salud son relativamente bajas; de hecho, solo el porcentaje de sobrepeso y obesidad –y de forma moderada– presentan una correlación inversa significativa (excepto en el sobrepeso de varones). Por otra parte, las correlaciones entre la probabilidad de supervivencia a los 80 años y los comportamientos de riesgo para la salud son negativas de forma consistente, si bien sin significatividad estadística. Esto proporciona un apoyo a la idea de que los factores que incrementan la supervivencia a los 80 años podrían no ser los mismos que los que promueven la supervivencia después de esa edad.

Análisis multivariante de los resultados individuales sobre la salud de los mayores europeos

¿Con qué robustez se pueden predecir los resultados individuales en salud y calcular las diferencias nacionales remanentes cuando se controla por nivel educativo, comportamientos/hábitos de salud y síntomas depresivos? Para empezar a situar esta pregunta, examinamos una serie de regresiones logísticas para el conjunto de los catorce países estudiados en las que las variables dependientes son la presencia de enfermedades. Mostramos los resultados de dos modelos de ecuaciones: el modelo 1 (M1), con edad, sexo y país de residencia, persigue averiguar si las diferencias nacionales en salud se mantienen al controlar por edad y sexo; el modelo 2 (M2), que añade al M1 los comportamientos/hábitos de salud, los síntomas depresivos y el nivel educativo, observa

el efecto de estas variables en la presencia de enfermedad a nivel individual y, además, examina si su inclusión modifica el efecto del país de residencia. En estas ecuaciones, el país que se omite (la referencia) es España, que tiene el tamaño muestral más grande, de modo que los coeficientes del país de residencia muestran si hay una diferencia con respecto a la población mayor española.

España solo muestra niveles significativamente más altos de enfermedades coronarias que Suiza, y significativamente más bajos que tres países de Europa del este (cuadro 6). Algunos países pasan a ser significativamente diferentes cuando se añaden variables de control en el segundo modelo (Bélgica, Francia, Alemania y Luxemburgo), mientras que Suiza deja de serlo. El resto de países presentan niveles similares de enfermedades coronarias que España. La hipertensión es asimismo más alta en España que en otros cinco países. Los coeficientes de los países cambian muy poco al añadir los factores de comportamientos/hábitos de salud, los síntomas depresivos y el nivel educativo; además, Suiza y la República Checa dejan de arrojar resultados significativos. España aparece como el país con niveles más bajos de derrame cerebral, excepto Suiza, en el modelo con variables de control, y excepto Luxemburgo y Suiza en el modelo sin variables de control. En cuanto a la diabetes, los españoles presentan niveles superiores que los mayores en el resto de países (excepto la República Checa, Alemania e Italia). Al incluir las variables de control, la mayoría de países se asemejan a España, con las excepciones de Bélgica, Dinamarca, Estonia, Holanda y Suiza. En el caso de las enfermedades pulmonares, solo la República Checa arroja niveles más bajos que España al controlar por tabaquismo y otros factores de riesgo para la salud, pero esas diferencias desaparecen cuando se remueven esas variables. Tanto con las variables de control por comportamientos/hábitos de salud como sin ellas, las enfermedades pulmonares son más prevalentes en España que en Holanda y Luxemburgo. Por último, casi todos los países tienen tasas de cáncer superiores a las españolas (excepto Austria, Eslovenia y Suiza).

Como era de esperar, la mayoría de los factores de riesgo para la salud se relacionan con la prevalencia de algunas enfermedades. El hecho de haber fumado alguna vez incrementa la probabilidad de sufrir un ataque al corazón o una enfermedad pulmonar entre los mayores. La dirección

CUADRO 6

ODDS RATIOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS, HÁBITOS DE SALUD Y PAÍS DE ENTREVISTA POR PRESENCIA DE ENFERMEDAD ENTRE LAS PERSONAS DE 80 Y MÁS AÑOS

Variables explicativas	Enfermedades del corazón		Hipertensión		Derrame cerebral		Diabetes		Enfermedades Pulmonares		Cáncer	
	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2	M1	M2
N	7,546	5,073	7,546	5,073	7,546	5,073	7,546	5,073	7,546	5,073	7,546	5,073
<i>Características sociodemográficas</i>												
Edad	1,05***	1,05**	0,95***	0,94***	1,01	1,00	1,00	0,98	1,02	0,99	1,00	0,99
Varón	0,76**	0,67**	1,43***	1,40**	0,99	0,90	0,72**	0,70**	0,60***	0,50***	0,69	0,61**
País												
Austria	0,90	1,29	0,96	1,07	5,16***	1,24***	0,53***	0,72	0,82	1,24	1,60	2,60**
Bélgica	1,13	1,61*	0,61***	0,65**	2,20**	4,04***	0,46***	0,57**	0,98	1,11	2,82***	4,12***
República Checa	1,66**	2,69***	1,40**	1,26	4,95***	1,08***	1,12	1,13	0,49**	0,53	1,82*	2,31*
Dinamarca	0,94	1,57	1,02	1,17	2,29**	4,56***	0,36***	0,45**	1,24	1,85	3,21***	4,72***
Estonia	1,75***	2,37***	1,22	1,14	3,24***	6,64***	0,45***	0,43***	1,03	1,21	1,88**	2,53**
Francia	1,04	1,56*	0,57***	0,51***	2,07**	4,31***	0,59**	0,68	1,26	1,29	2,11**	2,25**
Alemania	1,12	1,91**	1,09	0,99	4,32***	8,91***	0,76	0,97	1,10	1,26	4,32***	5,88***
Italia	0,95	1,35	0,85	0,71	2,64***	4,62***	0,69	0,69	1,02	1,19	2,82**	4,35***
Luxemburgo	0,97	1,65*	0,50***	0,53***	1,94	5,08***	0,58**	0,77	1,85**	2,55**	3,56***	5,09***
Holanda	0,96	1,39	0,47***	0,57**	2,79***	9,29***	0,44***	0,45**	1,56*	2,70***	3,11***	3,57***
Eslovenia	1,72**	2,36***	0,96	1,06	2,20**	5,14***	0,55***	0,68	1,14	1,68	0,87	1,59
Suecia	0,99	1,81	0,87	0,93	4,84***	11,31***	0,55***	0,67	0,77	1,08	4,53***	6,17***
Suiza	0,63**	1,23	0,67**	0,68	1,14	2,13	0,28***	0,46**	0,83	0,66	1,25	1,70
Educación baja		1,02		1,08		1,00		1,11		1,01		1,09
<i>Hábitos de salud</i>												
Fumar actualmente		1,01		0,67		0,25***		0,83		1,32		0,90
Fumar alguna vez		1,34*		1,24		1,23		1,20		1,56**		1,03
Sobrepeso		0,90		1,40**		1,00		1,28		0,70*		0,63
Obesidad		1,24		1,49**		0,81		2,87***		1,41		0,59
No beber		1,35*		0,83		1,14		1,08		1,12		1,12
Depresión		1,63***		1,84***		1,98***		1,60***		2,45***		1,49*
Pseudo-R ²	0,01	0,03	0,03	0,05	0,03	0,06	0,01	0,05	0,01	0,05	0,03	0,05

Notas: M1: Modelo 1. M2: Modelo 2. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Fuente: SHARE 2014.

de algunas de las otras relaciones queda menos clara. Por ejemplo, fumar en la actualidad se relaciona inversamente con los derrames cerebrales,

y no beber lo hace directamente con las enfermedades del corazón. Es posible que la renuncia al alcohol sea una consecuencia del diagnóstico

CUADRO 7

ODDS RATIOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, HÁBITOS DE SALUD, PROBLEMAS FUNCIONALES, ENFERMEDADES Y PAÍS DE ENTREVISTA POR PRESENCIA DE DIFICULTAD EN ABVD Y AIVD ENTRE LAS PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS

Variables explicativas	ABVD		AIVD	
	M1	M2	M1	M2
N	N= 7545	N= 4194	N= 7545	N= 4194
<i>Características sociodemográficas</i>				
Edad	1,17***	1,13***	1,16***	1,12***
Varón	1,58***	1,37	2,12***	2,13***
País				
Austria	0,71**	1,99**	0,70**	2,63***
Bélgica	0,92	2,98***	0,65***	1,75**
República Checa	1,08	1,72	0,82	1,60
Dinamarca	0,44***	1,85*	0,44***	1,57
Estonia	0,85	1,41	0,83	1,64*
Francia	0,70**	2,27***	0,63***	1,51*
Alemania	0,72**	1,95*	0,50***	1,69*
Italia	1,35	2,93***	0,80	1,24
Luxemburgo	0,64**	1,87*	0,52***	1,05
Holanda	0,40***	1,32	0,54***	2,13***
Eslovenia	0,34***	1,01	0,47***	1,06
Suecia	0,30***	0,97	0,31***	0,94
Suiza	0,25***	1,14	0,27***	1,11
Educación baja		1,04		1,97***
<i>Hábitos de salud</i>				
Fumar actualmente		1,11		0,95
Fumar alguna vez		0,78		1,02
Sobrepeso		1,50*		1,37*
Obesidad		2,69***		2,38***
No beber		1,54**		1,23
Depresión		2,05***		2,48***
<i>Desempeño funcional</i>				
Fuerza de agarre		2,27***		3,07***
Enfermedades crónicas				1,29
Enfermedades del corazón		1,28		
Hipertensión		1,09		1,00
Derrame cerebral		1,56		1,98***
Diabetes		1,66***		1,98***
Enfermedades pulmonares		1,34		1,60**
Cáncer		1,01		1,19
Pseudo-R ²	0,09	0,15	0,90	0,19

Notas: M1: Modelo 1. M2: Modelo 2. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Fuente: SHARE 2014.

de enfermedad coronaria. Esta también podría ser una posible explicación a los altos niveles de síntomas depresivos que se observan en quienes sufren enfermedades de cualquier tipo. Por su parte, el nivel educativo no afecta a los resultados. En el conjunto de datos, el pseudo R^2 indica que solo una pequeña proporción de la varianza en la prevalencia de las enfermedades se explica por alguna de esas variables.

A través de un modelo logístico similar cabe examinar la robustez de las predicciones de presencia de dificultades en las ABVD y las AIVD de la muestra de datos conjunta de personas mayores, añadiendo enfermedad y desempeño funcional a las ecuaciones previamente desarrolladas para predecir la presencia de enfermedad. Este modelo asume que la pérdida de habilidades en ABVD y AIVD se relaciona con los efectos combinados de tener una enfermedad, con la pérdida de funcionalidad, los comportamientos/hábitos de salud y los datos demográficos. La inclusión del país de residencia permite ver cómo la discapacidad en ABVD y AIVD entre las personas mayores difiere entre países. En primer lugar, se hace controlando por edad y sexo (modelo 1); posteriormente, se añaden los comportamientos/hábitos de salud, habilidad funcional y enfermedades (modelo 2).

Al controlar por edad y sexo, la mayoría de países presentan niveles de dificultades en las ABVD y las AIVD más bajos que España (el país de referencia, que se omite del modelo) (cuadro 7 – modelo 1). Cuando se controla por comportamientos/hábitos de salud, habilidad funcional y enfermedades, se invierten todas las diferencias en la prevalencia de dificultades en las ABVD y las AIVD (cuadro 7 – modelo 2): la mitad de los países presentan mayores niveles de dificultad en las ABVD que España, y seis países también los presentan en el caso de las AIVD. El resto de países no muestran diferencias respecto a España.

La varianza explicada en el funcionamiento en las ABVD y las AIVD por problemas en el desempeño de tareas, enfermedades y comportamientos/hábitos de salud es mucho mayor que cuando solo se controla por país de residencia. En el conjunto de datos, el 15 por ciento y el 19 por ciento de la presencia de dificultades en las ABVD y las AIVD se explican cuando se añaden esas variables. Las variables significativamente más relevantes que explican la discapacidad entre los mayores europeos son los indicadores

de desempeño (fuerza de agarre débil), sobrepeso y obesidad, depresión, y en el caso de las AIVD, haber padecido diabetes, derrame cerebral o enfermedad pulmonar.

6. CONCLUSIONES

El *ranking* de esperanza de vida por sexo entre los países difiere en función de la edad. Entre los mayores europeos, esta clasificación la lideran Francia, Holanda (para varones), Luxemburgo (para mujeres) y Suiza. Españoles e italianos de edades avanzadas tienden a tener una mayor esperanza de vida que los habitantes de los países del norte de Europa. La probabilidad de llegar a esas edades se ha relacionado con la participación en la Segunda Guerra Mundial (y la Guerra Civil, en el caso de España). Suiza y Suecia, que fueron países neutrales, son los únicos cuya probabilidad de alcanzar los 80 años es sustancialmente mayor. Daneses, italianos y españoles presentan, en cambio, menores probabilidades de llegar a esa edad, posiblemente debido a las condiciones que padecieron en su niñez. Además, parece que hay poca relación entre la probabilidad nacional por cohorte de llegar a los 80 años y el promedio de duración de la vida tras alcanzar los 80 años.

También las características de las personas mayores de 80 años difieren notablemente entre países en formas significativas para sus vidas. Las mujeres mayores de Austria y Estonia tienen menores probabilidades de estar casadas. Los varones mayores españoles son los que presentan una mayor probabilidad de estar casados, que de hecho multiplica por tres a la de las mujeres españolas. Las mujeres mayores suecas son las que con mayor probabilidad están casadas. Estos patrones de organización familiar tan diferentes pueden derivarse asimismo de la experiencia de la Segunda Guerra Mundial (y de la Guerra Civil y la posguerra en España), y probablemente estén relacionados con la actual demanda de cuidados formales.

Mientras que Alemania es el país con un mayor nivel educativo en su conjunto, el de las personas mayores en España e Italia es menor que el de los mayores del norte de Europa. En este sentido, contar con una alta proporción de población mayor con bajo nivel educativo podría

influir en cómo se proporciona y se recibe cuidado médico.

Los hábitos de salud son también bastante diferentes entre las personas mayores de los países estudiados. El tabaquismo en las edades avanzadas aparece extremadamente alto en países del norte y del centro de Europa, como Dinamarca y Suiza, mientras que constituye un hábito casi inexistente para las mujeres españolas, eslovenas y luxemburguesas. Por otro lado, la obesidad es mucho más común entre los mayores de Europa del Este. Estos comportamientos y hábitos se relacionan con las diferencias internacionales en la prevalencia de enfermedades crónicas. Junto a otros países, España registra los valores más bajos de enfermedades coronarias, derrames cerebrales y cáncer; contar con una alta proporción de personas que nunca han fumado podría incrementar esas probabilidades entre sus mayores. Las enfermedades pulmonares solo son en Luxemburgo más prevalentes que en España (también en Holanda tras controlar por hábitos de salud). Los individuos con algunas de esas enfermedades suelen tener síntomas depresivos, lo que se podría explicar como una reacción bien a la enfermedad, bien a la causa que ha provocado esa enfermedad. Las variables más consistentes que explican la discapacidad entre las personas en edad avanzada son los indicadores de desempeño funcional, el sobrepeso y la obesidad, la depresión y el haber sufrido un derrame cerebral, diabetes o enfermedad pulmonar.

Las evidencias de esta investigación no pueden asegurar que las diferencias de esperanza de vida a los 80 años entre los países europeos se relacionen totalmente con las diferencias de salud, pero sí parcialmente. Franceses y daneses no parecen presentar niveles consistentemente más bajos de enfermedad, discapacidad y buen funcionamiento. Por otro lado, los suizos suelen clasificarse en la media de varios indicadores de salud (por ejemplo, hipertensión o consumo actual de tabaco). Por supuesto, hay que tener en cuenta que la muestra de Suiza es pequeña y que, además, podrían darse tasas de respuesta más bajas en la quinta ola de la encuesta SHARE que las observadas en anteriores olas. Los mayores de la Europa meridional que han estado experimentando vidas más largas a las edades avanzadas no parecen tener mejor salud: de hecho, a menudo se clasifican entre los países con peores indicadores de discapacidad y funcionalidad.

Incluso las encuestas armonizadas como SHARE establecen limitaciones a la hora de usar datos. No se han empleado escalas idénticas en todos los países para medir los síntomas depresivos; por lo demás, los entrevistados pueden informar de esos síntomas de forma diferente en cada país. Dentro de SHARE, sin embargo, esas disimilitudes no parecen arrojar diferencias en los datos de presencia de síntomas depresivos (Kok *et al.*, 2012). Otra limitación reside en la decisión de considerar la población mayor institucionalizada, si bien no todas las muestras nacionales incluyen una buena representación de ese grupo. La variación en la proporción de población institucionalizada podría afectar a los resultados en la prevalencia de problemas funcionales, enfermedades y condiciones de salud, reforzando las diferencias (Andersen-Ranberg *et al.*, 2005; Huber *et al.*, 2009). Por ejemplo, dado que la institucionalización es menor en los países del sur y el este de Europa, en comparación con Holanda, Suecia y Suiza, los problemas de funcionalidad de los que se informan podrían ser todavía más altos en los países de Europa oriental o meridional. Por último, la no respuesta también introduce una limitación importante (información aún no disponible); incluso aunque hayamos aplicado pesos calibrados para mitigar este inconveniente, algunas diferencias podrían resultar de la variación en los porcentajes de no respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

ALLEY, D.; LLOYD, J., y M. SHARDELL (2011), "Can obesity account for cross-national differences in life expectancy trends?", en E. CRIMMINS; S. PRESTON, y B. COHEN (wds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources. Panel on understanding divergent trends in longevity in high-income countries*, Washington, DC, The National Academies Press: 164-192.

ANDERSEN-RANBERG, K.; PETERSEN, I.; ROBINE, J.M., y K. CHRISTENSEN (2005), "Who are the oldest-old?", en A. BORSCH-SUPAN (coord.); A. BRUGIAVINI; J. HENDRIK; J. MACKENBACH; J. SIEGRIST, y G. WEBER (eds.), *First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA): 35-40.

BALTES, P.B., y K.U. MAYER (1998), *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*, Cambridge,

Cambridge University Press (<http://worldcat.org>. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511586545>).

BÖRSCH-SUPAN, A. (2008), *First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe (2004-2007): starting the longitudinal dimension*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim.

— (2015), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC. Data set* (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100).

CRIMMINS, E.M. (2001), "Mortality and health in human life spans", *Experimental Gerontology*, 36: 885-897.

CRIMMINS, E.M.; KIM, J.K., y A. SOLÉ-AURÓ (2011b), "Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS", *The European Journal of Public Health*, 21(1): 81-91.

CRIMMINS, E.M.; PRESTON, S.H., y B. COHEN (2011a), *Explaining divergent levels of longevity in high-income countries. Panel on understanding divergent trends in longevity in high-income countries*, Washington, DC, National Research Council of the National Academies, National Academies Press.

CUTLER D.M., y E.L. GLAESER (2010), "Why do Europeans smoke more than Americans?" (2010), National Bureau of Economic Research, *Working Paper* 12124.

GLEI, D.A.; MESLÉ, F., y J. VALLIN (2010), "Diverging trends in life expectancy at age 50: A look at causes of death", en E. CRIMMINS; S. PRESTON, y B. COHEN (eds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources. Panel on understanding divergent trends in Longevity in high-income countries*, Washington D.C., National Academies Press.

HUBER, M.; RODRIGUES, R.; HOFFMANN, F.; GASIOR, K., y B. MARIN (2009), *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Viena, Austria:

HUMAN MORTALITY DATABASE, 2016 (disponible en <http://www.mortality.org/>).

JAGGER, C.; GILLIES, C.; MOSCONE, F.; CAMBOIS, E.; VAN OYEN, H.; NUSSOLDER, W.; ROBINE, J-M., y E. TEAM

(2008), "Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: A cross-national meta-regression analysis", *Lancet*, 372: 2124-2131.

JEUNE, B.; SKYTHE, A.; COUNIL, A.; GRECO, V.; GAMPE, J.; BERARDELLI, M.; ANDERSEN-RANBERG, K.; PASSARINO, G.; DEBENEDICTIS, G., y J-M.ROBINE (2006), "Handgrip strength among nonagenarians and centenarians in three European regions", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A(7): 707-712.

JO, J.; SCHECHTMAN, K., y E. CRESS (1996), "The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. The FICSIT Group. Frailty and Injury: Cooperative studies of intervention trials", *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11): 1332-1341.

KOK, R.; AVENDANO, M.; BAGO D'UVA, T., y J. MACKENBACH (2012), "Can reporting heterogeneity explain differences in depressive symptoms across Europe?", *Social Indicators Research*, 105: 191-210.

LASLETT, P. (1991), *A fresh map of life : The emergence of the Third Age*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.

LUGO, A.; LA VECCHIA, C.; BOCCIA, S.; MURISIC, B., y S. GALLUS (2013), "Patterns of smoking prevalence among the elderly in Europe", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9): 4418-4431.

MALTER, F., y A. BÖRSCH-SUPAN (eds.) (2015), *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*, Munich, MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

MESLÉ, F., y J. VALLIN (2006), "Diverging trends in female old-age Mortality: The United States and The Netherlands versus France and Japan", *Population and Development Review*, 32 (1): 123-145.

PRESTON, S.H.; GLEI, D.A., y J.R. WILMOTH (2010), "Contributions of smoking to international differences in life expectancy", en E. M. CRIMMINS; S. H. PRESTON, y B. COHEN (eds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources*, Washington, DC, The National Academies Press: 103-131.

RAU, R.; SOROKO, E.; JASILIONIS, D., y J.W. VAUPEL (2008), "Continued reductions in mortality at advanced ages", *Population and Development Review*, 34 (4): 747-768.

ROBINE, J-M. (2011), "Age patterns in adult mortality", en R.G. ROGERS y E.M. CRIMMINS (eds.), *International Handbook of Adult Mortality*, Vol 2., Amsterdam, Springer: 207-226.

ROBINE, J-M., y C. JAGGER (2016), "Health expectancies", en J. P. MICHEL *et al.* (ed). *Oxford Textbook of Geriatric Medicine* (3ª ed.), en prensa.

SOLÉ-AURÓ, A., y M. ALCÁÑIZ (2015), "Are we living longer but less healthy? Trends in mortality and morbidity in Catalonia (Spain), 1994-2011", *European Journal of Ageing*, 12(1): 61-70.

SOLÉ-AURÓ, A., y E.M. CRIMMINS (2013), "The oldest old health in Europe and the United States", *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1): 1-33.

SOLÉ-AURÓ, A.; MICHAUD, P.C.; HURD, M., y E.M. CRIMMINS (2015), "Disease incidence and mortality among older Americans and Europeans", *Demography*, 52(2): 593-611.

SVAUPEL J.W.; CAREY, J.R.; CHRISTENSEN, K.; JOHNSON, T.E.; YASHIN, A.I.; HOLM, N.V.; IACHINE, I.A.; KANNISTO, V.; KHAZAEI, A.A.; LIEDO, P.; LONGO, V.D.; ZENG, Y.; MANTON, K.G., y J.W. CURTSINGER (1998), "Biodemographic trajectories of longevity", *Science*, 280 (1998): 855-860.