

***LA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE  
INCAPACIDAD: UN INDICADOR ESTRUCTURAL***

## ***Introducción***

El aumento continuado de la Esperanza de Vida (EV) gracias a la espectacular disminución de la mortalidad en los últimos decenios, principalmente en los países más desarrollados, tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales, como son el aumento relativo de las personas de más avanzada edad y el predominio de las enfermedades crónicas y la incapacidad en el patrón de morbilidad. En este contexto, los indicadores de salud clásicos, basados exclusivamente en la mortalidad, se han mostrado insuficientes para describir la evolución del estado de salud de la población en los países desarrollados. La pregunta hoy es saber si la mejora continua de la mortalidad se corresponde con un aumento en el nivel de salud de la población, y para ello es necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta no sólo la experiencia de mortalidad de una población sino también la experiencia de morbilidad o incapacidad. La Esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI), o más genéricamente los indicadores de Esperanza de vida saludable, pertenecen a ese grupo de indicadores.

## ***Antecedentes***

La primera referencia al indicador EVLI se produce en el año 1964, cuando Sanders utiliza la tabla de vida para el cálculo de la probabilidad de supervivencia teniendo en cuenta el estado funcional del individuo<sup>1</sup>. Posteriormente, en 1971, Sullivan define y calcula la EVLI tal y como desde entonces se ha entendido<sup>2</sup>. A pesar de la atractiva propuesta, el desarrollo del indicador durante esa década de los años 70 sufre un estancamiento: la OCDE no lo incluye en su lista de indicadores sociales y la OMS solamente lo incorpora como indicador opcional.

A partir de los años 80 van apareciendo nuevos cálculos en distintos países tratando de adaptar este indicador a la disponibilidad de información, y se crean grupos internacionales de expertos que van definiendo y precisando tanto la metodología de cálculo como los usos de la EVLI. Es en los años 90 cuando una gran parte de los países desarrollados disponen ya de estimaciones basadas en datos sobre salud de encuestas y estudios representativos de sus poblaciones<sup>3</sup>, de manera que el indicador se va imponiendo como una opción razonable para complementar a la EV, indicador de salud por excelencia.

Recientemente, en octubre de 2004, la Comisión de las Comunidades Europeas decidió incorporar a su lista de indicadores estructurales una medida de los años vividos en buena salud, lo que supone la inclusión, por primera vez, de un indicador de salud en esta lista de indicadores, dominada por medidas de cohesión y desarrollo económico y social, empleo y productividad o educación. Este selecto conjunto de indicadores constituye la principal herramienta estadística de la Comisión para confeccionar el *Spring Report*, que examinan los jefes de Estado y de Gobierno de los Estados Miembros (EM). A partir de esta consideración de la EVLI como indicador estructural, Eurostat calcula el indicador para los países miembros de la Unión Europea, y se crea la *Task Force on Health Expectancies* para el seguimiento de los cálculos y la interpretación de los resultados, grupo del que forma parte el Instituto de Información Sanitaria y cuya primera reunión se celebró en enero del 2005.

### ***Definición de la EVLI y método de cálculo***

Los indicadores de EVLI son medidas del estado de salud de una población. Se desarrollaron para complementar a los indicadores basados en la mortalidad, ya que los años vividos por un individuo no son todos en un estado de perfecta salud. Las enfermedades crónicas y la discapacidad son más prevalentes a edades avanzadas, por lo que la salud de una población, a pesar de la creciente EV, puede no ser mayor. De hecho, una de las principales cuestiones que se plantean ante el envejecimiento progresivo de la población es si los años de vida ganados serán, o en qué medida serán, años vividos sin discapacidad (o en buena salud). Si la EVLI en una población crece más rápidamente que la EV, esa población no sólo vive más años sino que en una mayor proporción esos años de vida ganados serán de buena salud.

Dejando de lado una serie de métodos sofisticados que exigen la disponibilidad de estudios longitudinales de seguimiento para el cálculo de la probabilidad de desarrollar una discapacidad (y las probabilidades de transición entre la salud y la discapacidad) y que están confinados al mundo de la investigación, el método utilizado para obtener el indicador es el de Sullivan, conocido genéricamente como el modelo de tasas de prevalencia porque utiliza datos de prevalencia para ponderar la tabla de mortalidad. Para su cálculo son necesarios datos de mortalidad procedentes de la tabla de vida y datos de prevalencia de algún tipo de medida relacionada con la salud:

discapacidad, morbilidad, restricción de actividad, percepción subjetiva de la salud, etc., generalmente obtenidos de encuestas en población general.

La elección de una u otra medida de salud o de incapacidad condicionará los resultados y por lo tanto la interpretación y comparabilidad del indicador. Aunque inicialmente la EVLI fue definida para utilizar diversas medidas de incapacidad, actualmente otras medidas de salud percibida se han utilizado en muchos países para calcular distintos indicadores relacionados con la EVLI, como la Esperanza de vida en buena salud (EVS) y otros, lo que ha complicado un poco la nomenclatura. Si en el campo de la investigación estos distintos tipos de indicadores relacionados con la esperanza de vida saludable tienen una significación e interpretación muy distinta, en la práctica de salud pública, el valor y su interpretación conceptual no varía. De forma sintética, como lo hace la EV, la EVLI se define como el número medio de años de vida que esperaría vivir un individuo sin discapacidad (en buena salud, etc.) en una población determinada a una edad dada si se mantuvieran las actuales tasas de mortalidad y de discapacidad (mala salud, etc.) por edad que observamos en dicha población.

### ***El indicador en Europa***

El indicador europeo calculado por Eurostat, “Años de vida saludable” (*Healthy life Years: HLY*) se ha basado en la discapacidad percibida por la población europea, según el Panel de Hogares de la Unión Europea (*ECHP European Community Household Panel*). En el futuro, la nueva Encuesta de Ingresos y Condiciones de vida (*SILC Survey of Income and Living Conditions*), que sustituye al Panel y que incluye información sobre discapacidad, morbilidad y salud percibida, hará posible nuevas estimaciones del indicador. Para las estimaciones actuales, entre el año 1995 y el 2001, se utilizó la siguiente pregunta incluida en el ECHP de esos años:

¿Se ha visto usted limitado en sus actividades diarias por un problema de salud física o mental, una enfermedad o una discapacidad?

Para los años 2002 y 2003, los datos de prevalencia de discapacidad se basaron en estimaciones realizadas a partir de los datos de los años 1995 a 2001.

En los cálculos llevados a cabo por Eurostat se realizaron algunas asunciones: se extrapoló la mortalidad cuando no estuvo disponible para alguno de los años; la prevalencia de discapacidad en la población de 0 a 14 años se estimó en un 50% de la prevalencia en la población de 16 a 19 años y la de 15 años se igualó a esta última<sup>4</sup>.

Para obtener el indicador, Eurostat cuenta con el apoyo de la *European Health Expectancy Monitoring Unit* (EHEMU), cuyos principales objetivos son asegurar unos cálculos del indicador con la máxima calidad posible y contribuir a la diseminación adecuada de los resultados.

La EHEMU está formada, y se apoya, en miembros de euro-REVES (siglas francesas de Red de la Esperanza de vida saludable y el proceso de discapacidad), una red internacional de expertos que incluye epidemiólogos, demógrafos, matemáticos, sociólogos, etc., que desde finales de los años 80 viene reuniéndose periódicamente en torno a la EVLI. REVES fue establecida en 1989 por el Instituto de Salud e Investigación Médica (INSERM, Montpellier), el Social Affaire Council de Québec y el Centro de Estudios Demográficos de Dirham en los Estados Unidos. Sus principales objetivos son la identificación de las condiciones necesarias para la comparabilidad internacional de la EVLI, el examen de las circunstancias relativas a la interpretación de las series temporales de la EVLI y la promoción del uso de este indicador en política sanitaria.

El Instituto de Información Sanitaria asistió a la última de las reuniones anuales de REVES, organizada por el *Institute of Population Research* de la Universidad Renmin de Pekín bajo el título de “*Population Health and Health Expectancy: Policy implications*”, y que se celebró en mayo del presente año en Pekín. En esta reunión hubo dos grandes líneas en las presentaciones: los aspectos metodológicos y la presentación de estudios de monitorización de tendencias o cálculos locales del indicador. Respecto a las cuestiones metodológicas, se presentaron sofisticados métodos para obtener tasas de transición entre distintos estados de salud, y a pesar de que diversas ponencias enfatizaron la mayor exactitud de los datos longitudinales, también se puso de manifiesto que el método de la prevalencia (Sullivan) es, aunque con limitaciones, el más aceptado y en la mayoría de los casos el único posible.

Un aspecto destacado es la disponibilidad de la información para el cálculo del indicador. En este sentido, un hecho relevante fue el comunicado por una estadística de la Oficina para las estadísticas nacionales del Reino Unido, país en el que por primera vez en 2001, el Censo de población incluyó en el cuestionario, además de la pregunta

que venía ya incorporando desde hacía años sobre restricción de actividad, la auto-percepción de la salud.

En relación a cuestiones generales del indicador, se hizo en varias ocasiones hincapié en la importancia para la política sanitaria de utilizar no sólo indicadores basados en la mortalidad sino aquellos otros, como la EVLI, basados también en distintas concepciones de salud, a pesar de los problemas de comparabilidad, validez, disponibilidad, oportunidad, o la exclusión de la población institucionalizada, generalmente fuera de los marcos maestros de la inmensa mayoría de las encuestas de salud. Igualmente se trataron las conocidas dificultades para la interpretación comparable del indicador en unos y otros países debido a diferencias culturales y lingüísticas.

Respecto a cálculos del indicador, miembros de la EHEMU presentaron los datos de Eurostat, mientras que en las presentaciones de distintos países asiáticos se pusieron de manifiesto las mismas diferencias sociodemográficas que se observan en los países más desarrollados. Las diferencias por nivel socioeconómico son evidentes tanto en países como Taiwan o Camboya como en estudios llevados a cabo en el Reino Unido, y tanto en estudios que utilizan variables socioeconómicas de carácter individual como la educación, como en aquellos otros que utilizan variables ecológicas de privación de hogares (crimen, paro, etc.).

Las conclusiones de la reunión se centraron en que REVES debería seguir trabajando para conseguir la armonización internacional de una buena medida de salud que sea adaptable a las necesidades locales y para hacer que las políticas sanitarias se apoyen en la monitorización de la salud, la comparación entre países y el análisis de las tendencias temporales, el estudio de las diferencias entre grupos de población y la mayor accesibilidad de información de calidad, consistente y comparable.

### ***El indicador en Europa: Resultados***

La disponibilidad de estos datos europeos, obtenidos con una metodología similar, supone, a pesar de las muchas asunciones que los cálculos han realizado para obtener el indicador, un hecho de gran importancia, ya que estos resultados son, en gran medida, comparables.

Las tablas 1 y 2 muestran los resultados de los cálculos de la HLY llevados a cabo por Eurostat para los países con disponibilidad de datos (los 15 Estados Miembros

antes del 2004 excepto Luxemburgo), en hombres y mujeres separadamente. Por lo que respecta a los hombres, en el último año disponible, la mayor HLY se observó en Italia (70,9 años) seguida de Bélgica (67,4) y España (66,8). Las menores esperanzas de vida saludables se observaron en Finlandia (57,3), Portugal (59,8) y Francia, país donde los hombres esperan vivir 60,6 años en buena. Por lo que respecta a las mujeres (tabla 2) en ese mismo año 2003, Italia (74,4) España (70,2) y Austria (69,6) fueron los países con mayor esperanza de vida saludable, mientras que Finlandia (56,5), Holanda (58,8) y Reino Unido y Dinamarca, ambos con 60,9, son los países donde la HLY fue menor.

Por lo que respecta a la tendencia desde 1995, primer año disponible en la serie temporal de Eurostat, tanto en hombres como en mujeres se ha venido produciendo de forma casi generalizada un incremento en el número de años vividos en buena salud en los países europeos. Sin embargo, en las mujeres de Holanda, Finlandia y Grecia, y en menor medida en las de Portugal y Reino Unido, se observó una tendencia descendente.

**Tabla 1.- Esperanza de vida saludable al nacer en hombres de los países de la Unión Europea (15 Miembros)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Unión Europea (15M)</b>	-	-	-	-	63,2 <sup>e</sup>	63,5 <sup>e</sup>	63,6 <sup>e</sup>	64,3 <sup>e</sup>	64,5 <sup>e</sup>
<b>Alemania</b>	60,0	60,8	61,9 <sup>e</sup>	62,1 <sup>e</sup>	62,3 <sup>e</sup>	63,2 <sup>e</sup>	64,1 <sup>e</sup>	64,4 <sup>e</sup>	65,0 <sup>e</sup>
<b>Austria</b>	60,0	62,3	62,2	63,4	63,6	64,6	64,2	65,6 <sup>e</sup>	66,2 <sup>e</sup>
<b>Bélgica</b>	63,3	64,1	66,5	63,3	66,0	65,7	66,6	66,9 <sup>e</sup>	67,4 <sup>e</sup>
<b>Dinamarca</b>	61,6	61,7	61,6	62,4	62,5	62,9	62,2	62,8 <sup>e</sup>	63,0 <sup>e</sup>
<b>España</b>	64,2	65,1	65,5	65,2	65,6	66,5	66,0	66,6 <sup>e</sup>	66,8 <sup>e</sup>
<b>Finlandia</b>	-	54,6	55,5	55,9	55,8	56,3	56,7	57,0 <sup>e</sup>	57,3 <sup>e</sup>
<b>Francia</b>	60,0	59,6	60,2	59,2	60,1	60,1	60,5	60,4 <sup>e</sup>	60,6 <sup>e</sup>
<b>Grecia</b>	65,8	66,9	66,4	66,5	66,7	66,3	66,7	66,7 <sup>e</sup>	66,7 <sup>e</sup>
<b>Holanda</b>	61,1	62,1	62,5	61,9	61,6	61,4	61,9	61,7 <sup>e</sup>	61,7 <sup>e</sup>
<b>Irlanda</b>	63,2	64,0	63,2	64,0	63,9	63,3	63,3	63,5 <sup>e</sup>	63,4 <sup>e</sup>
<b>Italia</b>	66,7	67,4	68,0	67,9	68,7	69,7	69,8	70,4 <sup>e</sup>	70,9 <sup>e</sup>
<b>Luxemburgo</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Portugal</b>	59,6	58,2	59,3	59,1	58,8	60,2	59,5	59,7 <sup>e</sup>	59,8 <sup>e</sup>
<b>Reino Unido</b>	60,6	60,8	60,9 <sup>e</sup>	60,8 <sup>e</sup>	61,2 <sup>e</sup>	61,3 <sup>e</sup>	61,1 <sup>e</sup>	61,4 <sup>e</sup>	61,5 <sup>e</sup>
<b>Suecia</b>	-	-	62,1	61,7	62,0	63,1	61,9	62,4 <sup>e</sup>	62,5 <sup>e</sup>

- Dato no disponible

<sup>e</sup> Dato estimado



**Tabla 2.- Esperanza de vida saludable al nacer en mujeres de los países de la Unión Europea (15 Miembros)**

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
<b>Unión Europea (15M)</b>	-	-	-	-	63,9 <sup>e</sup>	64,4 <sup>e</sup>	65,0 <sup>e</sup>	65,8 <sup>e</sup>	66,0 <sup>e</sup>
<b>Alemania</b>	64,3	64,5	64,3	64,3 <sup>e</sup>	64,3 <sup>e</sup>	64,6 <sup>e</sup>	64,5 <sup>e</sup>	64,5 <sup>e</sup>	64,7 <sup>e</sup>
<b>Austria</b>	-	-	-	-	-	68,0	68,5	69,0 <sup>e</sup>	69,6 <sup>e</sup>
<b>Bélgica</b>	66,4	68,5 <sup>e</sup>	68,3	65,4 <sup>e</sup>	68,4	69,1	68,8	69,0 <sup>e</sup>	69,2 <sup>e</sup>
<b>Dinamarca</b>	60,7	61,1	60,7 <sup>e</sup>	61,3 <sup>e</sup>	60,8	61,9	60,4	61,0 <sup>e</sup>	60,9 <sup>e</sup>
<b>España</b>	67,7	68,4	68,2	68,2	69,5	69,3	69,2 <sup>e</sup>	69,9 <sup>e</sup>	70,2 <sup>e</sup>
<b>Finlandia</b>	-	57,7	57,6	58,3	57,4	56,8 <sup>e</sup>	59,9	56,8 <sup>e</sup>	56,5 <sup>e</sup>
<b>Francia</b>	62,4	62,5	63,1	62,8	63,3	63,2 <sup>e</sup>	63,3	63,7 <sup>e</sup>	63,9 <sup>e</sup>
<b>Grecia</b>	69,2 <sup>e</sup>	69,6	68,7	68,3	69,4	68,2	68,8	68,5 <sup>e</sup>	68,4 <sup>e</sup>
<b>Holanda</b>	62,1 <sup>e</sup>	61,5	61,4	61,1 <sup>e</sup>	61,4	60,2	59,4	59,3 <sup>e</sup>	58,8 <sup>e</sup>
<b>Irlanda</b>	-	-	-	-	67,6	66,9	66,5	65,9 <sup>e</sup>	65,4 <sup>e</sup>
<b>Italia</b>	70,0	70,5 <sup>e</sup>	71,3	71,3	72,1	72,9	73,0 <sup>e</sup>	73,9 <sup>e</sup>	74,4 <sup>e</sup>
<b>Luxemburgo</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Portugal</b>	63,1	60,5	60,4	61,1	60,7	62,2	62,7	61,8 <sup>e</sup>	61,8 <sup>e</sup>
<b>Reino Unido</b>	61,2 <sup>e</sup>	61,8 <sup>e</sup>	61,2 <sup>e</sup>	62,2 <sup>e</sup>	61,3 <sup>e</sup>	61,2 <sup>e</sup>	60,8 <sup>e</sup>	60,9 <sup>e</sup>	60,9 <sup>e</sup>
<b>Suecia</b>	-	-	60,0	61,3	61,8	61,9	61,0	61,9 <sup>e</sup>	62,2 <sup>e</sup>

- Dato no disponible

<sup>e</sup> Dato estimado

### ***Bibliografia***

1. Sanders BS. Measuring community health levels. Am J Publ Health 1964;54:1063-70.
2. Sullivan D F. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Reports, 1971; 86:347-54.
3. Robine JM, Romieu I, Jee M. Health Expectancies in OCDE countries. Reves paper nº 317; April, 1998.
4. [http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?\\_pageid=1090,30070682,1090\\_33076576&dad=portal&schema=PORTAL](http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_33076576&dad=portal&schema=PORTAL)