

¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud⁽¹⁾

Jordi Gumà Lao

Centre d'Estudis Demogràfics
Universitat Autònoma de Barcelona

Antonio D. Cámara Hueso

Centre d'Estudis Demogràfics
Universitat Autònoma de Barcelona

Resumen

A partir de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y de datos agregados de mortalidad del Movimiento Natural de la Población se estudia la relación entre la percepción subjetiva de la salud y las condiciones objetivas de salud en la población adulta española (mayores de 16 años).

Los resultados muestran que la salud autopercebida describe bien las transiciones de salud y sus diferencias por sexo en la población adulta hasta los 50 años, mientras que en las edades más avanzadas, salud subjetiva y objetiva muestran ser divergentes. Los factores que explican esta discrepancia entre indicadores subjetivos y objetivos de salud son objeto de discusión en el artículo.

Palabras clave: Salud autopercebida, mortalidad, salud objetiva, Encuestas de Salud, España

Clasificación AMS: 62-07; 91D20; 92D30

¹ Este trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación "Implicaciones sociodemográficas de las condiciones de salud en las edades adultas" y debe ser considerado como un producto del programa de I+D 2010-2012 (Ref. CSO2009-09851-SOCI). Además, forma parte de la tesis doctoral de Jordi Gumà Lao, inscrita en el doctorado de Demografía de la Universitat Autònoma de Barcelona

Does self-rated health inform on objective health status? Some conclusions from a demographic analysis of microdata from the Spanish Health Interview Survey

Abstract

Microdata from the Spanish National Health Survey (ENSE) and mortality data from the Spanish Vital Statistics (Movimiento Natural de la Población –MNP-) are utilized to analyze the relationship between self-rated health and objective health conditions among Spanish adults (population aged 16+).

Results display that self-rated health responds adequately to health changes over the life course in adulthood as well as to their differentials by sex until about age 50. However, subjective and objective health show an increasing divergence in population older than 50. Discrepancies between self-rated and objective health status indicators are conveniently discussed.

Keywords: Self-rated health, mortality, objective health status, Health Interview Surveys, Spain

AMS Classification: 62-07; 91D20; 92D30

1. Introducción

La salud percibida por el individuo forma parte de un grupo de indicadores socio-sanitarios complementarios a la mortalidad en fases avanzadas de la transición epidemiológica en las que el escenario de salud no sólo se define por resultados fatales (mortalidad y sus causas) sino también por la mayor o menor prevalencia de enfermedades asociadas a los estilos de vida en regímenes de baja mortalidad (Omran, 1998). Es más, la salud autopercebida se ha mostrado como un indicador capaz de captar dimensiones más complejas del bienestar y la calidad de vida de los individuos (Rajmil et al., 2001; Moons, 2004) aunque su principal cualidad en el campo sanitario sea su estrecha relación con determinados componentes de salud objetiva como las capacidades funcionales de las personas o con las probabilidades de morir a nivel individual. Por ejemplo, Idler y Benyamini (1997) en una revisión de veintisiete trabajos que utilizaban este indicador mostraron que la respuesta de los individuos estaba en relación a la evaluación dinámica de su salud objetiva y que ésta, a su vez, se veía condicionada por la evolución reciente de las capacidades de los individuos.

Asimismo, aunque la mortalidad en fases avanzadas de la transición epidemiológica ha dejado de ser la fuerza determinante de los escenarios de salud, la salud autopercebida también ha mostrado su capacidad prospectiva sobre la supervivencia de los individuos a corto y medio plazo en edades adultas (Miilunpalo et al., 1998; Appels et al., 1996; McGee et al., 1999; Singh-Manoux et al., 2007) e incluso en las edades avanzadas que concentran las ganancias en esperanza de vida en las sociedades desarrolladas actuales (Maddox y Douglas, 1973; Mossey y Shapiro, 1982). Es decir, a nivel individual, una salud autopercebida 'buena' correlaciona positivamente con las expectativas reales de

vida (con un retraso de la mortalidad, en definitiva) así como con mejores resultados en determinados indicadores de salud objetiva como la capacitación funcional.

En España, diversos trabajos, la mayoría basados en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), han utilizado la salud autopercebida como indicador global de salud así como para la medición de las desigualdades en salud en función de determinantes socioeconómicos (Gonzalo y Pasarín, 2004; Hernández y Jiménez, 2009). Sin embargo, la relación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud a un nivel contextual (poblaciones estudiadas a partir de datos transversales) es un campo menos explorado y con seguridad más complejo. Por ejemplo, en el caso específico de España, investigaciones previas realizadas a partir de la ENSE de 2003 concluían la ausencia de relación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud (entre ellas, las causas de mortalidad; Castro Vázquez et al., 2007).

En este estudio pretendemos analizar esa relación de una manera más sistemática, desde una perspectiva demográfica (en función del sexo y la edad) y a la vez dinámica mediante el análisis de cuatro ediciones de la ENSE (1987, 1993, 2001 y 2006) para cuyos años de realización fueron extraídos los datos de mortalidad por edad y sexo procedentes del Movimiento Natural de la Población (MNP). En un primer apartado del trabajo se analizan las tendencias recientes por categorías de salud autopercebida. Seguidamente se realiza el mismo análisis para las probabilidades de morir y, finalmente, se aborda la relación entre ambos indicadores por edad y sexo a lo largo del periodo seleccionado.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Salud autopercebida

Los datos proceden de las muestras de adultos (población de 16 años y más) de la ENSE, la encuesta más completa sobre salud, comportamientos de riesgo y utilización del servicio sanitario existente en España. De las siete ediciones de la ENSE disponibles entre 1987 y 2006 hemos utilizado cuatro (1987, 1993, 2001 y 2006)². Se han descartado las de 1995, 1997 y 2003. Las dos primeras por tener un tamaño muestral sensiblemente inferior al resto (algo más de 6.000 casos frente a más de 20.000 en las restantes ediciones) y la última debido al alto porcentaje de informadores indirectos (hasta un 33% mientras que este tipo de informantes fue marginal o no consta como procedimiento válido en el resto de ediciones).

Cuando se pasó a estudiar la representatividad de las muestras definitivas para cada edición de la ENSE a la población española total no institucionalizada se detectaron algunos desajustes. Por ejemplo, para las primeras ediciones de la ENSE el número de personas mayores de 84 años tenía un peso relativo sobre la muestra menor que el peso relativo del grupo de edad sobre la población (en 1993 las personas de 85 años y más representaban un 0,78% sobre la muestra, y un 1,16% sobre el total de la población).

² Los microdatos de la ENSE de 2011 fueron publicados en marzo de 2013, posteriormente por tanto a la realización y revisión del presente trabajo.

Para lograr el ajuste de la muestra final de casos válidos a la población real se calcularon factores de ponderación según el sexo y los grupos de edad utilizados en el trabajo, prescindiéndose del criterio territorial. De este modo además se logró trabajar con un criterio unificado de ponderación, ya que este fue variando entre ediciones de la ENSE. La población no institucionalizada registrada por el Instituto Nacional de Estadística en los censos de 1991 y 2001 fue utilizada como referencia a la hora de establecer las poblaciones reales utilizadas para el cálculo de los factores de ponderación (recordemos que la ENSE es una encuesta practicada exclusivamente a población residente en hogares). A modo orientativo, el porcentaje de población institucionalizada en España según los datos censales era inferior al 1 por ciento para cualquier edad y sexo hasta los 60 años tanto en 1991 como en 2001. En el grupo de 65 y más años, en 1991 ese porcentaje era del 1,86 (hombres) y el 3,17 (mujeres) y en 2001 era del 1,57 y el 2,87 respectivamente. El hecho de poder diferenciar entre población institucionalizada y no institucionalizada sólo a partir de los censos de población hace que tengamos que realizar estimaciones en los años intercensales. Los criterios de estimación han sido los siguientes:

- Para las poblaciones de 1987 y de 1993 se asume que el porcentaje por edad y sexo de población no institucionalizada sobre el total de la población es el del Censo de 1991. Los datos del INE no desagregan los porcentajes para la población mayor de 64 años y por tanto se ha supuesto a su vez que la distribución dentro de dicho grupo es la misma que en el Censo de 2001 que sí cuenta con esa desagregación.
- Para la población de 2006 se ha asumido que el porcentaje por edad y sexo de población no institucionalizada sobre el total de la población es el reflejado en el Censo de 2001.

El enunciado de la pregunta sobre la autopercepción de la salud así como las categorías de respuestas han permanecido invariables en todas las ediciones de la ENSE: “*En los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?*”. Se han analizado todas las categorías de respuesta agregando las positivas (buena y muy buena) y las negativas (mala y muy mala). La categoría regular es analizada aparte ya que su matiz semántico en castellano es ambiguo y su capacidad de atracción de respuesta bastante alta debido a la simetría de la escala de medición (Maddox y Douglas, 1973; Mossey y Shapiro, 1982; Angel y Guarnaccia, 1989; Appels et al., 1996; OCDE, 2007).

La agregación de edades responde a necesidades de consistencia estadística (Tabla 1). Cada grupo de edad contiene un mínimo de 500 casos válidos por sexo. En el primer apartado de resultados (evolución de la salud autopercebida) se han utilizado grupos de edad cuyo rango es superior al quinquenal, sirviendo como criterio las diferentes etapas vitales de las personas (16-29: juventud; 30-44: primera etapa adulta; 45-64: adultos-maduros; 65-74: primer grupo edad avanzada; 75 y más: segundo grupo edad avanzada). En cambio, los grupos quinquenales se han mantenido en la comparación con la mortalidad debido a la intención de identificar con el máximo detalle el posible punto de divergencia entre ambos indicadores.

Tabla 1

Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida

(Continúa)

	1987					
	Hombres			Mujeres		
	Casos válidos	Media de edad	% respuesta	Casos válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	1.357	17,4	99,7	1.292	17,4	99,6
20-24	1.651	22,1	99,6	1.594	22,2	99,7
25-29	1.506	26,7	99,2	1.485	26,7	99,4
30-34	1.322	32,1	99,7	1.311	32,2	99,3
35-39	1.237	36,7	99,1	1.234	36,9	99,5
40-44	1.164	42,2	99,5	1.170	42,2	98,7
45-49	999	46,7	99,4	1.017	46,8	99,6
50-54	1.098	52,3	99,0	1.142	52,2	99,4
55-59	1.084	56,8	99,4	1.149	56,7	99,8
60-64	948	62,2	99,6	1.048	62,1	99,3
65-69	715	66,7	99,1	880	66,6	99,1
70-74	529	71,9	99,6	740	71,7	98,6
75-79	392	76,8	99,5	600	76,7	99,4
80 y +	331	83,1	99,4	607	83,3	99,7
Total	14.333	42,2	99,4	15.270	44,5	99,4

Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida

(Continuación)

	1993					
	Hombres			Mujeres		
	Casos válidos	Media de edad	% respuesta	Casos válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	888	17,5	99,7	849	17,5	99,8
20-24	1.104	22,1	99,6	1.059	22,2	99,9
25-29	1.070	26,8	99,3	1.041	26,9	99,7
30-34	994	32,1	99,5	984	32,0	99,8
35-39	883	36,7	99,3	882	36,7	99,6
40-44	807	42,1	99,1	808	42,1	99,9
45-49	765	46,8	99,5	775	46,8	99,2
50-54	649	52,2	99,2	665	52,1	99,9
55-59	670	56,9	99,6	713	56,8	99,6
60-64	675	62,1	99,4	738	62,1	99,7
65-69	576	66,8	99,1	670	66,7	99,8
70-74	424	71,7	99,0	552	71,9	99,8
75-79	269	76,8	99,5	417	76,8	99,7
80 y +	272	83,7	99,6	507	83,8	99,7
Total	10.046	42,7	99,4	10.661	45,1	99,7

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida

(Continuación)

	2001					
	Hombres			Mujeres		
	Casos válidos	Media de edad	% respuesta	Casos válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	622	17,5	99,9	591	17,5	100,0
20-24	1.001	22,0	99,6	956	22,2	99,9
25-29	1.098	26,8	99,6	1.053	26,8	99,7
30-34	1.054	32,1	99,9	1.022	32,2	99,7
35-39	1.017	36,8	99,9	1.006	36,9	99,8
40-44	928	42,1	99,4	933	42,0	99,8
45-49	798	46,8	99,4	805	46,8	99,7
50-54	739	52,1	100,0	756	52,2	99,7
55-59	664	56,9	99,7	693	56,8	99,8
60-64	544	62,2	99,4	589	62,1	99,7
65-69	596	66,9	99,5	681	66,8	99,8
70-74	503	71,8	99,6	620	71,8	99,3
75-79	363	76,9	99,8	506	76,8	99,8
80 y +	315	83,8	99,6	604	83,6	99,8
Total	10.243	44,0	99,7	10.815	46,4	99,8

Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida

(Conclusión)

	2006					
	Hombres			Mujeres		
	Casos válidos	Media de edad	% respuesta	Casos válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	731	17,5	100,0	692	17,6	100,0
20-24	1.126	22,0	100,0	1.076	22,1	100,0
25-29	1.482	27,1	100,0	1.389	27,2	100,0
30-34	1.569	32,1	100,0	1.459	32,0	100,0
35-39	1.476	37,0	100,0	1.395	37,1	100,0
40-44	1.375	42,0	100,0	1.335	42,0	100,0
45-49	1.226	47,0	100,0	1.216	47,0	100,0
50-54	1.029	52,9	100,0	1.038	52,0	100,0
55-59	937	57,0	100,0	968	57,0	100,0
60-64	820	61,8	100,0	871	61,9	100,0
65-69	668	67,0	100,0	747	67,1	100,0
70-74	679	71,9	100,0	815	72,0	100,0
75-79	520	76,8	100,0	701	76,8	100,0
80 y +	513	83,6	100,0	934	83,8	100,0
Total	14.151	44,6	100,0	14.637	47,1	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

Las prevalencias se calculan como el número de casos en una determinada categoría (por ejemplo los que declaran una salud buena o muy buena) sobre el total de respuesta válida a la pregunta por edad y sexo. Los intervalos de confianza de las prevalencias (disponibles a requerimiento) han sido calculados al 95% para poblaciones finitas bajo el supuesto de máxima incertidumbre ($p=q=0,5$).

2.2 Mortalidad

Los datos de mortalidad proceden del MNP correspondiente a los años de las ENSEs utilizadas. Primero se calcularon tasas específicas de mortalidad (m_x) por edad y sexo (muertes producidas a una determinada edad y para un determinado sexo dividido por la población media en esa edad y para ese sexo). Después se procedió a la transformación de las tasas en probabilidades de morir mediante el método de Reed y Merrel (1939) (fórmula 1).

$${}_nq_x = 1 - e^{-n \cdot m_x - 0,008 \cdot n^3 \cdot m_x^2} \quad [1]$$

Donde:

n = amplitud del intervalo de edad

${}_nq_x$ = probabilidad de morir entre las edades x y $x+n$

${}_nm_x$ = tasa de mortalidad específica entre las edades x y $x+n$

La probabilidad de morir para el grupo de edad abierto siempre toma valor 1 por definición. No obstante, puesto que la mayoría de encuestados en la ENSE dentro de ese grupo abierto no superaba los 84 años, se imputó la probabilidad de morir del grupo 80-84. Por el mismo motivo, el análisis específico de la mortalidad toma como último grupo de edad 75-84 años. Finalmente, para comparar las prevalencias de salud autopercebida con las probabilidades de morir se transformaron ambos indicadores mediante el logaritmo natural con el objetivo de comparar el cambio relativo y evitar así la distorsión derivada de utilizar diferentes escalas.

3. RESULTADOS

3.1 Salud autopercebida

La figura 1 muestra la evolución temporal de las prevalencias de los tres estados básicos de salud subjetivos (Buena/Muy Buena, Regular y Mala/Muy Mala) a partir de las ediciones seleccionadas de la ENSE por grupos de edad y sexo.

Como era de esperar, el porcentaje de personas que declara una salud buena o muy buena disminuye con la edad. En cuanto a las tendencias, la mayoría de edades no presentan cambios estadísticamente significativos a lo largo de los casi veinte años que cubre el análisis. Sí se registran ciertos cambios en los grupos de edad que van de los 45 a los 74 años (adultos-maduros y primera vejez) en los hombres. Entre las muestras masculinas de 45-64 años se observa una tendencia de incremento en la prevalencia

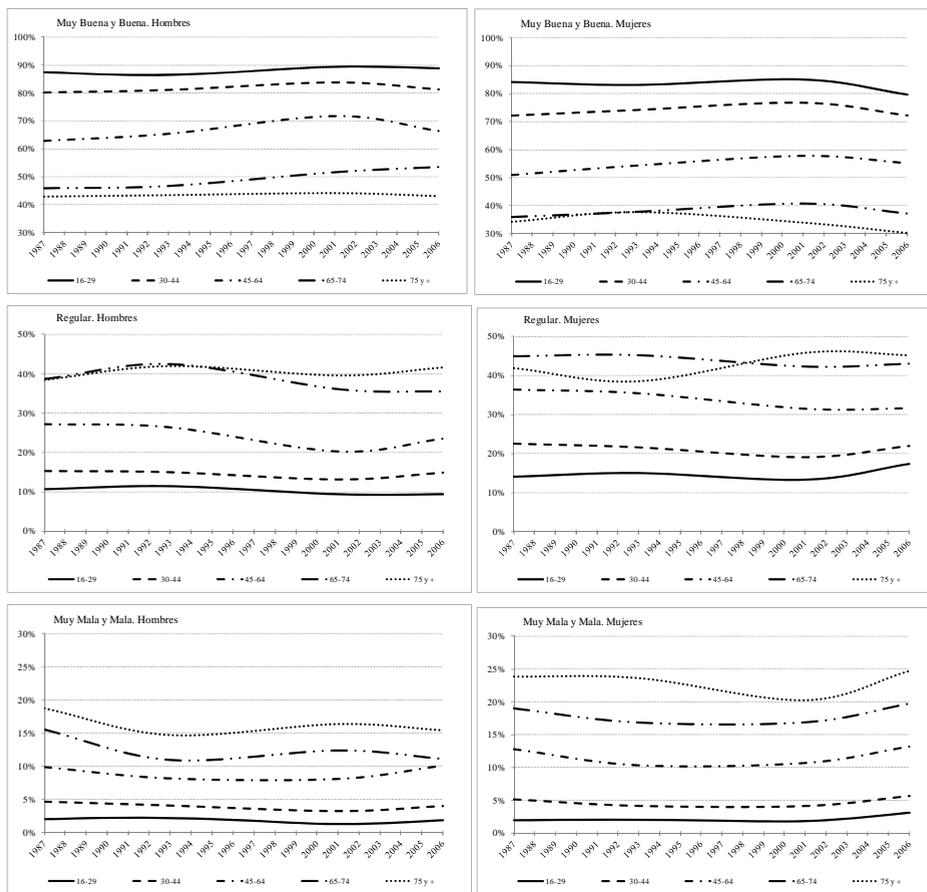
pero sin ser estadísticamente significativo tal y como muestran los intervalos de confianza (I.C.), pasando de un 62,9% (I.C. de $\pm 3,1\%$) en 1987 a un 66,4% (I.C. de $\pm 2,9\%$) en 2006, mostrando un valor máximo de 71,8% (I.C. de $\pm 3,6\%$) en 2001. En el caso de los hombres de 65-74 años el incremento es continuo, pasando de un valor de 45,8% (I.C. de $\pm 3,9\%$) en 1987 a 53,4% (I.C. de $\pm 3,8\%$) en 2006. Entre las mujeres este incremento se detecta en el grupo de edad 45-64, pasando de una prevalencia de 50,8% (I.C. de $\pm 3,0\%$) a una de 55,1% (I.C. de $\pm 3,2\%$) al final del periodo de estudio, con un máximo también en el año 2001 de 57,8% (I.C. de $\pm 3,8\%$). En este caso la tendencia tampoco se ve respaldada estadísticamente debido a la coincidencia de los I.C.

En la categoría regular, la estabilidad en el tiempo es aún más notable ya que únicamente el grupo de edad 45-64 muestra una tendencia consistente, en este caso de descenso, de sus valores en ambos sexos. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Las prevalencias pasan de un 27,2% en 1987 (I.C. de $\pm 3,1\%$) a 24,5% en 2006 (I.C. de $\pm 2,9\%$) entre los hombre y de 36,3% (I.C. de $\pm 3,0\%$) a 32,6% (I.C. de $\pm 3,0\%$) en las mujeres para los mismos años. Se observa una aparente irregularidad en el patrón por edades entre 1987 y 1993 ya que las prevalencias de las edades mayores (65-74 y 75 y más) se superponen o incluso las de 65-74 llegan a ser superiores en el caso femenino.

Por último, las prevalencias de salud subjetiva Mala o Muy Mala muestran también poca variabilidad a lo largo del tiempo para la mayoría de grupos de edad. Sólo los mayores (65-74) en el caso de los hombres y los más mayores (75 y más) en ambos sexos presentan algunos cambios que, no obstante, no conforman una tendencia consistente durante el periodo analizado.

Figura 1

Salud autopercebida por sexo y grupos de edad. España (1987-2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

3.2 Mortalidad

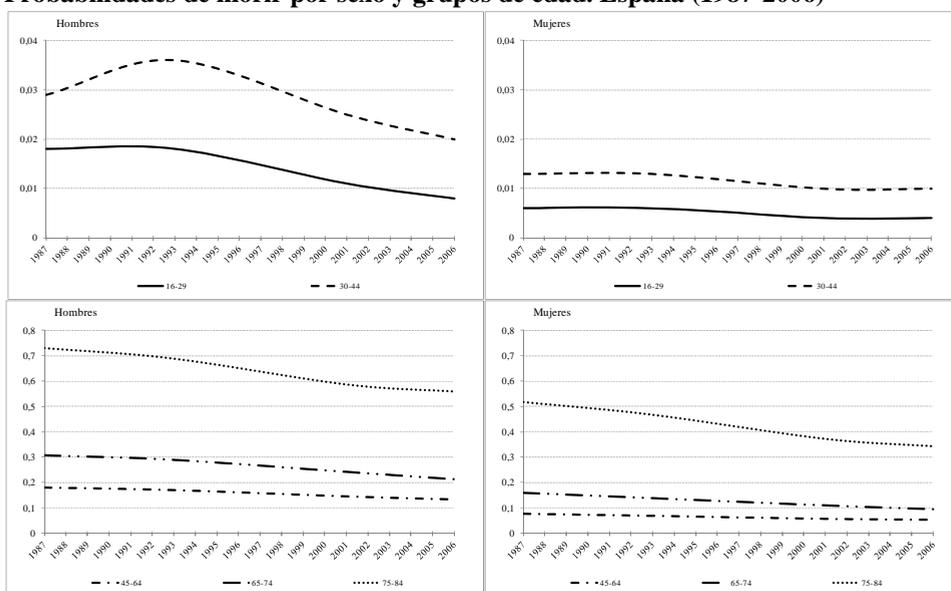
Durante el mismo periodo de tiempo, la mortalidad mostró descensos moderados en valor absoluto entre los adultos jóvenes (16-29 y 30-44) y una tendencia a la estabilidad en el caso de las mujeres para los últimos años de estudio (Figura 2). Sin embargo, si analizamos los cambios relativos se puede observar que las probabilidades de morir presentan descensos importantes entre el principio y el final del periodo, presentando valores cercanos al 50% en ambos sexos (de 0,018 a 0,008 en los hombres y de 0,006 a 0,004 en las mujeres) para el grupo de edad 16-29 y cercano al 30% para el grupo de edad 30-44, también en ambos sexos (de 0,029 a 0,020 en los hombres y de 0,013 a 0,01 en las mujeres). En el caso de las probabilidades de morir entre los adultos maduros y los dos grupos de edades avanzadas (45-64, 65-74 y 75-84) se muestra un descenso

continuo a lo largo del periodo de estudio. En términos relativos, éste descenso fue más destacado en el grupo de edad 65-74 (de 0.306 a 0.212 en los hombres, un 30% menos; y de 0,158 a 0,094 en las mujeres, un 40% menos).

Cuando comparamos los valores entre sexos se observa como al contrario de lo que pasa con la salud autopercebida, las probabilidades de morir son siempre superiores entre los hombres respecto a las mujeres.

Figura 2

Probabilidades de morir por sexo y grupos de edad. España (1987-2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del MNP (INE)

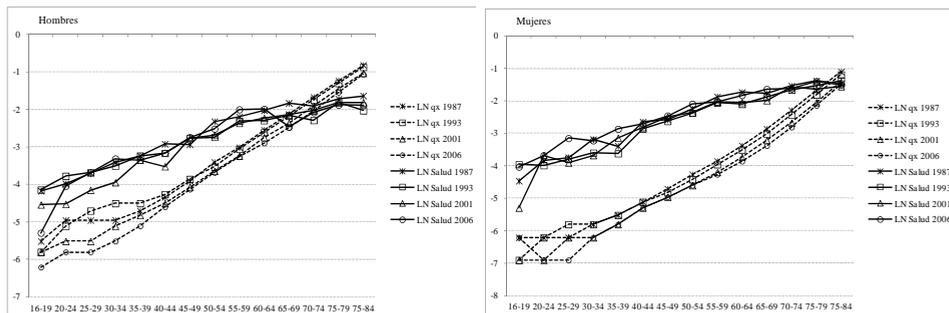
3.3 Salud autopercebida y mortalidad

Con el objetivo de poder comparar de manera gráfica el comportamiento de ambas variables, la Figura 3 muestra las prevalencias de salud autopercebida negativa (Mala y Muy Mala) y las probabilidades de morir como aproximación contextual (a nivel poblacional) de la salud objetiva. En primer lugar cabe comentar que las distancias entre ambos indicadores son menores en el caso de los hombres debido a valores mayores en la mortalidad y menores en las prevalencias de mala salud autopercebida con respecto a las mujeres. En segundo lugar, hay un patrón común por edad en ambos sexos: tendencias paralelas entre ambos indicadores hasta los 50 años aproximadamente y divergentes a partir de esa edad. Entonces se observa una relativa estabilización de la tendencia en la salud autopercebida negativa que contrasta con un incremento continuo de las probabilidades de morir con la edad así como con el aumento de las prevalencias en otros indicadores de salud objetiva como las limitaciones funcionales, las

condiciones crónicas de salud y la discapacidad observados en trabajos previos (Ajenjo et al. 2011; Cámara et al. 2011; Trias, 2012).

Figura 3.

Mala Salud autopercebida y probabilidad de morir. España. (1987-2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

4. Conclusiones

En este trabajo la relación entre salud autopercebida y mortalidad (como indicador de salud objetiva a nivel poblacional) ha sido analizada desde dos perspectivas: tendencias recientes en el tiempo y evolución en las edades adultas por sexo.

En cuanto a las tendencias recientes, el aspecto más destacable de la salud autopercebida en España durante las dos últimas décadas es la estabilidad. Este resultado es coherente con los patrones poco consistentes de determinadas condiciones crónicas y limitaciones funcionales mostradas en trabajos previos (Damian et al., 1999; Gispert et al., 1999; Jacobzone et al., 1999; EHEMU, 2005; Casado, 2007). Parece por tanto que la salud objetiva de los españoles no ha sufrido cambios sustanciales durante las dos últimas décadas y que la salud autopercebida refleja esta estabilidad aun cuando determinados indicadores de riesgo como el sobrepeso y la obesidad sí los hayan registrado en un sentido negativo (Cámara y Spijker, 2010). Esta estabilidad de la salud autopercebida, en concreto la registrada en las prevalencias para las categorías negativas ('mala' y 'muy mala') contrasta con una tendencia decreciente de las probabilidades de morir cuyo mejor reflejo es el aumento de la esperanza de vida de los españoles que ha pasado de 73,44 a 77,56 años entre los hombres y de 80,16 a 84,07³ años entre las mujeres durante el periodo analizado. De forma significativa, este aumento de las expectativas de vida se ha debido fundamentalmente a las ganancias experimentadas en edades adultas maduras y sobre todo entre los mayores (Blanes, 2007).

³ Los valores para la esperanza de vida al nacer han sido consultados en la página web del proyecto "Human Mortality Database" del Departamento de Demografía de la Universidad de Berkeley y del Max Planck Institute for Demographic Research de Rostock . <http://www.mortality.org/> [05-11-2012]

En cuanto a la relación entre salud autopercebida y mortalidad en función de la edad, podemos concluir que hasta aproximadamente el umbral de los 50 años la primera responde de manera bastante ajustada a los niveles de mortalidad. En este sentido, el aumento de las prevalencias de mala salud autopercebida refleja tanto el deterioro de las condiciones de salud objetiva durante el ciclo vital como las diferencias entre sexos que tienen que ver con dos factores relacionados: el biológico (que penaliza a la mujer en las edades posteriores a la menopausia) (Arber y Cooper, 1999; Séculi et al., 2001; Gómez Redondo et al., 2006) y el de selección por mortalidad (proceso más intenso en los varones cuya esperanza de vida es inferior a la de las mujeres) (Goldstein et al., 1984; Idler, 1993). Es decir, aunque la salud es una variable continua y a lo largo de la vida suele presentar una progresión de deterioro, dicho deterioro entre edades en una observación transversal puede moderarse en las edades más avanzadas por diversos motivos. En primer lugar, por el efecto provocado por la selección de supervivencia de las personas más sanas. En segundo lugar, por una posible adaptabilidad o asimilación subjetiva de los estados de salud propios de esas edades como se detalla más adelante en este apartado de conclusiones. Estos aspectos confluyen en la explicación de la denominada “paradoja de salud y mortalidad” entre sexos (las mujeres muestran niveles más bajos de mortalidad pero peores niveles de salud respecto a los hombres, incrementándose estas diferencias a medida que se analizan edades más avanzadas) (Arber and Cooper, 1999; Oksuzyan et al., 2008; Oksuzyan et al., 2009).

La divergencia entre las prevalencias de mala salud autopercebida y las probabilidades de morir es especialmente visible en las edades de transición a la primera vejez y puede deberse a varios factores relacionados en buena medida con lo comentado al respecto de las diferencias por sexo. Por un lado, la ENSE se realiza sobre población no institucionalizada que probablemente presenta prevalencias de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales menores a las de la población institucionalizada, particularmente en las edades avanzadas. A esto hay que sumar, de nuevo, un efecto de selección inherente a cualquier fuente de datos transversales. Son personas más fuertes y sanas, por motivos genéticos y/o de estilo de vida, las que normalmente alcanzan las edades más avanzadas; buena parte de las más proclives a declarar una salud negativa a partir de la vejez no alcanzaron dichas edades, o pese a alcanzarlas no pudieron ser entrevistadas, sea por su estado de salud precario, sea por el hecho de residir en una institución sanitaria. Insistamos, asimismo, en la posibilidad de que incluso un deterioro de las condiciones objetivas de salud en las edades más avanzadas puede tener menor impacto en la declaración de salud autopercebida debido a un proceso de normalización o aceptación de la morbilidad y la discapacidad durante el proceso de envejecimiento (Goldstein et al., 1984; Idler, 1993 y 1995; Oksuzyan et al., 2009). Este proceso de normalización tiene que ver con factores de tipo psicológico y sociológico relacionados asimismo con las principales variables demográficas tratadas en este trabajo: la edad y el sexo.

En primer lugar, la normalización de determinados estados de morbilidad crónica o limitación funcional se asocia a la adaptación de la actividad cotidiana a los límites impuestos por dichos estados siempre y cuando no se produzcan episodios de empeoramiento significativo de la salud al margen del deterioro gradual esperado. Por ejemplo, el impacto negativo que el deterioro de las condiciones objetivas de salud

tiene sobre la calidad de vida percibida por los individuos es de mayor intensidad en el corto plazo. Sin embargo, en el medio y largo plazo los niveles tanto de salud autopercebida como los de calidad de vida declarados por los individuos suelen recuperarse. Es cierto, no obstante que esta recuperación depende del tipo de problema de salud objetiva. De este modo, las limitaciones funcionales muestran una influencia más duradera sobre la percepción de los individuos mientras que el efecto de las enfermedades cardiovasculares suele desaparecer o asimilarse más rápidamente (Idler y Benyamini, 1997; Moons et al., 2005).

El proceso de normalización también puede verse acelerado o ralentizado dependiendo del entorno más próximo del individuo. Este entorno sirve como referencia a la hora de fijar las expectativas propias del estado de salud. Estas expectativas a su vez sirven para establecer en parte la manera en la cual se percibe la propia salud (Séculi et al, 2001). Por ejemplo, se puede tender a valorar la salud propia en función de la de los individuos cercanos con características similares (edad, características socioeconómicas, etc)

En definitiva, no es excepcional que la salud autopercebida mejore en determinados casos con la edad dentro de los grupos de edad más avanzados (Idler, 1995; Benyamini et al., 2003) o que, de manera más general, disminuya el deterioro de la salud autopercebida con la edad al llegar a edades avanzadas. En el caso español, los efectos que acabamos de comentar pueden verse amplificados por las diferencias generacionales asociadas a la salud y los niveles de vida. Actualmente encontramos conviviendo en la población española a generaciones con experiencias y ciclos vitales enormemente diferenciados (piénsese, por ejemplo, en la dureza de las condiciones de vida durante periodos críticos como la infancia y la adolescencia de las generaciones de españoles nacidos durante la primera mitad del siglo XX). Además, en el mismo plano generacional, aquellas cohortes socializadas en un contexto de medicalización relativamente alta como las nacidas durante la segunda mitad del siglo XX pueden mostrarse naturalmente más pesimistas que aquellas que han desarrollado parte de su ciclo vital antes del gran salto socioeconómico español. En consecuencia, es hasta cierto punto lógico que la asociación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud en España en una aproximación transversal sea alta hasta las edades adultas maduras y disminuya entre las edades avanzadas. Estos resultados y las reflexiones realizadas sobre los mismos demuestran la necesidad de interpretar los indicadores de salud procedentes de información autodeclarada atendiendo a un marco explicativo multidimensional (sanitario, sociodemográfico y psicológico) donde la importancia relativa de los factores varía con la edad.

Referencias

- AJENJO, M.; BLANES, A. Y CÁMARA, A.D. (2011). «Envejecer en movimiento. Elementos demográficos para una movilidad sostenible en España». Barcelona, *Fundació RACC*.

- ANGEL, R. Y GUARNACCIA, P. (1989). «Mind, Body, and Culture: Somatization among Hispanics». *Social Science & Medicine*, 28: 1229-38.
- APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A. Y STURMANS, F. (1996). «Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population». *Social Science & Medicine*, 42: 681-89.
- ARBER, S. Y COOPER, H. (1999). «Gender differences in health in later life: the new paradox?». *Social Science & Medicine*, 1999; 48: 61-76.
- BENYAMINI, Y.; BLUMSTEIN, T.; LUSKY, A. Y MODAN, B. (2003). «Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival?». *Gerontologist*, 43: 396-405.
- BLANES, A. (2007). «La mortalidad en la España del siglo XX». *Tesis doctoral inédita. Bellaterra, Centre d'Estudis Demogràfics*.
- CÁMARA, A.D.; BLANES, A.; ALUSTIZA, A. Y MENACHO, T. (2011). «Room for optimism from generational hardship. Trends in disability and living conditions of the Spanish elderly». *Centre d'Estudis Demogràfics. Papers de Demografia*, 388.
- CÁMARA, A.D. Y SPIJKER, J.J. (2010). «Super size Spain? A cross-sectional and quasi-cohort trend analysis of adult overweight and obesity in an accelerated transition country». *Journal of Biosocial Science*, 42(3): 377-93.
- CASADO, D. (2007). «Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España». *Fundación BBVA. Documentos de Trabajo*, 7. 2007. 30.
- CASTRO, A.; ESPINOSA, I.; RODRÍGUEZ, P. Y SANTOS, P. (2007). «Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española». *International Journal of Clinical Health Psychology*, 7: 883-98.
- DAMIAN, J.; RUIGOMEZ, A.; PASTOR V. Y MARTÍN-MOREN, J.M. (1999). «Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home». *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53; 412-16.
- EHEMU (EUROPEAN HEALTH EXPECTANCY MONITORING UNIT) (2005). «Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel». *EHEMU Technical Report*, 2.
- GISPERT, R.; CLOT-RAZQUIN, G.; RIVERO, A.; FREITAS, A.; RUÍZ-RAMOS, M.; RUÍZ, C.; BUSQUETS, E. Y ARGIMÓN, J.M. (2008). «El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999». *Revista Española de Salud Pública*, 82: 663-65.
- GOLDSTEIN M., SIEGEL, J.M. Y BOYER R. (1984) «Predicting changes in perceived health status». *American Journal of Public Health*, 74: 611-14.

- GÓMEZ REDONDO, R.; GÉNOVA, R. Y ROBLES, E. (2006). «Mortality compression and equilibrium trend in health. The Spanish Case». XXVI European Union Europe Blanche. 25-26 noviembre 2005. Budapest, Hungría. *Paris: Institut de Sciences de la Santé*. 65-82.
- GONZALO, E. Y PASARÍN, M. (2004). «La salud de las personas mayores». *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 69-80.
- HERNÁNDEZ, C. Y JIMÉNEZ D. (2009). «Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud». *Gaceta Sanitaria*, 23(1): 47-52.
- IDLER E. L. (1993). «Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?». *Journal of Gerontology*, 48: 289-300.
- IDLER E. L. (1995). «Self-Ratings of Health: Do they also predict change in functional ability?». *Journal of Gerontology*, 50: 344-53.
- IDLER, E. Y BENYAMINI Y. (1997). «Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies». *Journal of Health & Social Behavior*, 38: 21-37.
- JACOBZONE, S.; CAMBOIS, E. Y ROBINE, J.M. (1997). «The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?». *OECD, Labour market and Social Policy, Occasional papers*, 37.
- MADDOX, G.L. Y DOUGLAS, E.B. (1973). «Self-Assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects». *Journal of Health & Social Behavior* 14: 87-93.
- MCGEE, D.L.; LIAO, Y.; GAO, G. Y COOPER, R.S. (1999). «Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort». *American Journal of Epidemiology*, 149: 41-46.
- MILUNPALO, S.; VUORI, I.; OJA, P., PASSANEN, M. Y URPONEN, H. (1997). «Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population». *Journal of Clinical Epidemiology*, 50: 517-28.
- MOONS, P. (2004). «Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4): 275-277.
- MOONS, P.; VAN DEYK, K.; DE GEEST, S.; GEWILLIG, M. Y BUDTS, W. (2005). «Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients?». *Heart and Education in Heart*, 91: 1193-1198.
- MOSSEY, J.M. Y SHAPIRO E. (1982). «Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly». *American Journal of Public Health*, 72: 800-08.
- OECD (2007). «Health at a Glance». *OECD indicators* 2007.
- OKSUZYAN, A.; JUEL, K.; VAUPEL, J.W. Y CHRISTENSEN, K. (2008). «Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging». *Aging Clinical and Experimental Research*, 20: 91-102.

- OKSUZYAN, A.; PETERSEN, I.; STOVRING, H.; BINGLEY, P.; VAUPEL, J.W. Y CHRISTENSEN, K. (2009). «The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias». *Annals of Epidemiology*, 19: 504-511.
- OMRAN, A.R. (1998). «The epidemiologic transition theory revisited thirty years later». *World Health Statistics*, 51: 207-17.
- RAJMIL, L.; ESTRADA, M.D.; HERDMAN, M.; SERRA-SUTTON, V. Y ALONSO, J. (2001). «Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España». *Gaceta Sanitaria*, 15 (4): 34-43
- REED L.J. Y MERRELL, M. (1939). «A short method for constructing an abridged life table». *American Journal of Hygiene*, 30: 993-1022.
- SÉCULI, E.; FUSTÉ, J.; BRUGULAT, P.; JUNCÀ, S.; RUÉ, M. Y GUILLÉN, M. (2001) «Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida». *Gaceta Sanitaria*, 15: 217-23.
- SINGH-MANOUX, A.; GUEGUEN, A.; MARTIKAINEN P.; FERRIE, J.; MARMOT, M. Y SHIPLEY, M. (2007) «Self-rated health and mortality: Short and long term associations in the Whitehall II Study». *Psychosomatic Medicine*, 69: 138-43.
- TRIAS, S. (2012). «Condicions cròniques de salut en edats adultes madures: anàlisi sociodemogràfica a Espanya (1987-2009)». *Bellaterra, Centre d'Estudis Demogràfics*.