



boletín

sobre el envejecimiento

perfiles y tendencias

Nº 30

AGOSTO 2007

El proyecto SHARE Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa

EDITORIAL

En esta ocasión, desde el Observatorio de Personas Mayores ofrecemos información sobre un proyecto que consideramos de gran importancia para el desarrollo de políticas dirigidas a la población mayor europea. Se trata del proyecto SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa.

El objetivo principal de este interesante proyecto es proporcionar información multidisciplinar y comparable, que pueda utilizarse para el análisis de las interacciones y relaciones causales que existen entre los factores económicos, sociales, psicológicos y sanitarios que determinan la calidad de vida de las personas mayores en el viejo continente.

SHARE comenzó sus trabajos elaborando un cuestionario común para personas de 50 y más años y sus parejas. Más de 27.000 individuos fueron entrevistados a lo largo de 2004 en 11 países inicialmente participantes (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Suecia y Suiza). Desde un principio, el proyecto ha pretendido dar respuesta a la petición de la Comisión Europea de «examinar la posibilidad de establecer, en cooperación con los Esta-

dos Miembros, una encuesta europea longitudinal», como fuerte pilar en el que apoyar parte de la investigación europea en torno al envejecimiento. Y como tal ha sido objeto de importantes subvenciones por parte de la Unión.

El Boletín que presentamos a continuación recoge dos documentos. El primero de ellos, realizado por Pedro Mira y Laura Crespo, responsables del proyecto SHARE en nuestro país, es un breve resumen del camino recorrido hasta ahora, desde la primera ola hasta el momento presente, una explicación de los principales aspectos metodológicos de la encuesta, y una puerta abierta a los retos que en el futuro deberá afrontar el proyecto.

El segundo documento que aquí se incluye, es la traducción de la parte introductoria del documento: «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe» que resume parte de los datos obtenidos y aporta una visión panorámica de lo que es SHARE. Estos primeros resultados muestran el valor de los datos de este proyecto en tres ámbitos fundamentales: las circunstancias económicas, las condiciones de salud y bienestar, y la integración en la familia y en las redes sociales.

El Observatorio de Personas Mayores viene siguiendo el desarrollo de este proyecto desde sus inicios, esperamos y deseamos que SHARE continúe evolucionando de manera satisfactoria y que se cumplan las previsiones de incluir datos sobre otros países europeos, como Reino Unido y de los miembros más recientes de la Unión Europea. El objetivo de aumentar el número de terceros países que realicen estudios similares siguiendo este modelo, así como el posible incremento del tamaño de las muestras nacionales, pueden ser también factores decisivos en la consolidación de una de las más importantes investigaciones transnacionales de las últimas décadas en el ámbito de las personas mayores.

Si desean profundizar en la información sobre SHARE y la obtenida por el proyecto, es posible consultar libre y gratuitamente los datos y documentos en la web <http://www.share-project.org/>, así como la publicación completa en inglés del libro cuya primera parte traducida aquí presentamos y que también está disponible en Portal Mayores (<http://www.imsersomayores.csic.es>).

**Observatorio
de Personas Mayores**

Primera edición: 2007

© IMSERSO, 2007

Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Secretaría de Estado de Servicios Sociales,
Familias y Discapacidad
Avda. de la Ilustración c/v Ginzo de Limia, 58
28029 Madrid - Tel.: 91 363 89 35

NIPO: 216-07-006-2

Depósito Legal: BI-3.084-07

Imprime: Grafo, S.A.

El proyecto SHARE: Estado actual y planes de futuro. Por Pedro Mira, Laura Crespo.

Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa: Introducción. Por Axel Börsch-Supan
(Traducción: *Compuedición*).

De «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe».

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://www.060.es>

ÍNDICE

1. El proyecto SHARE: Estado actual y planes de futuro	2
1.1. Resumen del proyecto y objetivos	2
1.2. Breve descripción de la primera ola	2
1.3. Evolución del proyecto desde 2005 hasta el momento presente: la segunda ola	3
1.4. Cuestiones metodológicas: características de la muestra, entrevista y cuestionario, trainings y trabajo de campo, organización del proyecto	4
1.5. Futuro de SHARE: SHARE-LIFE y ESFRI	6
2. Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa. Introducción	8
2.1. El envejecimiento de la población en Europa	8
2.2. El envejecimiento individual: salud, economía y redes sociales	18
2.3. Cómo se creó SHARE	20
2.4. Principales mensajes de SHARE	21
2.5. ¿A dónde vamos a partir de aquí?	23

1. El Proyecto SHARE: Estado actual y planes de futuro

1.1. Resumen del proyecto y objetivos

SHARE surge como un proyecto europeo diseñado y desarrollado por un conjunto de instituciones científicas europeas en respuesta a la petición de la Comisión Europea de «examinar la posibilidad de establecer, en cooperación con los Estados Miembros, una encuesta europea longitudinal» para promover la investigación europea sobre el proceso de envejecimiento.

Tal y como se señala en el capítulo introductorio del libro «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», el principal objetivo del proyecto SHARE (www.share-project.org) es proporcionar información a nivel de individuo y de hogar para el análisis de las interacciones y relaciones causales que existen entre los factores económicos, sociales, psicológicos y sanitarios que determinan la calidad de vida de las personas mayores. El conocimiento exhaustivo y preciso de dichas interacciones es fundamental para desarrollar políticas públicas efectivas dirigidas a afrontar los problemas derivados del envejecimiento y garantizar un envejecimiento saludable y sostenido en los países europeos.

Por lo tanto, el gran desafío de SHARE es el desarrollo de una encuesta longitudinal en todos los países europeos en la que la misma muestra de individuos de 50 y más años y sus parejas sea entrevistada cada dos años sobre temas de demografía, empleo, jubilación, salud mental y física, apoyo y redes sociales, vivienda, renta y consumo, a nivel del hogar e individual. Este diseño dota a SHARE de tres características de gran interés para la investigación en temas sobre envejecimiento en Europa. En primer lugar, la *multidisciplinariedad* de la información permite analizar un espectro muy amplio de interacciones y relaciones entre variables de salud, económicas y sociológicas que afectan a la calidad de vida de las personas mayores. Segundo, el desarrollo y la implementación del cuestio-

nario y de todos los procedimientos del trabajo de campo son idénticos en todos los países participantes. Esto garantiza la plena *comparabilidad* de los datos y permite explotar la variabilidad de políticas e instituciones existentes entre los países europeos, que hace de la Unión Europea un «gran laboratorio natural» para analizar el efecto de dichas políticas sobre el comportamiento de los individuos. Asimismo, los datos de SHARE son comparables a los de sus encuestas análogas en Reino Unido, ELSA (English Longitudinal Study of Ageing), y en EEUU, HRS (Health and Retirement Study), que han servido como modelos para la encuesta europea. Por último, la *variabilidad temporal* en los datos longitudinales proporciona a los investigadores y gobernantes, frente a la variabilidad en una sección cruzada, la información necesaria para identificar los efectos futuros sobre el comportamiento del individuo de determinados acontecimientos o políticas de los que sabemos aún poco en la actualidad y para mejorar la identificación de las relaciones causales entre las variables de interés.

Este tipo de información hace posible la investigación de cuestiones de especial relevancia para los países europeos como los cambios en la salud, en las relaciones sociales y en las transferencias intergeneracionales que se producen después de la jubilación, las distintas sendas o pautas que los individuos escogen para la jubilación o la asociación entre renta, salud y edad. En España, estos temas despiertan un gran interés dado que se trata de uno de los países que ha experimentado en las últimas décadas un envejecimiento más acusado que la media europea debido a una mayor longevidad y una menor fertilidad.

1.2. Breve descripción de la primera ola

SHARE ya ha creado y establecido durante los últimos años un prototipo de encuesta de estas características en Europa con la ayuda del Quinto y Sexto Programa Marco de la Comisión Europea y la finan-

ciación adicional aportada por el National Institute on Aging (NIA) de EEUU. En concreto, el proyecto se inició en Enero de 2002 con el propósito de elaborar un cuestionario común, traducirlo, probarlo en encuestas piloto y realizar una primera encuesta en 11 países europeos a individuos de 50 y más años y a sus parejas. El trabajo de campo se hizo en 2004 y fueron entrevistadas más de 27.000 personas en 11 países participantes (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Suecia y Suiza). En España, el trabajo de campo de la primera ola lo realizó TNS-Demoscopia entre Mayo y Diciembre de 2004. Se consiguieron unas 2.400 entrevistas individuales en 1.750 hogares. Los datos se pusieron a disposición de la comunidad científica en la Primavera de 2005 (Release 1), y antes de finalizar este año se hará pública una base de datos más depurada y completa, el Release 2. El acceso a los datos de SHARE es totalmente gratuito y está abierto a todos los usuarios que sean miembros de universidades o centros de investigación o pertenezcan a una institución de la Unión Europea.

A pesar de su corta vida y de disponer actualmente sólo de una ola de datos, SHARE se ha convertido en un ejemplo mundial de integración de diversas disciplinas y países. Se trata de la primera encuesta armonizada ex-ante que permite realizar comparaciones entre países en todas las dimensiones socioeconómicas y de salud pública de relevancia en el proceso de envejecimiento. Desde que se hicieron públicos y se pusieron a disposición de la comunidad científica hace sólo dos años, los datos de la primera ola de SHARE han atraído a más de 560 usuarios registrados y han generado un número significativo de publicaciones científicas. Entre estos usuarios se encuentran departamentos y centros de investigación españoles de primer nivel en el ámbito internacional en el área de la economía empírica (Centro de Estudios Monetarios y Financieros, Servicios de Estudios del Banco de España, Dpto. de Economía de la Universidad Carlos III, Dpto. de Economía y Empresa de la Universitat Pompeu Fabra, Dpto. de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad de Alicante, y Fundación de Estudios de Economía Aplicada). El éxito de la primera ola de SHARE ha sido debido en buena parte al lanzamiento de los datos en un momento de gran interés de la comunidad científica en el tema del envejecimiento. Un resumen estadístico

descriptivo pormenorizado de estos datos puede encontrarse en el libro «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe» que se encuentra disponible on-line y de forma gratuita en la página web del proyecto. Como muestra de dichos contenidos, al final de este documento se proporciona la traducción al castellano del capítulo introductorio de este libro en el que se hace un breve repaso a los contenidos y resultados más destacados.

1.3. Evolución del proyecto desde 2005 hasta el momento presente: La segunda ola de SHARE

Tal y como se ha mencionado anteriormente, actualmente sólo disponemos de la primera ola de datos de esta encuesta. Sin embargo, una simple sección cruzada tiene limitaciones para el análisis del proceso del envejecimiento de la población y su interacción con otras variables de interés. Por ejemplo, la dimensión temporal permite observar directamente el efecto de un evento negativo que se produce en el estado de salud de un individuo mayor en un momento determinado sobre variables de decisión de interés como su consumo, su demanda y uso de cuidados formales e informales y su oferta de trabajo. Esto es sólo posible comparando estas variables para un mismo individuo en distintos momentos del tiempo. Por lo tanto, la variabilidad temporal en los datos longitudinales nos proporciona la información necesaria para reforzar la identificación de los efectos causales. Uno de los objetivos principales de SHARE es proporcionar información longitudinal sobre las variables recogidas en el cuestionario reentrevistando la misma muestra de individuos cada dos años.

Este aspecto longitudinal se estrena en la segunda ola de datos, cuyo proceso de diseño comenzó después del verano de 2005. En el otoño de ese año y en la primavera de 2006 se revisó el cuestionario y se preparó su versión longitudinal. El trabajo de campo de la segunda ola se inició en Octubre de 2006. Se han sumado al proyecto la República Checa y Polonia, que están haciendo su primera ola. Entretanto, Israel también ha finalizado una primera ola con fi-

nanciación propia. En España, en el mes de Julio de 2006 se realizó un piloto con unos 60 hogares que participaron en el piloto de 2004, y a principios de Noviembre de 2006 se inició el trabajo de campo de la segunda ola, a cargo de TNS-Demoscopia en España, que durará hasta Julio de 2007. En esta nueva ola se está entrevistando a la muestra de todos los individuos que fueron entrevistados en 2004 y se ha incluido una muestra de refresco que permite incorporar a las nuevas generaciones nacidas en 1955 y 1956, que han pasado a formar parte del universo objetivo de SHARE en los dos últimos años. Los primeros resultados de esta segunda ola han sido presentados el 3 de Julio de 2007 en Bruselas.

Tal y como ya ocurrió con el Health and Retirement Study (HRS) en los EEUU y con el English Longitudinal Study on Aging (ELSA) en el Reino Unido, es previsible que la producción de investigación de alta calidad basada en los datos de SHARE aumente significativamente con la disponibilidad de datos longitudinales. El valor científico de los datos longitudinales es inmenso porque permiten añadir la dimensión temporal al análisis. Primero, la dimensión temporal es esencial porque el envejecimiento es un proceso, no un estado. Segundo, la dimensión temporal es esencial en el análisis de políticas públicas porque los individuos modifican su comportamiento ante los cambios o las reformas que tienen lugar en el tiempo en instituciones como el sistema de pensiones o el sistema de cuidados sanitarios. Tercero, la dimensión temporal es esencial para ir más allá de las correlaciones puramente estadísticas e identificar la causalidad entre intervenciones y efectos.

1.4. Cuestiones metodológicas: características de la muestra, entrevista y cuestionario, trainings y trabajo de campo, organización del proyecto

El aspecto metodológico más destacado de la encuesta SHARE es el carácter *estandarizado* o *armonizado* de todos los procedimientos y protocolos im-

plementados en el desarrollo de la misma en todos los países participantes (población objetivo, cuestionario, método de entrevista y gestión de la muestra, programas de formación a los entrevistadores,...). Este esfuerzo es fundamental para garantizar la máxima comparabilidad de los datos entre los países. A continuación, se ofrece una breve explicación de los principales aspectos metodológicos de la encuesta.

La *población objetivo* en cada país participante en SHARE consiste en individuos de 50 y más años residiendo en hogares,¹ así como sus parejas respectivas con independencia de la edad que tengan. En concreto, se trata de una muestra de probabilidad representativa de la población en ese rango de edad en cada uno de los países. Sin embargo, el *diseño muestral* varía entre los países en la medida que no todos ellos presentan la misma disponibilidad de fuentes estadísticas censales o «marcos» muestrales. Así, en la mayoría de los países existen registros de individuos que permiten realizar una estratificación por edad, aunque en algunos de ellos estos registros están gestionados a un nivel regional o municipal. En ciertos casos ha sido necesaria la colaboración con los institutos nacionales de estadística para acceder a los registros de la población mientras que en otros dicha colaboración no ha sido posible. En algunos países incluso ha sido necesario usar directorios telefónicos e implementar un proceso de «pre-detección» de individuos elegibles en la muestra al principio del trabajo de campo. En el caso de España, la muestra ha sido proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y se ha aplicado un muestreo en dos etapas. En la primera etapa se realiza una selección de distritos censales entre una lista de distritos estratificados por tamaño de municipio. En la segunda etapa se realiza la selección de los hogares con individuos elegibles de cada uno de los distritos censales seleccionados en la etapa previa.

El método para recolectar los datos es una de las características del diseño y la metodología de encuestas que puede afectar a la calidad de los mismos. Por ejemplo, *el método de entrevista* podría afectar la tasa de participación en la encuesta, la no-respuesta

¹ En la primera ola fueron incluidos individuos viviendo en residencias de personas mayores sólo en el caso de Dinamarca y Suecia. Sin embargo, en la segunda ola se entrevistan también a aquellas personas que se han trasladado a una residencia en el período transcurrido entre ambas entrevistas.

en determinadas preguntas y los errores en las respuestas. El método de entrevista adoptado en SHARE es el CAPI (Computer Assisted Personal Interview) o *Entrevista Personal Asistida por Ordenador*, complementada con un breve cuestionario en papel autocumplimentado. La entrevista CAPI representa la mayor parte de la entrevista en SHARE y su duración media en la primera ola fue de 65 minutos en los hogares de una sola persona y de 110 minutos en los hogares con dos o más personas. Una de las características más importantes de la entrevista es el hecho de que está basada en un *cuestionario* originariamente en inglés totalmente estandarizado para todos los países participantes. Este cuestionario fue traducido a cada uno de los idiomas de estos países² y ligeramente «adaptado» a las instituciones e idiosincrasias propias de cada uno de ellos. El cuestionario de SHARE consta en la actualidad de 22 módulos interdisciplinarios que se centran en preguntas sobre demografía, hijos, salud física, comportamiento de riesgo, medidas de salud física, medidas de capacidad cognitiva y salud mental, cuidados y atención sanitaria, empleo y pensiones, renta del hogar, vivienda, consumo, activos, apoyo y redes sociales, transferencias financieras, actividades y expectativas.

Un elemento destacado del cuestionario es el uso de las llamadas *viñetas* en la sección autocumplimentada del mismo. Las *viñetas* son preguntas sobre personas hipotéticas en una situación particular que los entrevistados deben evaluar. Este mecanismo es utilizado en el caso de preguntas cuyas respuestas consisten en evaluaciones subjetivas del individuo sobre su propia situación o sobre un determinado aspecto de la sociedad. A menudo los investigadores están interesados en analizar y comparar las respuestas a dichas preguntas entre grupos de individuos que difieren en cultura, nacionalidad, edad, características socioeconómicas, ... Comparar evaluaciones o percepciones subjetivas entre estos grupos presenta el inconveniente de que individuos con diferentes características pueden interpretar y responder a estas preguntas de forma diferente. Por lo tanto, estas diferencias deben tenerse en cuenta a la hora de realizar estas comparaciones. La solución a estas respuestas «incomparables» es la de vincular cada categoría posible de res-

puesta a un estándar determinado común a todos los entrevistados. Este estándar es proporcionado por la historia hipotética que se plantea en la *viñeta*. Con el uso de las *viñetas* es posible «ajustar» las respuestas o evaluaciones subjetivas de los individuos para hacerlas comparables entre ellos. En concreto, SHARE utiliza este mecanismo en determinadas preguntas sobre autoevaluación de diferentes conceptos de salud y de opinión sobre la política local para un porcentaje determinado de la muestra. Más información sobre este aspecto del cuestionario puede encontrarse en la dirección www.compare-project.org.

En la primera ola de la encuesta todos los individuos rellenaron el mismo *tipo de encuesta*. Sin embargo, en la segunda ola se han diseñado varios tipos de entrevista para los diferentes «tipos» de individuos encuestados. La *entrevista longitudinal* es aquella diseñada para los individuos «longitudinales», es decir, aquellos individuos que ya fueron entrevistados en la primera ola y que, por lo tanto, han sido reentrevistados en la segunda. En esta entrevista se pone más énfasis en la identificación de los cambios que han podido producirse en la vida del individuo entre los dos años que separan a ambas entrevistas. La *entrevista básica* es aquella diseñada para los individuos que son entrevistados por primera vez en la segunda ola. Ambos tipos de entrevista pueden realizarse a través de un «proxy», es decir, una persona que contesta en representación del individuo elegible. Esta posibilidad es permitida sólo bajo determinadas circunstancias previamente establecidas, por ejemplo, en el caso de que el individuo sufra algún tipo de demencia o incapacidad que le impida realizar total o parcialmente la entrevista. Un tipo especial de entrevista «proxy» es la llamada *entrevista de salida*. Ésta está diseñada para aquellos individuos longitudinales (es decir, fueron entrevistados en la primera ola) que han fallecido entre el momento de la primera entrevista y el momento de contactarles para hacer la segunda. Su objetivo principal es recoger información sobre las condiciones de vida del individuo en el último año de vida y las causas de su fallecimiento.

Respecto a la *formación a los entrevistadores*, SHARE encargó al SRC (Survey Research Center) del Institute

² En Bélgica el cuestionario fue traducido al francés y holandés, y en Suiza fue traducido al alemán, italiano y francés.

for Social Research de la University of Michigan el diseño y desarrollo de un programa de entrenamiento y formación así como de un manual sobre el proyecto para los entrevistadores. En concreto, el SRC ha implementado dicho programa de forma centralizada en cada una de las olas para formar a los miembros de los equipos de los países participantes en SHARE. Posteriormente, estos equipos han replicado de forma descentralizada el mismo programa de formación y entrenamiento a los entrevistadores participantes en la encuesta en cada uno de los países. Los objetivos que se persiguen con este procedimiento estandarizado son básicamente garantizar la consistencia en el trabajo de las agencias de campo y obtener resultados comparables y generalizables para todos los países participantes en la encuesta.

Para incentivar la participación en la encuesta y como prueba de agradecimiento, en la mayoría de los países se entregó a todos los entrevistados un pequeño recuerdo a modo de obsequio/incentivo. Algunos ejemplos utilizados en España son un billete de lotería, un cheque regalo con descuento de 10 euros de El Corte Inglés, y un transistor.

La estructura y organización del proyecto SHARE es la siguiente: en primer lugar, la dirección del proyecto es gestionada por el Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA) de la University of Mannheim siendo el director de este centro, el Profesor Axel Börsch-Supan, el máximo responsable. Las tareas de programación del software utilizado para la entrevista y la gestión de la muestra así como de coordinación de todos los aspectos técnicos e informáticos del trabajo de campo en todos los países son realizadas por el CentERdata de la Tilburg University. Este centro está especializado en la investigación en economía aplicada y estudios de encuestas. Tal y como se ha mencionado anteriormente, el SRC de la University Michigan es la institución encargada de la elaboración del programa de formación a los entrevistadores. Además, también proporciona asesoramiento sobre los distintos aspectos del proceso de implementación de la encuesta basado en su larga experiencia con el Health and Retirement Study (HRS) norteamericano. SHARE cuenta además con la colaboración de varios «grupos de trabajo» formados por especialistas en cada una de las áreas o materias de interés para la encuesta. Su tarea principal es el di-

seño del cuestionario, garantizando la viabilidad de las preguntas en todos los países y manteniendo un equilibrio razonable entre la cobertura de los numerosos temas de salud, economía y familia de interés para SHARE y la longitud del cuestionario. Además, los «grupos de trabajo» cuentan con asesoramiento continuo de los investigadores expertos del HRS norteamericano y el ELSA inglés. Por último, los «equipos de los países» son los responsables de la implementación de la encuesta en cada país participante en SHARE. En concreto, los líderes de dichos equipos proponen y eligen la agencia encuestadora que se encarga del trabajo de campo, coordinan y supervisan el desarrollo del mismo y analizan el marco legal existente en cada país para garantizar la protección de datos confidenciales. La institución responsable de la gestión, desarrollo y supervisión de la encuesta en España es el Centro de Estudios Monetarios y Financieros (CEMFI, www.cemfi.es).

Información más específica y detallada sobre todas estas cuestiones metodológicas de la encuesta puede encontrarse en el libro «The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Methodology», disponible online de forma gratuita en la página web del proyecto SHARE.

1.5. El futuro de SHARE: SHARE-LIFE y ESFRI

En la actualidad, el proyecto SHARE afronta dos retos importantes de cara a los próximos años. En primer lugar, está previsto que en el otoño de 2008 comience el trabajo de campo de SHARE-LIFE, una encuesta que recogerá las historias vitales retrospectivas de los individuos de la muestra de SHARE. En concreto, el cuestionario de esta nueva entrevista estará centrado principalmente en los temas de empleo y salud en el período comprendido entre la infancia y el momento de la entrevista con el objetivo de identificar los principales cambios que se hayan producido a lo largo de la vida de los individuos en estas áreas de interés. Actualmente, este proyecto se encuentra en la fase preliminar de elaboración del cuestionario por parte de los «grupos de trabajo» de SHARE y se espera realizar el primer piloto alrededor de Noviembre de este año.

El segundo reto de SHARE es la constitución de un consorcio europeo que cree la estructura técnica, logística y financiera necesaria para garantizar la continuidad de SHARE como una encuesta longitudinal estable en la década 2010-2020. Dicho consorcio estaría formado por grupos e instituciones nacionales de cada país participante como universidades, centros de investigación, ministerios nacionales de ciencia y fundaciones, más dos Direcciones Generales de la UE (Dirección General de Empleo y Asuntos Socia-

les y Dirección General de Asuntos Financieros), y el National Institute on Aging de los EEUU. Este proyecto se enmarca en la Hoja de Ruta del Foro Europeo Estratégico sobre Infraestructuras de Investigación (ESFRI³). Durante los años 2008 y 2009 se desarrollarán las fases preparatoria y de construcción de dicho consorcio en las que cada equipo participante tendrá que realizar diversas tareas dirigidas a garantizar la constitución y continuidad del consorcio SHARE en el largo plazo.

³ <http://cordis.europa.eu/esfri/roadmap.htm>.

2. Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa

2.1. Introducción¹

Este estudio se ocupa de las vidas de los europeos de 50 y más años. Describe un cuadro de su salud, sus familias y redes sociales, su situación económica y su felicidad. Muestra la gran variación de las circunstancias vitales de cada país y revela notables diferencias, así como similitudes, en todos los países europeos.

Dos observaciones constituyen el fondo de este libro. En primer lugar, Europa tiene una enorme riqueza en su diversidad de culturas, historias y enfoques políticos. Más que cualquier otro continente, Europa tiene la suerte de gozar de grandes diferencias culturales, históricas y políticas aun dentro de distancias pequeñas. No deja de ser una tarea fascinante comparar los países y las regiones para observar simplemente cómo han moldeado estas diferencias el comportamiento de los ciudadanos europeos; pero es más fascinante todavía entender los mecanismos a través de los cuales la cultura, la historia y la políticas públicas nos afectan a todos nosotros.

En segundo lugar, Europa está envejeciendo. «La vieja Europa», como estableció un observador de fuera, ya es el continente con la proporción más alta de ciudadanos mayores y el proceso de envejecimiento de la población continuará durante la mayor parte de este siglo. Comprender cómo nos afectará a todos nosotros el proceso de envejecimiento y cómo afecta de forma diferente a las personas de los países europeos, porque su cultura, sus estructuras sociales desarrolladas a lo largo de la historia y sus enfoques en materia de políticas públicas son diferentes, es una tarea importante para cuantos investigan en economía, ciencias sociales y salud pública con el objetivo de convertir los desafíos del envejecimiento de la población de Europa en oportunidades para Europa.

Entender el envejecimiento y cómo afecta a los individuos en los diversos entornos culturales de Europa es la tarea principal de SHARE (siglas de *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), la Encuesta

de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa. SHARE ya ha recopilado datos de las circunstancias de vida individuales de cerca de 22.000 personas mayores de 50 y más años en 11 países europeos (su ámbito abarca desde Escandinavia hasta el Mediterráneo) y la recopilación de datos aún continúa. SHARE ha hecho grandes esfuerzos para ofrecer datos realmente comparables, por lo que podemos estudiar de manera fidedigna cómo las diferencias en las culturas, las condiciones vitales y los enfoques políticos determinan la calidad de vida de los europeos poco antes de la jubilación y después de ella. Este libro presenta los primeros resultados de SHARE. Es un primer paso para entender mejor dónde estamos, a dónde nos dirigimos y de qué forma podemos influir en la calidad de vida a medida que envejecemos, como individuos y, a la vez, como sociedades.

El envejecimiento nos afecta a todos nosotros, tanto si somos individuos como si formamos parte de una sociedad. En la Sección 1 se presenta lo que podemos aprender de SHARE acerca del envejecimiento de la población, mientras que en la Sección 2 se muestra la interacción entre los aspectos sanitarios, económicos y sociológicos del envejecimiento individual. En la Sección 3 se describe el proceso de desarrollo de los datos de SHARE y se presentan los datos actuales, su riqueza y sus limitaciones. En la Sección 4 se proporciona un resumen de nuestros primeros resultados. La presente introducción acaba con una visión de conjunto de a dónde quiere ir SHARE y un enorme ¡gracias! a todos nuestros patrocinadores y ayudantes.

2.1. El envejecimiento de la población en Europa

El envejecimiento es uno de los máximos desafíos sociales y económicos del siglo XXI para las sociedades europeas. De las regiones mundiales, Europa tiene la

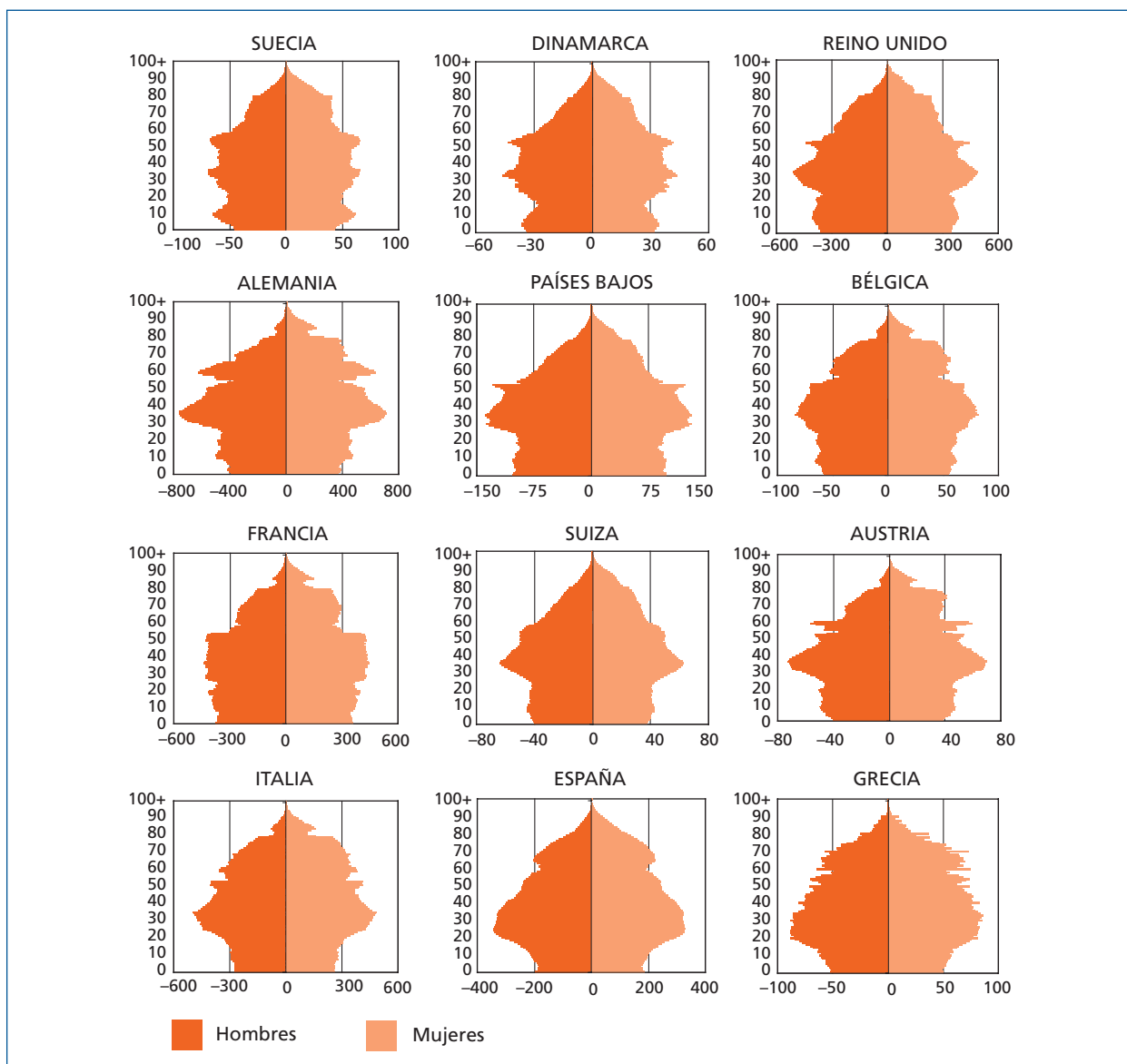
¹ El presente texto es la traducción de la parte introductoria del documento: «Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe» publicado por el Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

mayor proporción de población que supera los 65 años; sólo Japón tiene una estructura de edad similar. Esta ya alta proporción de individuos mayores aumentará hasta un nivel que carece de precedentes históricos. Actualmente, cerca del 16 por ciento de la población de la Unión Europea de los 15 es mayor de 65 años. Según la proyección de referencia de Eurostat, este porcentaje casi se duplicará a más del 28 por ciento en el año 2050. Este incremento supondrá una pesada carga financiera para la sociedad en lo que se refiere a los planes de pensiones financiados por reparto y a los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración.

El alcance internacional de SHARE ayuda enormemente a entender cómo hacer frente a este desafío, porque aprendemos, sobre todo, a partir de las diferencias. Y los países de SHARE no sólo difieren en sus políticas y sus culturas, sino también, de manera muy básica, en sus características demográficas. Aunque todos los países europeos envejecen, difieren en cuanto a la velocidad a la que esto sucede y en dónde están hoy. La Figura 1 describe la variedad de los procesos de envejecimiento de la población:

Ninguna de éstas son realmente pirámides de población, pero la diferencia es notable entre, por ejemplo,

Figura 1. PIRÁMIDES DE POBLACIÓN EN LOS PAÍSES DE SHARE, 2000.

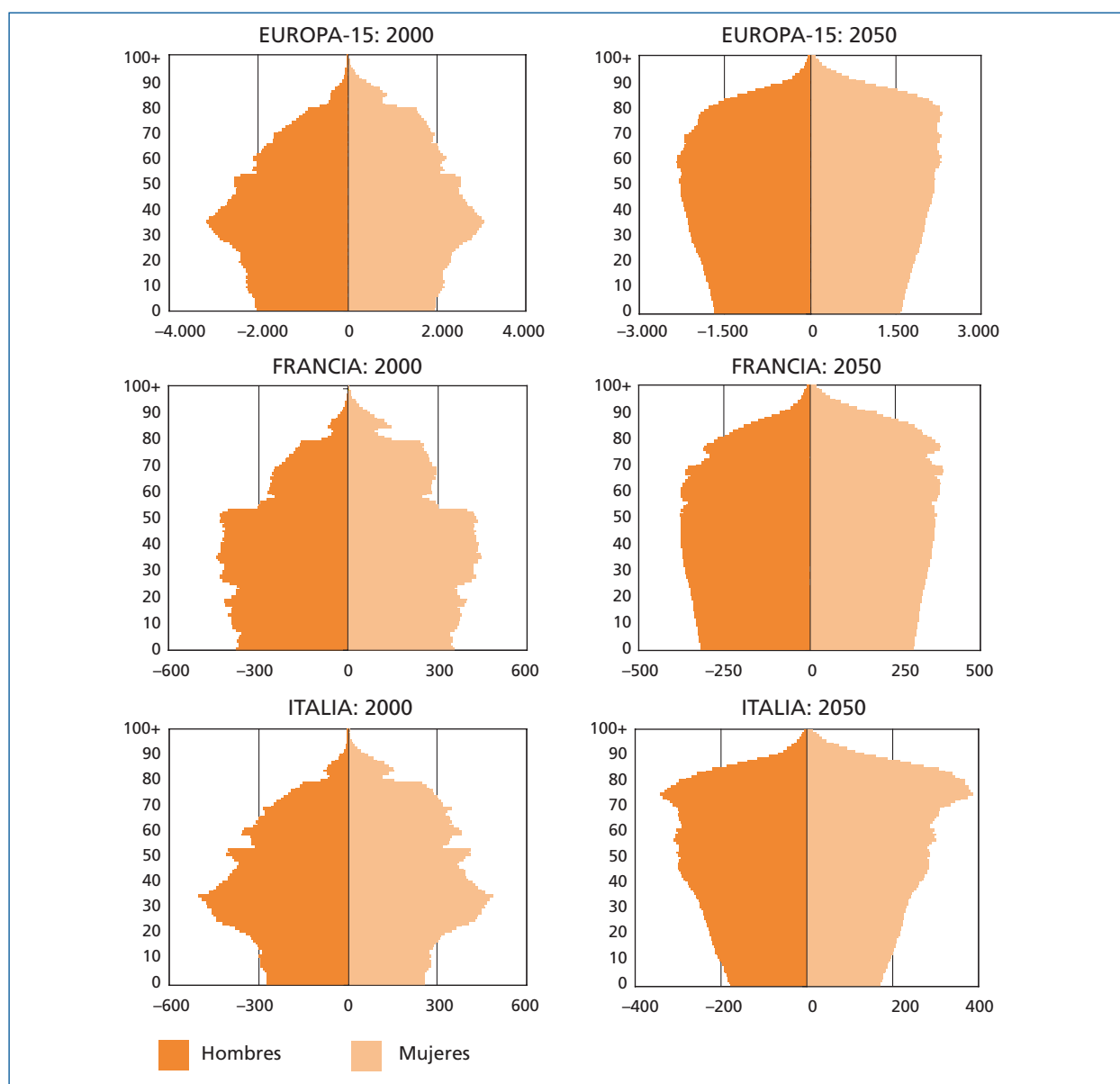


Fuente: Eurostat: Población por sexo y edad a 1 de enero de cada año.

Francia y Suecia, por un lado, y Alemania e Italia, por otro. Mientras que Francia y Suecia no tienen una «mella» en su base gracias a una fertilidad todavía alta, la generación joven de Alemania e Italia sólo tiene la mitad del tamaño de la generación más grande del «baby boom». España y Grecia siguen a Italia, pero con un retraso de alrededor de 5 y 10 años, respectivamente. Alemania revela marcas muy profundas procedentes de dos guerras y una depresión; marcas que son mucho menos pronunciadas en Suiza.

No sólo es diferente el estado de las cosas sino también lo son los cambios. Como muestra la Figura 2, la estructura de la población europea sufre una transformación de una forma de diamante en 2000 a una forma de urna en el año 2050. De hecho, esta forma de urna será característica de todos los países europeos. Hay diferencias notables, sin embargo, en las previsiones demográficas de Eurostat. En Francia, que aparece representada en la parte central de la Figura 2, la base de los niños recién nacidos en 2050 será casi tan ancha como el gran grupo de los mayo-

Figura 2. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LA UNIÓN EUROPEA, FRANCIA E ITALIA, 2000-2050.



Fuente: Eurostat: Población por sexo y edad a 1 de enero de cada año. Previsiones demográficas - escenario de referencia (Proyecciones Eurostat de 1995, revisión de 1999).

res de 50 años, mientras que Italia, debido a sus bajos índices de natalidad, presenta un tamaño de grupo humano en continuo descenso.

Como es bien sabido, dos fenómenos causan este proceso de envejecimiento: la baja fertilidad y una esperanza de vida continuamente creciente. Los países mediterráneos y Alemania tienen una fertilidad muy baja, mientras que Francia, el Reino Unido, Bélgica, los Países Bajos y los países escandinavos de SHARE muestran unos índices de natalidad relativamente altos, véase la Figura 3.

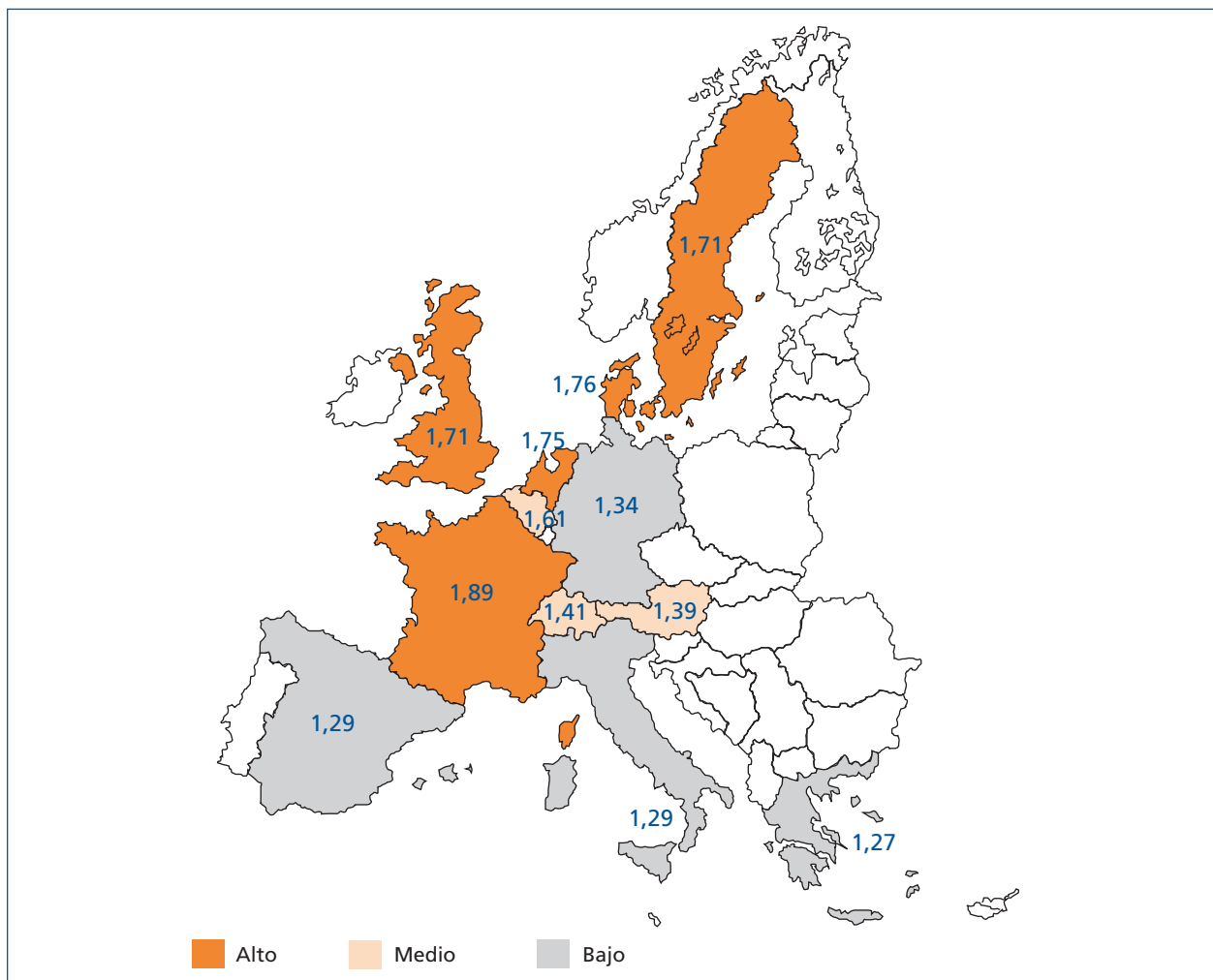
Las diferencias en la esperanza de vida son igualmente espectaculares. Se espera que una niña suiza recién nacida viva casi cuatro años más que su homóloga danesa y esta diferencia es casi igual de grande

entre Dinamarca y su vecina Suecia, véase la Figura 4. Es necesario que entendamos lo que se oculta detrás de estas diferencias notables (¿la genética, los estilos de vida o la provisión de asistencia sanitaria?) a fin de entender mejor el envejecimiento humano. Los datos de SHARE contribuirán a este entendimiento.

La intensidad del envejecimiento de la población, es decir, la combinación de pocos nacimientos y vidas largas, se expresa mejor como el coeficiente demográfico de dependencia de las personas mayores, véase la Figura 5.

Relaciona el número de personas mayores, aquí algo arbitrariamente definidas como personas de 60 y más años, con las personas en edad laboral, definidas en las edades entre 20 y 59 años, siguiendo una

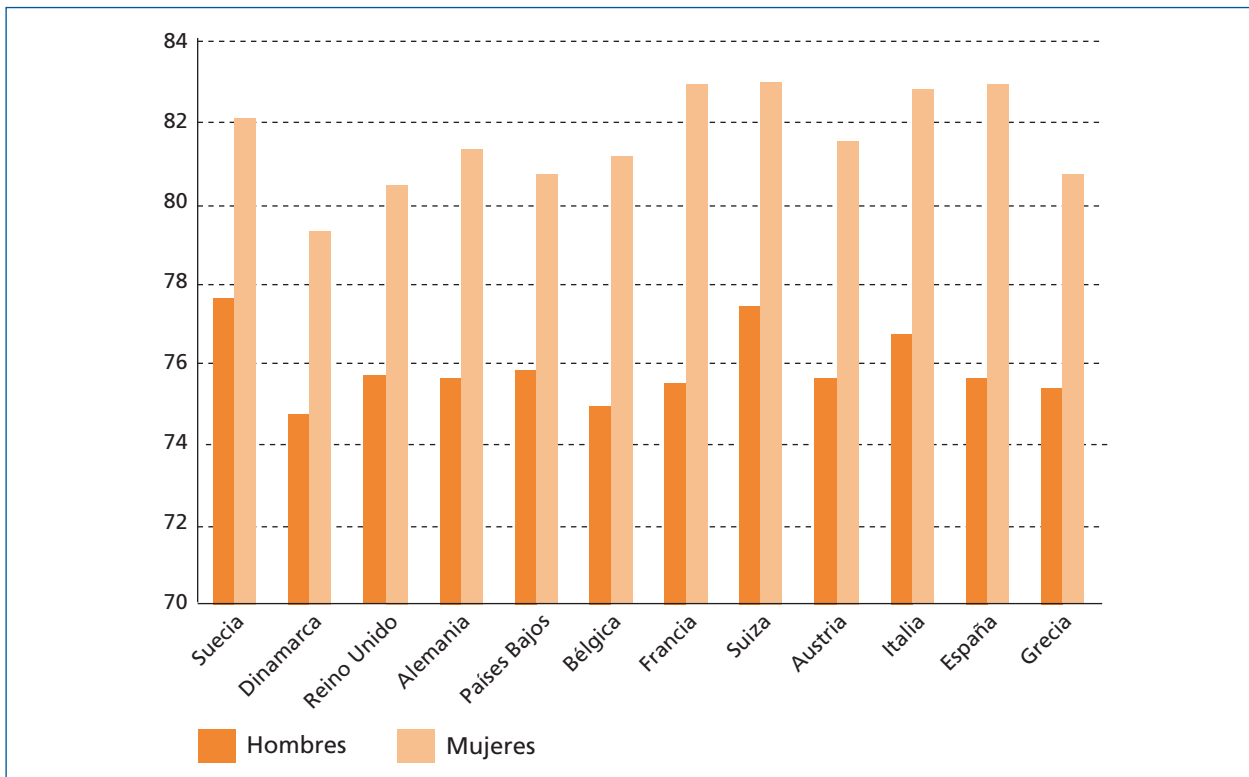
Figura 3. ÍNDICES TOTALES DE FERTILIDAD, 2003.



Fuente: Eurostat.

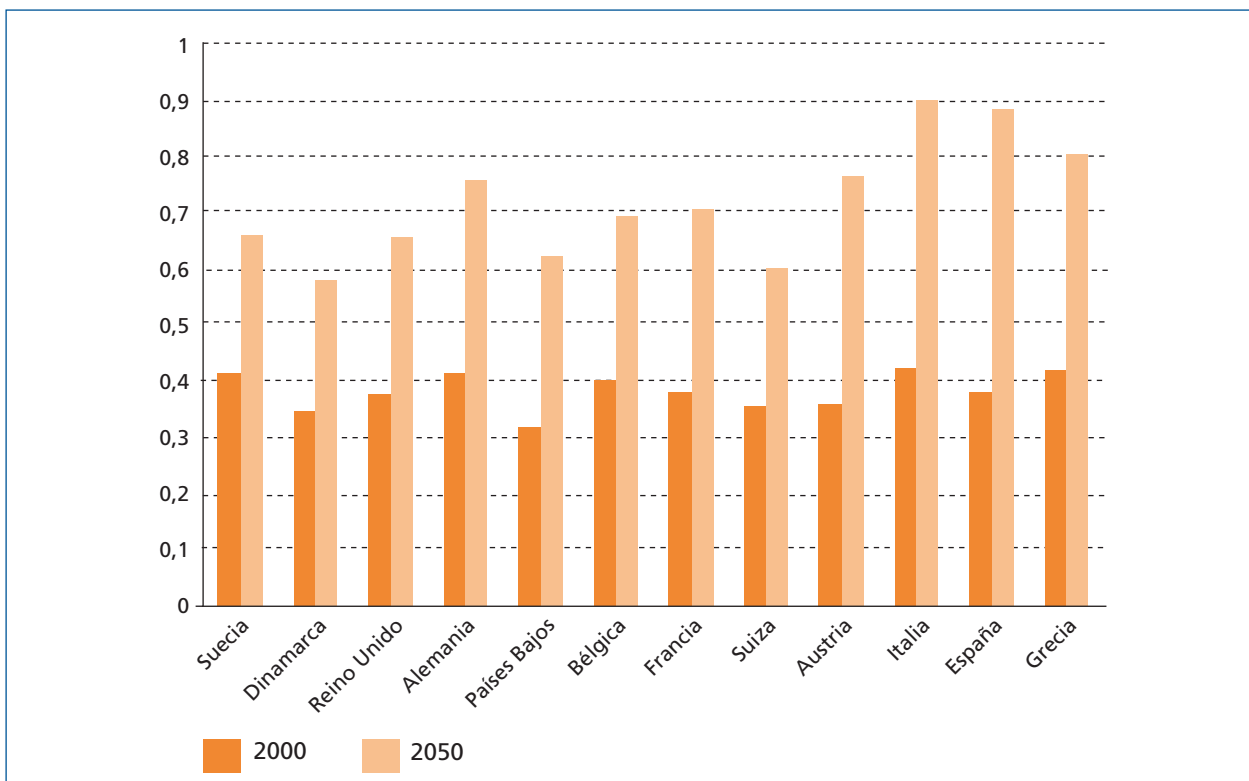
Nota: El índice total de fertilidad indica el número de nacimientos en la vida de una mujer.

Figura 4. ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 2001.



Fuente: Datos de salud de la OCDE 2004, 3.ª edición.

Figura 5. COEFICIENTE DE DEPENDENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES, 2000 Y 2050 (POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS SOBRE POBLACIÓN DE 20 A 59 AÑOS).



Fuente: Eurostat, véase la figura 3.

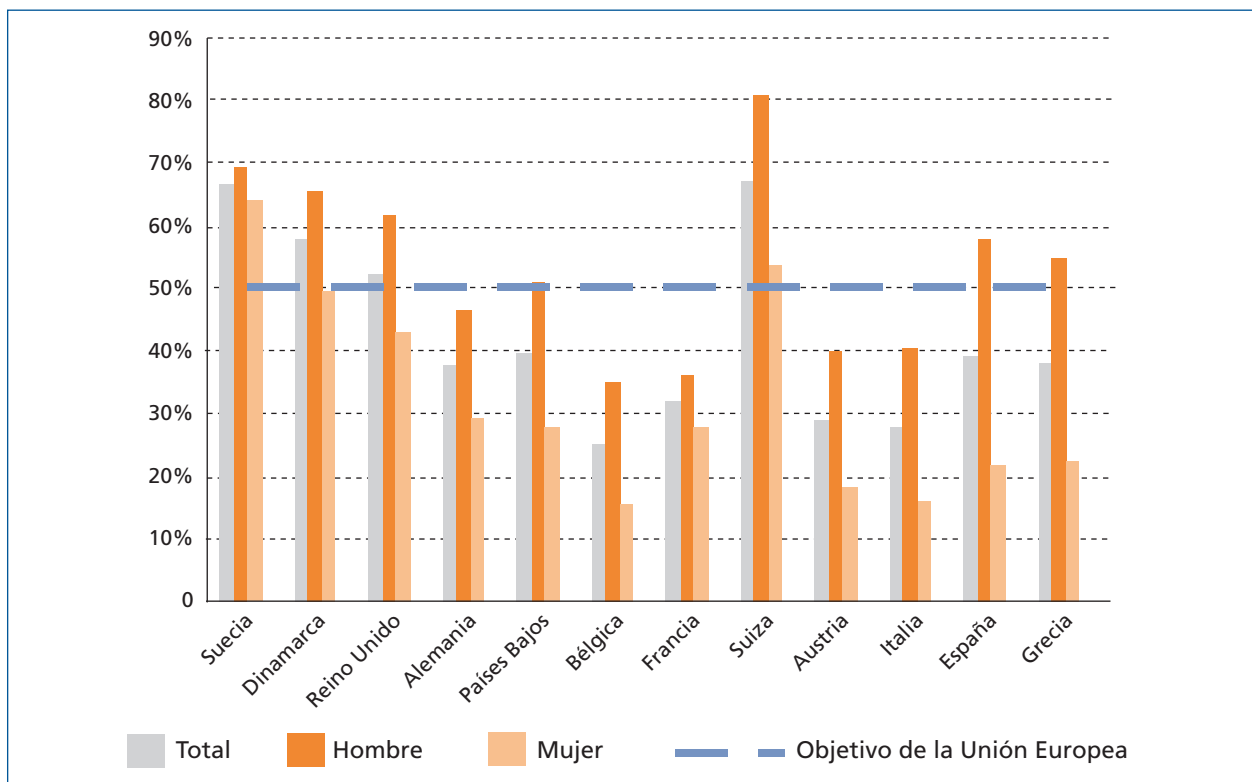
convención generalizada. Italia tiene la dependencia más alta de personas mayores, mientras que España afronta el incremento más pronunciado. Dinamarca necesitará otros 15 años para alcanzar el grado de envejecimiento de la población que ya tiene Italia. Aprender de esta variedad y ser capaz de anticipar lo que ocurrirá en un país mirando a otro país es una tarea importante para SHARE.

Si el coeficiente de dependencia ha recibido tanta atención es porque casi inmediatamente se traduce en la carga de impuestos y contribuciones de los gastos sociales relacionados con el envejecimiento, tales como las pensiones, la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración. Ese «casi», sin embargo, es una salvedad importante. La demografía no lo es todo. De hecho, la participación laboral es un factor intermediario importante entre las características de-

mográficas y la carga social del gasto. Además, dentro de Europa hay una variación enorme en el diseño de los sistemas de pensiones, la asistencia sanitaria y los cuidados de larga duración. SHARE nos permite estudiar cómo afectan estos diferentes sistemas a las condiciones de salud, a las circunstancias económicas y al funcionamiento de la familia y las redes sociales en Europa.

Una variable de suma importancia es el empleo, porque los trabajadores por cuenta ajena pagan la mayor parte de los impuestos y las contribuciones. Los índices de empleo varían mucho en Europa y entre los países de SHARE. Las diferencias son más significativas para el empleo de las personas mayores, definido para los individuos de edades comprendidas entre los 55 y los 64 años, véase la Figura 6:

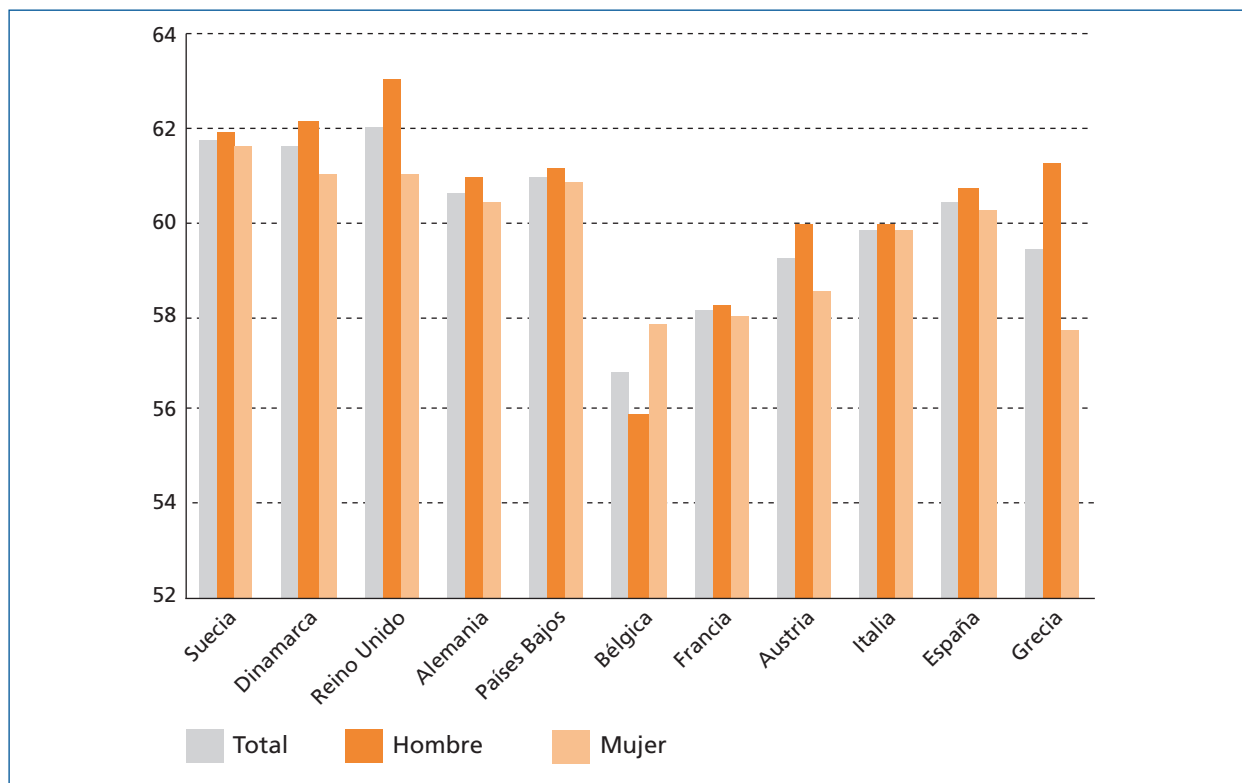
Figura 6. ÍNDICES DE EMPLEO DE LOS TRABAJADORES ENTRE 55 Y 64 AÑOS, 2001, Y LOS OBJETIVOS DE EMPLEO SEGÚN LAS CUMBRES DE LISBOA Y ESTOCOLMO.



Fuente: Eurostat, Encuesta de población activa de la Unión Europea.

La Figura 6 también muestra que sólo Suecia, Dinamarca y el Reino Unido –y un país que no pertenece a la Unión Europea: Suiza– superan los objetivos de empleo según las cumbres de Lisboa y Estocolmo.

Bélgica, Francia, Austria e Italia están muy por debajo de esos objetivos. Entender tales diferencias no es sencillo. Una explicación obvia que se propone es la edad de jubilación generada por el sistema de pen-

Figura 7. EDAD MEDIA DE SALIDA DEL MERCADO LABORAL, 2001.

Fuente: Eurostat, Encuesta de Población Activa de la Unión Europea.

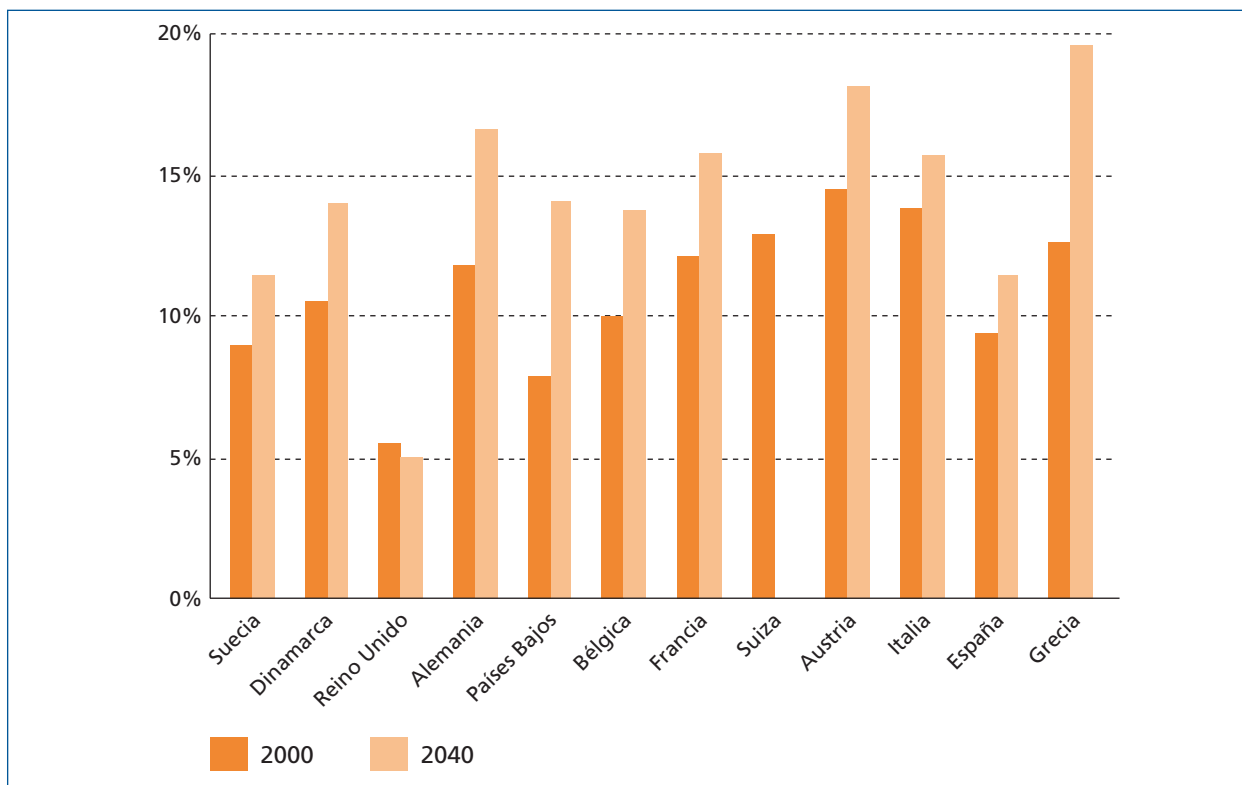
siones. Como la Figura 7 muestra, no es una explicación aclaratoria. Mientras que Suecia, Dinamarca y el Reino Unido tienen, en efecto, la edad media de salida del mercado laboral más alta y Bélgica la más baja, las Figuras 6 y 7 no ponen de manifiesto una proporcionalidad muy estrecha. Entender la participación laboral de los trabajadores mayores y las vías hacia la jubilación es otra tarea importante que debe ser facilitada por los datos de SHARE. Estos son idóneos para una investigación de este tipo, ya que SHARE es el primer conjunto de datos que proporciona microdatos internacionales realmente comparables sobre la participación laboral junto con factores explicativos clave, tales como la salud y las condiciones del lugar de trabajo.

La generosidad de los sistemas públicos de pensiones es el tercer componente –además de las características demográficas y la participación laboral de las personas mayores– que explica los gastos del sistema público de pensiones. La Figura 8 muestra su gran variación en toda Europa.

El gasto actual del sistema público de pensiones oscila entre cerca del 5 por ciento del PIB en el Reino Unido y casi el 15 por ciento en Austria. La variación en los gastos previstos para el futuro es igualmente espectacular: el Reino Unido presenta unos gastos del sistema público de pensiones que disminuyen a largo plazo, mientras que Eurostat pronostica que Grecia se gastará casi el 20 por ciento del PIB exclusivamente en las pensiones públicas.

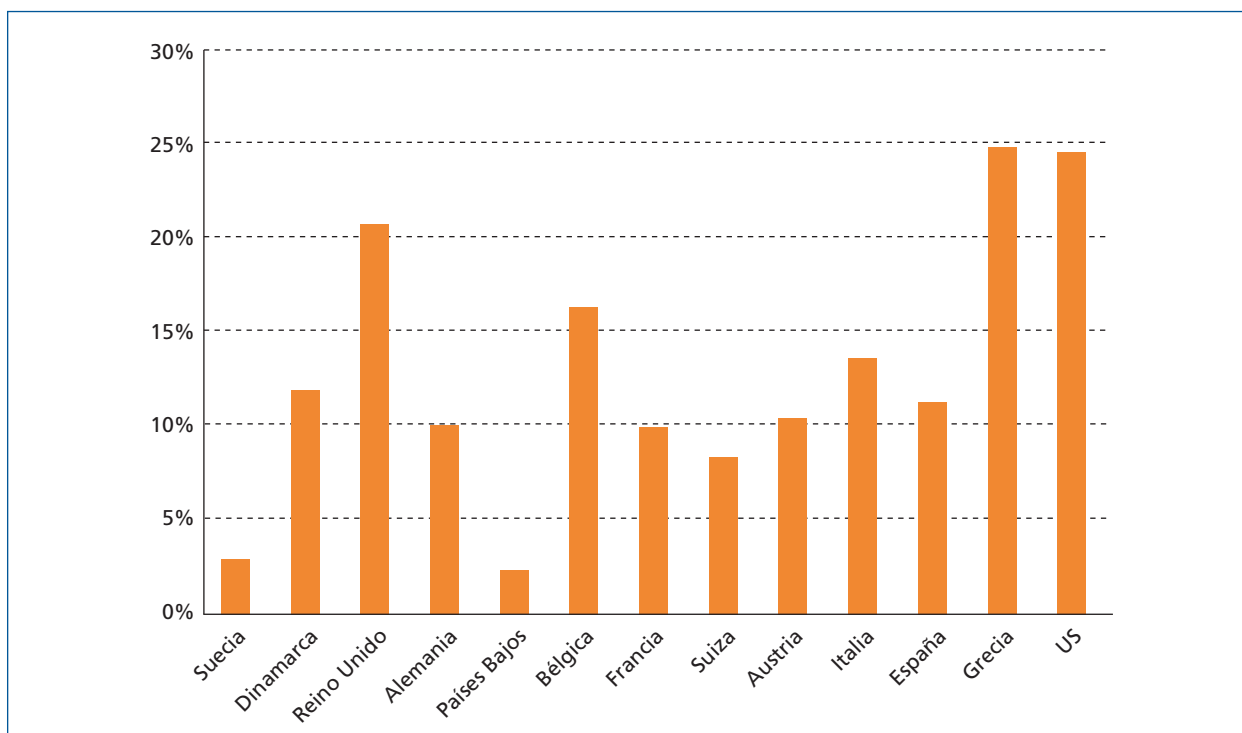
No se debería olvidar, sin embargo, que los sistemas públicos de pensiones son también un importante logro social. En la mayoría de los países de la Unión Europea, los niveles de pobreza entre las personas mayores son relativamente bajos, véase la Figura 9; en muchos países, bastante más bajos que entre las familias con hijos. En general, Europa puede enorgullecerse de tener unos niveles de pobreza entre las personas mayores considerablemente inferiores a los de los Estados Unidos. No obstante, resulta inquietante que haya países, como Bélgica y Grecia, que tienen unos gastos del sistema público de pensiones altos y, a pesar de ello, unos niveles de pobreza igualmente

Figura 8. GASTOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERIOR BRUTO (PIB), 2000 Y 2040.



Fuente: Comité de Política Económica /ECFIN/655/01 EN final. Suiza: Eurostat: ESSPROS.

Figura 9. NIVELES DE POBREZA ENTRE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS, 2000 (PORCENTAJE CON UNA RENTA FAMILIAR NETA POR DEBAJO DEL 50 % DE LA RENTA MEDIA).



Fuente: Estudio de rentas de Luxemburgo.

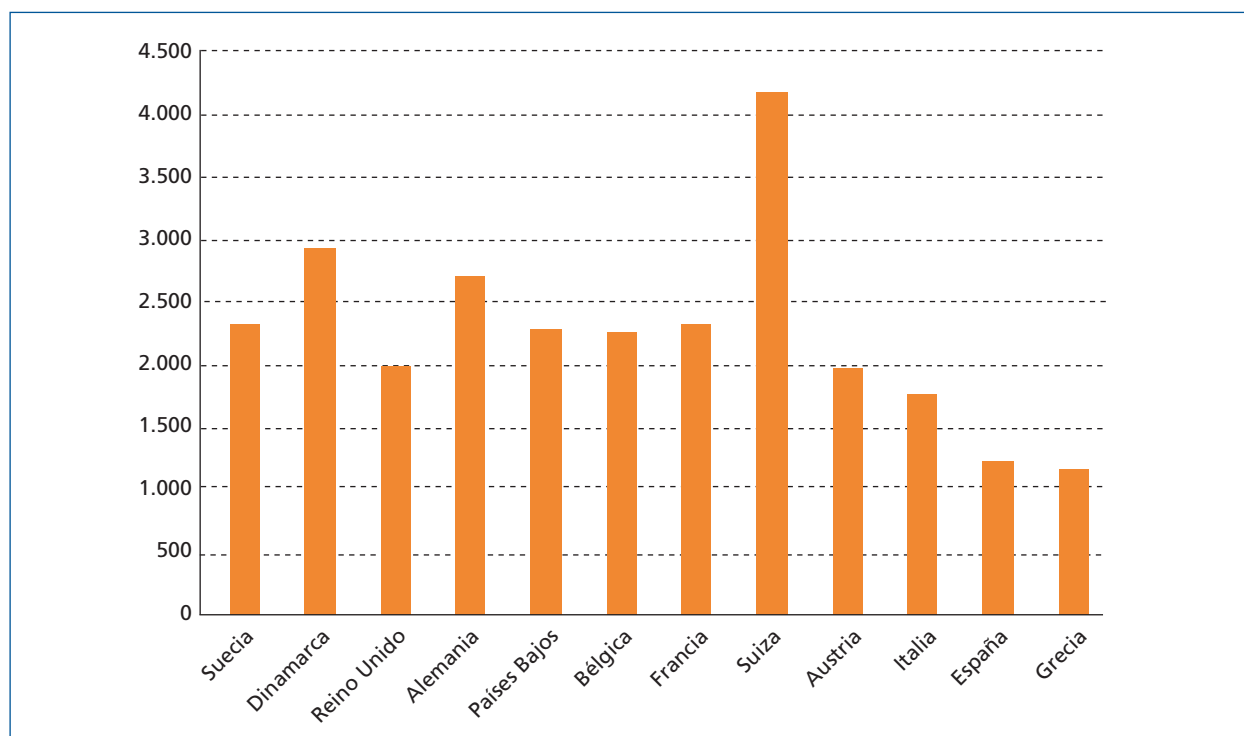
altos. SHARE proporciona los datos para entender quiénes son esas personas mayores pobres y cuáles son las implicaciones que tiene la pobreza de los mayores para sus condiciones de salud y bienestar.

Medir la salud junto con las circunstancias económicas y sociales es una de las grandes ventajas de SHARE. Además de varias medidas en materia de salud, SHARE también tiene información sobre la utilización de la atención sanitaria y la calidad de la asistencia sanitaria proporcionada a los encuestados de

SHARE. Una vez más, el ámbito internacional de SHARE es de utilidad, porque deja al descubierto grandes diferencias en todos los países europeos implicados en SHARE.

Consideremos primero el panorama global. La Figura 10 expone los gastos sanitarios per cápita tanto públicos como privados. Oscilan entre aproximadamente 1.200 euros en Grecia y España y casi 3.000 euros en Dinamarca, y superan los 4.000 euros en Suiza.

Figura 10. GASTOS SANITARIOS PER CÁPITA, EN EUROS EN TÉRMINOS DE PPA, 2001.

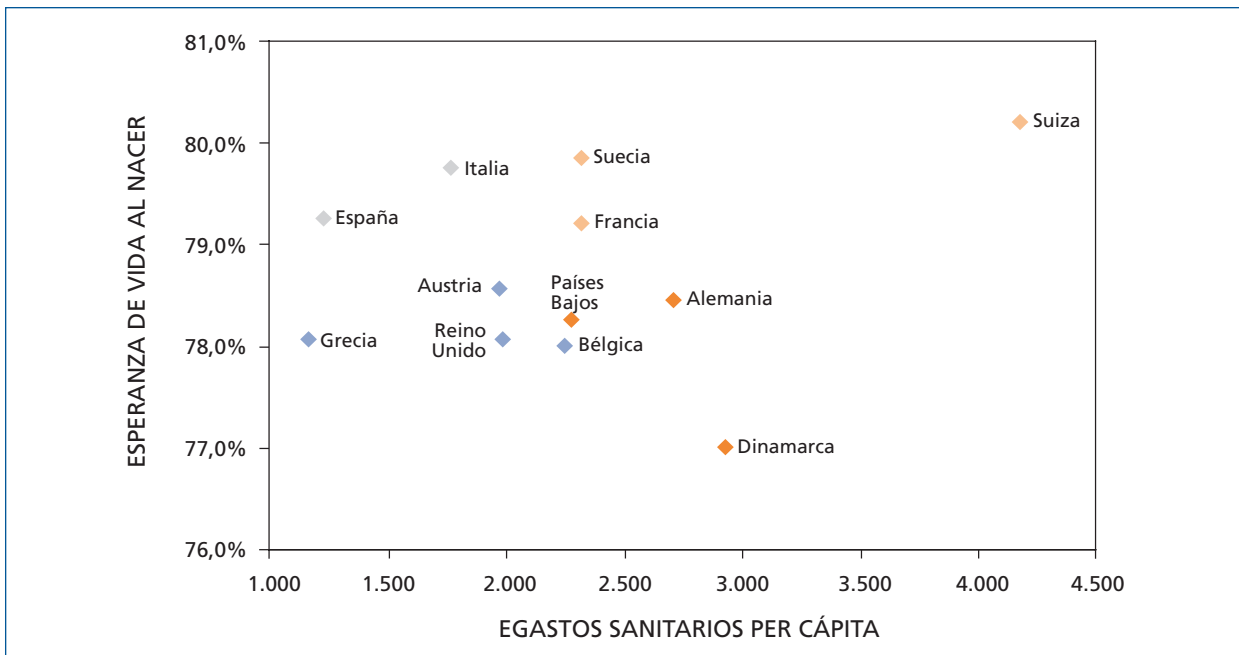


Fuente: Datos sanitarios de la OCDE 2004, 3.ª edición.

Una pregunta decisiva es si estas diferentes proporciones de gastos quedan reflejadas en una mejor o peor asistencia sanitaria. Al menos a primera vista, sin embargo, no está claro que lo que se paga es también lo que se obtiene. La Figura 11 toma una medida muy aproximada del resultado de la asistencia sanitaria, concretamente la esperanza de vida (procede de la Figura 4), posiblemente el objetivo final de un sistema de asistencia sanitaria. La Figura 11 no muestra virtualmente ninguna correlación entre la proporción de los gastos sanitarios con la esperanza de vida.

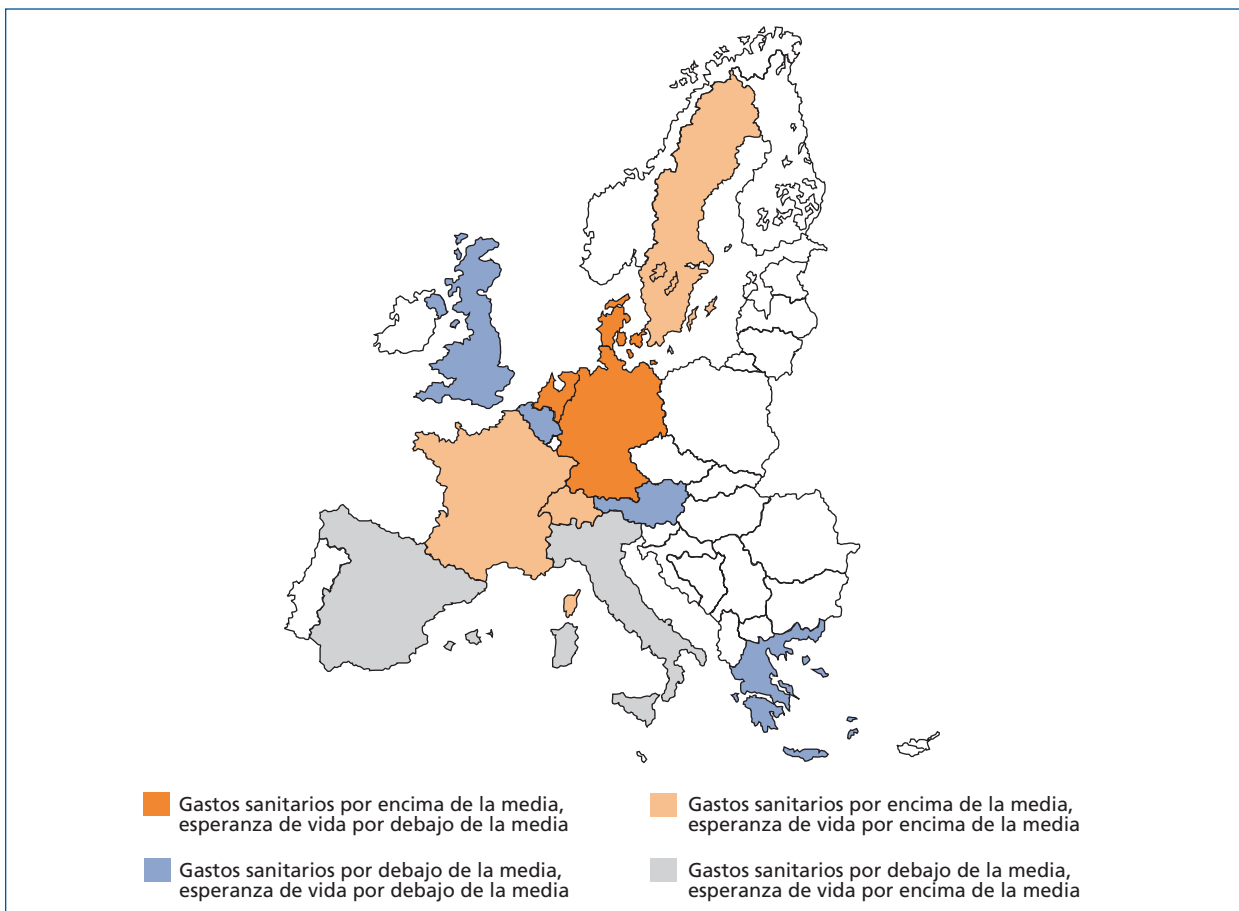
Los países de SHARE y el Reino Unido se pueden clasificar en cuatro amplias categorías, véase la Figura 12: países en los que la proporción de los gastos sanitarios está en consonancia aproximadamente con la esperanza de vida –países que bien tienen gastos de asistencia sanitaria altos y buenos resultados en cuanto a la esperanza de vida, tales como Francia, Suecia y Suiza, o países con gastos bajos y esperanza de vida baja, como de forma prominente el Reino Unido, pero igualmente Grecia, Austria y Bélgica. Hay también países que logran tener la esperanza de vida muy por encima de la media, pero que gastan

Figura 11. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA Y ESPERANZA DE VIDA.



Fuente: Datos sanitarios de la OCDE 2004, 3.ª edición.

Figura 12. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA Y ESPERANZA DE VIDA.



Fuente: Datos sobre salud de la OCDE 2004, 3.ª edición.

una proporción más pequeña del PIB en la asistencia sanitaria, como Italia y España. Más alarmantes, sin embargo, son los países en los que la esperanza de vida es baja, pero los gastos de asistencia sanitaria están todavía por encima de la media: Países Bajos, Alemania y Dinamarca.

La reforma de las pensiones y de la asistencia sanitaria ocupa un lugar destacado en el programa de los gobernantes. Se habla mucho de medidas de recorte de los gastos, que reducen por lo tanto los servicios públicos. Sin embargo, sólo progresaremos de manera importante en estos sistemas sociales si entendemos los mecanismos que relacionan los costes y los servicios facilitados. Como se ha mostrado en la visión panorámica proporcionada en esta sección introductoria, estas relaciones no son sencillas en absoluto.

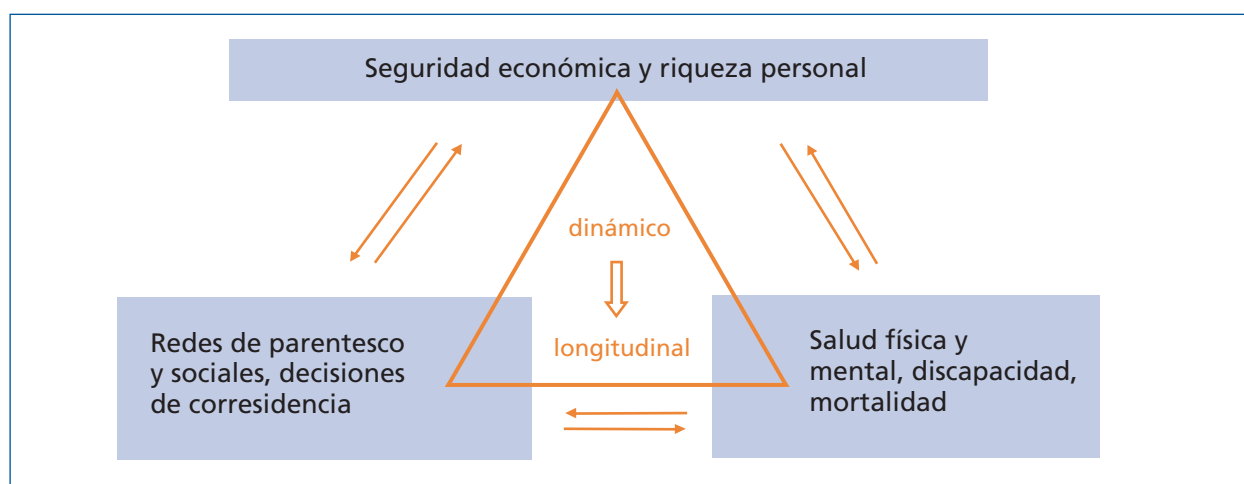
2.2. El envejecimiento individual: salud, economía y redes sociales

El envejecimiento nos afecta a todos nosotros. A medida que las poblaciones europeas vayan envejeciendo, nosotros envejeceremos con ellas. SHARE aclara en gran medida las circunstancias individuales del envejecimiento. Estamos preocupados por el declinar de la salud y el deterioro de la productividad y nos preocupa cómo será la vida tras la jubilación. El envejecimiento es un tema emocional porque nos

afecta de manera muy profunda. Después de un período de estabilidad para la mayoría de los individuos durante la madurez, la jubilación y la vejez son fases nuevas de la vida con una incertidumbre renovada. Parte de esta incertidumbre es resultado de la gran variedad de procesos de envejecimiento individuales. Algunos envejecen mucho antes que otros, unos permanecen sanos y en guardia hasta mucho después, otros afrontan serias enfermedades. La variación de las circunstancias individuales aumenta dramáticamente con la edad. La incertidumbre añadida también procede del hecho de que el mismo envejecimiento cambia. El notable incremento de la esperanza de vida refleja que un septuagenario de hoy no es lo mismo que un septuagenario de hace 50 años, cuando la esperanza de vida era cerca de 10 años menor. Más bien, este septuagenario de hoy se asemeja a un sexagenario de hace dos generaciones.

El envejecimiento afecta a todos los ámbitos de la vida de un individuo. La jubilación cambia las circunstancias económicas y la forma de emplear el tiempo. La salud y la asistencia sanitaria pasan a convertirse en una preocupación creciente. El papel del individuo en la familia cambia a medida que se intensifica la ayuda dada y recibida. Estos ámbitos están fuertemente vinculados. Ésa es la razón de que SHARE sea una empresa multidisciplinar que pone énfasis en la importancia de mirar siempre desde al menos tres ángulos: la economía, la salud y las redes sociales y, más importante, la familia. La Figura 13 simboliza el enfoque holístico de SHARE:

Figura 13. FACTORES ECONÓMICOS, DE SALUD Y SOCIALES DEL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES.



Tres ejemplos pueden subrayar este punto. La situación económica expresada por los ingresos y la riqueza guarda mucha correlación con la salud y el bienestar de las personas mayores. Por ejemplo, hay mucha evidencia de que las personas más ricas viven más tiempo que las personas más pobres. La dirección de causalidad, sin embargo, no se entiende bien. Las personas más ricas pueden permitirse más asistencia sanitaria y así permanecer más tiempo sanas una vez llegadas a la vejez. Por otra parte, es posible que las personas menos sanas hayan visto limitadas su capacidad de obtener ingresos y sus oportunidades profesionales, convirtiéndose en personas mayores menos ricas. Sin una comprensión de esta causalidad no entenderemos si deberíamos asignar los escasos euros de los impuestos a la mejora de la asistencia sanitaria para los menos sanos o a un apoyo económico más generoso para los menos ricos.

Existe otro vínculo bidireccional entre la salud y las redes familiares y sociales. Un entorno social «sano» mantiene más tiempo en forma, física y mentalmente, a las personas mayores. A su vez, sucesos relacionados con la salud, como un accidente cerebrovascular, a menudo precipitan un cambio en las decisiones de co-residencia, como irse con los hijos o a una residencia de la tercera edad. Una vez más, es importante entender estos vínculos en las épocas de envejecimiento de la población cuando la provisión de ayuda familiar, concretamente el número de hijos por persona mayor, decrece provocando la demanda de que se incremente la ayuda facilitada por el Estado.

Más aún la seguridad económica y el entorno social también están vinculados, según el tercer enlace del triángulo de la Figura 13. Por un lado, una red social que funcione bien es también un recurso en sentido económico, al proporcionar dinero y ayuda en especie a las personas mayores menos acomodadas. A su vez, el nivel de renta y de riqueza son determinantes muy fuertes de dónde vivirán las personas mayores. La pobreza a menudo viene acompañada de la exclusión social, lo que empeora aún más la calidad de vida. Estos vínculos se ven afectadas fuertemente por políticas públicas, como los programas asistenciales y de ayuda económica, las pensiones de vejez y de discapacidad y las políticas en materia de vivienda.

SHARE se ha diseñado para arrojar cierta luz sobre los tres vértices del triángulo, así como también sobre los vínculos bidireccionales entre ellos. SHARE es un estudio realmente multidisciplinario, que fue creado para fomentar el enriquecimiento recíproco de disciplinas que desde siempre se han ignorado mutuamente. Además de su amplitud transnacional, la fascinación de SHARE también proviene de la riqueza del panorama que SHARE pinta en tres ámbitos igualmente importantes de la vida cotidiana: las circunstancias económicas, las condiciones de salud y bienestar y la integración en la familia y en las redes sociales.

SHARE es un estudio complejo por otra razón: los datos reflejan tres fases bien distintas de la vida. Aunque no hay una frontera inequívoca y bien definida entre estas fases, son fáciles de describir:

- La Fase 1 es el tiempo previo a la jubilación. La mayor parte de estos encuestados están casados; muchos tienen a sus hijos todavía en casa; a menudo, ambos padres trabajan. A estos encuestados no les gusta particularmente que se les asocie con una investigación sobre las personas mayores y están ocupados, no es fácil entrevistarlos. Cerca de un tercio de nuestros encuestados se encuentra en esta fase. La participación laboral es un aspecto importante de sus vidas y SHARE ha hecho un gran esfuerzo en entenderlo.
- La Fase 2 es el tiempo que sigue a la jubilación. La mayor parte de estos encuestados están todavía casados; es un tiempo activo y en su mayor parte saludable con algún viaje al extranjero, especialmente para la gente acomodada. Estos encuestados tienen tiempo y son a los que hemos entrevistado con más facilidad en nuestra muestra. Los hábitos de ahorro y consumo cambian con la transición a la jubilación. SHARE trata de documentar estos cambios, y los cambios en la vida social y familiar que los acompañan.
- Nuestras personas de edad muy avanzada viven en la Fase 3. La diversidad mayor, sobre todo en lo que respecta a la salud y a la forma en que los encuestados hacen frente a la vejez y a la salud delicada. Con frecuencia, las entrevistas llevan mucho tiempo, pero, muy a menudo, estos encuestados están solos y, una vez establecida la confianza, les

gusta hablar de sus vidas. Cerca de una décima parte de nuestros encuestados se encuentra en esta fase. SHARE proporciona un variado conjunto de medidas en materia de salud y bienestar para ayudar a los investigadores a entender las necesidades de estas personas de edad muy avanzada.

Estas fases bien diferenciadas se tuvieron en cuenta cuando diseñamos el cuestionario de SHARE, que requirió un complejo esquema de rutas. También es importante tener presente estas tres fases bien diferenciadas al interpretar los datos de SHARE.

2.3. Cómo se creó SHARE

La visión de SHARE se basa en la combinación de tres características que hacen que SHARE sea innovadora y única en el mundo: una encuesta longitudinal con genuina multidisciplinariedad y un diseño auténticamente transnacional. Hemos puesto de relieve la naturaleza multidisciplinaria en la sección anterior y el poder de las comparaciones transnacionales en la Sección 1.1. Más adelante, volveremos de nuevo a la necesidad de un diseño de encuesta longitudinal.

La combinación de estas tres características del diseño es un desafío científico. Hemos empleado tecnología de vanguardia. Por ejemplo, a fin de reunir, en un solo diseño común, todos los requisitos específicos institucionales y lingüísticos de los países, el equipo de SHARE ha desarrollado, conjuntamente con CentERdata, una serie de instrumentos de software innovadores, tales como herramientas de traducción y gestión de encuestas.

Las innovaciones de SHARE se apoyan en muchos pilares. La combinación de un enfoque interdisciplinario y un enfoque longitudinal ha hecho que el Estudio Longitudinal Inglés sobre el Envejecimiento (ELSA: *English Longitudinal Study on Ageing*) y el Estudio de Salud y Jubilación Estadounidense (HRS: *US Health and Retirement Study*) sean nuestros principales modelos. Sin el trabajo pionero de HRS y ELSA, SHARE no podría haberse creado en tan poco tiempo. La cooperación entre SHARE, HRS y ELSA es estrecha y continua, y una consideración importante del diseño de SHARE fue tener un gran conjunto de datos estrictamente comparables a HRS y ELSA, de forma que las comparaciones transnacionales pue-

dan extenderse de la Europa continental a los países anglosajones.

Hemos aprendido de estudios nacionales de envejecimiento, tal como la «Alterssurvey» alemana y la Encuesta Longitudinal Italiana sobre el Envejecimiento. También hemos aprendido de los conjuntos de datos transnacionales sobre temas unidimensionales, en especial el Panel de Hogares de la Comunidad Europea (ECHP: *European Community Household Panel*); su sucesor, la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida (SILC: *Survey of Income and Living Conditions*); la Encuesta Social Europea (ESS: *European Social Survey*) y las diferentes encuestas sobre salud recopiladas por la Organización Mundial de la Salud.

SHARE empezó la fase de diseño en enero de 2001. En la primavera de ese mismo año se había finalizado un primer cuestionario en inglés que se puso a prueba en el Reino Unido con el apoyo del Centro Nacional de Investigación de Encuestas de Londres. El cuestionario fue luego mejorado y traducido a todos los idiomas de los miembros de SHARE, e incluía variaciones idiomáticas como el holandés belga y el francés suizo. La encuesta se probó previamente a gran escala en todos los países durante junio de 2003. Este ensayo general completó la fase de diseño y la primera oleada de datos se recopiló entre abril y octubre de 2004. La recolección de datos suplementaria está todavía en marcha.

SHARE tiene una política de acceso abierto a sus datos. Nos esforzamos por dar a conocer los datos a la comunidad de investigación interesada lo más pronto posible, incluso antes de que sean sometidos a una exhaustiva comprobación, lo que fácilmente implica más de otro año. Esta primera publicación de datos estará disponible de forma gratuita para todos los investigadores aproximadamente en abril de 2005, junto con un sistema de soporte del usuario basado en la Web.

Los artículos de este libro se basan en una publicación anterior e incompleta de los datos de SHARE, creados en noviembre de 2004. Los datos franceses son sólo parciales y la publicación de noviembre no contenía los datos belgas. Aunque hemos hecho gran cantidad de comprobaciones cruzadas, todavía queda por hacer una amplia comprobación de la coherencia y verosimilitud de todos los datos con un

proceso de imputación subsiguiente. En consecuencia, todos los resultados de este libro son preliminares.

En el Capítulo 7 de este libro se describen brevemente las principales características metodológicas de SHARE. Se proporcionan más detalles en un volumen aparte de informes técnicos que será publicado en la primera mitad de 2005. Merece la pena mencionar directamente al principio algunos puntos importantes: todos los resultados descriptivos de este libro se basan en datos ponderados; en los análisis de regresión no se han usado pesos. Los pesos están calibrados para reflejar con precisión los porcentajes por edad y género de cada país. Aunque los índices de respuesta son altos y muy similares en todo el rango de edad, los datos no incluyen a la población en residencias de la tercera edad, excepto para Dinamarca y Suecia. Las oleadas futuras de SHARE documentarán las transiciones en instituciones como las residencias de la tercera edad y la atención domiciliaria.

2.4. Principales mensajes de SHARE

Los análisis de este libro proporcionan una riqueza de ideas acerca del envejecimiento individual y de la población. Algunos resultados se han mostrado en un país u otro; SHARE puede dibujar un cuadro internamente consistente a lo largo de toda Europa. Algunos resultados son conocidos por los especialistas; SHARE los coloca en un contexto más amplio y los relaciona con hechos de otras disciplinas. Lo que sigue es una selección de puntos destacados que se explicarán en detalle en las contribuciones a este libro. Esto significa proporcionar un anticipo de los datos de SHARE y animar a los investigadores a que descarguen los datos y continúen los análisis. La mayoría de los resultados son descriptivos. La potencia real de SHARE se desvelará cuando se realicen análisis de variables múltiples, que aprovecharán la riqueza sin precedentes de los datos de SHARE en varias dimensiones al mismo tiempo.

Sobre la calidad de los datos:

- En primer lugar y ante todo: SHARE representa bien a la población de individuos de 50 y más años de Europa; los resultados de este libro se apoyan

en datos fidedignos. Las comparaciones con las otras tres encuestas europeas importantes –la Encuesta trimestral de Población Activa de la Unión Europea (EU-LFS: *European Union Labour Force Survey*), el Panel de Hogares de la Comunidad Europea (ECHP) y la Encuesta Social Europea (ESS)– muestran que los datos de SHARE producen unas distribuciones muy similares de conceptos clave como el empleo, los ingresos, la educación y la salud.

Sobre la salud física y mental:

- Hay un claro gradiente Norte-Sur en diversas medidas de salud (medidas tanto subjetivas autoevaluadas como físicas) y renta: las personas mayores del Norte tienen mejor posición económica y gozan de mejor salud. Sin embargo, esto no se traduce en las diferencias de mortalidad correspondientes.
- Dentro de los países hay una relación fuerte entre la salud (y la conducta con respecto a la salud) y la situación socioeconómica. Por ejemplo, entre los individuos con una educación inferior es más probable la inactividad física (el 70 %) y la obesidad (el 50 %) que en los individuos con una educación superior.
- La incidencia de la depresión actual aumenta con la edad en la mayoría de países de SHARE y es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Los países del sur de Europa, sobre todo, muestran un gran desequilibrio entre hombres y mujeres con unos enormes índices de incidencia de la depresión entre las mujeres mayores. La depresión pasada y la actual son significativamente mayores entre los encuestados solteros que entre los encuestados casados.
- Hay una clara asociación negativa entre la depresión y la renta o la riqueza en los países del Norte, pero tal asociación está completamente ausente en el sur de Europa.
- La habilidad cognitiva está fuertemente asociada con la educación: los individuos con una educación superior son más capaces cognitivamente que los que tienen una educación inferior. Las diferencias entre los países con respecto a los índices de deterioro cognitivo parecen estar en sintonía con

las diferencias entre los países en lo referente al nivel de educación. La evidencia transnacional sugiere efectos de largo plazo fuertes de la inversión en educación.

Sobre los servicios de asistencia sanitaria:

- Las diferencias en los gastos médicos pagados en efectivo ilustran las diferencias entre los países en cuanto a los sistemas de asistencia sanitaria, complementando lo que hemos visto en las Figuras 10 a 12. En Alemania, Suecia, Dinamarca y Grecia, más del 80 % de los hogares de SHARE tuvieron al menos algún desembolso personal en los pasados 12 meses. En Francia, España y los Países Bajos el porcentaje es menor del 45 %.
- Hay mucha relación entre el nivel de educación y varios –pero no todos– indicadores de la utilización de los servicios sanitarios en Europa. Es decisivo investigar el efecto de la educación sobre esta utilización a la luz de otros factores que pueden llevar a confusión.
- SHARE es la primera encuesta que incluye indicadores de calidad de la asistencia a las personas mayores, recogidos con el mismo cuestionario entre la población general de los países europeos. La mayoría de los indicadores de calidad de la asistencia sugiere que hay espacio suficiente para mejorar la calidad de la asistencia europea. Por ejemplo, muy pocos médicos de medicina general (en su función de gestores de casos) se interesan periódicamente por los fármacos. Desde una perspectiva preventiva, hay una falta de evaluaciones geriátricas y de pruebas de reconocimiento.

Sobre el bienestar:

- La salud no es el único aspecto de la felicidad. SHARE también utiliza una medida innovadora del «bienestar». Todos los países revelan una relación positiva entre el bienestar y el nivel de educación y entre el bienestar y la renta, haciendo más confusa la ya de por sí compleja relación entre la salud y la situación socioeconómica.

Sobre la participación laboral:

- Las diferencias institucionales de los sistemas del bienestar afectan claramente a la distribución y la

estructura por edades de la participación en el mercado laboral y la jubilación. En los países donde se permite la jubilación anticipada o ésta es generosa hay un gran predominio de jubilados anticipados (típicamente, los países del Sur, pero también Austria y Francia).

- Hay una capacidad laboral potencialmente enorme sin utilizar en países como Austria, Italia y Francia, donde individuos «sanos» no forman parte de la población activa.
- La calidad del empleo durante los años de prejubilación (bajo control en el trabajo, desequilibrio entre mucho esfuerzo y poca recompensa) varía considerablemente en todos los países europeos, con un claro gradiente Norte-Sur. La calidad del empleo está muy asociada con el bienestar: una calidad del empleo inferior está acompañada de un mayor predominio de una pobre autopercepción de la salud y la depresión.
- Las edades de jubilación y las rutas de salida a la jubilación varían mucho entre los países. Por ejemplo, el predominio del seguro de discapacidad en el marco de la jubilación anticipada varía de cerca del 16 % en Dinamarca a casi el 3 % en Grecia. No hay diferencias perceptibles entre los países en la composición demográfica o la situación sanitaria que puedan explicar esta gran variación.
- El trabajo remunerado no lo es todo: el 10 % del grupo de edades de los 65 a los 74 años hace trabajo de voluntariado, y en los Países Bajos es incluso más del 25 %. En España y Grecia menos del 4 % informa que hace trabajo de voluntariado en todos los grupos de edades. En todos los países de SHARE hay una notoria regularidad en la asociación de una amplia gama de características individuales, tales como la salud y el bienestar, con el voluntariado.

Sobre la familia y las redes sociales:

- Para las personas europeas que son mayores en la actualidad, la familia ha seguido siendo un firme proveedor de integración institucional y cotidiana. El histórico declive del matrimonio aún no les ha alcanzado directamente. La estructura multigeneracional de la familia permanece notablemente estable. La proximidad geográfica –y, por consi-

guiente, el potencial del apoyo cotidiano— es alta todavía.

- Hay un pronunciado gradiente Norte-Sur en relación a los índices de co-residencia y la frecuencia de contacto entre las generaciones familiares adultas. En 2004, pocas mujeres de los países del Sur con edades comprendidas entre los 50 y los 65 años tienen un empleo remunerado, así es que actualmente están disponibles para acometer las tareas familiares.
- La cantidad de horas empleadas ayudando a otros o cuidando de los nietos es considerable. En la medida que estos servicios deben ser comprados en el mercado si los encuestados no los facilitaran, el valor económico de la ayuda familiar es de una magnitud considerable.
- Las transferencias intergeneracionales son una importante fuente de riqueza del hogar. En todos los países, aproximadamente el 30 por ciento de todos los hogares ha recibido alguna vez un gran regalo o una herencia por más de 5.000 euros. La distribución de las herencias es muy desigual. Desde el punto de vista de las cantidades heredadas, el 5 % de los hogares que ha recibido mayores cantidades concentra aproximadamente dos terceras partes de todas las herencias.
- Las transferencias intergeneracionales muestran un fuerte gradiente Norte-Sur: los encuestados más jóvenes del Norte reciben más de los padres, mientras que los encuestados mayores del Sur con más frecuencia son receptores de sus hijos.

Sobre la situación socioeconómica:

- Las diferencias internacionales en renta aparecen con menos fuerza cuando en el análisis se introducen el valor de las viviendas ocupadas por su propietario, las diferencias en el poder adquisitivo y las diferencias en materia de tributación.
- La pobreza financiera es todavía seria en algunos países. Sin embargo, a menudo está aliviada por recursos no financieros. Por ejemplo, el alquiler imputado tiene una influencia considerable en la limitación de la pobreza, sobre todo en el Sur. Asimismo, vivir cerca de los hijos, en el mismo hogar o el mismo edificio, sigue siendo un mecanismo muy importante de solidaridad social con un papel im-

portante de alivio de la pobreza, no sólo en el Sur, sino también en Alemania.

- Debido a la riqueza inmobiliaria, la riqueza neta total varía mucho menos en toda Europa que la riqueza financiera total. Un porcentaje alto de hogares casi no mantiene activos financieros. La propiedad de los activos muestra una variabilidad considerable en todos los países, ya que los bonos, las acciones y los fondos mutuos son mucho más populares en los países del Norte que en los mediterráneos. La exposición al riesgo financiero es mucho mayor en Suecia y Suiza, y comparativamente baja en el sur de Europa.
- Los datos de SHARE con respecto al consumo —los primeros de su género— han revelado diferencias sorprendentes y desconcertantes en todos los países. El nivel de consumo de alimentos es mucho más bajo en los países del Norte (Suecia y Dinamarca) que en otro sitio, justo lo contrario de lo que cabría esperar, dado que los ingresos en los países del Norte son más altos que en los países del Sur. Sólo algunas de las diferencias observadas entre los países pueden explicarse por el precio relativo de los alimentos.
- En todos los países, la desigualdad en riqueza es mayor que la desigualdad en renta y la desigualdad en renta es mayor que la desigualdad en el consumo. Aparecen diferencias enormes entre los países más igualitarios del Norte y el resto de los países europeos que participan en SHARE.

2.5. ¿A dónde vamos a partir de aquí?

Estos primeros resultados, descriptivos en su mayor parte, muestran la riqueza sin precedentes de los datos de SHARE en tres ámbitos igualmente importantes de la vida cotidiana: las circunstancias económicas, las condiciones de salud y bienestar y la integración en la familia y en las redes sociales. Ahora animamos a los investigadores a descargarse los datos y continuar con análisis multivariante y de comportamiento, dado que se supone que SHARE es una infraestructura para todos los investigadores en materia de salud pública, economía y ciencias sociales.

La Comisión Europea ha reconocido que el envejecimiento de la población y sus desafíos sociales y económicos para el crecimiento y la prosperidad se encuentran entre los desafíos más apremiantes del siglo XXI en Europa. En respuesta al Consejo Europeo Especial que se celebró en Lisboa en marzo de 2000, una Comunicación de la Comisión Europea al Consejo y al Parlamento Europeo exhorta a «examinar la posibilidad de elaborar, en cooperación con los Estados miembros, una Encuesta Longitudinal Europea sobre el Envejecimiento». Los datos de SHARE recopilados en el otoño de 2004 y presentados en este libro son la base de referencia para una encuesta longitudinal de esa clase.

Desde su inicio, SHARE se ha diseñado para ser una encuesta longitudinal. Aunque los resultados presentados en este libro son fascinantes debido a su carácter transnacional y multidisciplinario, una comprensión más profunda del envejecimiento sólo es posible cuando observamos cómo envejecen los individuos con el paso del tiempo, adaptándose a las circunstancias cambiantes de la salud, la economía y la familia.

La dimensión de tiempo es esencial, porque permite nuevas perspectivas en varios sentidos. En primer lugar, el envejecimiento es un proceso y no un estado. Los procesos necesitan ser observados con el paso del tiempo. Observar a dos individuos de edad diferente al mismo tiempo no sustituye a la observación de la misma persona en dos edades, ya que las dos personas han nacido en años diferentes y, por consiguiente, han experimentado otras épocas.

En segundo lugar, la dimensión del tiempo proporciona una oportunidad crucial para detectar la causalidad, lo que no es posible en una sola ola de datos. La causalidad se detecta con más facilidad si se puede establecer que un acontecimiento ocurrió después de la causa. En una sola ola, sin embargo, es imposible detectar una secuencia de acontecimientos.

En tercer lugar, la Unión Europea está experimentando un cambio institucional rápido. Algunos países han promulgado reformas drásticas de las pensiones. Todos los países están trabajando en la reforma de la asistencia sanitaria. Se está produciendo un número creciente de reformas graduales del mercado laboral.

Los datos con la dimensión del tiempo permiten a los investigadores observar la reacción ante tales cambios; por ejemplo, la elección de una edad de jubilación más tardía o mayores ahorros de jubilación en respuesta a la reforma de las pensiones; la utilización diferente de los servicios sanitarios y los cambios correspondientes en el estado de salud en respuesta a la reforma de la asistencia sanitaria y, posiblemente, una mayor participación laboral en respuesta a las reformas del mercado laboral. Con datos longitudinales, Europa, con su enorme diversidad de políticas, representa un «laboratorio natural» en el cual podemos aprender mucho acerca de los efectos de las políticas públicas en el comportamiento y el bienestar de sus ciudadanos.

El paso siguiente más importante es, en consecuencia, diseñar un seguimiento de los individuos de la primera ola y comenzar a crear la Encuesta Longitudinal Europea sobre el Envejecimiento que ha estado pidiendo el Consejo Europeo de Lisboa.

SHARE representa mucho de Europa, pero no incluye a los nuevos miembros de la Unión Europea ni al Reino Unido. En la próxima oleada, SHARE tiene previsto recopilar datos de los nuevos países candidatos a la adhesión. Además, mantendremos una estrecha cooperación con el Estudio Longitudinal Inglés sobre el Envejecimiento (ELSA). Pensamos crear un conjunto común de datos de SHARE y ELSA a fin de ampliar el alcance geográfico de los datos que se basa en definiciones internamente consistentes y estrictamente comparables en toda Europa.

También mantendremos estrecha cooperación con el Estudio de Salud y Jubilación Estadounidense (HRS) y cerraremos el triángulo de SHARE, ELSA y HRS añadiendo el gran subconjunto de datos comparables de HRS al conjunto común de datos de SHARE-ELSA, lo que permitirá comparaciones entre los países continentales europeos y los anglosajones.

Otros países contemplan estudios similares. Israel ha adoptado el cuestionario de SHARE para una encuesta de SHARE-Israel en el verano de 2005. Corea, uno de los países con los procesos de envejecimiento de la población más rápidos, está comenzando a diseñar una encuesta longitudinal sobre el envejecimiento que seguirá el modelo de SHARE.

OTROS NÚMEROS DE ESTE BOLETÍN

0. Las percepciones sociales sobre las personas mayores. Actitudes. Recomendaciones de la Royal Commission on Long Term Care del Reino Unido. Normativa. Proyectos.
1. El envejecimiento demográfico en España: balance de un siglo. El nuevo Plan español de I+D y el envejecimiento.
2. Dependencia y atención sociosanitaria.
3. La soledad de las personas mayores.
4. y 5. La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento: Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
6. La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes.
7. Naciones Unidas y envejecimiento.
8. Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2002.
9. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España.
10. La protección social a las personas mayores dependientes en Francia.
11. Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas.
12. Mejorar la calidad de vida de las personas mayores con productos adecuados.
13. Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional.
14. Los mayores en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999.
15. Proporcionar una Asistencia Sanitaria y Social integrada a las Personas Mayores: Perspectiva Europea.
16. Presente y futuro del cuidado de dependientes en España y Alemania.
17. Participación de las personas mayores europeas en el trabajo de voluntariado.
18. y 19. Redes y programas europeos de investigación.
20. Las consecuencias del envejecimiento de la población.
21. Envejecer en el Siglo XXI.
22. Servicios Sociales para personas mayores en España.
23. La situación de los Sistemas de Formación y Cualificación en la atención a los mayores dependientes.
24. Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética.
25. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): Su situación actual.
26. Envejecimiento de las personas con discapacidad intelectual.
27. Uso del tiempo entre las personas mayores.
28. Uso del tiempo entre las personas mayores.
29. Redes y Programas Europeos de Investigación.
30. El proyecto SHARE: la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación de Europa.

Observatorio de Personas Mayores

Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación
Avda. de la Ilustración, s/n c/v a Ginzó de Limia, 58
28029 MADRID

Tlfno: +34 913 638 523

Fax: +34 913 638 942

E-mail: opm.imserso@mtas.es

VISITE EL PORTAL MAYORES: <http://www.imsersomayores.csic.es>