



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

**RELACIÓN ENTRE EL BIENESTAR SENIOR Y LA
TOMA DE DECISIONES: EL ÍNDICE DE TOMA DE
DECISIONES**

Clave: 201804001

MADRID | Junio, 2023

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un fenómeno que está muy presente en la actualidad. Dado el crecimiento acelerado de este segmento poblacional, los temas que afectan a su bienestar son cada vez de una relevancia mayor.

Este trabajo propone un índice de toma de decisiones con el objetivo de comprender la situación en torno a la toma de decisiones lúdico-sociales de las personas senior en relación con su libertad económica y de salud. Se ha realizado mediante el uso de una selección de variables, que permiten acercar la realidad socioeconómica de los países de una manera clara y sencilla.

En cuanto a la metodología, con el propósito de ofrecer un índice de la mejor calidad posible se ha realizado un estudio previo del Active Ageing Index, extrayendo conclusiones de utilidad para la propuesta. Además, con el fin de representar mejor el proceso de decisión de las personas senior se realizó una encuesta para esclarecer la importancia de cada variable.

Finalmente, se ha aplicado el índice en tres países del arco mediterráneo (España, Portugal y Francia) para obtener un entendimiento de la relación existente entre longevidad y capacidad lúdico-social de la situación entre semejantes, prestando atención especial a la evolución de las desigualdades entre hombres y mujeres.

De los resultados del índice se desprende una tendencia al alza en la capacidad de decisión sobre aspectos lúdico-sociales de las personas, respaldada por una mejora del bienestar económico y de salud. Además, muestra una paulatina convergencia entre sexos.

PALABRAS CLAVE: Economía de la longevidad, toma de decisiones, libertad económica, libertad de salud, igualdad.

ABSTRACT

The ageing of the population is a phenomenon that is very present today. Given the accelerated growth of this population segment, the issues affecting their well-being are becoming increasingly relevant.

This paper proposes a decision-making index with the aim of understanding the situation regarding the social and recreational decision making of senior citizens in relation to their economic and health freedom. It has been carried out by using a selection of variables, which make it possible to bring the socioeconomic reality of the countries closer in a clear and simple way.

In terms of methodology, in order to offer an index of the best possible quality, a previous study of the Active Ageing Index has been carried out, drawing useful conclusions for the proposal. In addition, in order to better represent the decision-making process of senior citizens, a survey was conducted to clarify the importance of each variable.

Finally, the index was applied in three Mediterranean countries (Spain, Portugal and France) to obtain an understanding of the relationship between longevity and the social and leisure capacity of the situation among peers, paying particular attention to the evolution of inequalities between men and women.

The results of the index show an upward trend in people's capacity to make decisions on recreational and social aspects, supported by an improvement in economic and health well-being. It also shows a gradual convergence between the sexes.

KEY WORDS: Longevity economics, decision making, economic freedom and health freedom, and equality.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 Objetivos.....	7
1.2 Pregunta de investigación	8
2. MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.1 Economía de la longevidad.....	9
2.2 Estudio del Active Ageing Index.....	18
2.3 Libertad económica y libertad de salud.....	23
3. MÉTODOS.....	25
3.1 Índice Toma de Decisiones (ITD).....	25
3.2 Medidas.....	25
3.3 Metodología.....	38
3.4 Resultados.....	44
3.4.1 Resultados globales.....	44
3.4.2 Resultados desagregados por sexo.....	46
4. CONCLUSIONES.....	50
5. BIBLIOGRAFÍA.....	52
6. ANEXOS.....	58
6.1 Anexo I: Cuestionario.....	58
6.2 Anexo II: Excel de resultados del cuestionario.....	58
6.3 Anexo III: Cuestionario online.....	58
6.4 Anexo IV: Trabajadores sanitarios por cada mil habitantes.....	59
6.5 Anexo V: Autopercepción del estado de salud.....	59
6.6 Anexo VI: Limitaciones autopercebidas de larga duración en las actividades habituales debidas a un problema de salud, por edad.....	60
6.7 Anexo VII: Gasto en ocio, cultura y turismo.....	60
6.8 Excel base de datos.....	61

ÍNDICE DE FIGURAS.

Tabla 1: Elementos cuestionario online.....	42
Tabla 2: Ponderación de variables.....	44
Figura 1: Evolución de la Población mayor de 65 años.....	10
Figura 2: Esperanza de vida en el mundo en 2021.....	11
Figura 3: PIB per cápita.....	11
Figura 4: Esperanza de vida.....	13
Figura 5: Tasa de natalidad.....	14

Figura 6: Nacimientos.	15
Figura 7: Tasa de natalidad por cada mil.	16
Figura 8: Pirámide poblacional España 2021.	17
Figura 9: Pirámide poblacional Argelia 2021.	17
Figura 10: Active Ageing Index.	20
Figura 11: Evolución tasa de ausencia de riesgo de pobreza.	28
Figura 12: Ausencia de privaciones materiales severas.	30
Figura 13: Acceso a servicios sanitarios.	33
Figura 14: Enfermedades o problemas de salud de larga duración.	34
Figura 15: Años de vida saludable a los 65.	37
Figura 16: Resultados cuestionario online.	43
Figura 17: Resultados Índice Toma de Decisiones.	45
Figura 18: Resultados Índice Toma de Decisiones en España por Sexo.	47
Figura 19: Resultados Índice Toma de Decisiones en Portugal por sexo.	48
Figura 20: Resultados Índice Toma de Decisiones en Francia por sexo.	49

1. INTRODUCCIÓN.

Se establece **población senior** como aquel grupo que comprende edades mayores a 65 y de cualquier contexto socioeconómico y educativo. Este es un grupo demográfico cada vez más importante debido al **envejecimiento de la población**, deduciéndose esta mayor relevancia de la proporción de personas mayores de 65 años, la cual aumentará del 18% de 2017 al 30% en 2060 (Bojanić & Erceg, 2017). Lo que nos presenta como sociedad diversos desafíos en términos de bienestar económico y de salud

Con la realización de esta investigación se persigue realizar un índice que permita comprender la influencia del contexto sanitario-económico en las decisiones lúdico-sociales de la población senior.

Se realizará un primer análisis de las variables desde un punto de vista teórico, explicando y justificando la utilización de estas. Estas variables incluyen algunas de carácter económico como son el riesgo de pobreza de los pensionistas y la ausencia de privaciones materiales severas y, otras más enfocadas en la salud de la población como son el acceso a servicios sanitarios, la presencia de enfermedades crónicas y los años de vida saludables.

Tras la **presentación teórica de dichas variables**, se continuará con la explicación del método utilizado para realizar el índice. Previamente se realizará un estudio de un índice de longevidad, el Active Ageing Index, para poder ofrecer un enfoque diferente.

Finalmente, se realizará una base de datos para los países seleccionados (España, Portugal y Francia) y se **aplicará el índice** con la finalidad de dotar al trabajo de una perspectiva más práctica, obteniendo los resultados de estos países. Se han seleccionado estos países porque permiten conocer, dentro del contexto más general de la Unión Europea, una realidad con condicionantes (climatología y raíces culturales) semejantes. Además, al tratarse de países con estructuras socioeconómicas similares permite identificar tendencias coherentes a la vez que se observan diferencias en el rendimiento de los indicadores.

A partir de estos resultados, se comprenderá el nivel en el que las decisiones lúdico-sociales de las personas senior están afectadas en mayor o menor medida por la situación en términos de libertad económica y de salud.

En la medida en que la sociedad actual ha experimentado un rápido crecimiento en términos de esperanza de vida, indicadores como este deben permitirnos orientar la toma de decisiones ajustadas al perfil poblacional. Tanto los individuos como las administraciones públicas pueden beneficiarse de este tipo de estudios a la hora de tomar decisiones. En lo que respecta a los organismos públicos, por ejemplo, estos pueden identificar amenazas económico-sanitarias, las cuales estén afectando al gasto en ocio y afectando así, a la economía nacional.

1.1 Objetivos.

El objetivo principal que se persigue con este trabajo es relacionar la libertad económica y de salud de las personas mayores con las decisiones que estas toman en el ámbito lúdico-social. Para ello, se va a proponer un índice que muestre la situación en términos económicos y sanitarios de la población senior, introduciendo un factor nuevo frente a los utilizados en otros índices de longevidad, la libertad en la toma de decisiones.

Para alcanzar el objetivo principal del trabajo será necesario cumplir primero con unas metas más específicas:

- a) Comprensión del término economía de la longevidad o silver economy, y análisis de su importancia.
- b) Establecer la relación entre el bienestar de las personas y la toma de decisiones lúdico-sociales.
- c) Selección, análisis y justificación de las variables empleadas.
- d) Estudio de métodos utilizados y selección para la elaboración del índice.
- e) Elaboración de una base de datos a través de la consulta de distintas bases de organizaciones como la OCDE o Eurostat para los países seleccionados: España, Portugal y Francia.
- f) Aplicación del índice en los países seleccionados: España, Portugal y Francia.

1.2 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de bienestar económico y de salud de la población senior?, ¿ha aumentado el nivel de libertad en la toma de decisiones en el ámbito lúdico-social la población senior?

En el contexto de este trabajo se entiende por decisiones lúdico-sociales aquellas relacionadas con las elecciones relativas a actividades de ocio realizadas en sociedad.

A lo largo del desarrollo de este trabajo se va a tratar de dar respuesta a estas preguntas y, para ello, primero se establecerá la relación con el nivel de bienestar económico y de salud con la toma de decisiones.

Posteriormente y una vez establecida la relación, se propondrá un índice que permita conocer el bienestar económico y de salud de las personas senior, mayores de 65 años, lo que permitirá dar respuesta a ambas preguntas.

2. MARCO CONCEPTUAL.

2.1 Economía de la longevidad.

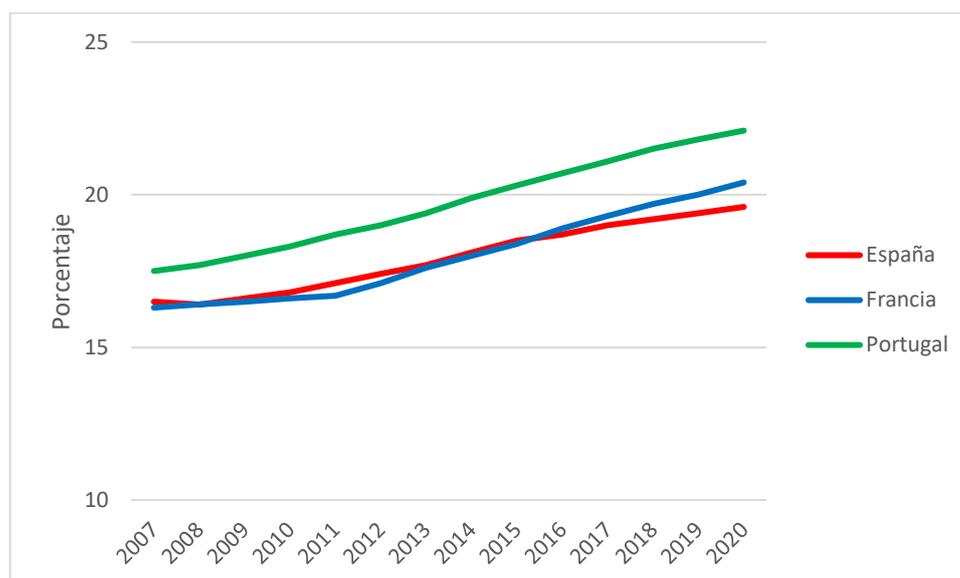
El término economía de la longevidad o 'silver economy' en inglés es considerado parte de la economía general y según la definición establecida por Oxford Economics (2016) hace **referencia al conjunto de actividades económicas relacionadas con las necesidades y demandas de las personas mayores de 50 años**¹. Se incluyen tanto los productos y servicios comprados directamente como la actividad económica que se genera a partir de ese gasto. De esta manera, el concepto se refiere a aquellas actividades económicas relacionadas con la producción, el consumo y el mercado de bienes y servicios de interés para las personas mayores, ya sean públicos o privados (Comisión Europea, 2018).

Ante el reto que supone el envejecimiento de la población, en Europa, en un principio se centró la atención en conseguir mantener el gasto público en sanidad y las pensiones en el tiempo, tratando de encontrar un modelo sostenible. Con el paso del tiempo, este objetivo, el cual continúa siendo de vital importancia, ha evolucionado a su vez hacia la búsqueda de las oportunidades que este fenómeno genera. Siendo clave, la comprensión de que la economía de la longevidad genera indirectamente oportunidades no solo para las personas mayores de 50 años, sino también para las generaciones más jóvenes (Comisión Europea, 2018).

A la hora de tratar el tema de la economía de la longevidad, es importante establecer el rango de edad que consideramos población senior. En este trabajo, los datos que utilizaremos serán de aquellas personas mayores de 65 años, diferenciándonos en este aspecto de la definición que mostrábamos en el párrafo anterior. Las razones que atienden a la decisión son dos: la primera y fundamental, que se considera oportuno que el estudio comprenda a más del 15% de la población, mayor de 65 años (Ver figura 1), y en situación social de jubilación. Sin alcanzar otros segmentos que harían que la población estudiada resultara indiferenciada y perdiera representatividad a los efectos del estudio. La segunda, el hecho de contar con información en las bases de datos oficiales como Eurostat es esencial siendo los 65 años el corte de edad más común en estas.

¹ Más adelante se explica la decisión de establecer el corte de edad en los 65 años para este estudio.

Figura 1: Evolución de la Población mayor de 65 años.



Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia.

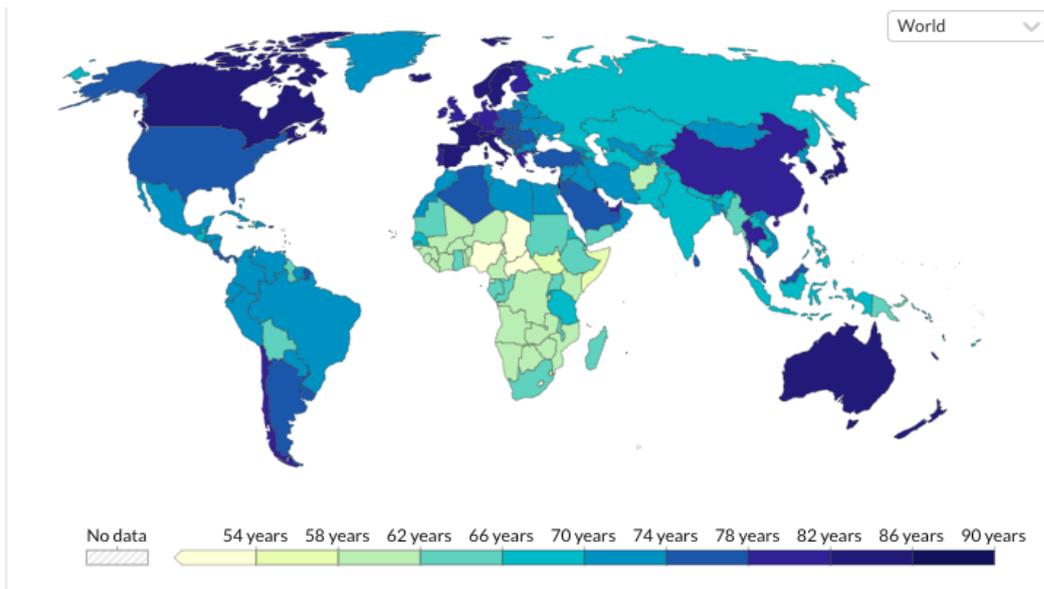
Una vez introducido el concepto, podemos reparar en la importancia que ha adquirido esta parte de la economía debido al cambio demográfico, siendo un claro ejemplo de esta evolución demográfica que, por primera vez en la historia, la población mayor de 65 años es superior a los menores de 5 años (Scott, 2022).

El envejecimiento de la población se debe a dos aspectos concretos: el aumento de la esperanza de vida y el descenso en los nacimientos.

a) Esperanza de vida.

La esperanza de vida es la medida clave para evaluar la salud de la población, indica la edad media de fallecimiento de una población. Desde 1900, se ha duplicado y supera ya los 70 años. Sin embargo, la desigualdad en este aspecto sigue siendo muy grande tanto entre países como dentro de ellos. (Roser et al., 2013)

Figura 2: Esperanza de vida en el mundo en 2021.

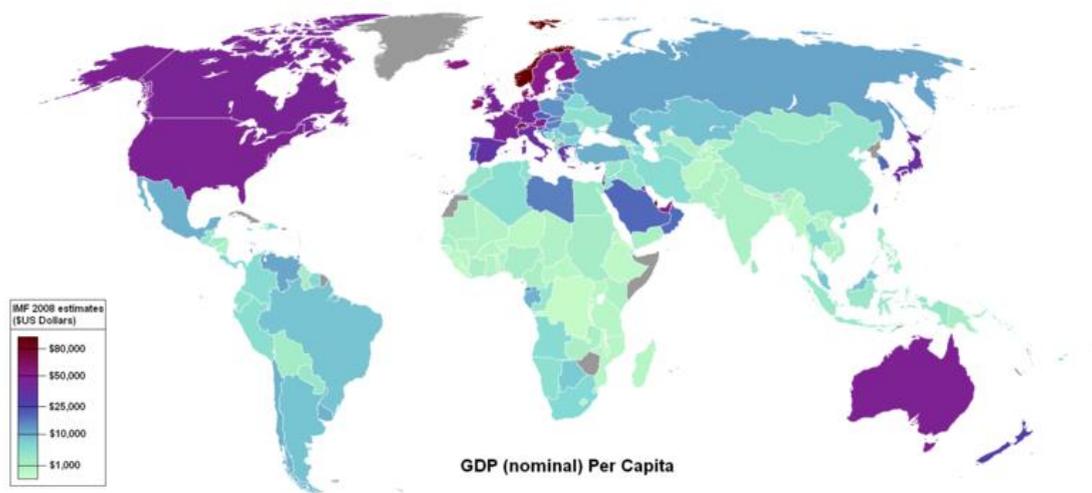


Fuente: Naciones Unidas.

Como se aprecia en la figura 2, países como Chad, República Centroafricana o Nigeria presentan esperanzas de vida que apenas superan los 50 años, mientras que, en países como España, Portugal o Francia, la media se sitúa por encima de los 80.

En este punto, se debe analizar la posible correlación existente entre la esperanza de vida de un país y el producto interior bruto per cápita que presenta el mismo, es decir, que, a mayor desarrollo económico de un país, mayor será la esperanza de vida de este.

Figura 3: PIB per cápita.



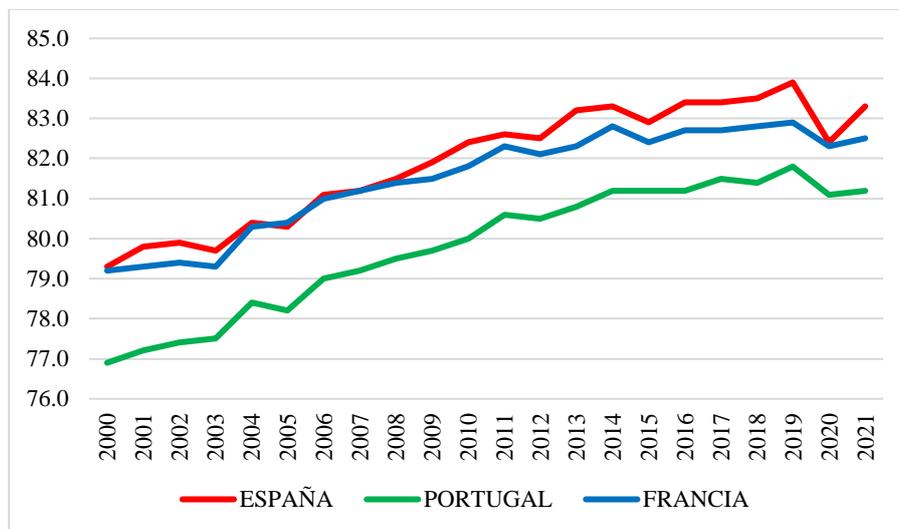
Fuente: recuperado de Didactalia.

La figura 3 muestra como los países europeos, así como Estados Unidos, Canadá, Japón y Australia son aquellos que presentan un mayor PIB per cápita, siendo este grupo de países además los que presentan una mayor esperanza de vida, de acuerdo con el gráfico mencionado anteriormente, por lo que se puede inferir una correlación positiva entre ambos factores como así se demuestra en el estudio llevado a cabo en Oláh et al., (2010) Si bien es cierto que en países como Estados Unidos se podría proyectar una esperanza de vida mayor en base al PIB per cápita de la que finalmente encontramos y, en el lado contrario encontramos países como China o Chile cuya población cuenta con una alta esperanza de vida, entorno a los 78 años, mientras que su PIB per cápita no se sitúa en el tramo más elevado. Esto indica que la esperanza de vida no se puede fundamentar de forma exclusiva en datos de carácter económico.

Seguidamente, se debe analizar en mayor profundidad la esperanza de vida que presentan los tres países sobre los que se va a centrar el trabajo, donde se aprecia que España y Francia cuentan con una esperanza de vida muy similar que ha aumentado desde los 79 años en el año 2000 hasta los 83 y 82 años respectivamente en el año 2021, lo que confirma un aumento del envejecimiento causado por la mejora de las condiciones de vida y una mayor concienciación social por la práctica de ejercicio físico. (Martín Aranda, 2018).

Portugal ha experimentado el mismo fenómeno ya comentado para España y Francia, incrementando su esperanza de vida en 4 años desde los 77 años hasta los 81 en el siglo XXI.

Figura 4: Esperanza de vida.



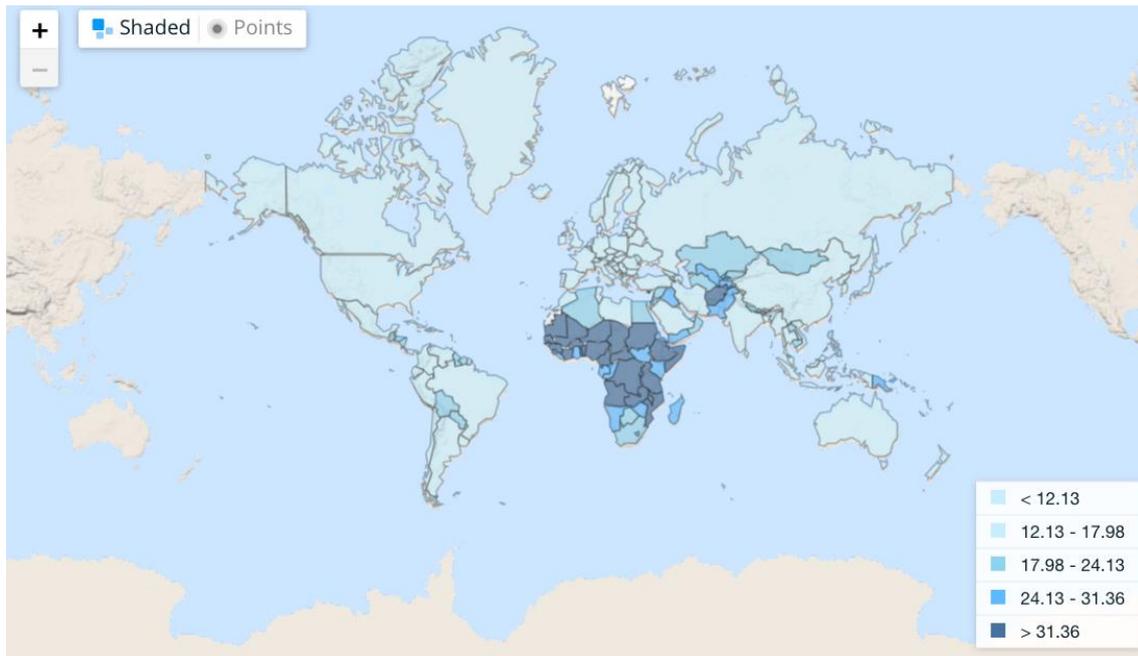
Fuente de datos: OCDE. Gráfico de elaboración propia.

En la actualidad las personas cuentan con un mayor número de años de vida por delante y esto implica un **cambio en el comportamiento** de estas, no solo de la población senior sino de todas las edades, variando las decisiones que se toman en cada momento. Además, como es lógico esto no solo implica un cambio de conducta en los individuos, sino que se han de dar cambios también en las instituciones y las políticas adoptadas (Murphy and Topel, 2006; Scott, 2022).

b) Natalidad

Otro aspecto demográfico que tiene un carácter determinante sobre el envejecimiento de la población es la tasa de natalidad. En el caso de la natalidad encontramos el fenómeno contrario al mencionado anteriormente (ver figura 5), ya que los países africanos principalmente, así como determinados países sudamericanos (Bolivia), centroamericanos (Honduras, Nicaragua) y asiáticos (Laos, Camboya, Filipinas) son los que presentan un mayor índice de nacimientos mientras que presentan tasas muy pobres de producto interior bruto por habitante.

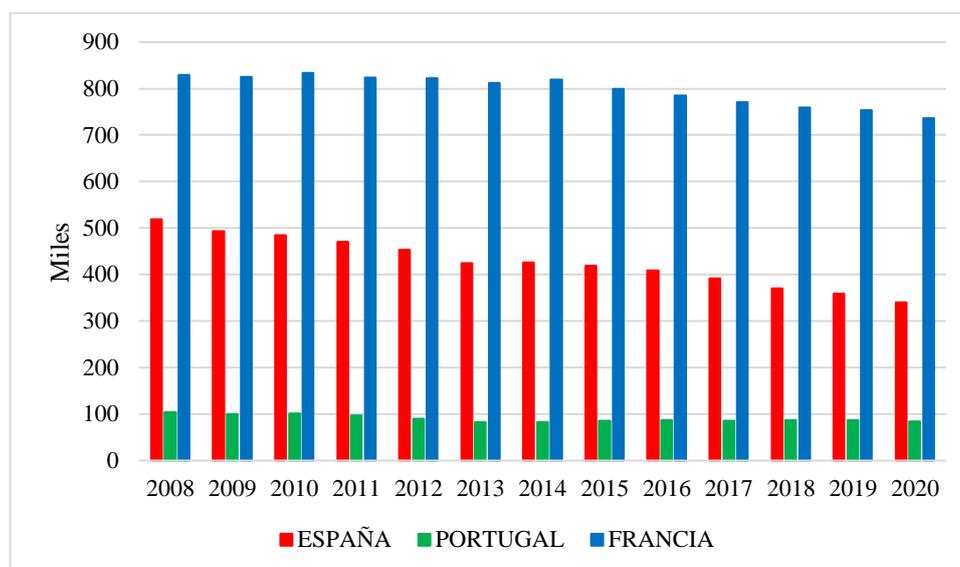
Figura 5: Tasa de natalidad.



Fuente: Banco mundial.

En la figura 6 se observa el número absoluto de nacimientos en España, Portugal y Francia desde el año 2008 hasta el año 2020, se evidencia una **tendencia a la baja en el número de nacimientos** desde 2008. En España, se han reducido desde los 518.000 hasta los 340.600, es decir, un 34,3%. Mientras tanto, en Francia y Portugal se han reducido un 19,3% y un 11,3% los nacimientos. A pesar de que la reducción porcentual de los nacimientos en estos países se encuentra alejada de la sufrida por España, no deja de ser un hecho notorio y con una gran importancia en cuanto al envejecimiento de la población se refiere.

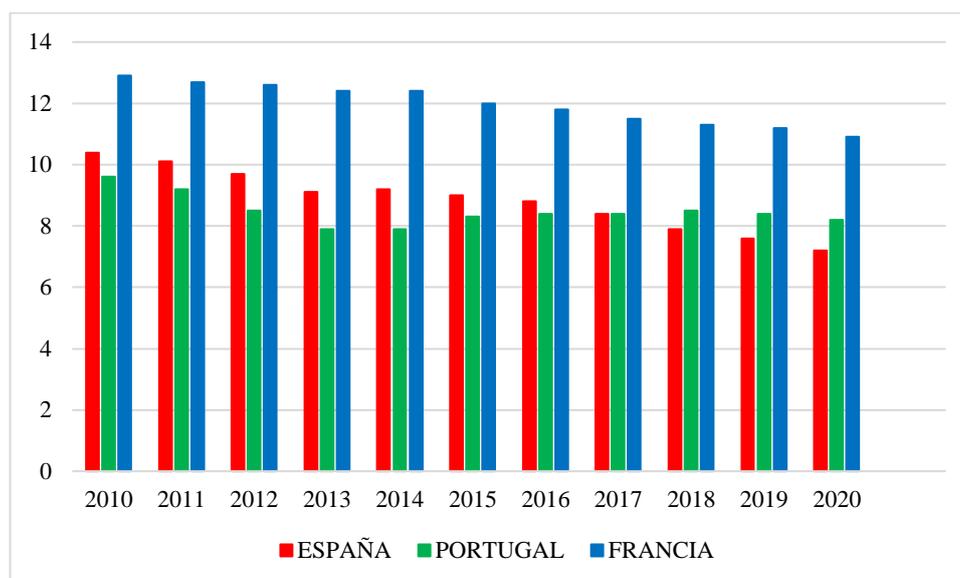
Figura 6: Nacimientos.



Fuente de datos: OCDE. Gráfico de elaboración propia.

Ahora bien, al hablar de nacimientos en números absolutos dejamos de lado el tamaño del país, por lo que la información presentada en la figura 6 no termina de reflejar una comparativa clara entre los tres países. Por ello, a continuación, se muestra un gráfico generado a partir de la **tasa de natalidad**, siendo este dato más adecuado para comparar las diferencias entre los países. En este puede observarse como Francia cuenta con una tasa de natalidad superior a España y Portugal, mientras que estos países se encuentran en unos niveles muy similares. Esta mayor tasa de natalidad encuentra su fundamento posiblemente en el mayor impacto que tuvo la crisis financiera del 2008 en países como España o Portugal, al igual que otros como Italia o Grecia, frente al sufrido en países más centroeuropeos como Francia, Alemania o Bélgica.

Figura 7: Tasa de natalidad por cada mil.

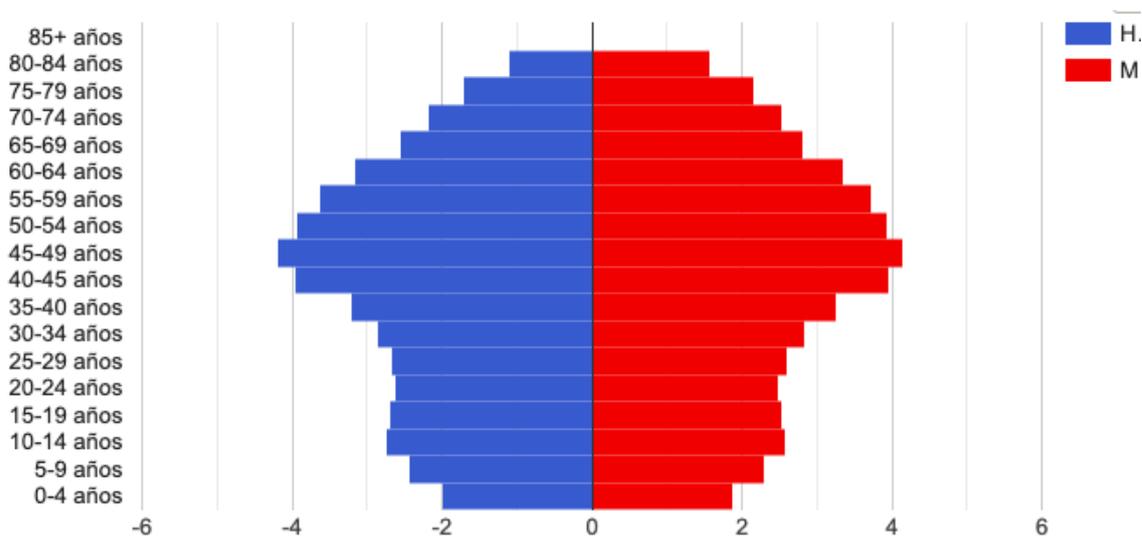


Fuente de datos: OCDE. Gráfico de elaboración propia.

Finalmente, hay que considerar el efecto que tiene sobre la economía la mayor edad media de la población que encontramos en países como España (44,1 años) frente a otros como Argelia (27,3 años). Como se observa en las pirámides de población mostrada a continuación (ver figuras 8 y 9), el grupo de edad más poblado en España se sitúa entre los 40 y los 55 años, mientras que en el caso de Argelia se corresponde con los recién nacidos hasta los 9 años. Esta notable diferencia, así como los 16,8 años de diferencia en la edad media de la población se debe principalmente a los factores económicos, sociales y culturales² que incentivan la natalidad en países menos desarrollados como Argelia, así como la menor mortalidad de los países desarrollados como España. El principal efecto que encontramos de este mayor envejecimiento de la población presente en países desarrollados como España es un problema en la salud presupuestaria del Estado, reflejo de esto son las pensiones, que ya en 2020 representaban un valor equivalente al 12,7% del PIB en España según Eurostat y se prevé que siga aumentando considerablemente en el futuro próximo. Esto sumado a que el porcentaje de población en edad de contribuir al pago de estas mediante impuestos es cada vez más reducido, hace que se prevea un colapso del sistema de pensiones en España.

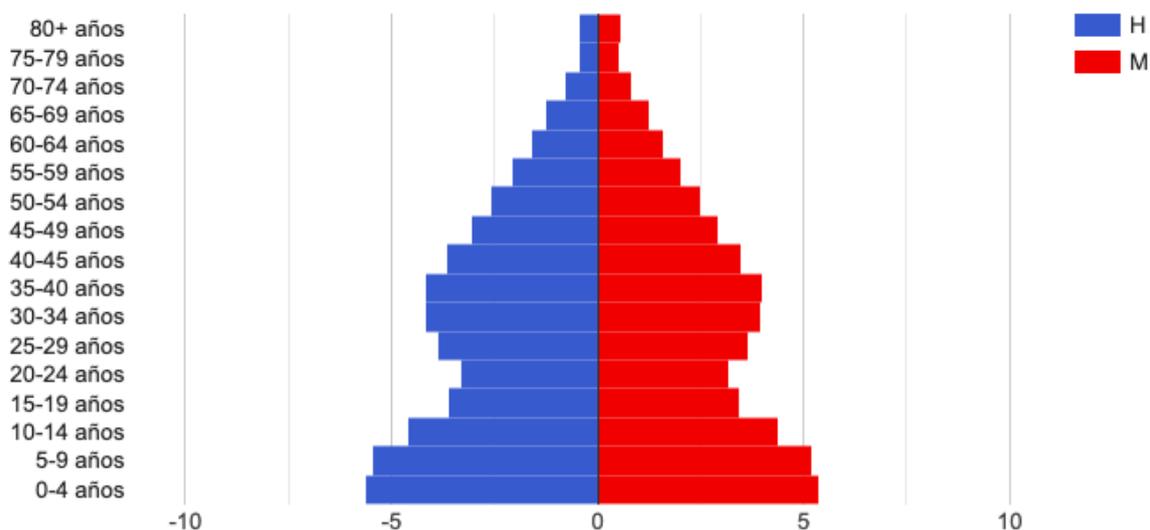
² Factores como: la menor planificación familiar, menor uso de preservativos y falta de educación sexual. Así como la mayor mortalidad infantil presente en estos países que obliga a las familias a concebir un mayor número de hijos para asegurar el mantenimiento de su estirpe o el apoyo o sustento que suponen los hijos para la economía familiar sirviendo de mano de obra desde una edad temprana.

Figura 8: Pirámide poblacional España 2021.



Fuente: Datosmacro.

Figura 9: Pirámide poblacional Argelia 2021.



Fuente: Datosmacro.

El hecho mencionado de que la esperanza de vida en todo el mundo haya superado los 70 años, en comparación con los 30 años que se registraban en 1870 se considera uno de los mayores logros de los últimos 150 años, significa que, por primera vez en la historia, las personas jóvenes pueden esperar vivir hasta una edad avanzada. Este logro tiene dos consecuencias importantes para la economía. Por un lado, se necesita una mayor

comprensión sobre el proceso de envejecimiento y **cómo afecta a nuestra toma de decisiones**. Por otro lado, se plantea la pregunta sobre qué cambios debemos implementar en nuestros comportamientos, políticas e instituciones para adaptarnos a estas vidas más largas (Scott, 2022).

2.2 Estudio del Active Ageing Index.

En este apartado se analizará “**Active Ageing Index**” (UNECE, 2023) con la intención de identificar las fortalezas y limitaciones, teniéndolas en cuenta a la hora de diseñar y desarrollar el Índice de Toma de Decisiones.

El “active ageing” o “envejecimiento activo” se refiere generalmente a estrategias individuales o colectivas que buscan optimizar la participación económica, social y cultural a lo largo de todo el curso de la vida (Kalache y Kickbusch, 1997). Esto permite que las personas se den cuenta de su potencial para conseguir el bienestar físico, social y mental a lo largo de todo el curso de la vida, y participen en la sociedad según sus necesidades, deseos y capacidades, al tiempo que les brinda la protección, seguridad y cuidado adecuados (WHO, 2002).

Este concepto se superpone con otras calificaciones del proceso de envejecimiento, como el envejecimiento exitoso, el envejecimiento saludable y el envejecimiento productivo, pero es único dentro de la gerontología, ciencia que estudia los distintos aspectos de la vejez, por ser principalmente un concepto político. Este carácter político se muestra en una de las preocupaciones de la gerontología crítica, la cual busca comprender la forma en que el conocimiento sobre el envejecimiento informa las políticas. Siendo una de las afirmaciones centrales de esta ciencia que la investigación gerontológica convencional participa en la construcción económica y política de los considerados “problemas” asociados con la vejez (Lassen y Moreira, 2014).

El envejecimiento activo y el envejecimiento exitoso son "discursos positivos del envejecimiento" que se han convertido en piezas centrales en las estrategias nacionales e internacionales que gobiernan las poblaciones envejecidas (Rudman, 2015). Como parte central de las estrategias nacionales e internacionales las políticas de envejecimiento activo deben crear posibilidades para una vida laboral más larga, asegurar la participación

social, fomentar estilos de vida saludables y proporcionar oportunidades para vivir de manera independiente.

Por tanto, es importante medir dicho fenómeno para conocer la situación y para ello, existen diferentes índices como el Active Ageing Index (AAI). Ahora bien, la información recogida y utilizada por este índice permite llevar a cabo una serie de comparaciones, implicando esto que el AAI puede utilizarse con diferentes fines:

- a) Comparar los resultados entre distintos países o grupos de países, detectando aquellas áreas en las que un país se encuentra menos desarrollado y, por tanto, debe aplicar medidas de carácter relevante.
- b) Comparar la evolución a lo largo del tiempo dentro de un mismo país de los distintos indicadores, observando áreas que impidan el desarrollo global de los resultados.
- c) Comparar las diferencias entre mujeres y hombres, con el fin de desarrollar medidas que puedan tener un efecto positivo en la reducción de las diferencias entre sexos.

Los **resultados** se expresan a través de un **valor comprendido entre el 0 y el 100**, cuanto más alto sea dicho valor, mayor potencial de las personas mayores estará aportando a la economía y a la sociedad del país correspondiente.

Además, el AAI se construye sobre la base de **cuatro campos distintos**, los cuales se encuentran formados por un conjunto de **22 indicadores**, y se calcula para los 28 Estados miembros de la Unión Europea, debiéndose aclarar que llevar a cabo una comparación de manera independiente de cada uno de los indicadores es posible (UNECE, 2023).

Figura 10: Active Ageing Index.

Overall Index					
Active Ageing Index					
The Active Ageing Index (AAI) is a tool to measure the untapped potential of older people for active and healthy ageing across countries. It measures the level to which older people live independent lives, participate in paid employment and social activities as well as their capacity for active ageing.					
Domains					
Employment		Participation in Society	Independent, Healthy and Secure Living	Capacity and Enabling Environment for Active Ageing	
Indicators					
Employment rate 55-59		Voluntary activities	Physical exercise	Remaining life expectancy at age 55	
Employment rate 60-64		Care to children and grandchildren	Access to health services	Share of healthy life expectancy at age 55	
Employment rate 65-69		Care to infirm and disabled	Independent living	Mental well-being	
Employment rate 70-74		Political participation	Financial security (three indicators)	Use of ICT	
			Physical safety	Social connectedness	
			Lifelong learning	Educational attainment	

Fuente: UNECE.

Ahora bien, llegados a este punto es necesario hacer un breve inciso en una de las principales polémicas que surgen entorno a este índice, referida a la elección de los campos e indicadores. La **elección de los indicadores** se realizó en las dos primeras reuniones de grupos de expertos formados por la Comisión Europea y por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa. La polémica surge en el momento que se debate la arbitrariedad y la falta de transparencia con la que se han elegido dichos campos e indicadores (De São José et al., 2017), cuestionándose si los indicadores seleccionados son los más valorados por las personas mayores.

El AAI es la herramienta principal para monitorizar las políticas de envejecimiento activo, ya sea tanto a nivel europeo como a nivel nacional. Claro reflejo de esto es papel importante que la Comisión Europea atribuye al AAI en la monitorización de la implementación del Paquete de Inversión Social, un conjunto de principios rectores destinados a ayudar a los Estados miembros a implementar políticas de inversión social (Comisión Europea, 2015).

Según los desarrolladores este índice cuenta con una serie de ventajas. Primero, se muestra de manera atractiva, ya que ofrece varias posibilidades analíticas. Segundo,

permite la evaluación del "potencial no utilizado de las personas mayores" en cada país. Tercero, ofrece la posibilidad de desagregar el AAI en índices específicos para cada campo, lo que permite identificar los campos que más necesitan ser intervenidos mediante el uso de políticas públicas. Cuarto, la **interpretación numérica** del AAI es más **sencilla** y, por tanto, accesible para una parte de la población más amplia que otros métodos utilizados anteriormente, como el z-score, método más complejo. Quinto, ofrece un desglose de resultados por género. Se identificó recientemente otra ventaja: los resultados de los índices generales y específicos del campo se pueden analizar en comparación con los objetivos establecidos (UNECE/Comisión Europea, 2015).

Sin embargo, el AAI aún no ha sido sometido a un análisis crítico exhaustivo. Hay ciertos aspectos como los siguientes, que continúan sin ser claros: qué se mide y con qué propósito; los fundamentos teóricos y conceptuales; el enfoque metodológico; y la utilidad para la formulación de políticas. A pesar de que el AAI no es preciso en la definición de lo que mide, está claro que el AAI mide logros (es decir, prácticas y actividades), no capacidades o logros potenciales. Por ejemplo, los resultados del AAI pueden indicar que porcentaje de las personas mayores en Rumania están empleadas. Sin embargo, no aclara en qué medida estas personas valoran estar empleadas o si su participación en el mercado laboral se basa en una elección o en una necesidad económica, es decir, el hecho de no trabajar es una opción viable o, por el contrario, el trabajo es una necesidad para estas personas. Por el contrario, el fin general de este índice, como hemos mencionado anteriormente, sí queda establecido de una manera clara, siendo el objetivo ayudar al regulador a afrontar el reto que supone el envejecimiento poblacional mediante la identificación de aquellos sectores en los que es necesaria una mayor intervención (De São José et al., 2017).

Una vez analizado el AAI y comprendido aquello que mide con el fin de diferenciar este del que propondré más adelante, se va a estudiar la manera en la que se calcula, es decir, su metodología.

El AAI es un índice cuantitativo compuesto lo que implica, como se ha expuesto anteriormente, que está formado por un conjunto de indicadores que pueden agregarse dando lugar a un resultado. Este resultado se expresa de manera porcentual en un rango de entre 0 y 100 (De São José et al., 2017), siendo el 100 el máximo teórico, representando unos niveles utópicos y, por tanto, inalcanzables. Sin embargo, era preferible este sistema

de valoración a un sistema que utilizara como referencia al país con mejor desempeño, ya que esto implicaría suponer que dicho país no puede mejorar (Zaidi et al., 2017).

Para comprender el cálculo de este índice es importante mencionar nuevamente que se trata de un índice expresado de manera positiva, lo que implica que, a mayor porcentaje, mejor resultado. Ahora bien, esto implica que los indicadores han de tratarse de manera que puedan agregarse, por lo que los indicadores como “healthy life years” han de medirse en relación con un objetivo. En este caso, se convierte a un porcentaje de “remaining life expectancy at age 55” (Zaidi et al., 2017).

El siguiente aspecto que comprender es **la ponderación que se da a cada indicador**, hecho que es de una gran complejidad y para el cual no se conoce la guía teórica, es decir, no se ha seguido ningún conjunto de principios o conceptos. Dicha ponderación se realizó según la opinión de un **grupo de expertos**, lo que dota al índice de una arbitrariedad aún mayor³. En el caso del AAI se optó por un reparto desigual de los pesos a cada campo, reflejando la importancia política de cada uno de ellos. Este reparto mediante pesos recibe una segunda crítica, la cual hace referencia a que una estructura de pesos fija para todos los países asume que se da una situación homogénea en todos los países, dejando de lado toda diferencia económica, política y cultural (Arber & Timonen, 2016).

Por otro lado, surge la cuestión de si la asignación de pesos debe ser realizada de esta manera o bien debería reflejar la importancia que los distintos campos tienen para las personas mayores (De São José et al., 2017; Zaidi et al., 2017). Además, en el momento de determinación del método del AAI se valoraron y se probó el uso de otros métodos de normalización como como la distancia, mediante desviaciones típicas, de la media de todos los países. Sin embargo, este método haría que los resultados de un país fueran dependientes de los resultados del resto de países a lo largo de un año. Esto implicaría una mayor dificultad a la hora de realizar comparaciones a lo largo del tiempo, siendo uno de los mayores problemas la posibilidad de que se den cambios en la muestra de países (Bradshaw & Richardson, 2007). Si se busca, como es el caso del AAI, un índice que permita estudiar la evolución en el tiempo y la comparación entre países parece razonable descartar este método.

³ Hay que recordar que en el momento de la elección de los campos y de los indicadores también encontramos esta nota de arbitrariedad.

Estas últimas cuestiones que podrían parecer de menor importancia son de gran utilidad para nuestro estudio, ya que a la hora de determinar el método utilizado para el cálculo del índice propuesto se deberán tener en cuenta.

Para terminar con el análisis y la metodología del AAI, hay que comentar la manera en la que se agregan las variables. Las distintas variables, según su clasificación, se agregan en uno de los cuatro campos y a su vez, estos cuatro campos son agregados dando lugar al resultado final del AAI.

2.3 Libertad económica y libertad de salud.

Llegados a este punto podemos proponer los conceptos de libertad económica y libertad de salud, también denominados a lo largo del desarrollo bienestar económico o de salud. Los mismos son parte fundamental de este estudio para la selección de las variables que puedan proporcionarnos información relevante.

En primer lugar, con libertad de salud se hace mención a un concepto que mezcla elementos de lo que Rowe & Khan (1997) definieron como la vejez con éxito y de lo que Butler & Schechter (1995) denominaron envejecimiento productivo.

El primero de estos implica unas condiciones de baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, y una capacidad física funcional aceptable. Mientras que, el segundo se refiere a la capacidad de un individuo para continuar sirviendo en una fuerza de trabajo remunerada o voluntaria y a mantenerse lo más independiente posible.

Definiremos libertad de salud para el desarrollo de esta investigación como la capacidad de un individuo para disfrutar de un estado de bienestar óptimo en términos de salud física, mental y funcional. Implica contar con condiciones favorables que minimicen la probabilidad de enfermedad, discapacidad y deterioro físico, así como mantener una capacidad funcional aceptable. Además, la libertad de salud también implica la capacidad de un individuo para participar activamente en la vida laboral, ya sea en forma remunerada o voluntaria, y tener la autonomía suficiente para mantenerse lo más independiente posible.

En segundo lugar, para definir la libertad económica se va a partir de la idea expuesta por Alfonso Arellano en Communications (2023) acerca de la salud financiera. Este considera que la salud financiera es alcanzada por las personas cuando pueden cumplir con sus obligaciones, dando lugar a una situación de tranquilidad financiera y, en consecuencia,

permitiendo tomar decisiones enfocadas en el disfrute de su vida. En este estudio se entenderá por bienestar económico aquella capacidad de las personas de evitar la toma de decisiones condicionadas por la falta de recursos, alejándose así del estrés y la preocupación que esta puede generar.

3. MÉTODOS.

3.1 Índice Toma de Decisiones (ITD).

A continuación, se propone un **índice de elaboración propia** con el objetivo de evaluar el grado de bienestar económico y de salud. Además, se ha introducido en el índice la importancia de las diferentes variables para la toma de decisiones de la población senior. Así se consigue establecer una relación entre el bienestar y las decisiones lúdico-sociales en la vida cotidiana de los mayores. Ramos et al., (2016) sostiene que la seguridad económica y médica son fundamentales para empoderar a los individuos y permitirles tomar decisiones de acuerdo con sus preferencias y deseos, en lugar de basarse únicamente en necesidades o limitaciones impuestas por circunstancias externas. Este índice proporcionará una medida cuantitativa de la capacidad de elección y autonomía de los adultos mayores, lo que permitirá identificar áreas de mejora y formular políticas y programas más efectivos en beneficio de este grupo demográfico.

Para evaluar la **libertad económica**, el índice tomará en consideración diversas variables relevantes. Entre ellas se incluirían el riesgo de pobreza en la población senior y la existencia de privaciones materiales.

La evaluación de la **libertad de salud** se basará en variables que reflejen el acceso y la calidad de los servicios de salud disponibles para las personas mayores. Estas variables incluyen indicadores de acceso a atención médica, esperanza de vida saludable y tasas de enfermedades crónicas.

Además, los diferentes indicadores utilizados para la elaboración de este índice permiten ser **desagregados por sexo**, hecho que permite observar las diferencias entre estos y obtener una visión de las desigualdades que se dan entre ambos, pudiendo servir como referencia para la promulgación de políticas de igualdad en aquellos aspectos más afectados.

3.2 Medidas.

A continuación, se realizará una definición clara y precisa de las variables que serán utilizadas en la construcción del índice. Estas variables han sido seleccionadas

cuidadosamente para capturar aspectos clave relacionados con el bienestar y la calidad de vida de la población senior. Cada variable se ha escogido con el objetivo de medir de manera objetiva y confiable un aspecto específico, permitiendo así una evaluación integral de la situación de los adultos mayores. A través de la descripción detallada de cada variable, se busca proporcionar una comprensión sólida de los conceptos y dimensiones que serán considerados en el análisis, garantizando así la transparencia y la rigurosidad en la medición de los indicadores.

La selección de las variables para este índice se basa en la premisa de que la comprensión de la situación económica y de salud de las personas seniors requiere una evaluación de múltiples aspectos clave y es de gran relevancia para entender la libertad con la que las personas seniors toman sus decisiones. Los **objetivos perseguidos con la selección de estas variables** son:

- a) Adquirir una **visión global de las limitaciones** en la toma de decisiones que pueden encontrar las personas seniors debido a aspectos económicos y de salud.
- b) Conseguir que el índice esté influenciado por el factor de toma de decisiones, por ello cada una de las variables debe relacionarse con este.
- c) No solo se busca dar respuesta a la libertad en la toma de las decisiones de la población senior, sino que como se ha visto en otros casos como el del AAI, se busca que las variables seleccionadas permitan utilizar este índice para desarrollar políticas en aquellos aspectos que puedan mejorar la situación de la población senior.

Por otro lado, en la búsqueda de llevar a cabo una **selección de variables** lo más adecuada posible hemos basado la búsqueda en los siguientes **principios**:

1. **Relevancia:** Elegir variables que sean relevantes y significativas para comprender la situación económica y de salud de las personas seniors. Esto implica seleccionar indicadores que reflejen aspectos clave y que sean aplicables a una amplia gama de países y a lo largo del tiempo.
2. **Accesibilidad:** Utilizar variables para las cuales existan datos disponibles y accesibles para varios países y años. Esto facilita la recopilación y el análisis de los datos, asegurando una base sólida para el índice. En este caso se han

seleccionado variables cuya información estuviera disponible para España, Portugal y Francia.

3. Representatividad: Elegir variables que sean representativas de los aspectos económicos y de salud relevantes para las personas seniors. Esto implica considerar la diversidad de situaciones y circunstancias que pueden afectar a esta población, como el acceso a servicios de atención médica y las enfermedades crónicas comunes.
4. Equilibrio: Buscar un equilibrio entre la cantidad de variables seleccionadas y la capacidad de análisis y comprensión del índice. Demasiadas variables pueden complicar el análisis y dificultar la interpretación de los resultados, mientras que muy pocas variables pueden no proporcionar una imagen completa de la situación.
5. Validación: Considerar la validez y fiabilidad de las variables seleccionadas. Esto implica utilizar fuentes de datos confiables y establecer una base científica sólida para las variables elegidas.

En conjunto, estas variables permitirán capturar la complejidad y la interrelación entre los aspectos económicos y de salud. No solo esto, sino que las variables seleccionadas se encuentran todas ellas relacionadas con la toma de decisiones, por lo que se establecerá esta relación para cada una de ellas, resultando en un **enfoque a las decisiones** por parte del índice.

- Ausencia de riesgo de pobreza en población senior.

Esta variable mide el porcentaje de seniors que no presentan riesgo de pobreza sobre el total de la población senior. El riesgo de pobreza implica una renta disponible, después de transferencias, inferior al umbral del riesgo de pobreza, que es el 50% de la renta media disponible nacional después de transferencias, según la tasa de pobreza utilizada por la OCDE (Caminada et al., 2012).

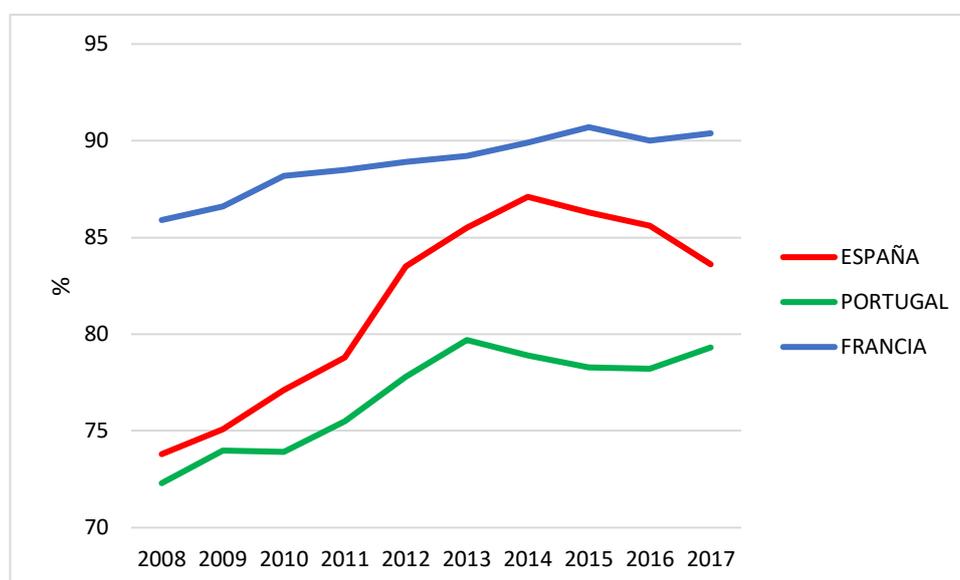
Esta variable se encuentra relacionada con la toma de decisiones al situar al individuo en riesgo de pobreza o la pobreza en una situación de estrés, lo cual limita el proceso deliberativo, reduce la capacidad de análisis de la situación y **resulta en un proceso de toma de decisiones pobre** (Adamkovič & Martončík, 2017). No solo esto, sino que también se relaciona de otra manera obvia, los escasos recursos de las personas en

situación de riesgo de pobreza se destinan de manera automática a las necesidades, sin posibilidad de elección.

En cuanto a la unidad utilizada es el porcentaje y permite evaluar la seguridad económica y el nivel de bienestar de la población senior. Muestra el porcentaje de seniors que cuentan con ingreso suficiente que les ofrece la posibilidad de cubrir sus necesidades básicas y mantener una calidad de vida adecuada sin preocupación de caer en situación de pobreza.

La ausencia de riesgo de pobreza es un indicador que permite comprender si las políticas sociales dirigidas a proteger a parte de la población y a promover la seguridad económica de esta, están surgiendo efecto o no.

Figura 11: Evolución tasa de ausencia de riesgo de pobreza.



Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia.

La comparativa de la ausencia de riesgo de pobreza en la población senior entre España, Portugal y Francia durante los años 2008 a 2017 revela diferencias significativas entre los países. Francia destaca como el país con las tasas más altas de ausencia de riesgo de pobreza en la población senior en todo el período analizado. Comenzando cerca del 85,9% en 2008, Francia experimentó un aumento constante, terminando por superar el 90% en 2017. Estos datos indican que una gran proporción de la población senior en Francia no está en riesgo de caer en situación de pobreza.

Por otro lado, España y Portugal presentaron tasas más bajas de ausencia de riesgo de pobreza en comparación con Francia, es decir, la población senior en estos países cuenta con una menor seguridad económica. A pesar de que ambos países también han experimentado mejoras durante el período analizado, no han alcanzado los niveles de Francia. España mostró una tendencia ascendente en la ausencia de riesgo de pobreza en la población senior, pasando del 73,8% en 2008 al 83,6% en 2017. Por su parte, hay que destacar de Portugal la estabilidad relativa en torno al 78-79% en los últimos años.

Estos datos resaltan la importancia de las políticas y medidas implementadas en cada país para garantizar la seguridad económica y el bienestar de la población senior. Aunque se observaron mejoras en la ausencia de riesgo de pobreza en España y Portugal, aún queda trabajo por hacer para garantizar un nivel óptimo de bienestar para los adultos mayores. Por su parte, Francia se destaca como un ejemplo a seguir en términos de protección de la población senior contra el riesgo de pobreza.

- Ausencia de privaciones materiales severas.

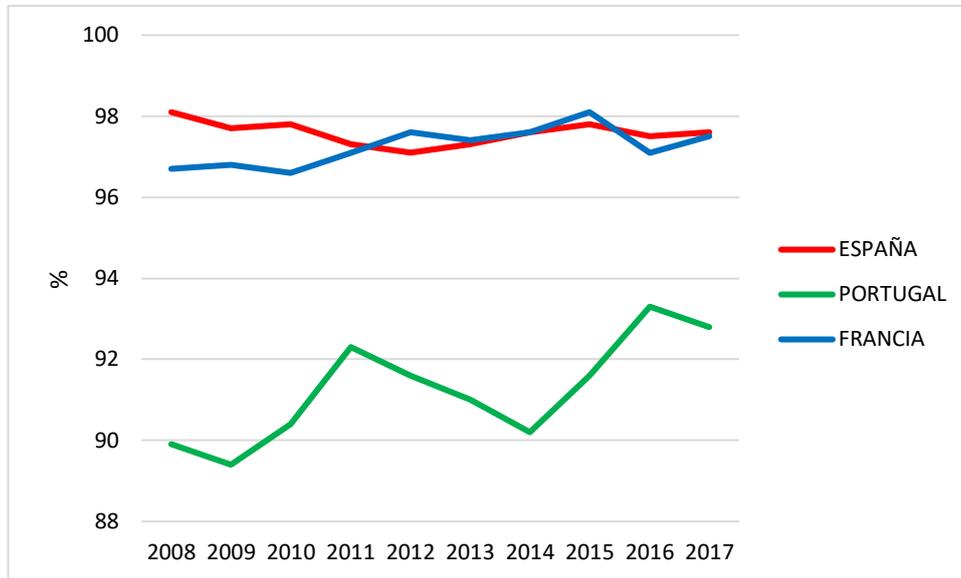
Hace referencia al porcentaje de seniors que no sufren privaciones materiales severas sobre el total de la población senior. Se entiende por privaciones materiales severas, la tensión económica prolongada o duradera, definida como la incapacidad forzosa para acceder a al menos 4 de los siguientes 9 bienes: pago del alquiler, hipoteca y suministros; gastos inesperados; posibilidad de comer carne, pescado o equivalente en proteínas cada dos días; posibilidad de salir de vacaciones; TV; lavadora; teléfono; coche; mantener el hogar adecuadamente caliente (Guio, 2005).

La relación de esta con el proceso de decisión de las personas también se obtiene de lo establecido en Guio (2005), donde se indica que a medida que **disminuyen los recursos los hogares deben reducir gastos sin posibilidad de elección**. Comenzando con el recorte de aquellos aspectos lúdico-sociales como son las vacaciones, las actividades sociales y el gasto de los ahorros.

Para esta variable se utiliza el porcentaje como unidad, permitiendo identificar el grado de bienestar económico y la calidad de vida de la población senior.

Este indicador es fundamental a la hora de comprender la igualdad socioeconómica y el acceso a los recursos básicos. Siendo útil también para monitorear la eficacia de las políticas públicas destinadas a mejorar la calidad de vida de este sector de la población.

Figura 12: Ausencia de privaciones materiales severas.



Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia.

En el gráfico se muestra la evolución de la variable “ausencia de privaciones materiales severas” en España, Portugal y Francia en la población senior durante el periodo de tiempo comprendido entre 2008 y 2017.

Se puede observar como España y Francia presentan unas tasas similares, siendo estas tasas de ausencia de privaciones severas superiores a las presentadas por Portugal. Ambos países, Francia y España, se mueven en unas tasas en torno al 97%.

Portugal también muestra niveles altos de ausencia de privaciones materiales severas, aunque con tasas inferiores en comparación con Francia y España. Además, se puede observar como Portugal a pesar de continuar siendo el país con una peor tasa, es el que más ha evolucionado en el periodo estudiado, reduciendo las privaciones materiales severas de la población senior en un 3% aproximadamente, pasando del 89% en 2008 al 92% en el año 2017.

Es importante destacar que, aunque los tres países presentan tasas altas de ausencia de privaciones materiales severas en la población senior, aún existe un porcentaje de

personas mayores que enfrenta desafíos en relación con esta variable. Estas privaciones pueden incluir la falta de acceso a bienes y servicios básicos, condiciones de vivienda inadecuadas o dificultades financieras significativas. Por lo tanto, es fundamental seguir trabajando en políticas y medidas que promuevan la igualdad y el bienestar de los adultos mayores en términos de privaciones materiales.

En resumen, la comparativa muestra que Francia y España tienen las tasas más altas de ausencia de privaciones materiales severas en la población senior en comparación con Portugal entre los años 2008-2017. Sin embargo, Portugal también ha logrado mejorar y alcanzar niveles significativos de ausencia de privaciones materiales severas. Estos datos resaltan la importancia de continuar esforzándose por mejorar las condiciones de vida de la población senior y garantizar su bienestar en todas las áreas.

- Acceso a servicios sanitarios.

Esta variable, se obtiene a partir de la variable “Self-reported unmet need for medical examination”, y se refiere al porcentaje de la población senior que han recibido la totalidad de los cuidados médicos necesarios en el transcurso de los últimos 12 meses. Atendiendo a la definición ofrecida por Eurostat este indicador nos permite evaluar el nivel de atención médica que ha sido proporcionada a los adultos mayores y su grado de acceso a los servicios de salud en ese período de tiempo específico. Siendo esta medida crucial para monitorear el grado de atención médica adecuada que se está brindando a los adultos mayores.

Cuando una persona tiene acceso a servicios sanitarios, puede mantener un mejor estado de salud lo que se refleja en la capacidad de esta para participar en actividades sociales y lúdicas, así como para tomar decisiones relacionadas con su participación en ellas.

Para la medición de esta variable se utiliza la unidad de porcentaje, podemos expresar esta variable como la proporción de personas mayores que han recibido todos los tratamientos médicos necesarios en relación con el total de la población senior.

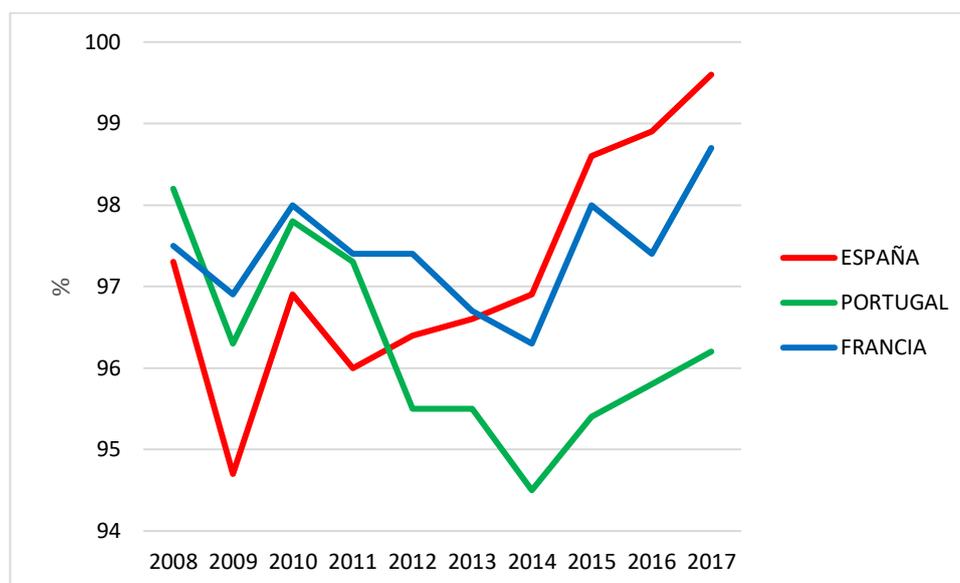
La comparativa del acceso a servicios sanitarios en la población senior en España, Portugal y Francia durante los años 2008-2017 revela un panorama alentador en los tres países, ver Figura 7. En general, los datos muestran altos niveles de acceso a servicios sanitarios, lo que indica un compromiso por parte de los sistemas de salud para atender las necesidades médicas de las personas mayores.

España y Francia se destacan por tener tasas ligeramente más altas de acceso a servicios sanitarios en comparación con Portugal. España experimentó fluctuaciones anuales, pero en general, mantuvo tasas superiores al 96%. En 2015, alcanzó un pico del 99,7%, lo cual demuestra los esfuerzos realizados para garantizar la disponibilidad de servicios médicos a la población senior. Francia también mantuvo tasas sólidas, que se situaron en el rango del 96% al 98%. Esto es un claro reflejo de un sistema de salud eficiente y accesible para los adultos mayores en el país.

Por otro lado, Portugal mostró, en los últimos años, tasas ligeramente más bajas de acceso a servicios sanitarios en comparación con España y Francia. Sin embargo, es importante destacar que las tasas se mantuvieron en niveles significativos, variando entre el 94% y el 96%. Estos números indican que Portugal ha invertido en la mejora de la atención médica para la población senior, aunque puede haber margen para seguir mejorando y garantizar un acceso más amplio y equitativo a los servicios sanitarios.

A partir de estas altas tasas de asistencia sanitaria, se puede indicar que los tres países muestran un compromiso generalizado con el bienestar de la población senior y reconocen la importancia de brindar atención médica adecuada. Ahora bien, es esencial que continúen trabajando en la mejora y la disponibilidad de estos servicios, ya que las necesidades de salud de las personas mayores son diversas y pueden requerir una atención especializada. Además, a medida que la población envejece y aumenta la proporción de personas mayores (como se ha estudiado en el marco conceptual de este trabajo), es crucial que los sistemas de salud sigan adaptándose y desarrollando estrategias para garantizar un acceso equitativo y sostenible a los servicios sanitarios. Esto implica abordar los desafíos actuales, como la reducción de las desigualdades en el acceso a la atención médica, la promoción de la prevención y la atención integral, y la mejora de la coordinación entre los diferentes niveles de atención (Osorio & Álvarez, 2013).

Figura 13: Acceso a servicios sanitarios.



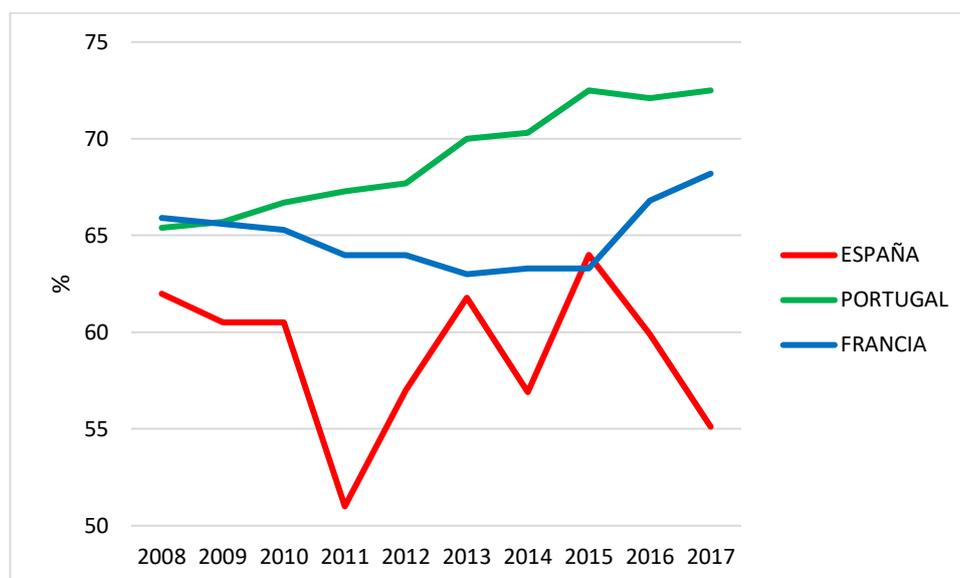
Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia.

- Personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración.

La variable que vamos a analizar se refiere a las personas que presentan enfermedades o problemas de salud de larga duración dentro de la población senior, es decir, en aquellos individuos mayores de 65 años. Un problema de salud o enfermedad de larga duración es definido por la Unión Europea en la web de Eurostat como un problema de salud que ha durado o es probable que dure al menos 6 meses. La principal característica de un problema de larga duración es que es permanente y se espera que requiera un largo periodo de seguimiento, observación o cuidados.

Siendo el porcentaje la unidad utilizada, podemos expresar esta variable como la proporción de personas mayores que experimentan enfermedades o problemas de salud duraderos en relación con el total de la población senior. Esta medida nos permite evaluar la prevalencia de condiciones de salud crónicas entre los adultos mayores y comprender la carga de enfermedad que enfrentan en esta etapa de la vida. Además, este indicador puede ser útil para identificar necesidades específicas de atención médica y planificar intervenciones adecuadas para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas mayores que padecen este tipo de enfermedades.

Figura 14: Enfermedades o problemas de salud de larga duración.



Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia

El gráfico muestra la evolución de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración en la población senior en España, Portugal y Francia durante los años 2008-2017.

Se puede observar que Portugal presenta las tasas más altas de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración comparado con España y Francia. Durante el período analizado, Portugal experimentó un aumento gradual en estas cifras, alcanzando un pico del 72,5% en 2015. Esto indica una mayor prevalencia de enfermedades crónicas en la población senior portuguesa, lo cual puede requerir una atención y un mayor cuidado de este sector por parte de las autoridades portuguesas.

España y Francia, por otro lado, presentan tasas ligeramente más bajas, aunque siguen mostrando una proporción significativa de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración. Ambos países experimentaron fluctuaciones anuales, pero en general, las tasas se mantienen en torno al 50% y el 70%.

Estos datos resaltan la importancia de la atención médica y el cuidado de la población senior, especialmente a aquellos que padecen enfermedades crónicas o problemas de salud de larga duración. Es fundamental que los sistemas de salud en los tres países continúen desarrollando políticas y programas que aborden las necesidades de esta población en términos de prevención, tratamiento y apoyo.

Además, es crucial promover estilos de vida saludables y programas de prevención para reducir la incidencia de enfermedades crónicas en la población senior. Esto puede incluir la promoción de una alimentación equilibrada, la actividad física regular y el acceso a servicios de atención primaria que brinden un seguimiento y control adecuados de las condiciones de salud. La actividad física de beneficios para la salud de los adultos mayores en los ámbitos de salud física, cognitiva y emocional (Kerr et al., 2012)

En resumen, los datos muestran que Portugal tiene las tasas más altas de personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración en la población senior, mientras que España y Francia presentan cifras ligeramente más bajas. Estos datos subrayan la importancia de implementar estrategias de atención médica y cuidado centradas en las necesidades específicas de las personas mayores con enfermedades crónicas, promoviendo así su bienestar y calidad de vida.

- Años de vida saludables a la edad de 65.

La variable “años de vida saludable a los 65 años” se utiliza para medir la cantidad de años que una persona puede esperar vivir sin experimentar problemas de salud significativos a partir de los 65 años, combinando información sobre mortalidad y morbilidad. En otras palabras y según la definición dada en por la web Eurostat, se trata de una estimación de los años de vida en los que una persona puede disfrutar de buena salud y funcionamiento físico y mental una vez alcanzados los 65 años, es decir, se define por la ausencia de limitaciones en el funcionamiento o discapacidad.

Esta ausencia de limitaciones y el disfrute un mejor nivel de salud ofrece a las personas un abanico de tiempo mayor para llevar a cabo distintas actividades lúdico-sociales, ofreciendo un **mayor margen a la hora de tomar las decisiones**.

Es particularmente relevante en el contexto de la población senior, ya que nos ayuda a comprender la salud y el bienestar de estas personas, permitiéndonos a la vez comprender parte de su comportamiento. Siendo este indicador es fundamental para evaluar el impacto de las políticas de salud y de las intervenciones destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los seniors.

En este caso la unidad utilizada es “años”, por lo que más adelante se deberá transformar dicha variable a un sistema que permita su inclusión en el índice. Una posible solución para esta transformación es la de establecer una proporción con la edad, es decir, dividir los años de vida saludable estimados entre 65.

El gráfico presentado a continuación, Figura 9, muestra la evolución de los años de vida saludable a los 65 años en la población senior en España, Portugal y Francia durante los catorce años comprendidos entre 2008 y 2017.

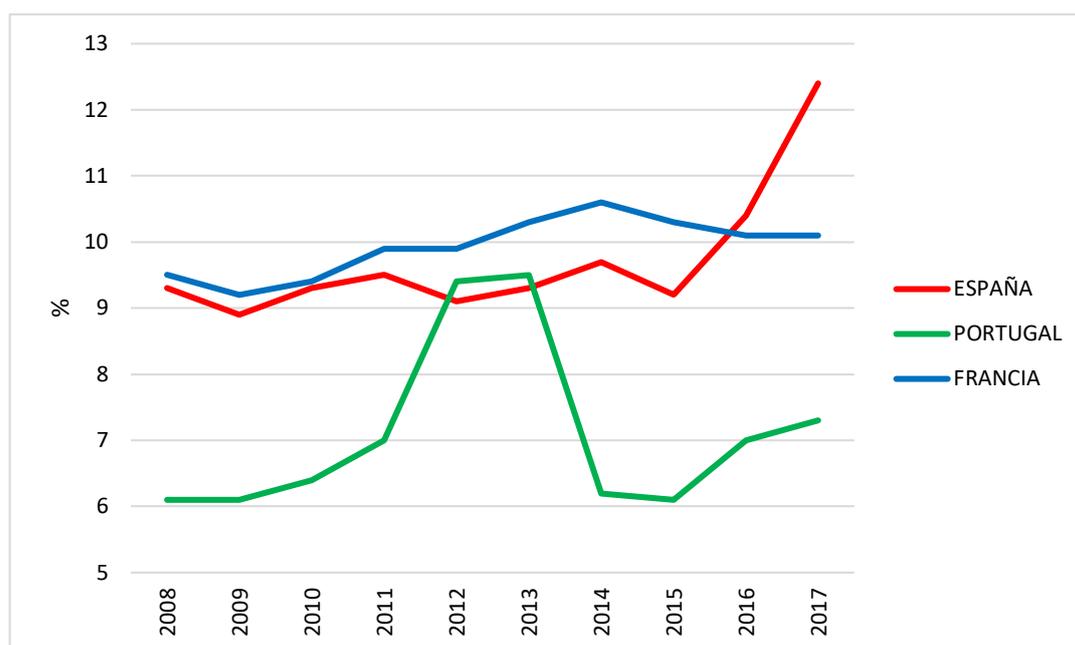
Podemos observar que España presenta un aumento gradual en los años de vida saludable a los 65 años durante el período analizado. Inicialmente, se situaba alrededor de los 9 años, pero a partir de 2016 se produjo un aumento significativo, alcanzando los 12,4 años en 2017. Esto puede indicar mejoras en la salud y en la calidad de vida de la población senior en España.

Por otro lado, Portugal mostró cifras más bajas en comparación con España y Francia. Aunque hubo fluctuaciones anuales, los años de vida saludable se mantuvieron en un rango de 6,1 a 9,5 años durante el período analizado. Esto sugiere que Portugal puede enfrentar desafíos en términos de la salud y bienestar de su población senior, y podrían ser necesarias estrategias y políticas de salud más efectivas para mejorar esta situación.

Francia, por su parte, tuvo tasas relativamente estables y más altas en comparación con los otros dos países. Los años de vida saludable a los 65 años en Francia oscilaban entre 9,5 y 10,6 años. Estos resultados sugieren que la población senior en Francia tiene una mejor salud percibida y una mayor calidad de vida en comparación con los otros dos países.

En resumen, los datos muestran que España experimentó un aumento en los años de vida saludable a los 65 años, mientras que Portugal se mantuvo en cifras más bajas y Francia mostró tasas más altas y estables. Estos hallazgos resaltan al igual que el resto de las variables, la importancia de políticas y programas de salud que promuevan el envejecimiento saludable y mejoren la calidad de vida de la población senior en cada país.

Figura 15: Años de vida saludable a los 65.



Fuente de datos: Eurostat. Gráfico de elaboración propia.

Tomadas las anteriores variables en su conjunto, el índice que se está proponiendo es capaz de sintetizar conclusiones significativas respecto a la capacidad para escoger entre diferentes opciones por los individuos, a la par que ilustrar a las autoridades en su gestión de las políticas públicas.

En primer lugar, las mejoras en los índices de pobreza y la inexistencia significativa de privaciones materiales son indicadores válidos de la capacidad de consumo en un segmento de la población que, como norma general, cesa en la actividad laboral. Las mejoras observadas en esos indicadores reflejan tendencias a la **mejora en la autonomía de decisión por razones económicas**.

Si las anteriores variables representan la influencia de la situación económica en la toma de decisiones, la introducción en el índice de indicadores relacionados con la calidad de los servicios sanitarios y la evolución de las enfermedades de larga duración nos aporta información sobre la **disponibilidad real** del individuo para realizar actividades lúdico-sociales.

Finalmente, disponer de información sobre el número de años en que tal capacidad personal puede permitir el ejercicio de esas actividades sin restricciones resulta un

complemento óptimo de los cuatro anteriores, pues guía las decisiones a más largo plazo del individuo.

3.3 Metodología.

Comprendidos los objetivos perseguidos con la selección de las variables de este índice, se debe analizar también la metodología utilizada.

En primer lugar, mencionar brevemente el método seguido para el cálculo del Economic Discomfort Index (EDI)⁴. Este índice se calcula simplemente mediante la suma de las dos variables (tasa de inflación y tasa de desempleo), expresándose el resultado en valor absoluto (Lovell & Tien, 2000). De esta manera, trata a ambas variables de la misma manera, pero es probable que un aumento del desempleo del 1% cause más miseria que un aumento de la inflación del 1% (Halton, 2023). Esto supone una limitación de gran importancia, por lo que resulta **importante atribuir a las variables de un índice diferentes pesos**, ya que un trato igualitario de todas ellas no es realista. Realizándose de esta manera en el Índice de Toma de Decisiones.

En segundo lugar, hay que destacar una serie de **principios⁵ que se han tenido en cuenta tanto para la definición como para la selección del método** empleado a la hora de calcularlo.

1. Comparabilidad: siendo la intención del índice poder reflejar diferencias entre países, se ha debido seguir el método utilizado en el AAI y sólo se ha contado con conjuntos de datos internacionales que contaban con definiciones y métodos armonizados. Descartando los indicadores disponibles únicamente en fuentes de datos nacionales en favor de indicadores procedentes de conjuntos de datos internacionales comparativos (Zaidi et al., 2017). Más precisamente, los principales conjuntos de datos son los recopilados por la Unión Europea en su web Eurostat, habiéndose consultado otras bases de datos como la OCDE. El uso de estas bases de datos hace que los datos recopilados sean consistentes y permitan realizar comparaciones significativas y útiles.

⁴ Índice que no se ha analizado en profundidad por no tener relación de contenido con el Índice de Toma de Decisiones. Sin embargo, se ha podido extraer una conclusión importante de cara a establecer el método del ITD.

⁵ A lo largo del estudio de otros índices observé la importancia de tener en cuenta estos principios, ya que se alinean con los objetivos del índice.

2. Temporalidad. El periodo para el cual se han encontrado todas las variables seleccionadas es el comprendido entre 2008 y 2017. Por ello, se ha optado por calcular el índice para todo el periodo y así poder observar la evolución y reforzar el principio de comparabilidad.
3. Replicabilidad. En varias ocasiones se ha discutido la imposibilidad de reproducir los resultados experimentales publicados en un artículo y la confianza que las personas depositamos en ellos les otorga un papel muy importante, por lo que esta situación es preocupante (Drummond, 2019). Por ello, se ha optado por utilizar en este índice variables cuya recopilación en un futuro vaya a continuar siendo posible, tratando de asegurar la replicabilidad de este.
4. Impacto social. Con este índice se busca tener un impacto en la sociedad, por ello debe tratarse de un índice de fácil comprensión, debiendo promoverse la comprensión de los fenómenos implicados (Stufflebeam et al., 2005). Esto implica no solo que las variables sean fácilmente comprendidas, sino que el método utilizado para el cálculo también lo sea.
5. Resultados. Este índice centra en resultados y no en procesos, ya que la inclusión de ambos podría suponer que se tuvieran en cuenta algunos aspectos más de una vez y, por tanto, las diferencias entre los países fueran menos acertadas (Plantenga et al., 2009).

Una vez comentados los objetivos perseguidos con la creación de este índice es importante establecer el **método** que se aplicará para obtener los resultados. Para ello, se debe tener en cuenta el análisis tanto del AAI como de la conclusión obtenida a partir del EDI, ya que el método se ha elegido a partir de lo aprendido de estos.

Como con el índice propuesto en este trabajo, el **Índice de Toma de Decisiones**, se busca cuantificar el bienestar de las personas senior y así poder considerar la libertad con la que estas toman sus decisiones es muy **importante que sea este sector de la población el que decida acerca del peso de cada una de las variables** utilizadas, ya que son estas personas las que mejor conocen aquellos hechos que influyen en su proceso de decisión.

Se va a continuar con la explicación de la forma utilizada para el cálculo del índice propuesto, debiendo prestarse especial atención a la manera en la que se ha asignado el peso de cada una de las variables, a la conversión de aquellas variables que lo necesiten

para poder agregarse posteriormente y, a la ecuación empleada para el cálculo final del índice propuesto.

Antes de entrar en la adaptación de las variables se ha de entender que se trata de un índice positivo, cuanto más alto sea el resultado mejor. Por tanto, se va a hacer referencia a aquellos indicadores que por la manera en la que se han recogido los datos de las fuentes oficiales no pueden ser incluidas en el índice sin una previa adaptación. Ahora bien, los cambios en los datos recopilados de las distintas variables para la posterior agregación en el índice son los siguientes:

- a) Ausencia de riesgo de pobreza en población senior: en Eurostat se puede encontrar la variable “Riesgo de pobreza por edad y sexo”. Este dato no puede incluirse de manera directa en el cálculo de nuestro índice, ya que se encuentra presentado en forma negativa. Sin embargo, el cambio y adaptación de la variable es sencillo, ya que únicamente debe llevarse a cabo una resta. Por ejemplo, si en 2010 encontrábamos en Portugal un riesgo de pobreza del 26,1% según los datos de Eurostat, en nuestro índice se tendrá en cuenta un 73,9% ($100-26,1$), referente a la ausencia de este riesgo.
- b) Ausencia de privaciones materiales severas: al igual que en el caso anterior se debe adaptar la variable mediante el mismo procedimiento, ya que en Eurostat se encuentra la variable “tasa de privaciones materiales severas” y no la ausencia de estas.
- c) Acceso a servicios sanitarios: este dato al igual que los anteriores debe ser adaptado de la misma manera, ya que procede de la variable “necesidades insatisfechas de tratamiento médico” y se necesita contar con el porcentaje de personas que si cuentan con acceso total a los servicios sanitarios.
- d) Personas con enfermedades o problemas de salud de larga duración: debe seguirse el mismo procedimiento que en los

casos anteriores, antes del cálculo del índice se debe transformar la variable con la intención de obtener el porcentaje de aquellas personas que no sufren enfermedades o problemas de salud de larga duración.

- e) Años de vida saludables a la edad de 65: esta variable cuya unidad de medida son los años ha de convertirse a un porcentaje. Para ello, esta variable se incluirá en relación con los 65 años, es decir, se incluirá en el índice el porcentaje que se obtenga de dividir los años de vida saludable entre 65 y multiplicarlo por 100. Por ejemplo, en España en 2017 la esperanza de vida saludable a la edad de 65 era de 12,4 años; lo cual da lugar a un 19,07% $[(12,4/65)*100]$.

En segundo lugar, se ha de exponer la manera en la que se ha seleccionado el **peso de cada una de las variables**. Anteriormente, mencioné la importancia de que sean las personas seniors las que se encarguen de decidir acerca de esto, siendo vital para el índice propuesto en este trabajo porque permite que muestren su visión a cerca de la relación e importancia de las variables con su toma de decisiones. Es decir, es una forma sencilla para observar que variables resultan más importantes a la hora de tomar decisiones lúdico-sociales según la población senior. Cuanto más importantes para ellos, mayor peso tendrán en el cálculo del índice. Además, es importante comprender como esta manera de realizar la ponderación permite que nuestro índice se diferencie del resto y aporte un valor añadido, incluyendo en el cálculo del índice el factor de la importancia de las variables en la toma de decisiones.

Teniendo en cuenta las diferentes técnicas cuantitativas se consideró que el cuestionario online era aquella herramienta que mejor respondía a las necesidades de tiempo y recursos, es decir, permitía ser difundido de manera rápida y sin coste alguno (Rocco y Oliari, 2007). Por ello, se seleccionó para el desarrollo de este trabajo.

Establecido el motivo del uso de un **cuestionario online**, hay que esclarecer cual era la información que se buscaba recoger. Se buscaba conocer la importancia asociada al proceso de decisión de las personas de cada una de las variables introducidas en el índice. Para, después, poder determinar la ponderación que se utiliza en el cálculo del índice.

Tabla 1: Elementos cuestionario online.

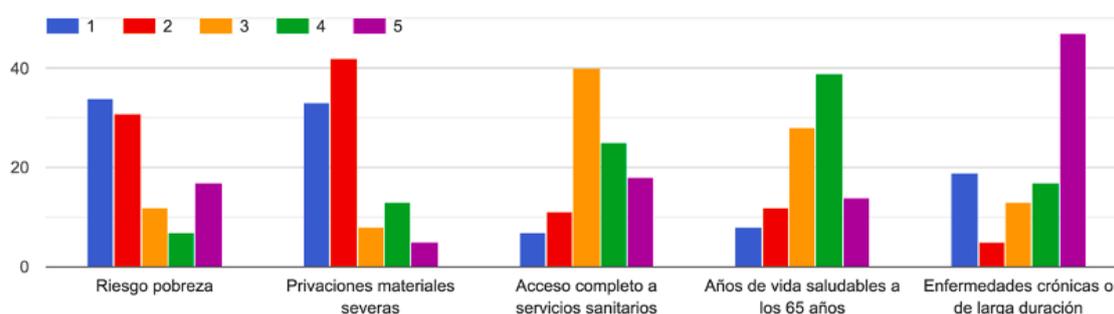
Unidad observacional	Personas mayores de 55 años
Número de observaciones	101
Período toma de muestras	23 de mayo del 2023 – 3 de junio del 2023

Fuente: elaboración propia.

Sin embargo, antes de analizar los resultados y determinar la distribución de estos es importante indicar algunas de las **limitaciones del cuestionario**. En primer lugar, es importante considerar el tamaño de la muestra. El análisis estadístico anterior se basó en 101 respuestas, lo cual no representa una participación alta e implica una representatividad de la muestra limitada. Esto puede dificultar la capacidad de establecer relaciones o realizar generalizaciones basadas en esos datos (Avello et al., 2019). En segundo lugar y a pesar de que la intención de las técnicas cuantitativas es conseguir y dar respuestas objetivas, se encuentra la posibilidad de apreciar un sesgo muestral (Rocco y Oliaria, 2007), En este caso, los encuestados han respondido a las preguntas teniendo en cuenta sus preocupaciones, las cuales pueden no corresponder a las de toda la población. Además, el corte de edad utilizado ha tenido que ser establecido en 55 años para ampliar el tamaño de la muestra.

Ahora bien, mencionadas las posibles limitaciones que presenta la encuesta, se va a analizar su contenido. En dicho cuestionario (ver anexo 3) se planteaba la siguiente pregunta: “¿Qué importancia le das o le darías a cada una de las siguientes variables a la hora de tomar una decisión lúdica/social?” y a continuación, se pedía que ordenasen las variables de mayor a menor importancia (siendo 1 lo más importante y 5 lo menos importante).

Figura 16: Resultados cuestionario online.



Fuente: elaboración propia.

El análisis del gráfico revela la siguiente información clave. Las variables “**Riesgo de pobreza**” y “**Existencia de privaciones materiales severas**” son de gran relevancia, dado que más de la mitad de los encuestados las han seleccionado como las opciones más importantes, ya sea en primer o segundo lugar. Este resultado resalta la importancia significativa que estas variables tienen en la toma de decisiones de las personas seniors, destacando que estas son aquellas que más merman la libertad de las personas a la hora de tomar decisiones en el ámbito lúdico o social. Por otro lado, se observa que las variables “**Acceso completo a servicios sanitarios**” y “**Años de vida saludable a los 65 años**” son percibidas como menos importantes, ya que la mayoría de los participantes las han situado como su tercera o cuarta opción, implicando que estas tienen menos capacidad para merman la libertad de estos en la toma de decisiones. Finalmente, el gráfico muestra que la variable “**Enfermedades crónicas o de larga duración**” es percibida como la de menor importancia, ya que 47 de los 101 encuestados la han situado en última posición. Estos resultados subrayan la menor importancia que la población senior otorga a dicha variable en comparación con las demás, si bien esto no significa que no tenga capacidad de limitar sus decisiones.

Analizados los resultados y comprendida la importancia que la población senior da a cada una de las variables y la importancia de estas para afectar la libertad en la toma de decisiones de esta parte de la población se puede proceder a la **ponderación**:

Tabla 2: Ponderación de variables para el cálculo del índice.

Variables	Ponderación
Ausencia de riesgo de pobreza	25%
Ausencia de privaciones materiales severas	25%
Acceso a servicios sanitarios	17,5%
Enfermedades crónicas o de larga duración	15%
Años de vida saludable a los 65	17,5%

Fuente: elaboración propia.

3.4 Resultados.

3.4.1 Resultados globales.

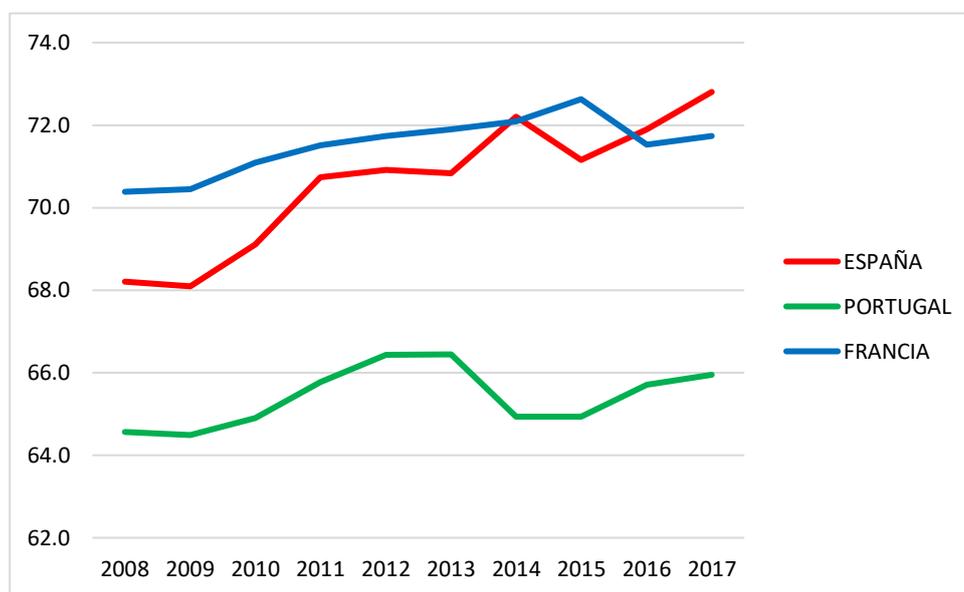
El análisis de los resultados del Índice de Toma de Decisiones de la población senior (ver figura 17) para el período comprendido entre 2008 y 2017 revela algunas tendencias interesantes en España, Portugal y Francia. Aunque estos países han sido seleccionados como representativos para este trabajo dentro de un área socio-geográfica concreta, el índice podría utilizarse en otros países también, permitiendo los datos recogidos comparar y contrastar el nivel de bienestar de la población senior en cada uno de ellos y, por tanto, el nivel de libertad con la que son tomadas las decisiones en estos países.

En primer lugar, al observar los valores del índice a lo largo del período de diez años, se puede notar una **tendencia general al alza** en los resultados en todos los países. España muestra un aumento gradual desde 68,2 en 2008 hasta 72,8 en 2017. Portugal, por su parte, también experimenta un crecimiento moderado, pasando de 64,6 a 66,0. Francia, con una base más alta en 2008 (70,4), se mantiene relativamente estable en torno a los 71,7.

Sin embargo, es importante destacar algunas de las diferencias que se encuentran entre ellos. Aunque los valores absolutos no difieren en gran medida, se pueden encontrar algunas **variaciones significativas en las tasas de crecimiento anual**. España muestra un aumento constante en su índice, con un incremento promedio anual de alrededor del

1,2%. Portugal, por otro lado, tiene una tasa de crecimiento más modesta e irregular, con un promedio del 0,3% en el periodo de observación, aunque con cambios interanuales relevantes. Por último, Francia se mantiene estable en términos de valores absolutos. Su tasa de crecimiento promedio alcanza el 0,2%, es decir, es muy similar a la de Portugal, pero caracterizada por un cierto estancamiento a lo largo de los últimos ejercicios. Aunque el análisis individual de esas tendencias nacionales no es objeto de este trabajo, podemos apuntar que estas diferencias en las tasas de crecimiento sugieren que España ha experimentado una mejora más significativa y continuada en el bienestar económico y de salud de su población senior en comparación con Portugal y Francia durante el periodo de tiempo estudiado.

Figura 17: Resultados Índice Toma de Decisiones.



Como reflejo último de esta mayor mejora por parte de España frente a Portugal y Francia se encuentra el hecho de que en 2016 por primera vez los resultados del índice para España fueron mejores que los de Francia.

En conclusión, el análisis de los datos del Índice de Toma de Decisiones de la población senior revela que España experimentó un crecimiento constante en términos de bienestar económico y de salud durante el período de 2008 a 2017 y, por tanto, las decisiones son tomadas con una mayor libertad y menor preocupación por la situación individual. Estos resultados resaltan la importancia de conocer y promover el bienestar económico y de salud de la población senior, ya que este factor influye tanto en la capacidad de toma de

decisiones y la calidad de vida de las personas afectadas como en el conjunto de la sociedad en la que se toman esas decisiones.

A partir del comportamiento descrito del índice, podemos preguntarnos, para finalizar, por las diversas razones que explican su evolución positiva.

Desde el punto de vista sanitario apuntaríamos, en primer lugar, la mejora en la densidad de trabajadores en el sector sanitario por cada 1000 habitantes (ver anexo IV). El incremento más acentuado se dio en Portugal, siendo este cercano al 23%, pasando 31 sanitarios por cada mil habitantes en 2008, a los 38 de 2017. En España el aumento fue próximo al 15%, pasando de 27 a 31. Por su parte, el crecimiento de la densidad de trabajadores en dicho sector fue inferior, aumentando solamente un 7%, de 54 a 58.

Y, más allá de este dato objetivo, es muy reseñable la mejora en el nivel de salud percibido por cada individuo (ver anexo V), y la rebaja en la autopercepción de limitaciones de largo plazo para la realización de actividades ordinarias (ver anexo VI). Siendo esto una posible consecuencia, entre otros factores, de la mejora del acceso a servicios sanitarios y de la reducción de las enfermedades de larga duración.

Finalmente, si atendemos a los datos facilitados por Eurostat los cuales indican que el número de **personas senior que no pueden acceder regularmente a una actividad de ocio ha disminuido** significativamente en los últimos años observados (2014-2017), pasando del 14,1% al 10,2% en Portugal y del 11,1% al 9,6% en Francia. Sumado a que el **gasto en ocio, cultura y turismo ha aumentado en este segmento de población** (ver anexo VII), podemos concluir que el perfil de nuestro indicador resulta coherente.

3.4.2 Resultados desagregados por sexo.

También resulta posible analizar y comparar los resultados del índice de una manera desagregada según el sexo de las personas, al objeto de conseguir **identificar posibles desigualdades**.

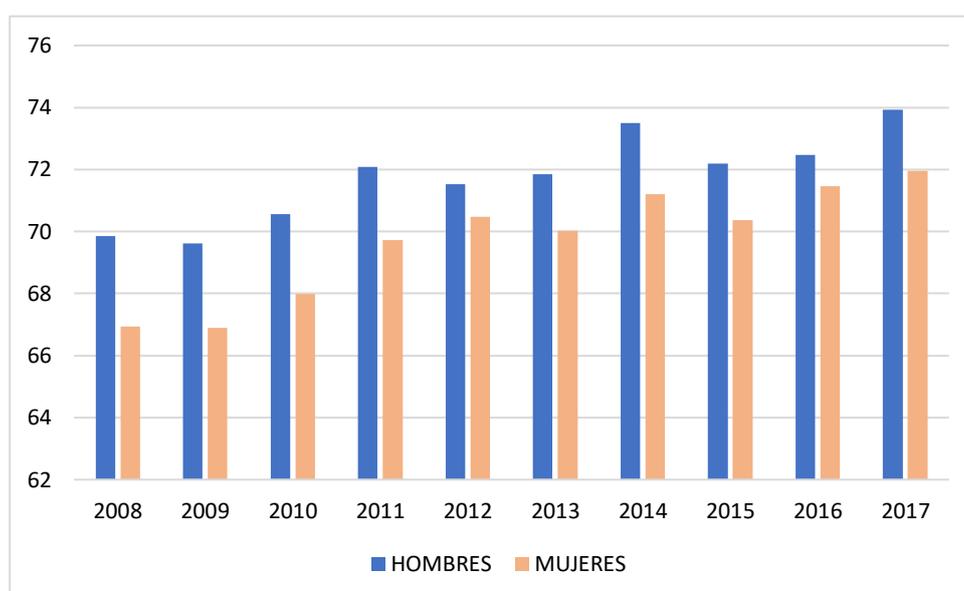
Al objeto de este trabajo se va a analizar el resultado final según el sexo, es decir, no se va a centrar la atención en cada una de las variables sino en el funcionamiento del índice. De esta manera, se podrá observar de una manera gráfica y clara si las diferencias por razón de sexo se están reduciendo o por el contrario se están viendo ampliadas. Además,

este índice permite también el desglose por variables y podría emplearse para el análisis desglosado por sexo de cada una de las variables.

A continuación, se van a analizar los resultados para los diferentes países con el fin de comprender si los esfuerzos por reducir las desigualdades por razón de sexo en términos económicos y de salud, y por tanto de libertad en la toma de decisiones están surtiendo efecto o por si el contrario, se debe realizar un cambio de enfoque.

En España, durante el período estudiado, el índice para los hombres varía entre 69,86 en 2008 y 73,92 en 2017, mientras que para las mujeres varía entre 66,93 y 71,96 en el mismo período. Esto indica la existencia de una brecha de aproximadamente 2,93 puntos en el índice entre ambos sexos en el año 2008. Sin embargo, en 2017, la diferencia se había reducido a 1,96 puntos, siendo el resultado para los hombres de 73,92; mientras que las mujeres tenían un resultado de 71,96 puntos. Por tanto, aunque los hombres en 2017 continuaban presentando un nivel ligeramente superior de bienestar económico y de salud en comparación con las mujeres, las desigualdades se vieron reducidas. Esta reducción se debe en parte a las distintas iniciativas políticas y legales promovidas por la Unión Europea (Massetot, 2007).

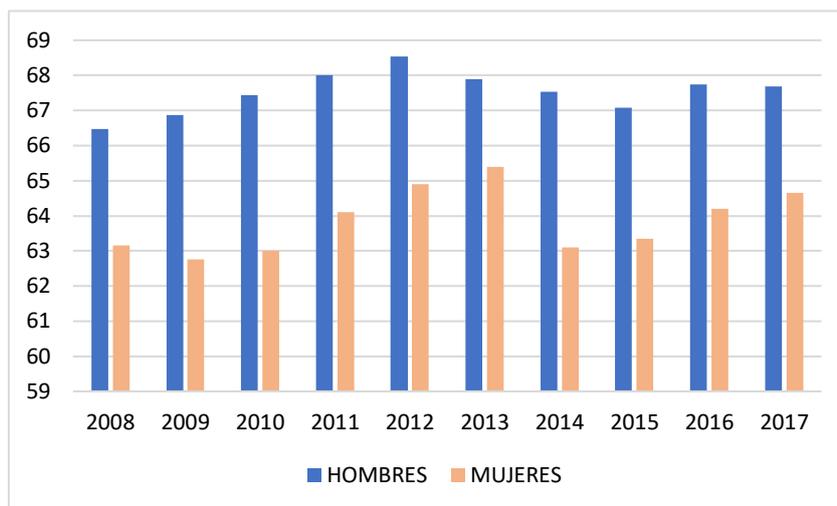
Figura 18: Resultados Índice Toma de Decisiones en España por Sexo.



En el caso de Portugal, también se observa una diferencia en los resultados entre hombres y mujeres. Sin embargo, al igual que en España, las desigualdades se han reducido a lo

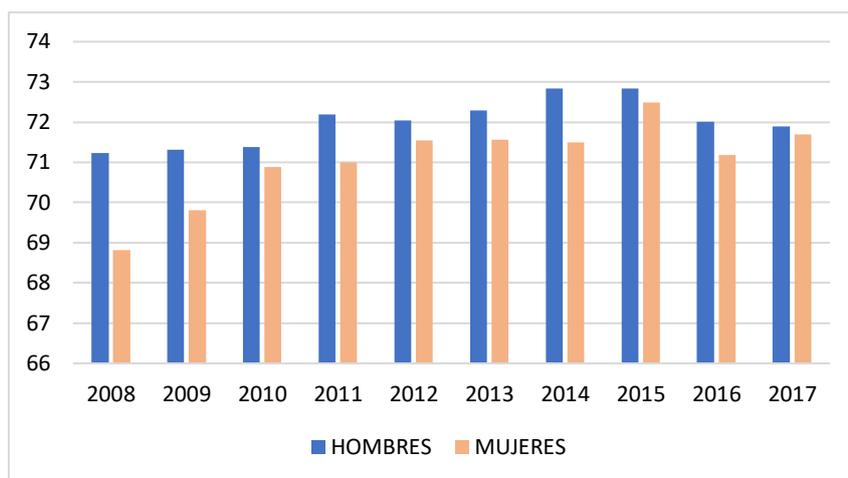
largo de los años analizados. En 2008, la brecha entre hombres y mujeres en los resultados del índice se encontraba en torno a los 3,30 puntos. Los hombres tenían un índice de 66,47; mientras que las mujeres tenían un índice de 63,16. Sin embargo, en 2017, la brecha se redujo hasta los 2,03 puntos, contando los hombres con un índice de 67,68; mientras que las mujeres contaban con un índice de 64,65.

Figura 19: Resultados Índice Toma de Decisiones en Portugal por sexo.



Finalmente, en Francia también se observa una diferencia en la situación entre hombres y mujeres, pero las desigualdades parecen ser de menor calado en comparación con España y Portugal. Los hombres presentan un índice ligeramente más alto en comparación con las mujeres, con valores que oscilan entre 71,22 y 72,48 para los hombres, y entre 68,82 y 72,49 para las mujeres durante el período analizado. Ahora bien, es importante destacar que no solamente la desigualdad ha sido menor en todo momento, sino que también es el país en el que más reducidas se han visto a lo largo del periodo de tiempo analizado. En el año 2008 la diferencia de los resultados del índice se encontraba en los 2,40 puntos y en 2017, se había visto reducida hasta 0,8 puntos. Es decir, la diferencia en los resultados desagregados por sexo se ha visto reducida en 1,60 puntos frente a los 1,27 de Portugal y los 0,97 de España.

Figura 20: Resultados Índice Toma de Decisiones en Francia por sexo.



4. CONCLUSIONES.

Resulta evidente hoy día que el **envejecimiento de la población es un fenómeno demográfico existente**, como se deduce del crecimiento en las cifras de personas mayores de 65 años y en la esperanza de vida constatado en el marco conceptual. Por tanto, la economía de la longevidad continúa ganando importancia.

El envejecimiento de la población plantea **desafíos económicos y sociales**, por lo que es fundamental comprender y abordar adecuadamente las necesidades y características de la población senior. Además, no parece que esta dinámica vaya a verse alterada, como se refleja en el informe “Perspectivas de la población mundial 2019”, donde se estima que la población mayor de 80 años se habrá triplicado de 2019 a 2050. Siendo necesario comprender este hecho en profundidad para posteriormente, ser capaces de tomar medidas tanto con el objetivo de aprovechar las oportunidades como para reducir las amenazas que surgen de este fenómeno.

Este trabajo se ha basado en los conceptos población senior, toma de decisiones y libertad económica y de salud, relacionando todos ellos. Mediante la relación con la toma de decisiones se ha conseguido diferenciar el Índice de Toma de Decisiones de otro ya existente como es el Active Ageing Index. La principal diferencia entre estos índices radica en el objeto medido. Mientras que el AAI busca medir el “potencial no utilizado de las personas mayores”, el ITD trata de mostrar hasta que punto la capacidad de las personas para tomar decisiones se ve afectada por las condiciones económico-sanitarias.

Para la elaboración del ITD se realizó una encuesta que permitió conocer de primera mano aquellos aspectos económico-sanitarios que tenían la capacidad de afectar a la toma de decisiones en mayor medida. Quedando constatado que estas variables eran el riesgo de pobreza y las privaciones materiales severas se introdujo esta información en el cálculo del Índice de Toma de Decisiones mediante la ponderación de las variables.

Elaborado el Índice de Toma de Decisiones que sintetiza un conjunto de indicadores cuyos resultados cuantitativos indican que, en general, la situación de bienestar económico y de salud de la población senior ha mejorado a lo largo de estos años en España, lo que supone una **menor limitación de la libertad decisoria de la población senior**. Los datos también ilustran cómo esa mejoría es más acentuada en el caso de las mujeres, facilitando una paulatina convergencia.

Por el contrario, si tomamos el caso francés como un referente, tanto la mejora global como la convergencia por sexos, que también se observan, son menores frente a su punto de partida. Este dato debe llevarnos a valorar si la convergencia que se ha observado en la evolución de la tasa de ausencia de riesgo de pobreza y las mejoras en los indicadores sanitarios pueden anticipar que la evolución observada en nuestro país alcanzará una madurez semejante a la del país vecino.

Los resultados muestran también como las **diferencias por razón de sexo** en la capacidad de decisión **se han reducido** en el conjunto de países estudiados durante el periodo de referencia, probablemente como consecuencia de las políticas de igualdad promovidas por la Unión Europea. Pero aún pueden observarse, por ello se debe seguir trabajando en su reducción.

Finalmente, hay que apuntar que esta mejora en los resultados se debe en parte a las **políticas de envejecimiento activo**, las cuales son un recurso público de mejora de las diferentes condiciones de vida. Teniendo un impacto positivo en la salud y seguridad de la población senior (Rivero & Agoiz, 2019).

5. BIBLIOGRAFÍA.

Adamkovič, M., & Martončík, M. (2017). A review of consequences of poverty on economic decision-making: A hypothesized model of a cognitive mechanism. *Frontiers in psychology*, 8, 1784.

Avello Martínez, R., Rodríguez Monteagudo, M. A., Rodríguez Monteagudo, P., Sosa López, D., Companioni Turiño, B., y Rodríguez Cubela, R. L. (2019). ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio?. *MediSur*, 17(1), 10-12.

Arber, S., & Timonen, V. (2016). Contemporary grandparenting: Changing family relationships in global contexts. Bristol and Chicago: The Policy Press and the University of Chicago Press.

Bojanić, I. B., & Erceg, A. (2017). Silver economy: Demographic change and economic opportunity. *Under the auspices of the President of the Republic of Croatia, 1005*.

Bradshaw, J., Hoelscher, P., & Richardson, D. (2007). An index of child well-being in the European Union. *Social indicators research*, 80, 133-177.

Brady, M. E. (2015). Adam Smith's theory of probability and the roles of risk and uncertainty in economic decision making. *International Journal of Applied Economics and Econometrics*, 23(1).

BUTLER, R.; SCHECHTER, M. (1995). Productive Aging. En G.L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging*.

Caminada, K., Goudswaard, K., & Koster, F. (2012). Social income transfers and poverty: A cross-country analysis for OECD countries. *International Journal of Social Welfare*, 21(2), 115-126.

Communications. (2023, 10 febrero). ¿Qué se entiende por salud financiera? *BBVA NOTICIAS*. <https://www.bbva.com/es/salud-financiera/que-se-entiende-por-salud-financiera/>

De São José, J. M., Timonen, V., Amado, C. A. F., & Santos, S. P. (2017). A critique of the Active Ageing Index. *Journal of aging studies, 40*, 49-56.

Drummond, C. (2009). Replicability is not reproducibility: nor is it good science. In *Proceedings of the Evaluation Methods for Machine Learning Workshop at the 26th ICML* (Vol. 1). Montreal, Canada: National Research Council of Canada.

Escartín, Eduardo (s.f.). *El Pensamiento Económico de Séneca*. <https://personal.us.es/escartin/>

European Commission, Directorate-General for Communications Networks, Content and Technology, Worthington, H., Simmonds, P., Farla, K. (2018). *The silver economy: final report*, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2759/685036>

European Commission (2015). Policy roadmap for the implementation of the social investment package. Employment, social affairs and inclusion. European Commission: Brussels.

Eurostat. (s. f.). Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Gough, I. (2007). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global, 100*(08), 177-202.

Guio, A. C. (2005). Material deprivation in the EU. *Statistics in focus, 21*, 2005.

Halton, C. (2023). Misery Index: Definition, Components, History, and Limitations. *Investopedia*. <https://www.investopedia.com/terms/m/miseryindex.asp>

Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 4, 4-5.

Kerr, J., Rosenberg, D., & Frank, L. (2012). The role of the built environment in healthy aging: Community design, physical activity, and health among older adults. *Journal of planning literature*, 27(1), 43-60.

Lassen, A. J., & Moreira, T. (2014). Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing. *Journal of Aging Studies*, 30, 33–46.

Lovell, M. C., & Tien, P. L. (2000). Economic discomfort and consumer sentiment. *Eastern Economic Journal*, 26(1), 1–8.

Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.

Marcucci, G., Ciarapica, F., Poler, R., & Sanchis, R. (2021). A bibliometric analysis of the emerging trends in silver economy. *IFAC-PapersOnLine*, 54(1), 936-941.

Masselot, A. (2007). The state of gender equality law in the European Union. *European Law Journal*, 13(2), 152-168.

Modigliani, F. (1986). El ciclo vital, el ahorro individual y la riqueza de las naciones. *Papeles de economía española*, (28), 297-318.

Morettini, M, (2002). *Principales teorías macroeconómicas sobre el consumo*. Portal de Promoción y Difusión del Coocimiento Académico y Científico. <http://nulan.mdp.edu.ar/id/eprint/1887/1/01486.pdf>

Murphy, K.M., Topel, R.H., (2006). The Value of Health and Longevity. *J. Polit. Econ.* 114 (5), 871–904.

Mushkin, S. J. (1999). Hacia una definición de la economía de la salud. *Lecturas de Economía*, (51), 89-109.

Oláh, A., Nagy, H., & Tóth, K. G. (2010). Life expectancy and psychological immune competence in different cultures. *Empirical Text and Culture Research*, 4, 102-108.

Plantenga, J., Remery, C., Figueiredo, H. and Smith, M. (2009) 'Towards a European Union Gender Equality Index', *Journal of European Social Policy* 19(1): 19–33.

Ramos Monteagudo, A. M., Yordi García, M., & Miranda Ramos, M. D. L. Á. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(3), 330-337.

Rivas, J. A., & Esteban, I. G. (2010). *Comportamiento del consumidor. Decisiones y estrategia de marketing*. Esic Editorial.

Rivero, S. C., & Agoiz, A. B. (2019). Envejecimiento activo y ciudadanía senior. *EMPIRIA. Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, (43), 59-87.

Rocco, L., y Oliari, N. (2007). La encuesta mediante internet como alternativa metodológica. *VII Jornadas de Sociología*, 1, 1-11.

Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Ritchie, H. (2013). Life expectancy. *Our world in data*.

Rogelj, V., & Bogataj, D. (2019). Social infrastructure of Silver Economy: Literature review and Research agenda. *IFAC-PapersOnLine*, 52(13), 2680-2685.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, nº 37. Nueva York. pp. 433-440. ISSN: 0016-9013.

Rudman, D. L. (2015). Embodying positive aging and neoliberal rationality: Talking about the aging body within narratives of retirement. *Journal of Aging Studies*, 34, 10–20.

Scott, A. J. (2023). The economics of longevity—An introduction. *The Journal of the Economics of Ageing*, 24, 100439.

Stufflebeam, Shinkfield, A. J., & Losilla, C. (2005). *Evaluación sistemática : guía teórica y práctica / Daniel L. Stufflebeam, Anthony J. Shinkfield ; [traducción de Carlos Losilla]*. Paidós.

(S/f). UNECE. Recuperado el 20 de abril de 2023, de <https://unece.org/DAM/pau/age/Active Ageing Index/AAI leaflet.pdf>

UNECE/European Commission (2015). Active ageing index 2014: Analytical report. Report prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing, University of Southampton and David Stanton, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Brussels).

WHO (2002) *Active ageing – A policy framework*. Geneva: World Health Organisation.

Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138-157.

Osorio, A. G., & Álvarez, C. V. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención primaria*, 45(7), 384-392.

6. ANEXOS.

6.1 Anexo I: Cuestionario.

La encuesta es de elaboración propia y se ha realizado mediante la herramienta GoogleForms. Disponible en:

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSf922BEi5TSbQOJwsHq9A3suVidlKYLE-B8ZERN09zvCc2M9A/viewform>

El enlace se encuentra cerrado en este momento, pero podría ser abierto de nuevo para ampliar la muestra.

6.2 Anexo II: Excel de resultados del cuestionario.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1MEuQHCyRoEiL6jUhNFXvQkP3D0F_6h7ObsTQGxl_iSc/edit#gid=1157585293

6.3 Anexo III: Cuestionario online.

¿Eres mayor de 55 años? *

Sí

No (por favor, no continúe realizando este cuestionario).

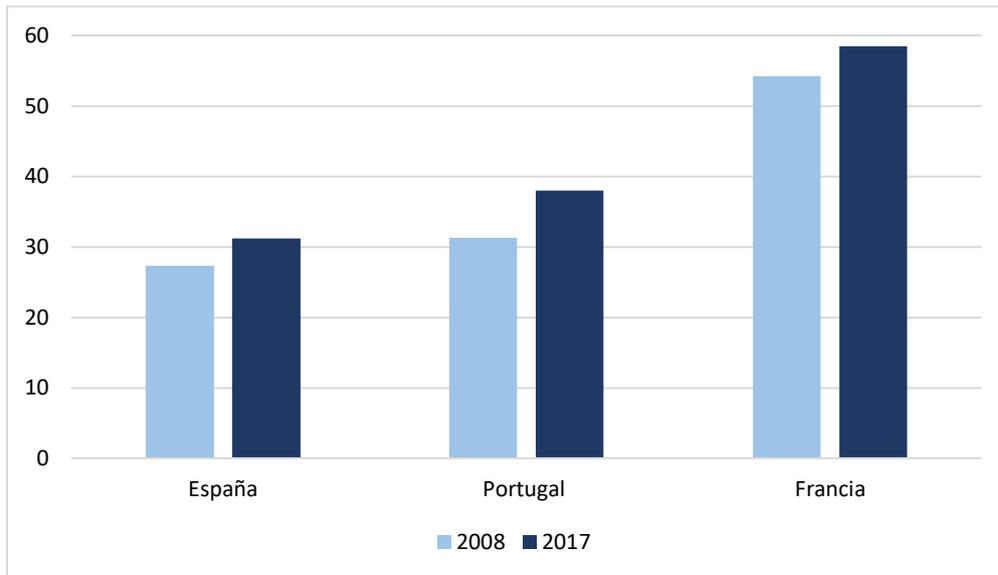
¿Qué importancia le das o le darías a cada una de las siguientes variables a la hora de tomar una decisión lúdica/social? (Ordena del 1-5, siendo 1 lo más importante y 5 lo menos importante. NO REPETIR NINGÚN NÚMERO). *

	1	2	3	4	5
Riesgo pobreza	<input type="radio"/>				
Privaciones materiales severas	<input type="radio"/>				
Acceso completo a servicios sanitarios	<input type="radio"/>				
Años de vida saludables a los 65 años	<input type="radio"/>				
Enfermedades crónicas o de larga duración	<input type="radio"/>				

6.4 Anexo IV: Trabajadores sanitarios por cada mil habitantes.

Gráfico de elaboración propia a partir de los datos recopilados en la base de datos de la OCDE.

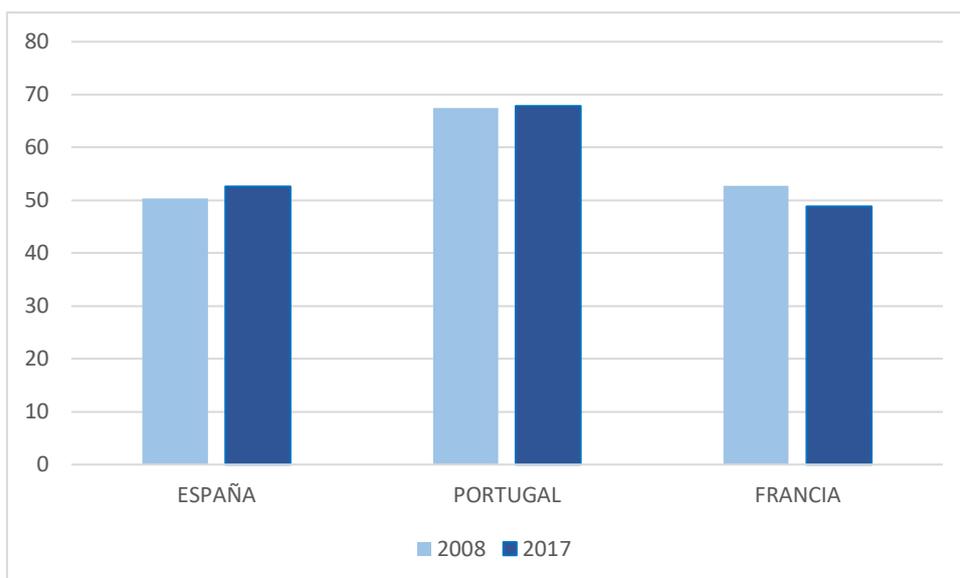
Muestra una comparativa de los años 2008 y 2017 del número de sanitarios por cada 1000 habitantes en España, Portugal y Francia.



6.5 Anexo V: Autopercepción del estado de salud.

Este gráfico ha sido elaborado a partir de la base de datos de Eurostat. Ofrece una comparativa de los años 2008 y 2017 en España, Portugal y Francia a cerca del estado de salud propio percibido por las personas mayores de 65 años.

Unidad: porcentaje.

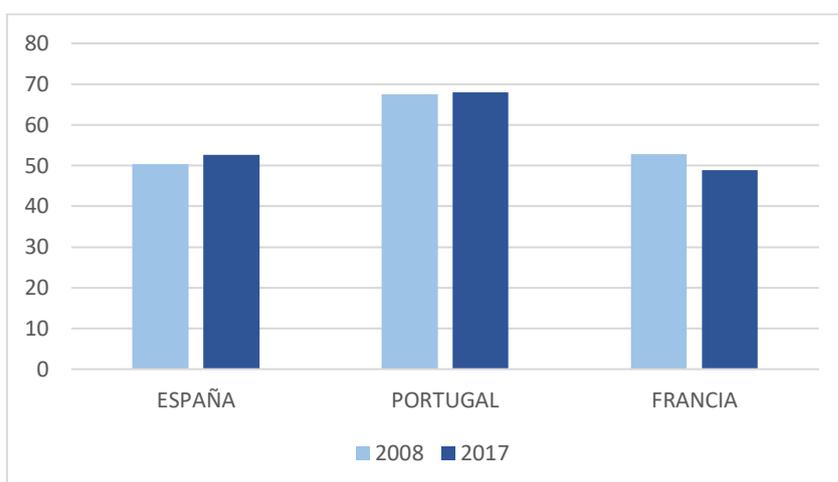


6.6 Anexo VI: Limitaciones autopercibidas de larga duración en las actividades habituales debidas a un problema de salud, por edad.

Este gráfico ha sido elaborado a partir de las limitaciones autopercibidas por las personas mayores de 65 años para la realización de actividades habituales. Ofrece una comparativa de los años 2008 y 2017 en España, Portugal y Francia.

Fuente: Eurostat.

Unidad: porcentaje.

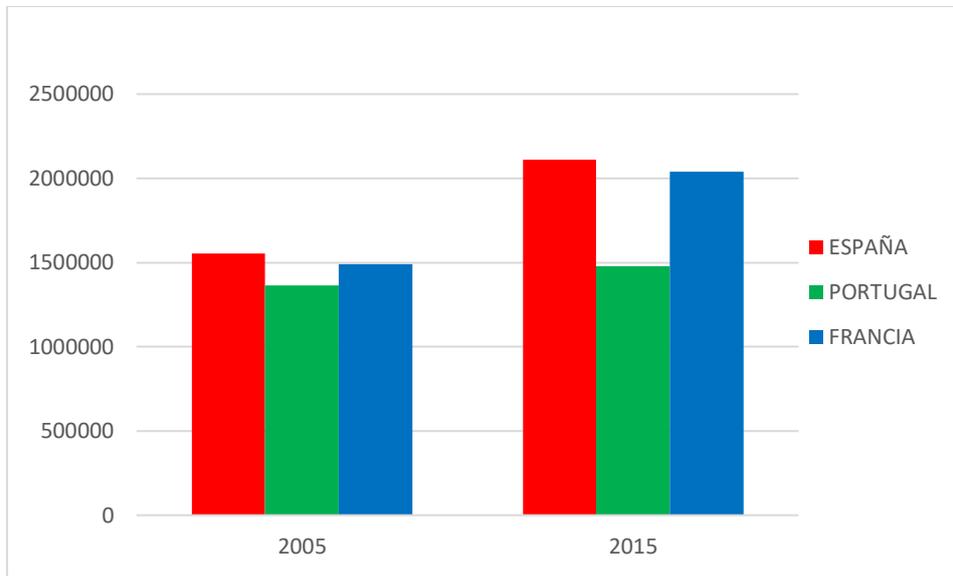


6.7 Anexo VII: Gasto en ocio, cultura y turismo.

Gráfico elaborado a partir del gasto asociado a la población mayor de 65 años en ocio, cultura y turismo en los años 2005 y 2015.

Fuente: Eurostat.

Unidad: euros.



6.8 Excel base de datos.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/14C4ZFYSIKRvMNF3tF3Qs6sHHZAo9xMXFOO_vx5c4JWE/edit?usp=sharing