

Características de la salud de las personas mayores que practican ejercicio físico de carácter comunitario en Catalunya con respecto a otro tipo de prácticas dirigidas a este colectivo

Jesús Fortuño, Myriam Guerra, Jordi Segura, Carme Martín & Maria Giné
Universitat Ramon Llull

Recibido: 12-4-2012

Aceptado: 3-5-2012

Características de la salud de las personas mayores que practican ejercicio físico de carácter comunitario en Catalunya con respecto a otro tipo de prácticas dirigidas a este colectivo

Resumen. *Fundamentos.* La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una forma de medir la salud aplicable en decisiones sanitarias o económicas. Se analizan los participantes en programas de ejercicio físico comunitario para personas mayores (PEFCPM) y se comparan con los de programas de estimulación para frágiles (EF), caminatas, petanca y actividades acuáticas (AA). *Métodos.* Se utiliza un muestreo intencional, de 2.268 usuarios de 60 o mayor de 60 años (media: 70.78 y DS: 6.16), el estudio se realiza entre 2004 y 2008. Se analiza la CVRS, el stock de capital de salud (SCS) y la medicación consumida (CM). La CVRS se obtiene mediante la escala de valoración analógica (EVA) y el sistema descriptivo (SD) de cinco dimensiones del EuroQol. Para el SCS se multiplican las preferencias derivadas de las puntuaciones del SD por la esperanza de vida (EV) y por 34.858,70 €. El CM se calcula adaptando la encuesta de salud de Cataluña. Valores de la CVRS, relacionados con la EVA, CM y SCS, se han analizado con metodología paramétrica. Para las dimensiones del SD, se han comparado los porcentajes de problemas. *Resultados.* Los usuarios de los PEFCPM obtienen una CVRS global de 70.74, un CM de 3.38 unidades y un SCS de 505.357,36 €/años de vida ajustados por calidad (AVAC), que son resultados relativamente bajos respecto al resto de subgrupos. *Conclusiones.* Se obtienen perfiles de usuarios diferenciados según las características de su salud, lo que debemos tener en cuenta para promocionar el ejercicio físico. Aunque los hombres reflejan una valoración superior de su salud, su SCS es inferior a las mujeres practicantes. Esta tendencia es inversa a la de hombres y mujeres sedentarios.

Palabras clave: Ejercicio físico, envejecimiento, Calidad de Vida

Health characteristics of elderly people that do community-based physical exercise in Catalonia in comparison to other activities for the elderly

Summary. *Background.* Health-related quality of life (HRQoL) is a measure of health that can be applied in health care or economic decisions. Participants in community-based exercise programmes for the elderly (CBEPE) were analyzed and compared with participants in stimulation programmes for frail elderly (FE), walks, pétanque, and water activities (WA). *Method.* Intentional sampling was used, with 2,268 users aged 60 or over (mean: 70.78 and SD: 6.16). The study was carried out between 2004 and 2008. HRQoL, health capital stock (HCS) and medication used (MU) were analyzed. HRQoL was measured with EuroQol's visual analogue scale (VAS) and 5-dimension descriptive system (EQ-5D). For the HCS, preferences from EQ-5D scores are multiplied by life expectancy (LE) and €34,858.70. MU is calculated by adapting the Catalan health survey. HRQoL values, related to VAS, MU and HCS, were analyzed parametrically. For EQ-5D dimensions, problem percentages were compared. *Results.* CBEPE users achieve a global HRQoL of 70.74, MU of 3.38 units, and HCS of €505,357.36/quality-adjusted life years (QALY), which represent relatively low results in comparison with the other subgroups. *Conclusions.* User profiles were obtained that are different depending on the characteristics of their health, which should be considered to promote physical exercise. Although men report higher assessment of their health, their HCS is lower to that of women engaging in exercise. This tendency is reversed in sedentary men and women.

Keywords: Physical exercise, ageing, Quality of Life

Correspondència

Jesús Fortuño Godes

Departamento de Ciencias de la Actividad
Física y el Deporte
FPCEE Blanquerna
Universidad Ramón Llull
c/ Císter, 34
08022 Barcelona
Email: JesusFG@Blanquerna.url.edu

Introducción

El creciente envejecimiento y sobreenvjecimiento de la población, y la actual situación de reducción del gasto público, hace necesario que se favorezcan las decisiones sanitarias que hagan compatible el mantenimiento de la calidad de vida de nuestros mayores con los menores costes posibles. Es por ello importante seleccionar estrategias de mantenimiento de la salud en función de los criterios más efectivos (Oliva, Del Llano y Sacristán, 2003).

La medida de los estados de salud se ha fundamentado tradicionalmente en indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida. Actualmente, se buscan nuevas formas más dinámicas de medida de la salud, poniendo el énfasis en su dimensión subjetiva. La Organización Mundial de la Salud, en su definición institucional, ya deja clara esta tendencia al definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no tan sólo la ausencia de enfermedad (OMS, 1948).

El concepto de calidad de vida (CDV), en este sentido, se convierte en elemento a tener en cuenta en las investigaciones destinadas a colectivos de especial vulnerabilidad como son los mayores.

Y la valoración que hace el propio interesado de su estado de salud entendida bajo el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante. La CVRS se utilizaba originariamente para medir la repercusión subjetiva del estado de salud en pacientes sometidos a intervenciones terapéuticas (Badia et al., 1999; Guyatt, Feeny y Patrick, 1993). Actualmente se aplica también en estudios epidemiológicos, como las diferentes ediciones de la encuesta de salud de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2008) y en el ámbito de la promoción del ejercicio físico (Gusi et al., 2008).

Por otro lado, la salud puede ser entendida como una inversión. La persona puede aumentar su salud a partir de la utilización de recursos como servicios sanitarios, sociales o adoptando conductas favorecedoras, como la dieta o el ejercicio físico. Es, desde esta perspectiva, una forma de capital humano (Grossman, 1972) en la que cada persona parte de un stock de capital de salud (SCS) inicial, que se deprecia con el tiempo pero que puede ser incrementado con la inversión en conductas y políticas favorecedoras. El SCS es un parámetro que evalúa, desde un punto de vista económico, la cantidad de salud de una persona (Oliva et al., 2003).

La medida de las variaciones del SCS en poblaciones ha sido introducida por Cutler y Richardson (1997) en Estados Unidos, y Burström, Johannesson y Diderichsen (2003), en Europa. En España, se han aplicado los estudios de SCS a la población de Cataluña (Zozaya, Oliva y Osuna, 2005), utilizando los datos de las encuestas de salud de Cataluña (ESCA) de los años 1994, de la ESCA 2006 (Oliva, 2008), a la comunidad canaria (Oliva y Zozaya, 2007) y a la comunidad de Murcia (Abellán, Martínez y Sánchez, 2008). Estos estudios han aplicado este concepto en

muestras amplias de población, aunque sin tener en cuenta la práctica de ejercicio físico.

Otro parámetro analizado ha sido la medicación consumida (CM) por los usuarios analizados (Generalitat de Cataluña, 2008).

En este artículo se analizan las características de la salud de las personas de 60 o mayores de 60 años que llevan a cabo programas de ejercicio físico comunitario dirigidos a personas mayores (PEFCPM) en la comunidad de Cataluña, con una regularidad de dos a tres veces por semana, entre septiembre y junio del siguiente año. Son programas que están gestionados por entidades de carácter público, como ayuntamientos o la Generalitat de Cataluña, y dirigidos por un profesional. Los resultados se comparan con otros tipos de ejercicio físico llevados a cabo con una regularidad y frecuencia similares por este tipo de colectivos, como son:

Los programas de estimulación para frágiles (EF), en los que participan personas mayores con un importante nivel de deterioro físico en residencias, hospitales de día y en centros de día.

- Los programas de caminatas llevadas a cabo de forma libre, sin profesional alguno que las supervise.
- La práctica de petanca llevada a cabo de forma autoorganizada.
- Y los programas de actividades acuáticas (AA) de tipo utilitario, con un profesional que controla su práctica.

Material y métodos

Se han escogido 2.268 practicantes, de 60 o mayores de 60 años de edad de toda Cataluña (tabla 1) según un tipo de muestreo intencional, en función de grupos de práctica conocidos por los investigadores, durante el período de octubre de 2004 a mayo de 2008. Se han comparado los resultados de los participantes en PEFCPM con los de estimulación para frágiles (EF), que llevan a cabo prácticas monitorizadas, como, caminatas al aire libre, petanca y actividades acuáticas (AA) en piscina cubierta, en centros residenciales, centros de día y hospitales de día. En todos los casos se ha obtenido el consentimiento informado.

El grado de CM se ha calculado utilizando las mismas preguntas planteadas sobre enfermedades padeci-

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la muestra agrupadas en función del tipo de actividad de la muestra escogida y ajustada al género

Actividad	Hombres	Mujeres	Total	Media	Desviación típica
Caminatas	20	55	75	69.99	7.45
Petanca	54	23	77	68.22	5.46
EF*	20	61	81	77.94	7.27
PEFCPM*	269	1712	1981	70.42	5.81
AA*	13	41	54	75.74	4.71
Total	376	1890	2268	70.78	6.11

*EF (programas de estimulación para frágiles), PEFCPM (programas de ejercicio físico comunitario para personas mayores) y AA (actividades acuáticas).

das en la encuesta de salud de Cataluña de 2002 (ESCA 2002). La obtención de los datos relacionada con la CVRS y el SCS se ha fundamentado en la administración del EuroQol (EuroQol Group, 1990, 1999). Este instrumento posee un sistema global de percepción subjetiva de la salud que se basa en la cumplimentación de una escala de valoración analógica (EVA), en la que el sujeto puntúa del 0 al 100 su estado actual de salud, y un sistema descriptivo (SD) de cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) a las que se le pregunta sobre los problemas de cada una de ellas en tres posibilidades de respuesta (“no tengo problemas”, “tengo algún problema”, “tengo muchos problemas”).

El número de 243 puntuaciones posibles derivadas de las respuestas del SD del EuroQol puede reflejar las preferencias o utilidades de la población para todos los estados de salud generados una vez cumplimentado el cuestionario (Badia et al., 1999).

Multiplicando el valor de las preferencias derivadas del SD del EuroQol por los datos de la esperanza de vida (EV) en función de la edad y del género, podemos calcular los años totales de vida con la misma esperanza de vida ajustada por calidad (CDV), que se mide con el indicador “años de vida ajustados por calidad” (AVAC). Para calcular el SCS se multiplican los AVAC obtenidos por una cantidad económica fija constante, que equivale al valor de la vida de una persona durante un año en perfectas condiciones de salud (Oliva, 2008).

Los datos monetarios del SCS se han obtenido mediante la unidad de 34.858,70 €, que se considera una cifra coherente en los análisis de evaluación eco-

nómica sanitaria en España (Sacristán et al., 2002) y ha sido ya utilizada en estudios de cálculo de coste de utilidad (Pinto y Martínez, 2005) e incluso en el ámbito de la promoción de la práctica de ejercicio físico (Gusi et al., 2008). Se ha aplicado una tasa de descuento del 0%, siguiendo la metodología de Oliva (2008).

Para los valores correspondientes a la percepción subjetiva de la salud (PSS), a los medicamentos consumidos y al SCS se han analizado las medidas de la CVRS general y por género con metodología estadística paramétrica. Los resultados se reflejan en la tabla 3. Para $p < 0.005$, la diferencia de medias ha sido significativa.

Las variables correspondientes al SD se han agrupado en dos opciones de respuesta (“tiene” y “no tiene problemas”) y se han comparado los porcentajes de la opción “tiene problemas”. Los resultados se reflejan en la tabla 2.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows.

Resultados

Valoración global de la salud

Los usuarios de los PEFCPM han obtenido unas valoraciones de CVRS global derivadas del EuroQol relativamente bajas (70.74) respecto los usuarios de las otras prácticas. Sólo los pertenecientes a programas de estimulación para frágiles (57.73) reflejan unas puntuaciones más bajas. Los que practican actividades acuáticas muestran la mejor valoración (80.31), conjuntamente con los que realizan caminatas (80.13).

Tabla 2. Estadísticas correspondientes al análisis de la EVA, CM y SCS ajustadas al género. Se ha aplicado la prueba ANOVA de un factor. Para $p < 0.005$, la diferencia de medias ha sido significativa. Para el cálculo del SCS, la tasa de descuento empleada ha sido del 0% para la valoración monetaria

EVA	Hombres			Mujeres			Total		
PSS*	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
Caminatas	20	84.20	9.56	55	78.65	15.60	75	80.13	14.39
Petanca	54	70.93	16.05	23	83.04	19.93	77	74.55	18.04
EF*	18	62.00	18.87	55	56.33	19.52	73	57.73	19.38
PEFCPM*	247	75.32	15.95	1.539	70.00	17.39	1.787	70.74	17.28
AA*	13	81.08	10.26	41	80.07	14.76	54	80.31	13.73
Total	352	74.68	16.14	1.713	70.25	17.73	2.066	71.02	17.54
CM	Hombres			Mujeres			Total		
PSS*	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
Caminatas	20	1.35	0.81	55	2.65	2.19	75	2.31	2.00
Petanca	53	1.08	0.93	21	1.43	1.02	74	1.18	.97
EF*	19	4.79	1.54	57	5.05	2.17	76	4.99	2.03
PEFCPM*	204	2.73	1.81	1.27	3.49	2.30	1.482	3.38	2.25
AA*	13	2.38	1.26	41	1.39	1.22	54	1.63	1.29
Total	309	2.47	1.83	1.45	3.43	2.32	1.761	3.26	2.27
SCS (€/AVAC)	Hombres			Mujeres			Total		
PSS*	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica	N	Media	Desviación típica
Caminatas	20	432.357,10	139.586,19	55	590.362,40	212.664,65	75	548.227,66	207.253,04
Petanca	54	538.503,20	144.457,56	21	640.030,10	238.660,90	77	568.829,38	182.286,79
EF*	19	240.864,00	175.962,64	57	164.017,20	164.076,41	76	183.228,93	169.275,46
PEFCPM*	225	434.989,60	142.103,17	1.325	517.971,70	211.247,34	1.542	505.357,26	204.515,70
AA*	12	373.410,28	75.826,31	41	422177,13	155.642,50	20	411.135,58	142.390,74
Total	330	437.861,56	155.266,57	1.501	506.007,94	220.759,72	1.790	493.690,85	212.002,17

*PSS (percepción subjetiva de la salud), EF (programas de estimulación para frágiles), PEFCPM (programas de ejercicio físico comunitario para personas mayores) y AA (actividades acuáticas).

Tabla 3. Porcentaje de participantes que padecen problemas en las dimensiones del EQ-5D ajustado al tipo de práctica

Hombres	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor/malestar	Ansiedad/depresión
Caminatas	0.0	0.0	0.0	75.0	45.0
Petanca	13.0	5.6	3.7	31.5	7.4
EP*	21.1	36.8	84.2	42.1	47.4
PEFCPM*	19.5	3.9	7.8	49.2	19.6
AA*	15.4	0.0	15.4	61.5	0.0
Total	17.4	5.6	11.0	48.0	19.9
Mujeres	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor/malestar	Ansiedad/depresión
Caminatas	14.5	0.0	5.5	72.7	47.3
Petanca	13.0	13.0	13.0	47.8	30.4
EP*	36.7	63.3	85.0	58.6	72.9
PEFCPM*	28.0	5.6	21.6	72.5	37.4
AA*	17.1	4.9	12.2	65.9	12.2
Total	27.4	7.5	22.9	71.6	38.3

*EP (programas de estimulación para frágiles), PEFCPM (programas de ejercicio físico comunitario para personas mayores) y AA (actividades acuáticas).

En un nivel intermedio se encuentran las personas que llevan a cabo prácticas de petanca (74.55), seguidos de los usuarios de PEFCPM.

En casi todos los casos, la percepción de la salud de los hombres es superior a la de las mujeres, excepto por lo que se refiere a los practicantes de petanca (70.93 de puntuación en el caso de los hombres y 83.04 en el caso de las mujeres). Los hombres integrantes de PEFCPM muestran una valoración relativamente baja (75.32) respecto al resto de hombres que realizan otras prácticas. Los hombres del grupo de caminatas muestran una media mayor de CVRS (84.20), seguidos de los que practican actividades acuáticas (81.08). Por otro lado, los hombres que muestran una valoración más baja (62.00) son los que practican programas para frágiles. Los que practican en grupos de petanca (70.93) se encuentran en una posición intermedia.

Los valores obtenidos por las mujeres usuarias de PEFCPM (70.00) se encuentran en una posición similar a la indicada antes de realizar la diferenciación por sexos. Son las que practican petanca las que muestran una media más alta de CVRS (83.04), seguidas de las que realizan actividades acuáticas (80.07). Las mujeres que muestran una valoración más baja (56.33) también son las que practican estimulación psicomotriz. Las mujeres que practican en grupos de caminatas (78.56) se encuentran en una posición intermedia.

Valoración de las dimensiones del SD del EuroQol

En la tabla 3 se compara la prevalencia de problemas en las dimensiones del SD del EuroQol de los subgrupos de práctica. También aquí los usuarios de PEFCPM obtienen valores relativamente bajos con respecto al resto de usuarios analizados. Entre los hombres, los que practican en un programa de estimulación para frágiles, muestran el porcentaje más alto de problemas en las dimensiones de movilidad (21.1%), cuidado personal (36.8%), actividades cotidianas (84.2) y ansiedad/depresión (47.4%). En la dimensión dolor/malestar son los que caminan los que muestran un porcentaje más importante de problemas (75.0%).

Los hombres que practican caminatas muestran un porcentaje menor de problemas en las dimensiones movilidad (0.0%), cuidado personal (0.0%) y actividades cotidianas (0.0%). Los que practican petanca muestran un menor porcentaje de problemas en dolor/malestar (31.5%). Por último, los que practican actividades acuáticas muestran un menor porcentaje en ansiedad/depresión (0.0%).

Los resultados de las mujeres son similares a los de los hombres. Al igual que ellos, las mujeres que practican actividad física en un programa de estimulación para frágiles muestran un porcentaje más elevado de problemas en la mayoría de las dimensiones. En concreto, en las dimensiones de movilidad (36.7%), cuidado personal (63.3%), actividades cotidianas (85.0%) y ansiedad/depresión (72.9%). También en la dimensión dolor/malestar son las que caminan las que muestran un porcentaje mayor de problemas (72.7%), seguidas de cerca de las que practican PEFCPM (72.5%).

Las mujeres que practican caminatas muestran un porcentaje menor de problemas en las dimensiones cuidado personal (0.0%) y actividades cotidianas (5.5%). Las que practican petanca muestran un menor porcentaje de problemas en movilidad (13.0%) y dolor/malestar (47.8%) con respecto al resto de grupos analizados. Por último, las mujeres que practican actividades acuáticas muestran un menor número de problemas en ansiedad/depresión (12.2%) respecto al resto de grupos de práctica.

Valoración del CM

En la tabla 3 se recoge la media del CM en función del género y el tipo de práctica. Los usuarios de los PEFCPM (3.38 unidades) muestran un consumo global alto, sólo superado por los practicantes de programas de EF (4.99 unidades). Son los usuarios que practican caminatas en el caso de los hombres (0.81 unidades) y petanca, en el caso de las mujeres (1.43 unidades), los que muestran una media de consumo menor.

Stock de capital de salud

Los resultados nos indican que, si no diferenciamos entre hombres y mujeres, los usuarios de PEFCPM

ocupan la posición intermedia de todas las puntuaciones con 505.357,26/AVAC. Los usuarios que muestran un SCS más alto son los integrantes de petanca (568.829,38/AVAC) seguidos de cerca por los usuarios de caminatas con 548.227,66 €/AVAC. Son los practicantes de actividades acuáticas (411.135,58 €/AVAC) y los practicantes de programas de estimulación para frágiles (183.228,93 €/AVAC) los que muestran unos niveles más bajos de SCS.

El tratamiento de los datos en función del género apenas modifica esta valoración. El SCS de los usuarios masculinos de PEFCPM (434.989,60 €/AVAC) está ligeramente por debajo de la media (437.861,56 €/AVAC) de las puntuaciones obtenidas y en una situación muy similar a la obtenida por los usuarios de las caminatas (432.357,10 €/AVAC). Su puntuación es la segunda más alta de las obtenidas, por debajo de los practicantes de petanca (538.503,20 €/AVAC). Son los usuarios de actividades acuáticas (373.410,28 €/AVAC) y los de programas de estimulación para frágiles (240.864,00 €/AVAC) los que muestran las puntuaciones más bajas.

En el caso de las mujeres de PEFCPM, su SCS se encuentra en tercera posición (517.971,70 €/AVAC), por encima de la media de las mujeres (506.007,94 €/AVAC) y por debajo de las usuarias de petanca (640.030,10 €/AVAC) y caminatas (590.362,40 €/AVAC). Las puntuaciones más bajas corresponden a las practicantes de actividades acuáticas (422.177,13 €/AVAC) y de programas de estimulación para frágiles (164.017,20 €/AVAC).

Destacar también que, en casi todos los casos, el SCS de las mujeres resulta superior al de los hombres. Solamente en el caso de los programas de estimulación para frágiles son los hombres (240.864,00 €/AVAC) los que muestran un SCS superior respecto a las mujeres (164.017,20 €/AVAC).

Discusión

Los usuarios de los PEFCPM obtienen unas valoraciones de CVRS global derivadas de la EVA relativamente bajas respecto a los usuarios de las otras prácticas. La tendencia reflejada es que sólo los pertenecientes a programas de estimulación para frágiles muestran puntuaciones más bajas, dada su mayor edad y su peor estado de salud.

La población analizada muestra una valoración de su percepción de la salud diferenciada en función del género. Son los hombres los que obtienen unas valoraciones superiores a las mujeres. Estos datos coinciden con los datos epidemiológicos (Generalitat de Catalunya, 2008). Sólo es en el caso de la petanca donde esta relación se invierte. Tal vez la muestra reducida utilizada en el caso de las mujeres pueda ser una fuente de sesgo de los resultados finales. Una muestra más amplia pensamos que sería necesaria para confirmar esta tendencia.

En el análisis de las diferentes dimensiones del SD también entre los usuarios pertenecientes al PEFCPM

se obtienen porcentajes relativamente bajos con respecto al resto de usuarios analizados. Tanto entre los hombres como entre las mujeres son los que practican un programa de estimulación para frágiles los que muestran un porcentaje más alto de problemas en las dimensiones con un condicionamiento más físico como movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas, derivado probablemente de su menor capacidad física para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Estos datos son coherentes con el hecho de que los usuarios de prácticas al aire libre sean los que muestren un menor nivel de problemas en las dimensiones físicas de movilidad, cuidado personal y actividades cotidianas.

Los porcentajes más altos de dolor/malestar no son identificados en los practicantes de programas de estimulación para frágiles, lo que puede deberse al mayor nivel de medicalización observado respecto al resto de subgrupos analizados o bien al fenómeno conocido como *paradoja de la discapacidad*, por el cual las personas mayores con un significativo déficit de salud y problemas funcionales que comprometen su independencia muestran valores altos de calidad de vida que no se corresponden con su estado objetivo de salud (Carr, Gibson y Robinson, 2001; Márquez, Izal, Montorio y Pérez, 2004).

Por otro lado, destacar, en cuanto a la dimensión dolor/malestar, el alto porcentaje detectado entre todos los usuarios analizados, especialmente de género femenino, común a las diferentes fuentes analizadas (Borrell y Benach, 2002).

Los datos referidos al SCS nos indican que los practicantes de PEFCPM siguen mostrando una posición relativamente baja respecto al grupo de prácticas analizadas. Solamente están por debajo los practicantes de actividades acuáticas y de los programas de estimulación para frágiles. Esta tendencia no se modifica si se establece la diferenciación por géneros. En este sentido es importante resaltar que, en el caso de las mujeres, los valores son superiores a los de los hombres. Esta tendencia no se demuestra entre hombres y mujeres que no practican ejercicio físico, donde el SCS sigue siendo superior en los hombres (Fortuño, 2008); y es que la mejora de las condiciones de la salud de las mujeres inducida por la práctica física, junto con su mayor esperanza de vida, hacen que superen el SCS de los hombres, aunque ellos también sean practicantes.

Los subgrupos analizados muestran esta tendencia anteriormente comentada, excepto los que se hallan en un programa de estimulación para frágiles. En este caso, el gradiente generado por la esperanza de vida entre hombres y mujeres no es suficiente para superar la diferencia intergénero.

Los datos correspondientes al CM muestran las tendencias marcadas en el resto de parámetros analizados. Los usuarios de los PEFCPM muestran un consumo global alto, sólo superado por los practicantes de programas de estimulación para frágiles. Son los usuarios que practican ejercicio al aire libre los que tienden a consumir un menor número de medica-

mentos.

Los valores obtenidos por parte de los usuarios de PEFCPM en la PSS, el SD, el SCS y MC muestran unas valoraciones relativamente bajas respecto al resto de prácticas físicas comparadas. Sólo son mayores sus puntuaciones cuando son comparadas con los usuarios de grupos pertenecientes a programas de estimulación para frágiles. Los resultados reflejan que el colectivo de PEFCPM practica un tipo de ejercicio de menor exigencia física, en el que los aspectos relacionales y recreativos tienen un peso importante, y se diferencian de otro tipo de práctica, en el que pueden ser más exigentes desde un punto de vista físico. En este sentido, debemos tener en cuenta que la mayor parte de los componentes de los PEFCPM son mujeres que durante su vida anterior a la jubilación no habían realizado una práctica física.

Por otro lado, las prácticas al aire libre, como pueden ser la petanca o las caminatas, pueden ir dirigidas a tipologías de usuarios con un nivel de exigencia física superior y, por lo tanto, un nivel de salud percibida y objetiva mayores. A ello debe añadirse que los practicantes, sobre todo en el caso de la petanca, son masculinos.

Podemos concluir que los tipos de práctica analizados nos ofrecen perfiles de usuarios diferenciados según sus características en el ámbito de la salud, de forma que a la hora de establecer programas de promoción del ejercicio físico no sólo deben tenerse en cuenta los factores sociales o económicos de los practicantes potenciales, sino también sus estados de salud.

Ulteriores estudios, con muestras más amplias y extendidas a otros tipos de prácticas físicas de mayores, podrían corroborar estas conclusiones.

Referencias

- Abellán, J.M., Martínez, J.E. & Sánchez, F.I. (2008). Estimación del valor monetario del Stock de Capital-Salud. Una aplicación en el contexto regional. *IX Encuentro de economía aplicada. Salamanca 5-6-7 de junio de 2008*.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. & Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQoL: A description and its applications. *European Quality of Life scale. Revista de Medicina Clínica, 112, supl.1, 79-85*.
- Borrell, C. & Benach, J. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Burström, K., Johannesson, M. & Diderichsen, F. (2003). The value of the change in health in Sweden 1980/81 to 1996/97. *Health Economics, 12(8), 637-654*.
- Carr, A. J., Gibson, B. & Robinson, P.G. (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *British Journal sports medicine, 322, 1240-1243*.
- Cutler, D.M. & Richardson, E. (1997). Measuring the health of the U.S. Population. *Brookings Paper: Microeconomics, 217-271*.
- EuroQol Group (1990). A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health policy, 16, 199-208*.
- EuroQol Group (1999). *EQ-5D, guía del usuario. Versión Española*. Barcelona: EuroQol Business Management.
- Fortuño, J. (2008). *Relació entre Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut i els usuaris de Programes d'Exercici Físic Comunitaris per a Gent Gran de Catalunya*. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna: Tesis doctoral no publicada.
- Generalitat de Catalunya (2008). *Enquesta de salut de Catalunya 2008*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Servei Català de la Salut.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of political economy, 2, 223-255*.
- Guyatt, G.H., Feeny, D.H. & Patrick, D.L. (1993). Measuring Health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine, 118, 622-629*.
- Gusi, N., Reyes, M.C., González Guerrero, J.L., Herrera, E. & García, J.M. (2008). Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health, 231*.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I. & Pérez, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39, supl.3, 46-53*.
- Oliva, J. (2008). Valoración y determinantes del stock de capital salud en Cataluña:1994-2006. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. *Colección estudios económicos 05-08*.
- Oliva, J., Del Llano, J.E., Sacristán, J.A. (2003). La evaluación económica de tecnologías sanitarias en España: situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos sanitarios. *ICE. Economía y salud, 804, 155-167*.
- Oliva, J. & Zozaya, N. (2007). Valoración y determinantes del stock de capital salud en la Comunidad Canaria y Cataluña. Documento de trabajo de FEDEA 2007. 29 de Octubre de 2007.
- Sacristán, J., Oliva, J., Del Llano, J., Prieto, L. & Pinto, J. (2002). What is an efficient health technology in Spain? *Gaceta Sanitaria, 16, 334-343*.
- Pinto Prades, J.L., & Martínez Pérez, J.E. (2005). Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares. *Economiaz, 1, 192-209*.
- Zozaya, N., Oliva, J. & Osuna, R. (June 2005). Measuring changes in Health Capital. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. *Colección estudios económicos 05-08; 2005-15*.

Resum

Característiques de la salut de les persones grans que practiquen exercici físic de caràcter comunitari a Catalunya respecte a un altre tipus de pràctiques adreçades a aquest col·lectiu

Fonaments. La qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) és una manera de mesurar la salut aplicable en decisions sanitàries o econòmiques. S'analitzen els participants en programes d'exercici físic comunitari per a persones grans (PEFCPG) i es comparen amb els de programes d'estimulació per a fràgils (EF), caminades, petanca i activitats aquàtiques (AA).

Mètodes. S'utilitza un mostreig intencional, de 2.268 usuaris de 60 anys o més (mitjana: 70.78 i DS: 6,16), l'estudi es duu a terme entre el 2004 i el 2008. S'analitza la QVRS, l'estoc de capital de salut (ECS) i la medicació consumida (CM). La QVRS s'obté mitjançant l'escala de valoració analògica (EVA) i el sistema descriptiu (SD) de cinc dimensions de l'EuroQol. Per a l'ECS es multipliquen les preferències derivades de les

puntuacions de l'SD per l'esperança de vida (EV) i per 34.858,70 €. El CM es calcula adaptant l'enquesta de salut de Catalunya. Valors de la QVRS, relacionats amb l'EVA, el CM i l'ECS, s'han analitzat amb metodologia paramètrica. Per a les dimensions de l'SD, s'han comparat els percentatges de problemes.

Resultats. Els usuaris dels PEFCPG obtenen una QVRS global de 70.74, un CM de 3.38 unitats i un ECS de 505.357,36 €/anys de vida ajustats per qualitat (AVAQ), que són resultats relativament baixos respecte a la resta de subgrups.

Conclusions. S'obtenen perfils d'usuaris diferenciats segons les característiques de la seva salut, cosa que hem de tenir en compte per a promocionar l'exercici físic. Tot i que els homes reflecteixen una valoració superior de la seva salut, el seu ECS és inferior al de les dones practicants. Aquesta tendència és inversa a la d'homes i dones sedentaris.

Paraules clau: Exercici físic, Envelliment, Qualitat de Vida