

FEB 2026

Nº 041

Tendencias recientes de la multimorbilidad en Cataluña: ¿Envejecen peor las generaciones más jóvenes?

**Iñaki Permanyer***Investigador ICREA (CED-CERCA)***Jordi Gumà***Investigador Ramón y Cajal (CED-CERCA)***Sergi Trias-Llimós***DemoSoc Research Group, Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, UPF; CED-CERCA***Aïda Solé-Auró***Investigadora y profesora titular, DemoSoc Research Group, Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la UPF*

En el transcurso de las últimas décadas, se ha producido un incremento espectacular en la esperanza de vida a nivel global. La experiencia española ha sido particularmente destacada: tras arrancar desde una posición desventajosa después de las calamidades de la Guerra Civil, España es actualmente uno de los países más longevos del mundo. Más concretamente: mientras que en 1940 la esperanza de vida en España apenas alcanzaba los 50 años, hacia 2025 este indicador se ha consolidado en torno a los 84 años, cifra solamente superada por unos pocos países como Suiza, Japón o Corea del Sur.

En este número de *Perspectives Demogràfiques*, realizado entre investigadores de la Universidad Autónoma de Barcelona, el Centro de Estudios Demográficos y la Universidad Pompeu Fabra, nos detendremos a explorar uno de los mayores retos asociados con el incremento de la longevidad: ¿En qué medida las mejoras en supervivencia han venido acompañadas de una disminución o un aumento de la morbilidad? Más concretamente, analizamos las tendencias de la multimorbilidad (es decir, la presencia de múltiples enfermedades crónicas en la misma persona) entre los integrantes de las distintas cohortes en Cataluña durante los últimos años. Nuestros resultados sugieren que, a pesar del incremento en la esperanza de vida, el ritmo de acumulación de enfermedades crónicas tiende a acelerarse entre las generaciones más jóvenes – un resultado aparentemente paradójico (con importantes implicaciones para los sistemas sanitario y de cuidados) que intentaremos explicar estudiando la evolución del riesgo de defunción entre la población multimorbida.

Los retos asociados al éxito

Como consecuencia del incremento generalizado en la longevidad, ha surgido un importante debate respecto a la calidad de los años adicionales de vida. Si el retraso en la edad a la muerte no se produce con una postergación equivalente en el inicio de la morbilidad o la discapacidad, se produciría una expansión en la cantidad de años que los individuos viven en mala salud. Este fenómeno plantea desafíos estructurales para la viabilidad de los sistemas de salud, pensiones y servicios de cuidados (Gruenberg, 1977). En este sentido, para proyectar escenarios de salud futuros, resulta imperativo sistematizar la evidencia sobre los patrones de aparición de patologías crónicas que comprometen la autonomía funcional de las personas. Por consiguiente, es preciso analizar no solo la prevalencia de tales afecciones, sino también su incidencia.

¿A qué ritmo enferman las distintas cohortes?

Con el objetivo de arrojar luz sobre estas cuestiones, utilizamos los datos de la llamada “cohorte HEALIN” (Solé-Auró et al 2025) – una enorme base de datos construida a partir de los registros de salud y mortalidad en Cataluña que sigue la evolución de más de 1,5 millones de individuos desde el año 2005 – para comparar el estado de salud de distintas generaciones catalanas entre los años 2010 y 2021. Los resultados, ajustados por edad y basados en la prevalencia de la llamada “multimorbilidad compleja” (es decir, el porcentaje de población padeciendo tres o más enfermedades crónicas simultáneamente), indican que las generaciones más jóvenes exhiben una mayor prevalencia de multimorbilidad que sus predecesoras a la misma edad (ver el Gráfico 1). Por ejemplo, a los 25 años, un 7,9 % de las mujeres nacidas entre 1980 y 1989 padecían multimorbilidad compleja, frente al 16,7 % observado entre las mujeres nacidas una década después (entre 1990 y 1999) al alcanzar la misma edad. Este patrón no es exclusivo de estas dos cohortes, sino que se repite de forma sistemática para todas las generaciones y edades para las que se pueden llevar a cabo dicho tipo de comparaciones.

¿Cuáles son los grandes grupos de enfermedades que más afectan a estas cohortes? En la Tabla 1 mostramos los cinco grandes grupos de enfermedades más prevalentes en 2021 para cada una de las cohortes representadas en el gráfico anterior. Para las generaciones más antiguas (las nacidas entre 1930 y 1939) las prevalencias son obviamente más elevadas que las observadas en las otras cohortes, y destacan especialmente las enfermedades metabólicas y las de los sistemas circulatorio y musculoesquelético. En el otro extremo, entre las generaciones más jóvenes (las nacidas entre los años 1990-

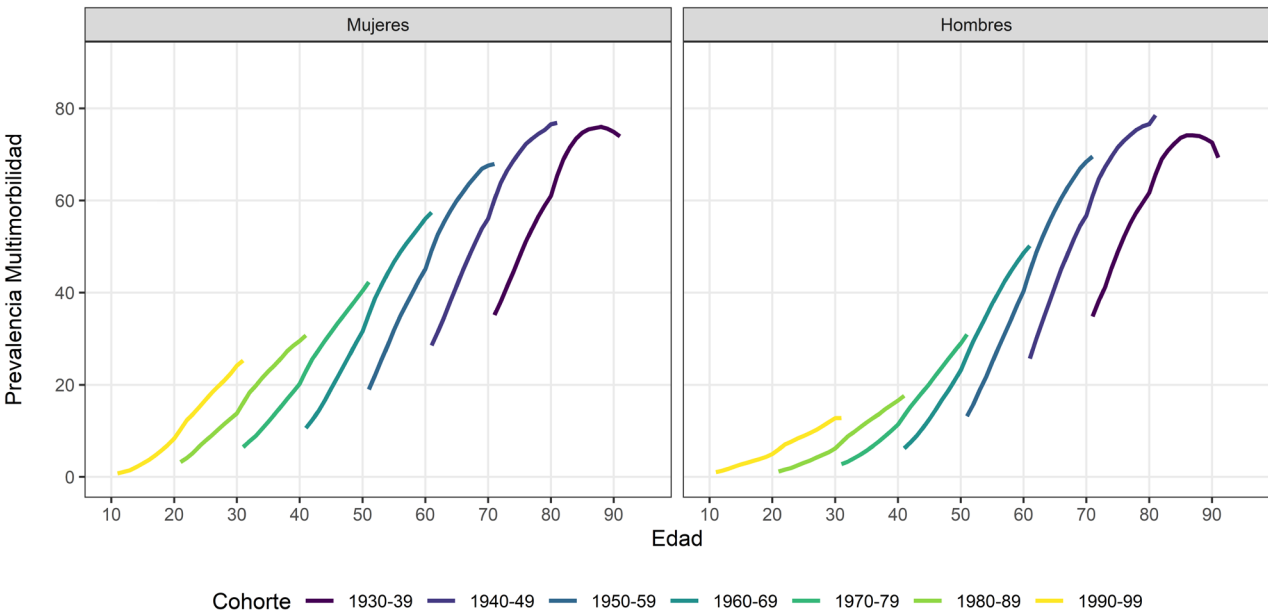


Gráfico 1. Tendencias en la prevalencia de la multimorbilidad compleja por edad y cohorte (mujeres en el panel izquierdo y hombres en el derecho) entre 2010 y 2021.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la cohorte HEALIN.

1999) destacan particularmente las enfermedades mentales y las relacionadas con el sistema musculoesquelético – especialmente entre las mujeres, que suelen padecer mayores niveles de multimorbilidad que los hombres. La creciente prevalencia de enfermedades de salud mental constituye uno de los principales factores que han contribuido al aumento de la multimorbilidad en Cataluña – especialmente entre

las generaciones más jóvenes. En este sentido, cabe señalar que España es uno de los países con mayor prescripción de benzodiacepinas y otros sedantes a escala mundial.

A grandes rasgos, estos resultados coinciden con los hallazgos de investigaciones previas estudiando las dinámicas de salud en distintas regiones de la Unión Europea y los Estados

Mujeres

1930–39	1940–49	1950–59	1960–69	1970–79	1980–89	1990–99
Músculo (75,1%)	Músculo (75,7%)	Músculo (70,6%)	Músculo (62,4%)	Músculo (56,8%)	Músculo (50,6%)	Músculo (39,3%)
Circulatorio (73,6%)	Circulatorio (66,4%)	Endocrino (57,5%)	Mental (43,7%)	Mental (39,2%)	Mental (36,4%)	Mental (27,4%)
Endocrino (60,1%)	Endocrino (64,1%)	Circulatorio (50,2%)	Endocrino (40,6%)	Endocrino (24,5%)	Circulatorio (19,7%)	Circulatorio (19,3%)
Mental (45,8%)	Mental (42,2%)	Mental (44,2%)	Circulatorio (34,1%)	Circulatorio (23,3%)	Endocrino (18,2%)	Endocrino (15,5%)
Genitourinario (29,7%)	Oído (24,1%)	Nervioso (18,6%)	Nervioso (17,8%)	Sanguíneo (14,2%)	Nervioso (10,9%)	Sanguíneo (9%)

Hombres

1930–39	1940–49	1950–59	1960–69	1970–79	1980–89	1990–99
Circulatorio (71,9%)	Circulatorio (67,7%)	Músculo (60%)	Músculo (52,1%)	Músculo (45,1%)	Músculo (39,9%)	Músculo (34,2%)
Músculo (66,1%)	Músculo (66,7%)	Circulatorio (52,3%)	Endocrino (36,8%)	Mental (30%)	Mental (28,7%)	Mental (20,7%)
Genitourinario (55,5%)	Endocrino (58,8%)	Endocrino (51,6%)	Mental (33,4%)	Endocrino (21,4%)	Circulatorio (14,3%)	Circulatorio (15,1%)
Endocrino (53,1%)	Genitourinario (52,6%)	Mental (34,6%)	Circulatorio (33,2%)	Circulatorio (18,7%)	Endocrino (11,2%)	Endocrino (10,9%)
Mental (33,7%)	Mental (33,2%)	Genitourinario (33,4%)	Genitourinario (13,6%)	Nervioso (6%)	Nervioso (4,8%)	Respiratorio (5,6%)

Tabla 1. Prevalencia de los cinco grupos de enfermedades más frecuentes para las distintas cohortes catalanas en el año 2021. Nota: Las etiquetas de cada celda se corresponden con los distintos capítulos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Así, “Sanguíneo” corresponde al capítulo III, “Endocrino” al capítulo IV, “Mental” al capítulo V, “Nerviosos” al capítulo VI, “Oído” al capítulo VIII, “Circulatorio” al capítulo IX, “Respiratorio” al capítulo X, “Músculo” al capítulo XIII y “Genitourinario” al capítulo XIV.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la cohorte HEALIN.

Unidos (ver, por ejemplo, Gimeno et al., 2024). Dichos estudios corroboran que las cohortes más jóvenes presentan indicadores de salud menos favorables en comparación con sus predecesoras a la misma edad empleando una amplia batería de indicadores (como la prevalencia de enfermedades crónicas y de discapacidad, medidas de movilidad u obesidad, etc.), por lo que sus autores se preguntan si se está produciendo una «deriva generacional de la salud». Las evidencias presentadas en el Gráfico 1 sugieren que este fenómeno podría estar sucediendo también en Cataluña y, por extensión, en el conjunto del territorio español – dada la similitud en los patrones de mortalidad y salud entre ambos ámbitos geográficos.

¿Peor salud o más diagnósticos?

Una pregunta clave que surge a partir de los resultados presentados es si la salud de las generaciones más jóvenes está realmente empeorando, si el sistema sanitario ha incrementado su capacidad para detectar enfermedades crónicas (ya sea por una tendencia al sobrediagnóstico o por avances técnicos que permiten diagnósticos cada vez más precoces), o si la actitud de los individuos respecto a la salud pueda haber cambiado. Para empezar a explorar esta cuestión, hemos tomado el conjunto de individuos multimórbidos a distintas edades y pertenecientes a diferentes cohortes y hemos contado cuántos de ellos han fallecido al cabo de un año. De esta manera, podemos inferir el grado de severidad de su estado de salud, identificando los individuos que padecen de una salud tan debilitada que

fallecen en poco tiempo. Los resultados se muestran en el Gráfico 2 en forma de porcentajes. Lógicamente, el porcentaje de defunciones entre individuos multimórbidos aumenta con la edad y es más elevada entre los hombres que entre las mujeres. Inspeccionando la posición relativa de las curvas en aquellas edades en las que las cohortes se solapan, podemos apreciar cómo, a igual edad, la probabilidad de defunción entre la población multimórbida es menor en las cohortes más jóvenes. Este patrón se repite en todas las edades donde la comparación se puede llevar a cabo, tanto para mujeres como para hombres.

Los resultados mostrados en el Gráfico 1 plantean interrogantes de gran calado que merecen ser examinados con detenimiento. Por un lado, cabe preguntarse si la mayor prevalencia de multimorbilidad observada entre las generaciones más jóvenes se traducirá en una peor calidad de vida o en mayores niveles de discapacidad en el futuro. Por otro lado, hay que indagar en los factores que han conducido a esta situación con el fin de comprenderla y, en la medida de lo posible, revertirla. Hipotéticamente, los patrones mostrados anteriormente podrían reflejar un deterioro de la salud entre determinados subgrupos poblacionales, como la población inmigrada o las personas de bajos ingresos. En este sentido, un estudio reciente muestra como la prevalencia e incidencia de la multimorbilidad en Cataluña son mucho mayores entre los individuos de menor ingreso económico (Pernanher et al 2025). Alternativamente, el aparente empeoramiento de la salud en las generaciones más jóvenes podría deberse a una tendencia creciente hacia el sobrediagnóstico por parte de los

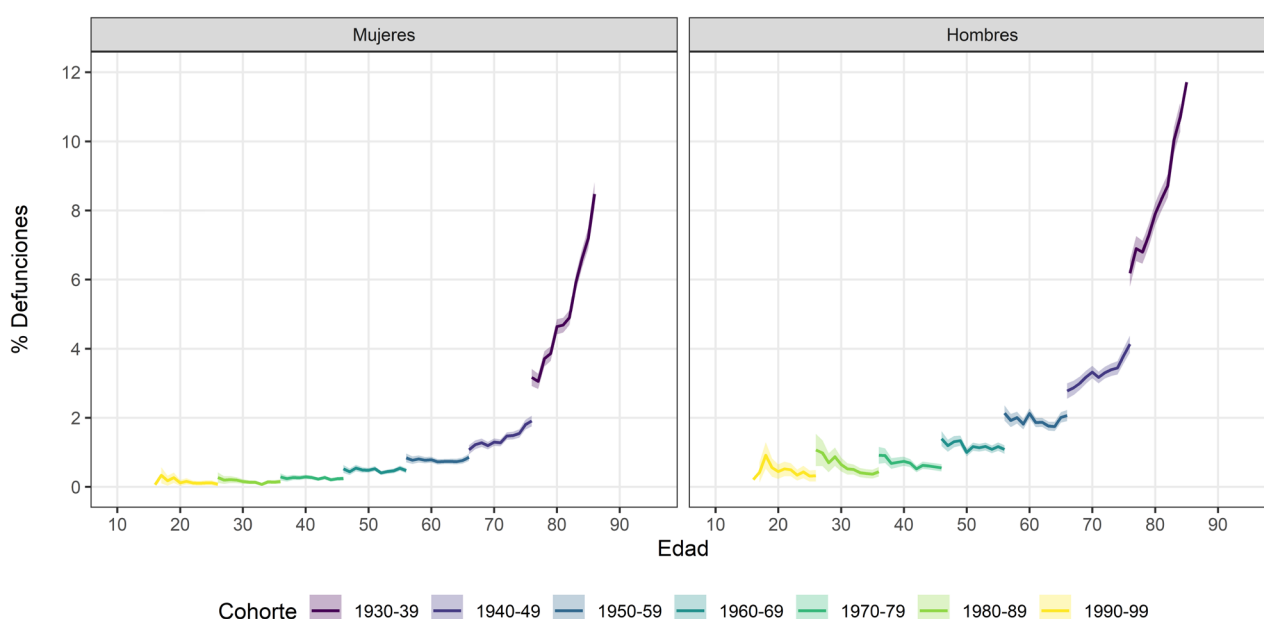


Gráfico 2. Proporción de defunciones entre los individuos multimórbidos pertenecientes a distintas cohortes en distintas edades (hombres y mujeres en paneles superior e inferior, respectivamente).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la cohorte HEALIN.

profesionales de la salud (O'Sullivan 2025). En este sentido, aunque la presencia de la multimorbilidad a edades cada vez más tempranas no es una buena noticia, los resultados mostrados anteriormente sugieren que las perspectivas de supervivencia para la población multimorbida han mejorado con el paso del tiempo. Dicho de otra manera, aunque por el motivo que fuere estemos ante una mayor prevalencia de la multimorbilidad, su letalidad parece haber disminuido.

Por otra parte, cabe preguntarse si estos patrones puedan deberse a la detección cada vez más precoz (en etapas iniciales) de las enfermedades, a mejoras de los tratamientos médicos, a cambios en los umbrales diagnósticos de determinadas enfermedades, o a otros factores – cuestiones que deberán abordarse en futuras investigaciones. Como es lógico, mejoras en la capacidad para detectar enfermedades deberían traducirse en un incremento en la prevalencia de la morbilidad – de la misma manera que el uso masivo de tests de antígenos sirvió para revelar el alcance del COVID-19 durante la pandemia de 2020-2022. Además, es importante tener en cuenta que los patrones de multimorbilidad observados podrían estar influidos por cambios comportamentales relacionados con la búsqueda de salud de las personas, haciendo que los individuos sean más proclives a visitar centros de salud ante la aparición de síntomas tempranos o leves. A su vez, estas conductas pueden estar condicionadas por determinadas políticas de salud pública, tales como los programas de cribado (screening) para la detección precoz. Adicionalmente, la irrupción de tecnologías

disruptivas, como las herramientas de diagnóstico asistidas por inteligencia artificial, podría promover diagnósticos cada vez más tempranos que eventualmente servirían para evitar la progresión de algunas enfermedades – provocando así un cambio radical en nuestra capacidad de detección temprana de la enfermedad.

Independientemente del mecanismo causal subyacente, los resultados apuntan a un incremento de la demanda asistencial en los sistemas públicos de salud. Este escenario plantea un desafío importante que requiere el diseño de políticas públicas basadas en evidencia científica. Para dilucidar los interrogantes que plantean estas tendencias y afrontar los retos asociados al envejecimiento demográfico, resulta imprescindible profundizar en la investigación de sus determinantes fundamentales, que podrían variar en el espacio y en el tiempo. Para ello, será necesario consolidar bases de datos con un alto nivel de desagregación, que integren registros longitudinales clínicos con variables sociodemográficas y contextuales, además de fomentar una colaboración interdisciplinaria que articule el conocimiento de las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las humanidades.

Referencias bibliográficas

Gimeno, L., Goisis, A., Dowd, J.B. and Ploubidis, G.B. (2024). "Cohort Differences in Physical Health and Disability in the United States and Europe", *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 79, Issue 8, gbae113, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbae113>

Gruenberg, E. M. (1977). "The Failures of Success". *The Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society*, 55 (1): 3-24. JSTOR. <https://doi.org/10.2307/3349592>

O'Sullivan, S. (2025). *La era del diagnóstico: cómo la obsesión médica por etiquetar nos está enfermando*. Barcelona: Ariel.

Permanyer, I., Guma, J., Trias-Llimos, S., & Solé-Auro, A. (2026). "Multimorbidity trends in Catalonia, 2010-21: a

population-based cohort study". *International Journal of Epidemiology*, 55(1), dyaf218. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaf218>

Solé-Auró, A., Gumà-Lao, J., Trias-Llimós, S., Carreño Serra, A., Martínez-Cerdà, J-F, Permanyer, I. (2025). "Cohort Profile: Health Inequalities in Catalonia (the HEALIN cohort)". *International Journal of Epidemiology*, 54:dyaf129. <https://doi.org/10.1093/ije/dyaf129>

Cita

Permanyer, I., Gumà, J., Trias-Llimós, S., Solé-Auró, A. (2026). "Tendencias recientes de la multimorbilidad en Cataluña: ¿Envejecen peor las generaciones más jóvenes?", *Perspectives Demogràfiques*, 41: 1-4 (ISSN: 2696- 4228). DOI: 10.46710/ced.pd.esp.41

ISSN

ISSN 2696-4228

DOI

<https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.41>

Editors

Andreu Domingo y Albert Esteve

Correspondencia dirigida a

Iñaki Permanyer
ipermanyer@ced.uab.cat

Créditos

Gráficos: Anna Turu

Maquetación

Eva Albors, Eulàlia Camps y Xavier Ruiz

Agradecimientos

Proyecto PID2021-128892OB-I00 financiado por MICIU/AEI /10.13039/501100011033 y por FEDER, UE

X

@CEDemografia

LinkedIn

<https://www.linkedin.com/company/centre-estudis-demografics/>

Contacto

Centre d'Estudis Demogràfics
Calle de Ca n'Altayó, Edificio E2
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra / Barcelona
España
+34 93 5813060
demog@ced.uab.cat