

CONTRIBUCIÓN SOBRE ASPECTOS DE LONGEVIDAD Y VEJEZ EN ESPAÑA

Por Rosa Gómez Redondo. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Índice breve:

- 1) **Expansión de la Vejez**
- 2) **Heterogeneidad de los Mayores como consecuencia de la prolongación de la vida** (la edad y el sexo-género como elementos diferenciadores básicos)
- 3) **Dificultades** para aumentar el conocimiento de los **datos de los más mayores** (los actores más relevantes en el proceso).

INTRODUCCION Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

La prolongación de la vejez es un hecho en proceso de cambio; es fundamentalmente el resultado final de una longevidad creciente, que resultaba inimaginable hace sólo unas décadas; incluso en los años setenta del pasado siglo la hipótesis de una potencial extensión de la etapa final del ciclo vital, tal y como se ha alcanzado en nuestros días, era rechazada por algunos de los más expertos demógrafos de la época.

Si de los nacidos en España en 1908 sólo cumplieron los 85 años de edad 3.750 de cada 100.000 españoles, un siglo después sobreviven hasta esa edad casi 50.000, es decir, la mitad de esa generación completa. Este simple dato muestra como durante las últimas décadas se ha producido una aceleración en el aumento de la supervivencia de las poblaciones –en especial de los países ricos pero no sólo- que ha dado continuidad a un cambio lento que se inició a principio de siglo y ha aumentado el volumen y las características de la población mayor y anciana. Durante el siglo XX se consolidaron transformaciones multidimensionales que se iniciaron fundamentalmente un siglo antes, y entre ellas se producen tres transiciones que son el marco del aumento de la supervivencia después de la vida adulta, - una transición demográfica, una transición epidemiológica (Omran, 1971; Olshawsky, y Ault (1986) y otra sanitaria (Lerner, 1973; Frenk et al, 1991, Rogers y Hackenberg ,1986) éstas dos últimas inscritas en la primera, y las tres estrechamente interrelacionadas entre sí y con el contexto social en el que históricamente se han desarrollado.

El cambio en la prolongación del ciclo vital y su impacto sobre el envejecimiento de la población, tienen consecuencias sociales y demográficas extraordinarias, y son el objetivo final de este capítulo en el que con una brevedad obligada reflexionaremos sobre algunos de los principales factores implicados en este proceso de prolongación de la vejez, sobre la heterogeneidad de las personas mayores resultante, así como las dificultades existentes para su estudio, dada la limitada disponibilidad de datos relevantes, especialmente en las edades más avanzadas. A partir de estas aproximaciones podremos apuntar someramente algunas de las consecuencias que ésta transformación histórica tiene y tendrá en la población española.

1) **Expansión de la Vejez**

La esperanza de vida al nacer experimenta una clara aceleración a partir de los años 30, debido al descenso de la mortalidad infantil, lo que produjo un rejuvenecimiento de la población española. Así sólo entre 1970 y 2012 se ganan 10 años de vida media, fundamentalmente beneficiaron a la ampliación de la vida de las personas mayores; proceso que se acelera a partir de los años setenta, partiendo los hombres de 69 años de vida media y alcanzando los 79 al final del período, mientras las mujeres partían de casi 75 años y

alcanzaban los 85 años, doce años más tarde. Consecuentemente, se viene produciendo desde entonces un envejecimiento de la vejez. Además, en el presente, podemos afirmar que se sigue produciendo una prolongación de esta supervivencia tardía, sin precedente histórico en la historia de la humanidad pero, también, sin evidencia empírica de que esta tendencia vaya a finalizar por el momento (Wilmoth, J.R., 1997)

Una vez avanzada la Transición Sanitaria de una sociedad, tras un descenso de la mortalidad continuado a todas las edades, las defunciones se producen, cada vez más concentradas en torno a la edad modal a la muerte –unimodal en la vejez-, y la muerte queda retrasada cada vez a edades más elevadas, a las que llegan una proporción creciente de la población mayor. Esta tendencia permanece en el trascurso de las últimas cuatro décadas. Por otra parte, este aumento de la longevidad es reconocible a través de un doble proceso que se produce durante estos mismos años; por una parte, tiene lugar la tendencia a la concentración (compresión) de las defunciones a edades avanzadas, por otra, esta concentración se produce en paralelo al desplazamiento de decesos cada vez en mayor proporción y cada vez a edades más elevadas e incluso consideradas extremas en el pasado, es decir, a través de un aumento de la longevidad. Nos servimos de la expresiva imagen creada por el demógrafo Kannisto (2000; 2001) para explicar ese doble proceso, de modo que la curva que representa las defunciones de una tabla de mortalidad parece que chocara contra una “pared invisible” que la frenase, concentrando la mortalidad en torno a la edad modal a la muerte. Añadimos, que esta “pared” queda delimitada por los conocimientos científicos-médicos disponibles y las condiciones de vida del contexto en una época dada.

Esta mortalidad tardía tiene su origen en la Transición Epidemiológica experimentada, que ha terminado concentrando las defunciones, mayoritariamente causadas por enfermedades crónicas y degenerativas, a edades progresivamente más avanzadas, una vez que se logra reducir su intensidad y las enfermedades denominadas de sociedad (comportamientos), pero dejando atrás el predominio de las enfermedades infecciosas y parasitarias que diezaban en mayor medida a la población infantil y juvenil. Como consecuencia de este cambio de patrón, se produce un aumento de la vida media de los españoles, a medida que se logran reducir las pérdidas por causas de muerte crónicas y degenerativas, supervivencia que ha beneficiado proporcionalmente más a las personas mayores de 65 años que el resto de la población. Téngase en cuenta que el aumento de la supervivencia se ha debido en gran medida en este período a un descenso muy notable de la mortalidad del aparato circulatorio (especialmente las cerebrovasculares en el caso de España), unido a una estabilización y, sólo en los últimos años, a un descenso en diversos tipos de tumores y de las enfermedades del aparato respiratorio. En sentido contrario, hemos de destacar las enfermedades emergentes, cuya mortalidad aun siendo de menor intensidad, está en rápido crecimiento; dos grupos de causas relevantes en la población mayor presentan esta pauta, las enfermedades mentales, así como las del sistema nervioso y de los sentidos, a las que deberían atenderse para prevenir sus extraordinarios efectos en las limitaciones de la actividad, la discapacidad y la dependencia al final de la vida. Finalmente, estos cinco grupos de causas constituyen los pilares de la mortalidad en la población mayor y rigen la evolución y transformación de la mortalidad en el presente (Gómez Redondo, García-González y Faus Bertomeu, 2010).

De lo aquí expuesto hasta el momento, todo ello indica la eficiencia lograda por la humanidad en apurar la potencial duración de la vida, por una parte, permitiendo sobrevivir a la infancia, la juventud e incluso la primera vejez y entrando un número creciente de supervivientes en la ancianidad, pero ello tiene como consecuencia un “envejecimiento de la

vejez” que junto a las ventajas obvias de estos logros, también habrán de tenerse en cuenta, las nuevas necesidades que plantean y por añadidura, la falta de homogeneidad entre las poblaciones crecientes que llegan a esta etapa vital.

2) Heterogeneidad de la vejez : Edad, sexo y género

En las sociedades tradicionales, la vejez podía referirse a una población relativamente homogénea desde un punto de vista demográfico, pero en la actualidad a partir de los 65 años encontramos subpoblaciones muy diferentes en perfiles y características y, en consecuencia, con diversidad de necesidades y demandas a cubrir. Así, la población que abandona la edad económicamente activa, presenta características muy alejadas de las que presentan los mayores de 85 años y no digamos de los mayores de 100 años, grupo que aunque minoritario en el total de la población, constituyen un grupo en rápida expansión en el presente y es previsible su aceleración en un futuro próximo. Estos últimos dos grupos son los que presentarán potencialmente limitaciones de actividad, y en menor o mayor medida discapacidad e incluso dependencia. De hecho, las demandas de cuidados de éstos últimos ancianos no cubiertas en su totalidad por las administraciones públicas, son cubiertas por las redes familiares y sociales, que prestan el apoyo informal en su lugar, y que están en buena medida nutridas por aquellas personas mayores más jóvenes, es decir, el primer grupo mencionado, el de los mayores activos socialmente, dándose como consecuencia del aumento de la longevidad, otro perfil característico de nuestros días, el cuidado de “mayores por mayores”.

El envejecimiento de la vejez es la consecuencia principal de las transformaciones de la mortalidad y la longevidad mencionadas, pero lo es también su feminización (Gómez Redondo y Boe, 2005; Canudas et al, 2008). El volumen de población mayor crece, pero también se altera su composición, uno y otra están determinados por los dos fenómenos demográficos básicos, la Fecundidad y la Mortalidad; éste último que abordamos con mayor atención en estas páginas, interactúa con el primero a través de las generaciones de pertenencia que, naciendo hace 65, 80 o 100 años antes, van llegando a la vejez. Así, la población mayor de 65 años que representaba en 1908 sólo un 5,5 % del total de la población, acelerándose su crecimiento a partir de 1970, viene representando en la actualidad alrededor de un 17,5 %. Sin embargo, el crecimiento de la proporción representada por los mayores de 80 años, crece con mayor rapidez, pasando de 0,89 por ciento a 3,94 % en el presente, lo que en términos absolutos significa pasar de una población en torno a 175.378 octogenarios a otra de dos millones y medio de personas con esa edad y de las cuales 1.600.000, son mujeres ancianas. Igualmente, si el volumen de población centenaria representa una pequeña proporción de la vejez, su ritmo de crecimiento es creciente desde los años ochenta, siendo su volumen de más de 9000 centenarios en el presente, y cuya cifra era de sólo 300 al inicio del período; ello supone haber pasado de representar un 1,68 por 100.000 habitantes a alcanzar la proporción de casi 20 centenarios por 100.000 españoles.

Si hoy conocemos que en los años setenta primero y, posteriormente en los primeros años 2000s, el crecimiento de la población mayor experimentó importantes aceleraciones, este aumento exponencial de los efectivos de ancianos se va a seguir produciendo con

aceleraciones similares en las próximas décadas. Las diversas estimaciones de población consideran previsible que un nuevo incremento ocurra entre las décadas posteriores a 2030, cuando el ritmo de crecimiento de los sexagenarios y octogenarios se incremente, como consecuencia de la entrada paulatina de las generaciones formadas por el I Baby-boom en la etapa de la vejez y de la senectud. A este efecto de la fecundidad del pasado, se suma el proceso de prolongación de la vida en la etapa de vejez, del que nos seguimos ocupando a continuación.

La desigualdad secular ante la muerte -que beneficia diferencialmente a las mujeres en aquellas sociedades que equiparan a éstas con los hombres en sus condiciones de vida-, ha feminizado la población en general a lo largo de la historia, y posteriormente, a la vejez, proceso que se viene observando con carácter universal. Es de sobra conocida la mayor esperanza de vida de ellas frente a ellos a cualquier edad y aún más en la vejez, pero quizá sea más evidente para mostrar el origen de la mayoría femenina que constituye la población anciana, si ofrecemos el dato de que si bien los hombres habían alcanzado la edad modal al fallecimiento de 85 años en 2011, las mujeres ya lo habían alcanzado y superado (85,4) veinticinco años antes, en 1985. Un cuarto de siglo de diferencia en el proceso de posponer y concentrar los fallecimientos al final de ciclo vital deja clara la posición de vanguardia representada por las mujeres en el aumento de la longevidad humana y explica la clara mayoría femenina en la población envejecida que caracteriza a nuestras sociedades. Recientemente han aparecido indicios de una potencial tendencia a la aproximación en la esperanza de vida a los 65 años entre los hombres y las mujeres, que sin embargo, no se observa en todas las poblaciones (Meslé, 2006), al menos, hasta el presente; de la evolución de estos signos observados y su generalización dependerá la continuidad de la tendencia a la divergencia conocida o el inicio de una nueva tendencia hacia la convergencia por sexo-género.

Es evidente, que existen otros criterios de heterogeneidad que pueden considerarse, pero que no trataremos en esta ocasión, centrándonos exclusivamente aquí en los factores básicos de las diferencias en la vejez: la edad, que nos remite a diversidad de situaciones en cuanto a los objetivos, actividades, salud, grados de limitaciones, discapacidad y niveles de dependencia, que cambian según nos refiramos a hombres o a mujeres, también, encontramos diferencias notables generadas por la socialización en valores y roles, nivel cultural y de estudios, actividad económica y actividad informal. Baste decir, que es obvio que la vejez es heterogénea, según el nivel socio-económico y cultural al que se pertenece, pero probablemente de modo paralelo a lo que ocurre durante las otras etapas vitales: juventud, infancia, y vida adulta. Asimismo, la distribución geográfica de esta heterogeneidad es desigual, y las condiciones de vida difieren de un entorno a otro, rural – urbano, Comunidades autónomas, etc..., pero nos sería muy difícil considerar aquí todas las fuentes de desigualdad y sobre todo, en algunas de ellas, responder con claridad a estas y otras preguntas apuntadas con anterioridad, porque a pesar de la relevancia de las tendencias observadas, que se conocen bien, la información disponible relativa a la población mayor y sobre todo, a la población anciana es deficiente y muy escasa. Por ello, dedicamos el siguiente apartado a mencionar algunos de los principales obstáculos para avanzar en el conocimiento y su transferencia al sector público y al sector privado, que de subsanarse aportarían una sólida base para cubrir adecuadamente las necesidades que garanticen una mayor calidad de vida en la vejez extensa que hemos alcanzado en las sociedades envejecidas.

3) Dificultades para el estudio de la población anciana. Datos escasos y deficientes.

Un objetivo primordial en el avance del conocimiento y su implementación social sobre la población mayor española es garantizar su comparabilidad con otros países de nuestro entorno socio-cultural, que llevan años representando modelos diferentes en proporcionar una vejez satisfactoria y una atención a los mayores basada en la evidencia. Asimismo, para ello, es necesario disponer de largas series de datos para identificar tendencias y sus cambios, desterrando informaciones fragmentadas, coyunturales, heterogéneas y dispersas. Por ello, quiero mencionar al menos una serie de limitaciones que deberían ser subsanadas tanto en los datos estadísticos como en los socio-demográficos disponibles, los cuales podrían servir de orientación en las actuaciones correspondientes del ámbito privado y público dirigidas a la población mayor del presente y sobre todo del futuro inmediato. Es necesario disponer de una base para orientar las intervenciones a partir de una planificación sólida:

1. Continuidad seriada de los datos, evitando series cortas e interrumpidas.
2. Homogeneidad (mantenimiento de variables en el tiempo e introducción de nuevas basadas en la investigación)
3. Comparabilidad con el resto del mundo (al menos dentro de la comunidad europea)
4. Exhaustividad basada en el conocimiento (finalizar en edades avanzadas).
5. Calidad y revisión de los datos facilitados especialmente en población muy anciana.
6. Ligar fuentes demográficas y rentabilizar estadísticas existentes, evitando la falta de interrelación entre diferentes fuentes oficiales disponibles (padrón, censo, sistema seguridad social, encuestas de salud, etc..)

Son muchas las lagunas al respecto que impiden progresar en la transferencia de conocimiento sobre temas clave de la vejez, el envejecimiento, sus transformaciones y sobre todo su impacto en el bienestar general de la sociedad. Mencionamos algunos temas carentes de datos que permitan un estudio causal y entre estas limitaciones destacan en diferentes ámbitos las siguientes:

- Poblaciones de nonagenarios, centenarios, semi-centenarios y supercentenarios, como exponentes de la extrema longevidad, aludiendo al secreto estadístico y no pudiendo contrastar fácilmente la calidad deficiente de los datos disponibles, a pesar de detectar su existencia, ni investigar los factores causales de la longevidad extrema y el grado de satisfacción existente durante esa prolongación de la vida en quienes la logran.
- Multicausa del fallecimiento (también anonimizados) que imposibilitan los estudios que ligan o asocian la evolución de un grupo de causas a factores ambientales, fisiológicos, sociales o psicológicos.
- Dependencia y Discapacidad. Información que incluya la población institucionalizada, aquella que por definición concentra la mayor proporción de potenciales demandantes de servicios y apoyos. Imposibilidad de contrastar errores y defectos utilizando diferentes fuentes en su estimación.
- Conocimientos sobre cuidados formales e informales y redes intergeneracionales de especial relevancia en sociedades donde llegan a convivir hasta cuatro generaciones

(redes y multidireccionalidad de los flujos y cuidados), incorporando módulos complementarios en función de los resultados obtenidos, y a través de encuestas afines.

Dicha ausencia de información o sus limitaciones, provienen de diferentes factores, que en cualquier caso tienen un denominador común, un relativo desinterés de las administraciones públicas y los organismos oficiales por potenciar este tipo de conocimiento, siendo preciso que sean otros organismos de carácter diverso quienes aborden la necesaria contribución a la actualización y mantenimiento de esos datos, completándolos, para que las intervenciones a poner en marcha beneficien al conjunto de la sociedad, anticipándose a nuevas transformaciones en la vejez que se están gestando ya ante nosotros.

Comment [RGR1]:

En suma, es evidente que la relación entre la edad, la salud, y la muerte es algo más que una relación biológica en una trayectoria vital. Por otra parte, la evidencia empírica demuestra que la vida media de la humanidad cambia permanentemente en función del contexto social disponible. Disponemos del conocimiento básico para planificar las intervenciones que aumenten el bienestar de nuestras sociedades envejecidas, pero paralelamente será preciso conseguir información adicional para intervenir en aquellos puntos clave que permitan, por una parte, minimizar el impacto que una vida prolongada pudiera tener sobre la calidad de vida de las generaciones que conviven con la población anciana, pero sobre todo, que esas intervenciones propicien, además de una vejez extensa, alcanzar una vejez digna y satisfactoria.

Rosa Gómez Redondo

Bibliografía citada

- Frenk, Julio. et al. (1991). "Elements for a Theory of the Health Transition". *Health Transition Review*, 1(1): 21-38.
- Kannisto, Väinö (2000) "Measuring the Compression of Mortality". *Demographic Research*, 3:24-52.
- Kannisto, Väinö (2001) "Mode and dispersion of the length of life". *Population*, 13: 159-171.
- Gómez Redondo, Rosa. y Carl Boe, (2005). "Decomposition Analysis of Spanish Life Expectancy at Birth: Evolution and Change in the Components by Sex and Age". *Demographic Research*, 13(20): 521-546 (en línea). <http://www.demographic-research.org/volumes/vol13/20/>
- Gómez Redondo, Rosa; Juan Manuel García y Aina Faus (2014). "Changes in Mortality at Older Ages: the Case of Spain" En Anson, Jon y Marc Luy (eds), *Mortality in an International Perspective*. Springer, Dordrecht, Heidelberg: 207-244.
- Meslé, France. (2006). "Recent Improvements in Life Expectancy in France: Men Are Starting to Catch Up", *Population*, 61 (4): 365-387.
- Olshansky, S. Jay. y A. Brian Ault. (1986). "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of the Delayed Degenerative Diseases". *The Milbank Quarterly*, 64: 355-391.
- Omran, Abdel R. (1971). "The Epidemiologic Transition: a Theory of the Epidemiology of Population Change". *Milbank Mem Fund Q*, 49: 509-583.
- Rogers, Robert A. y Hackenberg (1987). "Extending Epidemiologic Transition Theory: A New Stage". *Social Biology*, 34: 234-243.
- Wilmoth, John R. (1997). "In Search of Limits" En Kenneth W. Wachter y Caleb E. Finch (eds.), *Between Zeus and Salomon: the biodemography of longevity*, National Research Council (Committee on Population), National Academy Press, Washington DC: 38-64.