

Una extraordinaria longevidad femenina...¿pero hasta cuándo?

JUAN MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ*

RESUMEN*

La esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años en España se ha doblado en los últimos cien años. Además, la brecha entre varones y mujeres aumentó constantemente hasta finales del siglo XX, años en los que empezó a disminuir con cierto ritmo. En este artículo se analizan las causas demográficas y comportamentales que han determinado el aumento inicial de esa diferencia y el actual recorte por parte de los varones. Además, se reflexiona sobre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, dos factores de riesgo que podrían afectar a la evolución futura de la duración de la vida de los ciudadanos españoles.

1. INTRODUCCIÓN

Nunca me canso de repetir las palabras de Leonard Hayflick, reconocido profesor de anatomía, experto en envejecimiento y uno de los fundadores del prestigioso National Institute

* Departamento de Sociología, Universidad Pablo de Olavide (jmgargon@upo.es).

• Este artículo se inscribe dentro del proyecto I+D+i "Asimilación laboral e integración social en flujos migratorios Sur-Sur y Sur-Norte. El caso de América Latina y el Caribe" (Ref. CSO2014-57410-JIN), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

on Aging (NIA), en una conferencia ante un buen puñado de jubilados estadounidenses en 1988: "Sólo hay una y única causa de muerte a las edades avanzadas. Y no es más que la edad avanzada. Y no podemos hacer frente a la edad avanzada" (Hayflick, 1988). Y me gusta ponerla por escrito para evidenciar lo equivocado que estaba.

No hay duda de que es una tautología muy evidente: la gente suele morir cuando es más vieja. No hay más que pensar en la común expresión popular "morir de viejo". Puntualicemos: nadie muere de viejo. O al menos nadie que haya sido real. Morimos siempre por alguna causa, pero entre ellas nunca se encuentra la vejez como tal. Envejecer, un proceso que prácticamente comienza desde que nacemos, alcanza a ciertas edades un estado que llamamos vejez. Esta situación de ser "viejos", "mayores" o "ancianos" –denominaciones todas con cierta carga social que dejo otorgar al lector– ha sido, además, un estado que ha ido cambiando de rango etario generacionalmente acorde a las transformaciones sociodemográficas que ha ido experimentando la sociedad española: especialmente cambios en la salud (Solé-Auró, 2016; Jones *et al.*, 2014; Abellán y Pujol, 2013) y en la esperanza de vida (García, 2014, 2015; Blanes, 2007).

A pesar de la crítica, en algo sí que acertaba Hayflick: cada vez mueren más personas en las

edades avanzadas. Debemos añadir: y además, esas edades avanzadas extienden sus fronteras cada vez más lejos. Por lo tanto, en general la población mundial vive más tiempo y se muere más tarde (Oeppen y Vaupel, 2002): es el triunfo de la longevidad, un logro humano sin precedente alguno en la historia que ha tenido como consecuencia un notable aumento del volumen de personas en edades avanzadas y, consecuentemente, un progresivo envejecimiento poblacional. Hay una gran evidencia empírica de tres procesos que rebaten las posiciones derivadas y análogas a las de Hayflick: la mortalidad ha descendido a las edades avanzadas y muy avanzadas (Rau *et al.*, 2008; Kannisto, 1994), la esperanza de vida, salvo catástrofes médicas, humanas o ambientales, ha crecido en todo el mundo (Mathers *et al.*, 2015; Vallin y Meslé, 2010), y la mortalidad, sobre todo en las edades avanzadas, ha demostrado tener gran plasticidad ante cambios sociales, políticos y sanitarios (Robine, 2003).

Si bien optimistas, también debemos ser cautos, ya que nos encontramos, por un lado, en un momento demográfico en el que las mejoras son cada vez más difíciles de conseguir y, por otro, en una situación de inestabilidad política y económica que, de diferentes maneras, ya está afectando a la salud y a la longevidad de algunas poblaciones demográficamente avanzadas (véanse, entre muchos otros, Castro-Martín *et al.*, 2015; Tapia-Granados, 2014; Stuckler *et al.*, 2011; Kentikelenis *et al.*, 2011).

El caso de España no es en absoluto ajeno a este contexto de envejecimiento de la población, de cambios en la salud de las personas mayores y, especialmente, de aumento de la longevidad. Con la intención de explorar las repercusiones de las interrelaciones de estos tres procesos en la sociedad española, este artículo plantea estudiar para su período más reciente, desde 1970 a la actualidad, 1) las tensiones entre vivir más-vivir peor y vivir menos-vivir mejor, 2) la transformación de la longevidad, 3) las diferencias en la duración de la vida entre varones y mujeres, 4) los factores que podrían estar detrás de la brecha de género y, finalmente, 5) los retos demográficos derivados de estos fenómenos a los que se debe enfrentar España en el futuro próximo. Para realizar los análisis asociados he utilizado datos de tablas de mortalidad para España de 1908 a 2014 procedentes del Human Mortality Database (HMD, 2016).

2. EN SOLO UN SIGLO ESPAÑA HA DOBLADO SU ESPERANZA DE VIDA

A principios de siglo XX la esperanza de vida al nacimiento en España apenas superaba los 40 años de media. En 2014 (último año disponible) ese mismo indicador se ha elevado a casi 83 años. Es decir, los españoles que nacieron en 2014 esperan vivir más del doble que sus paisanos de hace cien años. Jim Vaupel, investigador del Max Planck Institute of Demographic Research, suele empezar algunas de sus conferencias con la siguiente anécdota matemática (que he tomado amablemente prestada): es como si cada década hubiésemos ganado casi cuatro años de esperanza de vida al nacimiento; o como si cada año hubiéramos conseguido casi cinco meses más; o, y aquí acaban estas comparaciones, como si mientras en la hora escasa que tarden en leer este artículo ganaran veintitrés minutos de esperanza de vida al nacimiento. Dejando a un lado el chascarrillo numérico, las cifras resultan extraordinarias: una auténtica revolución en la longevidad.

Ahora bien, esta revisión de la longevidad estaría sesgada si no se diferenciara por sexo. La realidad y evolución demográficas de la longevidad y de su mortalidad asociada presentan unos rasgos diferenciales entre varones y mujeres que son precisos tener en cuenta para comprender en plenitud cuál ha sido el devenir de la duración de la vida en cualquier población. Además, estas tendencias han cambiado a lo largo del tiempo y, sin ánimo de revelar el final, el caso español ha experimentado una incipiente metamorfosis que cabe tomar en consideración.

Para situarnos conceptualmente, por longevidad se entiende la duración de la vida en una doble dimensión, 1) duración media, medida generalmente con la esperanza de vida al nacimiento, y 2) duración máxima, que indica que mucha más gente alcanza edades avanzadas cada vez más altas y que se mide por indicadores estructurales de población e indicadores demográficos como esperanzas de vida a edades avanzadas o la edad modal de muerte (Meslé, 2011: 352-353).

En estos términos, la longevidad española ha experimentado una enorme transformación.

Para describir la panorámica de la longevidad en España, analizo a continuación tres indicadores básicos: esperanzas de vida al nacimiento, esperanzas de vida condicionadas para edades avanzadas y edad modal de muerte.

En primer lugar, la esperanza de vida al nacimiento en 1908 era de 42,27 años para las mujeres y de 40,41 años para los varones (gráfico 1). La población española estaba marcada por una alta mortalidad infantil (que afecta enormemente a este indicador) y por una incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que lastaban la salud y la vida de los niños, jóvenes y adultos (Gómez-Redondo, 1992). En 2014, en cambio, las cifras son harto diferentes: 85,61 y 80,09 años para mujeres y varones, respectivamente, una esperanza de vida que ahora está condicionada en su mayor parte por los cambios en mortalidad en las edades avanzadas. Esta conversión, verdaderamente espectacular, nos sitúa en el pódium mundial de la esperanza de vida al nacimiento femenina.

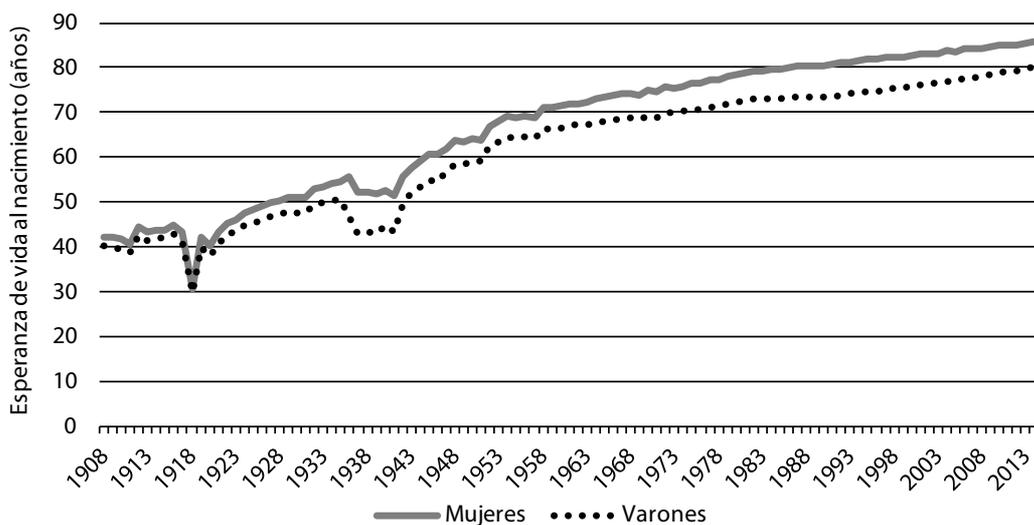
Para eliminar el efecto de la mortalidad prematura, describamos en segundo lugar las esperanzas de vida condicionadas a sobrevivir

a las edades 65, 80 y 90 años (denotadas $e_x, x > 0$, véase gráfico 2). La esperanza de vida a los 65 años ha pasado de 10,5 años en 1908 (10,8 y 10,2, mujeres y varones) a más de 21 años en 2014 (22,9 y 19,0), de modo que, al igual que al nacimiento, la duración media de la vida desde esa edad, considerada por muchos como el inicio de la vejez, se ha doblado. Por su parte, a los 80 años el aumento ha sido de 5,3 (5,6 y 4,9) a casi 10 años (10,5 y 8,7), es decir, que igualmente casi se ha doblado. Por último, la esperanza de vida a los 90 años ha pasado de 3,6 (4,1 y 3,6) a 4,7 años (5,0 y 4,3), un incremento más modesto, pero muy notable dado el punto de partida. Se vislumbra también cómo las diferencias por sexo se han agrandado secularmente, aspecto en el que se profundiza más adelante.

En tercer lugar, la edad modal de muerte a la adultez (M) es el indicador más relevante para medir la longevidad de una población (Kannisto, 2001). Se define como la edad a la que fallecen un mayor número de individuos en una tabla de mortalidad (sin tener en cuenta la mortalidad infantil, que marca otra moda). Mide muy bien la longevidad porque se centra en la duración de la vida de aquellos que no han padecido

GRÁFICO 1

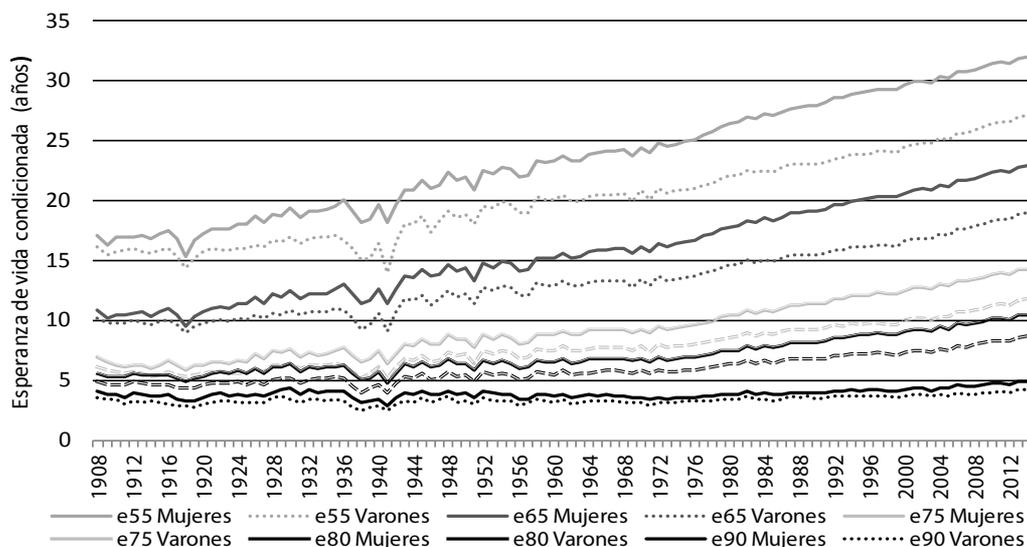
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ESPAÑA, POR SEXO (1908-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

GRÁFICO 2

ESPERANZA DE VIDA A LOS 55, 65, 75, 80 Y 90 AÑOS EN ESPAÑA, POR SEXO (1908- 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

CUADRO 1

EDAD MODAL DE MUERTE (M) Y ESPERANZA DE VIDA A LA EDAD DE MUERTE EN ESPAÑA, POR SEXO (1970-2014)

Año	Edad modal de muerte (M)		
	Mujeres	Varones	Ambos sexos
1970	82,75	78,54	78,55
1975	82,9	76,22	82,45
1980	84,63	80,66	82,5
1985	85,51	80,13	84,67
1990	86,58	82,29	84,76
1995	86,6	81,72	86,05
2000	88,02	82,79	87,21
2005	89,14	83,43	87,54
2010	90,41	85,76	88,52
2014	90,38	87,07	89,42
Diferencia 2014-1970	7,63	8,53	10,87

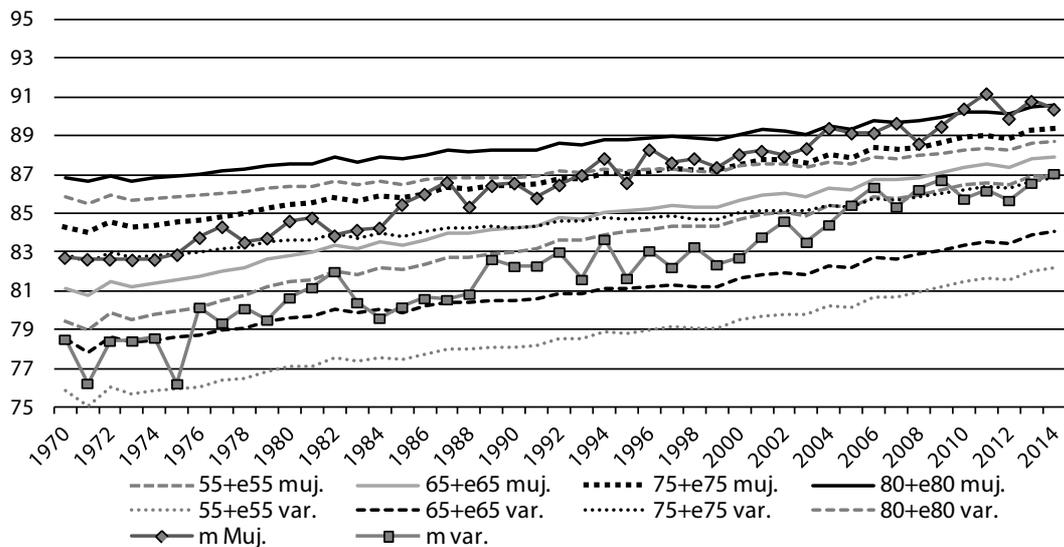
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

una muerte “prematura”, sino que fallecen en las edades en las que “tienen que” fallecer, dados los rasgos de la mortalidad de la población¹. Dados los problemas de redondeo de edades de fallecimiento existentes en España hasta la década de los setenta del siglo XX (García y Grande, 2016; García, 2015), es recomendable calcular *M* solamente desde 1970 (cuadro 1). Así, la edad modal de muerte ha aumentado en casi once años desde 1970 hasta 2014; es decir, la edad a la que fallecían más personas en España en 1970 fue de unos 78,5 años, mientras que en 2014 es de casi 90. Al diferenciar por sexo, las mujeres también se encuentran en vanguardia. Es más, si comparamos la tendencia española con la de otros países de baja mortalidad (Horiuchi *et al.*, 2013; Ouellette y Bourbeau, 2011; Canudas-Romo, 2008; Cheung y Robine, 2007), podemos comprobar que la evolución del crecimiento de *M* ha sido similar en cifras, pero en España se ha producido a un ritmo mucho más acelerado y, por consiguiente, en un período temporal considerablemente más corto.

¹ Algunos autores lo han llamado gráficamente la “cumbre de la edad avanzada” o *death heap*; por ejemplo, Horiuchi *et al.* (2013).

GRÁFICO 3

EDAD MODAL DE MUERTE ADULTA (M) Y TOTALES DE ESPERANZAS DE VIDA CONDICIONADAS ($55+e_{55}$, $65+e_{65}$, $75+e_{75}$, $80+e_{80}$) EN ESPAÑA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

Una opción para visualizar este cambio en la longevidad en España consiste en representar conjuntamente la edad modal de muerte con los totales de las esperanzas de vida condicionadas a ciertas edades, es decir, sumándoles la edad x a cada esperanza e_x (Horiuchi *et al.*, 2013). Dado que las segundas no se ven afectadas por la mortalidad a edades jóvenes y adultas, sino que solo se determinan a partir de la mortalidad a las edades avanzadas, cabe esperar que tendencialmente los totales de esperanzas de vida condicionadas sean similares a M . ¿Ocurre así en la población española? No exactamente. Como se ve en el gráfico 3, M aumenta de una forma más abrupta que $55+e_{55}$, $65+e_{65}$, $75+e_{75}$ ó $80+e_{80}$, que crecen a un ritmo más lento. Al compararlo con una simulación de desplazamiento de la mortalidad a edades avanzadas, Horiuchi *et al.* (2013) comprobaron que el patrón español era similar en otros países de baja mortalidad, por lo que las tendencias que se muestran en el gráfico 3 deben reflejar características generales de las esperanzas de vida condicionadas y de la edad modal de muerte, siendo este un mejor indicador del desplazamiento de la mortalidad a edades cada vez más avanzadas (especialmente porque no está sujeto a la constante de la edad condicionada).

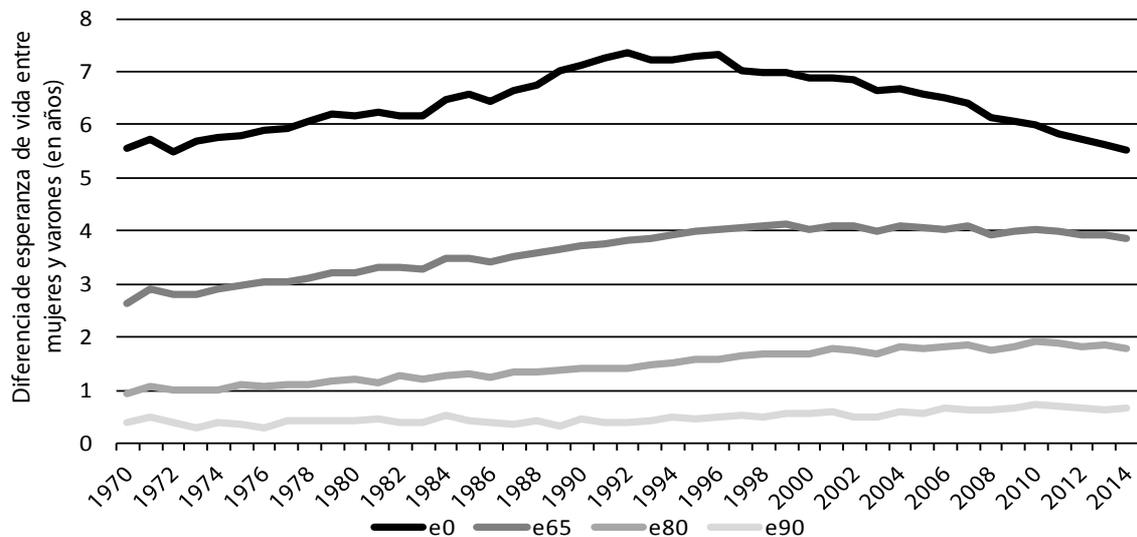
3. LOS VARONES ESTÁN AVANZANDO MÁS QUE LAS MUJERES

Por diversas razones sociales y biológicas, las mujeres siempre han estado a la vanguardia de la longevidad. La población española no ha sido un caso diferente y, como se ha visto en el apartado anterior, sus esperanzas de vida siempre se han situado por encima de las de los varones. Tan es así que la brecha de duración de la vida entre ambos sexos ha ido aumentando secularmente. Por poner el ejemplo de la esperanza de vida al nacimiento, la distancia pasó de menos de dos años en 1908 a más de siete en los años noventa, cuando alcanzó su máximo histórico. Cabe preguntarse si esta tendencia va a continuar en el futuro próximo con la misma consistencia o si bien se ha producido algún cambio que pueda afectarle.

Para comenzar, describamos la situación desde 1970 (gráfico 4). Al nacimiento, las diferencias entre mujeres y varones en la esperanza de vida al nacer y a diferentes edades avanzadas

GRÁFICO 4

DIFERENCIA EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO, A LOS 65, A LOS 80 Y A LOS 90 AÑOS ENTRE MUJERES Y VARONES EN ESPAÑA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

se incrementaron hasta 1995, año en que empezaron a descender paulatinamente. En cambio, a los 65, 80 y 90 años las distancias han sido menos acusadas, aunque desde finales de los años noventa también se ha observado una ligera estabilización, especialmente a los 65 años. Cabe preguntarse por qué ha podido darse este recorte tan relevante, sobre todo en la esperanza de vida al nacimiento, y se hace necesario clarificar qué papel ha desempeñado cada edad en ese cambio.

Para poder responder a esa cuestión, utilizo la técnica de descomposición de la esperanza de vida (Arriaga, 1984) con la metodología de Andreev, Shkolnikov y Begun (2002). Esta técnica permite descomponer en segmentos la mortalidad asociada a cualquier cambio entre dos esperanzas de vida, con el fin de averiguar las contribuciones que cada edad (o causa de muerte, que no se calcula en este artículo) aporta al cambio en la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres. Básicamente se trata de comparar el cambio en la tasa de mortalidad para cada edad y su incidencia en la contribución a la diferencia de la esperanza de vida por sexo. Con la intención de evitar los posibles sesgos que pudieran introducir años con sucesos excepcio-

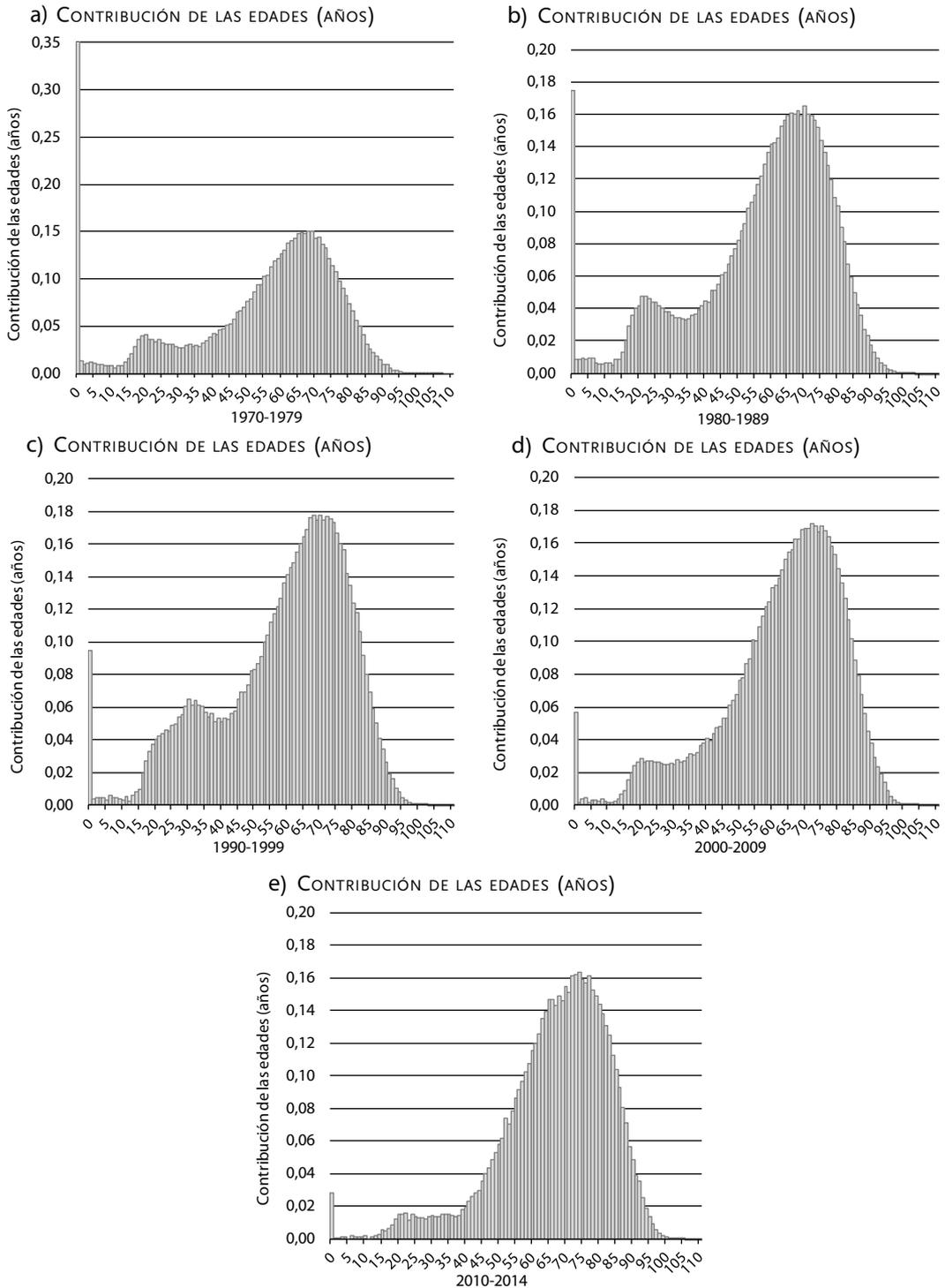
nales (como olas de calor, picos de alta incidencia de accidentes de tráfico o drogas, entre otros), se han calculado las tasas por décadas. Además, se han obviado las edades mayores de 100 años (generalmente favorables a los varones, posiblemente por un efecto estructura de bajo tamaño poblacional).

Planteado el marco metodológico, el cambio en las contribuciones por edad a la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres desde 1970 hasta la actualidad puede estudiarse desde dos perspectivas entrelazadas: por edad y por calendario.

En primer lugar, las contribuciones por edad han evolucionado con el cambio de una década a otra (gráfico 5), lo que analizo en tres grandes grupos de edad. Primero, las contribuciones de la mortalidad infantil han ido disminuyendo paulatinamente. En 1970 significaba aún un 6 por ciento de la contribución total a la brecha, porcentaje que desciende a menos del 1 por ciento en el siglo XXI (cuadro 2). De la misma manera ha ocurrido con la mortalidad de 1 a 15 años, cuya contribución a la brecha entre sexos desde la década de los noventa ya es menor al 1 por ciento. Segundo, también ha descendido

GRÁFICO 5

CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES, POR DÉCADAS (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

CUADRO 2

CONTRIBUCIONES RELATIVAS DE GRANDES GRUPOS DE EDAD A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA ENTRE MUJERES Y VARONES, POR DÉCADAS (1970-2014)

<i>Grupo de edad</i>	<i>1970-79 (5,82)</i>	<i>1980-89 (6,48)</i>	<i>1990-99 (7,18)</i>	<i>2000-09 (6,55)</i>	<i>2010-2014 (5,74)</i>
0	6,09	2,7	1,32	0,87	0,49
1 a 15	2,58	1,84	0,99	0,78	0,44
16 a 39	13,09	14,05	16,53	9,97	5,52
40 a 64	37,86	37,16	34,29	33,89	31,5
65 a 79	32,89	34,42	34,82	37,61	40,13
80 a 89	6,88	8,93	10,78	14,64	18,39
90+	0,6	0,9	1,27	2,23	3,54

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

la contribución de la mortalidad de los jóvenes adultos de 16 a 39 años, si bien es reseñable un repunte hasta el 16,5 por ciento en la década de los noventa, que analizamos más adelante. Ya en la actualidad apenas supone una contribución del 5 por ciento. Y tercero, en cuanto a la contribución de las edades avanzadas, se aprecia que, por un lado, la mortalidad de los mayores jóvenes (de 65 a 79 años) ha ido creciendo del 33 por ciento en los setenta al 40 por ciento en este último lustro; y por otro –y estos son datos mucho más sustantivos–, la contribución relativa de los mayores de 80 a 89 años se triplica, mientras que la de los mayores de 90 años se multiplica por seis.

En segundo lugar, se comprueba el efecto calendario con la variabilidad de las contribuciones por edad de una década a otra (gráfico 6). De esta manera se mide el efecto que cada edad ha tenido para agrandar o encoger la diferencia de esperanza de vida entre varones y mujeres al pasar de una década a otra: si el valor se encuentra por debajo de cero, la mejora ha sido mayor en los varones y, por lo tanto, contribuye a estrechar la brecha; por el contrario, si el valor se encuentra por encima de cero, la mejora ha sido mayor en las mujeres y, por lo tanto, contribuye a aumentar la brecha.

Veamos cada cambio de década. De los años setenta a los ochenta, las únicas contribuciones al estrechamiento de la brecha provienen

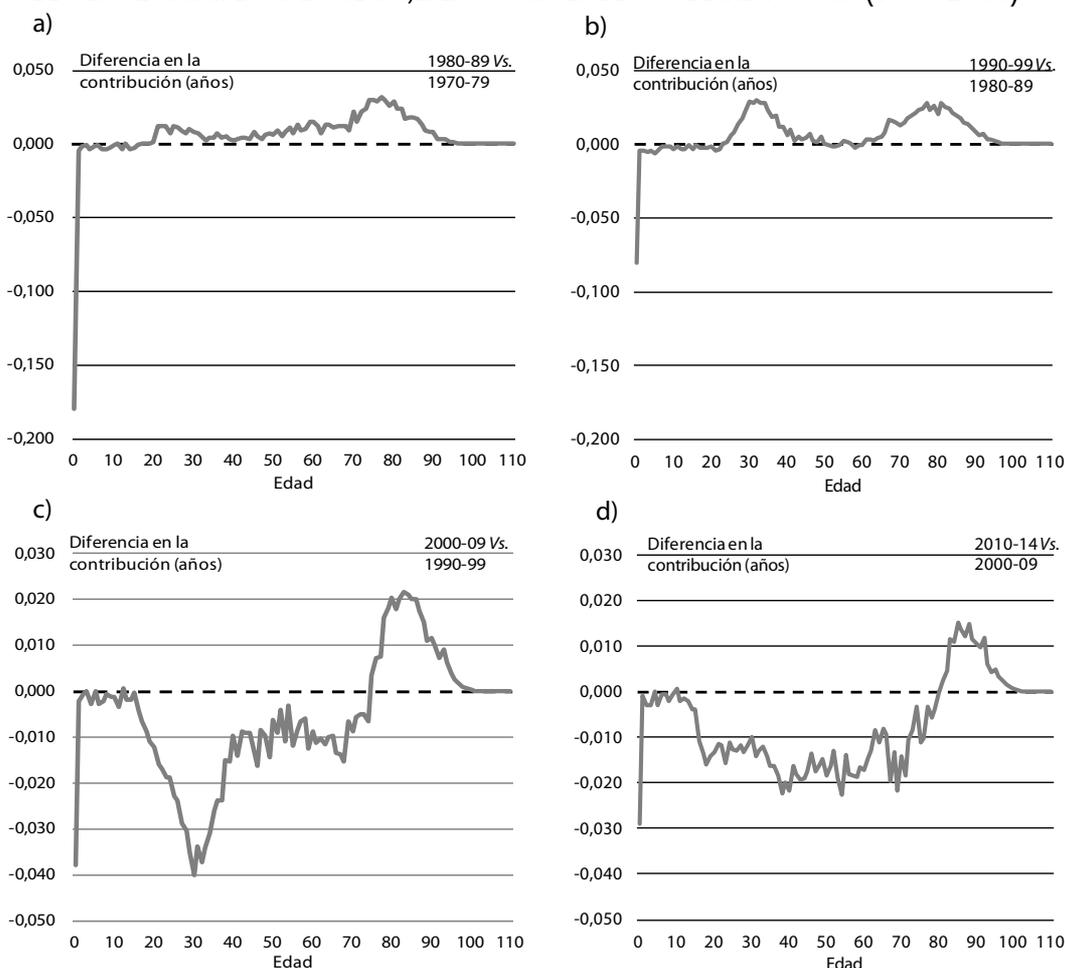
de la mortalidad infantil y juvenil, mientras que a partir de los 20 años, y especialmente entre los 60 y los 85 años, se observa un aumento de la contribución de la edad a la generación de la brecha. Se ve cómo hay un leve repunte en las edades de 20 a 30 años, consecuencia, como se explica más adelante, de los factores de riesgo negativos asociados a los jóvenes varones durante la década de los años ochenta: accidentes de tráfico, drogadicción y enfermedades relacionadas (caso del VIH/sida), y siniestralidad laboral.

El paso de los años ochenta a los años noventa estuvo condicionado por dos componentes. Por un lado, la coyuntura negativa de los varones (ya observada en el anterior cambio de década) se refleja en el cambio de contribuciones de los 20 a los 40 años, inmensamente favorables a las mujeres. Por otro lado, los considerables avances de las mujeres en la supervivencia de 60 a 100 años con respecto a los varones, que contribuyen en medio año al aumento de la brecha.

En el paso de los años noventa a la primera década del siglo XXI se da un vuelco a la situación. Durante el primer lustro de los noventa la brecha entre varones y mujeres alcanza unos máximos en torno a los 7,3 años, y a partir de 1996 comienza a disminuir ostensiblemente. Esta inversión de la tendencia es fascinante desde el punto de vista demográfico, ya que rompe con el aumento sostenido de la diferencia de esperanza de vida al nacimiento que se había dado durante todo el

GRÁFICO 6

CAMBIO PRODUCIDO EN LAS CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES DE UNA DÉCADA A OTRA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

siglo XX. Así, con el cambio de milenio los varones recortan más de 0,6 años. Como se ve en el gráfico 6c, la mejora de la mortalidad de los varones con edades entre 15 y 75 años es notablemente mayor que la de las mujeres, contribuyendo a disminuir la brecha en 0,87 años. Frente a ello, la mortalidad de las mujeres tiene un mejor comportamiento que la de los varones de los 76 a los 100 años, lo que hace aumentar la brecha de esperanza de vida en 0,29 años. La mala posición de salida con la que partían los varones de 1990 a 1999, tras la debacle de los años ochenta y las secuelas de los noventa, jugó muy a favor del recorte de la ventaja. Ahora bien, cabe preguntarse si esta inversión de tendencia se ha mantenido en el tiempo.

La respuesta es afirmativa. En el paso de la primera década del siglo XXI al lustro 2010-2014 la tendencia no solo se ha mantenido, sino que se ha acentuado. Entre ambos periodos los varones han recortado 0,81 años, dos décimas más que en el cambio de década anterior. El rango etario de recortes por parte de los varones se amplía desde los 10 a los 80 años, edades cuya mejora de la mortalidad con respecto a las mujeres consigue reducir la brecha de esperanza de vida al nacimiento en 0,92 años, un dato espectacular para tan poco tiempo. Las mujeres, por su parte, siguen a la vanguardia de la mortalidad en las edades más avanzadas, si bien han comprimido el intervalo de edad en el que superan a los varones de los 80 a los 100

años, cuyas contribuciones aumentan la diferencia en apenas 0,15 años.

El resumen de estas dos perspectivas nos deja cuatro sucesos destacables en la evolución de la brecha de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y varones de 1970 a 2014. En primer lugar, la mejora de la mortalidad infantil siempre ha sido favorable a los varones. En segundo lugar, el muy calamitoso período de 1985 a 1995 para los varones de 20 a 40 años se tornó en muy beneficioso a partir de entonces, superando con creces las pérdidas previas. En tercer lugar, el siglo XXI trajo consigo una mejora de la mortalidad de los varones (con respecto a las mujeres) de los adultos-mayores y de los mayores-jóvenes, un hecho significativo de su avance en la transición de la mortalidad. Y en cuarto lugar, las mujeres han aumentado la brecha frente a los varones, gracias a su posición preponderante en las edades avanzadas; sin embargo, se ha comprimido el rango etario en el que mejoran con respecto a los varones.

4. POSIBLES EXPLICACIONES AL ESTRECHAMIENTO DE LA BRECHA DE ESPERANZA DE VIDA ENTRE MUJERES Y VARONES

¿Qué hay detrás de este entramado de cifras? Se pueden inferir dos ideas. En primer lugar, se ha producido una traslación de las contribuciones de las edades más jóvenes a las edades avanzadas, un hecho que ya habían puesto de manifiesto Blanes (2007) y García (2015), entre otros, lo que es un síntoma manifiesto de las mejoras en la mortalidad prematura de la población española. En segundo lugar, los datos aportados aquí ofrecen una primera información sobre dónde han mejorado más las mujeres respecto a los varones (aquellos grupos de edad que aumentan su contribución a la brecha, como son las edades avanzadas) y dónde han mejorado más los varones respecto a las mujeres (aquellos grupos de edad que disminuyen su contribución, como son los niños, los jóvenes y los adultos).

El resultado indica la posición de cada sexo en la transición de la mortalidad. Por un lado, los varones se encuentran indudablemente por detrás de las mujeres, pero están empezando a disminuir su mortalidad prematura (hasta los 64

años) con respecto a ellas. En todo caso, esto no significa que las mujeres lo estén “haciendo mal” en esas edades, sino que los varones lo están “haciendo mejor”. O mejor dicho, los varones no se están comportando tan mal como antes a esas edades: la mortalidad por conductas individuales y potencialmente evitables ha disminuido muchísimo, en especial la relacionada con los accidentes de tráfico (Gómez-Redondo, 1995), la drogadicción y las enfermedades asociadas con ella, como el VIH/sida (Vallin, Meslé y Valkonen, 2001), y la siniestralidad laboral (López, 2002) durante los años ochenta y principios de los noventa, situación que se revierte a finales de los noventa y ya en el siglo XXI (Gómez-Redondo y Boe, 2005). Además, las mujeres consiguieron las mejoras más importantes a esas edades años atrás, de modo que, en términos relativos respecto a los varones, les resulta más complicado disminuir su mortalidad. Por otro lado, el panorama que hay en las edades avanzadas cambia las tornas. De nuevo, las mujeres se sitúan en la vanguardia de la supervivencia, pero en este caso mucho más por delante. Las contribuciones de los 65 años en adelante favorecen a las mujeres, lo que significa que la mortalidad femenina a esas edades está descendiendo a un ritmo bastante superior que la masculina. Otra vez se evidencia que ambos sexos lo están “haciendo bien”, ya que disminuye la mortalidad de ambos grupos, pero el ritmo de descenso femenino es mucho mayor que el masculino.

En este sentido han jugado un papel fundamental tres factores. Primero, la mayor prevalencia del tabaquismo en los varones ha tenido un efecto devastador en la mortalidad por tumores y las enfermedades respiratorias, que ha superado en gran medida a la mortalidad femenina, cuyas generaciones de mayores de 65 años en el período estudiado han presentado bajas tasas de consumo de tabaco (Peto *et al.*, 2006). Así, la mayor mortalidad por tumores de la población masculina ha sido el principal motor del aumento del *gap* de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y varones, al menos hasta inicios del siglo XXI (García, 2015; Blanes, 2007). Segundo, la demográficamente llamada “revolución cardiovascular” ha sido un generador de esperanza de vida para ambos sexos desde 1970 hasta la actualidad (García, 2013), si bien las mejoras relativas han sido mayores para varones y, además, ha ido perdiendo importancia a lo largo del tiempo (García, 2015). Su efecto se debe probablemente a una combinación de factores demográficos, ya sea por el efecto cohorte

de generaciones que han vivido en condiciones duras y de escasez (González *et al.*, 2006; Van Poppel y Liefbroer, 2005) o por efectos biológicos provenientes de la estancia intrauterina del feto (Barker, 2008) o en la infancia (Barker *et al.*, 1989). Ahora bien, respecto a la brecha de esperanza de vida por sexo el efecto ha sido diferencial. Las ganancias relativas han sido notablemente mayores para los varones, especialmente en la década de los años ochenta, cuando supusieron casi el 80 por ciento de la contribución para estrechar la brecha, un porcentaje que se redujo en las dos décadas posteriores hasta aproximadamente un 20 por ciento (García, 2015; Blanes, 2007). Se produce de nuevo una traslación temporal de ganancias de esperanza de vida por la reducción de la mortalidad cardiovascular: las mujeres consiguieron sus grandes contribuciones un par de décadas antes que los varones, que comenzaron a alzar el vuelo cuando ellas ya habían realizado sus grandes avances. En todo caso, no hay que menospreciar esos notables procesos de mejora masculina en las edades avanzadas. Y tercero, la contribución de las causas externas ha sido desigual a lo largo de las décadas: en los años ochenta favoreció notablemente al aumento de la diferencia entre varones y mujeres, mientras que en las dos siguientes décadas se ha convertido en el principal factor explicativo de la disminución.

5. A LOS 65 AÑOS LA BRECHA DE ESPERANZA DE VIDA POR SEXO TAMBIÉN SE ACORTA, PERO MENOS

Al replicar estos cálculos para la esperanza de vida condicionada a los 65 años, se elimina el efecto que pudiera tener la mortalidad prematura en la duración de la vida, lo cual permite obtener un indicador de longevidad más fiable. No obstante, debemos ser conscientes de que, en general, la esperanza de vida al nacimiento sigue siendo el indicador de uso más común, por lo que aquí se presenta una revisión más concisa de la evolución de la brecha en la esperanza de vida entre mujeres y varones a la edad de 65 años desde 1970 hasta la actualidad (2014).

Durante el final del siglo XX, la brecha no hizo más que aumentar, pasando de una diferen-

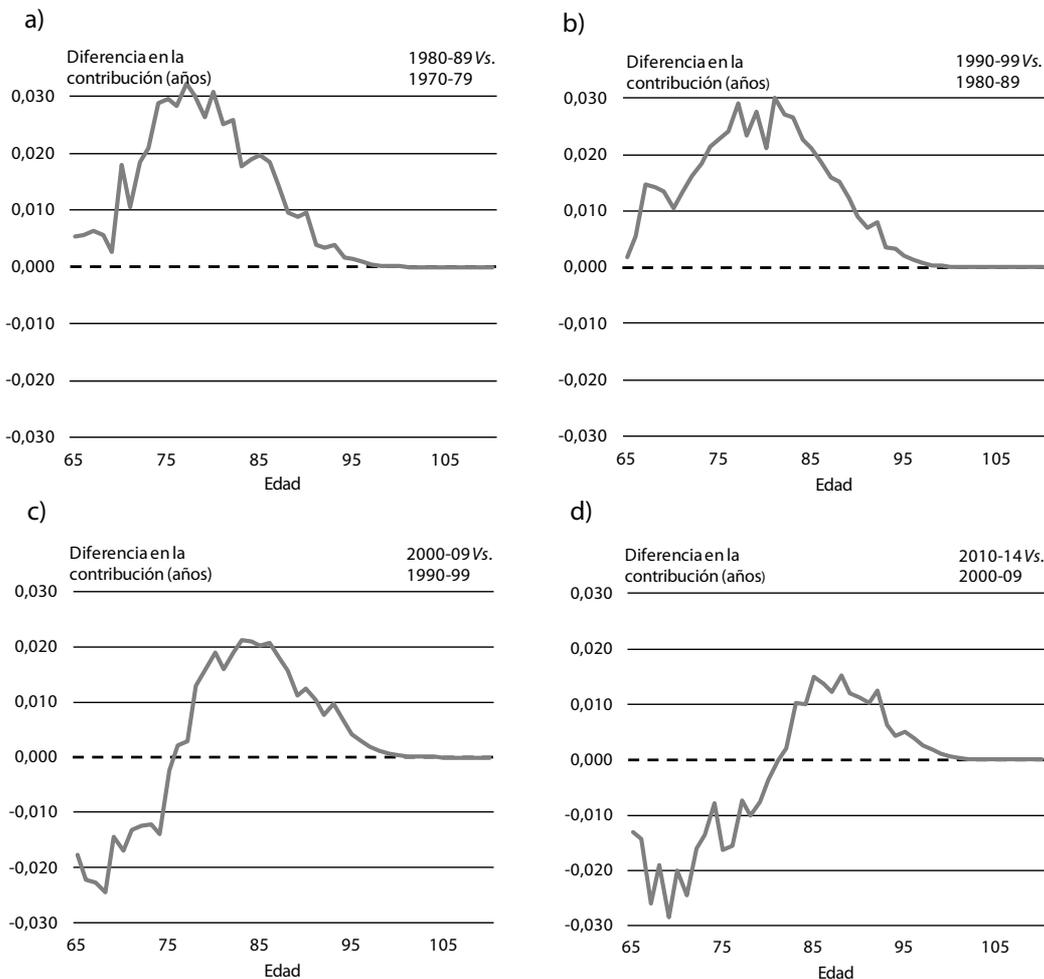
cia favorable a las mujeres de 2,63 años en 1970 a un máximo de 4,12 en 1999. Desde entonces se ha producido una tendencia análoga a la observada en la esperanza de vida al nacimiento: una disminución sostenida durante los últimos quince años, situándose la brecha de 2014 en 3,87 años. Si bien este descenso ha sido de solo 0,25 años y se ha dado de una manera muy leve, esta desaceleración y el posterior decremento suscitan mucho interés, que debe, no obstante, acompañarse de altas dosis de prudencia.

Los factores del cambio en la brecha se pueden ver de nuevo desde el cambio en las contribuciones por edad: en el conjunto del período, las mujeres presentan mejores tasas de mortalidad desde los 90 años, mientras que los varones registran mayores ganancias relativas de los 65 a esos 90 años. Si se descompone la brecha por el cambio producido entre décadas, tarea más coherente dada la diversidad generacional, se observan dos grandes procesos (gráfico 7). Primero, desde los años setenta a los ochenta, y desde los ochenta a los noventa, el cambio en las contribuciones ha sido favorable a incrementar la brecha de la esperanza de vida a los 65 años a favor de las mujeres. Y segundo, desde los noventa a la primera década del siglo XXI, y desde esta al siguiente lustro, se ha producido una diversificación de las contribuciones que ha resultado en la leve disminución de la brecha: las mujeres dejan de ser dominantes en el cambio en las contribuciones. En el primer cambio de década (2000-2010), los varones mejoran relativamente a las mujeres de los 65 a los 75 años, mientras que a partir de entonces ese rango aumenta de los 65 a los 80 años.

De los datos se desprenden asimismo dos conclusiones. En primer lugar, se ha dado una inversión de la tendencia previa: en los últimos veinte años, la supervivencia de los varones de 65 a 80 años ha mejorado a la de las mujeres de ese mismo rango de edad. De nuevo esto no significa que las mujeres estén aumentando su mortalidad a esas edades, sino que los varones la están disminuyendo en mayor medida que las mujeres. Por lo tanto, a la luz de los datos disponibles, se está produciendo una transformación en la posición de cada sexo en la transición de la mortalidad. En segundo lugar, las contribuciones por causa de muerte son muy similares a las que había en la esperanza de vida al nacimiento, con una clara prevalencia de los tumores y las enfermedades respiratorias entre los varones (de

GRÁFICO 7

CAMBIO PRODUCIDO EN LAS CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES DE UNA DÉCADA A OTRA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016)..

nuevo asociada al tabaquismo), que incrementan la brecha, y un peor desempeño relativo de la mortalidad cardiovascular entre las mujeres, que la disminuye.

6. ¿HACIA UN CAMBIO DE TENDENCIA? REFLEXIONES Y RETOS DEMOGRÁFICOS FUTUROS

Desde finales del siglo XX la brecha de esperanza de vida se ha recortado notable-

mente al nacimiento y levemente a los 65 años. Esta evolución de las diferencias de esperanza de vida entre varones y mujeres tanto al nacimiento como a los 65 años muestra que en los últimos veinte años se ha producido un cambio de tendencia y que, probablemente, nos encontramos ante un nuevo escenario de la duración de la vida en España. Es lo que parece haber ocurrido en otros países de baja mortalidad con grandes similitudes con la población española, como es Francia (Meslé, 2004, 2006), así como en la mayoría de países de la OCDE (Liu *et al.*, 2012), con la sobresaliente excepción de Japón, el líder mundial en esperanza de vida.

Ahora bien, a pesar de las similitudes con otros países y de las evidencias que se presentan en este artículo, se impone la prudencia a la hora de evaluar el caso español y, sobre todo, es preciso reflexionar profundamente antes de proyectar esta evolución observada al futuro próximo.

La metamorfosis de la brecha entre mujeres y varones en la esperanza de la vida de la población española se establece sobre dos pilares. Por un lado, las mejoras de la mortalidad de los varones desde el nacimiento hasta los 75-80 años han superado a las correspondientes mejoras de las mujeres. Por otro, y relacionado con lo anterior, los varones han reducido ostensiblemente su mortalidad por causas externas y enfermedades cardiovasculares, si bien aún siguen algo por detrás de las mujeres en cuanto a la mortalidad por tumores.

De estos dos factores resultan dos reflexiones en las que debe primar la cautela. En primer lugar, aún debe confirmarse que la mortalidad de los varones a las edades avanzadas siga disminuyendo más que la de las mujeres a las edades que marcan la juventud y la etapa adulta y, sobre todo, habrá que comprobar el grado de convergencia entre los más mayores, especialmente a partir de los 80 años: ¿mejorarán los varones más que las mujeres o consolidarán estas su posición de vanguardia en las edades más avanzadas? En todo caso, se espera que ambos sexos sigan mejorando su mortalidad a todas las edades.

En segundo lugar, es conveniente prestar mucha atención a la evolución de la mortalidad por tumores, que es la que más está aumentando su importancia relativa en el cambio de la esperanza de vida en España (Gómez-Redondo, García y Faus, 2014), por supuesto atendiendo a cada tipo de tumor, con sus características específicas. En este sentido, gran parte de la mortalidad por tumores se debe a comportamientos que, en ocasiones, están asociados al sexo y a las cohortes a las que pertenecen los afectados. Así, las mujeres nacidas de 1950 a 1970, que en la actualidad tienen entre 45 y 65 años, han experimentado un proceso de masculinización de dos factores de riesgo.

Por un lado, ha aumentado su consumo de alcohol (Instituto de la Mujer, 2006); aunque se ha propuesto una hipótesis de convergencia similar a la que se ha dado en el tabaquismo, realmente aún se observan diferencias muy

importantes entre varones y mujeres (Galán, González y Valencia-Martín, 2014), muy probablemente debidas a factores sociales y culturales relacionados con la asunción patriarcal del rol doméstico de la mujer, cuyas tareas serían incompatibles con el consumo de alcohol (Wilsnack *et al.*, 2000). Hay que destacar que en 2011 se produjeron en España más de 23.000 muertes relacionadas con el alcohol, de las que el 70 por ciento fueron de varones. Una buena noticia es, sin duda, el descenso de la mortalidad relacionada con el consumo alcohol, tanto para varones como para mujeres, desde 1981 hasta 2009, con un ligerísimo repunte desde 2010, si bien la mortalidad directamente atribuible al alcohol se ha mantenido estable durante todo el siglo XXI (Pulido *et al.* (2014).

Por otro lado, el consumo de tabaco prácticamente se ha igualado para las generaciones que aún no han cumplido los 60 años (Peto *et al.*, 2006), lo que podría tener un efecto muy acusado en la mortalidad por enfermedades asociadas al tabaquismo, esencialmente el cáncer de pulmón, tráquea, bronquios y laringe, cuyas tasas de mortalidad para las mujeres de 65 años o más son muy reducidas en términos absolutos y en términos relativos con respecto a los varones (Gómez-Redondo, García y Faus, 2014). Sin embargo, desde 2001 la mortalidad atribuible al tabaquismo ha descendido entre los varones y ha aumentado entre las mujeres (Banegas *et al.*, 2011; Hernández-García, Saénz-González y González-Celador, 2010). Por poner un ejemplo, en el año 2012 se atribuyeron al tabaquismo en España más de 70.000 muertes, un 15 por ciento del total, cifras que han ido aumentando en general en los últimos 20 años, sobre todo entre los varones (Gutiérrez-Abejón *et al.*, 2015). Dados estos antecedentes, es razonable pensar que para cuando las mujeres fumadoras de las cohortes de 1955 en adelante lleguen a las edades avanzadas, en las que suele darse la mayor incidencia de la mortalidad asociada al tabaquismo, se producirá un aumento significativo de esas tasas de mortalidad. Habrá que estar pendientes de esta evolución que, sin duda, tendría un destacado efecto en la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres. A pesar de ello, hay datos esperanzadores para el largo plazo, con una disminución de la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes (Ariza *et al.*, 2014; Villalbí *et al.*, 2012).

Todo lo expuesto hasta aquí conduce lógicamente a plantearse dos preguntas finales. Una,

¿va a seguir creciendo la esperanza de vida de la población española como hasta ahora? Y dos, ¿se va a seguir dando el proceso de convergencia de la duración de la vida de varones y mujeres? No hay respuestas tajantes a ninguna de las dos cuestiones, pero la experiencia acumulada indica que lo más probable es que se mantengan estas pautas que, en el caso de la esperanza de vida, muestra una regularidad secular, y en el caso de la brecha por sexo, parece dibujar un nuevo escenario de acercamiento de los varones a las mujeres. Ahora bien, estas respuestas merecen la consideración de tentativas, toda vez que la evolución de estas variables depende de la evolución de las condiciones sociosanitarias y los perfiles epidemiológicos de la sociedad y la población españolas.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A., y R. PUJOL (2013), "Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos", *Informes envejecimiento en red*, 1, julio (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>).

ANDREEV, E. M.; SHKOLNIKOV, V. M., y A. Z. BEGUN (2002), "Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates", *Demographic Research*, 7: 499-5922.

ARIZA, C.; GARCÍA-CONTINENTE, X.; VILLALBÍ, J. R.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; PÉREZ, A., y M. NEBOT (2014), "Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años", *Gaceta Sanitaria*, 28(1): 25-33.

ARRIAGA, E. E. (1984), "Measuring and explaining the change in life expectancies", *Demography*, 21(1): 83-96.

BANEGAS, J. R. et al. (2011), "Smoking-attributable Deaths in Spain, 2006", *Medicina Clínica*, 136(3): 97-101.

BARKER, D. (2008), "The intrauterine origins of cardiovascular disease", *Acta Paediatrica*, 82: 93-9.

BARKER, D.; OSMOND, C.; WINTER, P.; MARGETTS, B., y S. J. SIMMONDS (1989), "Weight in infancy and death from ischaemic heart disease", *Lancet*, 334: 577-80.

BLANES, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX: Análisis demográfico y territorial*, Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.

CANUDAS-ROMO, V. (2008), "The modal age at death and the shifting mortality hypothesis", *Demographic Research*, 19: 1179-1204.

CASTRO-MARTÍN, T.; MARTÍN-GARCÍA, T.; ABELLÁN, A.; PUJOL, R., y D. PUGA (2015), "Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española", *Panorama Social*, 22: 43-60.

CHEUNG, S. L. K., y J. M. ROBINE (2007), "Increase in common longevity and the compression of mortality: The case of Japan", *Population studies*, 61(1): 85-97.

GALÁN, I.; GONZÁLEZ, M., y J. L. VALENCIA-MARTÍN (2014), "Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición", *Revista Española de Salud Pública*, 88(4): 529-540.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2013), "Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009", *Revista Española de Cardiología*, 66(11): 848-853.

— (2014), "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148: 39-60.

— (2015), *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M., y R. GRANDE (2016), "Calidad de las estadísticas de mortalidad a edades avanzadas en España", en *XI Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, (en prensa), junio 2016, Cádiz (España).

GÓMEZ REDONDO, R. (1992), *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

— (1995), "Vejez prolongada y juventud menguada en España, 1970-1990", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 79-108.

GÓMEZ-REDONDO, R., y C. BOE (2005), "Decomposition analysis of Spanish life expectancy at birth: Evolution and changes in the components by sex and age", *Demographic Research*, 13: 521-546.

GÓMEZ-REDONDO, R.; GARCÍA GONZÁLEZ, J. M., y A. FAUS (2014), "Changes in Mortality at Older Ages: the Case of Spain (1975-2006)", en ANSON, J., y M. LUY (eds.), *Mortality in an International Perspective*, Berlin, Springer.

GONZÁLEZ, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; NOLASCO, A.; PINA, J. A., y M. J. MEDRANO (2006), "El hambre en la Guerra Civil y la mortalidad por cardiopatía isquémica: una perspectiva desde la hipótesis de Barker", *Gaceta Sanitaria*, 20: 360-7.

GUTIÉRREZ-ABEJÓN, E.; REJAS-GUTIÉRREZ, J.; CRIADO-ESPEGEL, P.; CAMPO-ORTEGA, E. P.; BREÑAS-VILLALÓN, M. T., y N. MARTÍN-SOBRINO (2015), "Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012", *Medicina Clínica*, 145(12): 520-525.

HAYFLICK, L. (1988), "The Likely Health, Longevity, and Vitality of Future Cohorts of Mid-Life and Older Persons", conferencia celebrada en la *American Association of Retired People (AARP)*, Washington DC, 28 de agosto.

HERNÁNDEZ GARCÍA, I.; SÁENZ GONZÁLEZ, M. C., y R. GONZÁLEZ-CELADOR (2010), "Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1): 23-33.

HORIUCHI, S.; OUELLETTE, N.; CHEUNG, S. L. K. y J. M. ROBINE (2013), "Modal age at death: lifespan indicator in the era of longevity extension", *Vienna Yearbook of Population Research*: 37-69.

HUMAN MORTALITY DATABASE (2016), *Period lifetables. Spain* (<http://www.mortality.org/>).

INSTITUTO DE LA MUJER (2007), *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

JONES, O. R. et al. (2014), "Diversity of ageing across the tree of life", *Nature*, 505(7482): 169-173.

KANNISTO, V. (1994), "Reductions in mortality at advanced ages: Several decades of evidence from 27 Countries", *Population and Development Review*, 20: 793-809.

— (2001), "Mode and Dispersion of the Length of Life", *Population*, 13: 159-171.

KENTIKELIS, A.; KARANIKOLOS, M.; PAPANICOLAS, I.; BASU, S.; MCKEE, M., y D. STUCKLER (2011), "Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy", *Lancet* 378(9801): 1457-1458.

LIU, Y.; ARAI, A.; KANDA, K.; LEE, R. B.; GLASSER, J., y H. TAMASHIRO (2013), "Gender gaps in life expectancy: Generalized trends and negative associations with development indices in OECD countries", *European Journal of Public Health*, 23(4), 563-568.

LÓPEZ JIMÉNEZ, A. (2002), "Youth in the 1990s and youth in the 1960s in Spain: Intergenerational dialogue and struggle", en EDMUNDS, L. y B. S. TURNER (eds.), *Generational consciousness, narrative, and politics*, Maryland, Rowman and Littlefield.

MATHERS, C. D.; STEVENS, G. A.; BOERMA, T.; WHITE, R. A., y M. I. TOBIAS (2015), "Causes of international increases in older age life expectancy", *The Lancet*, 385(9967): 540-548.

MESLÉ, F. (2004), "Écart d'espérance de vie entre les sexes: les causes du recul de l'avantage féminin", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52 (4): 333-352.

— (2006), "Recent improvements in life expectancy in France: men are starting to catch up", *Population* (english edition), 61(4): 365-387.

— (2011), "Longevité", en MESLÉ, F.; TOULEMON, L., y J. VÉRON, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Paris, INED: 352-353.

OEPPEL, J., y J. W. VAUPEL (2002), "Broken limits to life expectancy", *Science*, 296(5570): 1029-1031.

OUELLETTE, N., y R. BOURBEAU (2011), "Changes in the age-at-death distribution in four low mortality countries: A nonparametric approach", *Demographic Research*, 25: 595-628.

PETO, R. et al. (2006), *Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Spain*, (2ª ed.), Oxford, Oxford University Press.

PULIDO, J.; INDAVE-RUIZ, I.; COLELL-ORTEGA, E.; RUIZ-GARCÍA, M.; BARTROLI, M., y G. BARRIO (2014), "Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol", *Revista Española de Salud Pública*, 88(4): 493-513.

RAU, R.; SOROKO, E.; JASILIONIS, D., y J. W. VAUPEL (2008), "Continued reductions in mortality at advanced ages", *Population and Development Review*, 34(4): 747-768.

ROBINE, J. M. (2003), "Life Course, environmental change, and life span", *Population and Development Review*, 29: 229-238.

SOLÉ-AURÓ, A. (2016), "La salud de los europeos mayores de 80 años", *Panorama Social*, 23.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A., y M. MCKEE (2011), "Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data", *Lancet*, 378(9786): 124-125.

TAPIA, J. A. (2014), "La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?", *Salud colectiva*, 10(1): 81-91.

VALLIN, J., y F. MESLÉ (2010), "Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment?", *Population et Sociétés*, 473: 1-3.

VALLIN, J.; MESLÉ, F., y T. VALKONEN (2001), *Trends in mortality and differential mortality*, Bruselas, Council of Europe.

VAN POPPEL F., y A. C. LIEFBROER (2005), "Living conditions during childhood and survival in later life: study design and first results", *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, 30: 265-85.

VILLALBÍ, J. R.; SUELVES, J. M.; GARCÍA-CONTINENTE, X.; SALTÓ, E.; ARIZA, C., y C. CABEZAS (2012), "Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España", *Atención Primaria*, 44(1): 36-42.

WILSNACK R. W.; VOGELTANZ, N. D.; WILSNACK S. C.; HARRIS T. R.; AHLSTROM S.; BONDY, S. et al. (2000), "Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns", *Addiction*, 95: 251-65.