

JUL 2022

Nº 028

El aumento de la longevidad en Europa: ¿Añadiendo años a la vida o vida a los años?

**Iñaki Permanyer**

Investigador ICREA (CED)

**Octavio Bramajo**

Investigador en Formación (FI CED/UAB)

La esperanza de vida al nacer en España en el año 1950 era de 64.2 y 59.3 años para mujeres y hombres. Desde entonces hasta ahora, dicha esperanza de vida ha aumentado de forma prácticamente ininterrumpida hasta llegar a los 85.1 y 79.6 años en 2020, respectivamente. El caso de España no es el único, puesto que los habitantes de la mayoría de países del mundo sobreviven hasta unas edades que se antojaban inalcanzables tan solo unas décadas atrás – lo que representa un hito histórico para la humanidad (Vaupel et al., 2021). Si bien es cierto que el retraso generalizado de la mortalidad constituye un éxito colectivo sin parangón, cabe preguntarse si estamos siendo igualmente exitosos en nuestro esfuerzo por retrasar la aparición de enfermedades y discapacidades (es decir, de la morbilidad). Si los descensos en las tasas de mortalidad no vienen acompañados por descensos equivalentes en las tasas de morbilidad, las personas viviendo en dichas sociedades tenderán a vivir más años, pero en peor estado de salud (Gruenberg, 1977) – un fenómeno con enormes consecuencias para la sostenibilidad de los sistemas de salud y de pensiones tal y como los conocemos. En este número de *Perspectives Demogràfiques* exploramos en qué medida los incrementos de longevidad registrados en Europa durante los últimos 30 años se han producido con ganancia de años en buena salud (es decir: ‘añadiendo vida a los años’) o en mala salud (‘añadiendo años a la vida’). Poniendo el foco no solamente en la cantidad sino también en la calidad de los años ganados, queremos arrojar nueva luz sobre una cuestión de candente actualidad que debe ser tenida en cuenta en la elaboración de un gran abanico de políticas públicas que, necesariamente, deben ir más allá del ámbito estrictamente sanitario.

Muchas teorías y pocos datos (hasta hace muy poco)

A medida que la longevidad ha ido incrementándose sin límite aparente, cada vez han ido surgiendo mayores dudas respecto al estado de salud en el que se disfrutarán los años de vida adicionales. Ya alrededor de 1980, se plantearon hipótesis opuestas especulando acerca del futuro devenir de los acontecimientos. En un extremo, la hipótesis de la ‘compresión de la morbilidad’ presentada por Fries (1980) sugiere que, a medida que desciende la mortalidad, la aparición de enfermedades y discapacidades se retrasa y concentra en edades cercanas a la muerte. En el extremo opuesto, la hipótesis de la ‘expansión de la morbilidad’ presentada por Gruenberg (1977) sugiere que la reducción de la mortalidad simplemente conllevará un incremento en la cantidad de años que las personas vivirán en mala salud. Durante mucho tiempo, la escasez de datos comparables ha dificultado la tarea de verificar la validez de dichas hipótesis a nivel internacional.

Actualmente, el proyecto internacional “Global Burden of Disease” (*Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019*) proporciona indicadores que son comparables en el espacio (204 países y territorios) y en el tiempo (desde 1990 hasta la actualidad). Estos datos permiten hacer estimaciones no solamente de la esperanza de vida (EV), sino también de la esperanza de vida saludable (EVS, también conocida como ‘esperanza de vida en buena salud’) y de la esperanza de vida no saludable (EVNS, o también conocida como ‘esperanza de vida en mala salud’). Mientras que la primera mide los años que un recién nacido viviría en promedio bajo las condiciones actuales de mortalidad, la segunda y la tercera miden el promedio de años que dicho recién nacido viviría en buena y en mala salud bajo las actuales condiciones de mortalidad y morbilidad, respectivamente. Por la manera en que han sido definidos, la suma de los dos últimos indicadores coincide con el primero, es decir: $EV = EVS + EVNS$. Cabe destacar que, mientras parece razonable suponer que la primera componente (EVS) es normativamente deseable (por lo general, las personas desean vivir más años en buena salud), el carácter normativo de la segunda (EVNS) es un tanto ambiguo, puesto que no es evidente que las personas deseen vivir más años en mala salud.

Patrones regionales: Incrementos generalizados, brechas persistentes

En la figura 1 mostramos la evolución de EVS, EVNS y EV para cuatro grandes regiones europeas (“Europa Central y Europa Oriental”, “Europa del Norte”, “Europa del Sur” y “Europa Occidental”, según la clasificación EuroVoc, el tesoro de publicaciones de la Unión Europea) entre 1990 y 2019, para mujeres y hombres por separado.

A nivel general, ha habido un incremento generalizado de los tres indicadores (EV, EVS y EVNS) para todas las regiones. Sin embargo, se observa cierta disparidad en la evolución de la EVS en las distintas regiones de Europa. La región de Europa Central y Oriental presenta los peores resultados, con valores sistemáticamente inferiores en EVS. Europa del Sur y Europa Occidental, por otra parte, presentan resultados muy similares, por encima de las otras regiones.

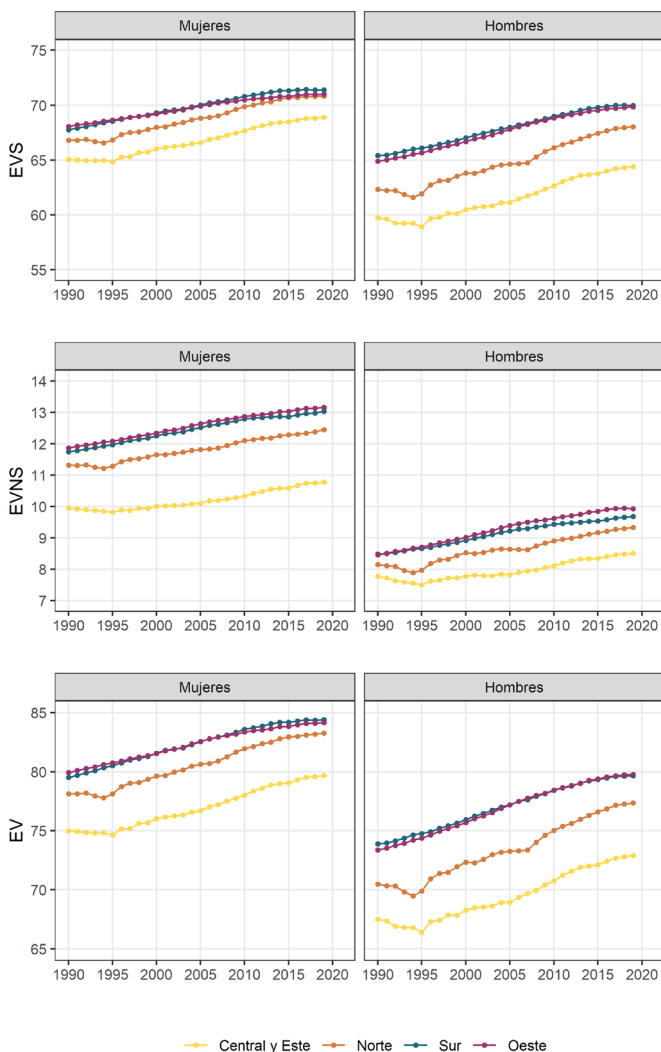


Figura 1. Evolución de EVS, EVNS y EV para 4 regiones europeas entre 1990 y 2019, para mujeres y hombres (paneles a la derecha e izquierda respectivamente).

Fuente: Elaboración propia usando datos del proyecto “Global Burden of Disease”.

En medio encontramos Europa del Norte, que se acerca gradualmente a las regiones Sur y Occidental. Cabe señalar que estos resultados podrían ser atribuibles a la presencia de los tres países bálticos (Estonia, Lituania y Letonia), con patrones sanitarios más similares a los de sus pares de Europa Oriental. Los malos resultados entre los años 1990 y 1995 para Europa Central y Oriental y Europa del Norte son en gran medida atribuibles al colapso de la Unión Soviética tras la caída del muro de Berlín en 1989. En el otro extremo, a medida que nos acercamos a 2020, observamos una desaceleración en el ritmo de crecimiento de la EVS para las regiones de vanguardia, que no parece observarse para el caso de la EVNS, que sigue creciendo a un ritmo sostenido.

Respecto a las diferencias por sexo, observamos que los tres indicadores presentan valores más altos para las mujeres. Estas parecen haber sido menos afectadas que los hombres por la desintegración de la Unión Soviética. Los hombres de Europa Central y Oriental están mucho más rezagados en EVS que sus contrapartes del resto de Europa, mientras que las mujeres de esa región son las más rezagadas en términos de EVNS. Dado el carácter ambiguo de esta última variable, no está claro que dicho rezago sea necesariamente una desventaja.

¿Vidas más largas y saludables?

¿Qué podemos decir acerca de la evolución conjunta de EVS y EVNS en cada país por separado? En la figura 2, empleamos flechas para mostrar las ganancias simultáneas en EVS y EVNS para 43 países europeos entre 1990 y 2019, con los resultados de mujeres y hombres a la izquierda y derecha, respectivamente. El origen de la flecha indica los valores de esos indicadores para 1990, y el extremo de esta indica esos mismos valores para 2019. Las flechas con menor inclinación corresponden a aquellas situaciones en las que el crecimiento en EVS es mucho mayor que el crecimiento en EVNS, y viceversa. Las líneas discontinuas en diagonal sirven como referencia para mostrar el valor de la EV correspondiente a la suma de EVS y EVNS.

Para las mujeres, observamos dos conglomerados bien diferenciados: el formado por los países de Europa Central y Oriental (más los países bálticos de Europa del Norte), y el resto de Europa. En general, las flechas del primer grupo tienen su origen en valores más bajos (tanto la EVS como la EVNS es menor en dichos países) y su inclinación es menor, sugiriendo que los incrementos en longevidad en esos países están caracterizados por una mayor preponderancia

de la componente saludable de la EV. En contraste, para el resto de los países de Europa, la componente no saludable de la EV (EVNS) juega un papel más preponderante en los incrementos totales en longevidad. Para el caso de los hombres observamos patrones parecidos, aunque con diferencias regionales no tan pronunciadas. España sobresale por dos aspectos. Por un lado, se trata de uno de los países más longevos en 2019 (con una EV de 80 años). Por otro lado, la proporción de años vividos en buena salud (EVS) es particularmente alta comparada con aquellos países con una longevidad similar.

Si comparamos los resultados entre mujeres y hombres, podemos constatar cómo, para un nivel de EV dado (por ejemplo, 70, 75 u 80), la proporción de años vividos en buena salud es mayor entre los hombres. Además, las flechas mostrando las trayectorias conjuntas en EVS y EVNS tienden a empezar y acabar en valores más elevados y a tener una pendiente más pronunciada entre las mujeres.

En resumen, los resultados mostrados en la Figura 2 parecen sugerir que (i) cuanto más alta es la EV en 1990, los subsiguientes incrementos en longevidad se producirán a costa de incrementar la contribución de los años vividos en mala salud, y (ii) aunque las mujeres tienden a vivir más años que los hombres, sus incrementos en longevidad tienden a ser cada vez más atribuibles a los incrementos en EVNS (nuevamente, a costa de vivir más años en mala salud).

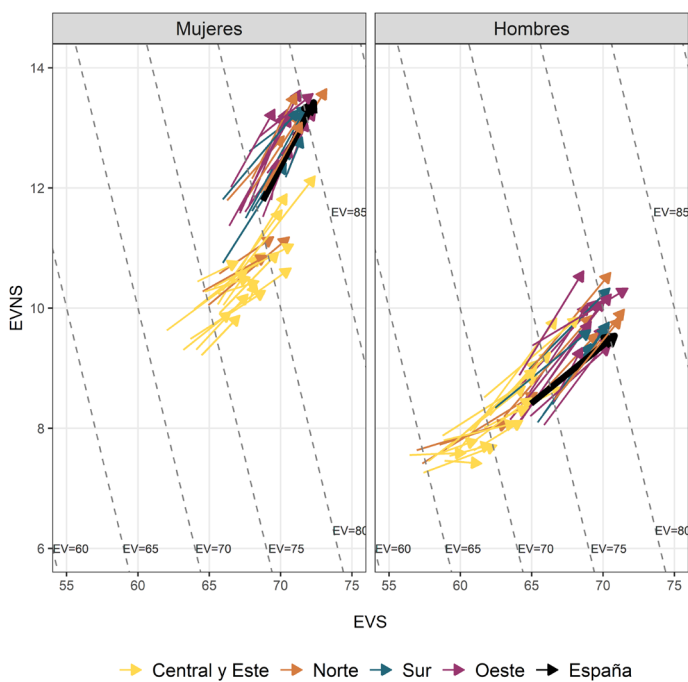


Figura 2. Valores de EVS (eje horizontal) y EVNS (eje vertical) para 43 países europeos en 1990 y 2019 para mujeres (panel izquierdo) y hombres (panel derecho).

Fuente: Elaboración propia usando datos del proyecto “Global Burden of Disease”.

Estas cuestiones se investigan con más detalle en la figura 3, donde comparamos los niveles de EV en 1990 (mostrados en el eje horizontal) contra el porcentaje de incremento en EV entre 1990 y 2019 que es atribuible al incremento en EVS (eje vertical). Para explicar esta última variable, tomemos el caso de España como ejemplo. En el caso de las mujeres españolas, los valores de EVS y EVNS en 1990 eran de 68.8 y 11.7 años, respectivamente, mientras que, en 2019, dichos valores aumentaron a 72.3 y 13.4. Esto quiere decir que la EV de las mujeres españolas aumentó 5.2 años entre 1990 y 2019, y que la EVS y la EVNS se incrementaron en 3.5 y 1.7 años respectivamente. Así pues, en este caso el $100 \times 3.5 / 5.2 = 67.3\%$ del incremento en EV se puede atribuir al incremento en EVS. Para el caso de los hombres españoles, el 83% del incremento en EV es atribuible a incremento de EVS.

Como puede apreciarse en la figura 3, en la inmensa mayoría de casos EVS es la componente que más explica los cambios en longevidad entre 1990 y 2019, tanto para mujeres como para hombres. Excepto en un solo caso (Mónaco), dicha contribución siempre supera el 60% del total. Por otra parte, la relación entre ambas variables es negativa en ambos sexos, confirmando la idea expuesta anteriormente: cuanto mayor es la EV inicial (en 1990), los subsiguientes incrementos en EV se producen cada vez más a costa de vivir más años en mala salud. En un extremo, en los países menos longevos en 1990 como Rusia y Letonia (con 64 y 64.6 años de EV para

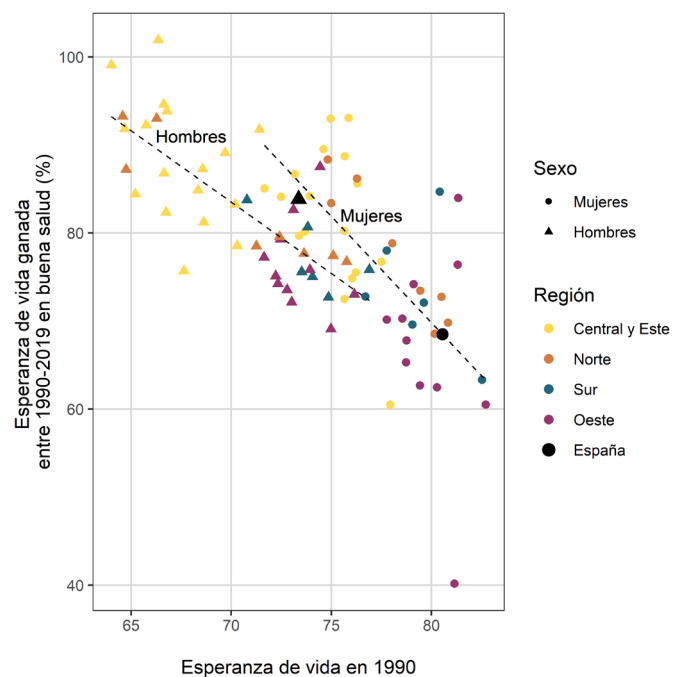


Figura 3. Relación entre esperanza de vida al nacer en 1990 con la porción del cambio en esperanza de vida entre 1990 y 2019 explicada por los cambios en EVS. Resultados separados entre mujeres y hombres.

Fuente: Elaboración propia usando datos del proyecto “Global Burden of Disease”.



los hombres), más del 90% de los subsiguientes incrementos en EV entre 1990 y 2019 fueron atribuibles a la EVS. En el otro extremo, para aquellos países que eran más longevos en 1990, como Suiza y Francia (con 81.3 años de EV para las mujeres), solamente un 60% de los posteriores incrementos en EV fueron atribuibles a la EVS. La relación inversa entre estas variables es más acentuada entre las mujeres que entre los hombres. Eso quiere decir que cuanto más longevo era un país en 1990, los subsiguientes incrementos en longevidad se produjeron a costa de vivir más años en mala salud, con efectos más pronunciados entre las mujeres que entre los hombres.

A mayor longevidad, mayor resistencia al progreso

Los resultados mostrados son coherentes con la idea que en aquellos países donde la longevidad es menor, resulta más sencillo que los subsiguientes incrementos en longevidad se produzcan 'en buena salud'. Ello se debe al hecho que, en dichos países, la reducción en mortalidad tiende a beneficiar en mayor medida a individuos en edades relativamente jóvenes, cuya supervivencia conlleva un incremento de los años vividos en buena salud. En el otro extremo, el incremento de la longevidad en sociedades con niveles más elevados de EV solamente se puede conseguir reduciendo todavía más la mortalidad en edades avanzadas, puesto que la mortalidad en edades jóvenes ya es extremadamente baja y no tiene mucho margen de mejora. En este contexto, dado que a edades avanzadas las personas suelen padecer enfermedades y/o discapacidades, resulta difícil que los subsiguientes aumentos en EV no sean cada vez más atribuibles a los incrementos en EVNS.

La evidencia empírica aquí mostrada sugiere que la proporción de EV vivida en mala salud suele ser mayor entre las mujeres, y tiende a incrementarse en el tiempo. En concordancia con otros estudios recientes (Permanyer et al 2021), estos resultados parecen apoyar la teoría de la expansión de la morbilidad sugerida por Gruenberg (1977), aunque hay que tomar dichas interpretaciones con extrema cautela. Por una parte, la medición de qué significa 'buena' o 'mala' salud no deja de ser un tanto arbitraria, y la calidad de las fuentes de datos es variable entre países, por lo que existe un grado de incertidumbre no despreciable en algunas estimaciones de EVS y EVNS. Por otra parte, lo que hoy en día se puede considerar una enfermedad o discapacidad muy limitante, el día de mañana puede ser tratado de forma muy eficaz debido al descubrimiento de nuevos fármacos o tratamientos. Los continuos avances en tecnología y medicina pueden mejorar significativamente la calidad de vida de aquellas personas viviendo en estados mórbidos (por ejemplo, sufriendo enfermedades crónicas).

Los futuros incrementos en EV, eventualmente superando los 100 años (Vaupel et al 2021), podrían suponer un reto social mayúsculo si, tal y como sugiere este trabajo, además vienen acompañados de un incremento no solo de la morbilidad sino también de la co-morbilidad. Todo ello sugiere la necesidad de destinar cada vez más recursos para reducir la morbilidad, ya sea a través de campañas preventivas que retrasen las edades de inicio de enfermedades o discapacidades (por ejemplo, promoviendo estilos de vida saludables y entornos socioeconómicos inclusivos y sostenibles) o a través de la inversión en tratamientos o innovaciones tecnológicas que reduzcan el peso de la carga asociada a aquellos individuos viviendo en estados mórbidos.

Referencias bibliográficas

Findings from the Global Burden of Disease Study 2019 (2019, January 4) Institute for Health Metrics and Evaluation. <https://www.healthdata.org/policy-report/findings-global-burden-disease-study-2017>

Fries, J. F. (1980) "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity". *New England Journal of Medicine*, 303 (3): 130-135. <https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304>

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>

Permanyer, I.; Trias-Llimós, S.; Spijker, J. J. A. (2021) "Best-practice healthy life expectancy vs. life expectancy: Catching up or lagging behind?". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118 (46),

e2115273118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2115273118>

Vaupel, J. W.; Villavicencio, F.; Bergeron-Boucher, M.-P. (2021) "Demographic perspectives on the rise of longevity". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118 (9), e2019536118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2019536118>

Cita

Permanyer, I.; Bramajo, O. (2022) "El aumento de la longevidad en Europa: ¿Añadiendo años a la vida o vida a los años?". *Perspectives Demogràfiques*, 28: 1-4 (ISSN: 2696-4228). DOI: 10.46710/ced.pd.esp.28

ISSN

ISSN 2696-4228

DOI

<https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.28>

Editores

Andreu Domingo y Albert Esteve

Correspondencia dirigida a:

Iñaki Permanyer
 ipermanyer@ced.uab.es

Créditos

Gráficos: Anna Turu

Maquetación

Xavier Ruiz y Eva Alborns

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto ERC-CoG-864616 "Healthy lifespan inequality: Measurement, trends and determinants" del Consejo Europeo de Investigación. Ayudas para la contratación de personal investigador predoctoral en formación FI (AGAUR)

Dirección Twitter

@CEDemografia

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.es
<https://ced.cat/es/>