

**ENVEJECIMIENTO Y ESPERANZA DE VIDA
EN SALUD**

Julio Pérez Díaz

174

Ponència presentada al XXIII Congreso de la Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Barcelona, 8 de junio de 2000.

Centre d'Estudis Demogràfics

2000

I

Resum.- L'envelliment demogràfic és un fenomen transversal, igual que els indicadors de l'esperança de vida en salut. En canvi, l'envelliment de les persones és un fenomen longitudinal i aquesta és l'òptica que es proposa en aquest article per tal d'analitzar els canvis soferts en la salut de les persones grans. L'augment de la supervivència generacional ha estat, sens dubte, el component més important de la transició demogràfica, però alhora ha provocat una profunda reestructuració dels perfils generacionals en el seu conjunt i de la construcció social dels cicles vitals. A partir d'aquests canvis, s'analitza l'evolució de les característiques socio-demogràfiques de la tercera edat i la seva previsible demanda de serveis de salut.

Paraules clau.- Envelliment, perfil generacional, esperança de vida en salut, serveis de salut.

Resumen.- El envejecimiento demográfico es un fenómeno transversal, de la misma manera que los indicadores de esperanza de vida en salud. En cambio el envejecimiento de las personas es un fenómeno longitudinal, y es esa la óptica que aquí se propone como óptima para analizar los cambios que ha experimentado la salud de las personas de más edad. El aumento de la supervivencia generacional ha sido sin duda la componente más importante de la transición demográfica, pero ha provocado también una profunda reestructuración de los perfiles generacionales en su conjunto y de la construcción social de los ciclos vitales. A la luz de tales cambios se analiza la evolución de la características sociodemográficas de la tercera edad y su previsible demanda de servicios de salud.

Palabras clave.- Envejecimiento, perfil generacional, esperanza de vida en salud, servicios de salud.

Abstract.- Demographic ageing, as with other life expectancy indicators, is a cross-sectional phenomenon. However, individuals' ageing is a longitudinal phenomenon. This is the perspective adopted in this research to analyse health changes experienced by aged individuals. The increase in longevity across generations is the main aspect of the demographic transition, which has also provoked a deep restructuring of the profile of different generations and the social construction of the life cycle. In view of these changes, I analyse the transformation of the demographic characteristics of the aged population and the foreseeable needs for health services.

Keywords.- Ageing, generations' profile, healthy life expectancy, health services.

Résumé.- Le vieillissement démographique est un phénomène transversal, de même que les indicateurs de l'espérance de vie en santé. Par contre le vieillissement des personnes est un phénomène longitudinal. C'est dans cette optique que nous nous proposons d'analyser les changements parvenus dans la santé des personnes les plus âgées. L'augmentation de la survivance générationnelle a été sans doute le phénomène le plus important de la transition démographique, mais elle a provoqué aussi une profonde restructuration des profils générationnels dans son ensemble et la construction sociale des cycles vitaux. A la frontière de tels changements, nous analysons l'évolution des caractéristiques sociodémographiques du troisième âge et l'évolution prévisible des demandes des services de santé.

Mots clés.- Vieillissement, profil générationnel, espérance de vie en santé, services de santé.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
2.- La supervivencia	2
3.- La salud	4
4.- El futuro	10

ÍNDICE DE FIGURAS

1.- Proporción de supervivientes por edad en diversas generaciones españolas	13
2.- Edad a la que ha fallecido la mitad de los efectivos de cada cohorte. España	15

ÍNDICE DE TABLAS

1.- Estructura de la población por grandes grupos de edad, España 1900-2001	2
2.- Mayores de 64 años, por grupos quinquenales de edad. España, 1986-2026	8
3.- Evolución proyectada del número de personas mayores de 64 años con minusvalías, por grupos quinquenales de edad. España, 1986-2021	9
4.- Número de minusvalías y de personas afectadas de más de 64 años, por grupos quinquenales de edad. España 1986-2021	10

ENVEJECIMIENTO Y ESPERANZA DE VIDA EN SALUD

1.- Introducción

Agradezco enormemente la invitación de la SEGG para participar en este Congreso, y entiendo que ese privilegio no me corresponde a título personal, sino como un reconocimiento a la importancia que tiene el análisis demográfico para comprender el protagonismo de la vejez en la sociedad española del siglo XXI. Sin embargo, el término “envejecimiento” tiene una significación demográfica muy diferente a la usual, ya que se refiere a poblaciones y no al normal transcurrir de las sucesivas edades en la vida de una persona. El envejecimiento de las poblaciones es un cambio en su composición por edades, que nada tiene que ver con el transcurrir del tiempo ni con el cumplir años de los individuos, sino con el comportamiento conjunto de la natalidad, la mortalidad y las migraciones.

La organización de este Congreso me propone tratar el envejecimiento real, el de las personas, y la evolución del estado de salud asociado a las edades avanzadas y muy avanzadas, cosa que agradezco igualmente, porque introduce una variación importante en la óptica habitualmente solicitada a la demografía.

Es cierto que el envejecimiento demográfico es un motivo fundamental del gran protagonismo social que están adquiriendo las personas de edad avanzada desde hace escasas décadas. Nunca antes en la población española el peso de tales personas respecto al conjunto de edades había sido comparable al actual. Hemos llegado incluso a invertir la relación ancestral entre jóvenes y mayores de 64 años, que siempre había sido favorable a los primeros.

Sin embargo, aunque parezca una paradoja, el envejecimiento demográfico no tiene por protagonista a la vejez, sino a la infancia. El principal motivo de la rapidez con que se está produciendo en prácticamente todo el mundo no es, contra lo que podría parecer, el aumento numérico de quienes alcanzan edades avanzadas, sino la disminución de quienes tienen edades infantiles. Si la fecundidad no hubiese experimentado el importante descenso que se inicia en los países más desarrollados ya en el siglo XVIII, y que en España adquiere gran rapidez desde mediados de los años setenta del siglo XX, las pirámides poblacionales serían sumamente jóvenes, y seguramente nadie estaría hablando del envejecimiento demográfico aunque la esperanza de vida hubiese mejorado como lo ha hecho durante todo este tiempo.

Tabla 1.- Estructura de la población por grandes grupos de edad, España 1900-2001

Año	0-14	15-64	65 y más	Índice de vejez*
1900	33,52%	61,28%	5,20%	16
1910	33,97%	60,50%	5,53%	16
1920	32,33%	61,97%	5,71%	18
1930	31,67%	62,23%	6,10%	19
1940	29,95%	63,52%	6,53%	22
1950	26,23%	66,54%	7,23%	28
1960	27,40%	64,38%	8,22%	30
1970	27,79%	62,54%	9,67%	35
1981	25,70%	63,05%	11,24%	44
1991	19,44%	66,74%	13,82%	71
1996	16,04%	68,34%	15,62%	97
2001	15,70%	67,55%	16,75%	107

FUENTE: Censos y Padrones de población (INE) y, *Proyección de la población española*, Madrid, Instituto de Demografía / C.S.I.C (1994)

* Número de personas de 65 y más años por cada 100 personas de menos de 15 años.

Para comprender los verdaderos efectos del aumento de la esperanza de vida sobre las edades avanzadas hay que abandonar la óptica transversal, es decir, aquella que observa personas de distintas edades en un momento concreto, y cambiarla por la óptica longitudinal, la que observa las distintas edades a lo largo de la vida de las mismas personas. En otras palabras, en vez de observar poblaciones en un determinado año, conviene observar generaciones a lo largo de todos sus años.

2.- La supervivencia

Es ese cambio de óptica el que pone evidencia que la excesiva atención prestada al envejecimiento demográfico está restando protagonismo a la auténtica revolución demográfica experimentada por la población española, la de la supervivencia. Lo que nos dice el análisis generacional es que hasta hace muy poco, las personas que cumplían 65 años eran una parte muy escasa de su generación, que las edades en que la muerte más había reducido sus

efectivos iniciales eran las infantiles, y que el gran número actual de personas de edad avanzada no es el resultado de los avances de la geriatría, sino de las mejoras en la salud materno-filial de la primera mitad de siglo.

De hecho, hasta los nacidos al empezar el siglo XX, ninguna generación española había conseguido llegar a los 50 años con la mitad de sus efectivos vivos. Así, cuando empiezan a cumplir esa edad los nacidos al empezar el siglo XX (lo hacen en la década de los cincuenta) se produce en España un fenómeno nuevo, que en otro lugar he calificado de “madurez de masas”¹: por primera vez en la historia de este país, quienes llegaban a los años de madurez no habían visto fallecer mientras tanto a la mayor parte de sus coetáneos. Aunque no sea el tema aquí, es fácil entender las consecuencias de esa novedad para cualquier sistema demográfico, porque la posibilidad de que cualquier nacimiento consiga formar pareja, tener hijos y contribuir a su crianza hasta que se convierten, a su vez, en adultos constituye una condición clara de eficiencia reproductiva para cualquier población, es uno de los factores fundamentales que permiten culminar la transición demográfica, y no se produce en España hasta el siglo que acabamos de dejar atrás.

Este “hito” histórico, la madurez de masas, apenas ha tenido ningún seguimiento, pendientes como estábamos de la pirámide de edades, pero ha cambiado completamente nuestra sociedad al “democratizar” la supervivencia hasta edades en que los proyectos personales y familiares han tenido ya un tiempo suficiente para desarrollarse. Por el mismo motivo, el hito histórico que sigue naturalmente a éste, la “vejez de masas”, es decir, la generalización de la supervivencia hasta los 65 años, ha pasado también desapercibido, pese a que acaba de producirse muy recientemente. Es muy probable que se persista en esa grave falta de percepción sociológica cuando quienes cumplan los 90 o los 100 años sean, por primera vez, más de la mitad de los efectivos iniciales de su generación, cosa que va a ocurrir inexorablemente en las próximas décadas. Ante la extraordinaria magnitud de tales novedades, resulta completamente inapropiado que sea la estructura por edades del conjunto de la población la que esté acaparando la atención. Dependiendo de cómo evolucione la fecundidad en las próximas décadas el envejecimiento demográfico tendrá ritmos más o menos rápidos, pero no es la proporción de personas de edad muy avanzada, sino su número absoluto lo que debería interesar a geriatras y gerontólogos, y dicho número, con toda seguridad, va a multiplicarse unas cuantas veces mientras tanto.

¹ Julio Pérez y Anna Cabré, *El advenimiento de la madurez de masas*. Barcelona, Servei d'Estudis de La Caixa (en prensa).

Las generaciones que han protagonizado la madurez y la vejez de masas han sido un importante motor de cambio social porque han colonizado unas edades hasta hace poco muy despobladas, y porque, al hacerlo, han ampliado enormemente no ya la esperanza de vida, sino nuestra propia concepción y previsión de las trayectorias y proyectos vitales, y de los tiempos y ritmos con que se desarrollan. Nuevamente la observación de la pirámide de edades resulta insuficiente para comprenderlo, y es en las líneas de filiación familiar donde mejor pueden rastrearse los cambios. Asistimos hoy a la generalización de las familias con cuatro generaciones vivas, cuando hasta no hace muchas décadas lo frecuente era no tener ni siquiera abuelos y hace sólo un siglo la orfandad prematura era moneda corriente. Los nichos sociales tradicionalmente ocupados por personas maduras y de edad avanzada eran muy escasos en el pasado, y muchos jóvenes y la mayor parte de los adultos detentaban en sus familias el dudoso privilegio de ser las personas vivas de mayor edad. Han sido las sucesivas oleadas de supervivientes masivos hasta la madurez y la vejez las que han transformado completamente la significación de las edades, hasta el punto de que, como en tantas otras cosas, quienes hemos hecho de las edades nuestro objeto de estudio nos vemos desbordados constantemente por la realidad.

3.- La salud

El actual interés sociológico y sanitario por la vejez empieza a construir sus fundamentos en los países industrializados especialmente a partir de los años cuarenta, y no es casual que lo haga coincidiendo precisamente con la llegada a esas edades de las primeras generaciones de la madurez de masas, generaciones que han pagado por dicho privilegio el elevado precio de haber sufrido tal sucesión de acontecimientos históricos desestructurantes de sus trayectorias vitales iniciales que pueden considerarse justamente generaciones “damnificadas por la historia”. En España hay que esperar más, hasta los años sesenta, pero sigue cumpliéndose en nuestro país que la vejez de aquellos años correspondía a un tipo de generación muy castigado en su recorrido vital. Habían nacido y crecido en una sociedad fundamentalmente agraria, empezaron a trabajar poco después de los diez años para ayudar a sostener la economía familiar, sus madres no pudieron estar mucho por ellos y tardaron mucho en poder casarse y tener hijos. Habían padecido, ya adultos, una guerra civil que desbarató buena parte de sus economías y proyectos, que la posguerra acabó de rematar cuando ya tenían edades maduras. Cuando lleguen los años sesenta verán cómo los jóvenes emigran hacia las ciudades, o les acompañarán en la emigración, después de haberlo perdido prácticamente todo y con unos perfiles socio-laborales que les hacen muy difícil, a su edad, la readaptación al nuevo entorno urbano-industrial. En ambos casos, cuando empiece a investigarse las características de la

vejez en España, el triste perfil resultante contrastará enormemente con el del resto de edades. Los tradicionales mecanismos de transferencia laboral, cultural y patrimonial entre generaciones se han roto definitivamente durante esos años. Los jóvenes encuentran fácilmente un trabajo asalariado que les permite casarse pronto e independizarse de unos progenitores que apenas tienen ya nada que ofrecerles.

En los años posteriores se consolidó una imagen conmisericordiosa y asistencial de la vejez, identificada con la pobreza, el desarraigo, la mala salud, el aislamiento social y familiar, precisamente cuando España se estaba situando, tras mucho tiempo de retraso, entre los países con una mayor esperanza de vida del mundo. Como antes en otros países desarrollados, empezó a calar en el nuestro la sospecha de que la autosatisfacción por las mejoras de la esperanza de vida era excesiva, porque el precio había sido aumentar el número de años vividos en las tristes condiciones que se asociaban a la vejez de aquel momento. Poco costó, por tanto, adherirse a los nuevos objetivos enunciados a principios de los ochenta por la Organización Mundial de la Salud², que consideraban tan importante añadir “vida a los años” como “años a la vida”.

Es entonces cuando adquiere importancia política el cálculo de la esperanza de vida en salud (EVS en adelante). En EEUU su posibilidad metodológica ya se había previsto a principios de los sesenta³, los primeros cálculos se habían efectuado ya a finales de la misma década⁴ y se refinaron mucho durante la década de los setenta. Sin embargo, la carencia de fuentes estadísticas adecuadas, el carácter dudoso de los métodos utilizados y la difícil interpretación de los resultados obtenidos habían hecho que, a finales de los setenta, los expertos de la OCDE recomendasen el abandono de esa línea de investigación⁵.

Si lo que se pretendía conocer eran los cambios experimentados por la salud de las poblaciones como consecuencia del descenso de la mortalidad, los resultados han sido decepcionantes, y persisten teorías enfrentadas.

² World Health Organisation, W. (1985), *Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europa, European Health for All Series N° 1.

³ Sanders, B. S. (1964), "Measuring Community Health Levels", publicado en *American Journal of Public Health*, (54): 1063-1070.

⁴ Sullivan, D. F. (1971), "A Single Index of Mortality and Morbidity", publicado en *HSMHA Health Reports*, 86 (4): 347-354.

⁵ McWhinnie, J. R. (1981), "Disability Assessment in Population Surveys: Result of the OECD Common Development Effort", publicado en *Revue d'Épidémiologie et de santé publique*, (29): 413-419.

Unos sostienen que el descenso de la mortalidad está provocando una pandemia, porque los problemas crónicos, degenerativos o incapacitantes son menos letales pero no ha disminuido su incidencia. El retraso de la muerte sólo habría provocado el aumento de la proporción de quienes los padecen y la aparición de cuadros múltiples y más severos, antes muy infrecuentes⁶.

Otros creen que, a la vez que se ganan años de vida, se retrasa también la edad a la que aparecen las enfermedades crónicas (disminución de la incidencia por edades), de modo que éstas se concentran en los últimos años de vida⁷. Entre ambos extremos las variaciones son muchas, pero permanece el hecho de que las esperanzas puestas en el cálculo de la evolución de la EVS se han visto defraudadas y todas estas teorías siguen enfrentándose sin que ninguna pueda dar pruebas concluyentes de tener la razón.

No voy, por tanto, a extenderme en su descripción ni en cuestiones metodológicas sobre el cálculo de la EVS, ni voy a presentar los datos ya disponibles en algunos países. Me limitaré a remitir al lector interesado a un volumen monográfico que cierta revista científica dedicó a este tema en 1991⁸, y a la *web* de la asociación francesa *REVES* (Réseau sur l'Espérance de Vie en Santé)⁹, que ha recogido la mayor parte de los indicadores internacionales existentes. Aún a riesgo de defraudar a quienes esperan de un demógrafo muchos datos y pocas reflexiones, me centraré, en cambio, en algunos aspectos conceptuales e ideológicos la esperanza de vida en salud, que creo también pueden interesar a los asistentes a este Congreso.

En primer lugar, la importancia que ha adquirido este tema desde los años ochenta no se debe únicamente a la revisión de objetivos en la salud pública, revisión loable y muy publicitada mediáticamente. Esos años coinciden también con la "crisis del petróleo" y provocan una profunda reestructuración económica y una radical revisión del gasto público, igualmente loable pero mucho menos popular y, por lo tanto, menos aireada. Por mi parte, no creo que daba ocultarse que el lema "vida a los años" perseguía también dar otras justificaciones,

⁶ Uno de los primeros formuladores de esta posición es Gruenberg, E. M. (1977), "The Failures of Success", publicado en *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, 55 (1): 3-24.

⁷ Fries es probablemente su defensor más conocido. Véase Fries, J. F. (1980), "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity", publicado en *The New England Journal of Medicine*, (303): 130-135, y Fries, J. F. (1989), "The Compression of Morbidity: Near or Far?", publicado en *The Milbank Quarterly*, 67 (2): 208-232.

⁸ VVAA, (1991) *L'Espérance de vie en santé*, (volumen monográfico) Cahiers Québécois de Démographie, 20 (2).

⁹ www/euroreves.ined.fr/reves

además de las meramente económicas, a los intentos de racionalizar el gasto frente al más que previsible aumento de la demanda de servicios a la vejez.

En segundo lugar, frente a la justicia de los propósitos y a la necesidad perentoria de racionalización del gasto, los supuestos sobre los que se asentaba la intención de desplazar el énfasis de la esperanza de vida a la esperanza de vida en salud no han sido revisados. Sin embargo, muchos de ellos ya no se sostienen, y conllevan, además, algunos prejuicios poco recomendables, como el de utilizar los indicadores agregados de salud como criterio para dar mayor o menor valor a las ganancias en esperanza de vida. De ese modo el envejecimiento demográfico va a producir siempre la falsa impresión de que la salud de las poblaciones empeora y de que las personas cada vez ganan menos por vivir más.

Ocurre algo parecido con la propia mortalidad de las poblaciones. Las tasas brutas de mortalidad¹⁰ pueden ser más altas en Suecia que en Mozambique, pero el motivo no es que sea menos peligroso vivir en África que en Europa, sino que la población mozambiqueña tiene una estructura por edades mucho más joven que la de Suecia. La verdad es que los suecos tienen, a cualquier edad, unas expectativas de vida muy superiores.

Los mismos malentendidos provocan los indicadores “brutos” sobre la salud de una población, pero con el agravante añadido de que los fallecidos previamente ya no son tenidos en cuenta para medir el nivel de salud de las sucesivas edades. En esa manera de operar hay reminiscencias de la mentalidad espartana, que sometía a los recién nacidos a la intemperie porque sólo valoraba positivamente a los que resistían sin fallecer. Si olvidamos el aumento de los años de vida y analizamos únicamente el nivel de salud de los supervivientes estamos haciendo lo mismo: los difuntos ya no pueden tener mala salud, y podría parecerse envidiable la situación de aquellos países donde la incidencia de la demencia senil es escasa por la sencilla razón de que apenas nadie sobrevive hasta las edades avanzadas.

Se hace urgente asimilar de una vez por todas que el envejecimiento demográfico es una cosa, y el aumento de la supervivencia otra; que ambas son resultado de nuestro desarrollo económico y social; que ambas resultan de decisiones y esfuerzos individuales y colectivos que deben valorarse y comprenderse plenamente antes de magnificar sus costos.

Si con la construcción de indicadores de EVS se pretende anticipar y planificar la inversión que deberá realizarse a partir de ahora para dar cobertura a ese aumento de demanda, el método elegido no es el más adecuado, porque lo que realmente debería importarnos es cuántas personas integrarán la demanda y qué es lo que demandarán. Por mucho que se

quiera racionalizar gastos, es evidente que la demanda de servicios de todo tipo por parte de estas personas va a ser mucho mayor, ocurra lo que ocurra con su estado de salud. Resulta incluso conveniente empezar a hacer previsiones bajo la hipótesis neutra de que el estado de salud asociado a las distintas edades no va a experimentar cambio alguno. Ese “ejercicio estadístico” no nos compromete a nada, porque es completamente ficticio, pero proporciona un punto de referencia inicial y se encuentra libre de juicios de valor sobre la evolución futura de la salud.

Ese limitado propósito tenía uno de mis últimos trabajos sobre este tema, y creo que una presentación sintética de sus resultados puede ser útil aquí para aclarar de qué estoy hablando. El propósito era estimar el número de personas con minusvalías hasta el año 2021, bajo el supuesto de que la incidencia de las mismas permaneciese invariable desde 1986, fecha en la que se realizó la única encuesta nacional que proporciona tales datos¹⁰. El punto de partida son las proyecciones de población, cuyos resultados resume la siguiente tabla:

Tabla 2.- Mayores de 64 años, por grupos quinquenales de edad. España 1986-2026

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	TOTAL
1986	1.661.709	1.399.947	1.044.888	648.548	391.333	5.146.425
1991	1.826.872	1.323.717	1.051.690	695.617	447.312	5.345.208
1996	1.977.695	1.650.239	1.112.821	770.660	538.648	6.050.063
2001	2.032.827	1.799.250	1.398.325	832.662	626.495	6.689.559
2006	1.780.048	1.858.641	1.538.780	1.055.580	711.335	6.944.384
2011	1.944.201	1.636.705	1.594.047	1.166.416	867.211	7.208.580
2016	2.136.953	1.795.483	1.414.708	1.219.867	1.007.086	7.574.097
2021	2.227.749	1.981.110	1.559.734	1.091.493	1.110.575	7.970.661
2026	2.543.515	2.071.626	1.729.469	1.209.707	1.105.398	8.659.715

Fuente: INSTITUTO DE DEMOGRAFIA (1994), *Proyección de la población española*, Madrid, Instituto de Demografía / C.S.I.C.

Como puede comprobarse, el número de personas de más de 64 años aumentará en unos dos millones en España durante el próximo cuarto de siglo, independientemente de lo que ocurra

¹⁰ La TBM se calcula dividiendo el promedio anual de defunciones acaecidas en una población durante un determinado periodo por la población media de dicho periodo.

con la fecundidad, y las edades que más rápidamente aumentarán su volumen son precisamente las más avanzadas. Si los distintos tipos de minusvalía por sexo y edad se mantuviesen invariables a lo largo de todo ese tiempo, el número de personas afectadas evolucionaría de acuerdo a la tabla 3.

Debo insistir en que estos resultados se obtienen bajo la hipótesis imposible de que la incidencia de las minusvalías por sexo y edad no va a experimentar ningún cambio durante treinta y cinco años, y que no reflejan, contra lo que podría parecer, un empeoramiento del estado de salud de la población, sino su “congelación” en la situación existente en 1986.

A partir de dicha ficción podemos empezar a plantearnos hacer auténticas previsiones sobre el modo en que evolucionará cierta demanda de servicios. El primer paso, claro está, sería construir también hipótesis sobre el modo en que cambiará la incidencia de las minusvalías. Ayudaría enormemente que la Encuesta de 1986 se hubiese vuelto a realizar al menos una vez más, permitiendo comparar las tasas de incidencia en dos momentos y, por lo tanto, observar su evolución. A falta de tales datos, es en la práctica geriátrica más que en la demografía donde pueden proponerse las hipótesis mejor fundadas, y animo desde aquí a una colaboración interdisciplinar que sin duda resultaría muy fructífera.

Tabla 3.- Evolución proyectada del número de personas mayores de 64 años con minusvalías, por grupos quinquenales de edad. España 1986-2021.

	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	TOTAL
1986	213.653	229.748	228.024	211.188	195.377	1.077.989
1991	235.005	217.552	231.595	228.031	223.506	1.135.690
1996	254.417	270.590	244.992	253.279	269.090	1.292.369
2001	261.547	294.967	305.329	273.657	313.764	1.449.263
2006	229.004	304.566	335.716	344.147	356.899	1.570.332
2011	250.192	268.239	347.148	379.796	433.423	1.678.797
2016	274.997	294.008	308.161	396.351	502.472	1.775.990
2021	286.701	324.385	338.626	354.645	553.439	1.857.795

Fuente: Pérez Díaz, J. (1999), "Proyección de personas dependientes al horizonte 2021", incluido en Ricardo Moragas Moragas, *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona, Herder, pp. 69-88.

¹¹ INE (1987), Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías, 1986, Madrid, 2 volúmenes.

Sin embargo, conviene también ser cautos respecto a la utilidad de las proyecciones que de esa manera pudiesen conseguirse, porque la evolución de la demanda de servicios no depende únicamente de factores demográficos y sanitarios. Frente a cierta endogamia profesional, que a menudo nos lleva a pensar que los indicadores de población o de salud son los principales determinantes del comportamiento de las personas, lo cierto es que la demanda de bienes y de servicios depende también, incluso principalmente, de factores tan diversos como son los valores y preferencias individuales, los contextos familiares, sociales y geográficos, la situación económica, la adecuación del entorno material o los cambios tecnológicos aplicados a la vida cotidiana.

Tabla 4.- Número de minusvalías y de personas afectadas de más de 64 años, por grupos quinquenales de edad. España 1986 -2021

1986	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	TOTAL
De orientación	20.584	31.595	43.398	47.779	58.405	201.761
De independencia física	27.083	37.051	50.244	62.759	77.822	254.959
De movilidad	49.480	71.249	96.135	120.022	129.384	466.270
De ocupación	90.582	100.402	103.225	93.586	82.584	470.379
De integración social	24.782	30.812	39.350	43.828	49.113	187.885
De insuficiencia económica	26.859	24.228	23.174	21.053	23.026	118.340
TOTAL (Personas)	213.653	229.748	228.024	211.188	195.377	1.077.989
2021	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más	TOTAL
De orientación	43.292	77.488	95.314	118.015	220.672	554.782
De independencia física	67.385	98.242	119.027	154.613	288.885	728.152
De movilidad	99.182	150.016	196.895	273.441	475.314	1.194.848
De ocupación	220.980	248.963	238.219	230.116	331.897	1.270.174
De integración social	61.073	78.776	95.341	104.937	194.249	534.377
De insuficiencia económica	74.375	59.150	55.292	49.898	85.068	323.783
TOTAL (Personas)	286.701	324.385	338.626	354.645	553.439	1.857.795

Fuente: Pérez Díaz, J. (1999), "Proyección de personas dependientes al horizonte 2021", incluido en Ricardo Moragas Moragas, *El reto de la dependencia al envejecer*. Barcelona, Herder, pp. 69-88

4.- El futuro

En mi opinión, las minusvalías tendrán una incidencia menor en cada edad y, sin embargo, la demanda de servicios para paliar sus consecuencias aumentará muy por encima de lo que podría deducirse de los datos presentados hace un momento. Estas dos afirmaciones no se basan en cálculos numéricos, pero tampoco son únicamente intuitivas. Me baso, en ambos casos, en lo que ya conocemos sobre las generaciones que en los próximos años rebasarán los 65 años.

La “vejez de masas”, es decir, la llegada a los 65 años de más de la mitad de una generación, está ocurriendo sólo desde mediados de la década de los ochenta. Las generaciones que la protagonizan son las nacidas de los años veinte en adelante, y de la misma manera que había ocurrido ya con las primeras generaciones en alcanzar mayoritariamente a la madurez, llegan cargadas de novedades para la significación social de esas edades. Es en un análisis detallado de sus recorridos generacionales desde el nacimiento y a lo largo de todas las etapas ulteriores en lo que baso mi afirmación de que la esperanza de vida en salud va a ser mayor entre los “nuevos viejos” de los próximos años pero que ello no se va a traducir en una disminución de la demanda relativa de servicios de salud por parte de las edades avanzadas.

Conviene insistir, ante todo, en que quienes hoy cumplen 65 años están acabando de dinamitar los estereotipos relativos a la vejez contruidos en los años sesenta, cuando eran los nacidos a principios de siglo quienes empezaban a alcanzar tales edades. Estoy con ello afirmando, claro está, que nuestro conocimiento sobre la vejez ha estado hasta ahora atribuyendo a la edad cosas que en realidad tenían más que ver con la generación.

A diferencia de las generaciones anteriores, las nacidas en los años treinta, las de los sexagenarios de los próximos años, apenas pueden recordar la guerra civil, que sólo tuvo consecuencias desastrosas para su primera infancia. En su mayor parte han estado alfabetizados y escolarizados, y son las primeras en que la mayoría empezó a trabajar después de los 15 años. En las décadas de los cincuenta y sesenta eran todavía jóvenes, y pudieron independizarse pronto de sus padres y constituir su propia familia, sin esperar a heredar tierras, herramientas, oficios o vivienda. Aunque tuviesen que emigrar, todavía lo hicieron a tiempo de reconvertir sus trayectorias laborales, incluso pasando por un sector poco cualificado como el de la construcción para acabar en un taller o una fábrica. Si son mujeres, el salario familiar de sus maridos les permitió una auténtica novedad histórica: abandonar el trabajo “de soltera” y dedicarse principalmente a la crianza de sus hijos. Contaron, por primera vez, con las garantías suficientes de supervivencia conjunta hasta acabar de criar la

progenie, garantías sin las cuales hubiese resultado demasiado arriesgada tanta especialización de roles. Trabajaron, ellos y ellas, con una intensidad inusitada, tanto en horarios como en esfuerzo, en un país que salía de su atraso sin apenas inversiones en nuevas tecnologías industriales o domésticas, de esas que tanto trabajo ahorran hoy en día. Cuando llegan a la madurez, allá por la década de los ochenta, devuelven la lógica a la relación entre edades. Serán ellos, y no los jóvenes, los que tendrán el mejor sueldo, consolidado además por la antigüedad, el mejor vehículo, la vivienda en propiedad y acabada de pagar e incluso una segunda residencia. Son estas generaciones, que ahora empiezan a cumplir 60 años con tres cuartas partes de sus efectivos iniciales todavía vivos, las que provocan la perplejidad de quien observa lo rápidamente que está cambiando la vejez sin entender que no es la edad, sino la generación la que es diferente.

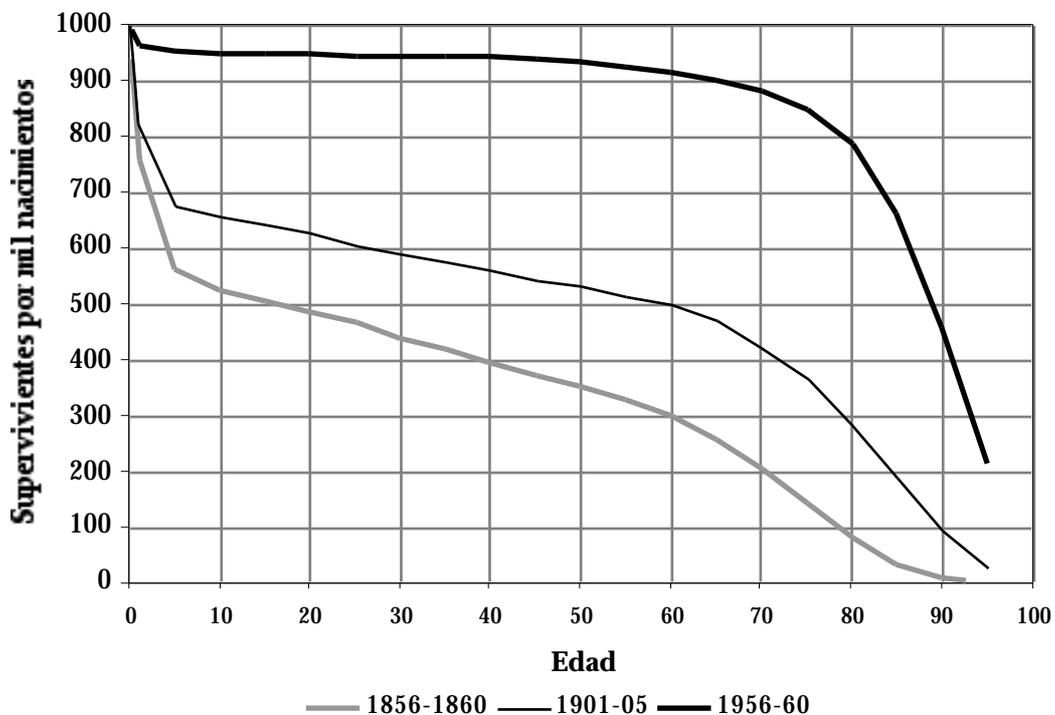
Si, como creo, en las mismas edades en que la geriatría de los años sesenta y setenta sólo encontraba degradación e indefensión, estas generaciones van a disfrutar de una situación mucho mejor (incluido su estado de salud), se confirmará que lo que antes atribuíamos a la edad era sólo un perfil particular condicionado por el momento y lugar de la observación.

Pero eso no significa que el número de personas de edad muy avanzada o con graves problemas de salud vaya a disminuir. Por una parte, a la vez que estas generaciones se vuelven sexagenarias, las que ya hace tiempo pasaron de dicha edad están viendo mejorar su supervivencia a un ritmo que hace pocos años se consideraba imposible, hasta el punto de que empiezan a no ser excepcionales las personas que alcanzan a vivir un siglo completo. Por otra, una disminución en la incidencia de las deficiencias, discapacidades y minusvalías que afectan a una edad concreta no implica necesariamente una reducción en su demanda de servicios de salud. Cuando la previsión del gasto pretende basarse en los indicadores de EVS se olvida que la evolución histórica no muestra una correlación negativa, sino positiva, entre la salud y la cantidad de recursos que se le dedican. Es por eso, y por el cambio sociológico y demográfico que están protagonizando las nuevas generaciones que alcanzan edades avanzadas, por lo que creo que su vida activa será más dilatada y, precisamente por ello, su “demanda de salud” será muy superior a la que han mostrado las generaciones anteriores.

En cualquier caso, los asistentes a este congreso pueden estar seguros de haber elegido una profesión de futuro. La demanda no sólo ha crecido mucho y crecerá aún más, sino que es también cada vez más solvente. La satisfacción de dicha demanda requiere la existencia de servicios suficientes proporcionados tanto por el Estado como por el mercado, y es en ese terreno, y no en el de la salud, donde se producen las mayores incógnitas. El mercado va a reaccionar, con toda seguridad, ante las crecientes posibilidades de negocio, pero no va a eliminar las desigualdades. Es el Estado el que tiene la obligación de atenuar las diferencias

socioeconómicas y garantizar el derecho universal a la salud. Uno y otro vienen dando muestras claras de reorientación en las últimas décadas, pero los ritmos no son paralelos. Los sistemas sanitarios estatales han arrastrado tras de sí, durante las décadas en que experimentaban su mayor desarrollo, a la industria farmacéutica y a la investigación médica, en unos años en que la salud maternofamiliar y las enfermedades infecciosas constituían el principal caballo de batalla. Tras el espectacular éxito conseguido en esos ámbitos, estamos asistiendo a una trascendental reorientación de las investigaciones médicas y farmacológicas en los países desarrollados y, esta vez, no son los servicios públicos los que lideran el cambio.

Figura 1.- Proporción de supervivientes por edad en diversas generaciones españolas



Fuente: Tablas de mortalidad de Cabré Pla, A. (1999), *El sistema català de reproducció. Cent anys de singularitat demogràfica*, Barcelona, Ed. Proa, Col. "La mirada"

El mundo desarrollado demanda investigación y servicios relacionados con las enfermedades degenerativas y con la salud de las personas de más edad¹², cuando hasta hace poco apenas se

¹² Basta con hacer un mínimo seguimiento de las investigaciones que han merecido el Premio Nobel de Medicina en los últimos años: las enfermedades degenerativas del sistema nervioso o del sistema circulatorio son los temas estrella, hasta tal extremo que la OMS empezó a alertar, ya en 1998, sobre el creciente olvido

les dedicaba ninguna atención. Los resultados ya son espectaculares, y pueden serlo todavía más. Hasta muy recientemente, el aumento de la esperanza de vida al nacer se ha visto alimentado principalmente por la disminución de la mortalidad en las edades tempranas, especialmente las infantiles. Cuando hace muy pocos años, como es el caso en España, la mortalidad infantil alcanzó niveles ínfimos en los que prácticamente habían desaparecido las causas exógenas de muerte y sólo las endógenas conservaban todavía alguna incidencia, muchos demógrafos y especialistas en mortalidad predijeron que el rápido aumento de la esperanza de vida había agotado su fuente principal. Al fin y al cabo, se pensaba, la longevidad humana teórica tiene límites fijos, y lo único que podíamos pretender era reducir la proporción de quienes fallecían antes de alcanzarlos. Es fácil imaginar, por tanto, la sorpresa de los especialistas al comprobar que la esperanza de vida ha seguido aumentando, esta vez por el descenso de la mortalidad en las edades avanzadas, que hasta ahora habían tenido un papel muy escaso¹³. Bien mirado, era de esperar. Todas las previsiones estaban haciéndose bajo el supuesto de que la curva de supervivencia sólo iba a cambiar hasta volverse completamente plana en las edades anteriores a la total senectud, para caer después en vertical.

No era sensato esperar, ni siquiera en la situación en que se encontraba en las últimas décadas nuestro conocimiento, que la vejez de masas dejase intactos los límites teóricos de la vida humana. A la vista de los actuales desarrollos en la biología molecular, que empiezan a desvelar las claves genéticas del envejecimiento humano, esa hipótesis es todavía más insostenible. Incluso sin tales avances, y utilizando unos supuestos sumamente conservadores sobre la evolución de la mortalidad por edades, las generaciones que ya nacieron en los años de triunfo definitivo sobre la mortalidad infantil van a protagonizar con toda seguridad una conquista de las edades avanzadas propia de la ciencia ficción. Basta con observar hasta qué edad no habrá fallecido la mitad de los efectivos iniciales de las generaciones nacidas al acabar la década de los cincuenta.

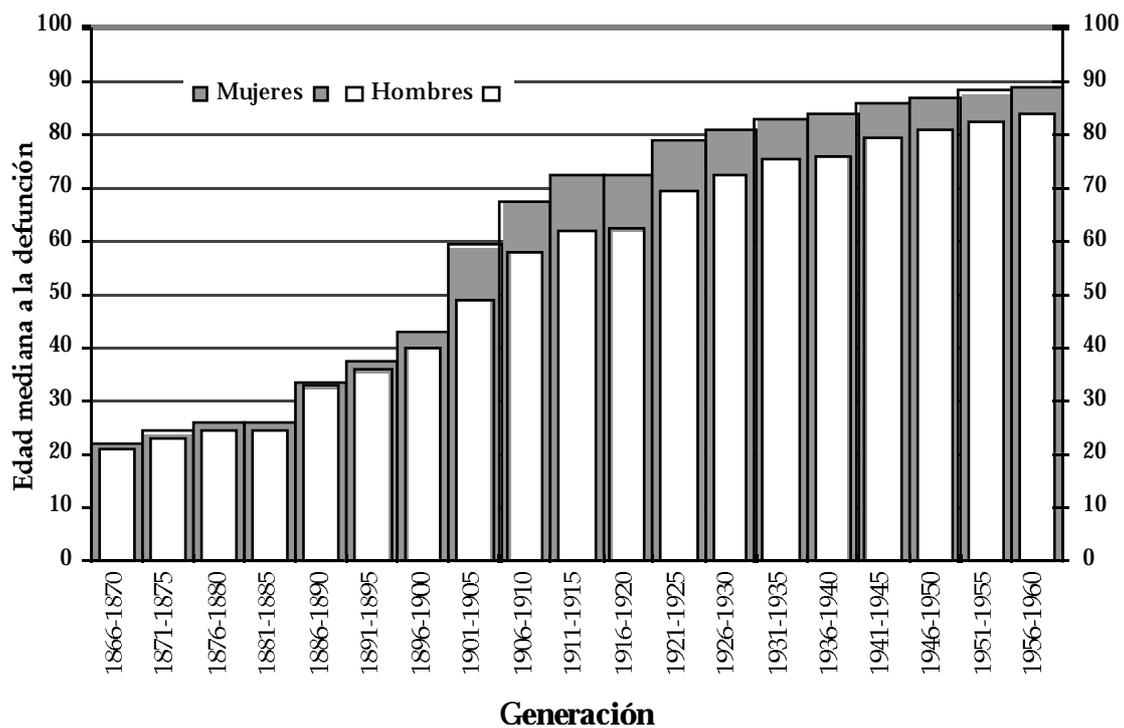
Incluso a pesar de lo moderado de las hipótesis utilizadas para las generaciones más recientes, los resultados son inequívocos: los nacidos en los sesenta, las generaciones más numerosas de

occidental de las enfermedades infecciosas, que aún constituyen la principal causa de muerte en los países menos desarrollados.

¹³ La contribución de cada edad a la variación total de la esperanza de vida en España durante el periodo 1970-1990 ha sido calculada por Rué i Monné, M. (1992), *Les Lleis de Mortalitat: Un ajust paramètric per a Catalunya i Espanya*. Tesis doctoral. Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales. Universitat de Barcelona, y por Gómez Redondo, R. (1995), "Vejez prolongada y juventud menguada", publicado en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (71-72): 79-108. Una mejora metodológica, además de un detallado análisis territorial, puede encontrarse en Blanes, A. (1996), *La mortalidad en España. 1960-1991. Análisis territorial y por causas*, Bellaterra, Memoria de Investigación presentada en la Universidad Autónoma de Barcelona

la historia española, no habrán perdido la mitad de sus efectivos iniciales hasta haber superado los noventa años. Eso ocurrirá a mediados del siglo XXI y, para entonces la realidad habrá superado ampliamente estas previsiones. No me parece creíble que todos los demás fallezcan entre los noventa y los cien años, ni puedo creer tampoco que su estado de salud o su papel social vaya a ser equiparable al de los excepcionales centenarios actuales. Estos centenarios, los de ahora, nacieron en una España rural y agraria, pobre e inculta, desatendida por los poderes públicos y carente de medios para garantizar ni siquiera la supervivencia de los recién nacidos. La esperanza de vida entonces no superaba los 34 años, y han sido muy pocos los que han sobrevivido para experimentar la descomunal y accidentada transformación protagonizada por el país a lo largo del siglo que acaba de terminar. Son, en el sentido literal del término, supervivientes, perplejos incluso ante su inesperada longevidad.

Figura 2.- Edad a la que ha fallecido la mitad de los efectivos de cada cohorte. España.



Fuente: Anna Cabré (Op. Cit.)

No ocurrirá lo mismo con los nonagenarios y centenarios de las próximas décadas. La larga vida estará ya plenamente integrada en nuestros proyectos biográficos, y la gerontología y la

geriatría dejarán de ser vistas como actividades benéficas, para convertirse en servicios personales corrientes, entro los muchos que va a demandar este sector de la población. La tentación de ser nosotros quienes decidamos cual es el límite a partir del cual no vale la pena seguir prolongando la vida es un peligro evidente, en el que ya incurrieron antes otros especialistas de la salud. No está muy lejano el tiempo en que se producía oposición profesional ante, por ejemplo, la asistencia artificial a los nacidos prematuros. No faltaba quien, ante las primeras incubadoras, creía que era socialmente sano que la naturaleza se encargase de hacer la criba de quienes debían o no vivir, evitando a la sociedad la carga económica y genética de mantener a personas “incapacitadas”. La misma oposición debieron vencer las primeras vacunas o los antibióticos, ante el convencimiento de algunos de que las plagas y las epidemias constituían un método divino de regeneración moral o, más científicamente, una herramienta de la evolución biológica para preservar y mejorar las características raciales.

El ser humano ha apostado claramente, desde la noche de los tiempos, por incluir la vida eterna entre los tres deseos concedidos por el mago de la lámpara, y estamos a las puertas de conseguir, al menos, un salto crucial en esa dirección. Probablemente nuestras reticencias actuales parecerán ridículas dentro de medio siglo. Para entonces, muchos de nosotros seremos los nonagenarios y centenarios, y tendremos una importante deuda con quienes ahora están colonizando ese terreno tan inexplorado de la vida humana, y pagando en sí mismos, como todos los colonizadores, el elevado precio de ser los primeros.