

La mortalidad de la España actual

Rosa Gómez Redondo

Introducción ¹

Una de las definiciones más sintéticas sobre el objeto de estudio de la demografía y, a la vez, una de las más evolucionadas y ajustada a la etapa de la Transición Sanitaria en la que nos encontramos, es la ofrecida por Sen (1992) para quien dicho objeto lo constituye el análisis de la «capacidad» de prolongar la duración de la vida con buena salud, de reproducirse y de migrar. En esta ocasión nos vamos a ocupar de los efectos de esa primera capacidad, la de modificar la duración de la vida del hombre, probablemente el logro demográfico de mayor transcendencia en la evolución de la humanidad en los dos últimos siglos, no sólo por representar un objetivo universalmente deseable, sino porque su consecución posibilita el desarrollo de las sociedades en las que se alcanza.

En efecto, durante los dos últimos siglos las poblaciones de los países europeos a través del proceso de Transición Demográfica alcanzan una demografía caracterizada por la eficacia y el orden (Livi Bacci, 1990), dejando atrás las pautas del antiguo régimen, en cuyas sociedades no sólo se despilfarraba energía demográfica, pues era precisa una alta reproducción para reponer las pérdidas que ocasionaba una altísima mortalidad que menguaba las generaciones antes de llegar nuevamente a reproducirse, sino que además, se caracterizaba por el desorden que ocasionaban hambrunas, epidemias y catástrofes (Pérez Moreda, 1980; Reher, 1996), sin olvidarnos de la altísima mortalidad ordinaria, que impedían que surgieran proyectos a medio plazo, pues de haberlos habrían sido segados por la enfermedad y muerte.

Este escenario cambia en el transcurso de la Transición Demográfica que han experimentado las sociedades europeas, transición multidimensional en la que se inscribe una Transición Sanitaria, compuesta por una Transición Epidemiológica en estrecha interrelación con transformaciones sociales, que incluyen tanto cambios en las condiciones de salud de las poblaciones, como en los valores y comportamientos en lo relativo a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte (Lerner, 1973; Frenk, 1991 y Caldwell, 1989).

Por otra parte, la transición epidemiológica generada en estas sociedades ha dado lugar a

un aumento de la vida media de sus poblaciones sin precedentes históricos, a la vez que a una transformación de las características de su mortalidad (Schofield, Reher, Bideau, 1991) de tal modo que el marco teórico elaborado a partir del proceso observado —la Teoría de la Transición Epidemiológica (Omran, 1972)— pronto fue superado por la evolución del fenómeno en los países más avanzados a partir de los años setenta. Así, a las tres etapas descritas por Omran: la edad de la peste, la edad del retroceso de las pandemias y la edad de las enfermedades degenerativas y de la sociedad, se les incorporó una cuarta etapa, que Olshansky y Ault (1986) denominaron —la etapa de las enfermedades degenerativas tardías—. Éstas junto a otras aportaciones (Myers and Manton, 1987 Y Rogers y Hackenberg, 1987) han ido describiendo las características de una nueva fase más ajustada a las tendencias de la mortalidad de los países demográficamente avanzados en el presente y sobre todo a sus previsibles tendencias en el futuro. Estas características serían: 1) la continuación de un lento pero continuado descenso; 2) oscilación, e incluso descenso de las más importantes enfermedades crónicas/degenerativas; 3) aparición de importantes enfermedades contagiosas, y variaciones en las muertes violentas; y 4) estabilización o descenso en la diferencia de esperanza de vida entre hombres y mujeres.

Por ello, siendo España un país con una elevada vida/media, es esperable que se encuentre en una fase avanzada de su transición sanitaria, conocimiento que nos proponemos alcanzar analizando la mortalidad de los españoles de hoy y su evolución durante 1970-1990, período de cambios con características nuevas en toda Europa, lo que nos permitirá contrastar el marco teórico enunciado.

1. FUENTES Y METODOLOGÍA

El objeto de este estudio es conocer las tendencias de la mortalidad en la España de hoy, realizando un análisis por edad, género y causas de muertes y estudiando la evolución más reciente, por ello, para evitar fluctuaciones coyunturales de las defunciones y para conseguir la mejor adecuación de los denominadores, es preciso elaborar los indicadores a par-

tir de sucesos medios; defunciones medias de 5 años para 1970 (1968-1972) y de 4 años para 1990 (1989-92), centrados en las poblaciones de los años correspondientes. Se ha partido de los datos de defunciones anuales por causa de muerte, por grupo de edad y por sexo procedentes de las estadísticas vitales de España para los años 1968 a 1972, facilitados por la Organización Mundial de la Salud, y para los años 1989-92 distribuidos directamente por el Instituto Nacional de Estadística de España (Área de Estadísticas Sanitarias). Los datos relativos a los años 1968 a 1972 corresponden a la 8.^a clasificación internacional de enfermedades (CIE), mientras que para los años 1989 y 1990, los datos provienen de la 9a clasificación. A partir de la causa 47, se utiliza la serie «E». Nuestro análisis pretende resaltar sólo las causas más importantes de la mortalidad española. Por ello, se ha optado por establecer una clasificación de 27 causas de muerte (Gómez Redondo, 1995) que considera los grandes grupos tradicionales de la CIE, desagregando una selección de causas específicas de interés para el objeto de este estudio: por su elevado peso relativo dentro del total de la mortalidad o dentro de algún grupo de edad, bien porque son causas evitables, o porque sean causas diferenciadoras en la desigualdad por género.

Igualmente, hemos considerado una agregación en grandes grupos de edad, con el fin de disponer de tendencias de la mortalidad para grupos de edad caracterizados por unas pautas relativamente homogéneas. Las poblaciones utilizadas son estimaciones al 1 de julio por el Instituto Nacional de Estadística (Área de Análisis y Previsiones Demográficas) para 1970. Para 1990, puesto que en el momento de realizar las tablas de mortalidad los últimos datos disponibles por causa de muerte eran los relativos al año 1992, el indicador es una media cuatrienal, utilizando en este caso las poblaciones estimadas por el INE al 31 de diciembre de 1990 para realizar sus proyecciones de población (INE.DAT, 1994). Del movimiento natural de la población provienen los nacimientos vivos utilizados para el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Si bien para los nacimientos correspondientes a 1969 y 1970, se utilizan datos corregidos.

Por otra parte, han sido utilizados, tanto datos absolutos como indicadores publicados

por las diversas fuentes estadísticas, demográficas y sanitarias internacionales referenciadas en el apartado bibliográfico, especialmente los anuarios estadísticos de Eurostat, Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas.

En cuanto a la metodología utilizada, parte de la elaboración de las tablas de mortalidad completas para los dos momentos considerados: 1968 a 1972 y 1989 a 1992, que enmarcan el principio y final del período. De estas tablas realizadas para hombres y mujeres sólo se presentan las tres funciones de la tabla que sintetizan los aspectos más relevantes del fenómeno estudiado. Asimismo, en el análisis de la evolución y de la mortalidad diferencial hemos utilizado el método desarrollado por Pollard (1982), descomponiendo en fracciones de años de vida el aumento de la vida media de los españoles y las desigualdades existentes por género, desglosando las contribuciones logradas por los diversos grupos de edad, y distinguiendo las aportaciones de las causas de muerte que lo han hecho posible.

2. LA LONGEVIDAD ESPAÑOLA EN EL CONTEXTO EUROPEO. EL PRIVILEGIO DEL SUR A FINALES DEL SIGLO XX

Antes de alcanzar el segundo cuarto del siglo XX, la distancia entre los países más favorecidos y los menos favorecidos de Europa —entonces, los más meridionales— era alrededor de 10 años de vida media, mientras que durante los años setenta estos países retrasados demográficamente lograron situarse a la cabeza de los países industrializados, de tal modo que los españoles han ganado en los últimos sesenta años, treinta años de vida, mientras que los daneses en el mismo período, sólo quince.

En efecto, ésta situación privilegiada es muy reciente, ya que con anterioridad a la segunda guerra mundial, los países del sur de Europa sufrían un retraso en lo que a la duración de la vida de sus habitantes se refiere, ya que antes de los años setenta existía una gradación norte-sur en la intensidad de la mortalidad. Desde mediados del siglo la evolución de la mortalidad en los países europeos siguió una tendencia muy similar. Un nuevo cambio es observable desde entonces, el estancamiento de la

mortalidad del este en los años ochenta conduce a una nueva división este-oeste del continente desde este criterio de análisis, en la que Europa occidental converge en una alta esperanza de vida y una mortalidad diferente, destacando la evolución acelerada de los países del sur: Grecia, España, Italia y Portugal.

Tras la disminución continuada de los fallecimientos por enfermedades infecciosas, que finaliza en la mayoría de los países de Europa occidental alrededor de 1960, se inicia un retroceso en la mortalidad determinada por los avances científicos-terapéuticos y por pautas de comportamiento orientadas culturalmente, que conducen a un determinado estilo de vida y favorecen el retroceso de la mortalidad por algunas enfermedades asociadas a los procesos degenerativos, como son el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (Caselli y Egidi, 1981).

Siendo la década de los setenta el período de mayores cambios estructurales en la evolución reciente de la mortalidad europea², se pone de manifiesto que su descenso es el resultado de la confluencia de una serie de factores medio-ambientales, biológicos, económicos y sociales, en donde la organización y cultura de las sociedades tiene un peso decisivo.

En torno a 1990 la vida media de los europeos (Europa de los 12) es de 72,9 años en los hombres y más 79 años en las mujeres con una evolución de ganancia de alrededor de 1 año más de vida cada cuatro años. En este contexto, la longevidad de la población española es una de las más elevadas entre los países industrializados, con una esperanza de vida al nacer de alrededor de 76 años de edad. Como puede observarse en la tabla 1, se sitúa entre los países más longevos del mundo, formando parte del pequeño grupo de países de Europa ubicados en el sur del continente, región en donde se confirma una vez más que a partir de un umbral de condiciones de vida no existe una causalidad entre renta y vida media de la población.

No es este el lugar en el que detenernos en comparaciones internacionales, sino en explicar las características y la evolución reciente de la mortalidad española, pero ayuda a lograr este propósito tener el marco de referencia europeo para poner de relieve la situación privilegiada de España en el mundo, incluso entre los países industrializados. Para lograr este

último objetivo será preciso describir posteriormente la mortalidad española, respondiendo a una serie de cuestiones básicas: ¿De qué mueren y de qué sobreviven los españoles?, ¿Cómo se distribuye esa mortalidad entre las diferentes edades? ¿Qué desigualdades existen ante la muerte desde algunos de los criterios posibles?. ¿Qué españoles contribuyen a esa dilatada longevidad? y finalmente ¿Qué enfermedades descienden su mortalidad haciéndolo posible?

Tabla 1

Esperanza de vida al nacimiento en países de Europa (U.E.) 1990

	Hombres	Mujeres
Unión Europea	72.8	79.4
España	73.3	80.5
Alemania	72.0	78.2
Bélgica	72.7	79.4
Dinamarca	72.0	77.7
Francia	71.5	79.7
Grecia	74.5	79.5
Holanda	73.8	80.1
Irlanda	72.0	77.5
Italia	74.0	80.4
Luxemburgo	72.0	78.1
Portugal	70.2	77.3
Reino Unido	72.9	78.5

Fuente: EUROSTAT, 1993.

En la tabla 1 se observa que los países meridionales han alcanzado una situación ventajosa en la Unión Europea, aunque si bien es cierto con la posición más retrasada de Portugal, previblemente superable a corto plazo. Sólo Holanda tiene una esperanza de vida superior a estos países del sur. Por otra parte, aún ampliando nuestro marco a escala mundial son pocos los países: Suecia, Suiza y Japón que tienen una población con una vida media superior a la de España, alcanzando esa última población asiática la mayor esperanza de vida en la historia de la humanidad, casi 76 años los hombres y 81,7 años las mujeres.

Pero quizá se deba matizar que este aumento en la esperanza de vida de la población española es aún más relevante si precisamos que a diferencia de las mejoras en la esperanza de vida del pasado, básicamente constituida

por el descenso de la mortalidad infantil y de la primera infancia (Gómez Redondo, 1992; Reher, Pérez Moreda y Bernabeu, 1996), ésta supervivencia afecta a todas las edades de la estructura de su población, lo que analizaremos en profundidad, pero que ahora avanzamos para algunas edades en la tabla 2 en comparación con el promedio de años que espera vivir un ciudadano de la Unión Europea, una vez alcanzadas las distintas edades seleccionadas. Sobre este tema volveremos a lo largo de las siguientes páginas, pero por el momento nos ilustra del grado de desarrollo demográfico que ha alcanzado España, cuya población presenta esperanzas de vida siempre superiores a las de la media de la Unión Europea para cualquiera de las edades consideradas.

Tabla 2

Esperanza de vida por edad. España y Unión Europea (circa 1990)

EDAD	Hombres	Mujeres
UNIÓN EUROPEA		
Eo	72.9	79.5
E40	35.3	40.9
E65	14.7	18.5
E75	8.8	11.1
ESPAÑA		
Eo	73.3	80.6
E40	36.2	42.1
E65	15.5	19.2
E75	9.3	11.4

Fuente: España (1990), Elaboración propia; U.E. (1991), Eurostat, 1994.

Es obvio que la esperanza de vida de una población es el saldo resultante de la mortalidad correspondiente a cada uno de los grupos de población que la constituyen y de la incidencia de las distintas enfermedades que la producen. No hemos de olvidar que el objetivo último del estudio de las causas de muerte es el profundizar en los orígenes de esa mortalidad diferencial de los distintos grupos que forman la sociedad, pero conformémosnos por el momento con abordar el estudio de esas diferencias por la edad, el género y las causas médicas del fallecimiento para conocer más

sobre la estructura de la mortalidad de hoy en España y su evolución reciente, sentando las bases sobre las que indagar acerca de los orígenes de las diferencias y las consecuencias de los cambios estructurales que este fenómeno demográfico genera en su evolución.

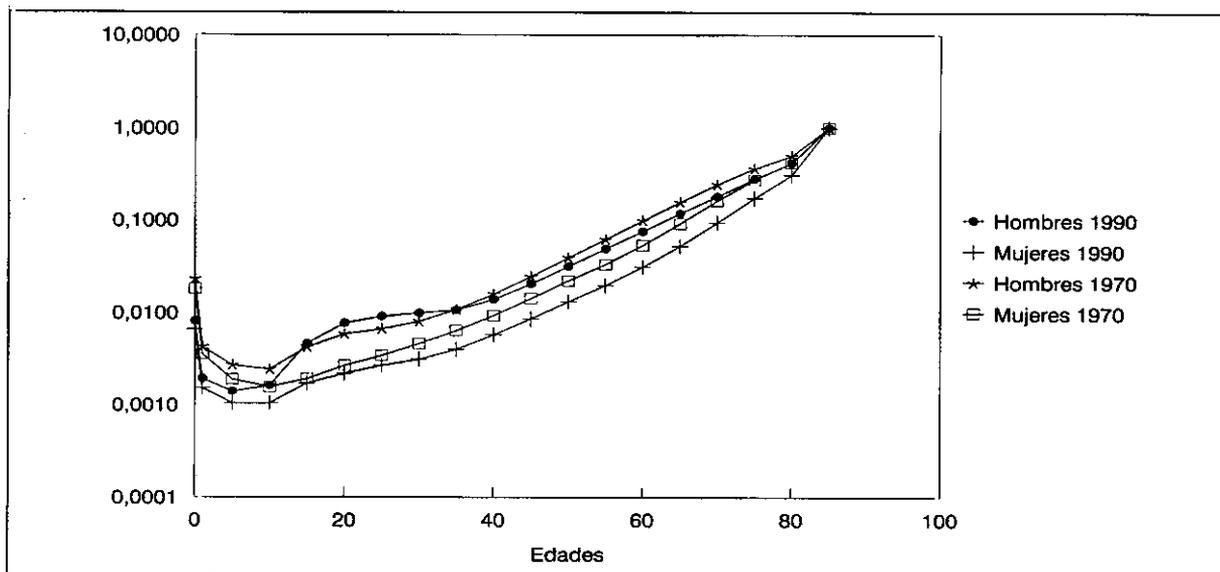
Por ello, y respondiendo a las preguntas antes planteadas analizaremos, en primer lugar, el perfil de la mortalidad española por edad, las más importantes causas de muerte que la producen, y la evolución reciente de la esperanza de vida de los españoles, así como la mortalidad diferencial por género ³.

3. LA RELACION DE LA EDAD CON LA MUERTE: ALGO MÁS QUE UNA RELACIÓN BIOLÓGICA

Los riesgos de enfermar y morir aumentan con la edad. Esta afirmación aparentemente innecesaria por evidente requiere matizaciones porque esa relación no es exclusivamente biológica, pues varía tanto la intensidad del fenómeno (frecuencia) como su distribución por edades (estructura de la mortalidad) en las diversas poblaciones, tanto en el espacio como en el tiempo. Los diferentes medios en los que se produce y los distintos estadios en la evolución de la mortalidad de una población alteran,

si bien es cierto no drásticamente, el perfil de la mortalidad por edad, en el que se plasma el aumento de las probabilidades de morir a medida que envejecen las personas junto a los logros de esa sociedad en su lucha por el control del desplazamiento de la muerte.

La creciente intensidad de la mortalidad en relación al aumento de la edad es bien conocida, así como lo es la excepción del primer año de vida. La mortalidad al inicio de la edad infantil está causada fundamentalmente por enfermedades congénitas y perinatales. La inviabilidad está producida en la actualidad por malformaciones o por inmadurez, así como por un proceso de adaptación del recién nacido al medio que da lugar aún en el presente a una elevada mortalidad, que sólo vuelve a alcanzarse hacia los 40-50 años, lo que podemos comprobar en la tabla 3 tanto en la actualidad como en 1970, pero sí en este año en el que comienza nuestro análisis las diferencias entre la población masculina y femenina eran de alrededor de 5 años en volver a alcanzar la mortalidad de los recién nacidos, en 1990 los hombres tienen las mismas probabilidades de morir que aquellos al alcanzar los 20 años, lo que se debe tanto a un aumento de la mortalidad juvenil masculina reciente como a un descenso notable de la mortalidad infantil en las últimas dos décadas (gráfico 1).



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1. Probabilidades de Muerte. España, 1970-1990.

Tabla 3
Esperanzas de vida por edad (Ex), probabilidades de muerte (Qx) y supervivientes (Sx).
España, 1970 y 1990

Edad	Ex		Qx		Sx	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1970						
0	69.78	75.17	0.02303	0.01812	100000	100000
1	70.42	75.54	0.00426	0.00355	97697	98188
5	66.71	71.81	0.00270	0.00190	97281	97839
10	61.88	66.94	0.00243	0.00157	97018	97653
15	57.03	62.04	0.00423	0.00192	96783	97500
20	52.26	57.15	0.00589	0.00268	96373	97313
25	47.55	52.30	0.00669	0.00344	95806	97052
30	42.86	47.47	0.00802	0.00462	95161	96718
35	38.18	42.68	0.01080	0.00644	94401	96272
40	33.57	37.94	0.01583	0.00929	93382	95651
45	29.07	33.27	0.02448	0.01422	91904	94763
50	24.73	28.71	0.03930	0.02218	89655	93416
55	20.63	24.30	0.06138	0.03335	86131	91343
60	16.82	20.05	0.09851	0.05348	80806	88297
65	13.36	16.03	0.15563	0.09131	72846	83575
70	10.34	12.37	0.24441	0.16091	61509	75943
75	7.85	9.23	0.36279	0.27350	46475	63724
80	5.90	6.37	0.49825	0.41992	29615	46295
85+	4.38	4.80	1.00000	1.00000	14859	26855
1990						
0	73.35	80.62	0.00810	0.00662	100000	100000
1	72.94	80.15	0.00193	0.00152	99190	99338
5	69.08	76.27	0.00140	0.00104	98999	99187
10	64.17	71.35	0.00162	0.00104	98861	99084
15	59.27	66.42	0.00465	0.00172	98701	98981
20	54.53	61.53	0.00772	0.00220	98241	98811
25	49.94	56.66	0.00909	0.00269	97483	98594
30	45.37	51.80	0.00988	0.00313	96597	98329
35	40.80	46.96	0.01067	0.00402	95642	98022
40	36.21	42.14	0.01387	0.00580	94622	97628
45	31.69	37.37	0.02044	0.00861	93309	97062
50	27.29	32.67	0.03161	0.01316	91402	96227
55	23.09	28.07	0.04899	0.01973	88513	94961
60	19.15	23.58	0.07571	0.03129	84178	93087
65	15.50	19.25	0.11756	0.05237	77805	90175
70	12.21	15.17	0.18041	0.09354	68658	85453
75	9.33	11.45	0.27821	0.17208	56272	77459
80	6.93	8.27	0.41481	0.30736	40616	64130
85+	5.09	5.79	1.00000	1.00000	23768	44419

Fuente: Elaboración propia.

Superado el primer año de vida, la mortalidad descende, reiniciando su aumento a partir de los 10 años, rápidamente en la pubertad y primera juventud, manteniendo un crecimiento exponencial y constante superados los 35-40 años de edad. Dicha tendencia es observable en

hombres y mujeres aunque el aumento de la mortalidad con la edad se produce con un ritmo muy superior en los hombres, observándose una marcada desigualdad en esta evolución diferencial desde los mencionados 10 años hasta finalizada la juventud. Por otra parte y

como no podría ser de otra forma en las edades avanzadas se acelera la tendencia al aumento.

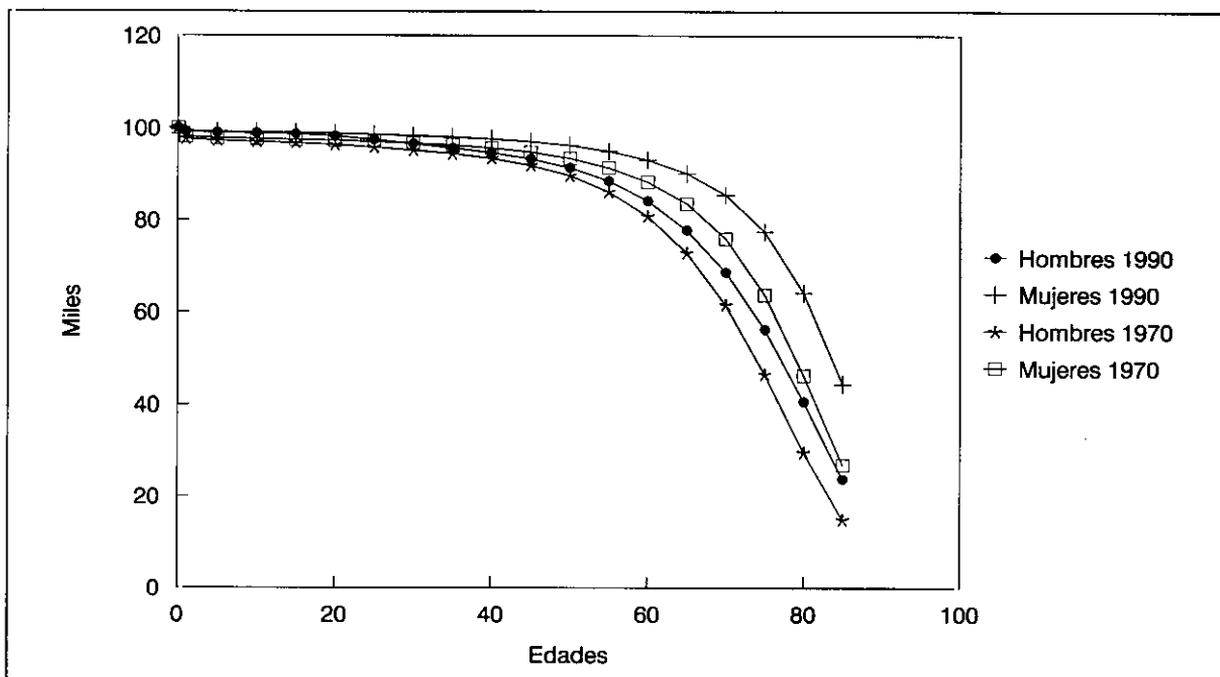
Trás esta pauta general comparamos, en el mismo gráfico, la evolución de la mortalidad por edad en los últimos 20 años a través de las curvas descritas por la mortalidad por edad en 1990 respecto a 1970, cuyos perfiles paralelos reflejan un menor riesgo de muerte para la población española de 1990 respecto al inicio del período considerado. Si bien, esto es cierto tanto para la población femenina como para la masculina desde su nacimiento hasta la pubertad, a partir de esas edades esta pauta se rompe debido a la mayor mortalidad de la población masculina en 1990, que supera a la que afectaba a las mujeres de 20 años antes. Por lo tanto, quedan representadas una mayor mortalidad en hombres —superior en 1970 que en 1990— que en las mujeres, con idéntica gradación.

Sin duda el rasgo más sobresaliente del gráfico 1 es la existencia de una sobremortalidad juvenil, que aumenta y que también se prolonga —aunque con menor intensidad— a edades adultas en 1990. En este sector de la población se concentra la única excepción involutiva en la tendencia al descenso de las probabilidades de morir entre las dos décadas.

En el gráfico 2 presentamos la evolución descrita desde la perspectiva opuesta, la serie de supervivientes a cada edad para los dos momentos considerados, donde podemos observar el «desgaste» de esas generaciones ficticias, es decir, la disminución de sus efectivos, que comienza lentamente a partir de la pubertad acelerándose en edades avanzadas cada vez más tardíamente. Puede observarse como el descenso en «cascada» de supervivientes en 1990 se produce menos gradualmente que en 1970 por sobrevivir cada vez más volumen de población hasta edades más avanzadas.

También desde esta otra cara de la moneda —la conservación de la vida en lugar del riesgo de fallecer— se puede observar el aumento de la esperanza de vida de la población española (tabla 3), donde el número medio de años que quedan por vivir a cada una de las personas que alcanzan diferentes edades nos muestran una mejora en esa vida media a cualquier edad con la única y reiterada excepción en la población joven.

De la magnitud del cambio entre uno y otro momento estudiado nos dan muestra dos ejemplos. Un hombre al jubilarse vivirá 2 años más en



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Supervivientes. España, 1970-1990.

1990 que 20 años antes, cuando su esperanza de vida era ya de 15 años. Igualmente, en las tablas presentadas observamos que una mujer cuando termina su ciclo reproductivo en 1990, suponiendo que esto ocurra a los 45 años, le queda por vivir aún 37 años, 4 más que en el cercano 1970.

Detenemos el análisis de la mortalidad española aquí, pues seguidamente tendremos ocasión de abordar los componentes de los cambios someramente apuntados, para hallar respuesta a qué tipo de mortalidad le ha determinado y qué grupos de la población han contribuido a generarla.

3. ¿DE QUÉ MUEREN LOS ESPAÑOLES?

Antes de continuar el análisis de los cambios que se han producido en la mortalidad de los españoles en los últimos veinte años, parece aconsejable preguntarse acerca de algo más inmediato, es decir, sobre cuáles son las causas de fallecimiento más importantes en España en la actualidad.

La respuesta más concisa que podríamos dar sería la siguiente: los españoles mueren fundamentalmente de enfermedades del aparato circulatorio y de tumores. En menor medida, también, a causa de las producidas por las enfermedades del aparato respiratorio, muertes violentas y enfermedades del aparato digestivo. Los grupos de las enfermedades respiratorias y del aparato digestivo no se incluían en la tradicional descripción simplificadora de la mortalidad española, que como en otros países industrializados, se describía hasta muy recientemente a través de las tres «C»: corazón, cáncer, y circulación vial.

En España, como en cualquier país europeo occidental se ha alcanzado un desarrollo demográfico que garantiza a su población una vida media muy elevada, por lo que la mayoría de los fallecimientos se producen a edades avanzadas y por lo tanto por enfermedades degenerativas y crónicas y entre éstas han crecido las enfermedades respiratorias, ocupando la tercera causa de muerte en importancia (ver tasas en tabla 4). Téngase en cuenta que de cada 1000 fallecimientos que tuvieron lugar en 1990, 407 se produjeron por enfermedades del aparato circulatorio, 276 por tumores, 97 por enfermedades del aparato respiratorio, y 57 por muertes violentas, así como otras 56 por enfermedades

Tabla 4
Principales causas de mortalidad
en España, 1990
(Tasas x 100.000)

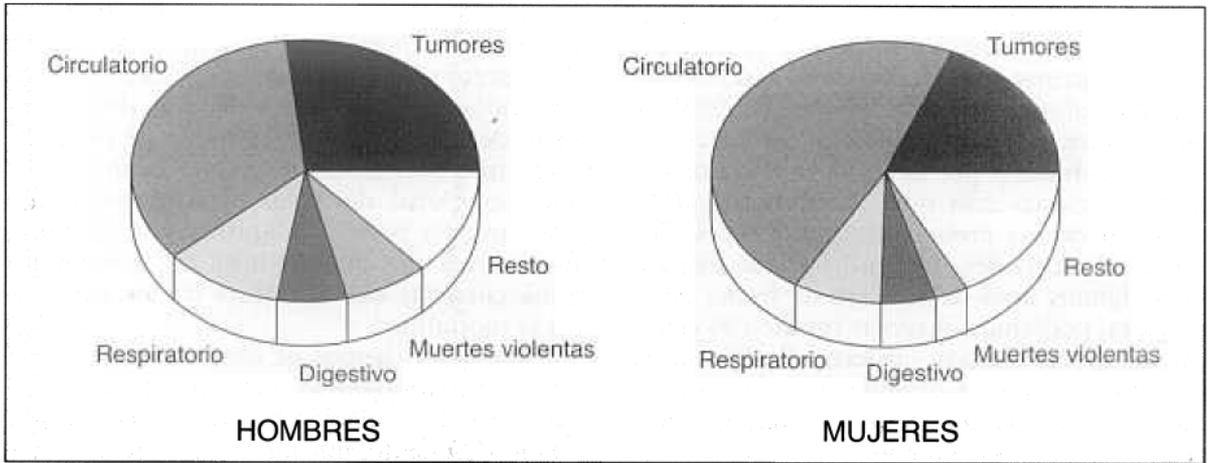
Causas	Hombres	Mujeres
Aparato Circulatorio	319.9	375.1
Tumores	247.1	149.1
Aparato Respiratorio	102.6	64.1
Aparato Digestivo	58.2	38.9
Muertes Violentas	73.2	24.5
Todas las causas	924.5	788.2

Fuente: O.M.S., 1993.

del aparato digestivo. Todas las demás enfermedades juntas sólo produjeron 107 defunciones. Es decir, alrededor del 90 % de las muertes en España han sido producidas por los fallecimientos causados por las enfermedades que constituyen esos 5 grupos de causas (gráfico 3), como queda reflejado en su mortalidad, a través de las tasas por causa presentadas en la tabla 4.

Por lo tanto, la mortalidad global de los españoles queda enmascarada por la correspondiente a sus ancianos, y sólo una observación a través de métodos adecuados nos permitirá desarticular este efecto de la estructura de la población sobre la mortalidad, lo que abordaremos en el próximo apartado. Pero pospongamos ese objetivo de nuestro análisis para demostrar a través de algunas causas de muerte, incluidas dentro de esos grupos principales señalados, la existencia de una mortalidad diferencial por edad y/o género, que rompen el estricto determinismo biológico de la edad sobre el aumento de los riesgos de muerte al que nos hemos venido refiriendo y que ponen de manifiesto como distintos comportamientos ligados a estilos de vida diferentes pueden conducir a diferentes tipos de muerte⁴. Vamos, por tanto, a señalar algunos ejemplos, refiriéndonos a la disparidad del perfil por edad que presentan algunas de las causas de fallecimiento que están incluidas en los grupos mencionados y que nos serán de gran utilidad para el análisis más sutil de los componentes del cambio entre 1970 y 1990.

Dentro de las **enfermedades del aparato circulatorio** destacan por su intensidad dos de ellas: las enfermedades cerebro-vasculares y el infarto, ambas reflejadas en el gráfico 4. El conjunto de este grupo de mortalidad evoluciona con la edad siguiendo un perfil similar al

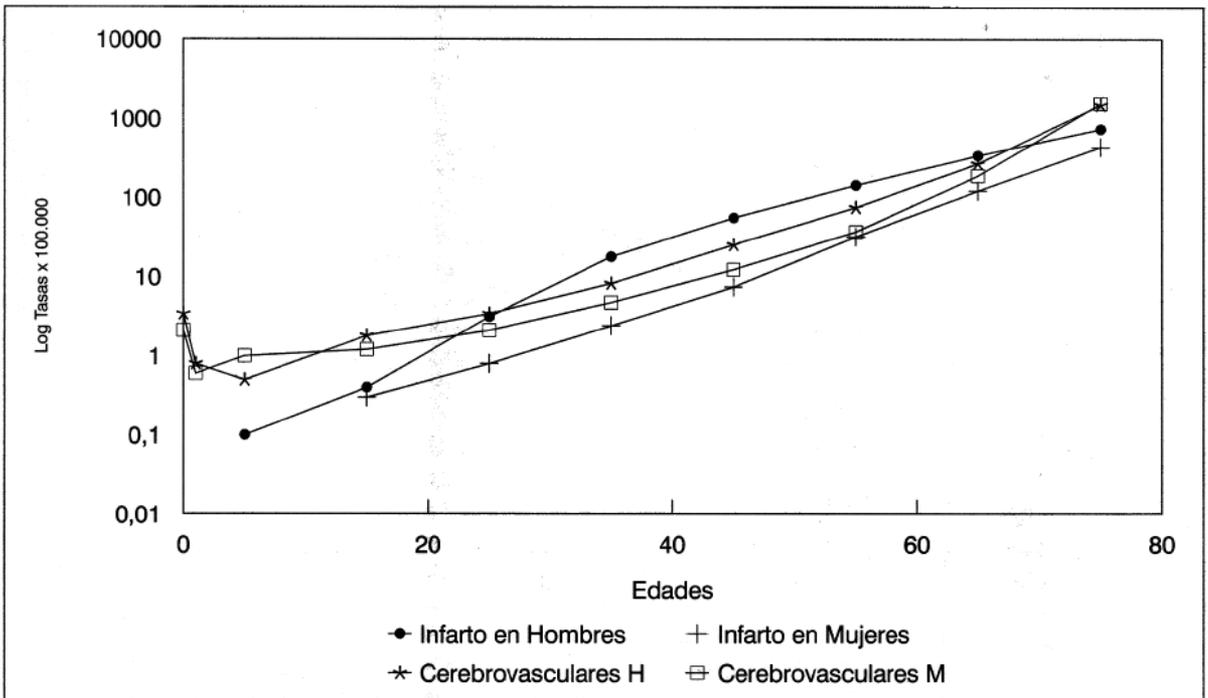


Fuente: Elaboración propia. Datos OMS, 1993.

Gráfico 3. Causas de Muerte. España, 1990.

de la mortalidad total representado en el gráfico 1, sin embargo, las dos causas seleccionadas reflejan una distribución por edad muy diferente ya que si la primera de ellas —enfermedades cerebrovasculares— muestra una distribución similar a la del grupo en la que superados los riesgos del inicio de la vida, estos

disminuyen para aumentar gradualmente con la edad, en la mortalidad por infarto, por el contrario, muestra una mortalidad masculina que crece aceleradamente durante la juventud, produciéndose una sobremortalidad muy elevada que evidencia los efectos de factores sociales sobre los biológicos.



Fuente: Elaboración propia. Datos OMS, 1993.

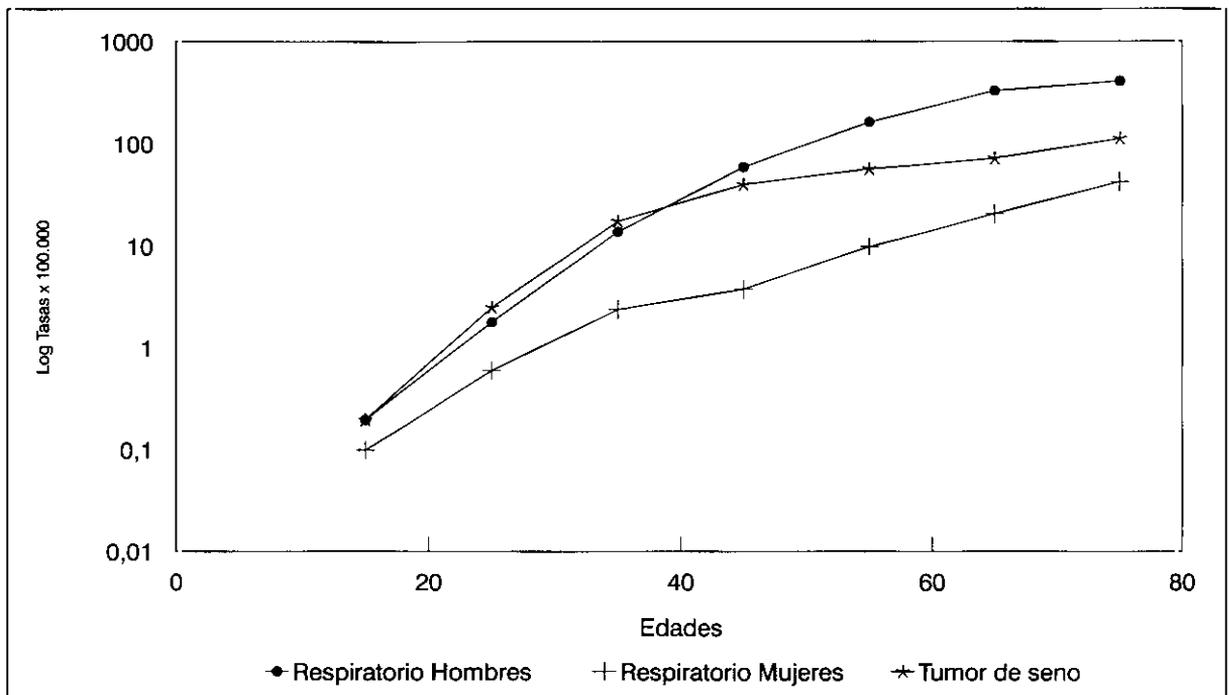
Gráfico 4. Mortalidad por Causa, 1990. Enfermedades del Aparato Circulatorio.

Si tomamos el grupo de los **Tumores** como ejemplo, hemos de considerar que la mayoría de los procesos cancerosos —aunque no todos— son el resultado de la acumulación de defectos en los mecanismos de control del funcionamiento celular, y por tanto el envejecimiento de las personas está muy relacionado con el aumento de las probabilidades de morir por estas enfermedades. Sin embargo, si analizamos algunos tipos de tumores de forma desagregada, podremos observar (gráfico 5) como este grupo de causas encierra distribuciones por edad diferentes dependiendo del tipo de tumor que analicemos y en función de si nos referimos a hombres o a mujeres.

Uno de los tumores que más relevancia tiene en la actualidad es el tumor del aparato respiratorio, que hasta el presente afecta diferencialmente a la población masculina debido a hábitos de tabaquismo distintos en las generaciones adultas, produciéndose una sobremortalidad por género por esta causa concreta a cualquier edad, pero especialmente en la madurez. Sin embargo, esta ventaja de la población femenina se ve eclipsada por el tumor de seno que durante la juventud y hasta

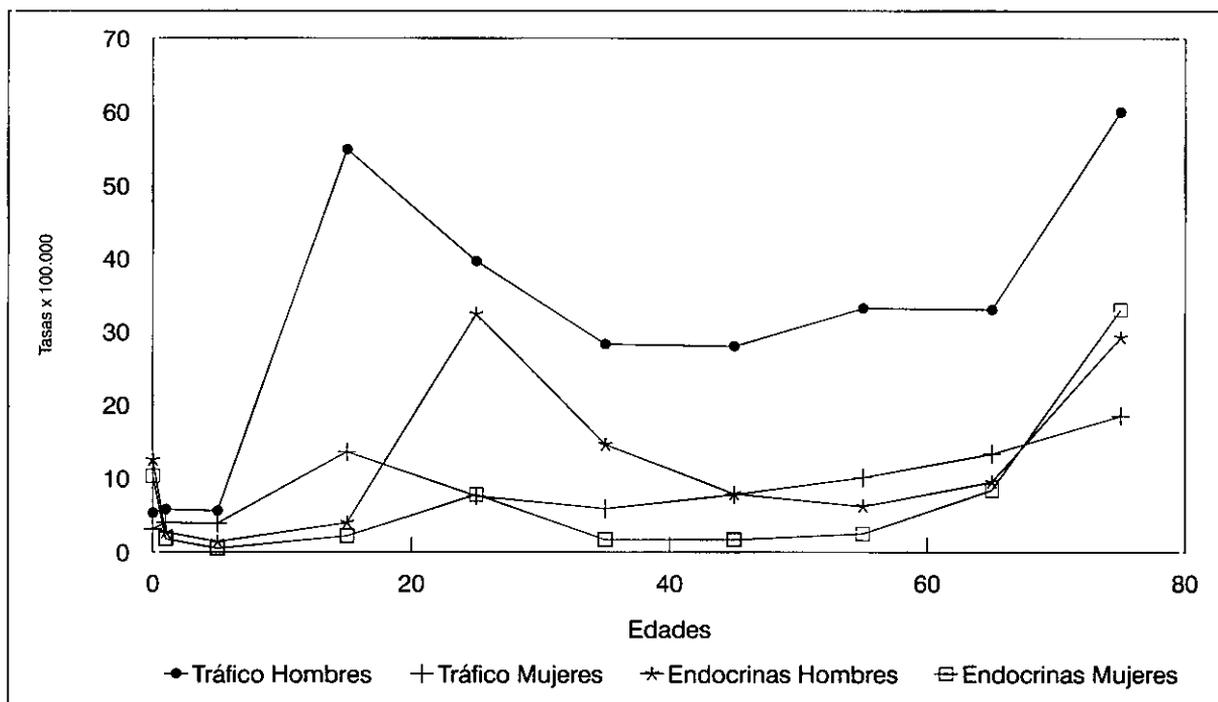
los 40 años crece aceleradamente, superando incluso a la mortalidad masculina por tumor de aparato respiratorio en esas edades y manteniéndose en tasas a considerar durante el resto del ciclo de vida. Este tipo de información, que habitualmente queda oculta en un análisis global del total de tumores, es de gran interés para la planificación sanitaria, pero no es menor a la hora de analizar las consecuencias demográficas de los cambios en la mortalidad.

Finalmente, hemos de observar el gráfico 6 en el que la mortalidad representada poco tiene que ver con la relación biológica entre edad y riesgo de muerte, por tratarse de una mortalidad social y que caracteriza a la que afecta a los jóvenes; una baja mortalidad alterada por las **causas violentas**, especialmente las muertes producidas por accidentes de tráfico. Los comportamientos de riesgo diferenciales a esas edades, que se agudizan entre hombres y mujeres explican la espectacular sobremortalidad masculina de la juventud por esta causa, que sólo vuelve a alcanzarse entre los ancianos. No obstante, a esta mortalidad potencialmente evitable en edades jóvenes, se une



Fuente: Elaboración propia. Datos OMS, 1993.

Gráfico 5. Mortalidad por Causa, 1990. Tumores.



Fuente: Elaboración propia. Datos OMS, 1993.

Gráfico 6. Mortalidad por Causa. Muertes Violentas y Sistema Inmune.

desde los años ochenta la mortalidad provocada por la pandemia de Sida, una mortalidad también relativamente evitable de ahora en adelante, —una vez conocidas las vías de contagio—. Así, la mortalidad por **enfermedades del metabolismo, endocrinas y trastornos de la inmunidad**, que afectaba fundamentalmente a los ancianos hasta hace unos años, debido a la aparición de del VIH se ha convertido en una causa de muerte característica de la juventud y de los adultos jóvenes que probablemente llegará a alcanzar y desgraciadamente a superar la frecuencia de las muertes por vehículos a motor. Es notable la sobremortalidad masculina también en esta causa, explicable hasta el momento por las vías de contagio que predominaron al inicio de la epidemia, situación que no podemos extrapolar al futuro dados los cambios observados en los últimos años en la trasmisión de la enfermedad.

Creemos que estos ejemplos justifican el título del presente apartado, pues hemos querido poner de relieve la influencia decisiva de factores sociales en la mortalidad, más allá de los factores biológicos que mantienen la relación entre envejecimiento y muerte.

Por ello, es preciso conocer cuales han sido los cambios que han tenido lugar en estos últimos 20 años para superar una valoración global, que aunque de gran utilidad oculta una rica información sobre el proceso.

4. EL DESCENSO ACTUAL DE LA MORTALIDAD ⁵

El indicador sintético por excelencia para medir la mortalidad de una población es su esperanza de vida, pero aún siendo el mejor nos vemos obligados a descomponerle para analizar dos aspectos fundamentales de su medida, que en el caso de España indica una mejora constante de la supervivencia de sus habitantes. En primer lugar, es preciso saber cuáles son los grupos de edad de la población que consiguen esos logros y por otra parte, a través de las causas de muerte de las que nos informa este estudio, saber si el control de la muerte proviene de un descenso de los fallecimientos por enfermedades de origen degenerativo o social, unas y otras pilares de la mortalidad de las sociedades avanzadas en su

Transición Sanitaria a la que ya nos hemos referido en nuestra introducción.

4.1. El impulso de la vejez y el freno de la juventud

Durante el período estudiado la vida media de los españoles aumenta casi en cuatro años y medio, lo que fundamentalmente se debió a la aportación de nuestros mayores —con casi un 70% del aumento de la vida media española— y en menor medida de nuestros pequeños —con un 23%— como podemos ver en la tabla 5. En efecto, la caída de la mortalidad en los extremos de la pirámide de población nutre de longevidad al resto, primero, permitiendo que se produzcan ciclos vitales que años atrás se truncaban, posteriormente prolongando la vida de los mayores de 50 años y sobre todo de los que superan los 70 como nunca se había logrado antes. De modo que de los 4,5 años que aumentó la esperanza de vida desde 1970 a 1990, 3 años se debieron a la contribución de nuestras generaciones mayores y otro año a los niños menores de 1 año. Esta última aportación nos muestra que, aún hoy, no está agotada la que ha sido fuente principal de vida en la transición de la mortalidad durante el presente siglo.

La primera conclusión del análisis por edad previo y del reflejado en la última tabla presentada es la existencia de una dilación de la muerte cada vez a edades más avanzadas, o lo que es lo mismo una redistribución del aumento de la esperanza de vida de las edades jóvenes a las ancianas. Esta reestructuración por

edad de las ganancias en la vida media es una característica fundamental de la cuarta fase de la Transición Epidemiológica; y constituye uno de los factores del envejecimiento de la población española.

Es evidente, que en demografía y, especialmente en la mortalidad de las poblaciones, los cambios llevan aparejadas consecuencias con efectos «retardados», porque es en la vejez cuando se manifiestan la acumulación de efectos beneficiosos y nocivos para la salud de toda una historia de vida. Aplicado ésto a la ventajosa evolución de la mortalidad de nuestros ancianos nos señala la existencia de un «efecto generacional» dentro del análisis por edad. Durante la modernización de las sociedades se produce un cambio en el estilo de vida de las poblaciones del que se desprenden efectos beneficiosos y también efectos nocivos para sus habitantes.

Nuestros ancianos pertenecen a generaciones nacidas a principios del presente siglo y por lo tanto sus ciclos vitales han transcurrido sólo en parte en el seno de las sociedades industrializadas del presente, por lo que se han visto «perjudicados» en menor medida que las generaciones de sus hijos por los efectos insalubres del estilo de vida de nuestra sociedad de hoy. Ellos sobrevivieron a la alta mortalidad del pasado y se han ido beneficiando de los importantes avances médico-sanitarios del siglo XX de los que disponen al llegar a la vejez. De este modo se benefician de lo mejor de dos mundos, coincidiendo además su ancianidad con un estado de bienestar que los protege social y económicamente como nunca antes había tenido lugar.

Tabla 5

Contribuciones a la evolución de la esperanza de vida. España, 1970/90

Ganancias en la Esperanza de Vida: Años x 100 (%).

Grupos de edad	Hombres 1970/90	Mujeres 1970/90	Total 1970/90
Total	357 (100)	546 (100)	446 (100)
0	109 (30.4)	91 (16.6)	101 (22.6)
1-4	16 (4.5)	15 (2.8)	16 (3.6)
5-14	13 (3.7)	10 (1.8)	12 (2.6)
15-29	-22 (-6.2)	8 (1.4)	-9 (-1.9)
30-49	9 (2.6)	47 (8.7)	27 (6.0)
50-69	110 (30.8)	149 (27.4)	126 (28.2)
70+	122 (34.1)	226 (41.4)	174 (39.0)

Fuente: Gómez Redondo, 1995.

Por otra parte, en la tabla presentada se observa que la población femenina y masculina colaboran en esa lucha contra la muerte con desigual éxito, pero las conclusiones expuestas son válidas tanto para hombres como para mujeres, con una sólo y relevante excepción. Obsérvese, como sólo un grupo de edad —la juventud— resta años de vida a la evolución descrita exclusivamente entre la población masculina. Este freno, que aparece leve considerando globalmente los 20 años estudiados, surge en la década de los ochenta, período durante el cual esta contribución negativa se extiende también a los adultos jóvenes, anulando los logros de toda la población masculina de más de 50 años de edad. Naturalmente existen algunas otras matizaciones que abordaremos próximamente en un análisis diferencial por género.

4.2. Avances en el control relativo de la mortalidad degenerativa y el escollo de la mortalidad social

Los logros en retrasar cada vez más la edad media del fallecimiento se deben al descenso de la mortalidad por enfermedades consideradas degenerativas, lo que constituye una de las características de las sociedades que alcanzan la cuarta fase de la Transición Epidemiológica. Esta caída se produce fundamentalmente en las del aparato circulatorio (con excepción del infarto y otras enfermedades isquémicas), que aportan por sí solas la mitad de las ganancias de vida conseguidas durante el periodo. También, aunque a mucha distancia, las enfermedades del aparato respiratorio y en tercer lugar, todavía hoy, se cuenta con la aportación originada por el descenso de la mortalidad por algunas enfermedades infecciosas (tabla 6).

Tabla 6
Causas principales por su contribución a la evolución de la esperanza de vida.
España, 1970/90

POSITIVA (contribución porcentual %)

Hombres:

- 1) Enfermedades del aparato circulatorio (salvo infarto y otras isquémicas): 38.1
- 2) Enfermedades cerebrovasculares: 17.6.
- 3) Bronquitis crónica, enfisema y asma: 13.1.
- 4) Neumonía: 12.0.
- 5) Tuberculosis: 7.4.
- 6) Resto de enfermedades infecciosas: 6.4.

Mujeres:

- 1) Enfermedades del aparato circulatorio (salvo infarto y otras isquémicas): 32.8.
- 2) Enfermedades cerebrovasculares: 16.0.
- 3) Bronquitis crónica, enfisema y asma: 8.6.
- 4) Neumonía: 3.1.
- 5) Resto de enfermedades infecciosas (salvo tuberculosis): 4.0.

NEGATIVA (contribución porcentual %)

Hombres:

- 1) Cáncer del aparato respiratorio: -11.8.
- 2) Cáncer del aparato digestivo: -6.7.
- 3) Accidentes de vehículos a motor: -6.7.
- 4) Enfermedades endocrinas (salvo diabetes) y trastornos de inmunidad: -7.3.
- 5) Infarto y otras enfermedades isquémicas: -4.3.

Mujeres:

- 1) Cáncer de mama: -3.1.
- 2) Accidentes de vehículos a motor: -1.3.
- 3) Cáncer del aparato digestivo: -0.8.
- 4) Enfermedades endocrinas (salvo diabetes) y trastornos de inmunidad: -1.2.

Fuente: Gómez Redondo, 1995.

No es la primera vez que llamamos la atención sobre la dificultad de dibujar el umbral entre las enfermedades exógenas y endógenas, pues la evolución del conocimiento científico-médico nos obliga a situar una frontera móvil, que varía a lo largo de la historia. Pero aún con todas las matizaciones posibles, el hecho de que sean las enfermedades degenerativas descritas las que aportan longevidad a la población española, indica que se trata de un logro sobre la relación biológica edad-riesgo de muerte gracias a avances terapéuticos dentro de un contexto de mejora generalizada en las condiciones de vida.

Paradójicamente, es la mortalidad ligada a determinados comportamientos, la que contribuye negativamente al aumento de la esperanza de vida, lo que ocurre con mayor nitidez en la población masculina. A pesar de que los tumores pueden ser considerados como enfermedades degenerativas, cada vez existe mayor base científica en la afirmación de que el desarrollo de algunos de ellos están estrechamente asociados a ciertos hábitos determinados culturalmente como son el tabaquismo en el del aparato respiratorio, la alimentación (consumo de ácidos grasos saturados) en el del aparato digestivo y también en el de mama (junto a las pautas reproductivas en esta última enfermedad), cuyas respectivas mortalidades podrían sino evitarse, sí reducirse. Por otra parte, no existe duda sobre la etiología «social» de las otras dos causas de muerte, que aparecen en la tabla restando vida a toda la población, como son los accidentes de vehículos a motor y el infarto (hombres), que nos remiten a un estilo de vida ligado a ciertos «costes de la modernidad».

Mención aparte merece el grupo de causas que engloba los trastornos de la inmunidad, cuya importancia aumenta desgraciadamente con la aparición⁶ y rápida difusión del SIDA. Es una enfermedad difícilmente clasificable, ya que en el presente podemos considerarla social, ya que es posible prevenir su difusión, en ese sentido se trataría hoy de una enfermedad relativamente ligada al comportamiento, aunque en sus inicios se trató de una enfermedad de la que se desconocía las vías de transmisión, incluso su etiología vírica. En cualquier caso, se trata del mayor riesgo para la prolongación de la vida de la humanidad en el futuro inmediato, muestra de ello es el hecho de que

en sólo una década de registro la mortalidad por esta causa suponga en España el mismo grado de contribución negativa que los accidentes de tráfico.

Estamos pues ante una etapa «híbrida» en las que predominan las enfermedades degenerativas y sociales, durante la que las ganancias frente a la muerte se logran mediante la reducción de la mortalidad que producen las primeras, mientras que existen serias dificultades para lograrlo con las segundas, que por el contrario contribuyen a restar años de vida. Las oscilaciones y períodos de aumento en la mortalidad por causas violentas, así como la posibilidad del surgimiento de nuevas enfermedades infecciosas, como por ejemplo el SIDA, son considerados característicos de la última fase de la Transición Epidemiológica, lo que parece cumplirse en la evolución de la mortalidad española.

5. DIFERENCIAS ANTE LA MUERTE

En el presente existe una tendencia a la convergencia en la intensidad de la mortalidad de los diferentes países industrializados⁷ y en consecuencia en su estructura por edad y género, pero pese a ello persisten las diferencias. Hemos observado en el apartado dedicado a la Unión Europea como un hombre griego al nacer vivirá como media 3 años más que un francés, pero aún más destacable es el que dentro de un mismo estado se produzcan diferencias parecidas entre las regiones españolas con pautas de mortalidad más extremas –Castilla-León y Andalucía–. Así en 1990, un castellano-leonés tiene una vida media superior a un andaluz en casi 4 años (Jiménez-Aboitiz, Gómez-Redondo, Camarero y Serrano, 1995). Esta mortalidad diferencial la hallamos en los diferentes estudios realizados sobre la totalidad de España para diversos períodos recientes (Farré, 1988, Cohen, 1989, C.N.E, 1993, INE, 1994), así como en aquellos referidos a comunidades autónomas concretas (García Ballesteros, 1995; Blanes, 1995) y/o grupos de edad determinados (Trifiro, 1990; Gómez Redondo, 1992; Sanz y Ramiro, 1995; Genova, 1997).

Es evidente que tanto entre los países de la Unión Europea como en las regiones españolas se cuenta con unas condiciones de vida muy próximas y con unos medios para controlar la muerte prácticamente iguales; sin embar-

go, la desigualdad persiste. No vamos a detenernos aquí en las diferencias geográficas de la mortalidad, sino que pasamos a abordar una mortalidad diferencial mucho mayor que la mencionada, y más difícilmente justificable. Nos referimos a la mortalidad diferencial que encontramos entre los hombres y mujeres de cualquier población, cuya distancia en las sociedades de nuestro entorno es de 6 ó 7 años de vida media actualmente, casi el doble de la observada entre los países más dispares de la Unión Europea o de las autonomías españolas más distantes. Si cuando analizamos la mortalidad diferencial de distintas unidades geográficas podríamos formular la hipótesis de ser el reflejo de la diferente composición de sus respectivas estructuras sociales, conscientes de las diferencias existentes desde un criterio socioeconómico (Fox, 1978; Desplaques, 1984), es evidente que se trata de una aproximación incompleta, pues cuando abordamos la desigualdad en la mortalidad por género estamos hablando de una misma sociedad en la que existen unas similares condiciones socioeconómicas, y se cuenta con los mismos medios médico-sanitarios generalizados a toda la población. Probablemente entre la mortalidad diferencial geográfica y la hallada según el género podría haber una coincidencia causal, la existencia de diferentes estilos de vida determinados culturalmente.

5.1. El género, criterio de desigualdad

Dentro de la mortalidad diferencial quizá sea la existente entre los hombres y mujeres de las sociedades industrializadas donde encontremos la desigualdad ante la muerte más interesante por sorprendente (López y Ruzicka, 1983). A lo largo de su estudio se ha alcanzado un cierto consenso sobre la existencia de una desigualdad biológica (Waldron, 1983) solamente alterada por causas sociales en el pasado y en los países en desarrollo en la actualidad. En ambos casos se produce el mismo fenómeno, la mujer tiene un status inferior al hombre, lo que ha venido menguando su ventaja natural frente a la muerte. Prueba de ello, es el hecho de que aún en tan desiguales condiciones de vida desde el mismo nacimiento la sobremortalidad femenina se ha limitado a algunas edades críticas para la salud de la mujer —la pubertad y la maternidad—.

Superado el trato discriminatorio en la salud —lo que ocurre en los países industrializados del presente—, el desarrollo beneficia a las mujeres aflorando su mayor resistencia genética. No obstante, estamos lejos de adoptar como única esta explicación determinista, que podría justificar parte de la diferencia, aproximadamente la que hallamos en la población infantil, cuando esos futuros hombres y mujeres aún no han acumulado sobre su salud los efectos de los distintos roles que desempeñan en las sociedades a las que pertenecen.

Hemos venido observando previamente la situación privilegiada de las españolas con respecto a sus compañeros en las distintas tablas y gráficos presentados, es por tanto el momento de analizar las características de esa desigualdad en la actualidad y su tendencia en los últimos veinte años, pues creemos que el análisis del conocimiento de la desigual mortalidad entre hombres y mujeres puede arrojar luz sobre la importancia de los factores impulsores de esa divergente situación ante la muerte. Analizaremos no sólo la distancia entre ambas mortalidades sino en que etapas de la vida de estas dos poblaciones se producen las mayores diferencias y también que enfermedades causan la mayor desigualdad de la población española en la actualidad. El método más adecuado para lograr este objetivo es comparar las tablas de mortalidad de las dos poblaciones⁸ al inicio y al final del período analizado.

En 1970, ellas vivían alrededor de 5 años como media más que ellos y veinte años más tarde la distancia aumentaba a 7 años (tabla 7), pero las diferencias sustanciales las encontramos a partir de los 15 años, concentrándose más del 80 % de esa distancia a partir de los 30 años de edad. No obstante, es el grupo de adultos mayores, 50-69, donde encontramos la mayor desigualdad por género ante la muerte, que por sí solo contribuye a la diferencia hallada en la población total con 2 y 3 años de esperanza de vida al principio y final del período respectivamente. Este grupo de adultos mayores es seguido en importancia por los ancianos y posteriormente por los adultos más jóvenes. Es de destacar que la sobremortalidad masculina infantil, que apuntábamos como ejemplo de muerte de origen más genético es menor en 1990 que en 1970, lo que obliga a poner en cuestión los argumentos exclusivamente biológicos de esta sobremortalidad temprana.

Tabla 7

Contribuciones a la desigualdad en la esperanza de vida entre hombres y mujeres. España, 1970 y 1990

Diferencia de esperanza de vida: Años x 100 (%)		
Grupos de edad	Diferencia 1970	Diferencia 1990
Total	539 (100)	727 (100)
0	36 (6.8)	11 (1.6)
1-4	5 (0.9)	3 (0.4)
5-14	10 (1.9)	6 (0.9)
15-29	44 (8.2)	80 (11.0)
30-49	78 (14.5)	122 (16.8)
50-69	225 (41.8)	277 (38.0)
70+	140 (25.9)	228 (31.3)

Causas principales por su contribución a la diferencia en la esperanza de vida (proporciones %).

	1970	1990
Infarto e isquémicas	11.9	13.3
Violentas, resto	11.9	7.7
Accidentes vehículos a motor	—	8.3
Aparato circulatorio, resto	9.8	—
Cáncer aparato respiratorio	9.4	16.2
Cáncer aparato digestivo	6.8	10.0
Cirrosis	6.4	—
Aparato respiratorio	—	8.6

Fuente: Gómez Redondo, 1995.

Cabe preguntarse ahora cuáles son las causas de muerte que producen esta desigualdad. Durante todo el período los grupos de causas que diferencian a los hombres y mujeres son las enfermedades del aparato circulatorio, las muertes por causas violentas y los tumores. Pero si desagregamos estos grupos podemos añadir más poder explicativo a esta información. En 1990, las tres causas más discriminantes son el tumor de aparato respiratorio, el infarto y las muertes violentas en su conjunto, que ya eran sobresalientes en 1970 junto a otras enfermedades del aparato circulatorio⁹. Obsérvese que son casi todas ellas enfermedades asociadas a ciertos comportamientos de riesgo más extendidos entre la población masculina como indicamos con anterioridad. Naturalmente, aquí presentamos las causas de muerte en las que se produce la sobremortalidad masculina para el conjunto de la población a fin de obviar reiteraciones, pero

del análisis por edad se deduce que éstas desigualdades se concentran en enfermedades degenerativas en los adultos mayores y ancianos y en las enfermedades ligadas al comportamiento en los jóvenes y adultos menores de 50 años.

5.2. Los comportamientos se asemejan, la desigualdad crece

El desarrollo experimentado por los países industrializados ha beneficiado diferencialmente a las mujeres respecto a los hombres y eso se refleja en la duración de su vida media. Aún habiendo alcanzado unos niveles de mortalidad tan bajos como los que tiene la población española, su desigualdad por género ante la muerte sigue siendo creciente. Durante el período la prolongación de la vida media de las mujeres aumenta casi dos años más que la lograda por los hombres (tabla 8), pero obsérvese que esta tendencia a la divergencia no es generalizable a toda la población, sino sólo a la mitad superior de la su pirámide, concretamente por encima de los 15 años, edad a partir de la cual toda la población contribuye al aumento de la distancia entre hombres y mujeres, aunque esta aportación se concentre a partir de los 30 años, y muy especialmente en el grupo de los ancianos, responsables de la mitad de esta prolongación desigual de la vida. Por esta razón podemos decir que la población española se feminiza vía mortalidad, pero la población más feminizada es la de nuestros ancianos. Por el contrario, los niños apenas tienen peso en esta evolución, pero en cualquier caso son leves aportaciones hacia la convergencia, es decir, en sentido contrario a la tendencia general.

En cuanto a las causas de fallecimiento que destacan en ese aumento reciente de la desigualdad entre la población femenina y masculina española vuelven a destacar algunas de las anteriormente mencionadas y que nos remiten a comportamientos diferenciales por género en las generaciones de nuestros mayores. Véase en la tabla 8 cómo las dos causas de muerte principales en el aumento de las diferencias ante la muerte se deben al infarto y otras enfermedades isquémicas y al tumor del aparato respiratorio¹⁰.

Tabla 8

Contribuciones a la evolución de la diferencia por género en la esperanza de vida. España, 1970/90

Diferencia de esperanza de vida: Años x 100 (%)	
Grupos de edad	Evolución 1970/1990
Total	189 (100)
0	-18 (-9.4)
1-4	-1 (-0.4)
5-14	-4 (-1.9)
15-29	30 (15.7)
30-49	38 (20.0)
50-69	39 (20.8)
70+	104 (55.2)

Causas principales por su contribución al aumento de la diferencia (proporciones %).

- 1) Infarto e isquémicas (23.3)
- 2) Cáncer del aparato respiratorio (22.4)
- 3) Enfermedades cerebrovasculares (14.0)
- 4) Enfermedades del aparato respiratorio (13.8)

Fuente: Gómez Redondo, 1995.

El perfil por edad y causas de esta desigualdad por género nos remite a una superposición de factores sociales a los de origen genético que la determinan (Hart, 1989). Las enfermedades mencionadas están ligadas a hábitos casi exclusivos de la población masculina en las generaciones ahora adultas, como lo son el tabaquismo, exceso en el consumo de alcohol además de un estilo de vida ligado a un mayor riesgo y estrés, determinados culturalmente.

Es evidente que la estabilización de las diferencias en la mortalidad entre hombres y mujeres, incluida entre las características de la 4ª fase de la Transición, es más una pauta de futuro que una descripción del presente, pero desde luego no existe ninguna duda de que está lejos de ocurrir en la población española.

Decíamos anteriormente que nos hallábamos ante uno de los procesos más interesantes de la mortalidad diferencial, pues nos referimos a subpoblaciones que comparten un medio socioeconómico prácticamente igual, cuyas similares condiciones de vida se traducen en una desigual longevidad, lo que no puede ser explicado por encontrarse en estratos muy diferentes en la estructura social, pero aún es más complicado explicar por qué ellos cada vez mueren más tempranamente que ellas, es decir por qué esta desi-

gualdad es creciente. Nuevamente, considerando que son las ancianas las principales responsables de esa evolución divergente tenemos que recordar lo dicho en páginas anteriores sobre el efecto generación. Los hombres y mujeres que componen hoy nuestra ancianidad han tenido una división estricta de roles durante todo su ciclo vital y debido a ello, a lo largo del presente siglo, se han beneficiado diferencialmente de los cambios socioeconómicos y médicos que en su transcurso han tenido lugar. Esta privilegiada evolución de las españolas y de las más mayores en particular parece lograrse por una doble vía.

Es indiscutible que ciertos comportamientos tradicionalmente masculinos como el tabaquismo, el consumo de alcohol y el estrés se han difundido en mayor medida entre la población masculina, pues el lugar ocupado por las mujeres en la sociedad no les permitía esta elección hasta muy recientemente. En el estadio de la transición de la mortalidad en la que nos encontramos, y al descender la mortalidad por otras causas, este «privilegio» de los hombres tiene una contrapartida clara en su salud.

Por otra parte, los beneficios, ligados a los progresos médicos habrían de beneficiar por igual a toda la población y sin embargo, han favorecido en mayor medida a las mujeres. Existen datos suficientes sobre una mayor predisposición de la mujer a la prevención de la enfermedad y a una mejor comunicación con el médico (Durán, 1983; Llacer y Colomer, 1992; Miguel, 1994; Collado y Miguel, 1995), lo que es decisivo en esta etapa en la que es crítico el papel desempeñado por el individuo en la promoción de la salud (Bernabeu Mestre, 1995).

Quizá tras este telón de fondo de la mortalidad diferencial se hallen dos construcciones sociales de la salud, de donde surgen valores distintos que orientan los comportamientos de hombres y mujeres de distinto modo ante el riesgo y la enfermedad. La población femenina constituida por nuestras ancianas, forzosamente rezagadas en la vida económicamente activa y en casi todas las parcelas de la vida social, han recogido como único beneficio el no participar hasta el presente en estos efectos nocivos de las sociedades avanzadas. A ello se ha sumado el hecho de que la cultura femenina ha orientado el comportamiento hacía la prevención de la enfermedad, de tal modo que tal como expresa magistralmente Vallín (1989),

la mujer ha llevado a cabo dos conquistas. Por un lado una reconquista de la ventaja biológica, desaparecidos los obstáculos sociales que discriminaban su salud, y una conquista nueva; su comportamiento femenino se beneficia diferencialmente del desarrollo y del progreso sanitario que conlleva.

El efecto acumulativo antes aludido nos permite considerar que el similar estilo de vida de las generaciones jóvenes desde su infancia no puede traducirse aún en una alteración de su desigualdad ante la muerte. Es pronto para evaluar los efectos nocivos ligados a ciertos comportamientos a lo largo de una vida, que contribuyen a generar enfermedades degenerativas y crónicas o a potenciarlas hasta producir la muerte. En lo que a la aparición de mortalidad social de efecto inmediato se refiere, como son las muertes violentas, todavía no existe una disminución clara de esta mortalidad diferencial.

Conclusiones

Tras una tardía iniciación, pero acelerado desarrollo, España se ha situado en la última etapa descrita de su Transición Sanitaria, en la que alcanza unos de los más bajos niveles de mortalidad de la Unión Europea, que se caracteriza por concentrarse en edades avanzadas y que es generada casi exclusivamente por dos tipos de enfermedades de etiología diferente: las enfermedades degenerativas y las del comportamiento.

Pero esta situación privilegiada se ha agudizado entre 1970 y 1990, a lo largo de un proceso en el que se producen dos paradojas estrechamente relacionadas. La dilación de la muerte cada vez a edades más avanzadas desemboca en que sea la población anciana —los que están en «edad de fallecer»— la fuente de vida de nuestra pirámide de edades, mientras que aquella se escapa a través de nuestra población en «edad de producir y de reproducirse», especialmente a través de la pérdida de años jóvenes. La consecuencia obvia de ello es el que la mortalidad se convierte en el componente más importante del envejecimiento de la población española a corto plazo.

En relación con esta evolución debemos considerar los extraordinarios avances científi-

cos y médicos de los últimos veinte años, que han permitido controlar algunas e importantes enfermedades degenerativas, ganando con ello años de vida gracias al control de la muerte que «a priori» consideramos más dependiente de la relación biológica entre edad y riesgo de fallecimiento. Por el contrario, las muertes dependientes del comportamiento, las que denominamos sociales constituyen un freno para un aumento potencialmente mayor de la vida media.

En consecuencia, la longevidad de la población española podría ser mayor sin necesidad de recurrir a la medicina, sino a través de la promoción de su salud, en buena medida en manos de sus hombres y mujeres, pues en el estadio actual cuanto más baja sea la mortalidad más dependiente será del comportamiento de los individuos. Por ello, el perfil de la mortalidad española en la actualidad representa algo más que una relación biológica entre la edad y el riesgo de morir.

Sin embargo, falta saber si es posible añadir más años a la vida, cuando queremos añadir cierto tipo de vida a los años; la «vida» de la que deseamos disfrutar según los valores dominantes en nuestra cultura. De hecho, la privilegiada situación de nuestros ancianos puede deberse a estar beneficiándose en su vejez de los avances médicos y el bienestar social de las sociedades avanzadas sin haber acumulado en su salud los costes del estilo de vida de estas últimas a lo largo de todo su ciclo vital.

La respuesta a la pregunta previa puede hallarse en el mismo origen de la permanencia de mortalidad diferencial entre poblaciones pertenecientes a un contexto similar, pues a partir de un umbral de vida media no existe estricta correspondencia entre ésta y el nivel socioeconómico de una población. De hecho, la mayor desigualdad ante la muerte la hallamos, también paradójicamente, entre los hombres y las mujeres que comparten cualquier sociedad, siendo éstas últimas más longevas. En el caso estudiado, esta mortalidad diferencial, se debe fundamentalmente a la mortalidad ligada al comportamiento, y afecta a toda la pirámide de población, extremándose en los adultos mayores, pero aumentando más rápidamente en los ancianos.

Diferentes construcciones sociales de la salud, la vida y la muerte explican unos com-

portamientos orientados diferencialmente frente al riesgo y la prevención de hombres y mujeres, que han hecho que la mujer reconquiste su ventaja biológica, eclipsada en las sociedades tradicionales, y la incrementando alcanzando una situación de creciente privilegio en la duración de su vida. Durante el período estudiado, las ancianas españolas representan un papel fundamental en el aumento de la esperanza de vida, y en consecuencia si esta mortalidad diferencial venía generando a corto y medio plazo una feminización de la población, es mucho mayor la feminización de nuestros ancianos. Estas mujeres compartieron un mismo entorno socio-económico pero no el mismo estilo de vida que sus compañeros; sus comportamientos, a veces opcionales, otras forzados fueron distintos y esto ha quedado reflejado en sus líneas de vida permitiéndolas sobrevivir a una vejez más avanzada.

En la historia de la humanidad nunca los comportamientos de los individuos han podido influir tanto en su mortalidad como en los países avanzados, en donde no parece vislumbrarse el fin del aumento de la vida media de sus poblaciones a medio plazo al no haber alcanzado los límites biológicos conocidos. Naturalmente, esto es posible siempre que se mantengan los factores biológicos, medioambientales y sobre todo los que intervienen en la organización socioeconómica de las sociedades que han hecho posible el camino hasta ahora recorrido. Sin duda, el que pueda continuar esta evolución dependerá más del tipo de vida que deseemos y de los sistemas de creencias que presidan las sociedades del futuro que de el deseo universal de vivir más, cumpliéndose la máxima de Roussel según la cual «las poblaciones acaban por tener las demografías de sus culturas». En cualquier caso, una importante transformación de los ciclos vitales de nuestras poblaciones acaban de empezar, lo que implica importantes cambios en nuestros valores y en la organización de nuestras instituciones; en éste mundo ya no sólo se nace para reproducirse, trabajar y morir, ya que la prolongación de nuestras vidas, el progreso tecnológico y la organización de nuestras economías potencialmente permiten disponer de años de vida adicionales para el aprendizaje y el ocio en buen estado de salud, cuando hemos finalizado nuestras actividades productivas y reproductivas.

NOTAS

¹ El análisis presentado en este artículo ha sido realizado en el marco del proyecto DIGICYT (PS93-0058).

² Motivo por el que tomamos ese año como punto de partida del análisis evolutivo que desarrollaremos posteriormente.

³ El criterio socioeconómico, que sería prioritario en un estudio de mortalidad diferencial, no es abordable para España por el momento, debido a la escasa validez desde una perspectiva sociológica de los datos ofrecidos en el movimiento natural de la población y la ausencia de correspondencia entre la clasificación de esta fuente y los datos censales.

⁴ Incluso la etiología de las enfermedades que constituyen los dos grupos principales de causas de muerte, considerados tradicionalmente de naturaleza degenerativa, va siendo matizada a medida que se ha comprobado como los hábitos y comportamientos de alimentación, ejercicio físico, etc. son factores impulsores de su aparición y desarrollo.

⁵ Los resultados relativos a 1990 de los apartados 4 y 5 han sido obtenidos como parte de un estudio más amplio desarrollado por el equipo investigador formado por Ricardo Jiménez-Aboitiz, Luis Alfonso Camarero, Miguel A. Serrano y dirigido por Rosa Gómez-Redondo y que cuenta con la subvención citada anteriormente en nota 1.

⁶ Esta causa aparece en este análisis de evolución como una de las causas principales en frenar un potencial aumento de la esperanza de vida, a pesar de que analizamos las causas de fallecimiento globalmente para el total de la población, pero recuerdese el gráfico 6 en donde se representa la intensidad que adquiere este tipo de mortalidad en las edades jóvenes. De hecho la población entre 15 y 49 resta medio año de vida a la esperanza de vida española en el período estudiado, lo que es excepcional en tan corto período de tiempo, ya que los fallecimientos por SIDA sólo comienzan a registrarse a partir de 1981.

⁷ Tras la segunda guerra mundial, incluso parece reducirse el abismo existente, aún hoy, entre el primer y el tercer mundo (Vallín, 1995), evolución que ahora parece incierta tras la aparición de la pandemia de SIDA que ataca con extremada virulencia a algunos países en desarrollo.

⁸ Utilizamos el método descrito en el apartado 1. Otro indicador frecuentemente utilizado es la relación entre los cocientes o las tasas, pero le consideramos menos adecuado, pues debido a la gran variación de los cocientes según la edad no tienen en cuenta su peso en la diferencia en la esperanza de vida al nacimiento.

⁹ Naturalmente, puesto que la esperanza de vida es un saldo al que contribuyen positiva y negativamente las diferentes causas de muerte, existen algunas causas que disminuyen las diferencias en perjuicio de las mujeres, es el caso de los tumores ginecológicos: tumor de útero y de mama. Este último tumor junto a algunos tipos de muertes violentas frenan la evolución ventajosa de éstas, aunque si bien es cierto, con una intensidad incomparablemente menor que las comentadas anteriormente.

¹⁰ Existen algunas enfermedades que contribuyen a acercar la esperanza de vida de hombres y mujeres, pero su aportación es muy leve en comparación con las causas que las distancian. No obstante, nuevamente tenemos que mencionar el tumor de mama, que es especialmente

destacable por su contribución negativa creciente durante las dos décadas consideradas.

BIBLIOGRAFÍA

- ARAGÓN, M.V., LLACER, A., MARTÍN, M. y MARTÍNEZ NAVARRO, F. (1993): *Mortalidad en España, 1989*. Madrid. Centro Nacional de Epidemiología.
- BERNABEU MESTRE, J. (1994): *Enfermedad y población*. Valencia. Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Monografies, 5.
- BLANES, A. (1995): Análisis de la variación de la esperanza de vida en Cataluña a partir de la edad, el sexo y las causas de muerte. *V Congreso Español de Sociología*. Granada. Sesión: Morbilidad, mortalidad y estilos de vida (comunicación). 28-30 septiembre.
- CALDWELL, J. et al (eds.). (1990): «What we know about Health Transition: The cultura, social, and behavioural determinants of health». *Proceedings of an International Workshop, Canberra, 1989*. Canberra.
- CASELLI, G. y EGIDI, V. (1981): «Nouvelles tendances de la mortalité en Europe», *Etudes démographiques* nº 5. Strasbourg. Conseil de l'Europe.
- COHEN, A. (1989): «Las disparidades geográficas de la mortalidad en España (1970-1980)», en *Análisis del desarrollo de la población española en el período 1970-1986*. Madrid. Síntesis, pp. 261-281.
- COLLADO, A. y DE MIGUEL, J. (1995): «Desigualdades sanitarias y sociales: Análisis de la Encuesta Nacional de la Salud». *II Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Renta y la Riqueza*. Madrid. Fundación Argentaria.
- DESPLAQUES, G. (1984): «L'inégalité sociale devant la mort». *Economie et statistique*, INSEE, nº 162, pp. 29-50.
- DURÁN, M.A. (1983): *Desigualdad Social y enfermedad*. Madrid. Tecnos.
- EUROSTAT, (1993, 1994): *Estadísticas Demográficas*. Luxemburgo.
- FARRE, M. (1988): *Une étude exploratoire de l'évolution de la mortalité par cause en Espagne 1960-1981*. Université Catholique de Louvain (Thèse de Maîtrise).
- FRENK, J., et al, (1991): «Elements for a theory of the health transition». *Health transition review*, vol 1, nº 1, pp. 21-38.
- FOX, A.J. (1978): *Occupation Mortality*. Office of Population. Londres. Censuses and Surveys.
- GARCÍA BALLESTEROS, A. y POZO, E., (1995): «Las desigualdades geográficas de la mortalidad en Madrid». *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, nº 15, pp. 539-548.
- GENOVA, R., (1996): «La mortalidad juvenil en la Comunidad de Madrid». *Boletín de la ADEH, XIV-II*, pp. 115-149.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1992): *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid. CIS- Siglo XXI.
- (1995). «Vejez prolongada y juventud menguada». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº 71-72, pp 79-108.
- HART, N. (1989): «Sex, gender and survival: inequalities of life chances between European men and women», en: *Health Inequalities in European Countries* ed. por Fox, J., European Science Foundation, Brookfield, Grower.
- INE, (1994): *Panorámica social de España*. Madrid. INE.
- JIMÉNEZ ABOITIZ, R. GÓMEZ REDONDO, R. CAMARERO, L.A. y SERRANO, M.A. (1995): «La desigualdad regional ante la muerte». Granada. *V Congreso Nacional de Sociología*.
- LERNER, M. (1973): «Modernization and health: a model of the health transition». San Francisco. *Reunion anual de la American Public Health Association*.
- LIVI-BACCI, M. (1990): *Historia mínima de la población mundial*. Barcelona. Ariel.
- LLACER, A. y COLOMER, C., (1992): «Utilización de servicios sanitarios», en Onis, M. De, y Villar, J., eds. (1992) *La mujer y la salud en España. Informe básico*. Volumen 4, 29, pp. 74-137. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.
- LÓPEZ, A. y RUZICKA, L., eds.(1983): *Sex differentials in mortality: trends, determinance and consequences*. Canberra. Australian National University.
- MIGUEL, J. de, (1994): «Salud y Sanidad, en Fundación Foessa Ed»,. *V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España: Sociedad para todos en el año 2000*, Capítulo 6. Tomo I, Madrid.
- MYERS, G. y MANTON, K.G., (1987): «The rate of Population aging: New views of Epidemiologic Transitions», en Maddox, G.L. y E.W. Busse, eds. *Aging: The universal Human experience*. pp. 263-283. Nueva York. Springer Publishing
- OLSHANSKY, S.J. y AULT, A.B. (1986): «The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases». *The Milbank Quarterly*, vol. 64, 3, pp. 355-391.
- OMRAN, A.R. (1972): «Epidemiologic Transition: Theory», en: Ross, J.A. ed., *International Encyclopedia of Population*, vol. 1, 172-175. The Free Press.
- OMS, (1993): *Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales*.
- PÉREZ MOREDA, V. (1980): *La crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX*. Madrid. Siglo XXI.
- POLLARD, J.H. (1982): «The expectation of life and its relationship to mortality», *Journal of Institute of Actuaries*, nº 109, pp.172-175.
- REHER, D.S., (1996): *La familia en España. Pasado y presente*. Madrid. Alianza Universidad.
- REHER, D., PÉREZ MOREDA, V. y BERNABEU MESTRE, J. (1994): «Mortalidad infantil y juvenil en Madrid, Castilla La Mancha y País Valenciano. Resultados provisionales de un proyecto de investigación». Madrid. *Instituto de Demografía, Serie Documentos de Trabajo*, nº 13.
- ROGERS, R.G. y HACKENBERG, R. (1987): «Extending epidemiologic transition theory». *Social Biology*, vol. 34, pp. 234-243.
- SANZ, A. y RAMIRO, D., (1995): «Estructuras internas de la mortalidad de la infancia en la España del siglo XX». Bilbao. *IV Congreso de la ADEH*.
- SEN, A. (1994): *Inequality reexamined*. Oxford University Press, Oxford.
- SCHOFIELD, R., REHER, D.S. and BIDEAU, A., eds. (1991): *The decline of mortality in Europe*. Oxford. Clarendon Press.

TRIFIRO, M.C. (1990): *Les diferencias regionales de mortalité en Espagne. Causes de decés et facteurs de risque chez les adultes*. Memoria de Grado de Maestría. Institut de Demographie. Université Catholique de Louvain.

VALLIN, J. (1988): «Évolution sociale et baisse de la mortalité: conquête ou reconquête d'un avantage

féminin». *Dossiers et Recherches*, n° 17. París. INED.

— (1995) *La Población Mundial*. Madrid. Alianza Editorial.

WALDRON, I., (1983): «Sex differences in Human Mortality: The role of Genetic factors». *Soc. Sci. Med.* n° 6, vol. 17, pp. 321-333.

REVISTA INTERNACIONAL DE
SOCIOLOGIA
INSTITUTO DE ESTUDIOS SOCIALES AVANZADOS
TERCERA ÉPOCA - Nº 17 - MAYO - AGOSTO, 1997

ESTUDIOS

EL DESAFÍO DEL UNIVERSALISMO EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL
PIERPAOLO DONATI

HACIA UNA RECONSTRUCCIÓN DEL MATERIALISMO HISTÓRICO
FRANCISCO HERREROS VÁZQUEZ

OPORTUNIDADES PARA LA DEMOCRATIZACIÓN EN LOS MUNICIPIOS
ESPAÑOLES
CLEMENTE J. NAVARROYÁÑEZ

LA MOVILIDAD SOCIAL DE LAS MUJERES Y EL PROBLEMA DE LA
UNIDAD DE ANÁLISIS DE CLASE
JAVIER ECHEVARRÍA ZABALZA

NOTAS

CAMBIOS EN LA NUPCIALIDAD DE LOS NAVARROS Y LOS VASCOS
JESÚS J. SÁNCHEZ BARRICARTE

UN MODELO DE DETERMINACIÓN SIMULTÁNEA DEL NÚMERO
Y CALIDAD DE HIJOS
Mª DEL MAR LLORENTE, E. COSTA y M. DÍAZ

LA VALORACIÓN DE LA PROPIA OCUPACIÓN
CARMUCA GÓMEZ BUENO

TEMAS

SOBRE LA TRADUCCIÓN: UN VIAJE DE IDA Y VUELTA *por Miguel Beltrán*



Consejo Superior de Investigaciones Científicas
SERVICIO DE PUBLICACIONES
Vitruvio, 8.
28006 Madrid (España)
Tif. 34-1-5855070

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN 1998

Para España

Anual (3 números) 5.000 ptas.
Número suelto 1.900 ptas.

Para el extranjero

Anual (3 números) 7.700 ptas.
Número suelto 3.100 ptas.