

85
2020

El reto de la longevidad en Andalucía

Causas, evolución y
consecuencias



Junta de Andalucía
Consejería de la Presidencia,
Administración Pública e Interior

CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES



Quiero Conocerme de la Primera Fuente al Mar.

IDAD

LA FUNDACIÓN CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES ES UNA ENTIDAD DE CARÁCTER CIENTÍFICO Y CULTURAL, SIN ÁNIMO DE LUCRO, ADSCRITA A LA CONSEJERÍA DE LA PRESIDENCIA, ADMINISTRACIÓN PÚBLICA E INTERIOR DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. ENTRE NUESTROS OBJETIVOS FUNDACIONALES SE ESTABLECEN EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, LA GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE LA REALIDAD SOCIAL, ECONÓMICA Y CULTURAL DE ANDALUCÍA Y LA DIFUSIÓN DE SUS RESULTADOS EN BENEFICIO DE TODA LA SOCIEDAD.

NUESTRO COMPROMISO CON EL PROGRESO DE ANDALUCÍA NOS IMPULSA A LA CREACIÓN DE ESPACIOS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTO CON LA COMUNIDAD CIENTÍFICA E INTELLECTUAL Y CON LA CIUDADANÍA EN GENERAL, Y A LA COLABORACIÓN ACTIVA CON LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.

LA COLECCIÓN ACTUALIDAD FORMA PARTE DEL CATÁLOGO DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS DE LA FUNDACIÓN Y ESTÁ DESTINADA TANTO AL LECTOR ESPECIALIZADO COMO A LA OPINIÓN PÚBLICA EN GENERAL. CADA UNA DE SUS EDICIONES SE ESTRUCTURA COMO INFORMES MONOGRÁFICOS PARA EL FOMENTO DE LA REFLEXIÓN Y EL ANÁLISIS SOBRE ASPECTOS DE RELEVANCIA PARA LA SOCIEDAD ANDALUZA DEL SIGLO XXI.

LAS OPINIONES PUBLICADAS POR LOS AUTORES EN ESTA COLECCIÓN SON DE SU EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.

© Del texto: sus autores, 2020
© De la edición: Fundación Pública Andaluza
Centro de Estudios Andaluces, marzo de 2020
Bailén 50, 41001 Sevilla.
Tel.: 955 055 210. Fax: 955 055 211
www.centrodeestudiosandaluces.es

Depósito Legal: SE-1688-05
I.S.S.N.: 1699-8294

Ejemplar Gratuito. Prohibida su venta.



El reto de la longevidad en Andalucía

Causas, evolución y
consecuencias

Juan Manuel García González (coord.)
Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

Rafael Grande
Universidad de Málaga

Agradecimientos

El presente trabajo ha sido resultado del proyecto de investigación PRY184/17 *¿Por qué vivimos menos años y con peor salud en Andalucía?* de la X Convocatoria de Proyectos de investigación, modalidad individual, de la Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces para el año 2017-2019.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Conceptos básicos	7
3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años.....	8
3.1. ¿Quién ha contribuido al aumento de la esperanza de vida?	9
4. Diferencias territoriales en esperanza de vida	13
5. Evolución de los indicadores de longevidad	15
6. La disminución en la brecha de género en esperanza de vida	17
6.1. Cambio en la brecha de género al nacimiento	17
6.2. Cambio en la brecha de género a los 65 años.....	20
7. Desigualdades territoriales en el envejecimiento de la estructura de la población andaluza	22
8. Conclusiones	27
Bibliografía.....	29

1. Introducción

Existe un gran consenso en torno a la idea de que el mayor logro que ha conseguido la humanidad durante el siglo XX ha sido el crecimiento constante de la esperanza de vida al nacimiento hasta edades insospechadas hace pocas décadas. Ilustremos esta idea: a principios del siglo XX, la esperanza de vida al nacimiento en el conjunto de la población española apenas asomaba a los 40 años. En la actualidad, este indicador alcanza casi los 83 años. Por lo tanto, las personas residentes en España que hayan nacido en 2018 esperan vivir más del doble que sus conciudadanos de hace más de cien años, una cifra ciertamente espectacular (García, 2014). Para darle aún más fausto a estos números, podemos relativizarlos con una serie de comparativos temporales. Así, si en cien años la población española ha ganado prácticamente cuarenta años de esperanza de vida al nacimiento, eso significa que, de media, ha aumentado unos cuatro años cada década, lo que equivale a casi cinco meses cada año del calendario. Es más, de cada mes que pasó en ese período, se ganaron doce días; de cada día, unas diez horas; y, por cerrar estas comparaciones, en el par de horas que puedan tardar en leer este documento... habrán ganado 48 minutos de esperanza de vida. Más allá de estas anécdotas temporales, no cabe duda alguna de que la sociedad humana ha experimentado una auténtica revolución de la longevidad.

Esta enorme transformación se enmarca en un proceso que se ha dado en llamar transición demográfica. Así, en la primera parte del siglo XX, el aumento de la esperanza de vida al nacimiento se debió principalmente al descenso de la mortalidad infantil y juvenil — salvo los períodos excepcionales de la gripe española en los años 1918 y 1919, la guerra civil de 1936 a 1939, y la postguerra durante la primera parte de la década de los cuarenta. Este impulso se fue trasladando de manera constante a edades cada vez más avanzadas, de modo que, desde los años ochenta del siglo XX, las mayores contribuciones al aumento de la duración media de la vida han provenido de edades cada vez más altas, es decir, desde los 65 años en adelante (Blanes, 2007; García, 2015). En este devenir se producen dos procesos: la compresión y el desplazamiento de

la mortalidad a edades cada vez más avanzadas; es decir, las defunciones se concentran en un rango de edades que se va estrechando y desplazando a las edades más altas. Por lo tanto, la revolución de la longevidad se ve acompañada de otro enorme éxito de la humanidad durante el último medio siglo: una democratización de la longevidad que ha permitido que la mayor parte de la población alcance las edades avanzadas, generalizándose una vida más o menos larga para casi todas las personas.

Así, actualmente la mayor parte de las personas fallecen en las edades avanzadas, es decir, cuando es *más* «vieja». Dicho de un modo muy superficial, las personas se mueren «cuando hay que morirse», que es cuando se llega a una etapa del proceso de envejecimiento fisiológico que culturalmente llamamos «vejez», que no es más que la parte del ciclo vital en la que las capacidades físicas comienzan a mermar fruto del desgaste celular y, por lo tanto, nos convertimos en «personas mayores», «ancianos», «abuelos» o «viejos», expresiones todas con carga valorativa que podríamos resumir en el más preciso concepto de «personas en edad avanzada». Nociones todas, es importante recalcar, que constituyen un *estado* humano que ha ido modificando notoriamente su concepción, su valor y su posición en el ciclo vital a lo largo de la historia y de las diferentes generaciones que la han ido formando, y que se ha definido concretamente por los temas que nos ocupan en este documento: las transformaciones sociodemográficas de la sociedad que han desembocado en un aumento de la dura-

La revolución de la longevidad se ve acompañada de otro enorme éxito de la humanidad durante el último medio siglo: una democratización de la longevidad que ha permitido que la mayor parte de la población alcance las edades avanzadas, generalizándose una vida más o menos larga para casi todas las personas

ción de la vida y en una traslación de la mayor parte de las defunciones a edades cada vez más avanzadas.

Al explicar la realidad demográfica actual, no pueden sino venir a la mente las palabras de Leonard Hayflick, admirable gerontólogo y uno de los fundadores del prestigioso *National Institute on Aging* de Estados Unidos, en una charla en 1988 ante la *American Association of Retired People*: «Sólo hay una y única causa de muerte a las edades avanzadas. Y no es más que la edad avanzada. Y no podemos hacer nada frente a la edad avanzada». Hayflick, que ha hecho una carrera brillante desde su posición como catedrático de anatomía humana, no pudo estar más equivocado: cada vez con más peso se está ganando esperanza de vida de la lucha «contra» las edades avanzadas, o siendo más rigurosos, de una gran parte de enfermedades que, por suerte, ahora ocurren en unas edades que hasta hace bien pocas décadas era inimaginable que pudieran alcanzar la mayor parte de las personas.

Es más, para acabar de situar este contexto general, es imprescindible apuntar que esas edades avanzadas presentan límites cada vez más lejanos a lo largo y ancho del mundo, de modo que el conjunto de la sociedad humana cada vez vive más tiempo y se muere a edades más tardías (Oeppen y Vaupel, 2002). Por supuesto, sobra decir que ha sido un éxito colectivo que se ha dado de manera desigual en las diferentes sociedades que conforman el globo, por un lado, y el conjunto de España, por otro, y en clara relación con su nivel de desarrollo social, político, de bienestar y económico. En todo caso, los procesos que se dan transversalmente y sus consecuencias están siendo y serán muy similares: junto a una menor fecundidad, la población ve que el tamaño absoluto y relativo de esa población en edades avanzadas crece a mayor ritmo que el resto de grupos etarios, es decir, se produce lo que se ha dado en llamar un envejecimiento progresivo de la población.

No podemos olvidar que esta nueva situación demográfica es un efecto del formidable éxito de «vencer» a la muerte en gran parte del ciclo vital y desplazarla a los actuales límites de la vida humana. Una nueva fase de la humanidad en su conjunto que, como todas las anteriores, plantea una serie de desafíos

que se deben afrontar desde la serenidad y el rigor que se puede ofrecer desde la ciencia y la interpretación responsable de los datos. Asimismo, los procesos de diagnóstico tienen que realizarse también analizando la realidad particular de cada territorio, de modo que los análisis sean certeros y adecuados a sus realidades históricas, geográficas, composicionales, sociales, políticas y económicas características de cada sociedad.

En este sentido, Andalucía no es una excepción a los procesos que acabamos de describir para las poblaciones española y mundial: la esperanza de vida ha aumentado, la fecundidad ha disminuido, y la mortalidad se ha comprimido y desplazado, lo que ha resultado en un envejecimiento de su población. Ahora bien, los ritmos a los que se ha producido son diferentes, de modo que hay ciertas desigualdades tanto con el resto de España como entre sus provincias, como ya puso de manifiesto Viciano-Fernández (1999) en su tesis doctoral, documento fundamental para comprender la evolución de la mortalidad y la longevidad en Andalucía durante el siglo XX.

Dado este contexto, este documento tiene como objetivo principal estudiar la evolución de los principales indicadores de longevidad y envejecimiento demográfico de la población andaluza desde el último cuarto del siglo XX hasta la actualidad. De este se desprenden dos objetivos específicos: analizar la brecha de género en la duración de la vida y comprender las diferencias interterritoriales dentro de Andalucía y entre Andalucía y el resto de España.

Para ello, en primer lugar, se repasan brevemente algunos conceptos demográficos básicos que aparecen a lo largo del trabajo. Tras ello, en el segundo y tercer apartado, se describe la evolución durante las últimas décadas de la esperanza de vida y de los indicadores de longevidad, respectivamente. En cuarto lugar, se analiza la disminución de la brecha de género en esperanza de vida tanto en España como en Andalucía. Tras ello, un quinto apartado estudia los desequilibrios territoriales en relación con el envejecimiento de la estructura de la población andaluza. Por último, como es habitual, se subrayan las principales conclusiones y los retos demográficos actuales y futuros.

2. Conceptos básicos

Antes de comenzar a describir la realidad demográfica andaluza, conviene detenerse a definir los principales conceptos que se utilizarán en las siguientes páginas: esperanza de vida, longevidad, vejez y envejecimiento demográfico.

La esperanza de vida es un indicador sintético de la salud de una población expresada como la duración media de la vida de una población determinada a una edad concreta si desde esa edad se mantuvieran las condiciones de mortalidad del año en que se calculan. El indicador más común es la esperanza de vida al nacimiento, que mide el número medio de años que espera vivir una persona al nacer en un año específico. Además, la esperanza de vida a los 65 años suele usarse como indicador de salud de la población en edades avanzadas, midiendo el número medio de años que espera vivir una persona que cumple esa edad en un año determinado.

Por longevidad se entiende la duración de la vida en una doble dimensión: primero, como duración media medida normalmente con la esperanza de vida al nacimiento; y segundo, como duración máxima, indicando que muchas más personas alcanzan edades avanzadas cada vez más altas, y que se mide por indicadores estructurales de población e indicadores demográficos como la edad modal de muerte, los percentiles de supervivencia y las esperanzas de vida a edades avanzadas.

La vejez indica el período final del ciclo vital de una persona en el que generalmente se produce el envejecimiento biológico y físico

por el que se deteriora el organismo de los seres vivos.

Por último, el envejecimiento demográfico o de la población se refiere al proceso por el cual la población en edades avanzadas —se defina esta de la manera que sea— incrementa su peso, bien con respecto al conjunto de la población, bien con respecto a otros grupos poblacionales. Por lo tanto, es un proceso estructural y de conjunto.

En términos metodológicos, este trabajo contiene las técnicas demográficas que tradicionalmente se utilizan en estudios de mortalidad, como es el análisis de evolución de tendencias de diferentes indicadores como la esperanza de vida o la edad modal de muerte, y las funciones de la tabla de mortalidad, instrumento seminal para la comprensión del comportamiento de la mortalidad. Además, para poder explicar por qué se ha producido la transformación de la esperanza de vida en Andalucía, se aplica la técnica de descomposición de la esperanza de vida (Arriaga, 1984), con la metodología simplificada de Andreev, Shkolnikov y Begun (2002), técnica que permite conocer las contribuciones que aporta cada cambio en mortalidad de cada grupo edad a la diferencia en esperanza de vida entre dos puntos temporales o entre dos poblaciones independientes.

Este documento tiene como objetivo principal estudiar la evolución de los principales indicadores de longevidad y envejecimiento demográfico de la población andaluza desde el último cuarto del siglo XX hasta la actualidad, con dos objetivos específicos: analizar la brecha de género en la duración de la vida y comprender las diferencias interterritoriales dentro de Andalucía y entre Andalucía y el resto de España

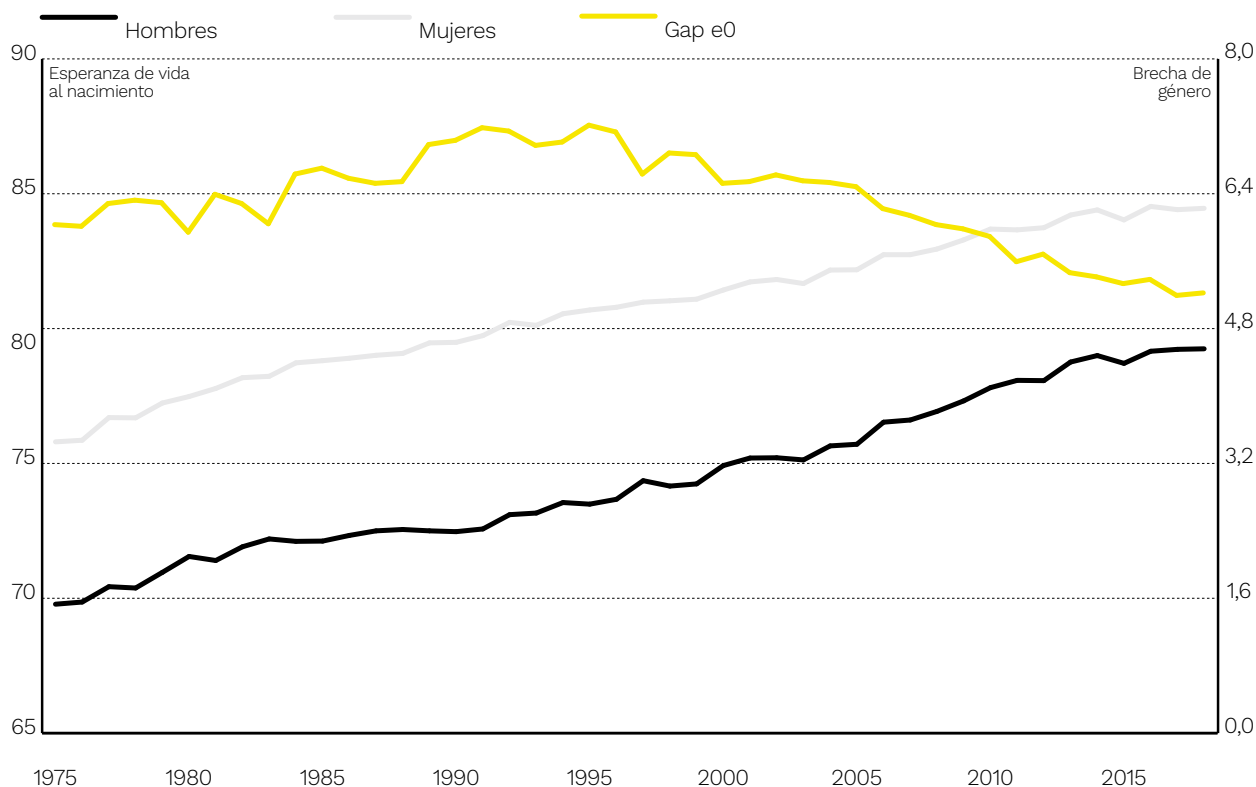
3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años

De 1975 a 2018, la esperanza de vida al nacimiento pasó de apenas 73 años (69,8 años los hombres; 75,8 las mujeres) a casi 82 años (79,2 años los hombres; 84,5 las mujeres), un aumento de más de nueve años (véase gráfico 1). Con respecto al conjunto de España, la diferencia negativa ha aumentado de los 0,64 años en 1975 (0,78 años los hombres; 0,50 las mujeres) a los 1,38 años en 2018 (1,27 años los hombres; 1,43 las mujeres), mientras que la distancia que les separaba de la Comunidad Autónoma con mayor esperanza de vida en cada momento fue de 1,75 años en 1975 y 2,97 años en 2018. Por lo tanto, al mismo tiempo que la esperanza de vida al nacimiento aumentó en Andalucía en más de nueve años, la diferencia con el resto de España aumentó notablemente, si bien es cierto que esa dis-

tancia se ha mantenido relativamente estable desde finales del siglo XX.

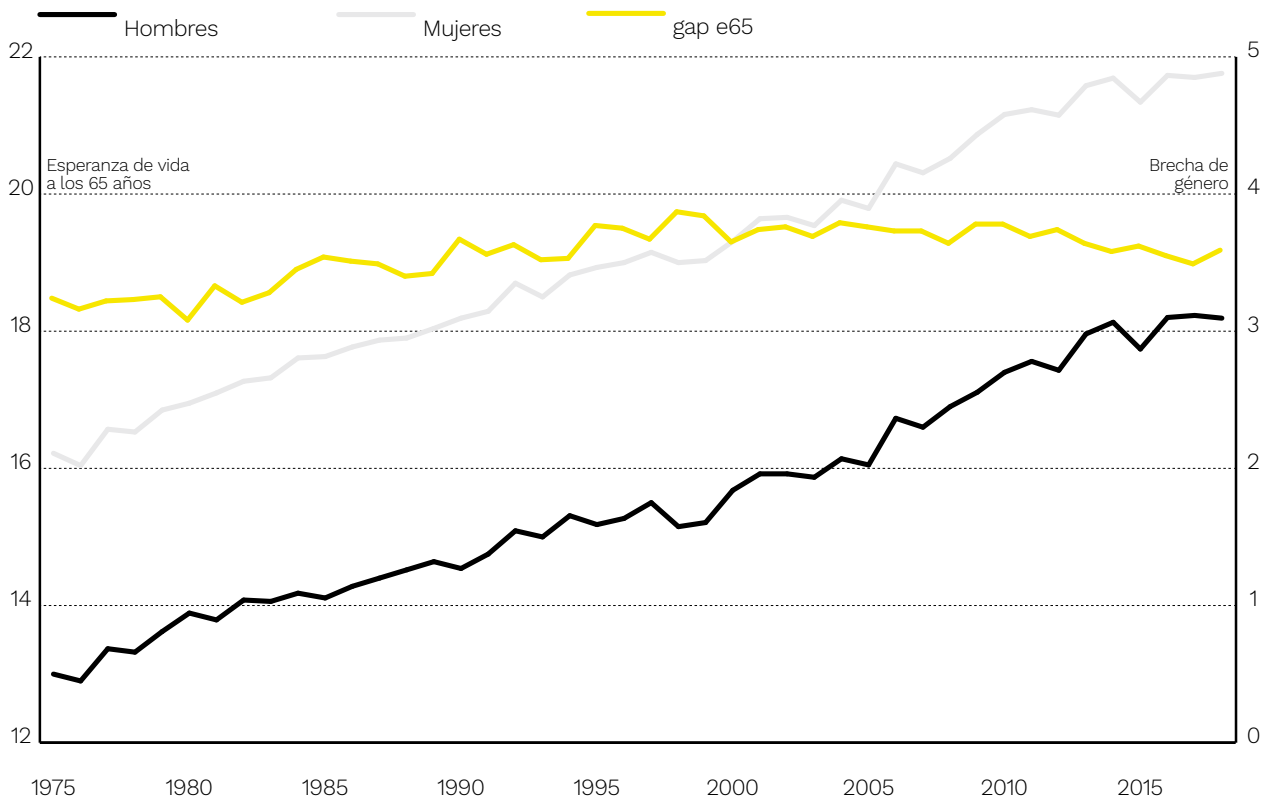
En ese mismo período, las personas residentes en Andalucía en 1975 esperaban vivir casi 15 años más al alcanzar los 65 años (13,0 años los hombres; 16,2 las mujeres), cifra que ha aumentado a poco más de 20 años en 2018 (18,2 años los hombres; 21,8 las mujeres) (véase gráfico 2). Es importante resaltar que en los últimos tres años ha habido una clara ralentización de su crecimiento. De igual manera que en la esperanza de vida al nacimiento, la diferencia negativa con respecto al conjunto de España creció de 0,47 años en 1975 (0,64 los hombres; 0,32 las mujeres) a 1,21 años en 2018 (1,05 los hombres; 1,33 las mujeres). En tanto, la distancia con la comunidad autónoma líder en cada momento aumentó de 1,17 años al principio del período (1,59 los hombres; 1,15 las mujeres) a 2,40 años a su final (2,12 los hombres; 2,45 las mujeres). A los 65 años, la desigualdad interterritorial en la duración de la vida también existe y, además, se ha incrementado levemente a lo largo del tiempo.

Gráfico 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento (e0) y brecha de género Andalucía (1975-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Gráfico 2. Evolución de la esperanza de vida a los 65 años (e65) y brecha de género Andalucía (1975-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

3.1. ¿Quién ha contribuido al aumento de la esperanza de vida?

De 1975 a 2017, la esperanza de vida al nacimiento de la población andaluza aumentó más de nueve años. Cabe preguntarse cuáles fueron las razones demográficas que acompañan a esta subida de más del 12 % en la duración media de la vida. Para ello, analizaremos cuáles han sido las contribuciones del cambio en mortalidad de cada edad y cada grupo de edad a la esperanza de vida en el conjunto del período y en dos etapas que la definen: 1980-1995 y 1995-2017¹.

¹ Cabe puntualizar dos cuestiones. Primero, para el cálculo de las contribuciones se evita el período 1975-1979, dado que, en esas fechas, por un lado, aún había ciertas deficiencias en los registros de mortalidad que podrían comprometer en parte los resultados (Viciana-Fernández, 1999; García y Grande, 2018a), y por otro, se evita una etapa de reorganización municipal tras la dictadura franquista que igualmente podría aportar cierto sesgo. Segundo, se selecciona como año de corte 1995 dado que es el año en que se completa la transferencia de competencias a Andalucía por parte del Estado central.

Como se observa en el gráfico 3, las contribuciones se concentraron en la caída de la mortalidad infantil —especialmente entre los hombres— y en las edades avanzadas —en mayor medida entre las mujeres—, si bien se reparten a lo largo de todo el ciclo vital. Al considerar los grandes grupos de edad en cada uno de los períodos, en primer lugar, las contribuciones de la mortalidad infantil descienden drásticamente —mayormente en el caso masculino—, mientras que la mortalidad juvenil se reduce a la mitad. En segundo lugar, la mortalidad de adultos jóvenes resulta muy relevante entre los hombres: en la primera etapa, la mayor mortalidad relacionada con el consumo de drogas y causas externas y endógenas asociadas —caso de accidentes de tráfico y VIH/sida, respectivamente— generan una pérdida de esperanza de vida de más del 25 %, cantidad que se recupera en la fase posterior. Entre las mujeres, por su parte, hay un ligero repunte de su importancia debido a las muertes por VIH/sida que se produjeron en la última parte del siglo XX, a las que ya no llegó el efecto de los tratamientos

antirretrovirales. En tercer lugar, la mortalidad de los adultos mayores presentó un comportamiento diferencial por género. En el caso de los hombres, hubo un descenso del 20 % entre ambos períodos, mientras que entre las mujeres ese decremento fue de casi el 50 %. Además, las contribuciones masculinas doblaron a las femeninas. En cuarto lugar, las contribuciones de las edades avanzadas aumentan, principalmente entre las mujeres. El caso masculino presenta el efecto composicional de la contribución negativa de los jóvenes de 16 a 39 años de 1980 a 1995, de modo que no es posible valorar su peso relativo con respecto al de las mujeres y entre períodos.

En todo caso, refiriéndonos solo a la segunda fase, podemos constatar la creciente importancia de las edades avanzadas: entre las mujeres representaron el 71 % de las contribuciones a la esperanza de vida al nacimiento, con especial detalle las de las personas de 90 y más años, que pasan de contribuir negativamente a aportar un 5 % (véase tabla 1).

El efecto calendario por sexo lo podemos apreciar con más detalle en el gráfico 4. En el caso de los hombres, la comparativa entre ambos períodos muestra que en esa transición el peso del descenso de la mortalidad de los jóvenes fue el principal protagonista y, en parte, también de las edades avanzadas más jóvenes. En cambio, el perfil de cambio de las mujeres es relativamente estable hasta las edades más avanzadas, donde se nota el incremento de su peso.

Todos estos datos muestran que las mujeres adelantaron su transición de la mortalidad, de modo que en la actualidad mantienen mayores mejoras de la mortalidad en las edades más avanzadas, mientras que los hombres continúan aumentando su supervivencia en mayor medida en las edades iniciales de la vejez. Por lo tanto, aún les queda margen de crecimiento en esas edades cercanas a los actuales límites de la vida. Además, en Andalucía se vislumbra un patrón común: las contribuciones a la esperanza de vida al nacimiento de las personas más jóvenes —incluyendo en estas incluso a las edades hasta los 65 y 70 años— han ido perdiendo peso a medida que han ido aumentando las de las más longevas. Se da así un paso más en la transición de la mortalidad de la población andaluza, si bien aún quedan muchos espacios de mejora con respecto a otras poblaciones que también se encuentran en ese estadio: aún existe posibilidad de progreso en las edades avanzadas en ambos sexos y queda por superar el grave retraso en mortalidad prematura entre los hombres.

La principal conclusión es cristalina: las edades avanzadas se remarcan como las grandes protagonistas de la transición de la mortalidad en Andalucía, en la línea de otras sociedades demográficamente avanzadas, aunque con un ligero retraso. Queda por lo tanto un enorme espacio para que la esperanza de vida siga creciendo, y si bien puede parecer un mal menor, ni mucho menos debe considerarse así. Debemos ser conscientes de que

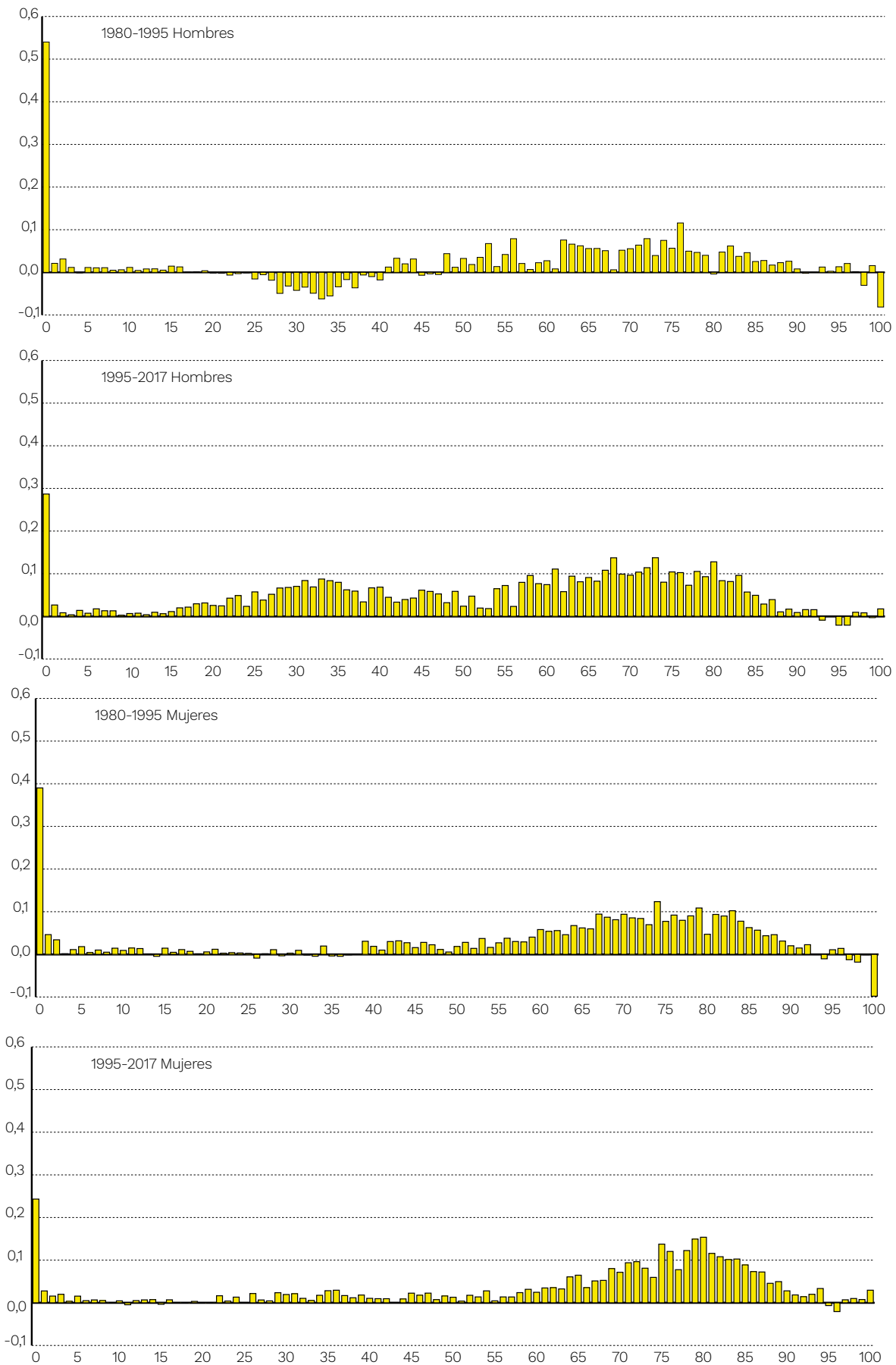
Tabla 1. Contribuciones relativas en porcentaje de cada grupo de edad a la esperanza de vida al nacimiento. Por sexo

Grupo de edad	Hombres			Mujeres		
	1980-2017 (6,65)*	1980-1995 (1,81)	1995-2017 (4,85)	1980-2017 (6,32)	1980-1995 (3,05)	1995-2017 (3,28)
0	12,67	29,86	5,92	10,08	12,79	7,42
1 a 15	4,76	8,84	3,15	4,95	6,37	3,55
16 a 39	11,01	-25,59	25,74	5,98	3,37	8,57
40 a 64	22,25	25,36	20,94	12,37	15,76	8,83
65 a 79	35,90	46,62	31,55	41,06	42,27	39,50
80 a 89	14,03	17,08	12,21	24,92	21,35	27,80
90+	-0,62	-2,16	0,48	0,64	-1,90	4,33

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

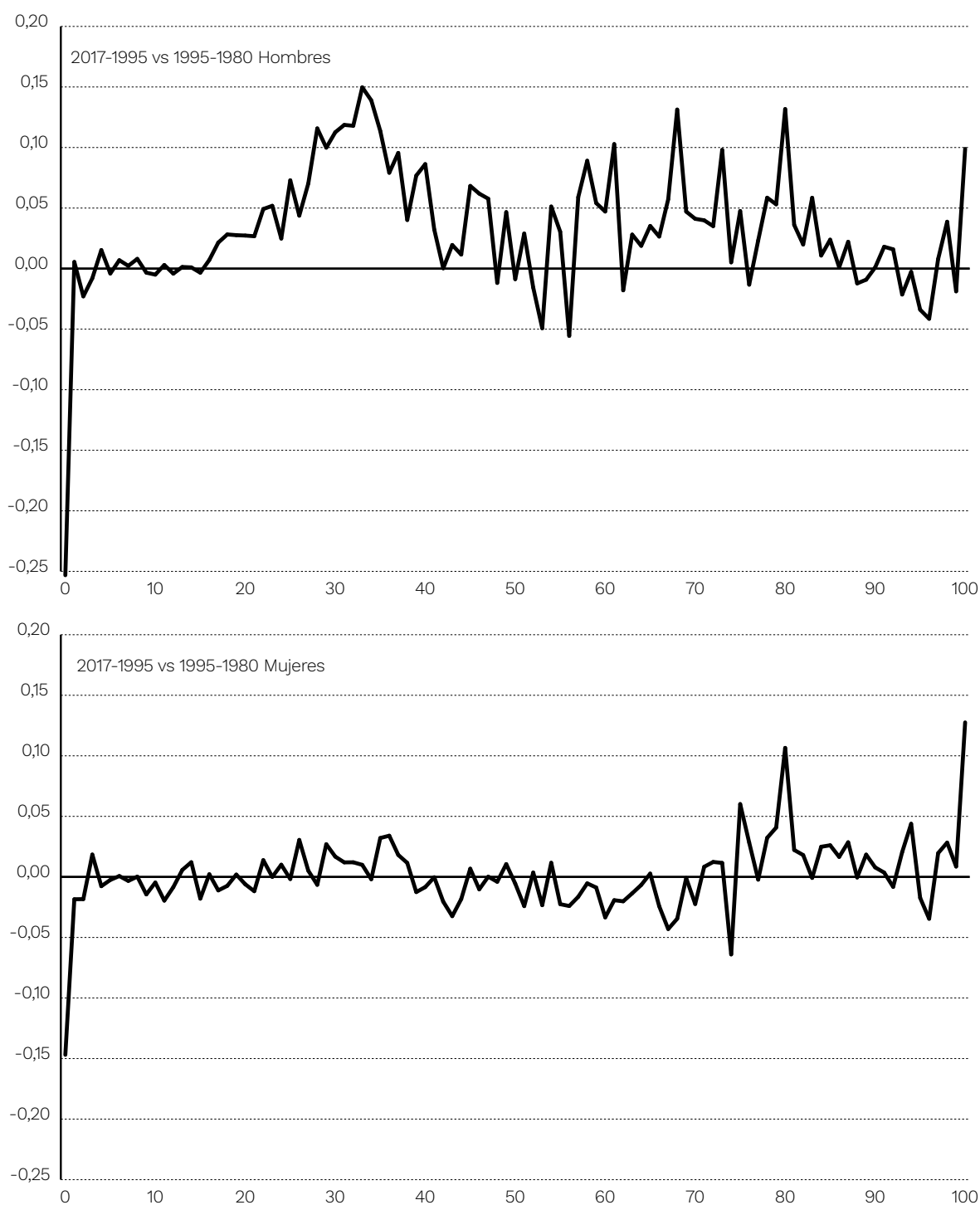
Nota *: entre paréntesis, cambio absoluto del período en años (1980-2017).

Gráfico 3. Contribución del cambio en mortalidad por edades al cambio en la esperanza de vida al nacimiento, por sexo (1980-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Gráfico 4. Cambio producido en las contribuciones de cada edad a la diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre periodos, hombres y mujeres (1980 a 2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

la población andaluza parte de una desigualdad histórica que se ve también reflejada en una menor esperanza de vida, pero el diagnóstico que presentamos en este documento muestra dónde se encuentran los grupos

de edad en los que aún es posible intervenir para poder reducir su mortalidad y, por ende, incrementar la duración media de la vida en Andalucía en las próximas décadas.

4. Diferencias territoriales en esperanza de vida

Veamos a continuación las diferencias territoriales entre las ocho provincias andaluzas en esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años de 1975 a 2018. En los gráficos 3 y 4 se observa claramente que se ha producido un aumento de ambas esperanzas de vida a lo largo de todo el período, así como una disminución de las diferencias entre provincias. La diferencia entre la primera y la octava provincia en esperanza de vida al nacimiento en 1975 era de 3,40 años entre los hombres, y 1,75 años entre las mujeres, cifras que disminuyeron en 2018 hasta 0,98 años en hombres y 1,43 años en mujeres, dándose así una ligera convergencia dentro del territorio andaluz.

En términos relativos, los aumentos se encontraron en un rango entre el 11 % y el 16 % (véase tabla 2). Además, se produjo un mayor crecimiento entre los hombres que entre las mujeres, si bien en el caso femenino hubo

una mayor homogeneidad. Por provincias, el aumento porcentual masculino fue mayor en Málaga, Cádiz y Huelva —que partían de una peor situación—, mientras que en el caso femenino las provincias que más aumentaron fueron Granada y Málaga. En conjunto, Córdoba ha liderado tradicionalmente la esperanza de vida al nacimiento en Andalucía, mientras que Cádiz ha sido la provincia que ha cerrado la clasificación.

Por su parte, en la esperanza de vida a los 65 años, la distancia entre la primera y la octava provincia pasó de los 2,15 y 0,80 años en 1975, a 0,94 y 1,30 años en 2018 entre hombres y mujeres, respectivamente (tabla 2). Por lo tanto, en edades más avanzadas, la convergencia interterritorial se dio solo en el caso masculino. En la actualidad, la mayor esperanza de vida a los 65 años se halla en Granada y Málaga entre los hombres y en Córdoba entre las mujeres, en este último caso con una amplia diferencia con respecto al resto de provincias. En cuanto al crecimiento relativo, el aumento de la esperanza de vida a los 65 años triplicó al de la esperanza de vida al nacimiento, con incrementos muy heterogéneos entre los hombres —del 29 % de Jaén al 48 % de Mála-

Tabla 2. Crecimiento absoluto y relativo de la esperanza de vida al nacimiento (e0) y a los 65 años (e65) en las ocho provincias andaluzas (1975 a 2018)

		e0		e65	
		Crecimiento absoluto (años)	Crecimiento relativo (%)	Crecimiento absoluto (años)	Crecimiento relativo (%)
Hombres	Almería	9,04	12,97	4,69	35,53
	Cádiz	10,6	15,56	5,75	48,00
	Córdoba	8,75	12,33	4,48	32,23
	Granada	8,98	12,74	5,24	39,49
	Huelva	10,62	15,48	5,89	48,04
	Jaén	7,75	10,83	4,13	29,23
	Málaga	10,79	15,67	6,04	48,36
	Sevilla	9,25	13,24	5,19	40,52
Mujeres	Almería	8,48	11,19	5,86	36,69
	Cádiz	8,82	11,76	5,43	34,61
	Córdoba	8,97	11,76	5,89	35,63
	Granada	9,36	12,46	5,78	35,83
	Huelva	8,36	10,98	5,18	31,15
	Jaén	7,89	10,28	5,21	31,56
	Málaga	9,28	12,35	5,85	36,93
	Sevilla	8,37	10,98	5,45	33,25

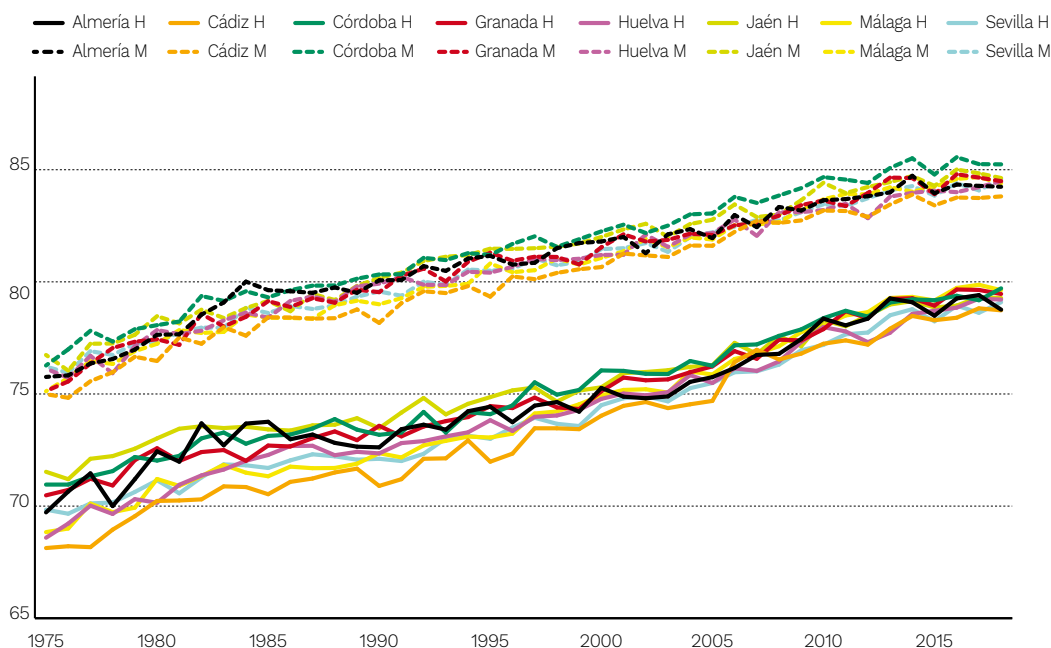
Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

ga, Cádiz o Huelva— y más similares entre las mujeres —del 31 % de Huelva y Jaén al 37 % de Almería y Málaga.

Se constata entonces que hay claras diferencias territoriales tanto de Andalucía con respecto al resto de España, como dentro de la

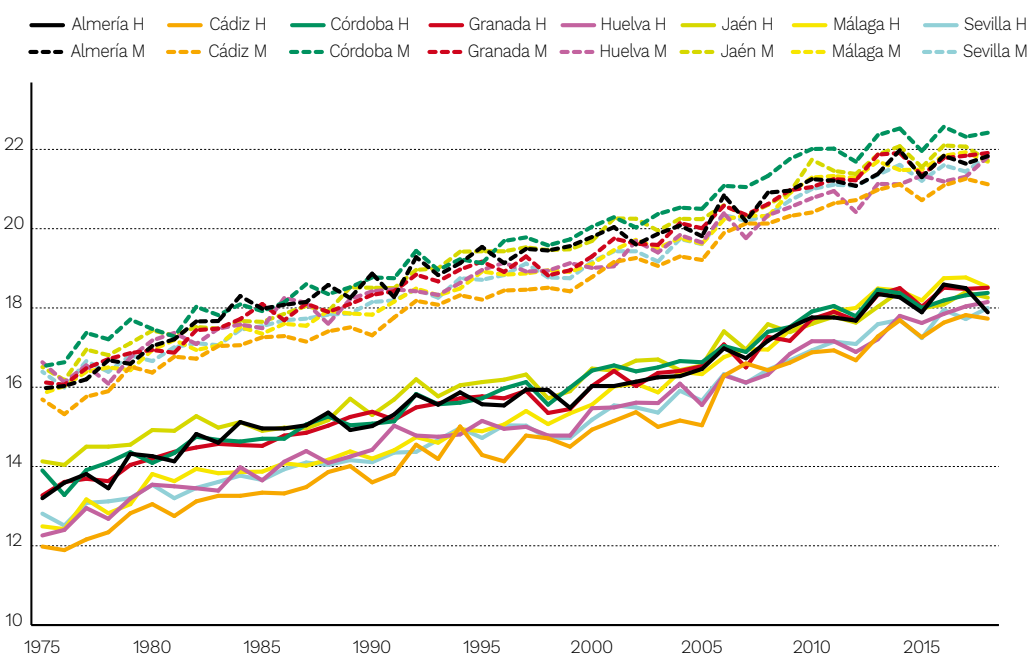
propia región andaluza. Por un lado, la Comunidad Autónoma andaluza ocupa las últimas posiciones en ambos indicadores de esperanza de vida, y para ambos sexos respecto al resto de Comunidades Autónomas, no habiéndose reducido significativamente esta brecha durante las últimas décadas. Como

Gráfico 5. Esperanza de vida al nacimiento por provincias (1975-2018)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Gráfico 6. Esperanza de vida a los 65 años por provincias (1975-2018)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

sugieren trabajos previos (Ruiz-Ramos y Viciñana-Fernández, 2004; ADSP-A, 2008; Ruiz-Ramos y García-León, 2013), estas diferencias están íntimamente relacionadas con el peor desempeño en los indicadores de calidad de vida y de factores socioeconómicos estructurales que de forma secular afectan al sur de España, explicando una mayor prevalencia de los factores de riesgo clásicos (tabaquismo, consumo de alcohol, pautas de alimentación, etc.) y la sobremortalidad en Andalucía.

Por otro lado, se observan diferencias no despreciables entre las ocho provincias andaluzas, que persisten en el tiempo pese a las pautas de convergencia descritas previamente. En términos generales, se dibuja una división este-oeste, con una parte oriental (que incluye las provincias de Córdoba, Jaén, Granada, Almería y, en menor medida, Málaga) con mayores esperanzas de vida, especialmente a edades avanzadas; y una parte occidental con niveles de mortalidad más elevados y peores esperanzas de vida. Pese a la complejidad del fenómeno, vinculado al diferente ritmo en la transición demográfica y sanitaria, resulta paradójico, como menciona Viciñana-Fernández (1999), que la zona que durante el siglo XX tuvo un mayor predominio urbano y mayor desarrollo industrial tenga peores indicadores en esperanza de vida, mientras que la zona oriental interior, con mayor peso de municipios rurales donde predominó la agricultura como principal sustento económico y más afectada por los procesos emigratorios, mantenga hasta hoy mejores indicadores en la duración de la vida. Esto se puede deber tanto a la menor exposición a factores de riesgo en esas áreas frente a las peores condiciones de vida en zonas urbanas a lo largo del pasado siglo, como a la exitosa implantación del sistema sanitario público andaluz en todo el territorio a partir de los años ochenta.

5. Evolución de los indicadores de longevidad

Para complementar la descripción de la evolución de la longevidad en Andalucía, analizamos a continuación otros dos indicadores que expresen con más rigor cuál ha sido el cambio en las edades avanzadas y hasta dónde se están exprimiendo los límites de la duración de la vida humana.

Por un lado, la edad modal de muerte² a la adultez es el indicador más adecuado para medir la longevidad de una población (Kannisto, 2001). Se define como la edad a la que fallece un mayor número de individuos de una generación calculada a partir de la generación ficticia que se utiliza en una tabla de mortalidad —en este caso, sin tener en cuenta la mortalidad infantil, que suele marcar otra edad modal. Acorde con Kannisto (2001), la edad modal de muerte mide la longevidad con mayor rigor que otros indicadores porque se centra en la duración de la vida de aquellas personas que no han experimentado una muerte prematura —generalmente concebida esta como la que se produce antes de los 65 años—, sino que fallecen en el rango etario en el que se produce el mayor volumen de defunciones, como son las edades avanzadas en el caso de las sociedades que han alcanzado el último estadio de la transición de la mortalidad. Así, desde 1975 hasta 2017 la edad modal de muerte ha crecido 4,02 años entre los hombres y 5,67 entre las mujeres, llegando a los 86,4 y 89,4, respectivamente, por lo que la población femenina se encuentra claramente a la vanguardia (véase gráfico 7). Por situar estos números en su verdadera dimensión, demos una interpretación simple: en la actualidad, la edad a la que fallecen mayor número de mujeres en Andalucía alcanza casi los 90 años, cinco años por encima de la esperanza de vida al nacimiento, lo que expresa claramente que la longevidad andaluza se encuentra en una fase avanzada de progreso. No

² Para diferenciarla de la moda estadística, algunos autores también la han llamado de una manera más gráfica la «cumbre de la edad avanzada» (*death heap*), dado el parecido de la curva de defunciones con una cordillera montañosa (Horiuchi *et al.*, 2013).

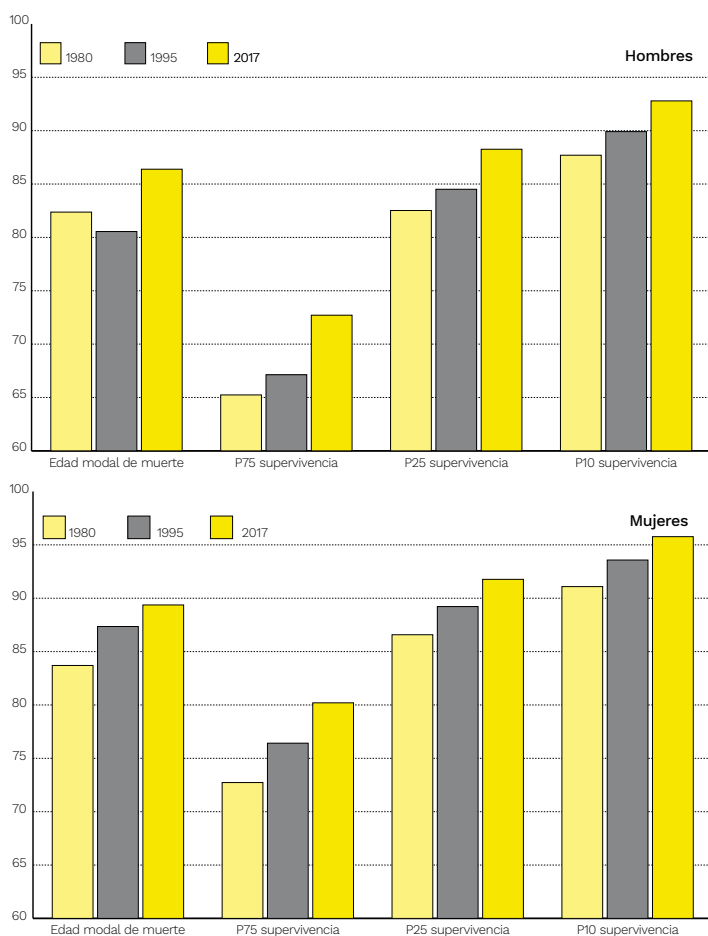
obstante, siguen existiendo diferencias con el conjunto de España, que presenta una edad modal de muerte un año mayor en ambos sexos, y con otras Comunidades Autónomas como Madrid o Castilla y León, que la superan en dos años.

Por otro lado, los percentiles de supervivencia nos muestran la edad a la que aún quedaría viva un determinado porcentaje de la población. Al igual que en la edad modal de muerte, se calcula a partir de las generaciones ficticias que se utilizan en las tablas de mortalidad. En este documento presentamos tres percentiles de supervivencia: percentil 75, percentil 25 y percentil 10, es decir, las edades a las que aún quedaría viva el 75 %, el 25 % y el 10 % de una generación. En el gráfico 5 se comprueba que los tres indicadores han aumentado de manera muy similar tanto en hombres como

en mujeres, si bien estas presentan valores sustantivamente superiores a los masculinos. Así, la edad a la que en 2017 aún quedarían vivas el 75 % de las mujeres es 80,2 años, frente a los 72,7 años de los hombres, una distancia considerable dada la sobremortalidad prematura masculina. A los 91,8 y 88,3 años aún sobreviviría el 25 % de las mujeres y hombres, respectivamente, cifras que alcanzan el 95,8 y 92,8 años como edades a las que llega a sobrevivir el 10 % de la generación de cada sexo, reduciéndose así la brecha de género en las edades más avanzadas. Con respecto al conjunto de España, la longevidad andaluza presenta resultados más modestos, con edades 1,5 años menores para los tres percentiles en ambos sexos, quedando igualmente rezagados en este indicador de longevidad.

La comparación de las tendencias andaluzas y españolas con otros países o regiones de baja mortalidad muestra que los datos son bastante similares, si bien con casi todos los países de nuestro entorno Andalucía presenta un ligero atraso (Horiuchi *et al.*, 2013; Ouellette y Bourbeau, 2011; Cheung y Robine, 2007), no así con Portugal o Grecia, y también con valores superiores a todos los países del este de Europa (Canudas-Romo, 2008). En todo caso, el crecimiento de estos indicadores de longevidad tanto en la Comunidad Autónoma andaluza como en el conjunto de España se ha producido a una mayor velocidad y, por lo tanto, en un periodo notablemente más reducido.

Gráfico 7. Indicadores de longevidad para hombres y mujeres



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

6. La disminución en la brecha de género en esperanza de vida

Si bien la esperanza de vida es muy variable territorialmente —tanto entre Comunidades Autónomas españolas como entre las provincias andaluzas—, hay dos tendencias que, salvo excepciones, son comunes a todas las sociedades: ha crecido en ambos sexos y las mujeres viven más. Así se ha producido en la población andaluza, que muestra una esperanza de vida femenina a todas las edades que siempre ha estado por encima de las de los hombres, una distancia que secularmente se ha ido dilatando poco a poco. Ahora bien, ¿qué ha ocurrido en las últimas cuatro décadas en las poblaciones de baja mortalidad y qué ha pasado en la población andaluza?

La brecha de género en esperanza de vida al nacimiento mide la diferencia entre mujeres y hombres. Desde mediados de los años ochenta, esta distancia ha ido disminuyendo en la mayoría de los países de baja mortalidad, especialmente en Europa Occidental (Thorslund *et al.*, 2013; Clark y Peck, 2012; Gleit y Horiuchi, 2007; Trovato y Heyen, 2006; Meslé, 2004). Los diferentes estudios que han abordado este tema señalan la importancia de tres áreas: el cambio en el perfil epidemiológico, la masculinización de hábitos de riesgo entre las mujeres, y los avances médico-sanitarios que beneficiaron más a hombres que a mujeres (Valls *et al.*, 2008). España no ha sido ajena a este cambio, con un estrechamiento de la brecha desde 1995 de más de 2,5 años (García y Grande, 2018b).

En el caso de Andalucía, la evolución de la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento en el período 1975-2017 ha sido similar a la española, si bien con algunas diferencias destacables. Como se puede ver en el gráfico 1, se distinguen dos fases. En la primera, de 1975 a 1995, se produce un aumento de la brecha de 1,2 años, con una ligera estabilización desde 1990, hasta alcanzar un máximo de 7,2 años en 1995. En la segunda, de 1995 a 2017, la diferencia entre hombres y mujeres disminuye casi dos años, un descenso muy

abrupto en tan solo veinte años, si bien con una leve ralentización desde 2015.

En cuanto a la brecha de género en la esperanza de vida a los 65 años de 1975 a 2017, en el gráfico 2 se vislumbran asimismo dos etapas. En la primera, se va ensanchando lenta pero constantemente hasta finales del siglo XX, cuando se alcanzan unas diferencias máximas en torno a 3,8 años. Desde entonces, la brecha se estabiliza y comienza a disminuir de manera pausada en la segunda década del siglo XXI.

Nos preguntamos por qué ha podido darse este cambio tan relevante en un período tan corto de tiempo, especialmente el que se ha dado en la esperanza de vida al nacimiento. Para explicarlo, nos centramos en el papel que ha jugado el cambio de mortalidad en cada grupo de edad de cada sexo durante todo el período y cuál ha sido su efecto en la brecha de género desde dos perspectivas: edad y calendario.

6.1. Cambio en la brecha de género al nacimiento

En primer lugar, las contribuciones del cambio de la mortalidad por edad han ido cambiando en cada uno de los años de referencia —1980, 1995 y 2017— durante todo el período, lo que analizamos en siete grupos de edad resumidos en las tres grandes etapas del ciclo vital: niñez y juventud, adultez y vejez (tabla 3).

Tabla 3. Contribuciones relativas de la mortalidad por grupo de edad a la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento en cada año de referencia en Andalucía (%)

Grupo de edad	1980 (5,89)*	1995 (7,17)	2017 (5,37)
0	5,15	1,68	1,13
1 a 15	0,91	1,03	0,54
16 a 39	10,75	17,81	5,17
40 a 64	41,30	35,75	31,88
65 a 79	34,32	34,03	42,22
80 a 89	7,70	9,49	16,92
90+	-0,12	0,20	2,14

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).
Nota *: entre paréntesis, la brecha de género en años.

Primero, la mortalidad infantil y juvenil apenas ha contribuido a la brecha de género en todo el período, con apenas un 6 % en 1980 y disminuyendo su importancia hasta hacerse testimonial en 2017. Segundo, la mortalidad adulta-joven también ha ido decreciendo en relevancia, si bien resulta importante destacar su crecimiento en 1995 debido a la alta mortalidad de jóvenes varones por causas externas relacionadas con el consumo de drogas, los accidentes de tráfico y el VIH/sida. El grupo de adultos-mayores también ve descender su importancia, si bien cabe señalar que en 1980 y 1995 era el grupo etario que más contribuía a la brecha de género, posición que pierde en 2017, aunque aún con un peso considerable de más del 30 %. Tercero, el grupo de edades avanzadas incrementa su peso relativo en más de 20 puntos porcentuales de 1980 a 2017, pasando de un 41 % a un 61 %. Especial importancia cobran los grupos de 80 a 89 años, que dobla su contribución relativa a la brecha de género, y el de 90+ años, que pasa de contribuir negativamente a aportar un 2 %; es más, desde 1995 su peso se ha multiplicado por diez (tabla 3). Por lo tanto, se ha producido un claro incremento del peso de las edades avanzadas en esta menguante brecha de género, constatándose el efecto edad.

En segundo lugar, contemplemos si se ha dado un efecto de calendario mediante el examen de las contribuciones por edad del período de ensanchamiento —1975 a 1995— a la fase de descenso-estancamiento —1995 a 2017— de la brecha de género en esperanza de vida (véase tabla 4 y gráfico 8). Primero, la mortalidad infantil masculina mejora a la femenina en la primera fase, reduciendo así la brecha de género en más de un 14 %, porcentaje que se reduce al 3 % en la segunda etapa. Segundo, la mortalidad de adultos-jóvenes es la principal contribuyente al aumento de la brecha en la primera fase con más de un 50 %, situación que se revierte completamente en la segunda, en la que hace descender la distancia de los hombres en casi un año. Por su parte, el cambio de la mortalidad de adultos-mayores incrementa levemente la brecha de 1980 a 1995, en tanto que de 1995 a 2017 contribuye con casi un 50 % (disminuye la brecha en 0,85 años), confirmándose la mayor mejora de la mortalidad masculina a esas edades. Se da algo similar en el grupo de 65 a 79 años, con una contribución que cambia de

signo, si bien su peso es menor en la segunda fase. Tercero, el aporte al aumento de la brecha de género de las edades más avanzadas sigue creciente y mantiene su peso en el conjunto, si bien disminuye la contribución de las octogenarias y se multiplica por tres el de las nonagenarias y centenarias. En conjunto, el gráfico 8 muestra ese tránsito etario en el calendario: en la primera fase, las contribuciones masculinas apenas se concentran en la mortalidad infantil y en algunas edades más o menos dispersas. En cambio, en la segunda fase hay una mayor mejora de la mortalidad masculina desde los 0 a los 75 años que contribuye a que disminuya la brecha de género de esperanza de vida al nacimiento en Andalucía, mientras que las mujeres sostienen una mayor supervivencia en las edades superiores a los 75 años, manteniendo su posición preponderante a la vanguardia de la longevidad andaluza.

De este doble análisis en perspectiva de edad y calendario de la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento en Andalucía de 1975 a 2017 resultan tres conclusiones. Primera, la transmutación del papel de la mortalidad de los hombres jóvenes de 15 a 40 años, que recuperaron con gran rapidez las pérdidas generadas por el consumo de drogas y sus causas asociadas durante la etapa de la *movida* andaluza de 1985 a 1995. Segunda, el cambio del signo de la contribución del cambio de la mortalidad del grupo de 40 a 79 años evidencia que los hombres han entrado de lleno en la actual fase de la transición de

Tabla 4. Contribuciones relativas de la mortalidad por grupo de edad al cambio en la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento en cada período en Andalucía (%)

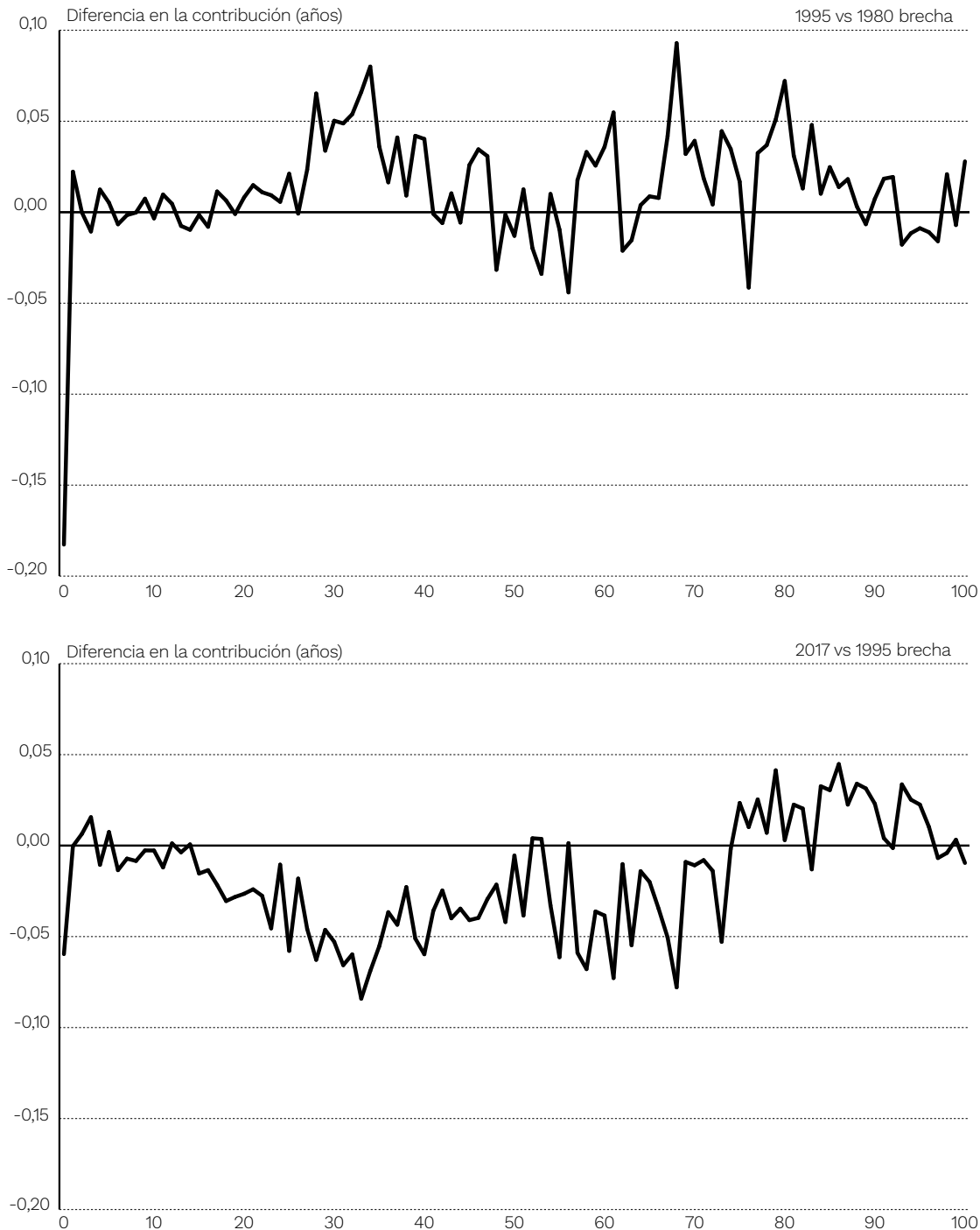
Grupo de edad	1980-1995 (1,29)*	1995-2017 (-1,80)
0	-14,22	-3,32
1 a 15	1,59	-2,49
16 a 39	50,15	-55,60
40 a 64	10,34	-47,32
65 a 79	32,72	-9,57
80 a 89	17,72	12,73
90+	1,69	5,58

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).
Nota *: entre paréntesis, el cambio en brecha de género en años.

la mortalidad, por la que ya pasaron las mujeres en años anteriores. Y tercera, las mujeres siguen manteniendo su mejor desempeño en las edades más avanzadas, grupo etario clave

para determinar la evolución de la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento en las próximas décadas.

Gráfico 8. Contribución del cambio en mortalidad por edades al cambio en la esperanza de vida al nacimiento (hombres, 1980-1995 vs 1995-2017)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Nota: para leer correctamente el gráfico, aquello que queda por encima de cero contribuye al aumento de la brecha de género y lo que queda por debajo de cero estrecha la brecha de género.

6.2. Cambio en la brecha de género a los 65 años

El devenir de la brecha de género en la esperanza de vida a los 65 años presenta un ligero crecimiento desde 1980 hasta finales del siglo XX, cuando alcanza un máximo en torno a 3,7 años, y un posterior muy leve decrecimiento, encontrándose en la actualidad en torno a 3,6 años (tabla 5). Por lo tanto, la diferencia en esperanza de vida a los 65 años entre hombres y mujeres no presenta un giro tan drástico como al nacimiento, si bien esa disminución de 0,2 años, un 5 %, no es baladí, ya que se produce en un contexto de edades avanzadas en el que tradicionalmente las mujeres han estado claramente en cabeza. Para comprender este cambio, replicamos el análisis por edad y calendario que previamente se ha hecho para la brecha de género en esperanza de vida al nacimiento.

Tabla 5. Contribuciones relativas de la mortalidad por grupo de edad a la brecha de género en esperanza de vida a los 65 años en cada año de referencia en Andalucía (%)

Grupo de edad	1980 (3,01)	1995 (3,71)	2017 (3,64)
65 a 79	81,90	78,00	69,05
80 a 89	17,34	21,42	27,30
90+	0,76	0,58	3,65

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Nota: entre paréntesis, la brecha de género en años.

En este caso, para el análisis por edad diferenciamos tres grupos de edad avanzada: 65 a 79, 80 a 89 y 90 años (tabla 6). Primero, las contribuciones relativas del grupo más joven han ido descendiendo, si bien siguen siendo ampliamente mayoritarias. Segundo, el peso de los octogenarios ha aumentado diez puntos porcentuales, de modo que en la actualidad contribuye más de un cuarto a la brecha. Y tercero, las contribuciones del cambio en mortalidad de las personas de 90+ años se han multiplicado por cuatro, aunque apenas representan un 4 %. Al adoptar la perspectiva de calendario, el proceso de cambio entre ambas fases se evidencia de una manera mucho más nítida. De 1980 a 1995, las contribuciones relativas al aumento de la brecha de género se reparten prácticamente entre el

60 % del grupo 65-79 años y el 40 % del grupo de 80-89 años. En cambio, de 1995 a 2017, período de descenso de la diferencia, esas contribuciones se reparten de modo casi proporcional entre los tres grupos de edades avanzadas, con un espectacular crecimiento del peso de las personas de 90 y más años a la brecha de género de esperanza de vida a los 65 años.

Por lo tanto, se evidencia que la importancia de las edades más avanzadas en la brecha de género de esperanza de vida a los 65 años se ha incrementado considerablemente, produciéndose así una traslación fruto de la nueva etapa de la transición de la mortalidad en la que se encuentra la población andaluza.

Tabla 6. Contribuciones relativas de la mortalidad por grupo de edad al cambio en la brecha de género en esperanza de vida a los 65 años en cada período en Andalucía (%)

Grupo de edad	1980-1995 (1,29)	1995-2017 (-1,80)
65 a 79	61,03	37,53
80 a 89	39,17	34,69
90+	-0,20	27,78

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Nota: entre paréntesis, el cambio en brecha de género en años.

En resumen, el análisis del cambio de las contribuciones por edad al estrechamiento de la brecha de género en esperanza de vida de la población andaluza muestra que se han dado dos procesos en paralelo. Por un lado, se ha producido una obvia traslación de relevancia de las edades jóvenes-adultas a las edades avanzadas, situación ya puesta de manifiesto previamente para la población española por Blanes (2007), de Loyola *et al.* (2018), o García y Grande (2018b; 2019). Esto representa un síntoma de progreso de la sociedad andaluza, que ha disminuido la incidencia de su mortalidad prematura, sobre todo entre los hombres, y muy probablemente relacionado con mejoras en la estructura del mercado de trabajo y sus condiciones laborales, así como con el abandono de prácticas de alto riesgo relacionadas con el consumo de drogas y alcohol. Las consecuencias más evidentes no son solo a nivel sanitario o productivo, sino

también a nivel familiar y de cohesión social. Por otro lado, es evidente que el papel de cada sexo también se ha transformado. Hay total acuerdo en que los hombres secularmente han presentado tasas de mortalidad mayores que las de las mujeres prácticamente a todas las edades. No es ese el hecho relevante, sino que la gran novedad es que tanto la mortalidad prematura como la de las primeras edades avanzadas de los hombres ha decrecido en mayor medida que las de las mujeres. Consideramos de vital importancia resaltar la idea clave: esto no significa que las mujeres lo estén haciendo «mal», sino que los hombres lo están haciendo «mejor». Dicho de otro modo, hasta ahora las mujeres han seguido el devenir que se esperaba de sus comportamientos y hábitos, mientras que los hombres han conseguido abandonar hábitos nocivos —en especial una importante reducción del consumo tabáquico y de alcohol— y evitar comportamientos de riesgo —principalmente causas evitables como los accidentes de tráfico, muertes relacionadas con el consumo de drogas y la siniestralidad laboral (Gómez Redondo, 1995; Vallin *et al.*, 2001; Gómez Redondo y Boe, 2005; Blanes, 2007; García, 2015). No obstante, como hemos demostrado, no hay que dejar de apuntar que las mujeres ya consiguieron esas mejoras en décadas anteriores, de modo que en términos relativos siempre es más complicado disminuir sobre mejoras previas, por lo que las han trasladado a las edades más avanzadas, en las que siguen teniendo un ritmo de descenso mucho mayor que el masculino.

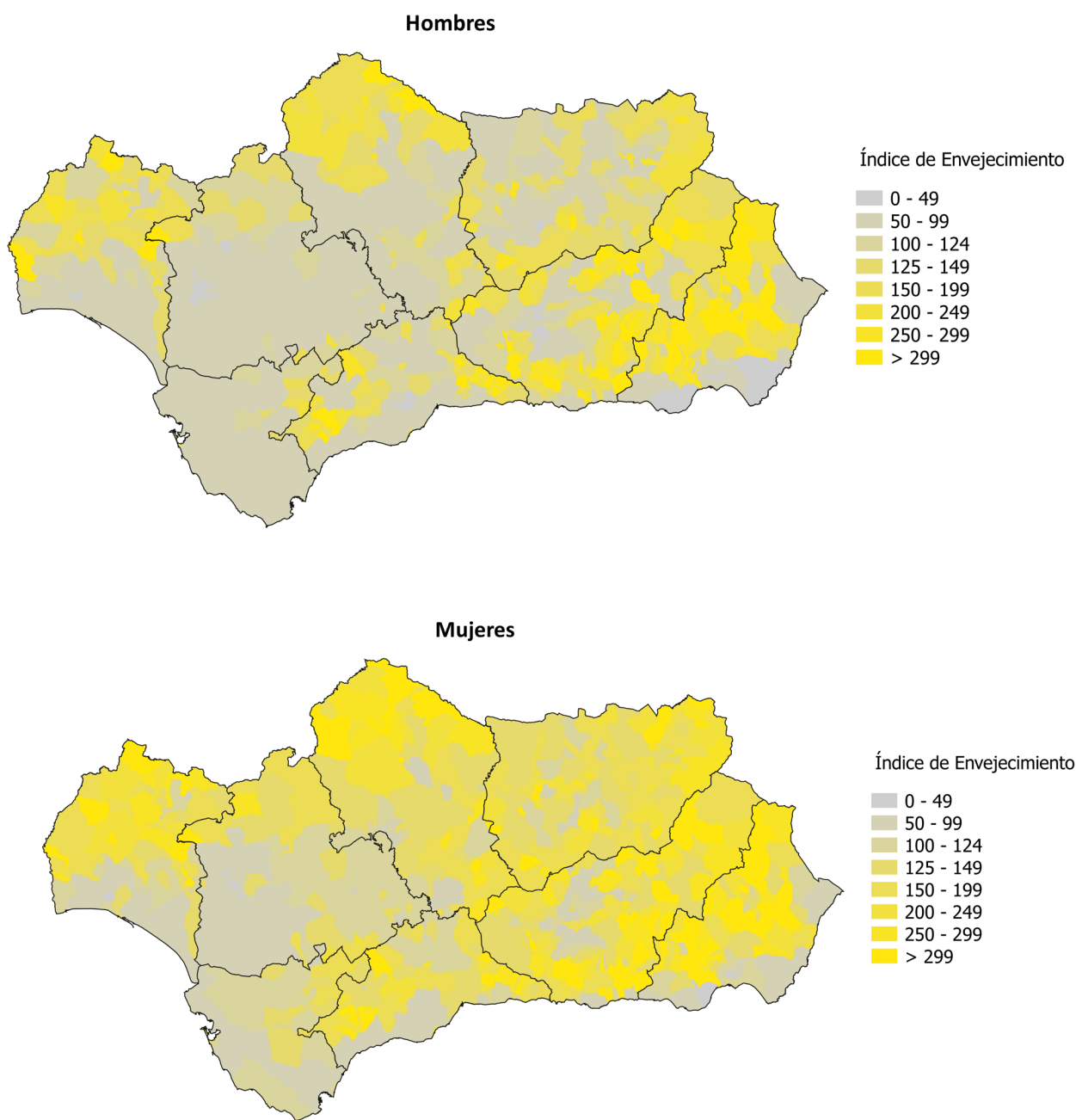
Nos queda preguntarnos cuál va a ser el devenir de la brecha de género en esperanza de vida tanto al nacimiento como a los 65 años. Por supuesto, no podemos adivinar el futuro, pero sí hacer ciertas proyecciones a partir de las tasas de prevalencia de diferentes comportamientos de riesgo y de las tasas de mortalidad asociadas. Al nacimiento, se vislumbra que va a seguir produciéndose un lento estrechamiento de la diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres, afirmación que basamos en dos argumentos. Por un lado, un argumento demográfico: los hombres aún tienen alto margen en la mortalidad prematura y, sobre todo, en las edades avanzadas, grupos etarios en donde las mujeres ya se encuentran en la actualidad generando ganancias. Por otro lado, un argumento en torno

a los hábitos de riesgo, que centraremos en el tabaquismo. Los datos de hábito tabáquico en Andalucía que ofrecen las Encuestas Nacionales de Salud desde principios de siglo y las estadísticas de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía muestran dos tendencias. Primero, el aumento del consumo de tabaco entre las mujeres a todas las edades, con especial consideración entre las generaciones de mujeres que nacieron desde 1960, que en la actualidad están alcanzando los 60 años, con un más que probable aumento de las tasas de mortalidad relacionadas, como es el caso del cáncer de pulmón o de enfermedades respiratorias como la neumonía y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Segundo, esas mismas generaciones de hombres están dejando de fumar al alcanzar los 50-60 años, con la mejora de las tasas de mortalidad y de condiciones de salud. Por lo tanto, se apunta a que habrá consecuencias en una disminución de la brecha de género de esperanza de vida a todas las edades.

7. Desigualdades territoriales en el envejecimiento de la estructura de la población andaluza

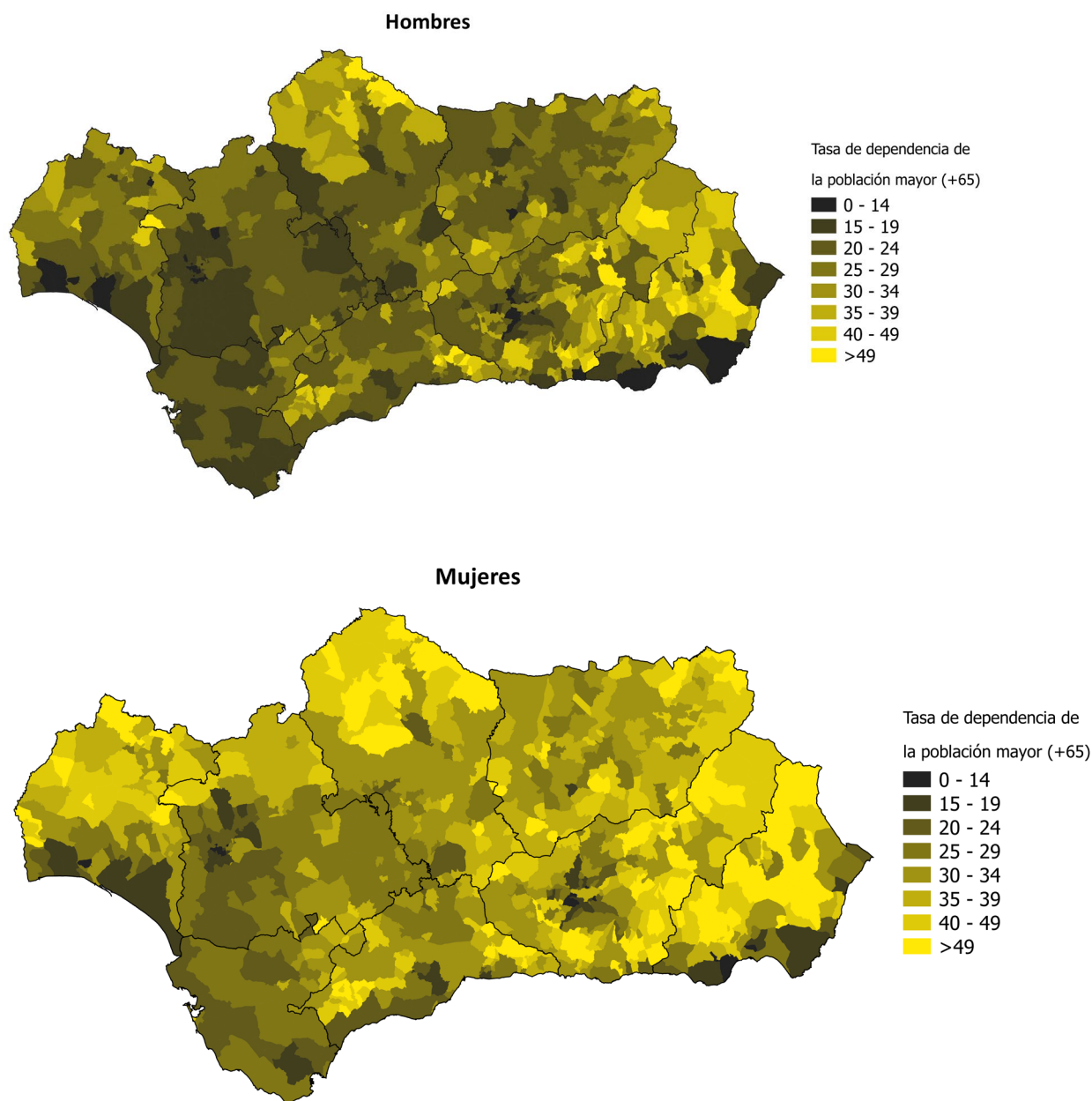
Una de las consecuencias más evidentes del progresivo aumento de la longevidad es el cambio en la estructura de la población; es decir, la transformación en la relación demográfica entre el número total de habitantes y su distribución por edad. Desde los años sesenta del pasado siglo XX, las estructuras de la población española y andaluza han experimentado un constante envejecimiento, pero durante todo este periodo se ha mantenido prácticamente constante la

Mapas 1a y 1b. Índice de envejecimiento (población ≥ 65 años / población < 16 años por 100) (Andalucía, 2018)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

Mapas 2a y 2b. Tasa de dependencia de la vejez (población ≥ 65 años / población 16-64 años por 100) (Andalucía, 2018)

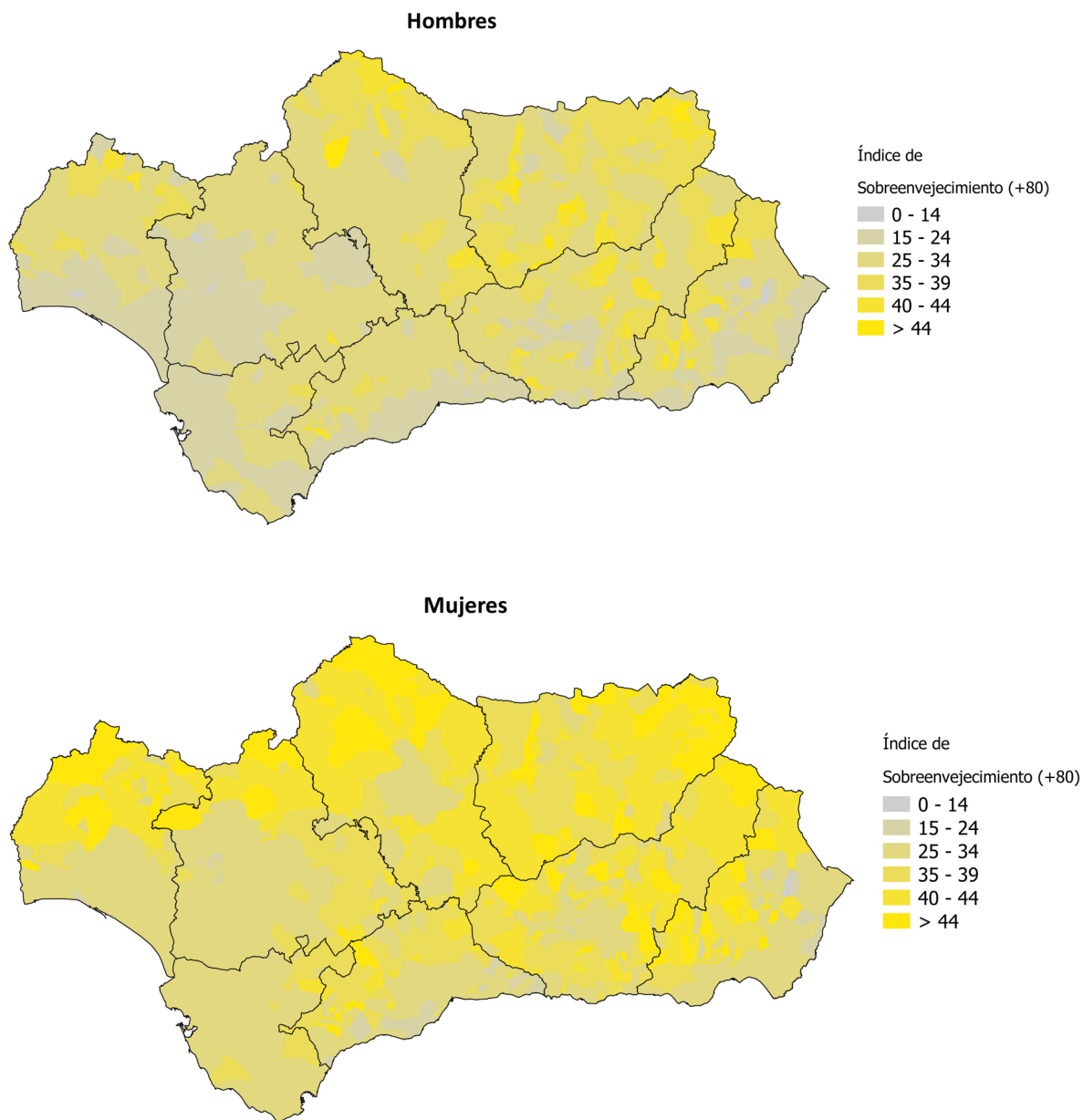


Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

brecha entre ambas, presentando la región andaluza una estructura envejecida en menor medida. En 1980, el 11 % de la población española y el 10 % de la andaluza tenía 65 y más años; casi cuatro décadas más tarde, este grupo de edad ya representa el 19,4 % en el conjunto de España y el 17,2 % en Andalucía. Es necesario además poner el foco en los notables desequilibrios territoriales del envejecimiento que, al igual que ocurre en el conjunto de España (García y Grande, 2019), también se observan dentro de Andalucía (Egea Jiménez *et al.*, 2008).

En este sentido, en primer lugar, un indicador demográfico fundamental para estudiar la estructura de la población es el índice de envejecimiento, que describe el peso porcentual que representa la población mayor de 64 años sobre la población menor de 16 años (Mapas 1a y 1b). Andalucía tenía menos de un tercio de personas mayores por cada 100 menores de 16 años en 1980, en 1993 ya representaban más de la mitad, y en 2019, por primera vez, la población mayor supera ligeramente a la de menores. Pese a esta evolución, Andalucía es

Mapas 3a y 3b. Índice de sobreenvjecimiento 80+ (población ≥ 80 años / población ≥ 65 años por 100) (Andalucía, 2018)



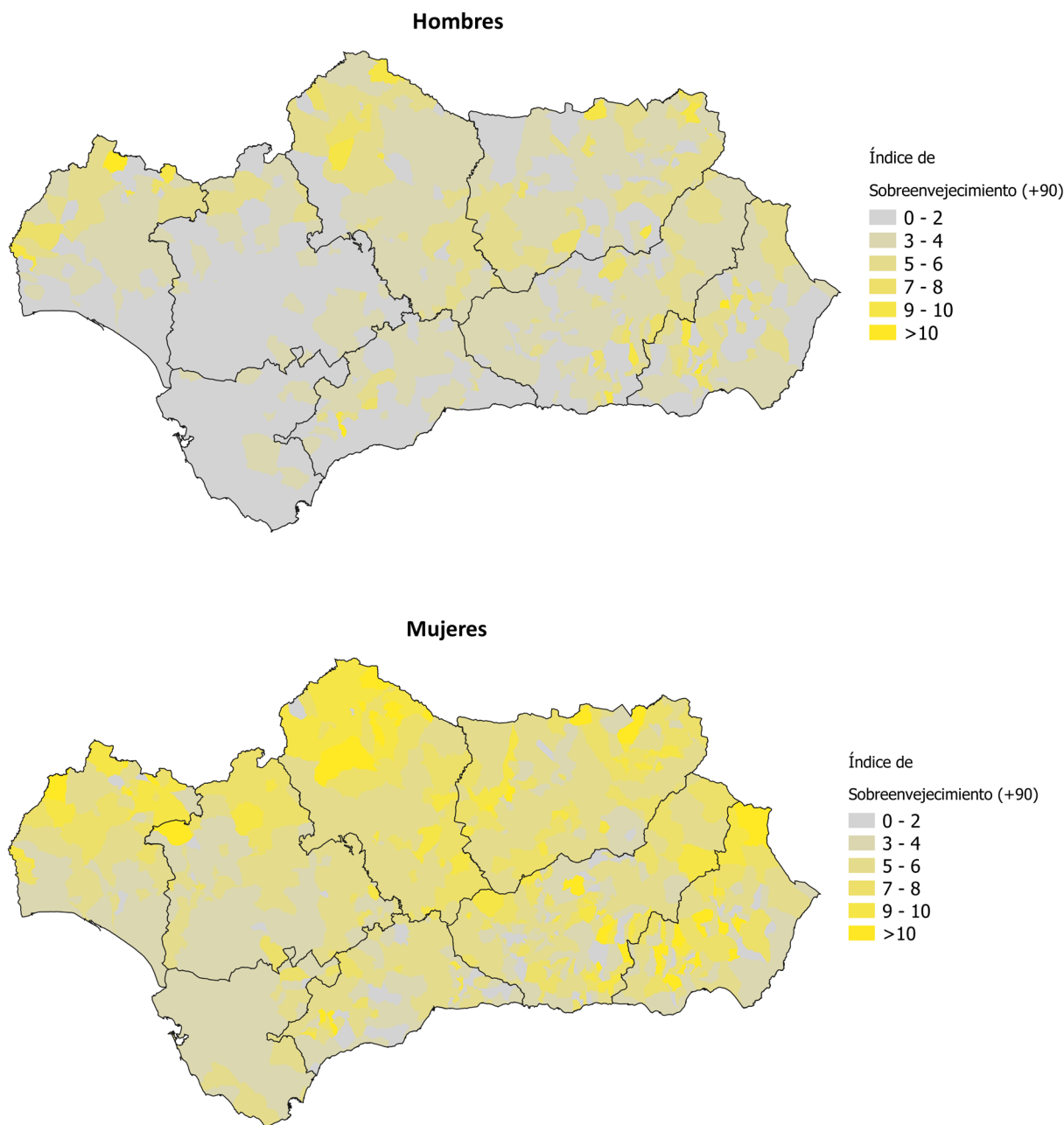
Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

una de las comunidades autónomas con menor índice de envejecimiento de España, sólo superada por las Islas Baleares y la Región de Murcia. Al igual que ocurre con la esperanza de vida y dada su mayor longevidad, el índice de envejecimiento es significativamente superior entre las mujeres que entre los hombres.

Los mapas 1a y 1b, que muestran el índice de envejecimiento a nivel municipal según sexo en Andalucía, permiten observar importantes diferencias territoriales. El proceso de enveje-

cimiento se ha generalizado en todo el territorio andaluz, con un envejecimiento mayor entre las mujeres que entre los hombres. A nivel provincial, Jaén, con 122,5 mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años, presentaba el mayor índice de envejecimiento en 2018, seguida de Córdoba (118,6), Granada (106,3) y Málaga (101,9). En el otro lado, las provincias andaluzas con una estructura de su población menos envejecida son Almería (con un índice de envejecimiento de 81,4), Sevilla (89,6), Cádiz (91,9) y Huelva (96,6).

Mapas 4a y 4b. Índice de sobreenvejecimiento 90+ (población ≥ 90 años / población ≥ 65 años por 100) (Andalucía, 2018)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de IECA (2018).

De forma más precisa, las diferencias geográficas a nivel municipal permiten observar dos tendencias combinadas. Por un lado, la brecha oriente-occidente en Andalucía también aparece dibujada en el envejecimiento demográfico, con un mayor envejecimiento de la estructura de la población en los municipios orientales (provincias de Almería, Granada, Jaén, Córdoba y Málaga) frente a los municipios occidentales (Cádiz, Huelva y Se-

villa). Por otro lado, se observa un mayor envejecimiento en municipios de las comarcas de interior y las serranías —destacando, por ejemplo: Sierra de Aracena, Sierra Morena, Valle de los Pedroches, Valle del Guadiato, Sierra de Segura y Cazorla; Hoyas de Guadix y Baza, Huéscar, Sierra de Filambres-Alhamilla, Alpujarras, Sierra de las Nieves o Axarquía. Frente a esto, la estructura de la población está significativamente más rejuvenecida en las zonas

de costa, bajo Guadalquivir y en las grandes ciudades y sus áreas metropolitanas. En este sentido, llama la atención el caso de Almería, dado que, en el conjunto, es la provincia con menor envejecimiento empujada por una estructura relativamente joven en los municipios de la costa, pero que a la vez cuenta con una gran cantidad de pueblos en el interior con altos índices de envejecimiento.

En segundo lugar, el índice de envejecimiento debe ser complementado con la tasa de dependencia de la vejez, en la medida en que incluye la relación económica además de la demográfica, representando el porcentaje de población mayor de 64 años inactiva sobre el total de la población en edad activa (16-64 años). Este indicador ha seguido una tendencia similar al conjunto de España, pasando Andalucía de tener 17 mayores en edad inactiva por cada 100 personas en edad activa en 1980 a 26,1 en 2019, por debajo de los 29,9 del conjunto de España en el último año. A nivel territorial, como se ve en los mapas 2a y 2b, las diferencias ya descritas se agravan, presentando la mayor parte del territorio aún tasas de dependencia en la vejez relativamente bajas, en especial entre los hombres, y con zonas como las comarcas del norte de la provincia de Córdoba y las sierras de Almería y Granada con una notable dependencia demográfica de la población.

Por último, en tercer lugar, esta transformación hacia estructuras de edad de la población cada vez más envejecida ha dado paso a que, durante las últimas décadas, los colectivos de edades muy avanzadas hayan ido también ganando importancia en términos cuantitativos, fenómeno que ha sido denominado como *superenvejecimiento*. Por ejemplo, según datos del Padrón Municipal del IECA, en 2019 había más de 2.400 personas centenarias residiendo en Andalucía, siendo tres cuartas partes de ellas mujeres. Los mapas 3a-b y 4a-b, representan los índices de sobreenvejecimiento por sexo de personas de 80 y más años y de 90 y más años respectivamente, es decir, el porcentaje de personas en esos grupos de edad sobre el total de población de 65 y más años. En ambos indicadores el sobreenvejecimiento es mucho más pronunciado en las mujeres que en los hombres, y en las zonas rurales del interior más que en la costa, tendencias que se observan a lo largo y ancho de todo el territorio andaluz.

Estos importantes desequilibrios territoriales en relación con el envejecimiento de la estructura de la población andaluza no son solo consecuencia del sistemático aumento de la esperanza de vida —que como se analizó más arriba también presenta diferencias geográficas en el interior de la comunidad— ni del progresivo descenso de la fecundidad, sino también, y de forma mucho más significativa, de los desiguales movimientos migratorios históricos en la región. Andalucía experimentó intensos flujos emigratorios primero desde finales del siglo XIX hasta los años treinta del siglo XX, y después desde los años cincuenta hasta los setenta del siglo XX (Pedregal, 1998; Recaño, 1998; de Miguel-Luken, 2002), que ayudan a comprender la división territorial del envejecimiento que se ha descrito más arriba. Por un lado, desde principios del siglo XX y hasta los años ochenta, Andalucía oriental y principalmente sus zonas rurales, aparece como una importante región emisora de población joven hacia las grandes ciudades, especialmente, hacia Madrid y, sobre todo, Cataluña. Por su parte, Andalucía occidental se incorpora más tarde al proceso de emigración, desde mediados del siglo XX hasta finales de los años setenta, y de una forma menos intensa que la parte oriental. A pesar de que durante las últimas décadas Andalucía deja de ser una región de emigración para convertirse en una sociedad de alta inmigración, la desigualdad territorial se ha agravado al continuar la tendencia de migración de zonas rurales a zonas urbanas y costeras, y no ser capaces las zonas rurales del interior de asentar inmigración exterior. En suma, la incapacidad de los municipios rurales del interior de retener población joven ha acelerado de forma notable su envejecimiento demográfico y ha ahondado en los desequilibrios geográficos que se observan hoy en día.

8. Conclusiones

En este documento hemos mostrado la realidad de la mortalidad y la longevidad en Andalucía en las últimas cuatro décadas, etapa en la que se han consolidado tres procesos: aumento de la esperanza de vida al nacimiento y a las edades avanzadas, disminución de la brecha de género en esperanza de vida y un mantenimiento de las desigualdades intra e interterritoriales.

En primer lugar, la esperanza de vida de la población andaluza ha crecido a un ritmo sostenido durante las últimas cuatro décadas, tal y como se había ido produciendo desde inicios del siglo XX. El gran cambio que se ha producido se refiere a las edades que más contribuyen a ese crecimiento: en la actualidad, las edades avanzadas —y cada vez más avanzadas— se erigen como protagonistas de la transformación reciente de la esperanza de vida y la longevidad de la población andaluza. Junto al descenso de la fecundidad, la consecuencia inmediata ha sido un crecimiento sin precedentes de la población octogenaria, nonagenaria y especialmente de la centenaria, subgrupo poblacional que más crece en términos porcentuales. Obviamente, este incremento ha agudizado el proceso de envejecimiento de la población, que previamente ya estaba en marcha.

Al mismo tiempo, y en segundo lugar, la brecha de género en ambos procesos ha experimentado una doble fase. Por un lado, desde 1980 a 1995 hubo un aumento gradual; por otro, desde 1995 se ha dado una disminución de casi un 50 % en la diferencia de esperanza de vida al nacimiento entre hombres y mujeres, y se ha estabilizado a los 65 años, un nuevo escenario que no se había visto en épocas históricas anteriores.

En tercer lugar, a pesar del aumento de la duración de la vida y de la democratización de la longevidad, Andalucía sigue estando en las últimas posiciones con respecto a otras Comunidades Autónomas. Es más, su esperanza de vida es más de un año menor que en el conjunto de España, lo que nos hace plantearnos este éxito como mejorable. Entre las provincias andaluzas también encontramos diferencias, estableciéndose líneas fronteras

en un doble sentido. Por un lado, la menor longevidad y esperanza de vida de la Andalucía occidental con respecto a la oriental. Por otro lado, el menor envejecimiento y mayor dinamismo demográfico de las grandes zonas metropolitanas y las zonas costeras frente a los núcleos menos poblados y a las comarcas montañosas o de serranía.

Hay muchos voceros del apocalipsis que, desde el principio, hace ya demasiadas décadas, han calificado —de muy diversas maneras e incluso con contradicciones internas— la situación demográfica de cada momento como un freno al desarrollo económico o como un obstáculo al avance de la población patria, en especial los procesos demográficos ligados al envejecimiento de la población, a la baja fecundidad y a la intensidad de los procesos migratorios. No debemos olvidar que todos ellos están en constante interrelación y que reflejan la etapa demográfica en la que nos encontramos. Sin duda, a pesar de los delegados y seguidores de lo que algunos han llamado el «invierno demográfico», la actual situación demográfica de la población en Andalucía, así como la de España en su conjunto, es un enorme éxito y un claro rasgo de la modernidad de las sociedades andaluza y española: vivimos más años, se mejora la supervivencia a todas las edades y en ambos sexos, y, en general, llegamos a edades más avanzadas en cada vez mejores condiciones de salud.

Ahora bien, este éxito no debe nublar la vista, ya que la población andaluza tiene aún muchísimos retos por delante, desafíos que tienen más de político y social que de demográfico, aunque muchos se describan a partir de eventos poblacionales. Nos gustaría centrar el debate en tres de ellos. En primer lugar, las diferencias en longevidad y duración media de la vida entre Andalucía y el conjunto de España, y dentro de la Comunidad Autónoma andaluza, una inequidad que no permite el despegue de las zonas con menor dinamismo demográfico y a las que, de manera contraria a lo que define la lógica poblacional, se les provee de menos recursos, ahondando así en la brecha territorial. En segundo lugar, en el estrechamiento de la brecha de género en esperanza de vida: no es una mala noticia, sino simplemente la constatación de que los hombres están mejorando su mortalidad en

las edades en la que las mujeres ya lo hicieron hace algunas décadas al mismo tiempo que las mujeres comienzan a presentar características epidemiológicas masculinizadas, sobre todo en enfermedades relacionadas con comportamientos de riesgo como el tabaquismo o el consumo de alcohol. Es harto conocido que ambos hábitos son un enorme problema de salud pública, y que tiene gran relación con el incremento de gasto en recursos sanitarios dada su relación con un gran número de enfermedades crónicas. Es más, estos comportamientos son además diferenciales por género y por nivel educativo (Valdés *et al.*, 2014; Esteve-Ruiz *et al.*, 2015), lo que entronca con el tercer frente abierto: la inequidad de clase en esperanza de vida y en salud, con diferencias que pueden alcanzar los quince años entre los quintiles con mayor y menor nivel educativo. Por lo tanto, se pone de manifiesto la absoluta necesidad de adoptar políticas sociosanitarias con perspectiva de género y de clase, medidas sectoriales que estén adaptadas a los diferentes perfiles y desde una mirada interdisciplinar.

Bibliografía

ADSP-A. (2008):

Primer informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. Sevilla: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía.

ANDREEV, E. M.; SHKOLNIKOV, V. M. Y

BEGUN, A. (2002):

«Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates», *Demographic Research*, 7, pp. 499-522.

ARRIAGA, E. E. (1984):

«Measuring and explaining the change in life expectancies», *Demography*, 21 (1), pp. 83-96.

BLANES, A. (2007):

La mortalidad en la España del siglo XX: Análisis demográfico y territorial. Tesis doctoral: Universitat Autònoma de Barcelona.

CANUDAS-ROMO, V. (2008):

«The modal age at death and the shifting mortality hypothesis», *Demographic Research*, 19, pp. 1179-1204.

CHEUNG, S. L. K. Y ROBINE, J. M. (2007):

«Increase in common longevity and the compression of mortality: The case of Japan», *Population Studies*, 61 (1), pp. 85-97.

CLARK, R. Y PECK, B. M. (2012):

«Examining the gender gap in life expectancy: a cross-national analysis, 1980-2005», *Social Science Quarterly*, 93, pp. 820-837.

DE LOYOLA SALGADO, I.; SPIJKER, J. Y

BLANES, A. (2018):

«La mortalidad de las personas mayores en España: análisis temporal y territorial», *Revista de Demografía Histórica*, 36 (2), pp. 95-123.

DE MIGUEL LUKEN, V. (2002):

«Aproximación a la geografía familiar de la emigración andaluza al resto de España en el siglo XIX», *Revista de Demografía Histórica*, 20 (1), pp. 81-120.

EGEA JIMÉNEZ, C.; NIETO CALMAESTRA,

J. A.; DOMÍNGUEZ CLEMENTE, J. Y

GONZÁLEZ REGO, R. (2008):

Vulnerabilidad del tejido social de los barrios desfavorecidos de Andalucía. Colección Factoría de Ideas. Sevilla: Fundación Centro de Estudios Andaluces.

ESTEVE-RUIZ, I.; GRANDE-TRILLO, A. Y

ACOSTA-DELGADO, D. (2015):

«Factores de riesgo cardiovascular, ¿realmente existe una relación con el nivel educativo?», *CardiCore*, 50 (1), pp. 34-37.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. Y GRANDE, R.

(2018a):

«Evaluación de la calidad de las estadísticas españolas de mortalidad a edades avanzadas», *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 76, pp. 455-478.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. Y GRANDE, R.

(2018B):

«Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): descomposición por edad y causa», *Gaceta Sanitaria*, 32, pp. 151-157.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2014):

«¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148, pp. 39-60.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2015):

La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. Y GRANDE, R.

(2019):

De morirse de viejo a morirse viejo: tendencias de la mortalidad por causa de la población de edades avanzadas en España. Informe España 2019. Cátedra José María Martín Patino.

GLEI, D. A. Y HORIUCHI, S. (2007):

«The narrowing sex differential in life expectancy in high-income populations: effects of differences in the age pattern of mortality», *Population Studies*, 61, pp. 141-59.

GÓMEZ-REDONDO, R. (1995):

«Vejez prolongada y juventud menguada en España, 1970-1990», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72, pp. 79-108.

GÓMEZ-REDONDO, R. Y BOE, C. (2005):

«Decomposition analysis of Spanish life expectancy at birth: evolution and changes in the components by sex and age», *Demographic Research*, 13, pp. 521-546.

HAYFLICK, L. (1988):

«The Likely Health, Longevity, and Vitality of Future Cohorts of Mid-Life and Older Persons», conferencia celebrada en la *American Association of Retired People (AARP)*, Washington D. C., 28 de agosto.

HORIUCHI, S.; OUELLETTE, N.; CHEUNG, K. S. L. Y ROBINE, J. M. (2013):

«Modal age at death: lifespan indicator in the era of longevity extension», *Vienna Yearbook of Population Research*, 11, pp. 37-69.

KANNISTO, V. (2001):

«Mode and dispersion of the length of life», *Population: An English Selection*, 13 (1), pp. 159-171.

MESLÉ, F. (2004):

«Écart d'espérance de vie entre les sexes: les raisons du recul de l'avantage féminin», *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52 (4), pp. 333-352.

OEPPEN, J. Y VAUPEL, J. W. (2002):

«Broken limits to life expectancy», *Science*, 296, pp. 1029-1031.

OUELLETTE, N. Y BOURBEAU, R. (2011):

«Changes in the age-at-death distribution in four low mortality countries: A nonparametric approach», *Demographic Research*, 25, pp. 595-628.

PEDREGAL MATEOS, B. (1998):

«La emigración andaluza al resto de España a la luz del censo de población 1991», *Boletín económico de Andalucía*, 24, pp. 145-164.

RECAÑO, J. (1998):

«La emigración andaluza en España», *Boletín económico de Andalucía*, 24, pp. 119-143.

RUIZ-RAMOS, M. Y GARCÍA-LEÓN, F. J. (2013):

«Desigualdades en mortalidad entre Andalucía y España desde 1990 hasta 2010», *Gaceta Sanitaria*, 27 (4), pp. 298-303.

RUIZ-RAMOS, M. Y VICIANA-FERNÁNDEZ, F. (2004):

«Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España», *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), pp. 260-267.

THORSLUND, M.; WASTESSION, J. W.;

AGAHI, N.; LAGERGREN, M. Y PARKER, M. G. (2013):

«The rise and fall of women's advantage: a comparison of national trends in life expectancy at age 65 years», *European Journal of Ageing*, 10 (4), pp. 271-277.

TROVATO, F. Y HEYEN, N. B. (2006):

«A varied pattern of change of the sex differential in survival in the G7 countries», *Journal of Biosocial Science*, 38 (3), pp. 391-401.

VALDÉS, S.; GARCÍA-TORRES, F.;

MALDONADO-ARAQUE, C.; GODAY, A.; CALLE-PASCUAL, A.; SORIGUER, F. Y GRUPO DE ESTUDIO DI@BET (2014):

«Prevalencia de obesidad, diabetes mellitus y otros factores de riesgo cardiovascular en Andalucía. Comparación con datos de prevalencia nacionales. Estudio Di@bet.es», *Revista Española de Cardiología*, 67 (6), pp. 442-448.

VALLIN, J.; MESLÉ, F. Y VALKONEN, T. (2001):

Trends in Mortality and Differential Mortality. Bruselas: Council of Europe.

VALLS LLOBET, C.; BANQUÉ, M.; FUENTES, M. Y SOLSONA, J. O. (2008):

«Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres», *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 39 (1), pp. 9-22.

VICIANA-FERNÁNDEZ, F. (1999):

La transición demográfica y sanitaria en Andalucía durante el siglo XX. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.

NÚMEROS PUBLICADOS

- ...
- 50: Arte contemporáneo y sociedad en Andalucía
- 51: La creación de una nueva realidad empresarial. El caso de Andalucía
- 52: Nuevos modelos de familia en Andalucía y políticas públicas
- 53: Rasgos básicos del envejecimiento demográfico y las personas mayores en Andalucía
- 54: Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad
- 55: Gestión del pluralismo religioso en el ámbito autonómico y local
- 56: La educación como factor determinante de la movilidad intergeneracional en Andalucía
- 57: Las compañías de bajo coste en los aeropuertos andaluces
- 58: La construcción del sujeto político entre los jóvenes en riesgo
- 59: La disposición a pagar por el medio ambiente. Un análisis con datos de Andalucía
- 60: La inmigración en Andalucía. Un análisis con datos de la Seguridad Social en 2009
- 61: Percepción de la desigualdad y demanda de políticas redistributivas en Andalucía
- 62: Las violencias masculinas y la prevención de la violencia contra las mujeres
- 62: Las violencias masculinas y la prevención de la violencia contra las mujeres
- 63: La población infantil ante las nuevas tecnologías de la información. Una aproximación a la realidad de los nativos digitales andaluces
- 64: El contacto de la ciudadanía con los ayuntamientos como forma de participación política en Andalucía
- 65: Hacia un modelo de movilidad urbana sostenible
- 66: Las transiciones hacia el empleo de la juventud andaluza
- 67: El sector de los alimentos ecológicos en Andalucía: diagnóstico, retos y estrategias
- 68: Percepción de los españoles y andaluces ante la pobreza
- 69: La presencia de las mujeres en los ayuntamientos andaluces (1979-2011)
- 70: Un relato sobre identidad y vida buena en Andalucía
- 71: Bienestar, desigualdad y pobreza en Andalucía: un estudio comparativo con el resto de España a partir de las encuestas de condiciones de vida 2006 y 2012
- 72: Competencias autonómicas y gestión de la cuenca del Guadalquivir
- 73: Reformas legislativas, incumplimientos de la Carta Social Europea y su invocación en los órganos judiciales
- 74: Reforma constitucional y nuevo paradigma del Estado social. De la ordenación contingente a la organización consciente del bienestar
- 75: *Bullying, cyberbullying* y *dating violence*. Estudio de la gestión de la vida social en estudiantes de Primaria y Secundaria de Andalucía
- 76: ¿Odiarnos la política?
- 77: Determinantes sociales de la salud en Andalucía
- 78: Líderes políticos y calendario electoral. Un análisis de la percepción de la población andaluza
- 79: La Renta Mínima de Inserción en Andalucía. Alcance y limitaciones
- 80: La edición independiente en Andalucía
- 81: Género y movilidad social: nuevos datos para Andalucía
- 82: Cambios en el comportamiento electoral en Andalucía. Análisis del ciclo electoral 2018-2019 (autonómicas, generales y municipales)
- 83: La cohesión territorial a través de la identidad nacional. El bienestar como elemento vertebrador de España
- 84: Brechas y sesgos de género en la elección de estudios STEM. ¿Por qué ocurren y cómo actuar para eliminarlas?
- 85: El reto de la longevidad en Andalucía. Causas, evolución y consecuencias

ACTUALIDAD ACTUALIDAD ACTUALIDAD ACTUALIDAD



Junta de Andalucía
Consejería de la Presidencia,
Administración Pública e Interior

CENTRO DE ESTUDIOS ANDALUCES

