

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

<http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.322>

Salud, la esperanza y el coste de vida
Health, hope and cost of living

Juan Alberto Figueroa Suarez
escorpion_jf@hotmail.com
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Ecuador
<http://orcid.org/0000-0002-5641-6326>

Doris María Bravo Cevallos
bravodorys@hotmail.com
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Ecuador
<http://orcid.org/0000-0002-7245-4648>

Ruth Verónica Guillen Mendoza
ruth-636153@hotmail.com
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Ecuador
<http://orcid.org/0000-0002-7245-4648>

Recibido: 15 de mayo de 2019

Aprobado: 10 de junio de 2019

RESUMEN

Los avances en salud y seguridad en muchas áreas, junto con otros factores de crecimiento generacional, han llevado a aumentos drásticos en la vida de los humanos y en la cantidad de personas que viven (en edades más avanzadas), que en el pasado, donde se considera la esperanza de vida como una medida estadística del tiempo promedio que se espera que un organismo viva, en función del año de su nacimiento, su edad actual y otros componentes demográficos, incluido el género, lo cual trae asociado otros elementos que juegan un papel preponderante en el comportamiento del fenómeno como la salud así como los costos implicados. En este artículo reflexivo se tocan los puntos señalados, lo que permite abordar la evolución de la esperanza de vida, así como explorar los beneficios y los costos de vivir más tiempo así como las implicaciones en el gasto en salud, apoyados en estadísticas mundiales establecidas

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

por los organismos internacionales autorizados y de autores que han hecho sus investigaciones sobre el tema.

Descriptor: Esperanza de vida; Salud; Estadística; Coste; Longevidad.

ABSTRACT

Advances in health and safety in many areas, along with other generational growth factors, have led to dramatic increases in the lives of humans and in the number of people living (in older ages), than in the past, where life expectancy is considered as a statistical measure of the average time that an organism is expected to live, depending on the year of its birth, its current age and other demographic components, including gender, which brings associated other elements that play a preponderant role in the behavior of the phenomenon such as health as well as the costs involved. In this reflective article the points indicated are touched, which allows to address the evolution of life expectancy, as well as to explore the benefits and costs of living longer as well as the implications on health spending, supported by global statistics established by Authorized international organizations and authors who have done their research on the subject.

Descriptors: Life expectancy; health; statistics; cost; longevity.

INTRODUCCIÓN

La esperanza de vida corresponde a la medida de la salud mayormente utilizada, lo que se traduce en el número promedio de años que una persona puede esperar a vivir, a pesar que solo considera la duración de la vida de un individuo y no su calidad. A lo largo de las últimas dos décadas, muchos países han alcanzado enormes avances en la ampliación de los servicios de salud para sus habitantes aumentando el gasto, ampliando la esperanza de vida en la población en general y favoreciendo a una reducción de las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años. Sin embargo, a pesar de esas mejoras, la región latinoamericana y el Caribe tienen que ser más eficiente para conseguir su objetivo de cobertura universal de salud, de tal manera que nadie tenga que sufrir dificultades financieras para recibir un tratamiento de salud adecuado.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

Considerando los tiempos de escasez de recursos, la eficiencia financiera es particularmente relevante, siendo esencial para la maximización de los logros de salud de los pacientes, para asegurar que el dinero no se dilapide, garantizando de esta forma la voluntad de la sociedad de continuar financiando los servicios de salud.

Ahora bien, diversos servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe son pagados mediante sistemas de reembolso retrospectivos en los que el proveedor es reembolsado en función de los costos que declara tener. Lo anterior significa que el proveedor tiene insuficientes incentivos para reducir los gastos. Por, el contrario, los sistemas de pago por desempeño, como los acogidos en regularmente en Chile y Uruguay, fundamentan sus pagos a los proveedores en los resultados de los pacientes, lo cual se traduce en una reducción de los reingresos hospitalarios. Tales sistemas pueden favorecer las decisiones que están más basadas en datos para estipular cómo establecer eficientemente los recursos a las prioridades de salud y a los proveedores de salud que obtienen los óptimos resultados.

Es evidente la necesidad de tomar muchas más medidas, sin embargo, es destacable que en la región tiene que generar mejores resultados en salud en todos los planos, que van desde el financiamiento de la atención de salud pasando por la prestación de cuidados de salud, la gestión y la asignación de recursos con la finalidad de ser empleados para el desarrollo de políticas de mayor eficiencia y efectividad. En los actuales tiempos de menor crecimiento así como de presiones de tipo fiscal, al igual que de poblaciones más longevas, siendo todos elementos que amplían los costos de salud, no hay un momento más ideal que éste para implementar las reformas necesarias.

El presente artículo reflexivo versa sobre la salud, la esperanza de vida y el coste asociado a estos fenómenos, el pasado y el presente de la esperanza de vida, los beneficios y los costos de vivir más tiempo, el gasto en salud y la esperanza de vida, las implicaciones e sobrevivir a más de 100, los sistemas de salud y el envejecimiento de la fuerza laboral

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

DESARROLLO

Las personas nacidas a partir del año 2000 que viven en países desarrollados, pueden llegar a cumplir los 100 años teniendo más salud que las personas de mayor edad de las generaciones anteriores, según un reciente artículo de Lancet (2018), una publicación del sector médico, a través de un estudio con enfoque novedoso para modelar la esperanza de vida, la mortalidad por todas las causas y los pronósticos de causas de muerte, y escenarios futuros alternativos, para 250 causas de muerte desde 2016 hasta 2040 en 195 países y territorios. En palabras Horneff, Mauer ; Mitchell (2018, las implicaciones son amplias en el total de las áreas: para la planificación de la jubilación, los costos en salud, los novedosos modelos de trabajo y las modernas estrategias en el área de educación, de esta manera enfatiza que

La longevidad está aumentando en todo el mundo más rápido de lo que muchos de nosotros podemos imaginar. De hecho, los demógrafos dicen que el bebé que vivirá hasta los 200 años ya nació. Esta perspectiva puede hacer palidecer a los proveedores de seguros y atención médica, ya que la mayoría aún no está pensando en cómo manejar el riesgo de longevidad verdaderamente consecuente.

Actualmente, como consecuencia de una mayor longevidad aunado a las bajas tasas de natalidad que han perdurado en décadas recientes, se está produciendo un envejecimiento de la población mundial sin precedentes en la historia humana. El sector etario de 65 y más años, se convirtió en un segmento importante en todos los países, fundamentado en los datos de la Organización de las Naciones Unidas (2019); a este respecto muestran una población mundial de 7700 millones de personas para el año actual de las que casi 700 millones tienen 65 o más años, de igual manera estiman que

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

la esperanza de vida al nacer experimentará un aumento de manera global, de 72,6 años en 2019 a 77,1 en 2050.

Por otra parte, mencionan que a pesar de que ha habido un gran progreso en la reducción de las diferencias entre países en cuanto a la longevidad, todavía existen brechas considerables. En 2019, la esperanza de vida en los países menos desarrollados es de 7,7 años inferior al promedio en el mundo, lo que es causado en gran medida por los altos niveles de mortalidad infantil y materna, de igual forma la violencia, los conflictos y el impacto continuo de la epidemia del VIH son influyente en estas estadísticas.

Estimaciones realizadas por la Organización de las Naciones Unidas, a nivel global, la cantidad de personas adultas mayores superará por primera vez al de niños en 2045, en las regiones con mayor desarrollo, donde el proceso de envejecimiento está muy avanzado, toda vez que la tendencia hacia el envejecimiento poblacional se cobra mayores niveles de importancia en los países desarrollados, donde los mayores de 60 años eran, para el año 2009, un 20% de la población general.

En lo que respecta a los países en vías de desarrollo, donde se encuentran gran parte de Latinoamérica y el Caribe, el índice de envejecimiento en la fecha de referencia, era todavía del 8% sin embargo, para el año 2050 podrá ser también de un 20% de la población, lo que quiere decir que tanto el mundo en desarrollo como el desarrollado coincidirían en sus variables demográficas, en lo que a natalidad y esperanza de vida se refiere.

Ahora bien, el éxito del paradigma biomédico actual basado en un "modelo de enfermedad" puede ser limitado en el futuro debido a la gran cantidad de comorbilidades que infligen a las personas mayores. En los últimos años, ha habido una creciente evidencia empírica, basada en modelos animales, que sugiere que el proceso de envejecimiento podría retrasarse y que este proceso puede conducir a un aumento de la esperanza de vida acompañado de mejoras en la salud a edades más avanzadas. Por otra parte, las tendencias en la esperanza de vida saludable sugieren mejoras entre

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

las personas mayores, aunque las cohortes más jóvenes parecen estar llegando a la vejez con niveles crecientes de fragilidad y discapacidad. Las tendencias en los factores de riesgo para la salud, como la obesidad y el tabaquismo, muestran signos preocupantes de impactos negativos en la salud y mortalidad de adultos en el futuro cercano. Sin embargo, los resultados basados en un modelo de simulación de envejecimiento retrasado en humanos indican que tiene el potencial de aumentar no solo la duración de la vida sino también la fracción y el número de años pasados sin discapacidad a edades más avanzadas.

Sin embargo, el envejecimiento retrasado probablemente vendría con costos agregados adicionales, los cuales podrían compensarse si el envejecimiento tardío se aplica ampliamente y las personas están dispuestas a convertir su mayor salud en más años de trabajo. Los resultados basados en un modelo de simulación de envejecimiento retrasado en humanos indican que tiene el potencial de aumentar no solo la duración de la vida sino también la fracción y el número de años pasados sin discapacidad a edades más avanzadas. El envejecimiento retrasado probablemente vendría con costos agregados adicionales. Estos costos podrían compensarse si el envejecimiento tardío se aplica ampliamente y las personas están dispuestas a convertir su mayor salud en más años de trabajo. Los resultados basados en un modelo de simulación de envejecimiento retrasado en humanos indican que tiene el potencial de aumentar no solo la duración de la vida sino también la fracción y el número de años pasados sin discapacidad a edades más avanzadas. El envejecimiento retrasado probablemente vendría con costos agregados adicionales. Estos costos podrían compensarse si el envejecimiento tardío se aplica ampliamente y las personas están dispuestas a convertir su mayor salud en más años de trabajo.

Cuánto tiempo vivimos y qué proporción de esa vida se pasa con buena salud tiene implicaciones importantes para las personas y las sociedades. Las implicaciones para las personas abarcan una amplia gama de posibilidades, incluida la carga social potencial de los cuidadores de los familiares sobrevivientes, la valoración de las primas

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

del seguro de vida y la adecuación de los beneficios y ahorros de jubilación. Los efectos sociales incluyen un índice de dependencia cambiante (el índice de personas dependientes [mayores] a independientes [jóvenes]), que tiene consecuencias importantes en la viabilidad fiscal de los programas de transferencia social, como el Seguro Social y Medicare, y el tamaño y la composición demográfica de la fuerza laboral.

Los años promedio de vida (esperanza de vida) han aumentado continuamente en la mayoría de los países durante el siglo pasado sin una meseta aparente (Vaupel, 2010). En los países con baja mortalidad, la mayor parte del aumento reciente en la esperanza de vida se ha atribuido a la disminución de las tasas de mortalidad en las edades más avanzadas (Rau et al. 2008). Si años adicionales de vida también están acompañados por años de buena salud se ha convertido en un tema de intenso interés. Muchas disciplinas aportan respuestas a esta pregunta, y han surgido varios marcos para evaluar el envejecimiento saludable (Gruenberg 1977; Fries 1980; Manton 1982). Los desarrollos recientes en la biología del envejecimiento sugieren que el proceso de envejecimiento podría retrasarse (Kirkwood y Austad 2000; Sierra y col. 2009; Miller 2012) y que este proceso puede conducir a aumentos más rápidos en la esperanza de vida acompañados de mejoras en la salud a edades más avanzadas (Goldman et al. 2013). A diferencia de los enfoques actuales de políticas médicas y de atención médica que generalmente se centran en reducir la progresión y la letalidad de las principales enfermedades crónicas una por una, el envejecimiento tardío se centra en posponer el deterioro dependiente de la edad en las células en división, las células no divididas, las partes celulares y los materiales extracelulares (Miller 2012). Como resultado, el envejecimiento retrasado tiene el potencial de posponer tanto el deterioro fisiológico como las comorbilidades a lo largo del ciclo de vida, y extender años de vida saludables (Goldman et al. 2013) Si se produce un retraso en el envejecimiento entre las poblaciones como se postula, el estudio del envejecimiento saludable puede requerir la renovación de las teorías estándar o la formulación de otras nuevas.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

El pasado y el presente de la esperanza de vida

Las tendencias de la mortalidad en los países de altos ingresos entre 1900 y 1950 mostraron un claro cambio en el patrón de edad. La mortalidad a edades tempranas y por enfermedades infecciosas retrocedió rápidamente, mientras que la mortalidad a edades más avanzadas y por enfermedades crónicas comenzó a dominar (Omran 1971; Preston 1976) En la década de 1960, importantes mejoras médicas en la supervivencia cardiovascular condujeron a una prevalencia creciente de enfermedades del corazón en edades más avanzadas. Estos desarrollos centraron la atención en la morbilidad y la mortalidad de la población cada vez mayor. A fines de los años setenta y principios de los ochenta, los investigadores habían ideado marcos teóricos y marcadores de morbilidad para evaluar el envejecimiento saludable. Revisamos brevemente tres de estos marcos (fracaso del éxito, compresión de la morbilidad y equilibrio dinámico) que han guiado cantidades significativas de investigación sobre la esperanza de vida saludable en las últimas décadas.

El primer marco propuesto por Gruenberg (1977) argumentó que la disminución de la mortalidad por enfermedades crónicas conduciría invariablemente a un aumento de la prevalencia de la enfermedad, lo que calificó como "el fracaso del éxito". En su opinión, la disminución de la mortalidad surgiría de una mayor supervivencia de las personas con salud; problemas que aumentan la prevalencia de la enfermedad y la vida mórbida en la población. Otros señalaron que la interacción de la mortalidad disminuye con la incidencia de la enfermedad (Fries 1980) y que la progresión de la enfermedad y su gravedad (Manton 1982) tuvieron un papel importante en la configuración de la duración de la vida mórbida. El segundo marco desarrollado por Fries (1980) introdujo la idea de "compresión de la morbilidad" en la que argumentó que las mismas fuerzas que resultaron en una disminución de la mortalidad estarían relacionadas con una menor incidencia de enfermedades crónicas y una mayor edad de aparición de enfermedades crónicas, lo que reduciría la duración de la vida mórbida. El tercer marco desarrollado

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

por Manton (1982) introdujo la idea del "equilibrio dinámico" para resaltar el vínculo con la progresión de la enfermedad y su gravedad. Argumentó que la gravedad y la progresión de la enfermedad crónica cambiarían al mismo ritmo que las mejoras de la mortalidad, de modo que la progresión de la enfermedad se detendría en las primeras etapas, lo que daría como resultado potencialmente más enfermedades en la población pero enfermedades con menos consecuencias.

Los beneficios y los costos de vivir más tiempo

La población de los países desarrollados está envejeciendo rápidamente, y el mundo en desarrollo está solo unas décadas atrás. Se espera que la proporción de la población de 65 años o más se triplique en los países menos desarrollados durante los próximos 40 años, aumentando del 5,8 al 15% de la población total, mientras que en los países más desarrollados se espera que esta cifra aumente de 16 a 26 por ciento (un aumento de más del 60 por ciento), dice el informe de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS). En otras palabras, en los países desarrollados una persona de cada tres será pensionista.

Japón tiene la población más antigua, con más del 22 por ciento de su población de 65 años o más. Esta cifra es del 20 por ciento en Italia y Alemania; y en el Cono Sur de América, Uruguay tiene la población más antigua con casi el 14 por ciento de su población mayor de 64 años. Esta tendencia aumentará en todas partes para el año 2050; en Japón, por ejemplo, solo habrá un niño menor de 15 años para 3 adultos mayores de 64 años. Las cifras muestran claramente que el proceso de envejecimiento se está acelerando, y se espera que el número de personas mayores se duplique a nivel mundial.

El desafío para el futuro según la Organización de las Naciones Unidas División de población, en sus informes sobre: Envejecimiento de la población mundial 1950-2050, es "garantizar que las personas en todas partes puedan envejecer con seguridad y

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

dignidad y que puedan continuar participando en la vida social como ciudadanos con plenos derechos". Al mismo tiempo, "los derechos de las personas mayores no deberían ser incompatibles con los de otros grupos, y deberían fomentarse las relaciones recíprocas intergeneracionales.

El envejecimiento de la población debe verse como una historia de éxito en la historia de la humanidad, pero, sin embargo, trae problemas a nivel familiar, comunitario y nacional, afectando su capacidad de proveer para las generaciones mayores. El rápido aumento en el tamaño de los grupos de mayor edad significa cambios en las necesidades personales. La tendencia al deterioro de la salud, por ejemplo, significa un aumento en la demanda de atención para estos grupos

Así lo explica Adriana Scardino, jefa de la Oficina de Evaluación Actuarial y Económica del Banco de la Seguridad Social de Uruguay y autora del informe de la AISS. Además, el hecho de que las mujeres vivan más que los hombres lleva a una mayor proporción de mujeres en estos grupos de riesgo. En todo el mundo, las mujeres ahora representan el 55% de la población de 60 años y más. Entre los muy viejos (de 80 años o más), las mujeres son casi dos veces más numerosas que los hombres.

Es probable que estas mujeres sean viudas y hayan adquirido menos educación con menos años en el trabajo y, por lo tanto, un acceso más restringido a la seguridad social. Se debe prestar especial atención a estas realidades al decidir sobre políticas públicas relacionadas con la salud, la vivienda, los servicios sociales y los sistemas de pensiones. La viabilidad de las sociedades de larga vida dependerá de la adaptabilidad de los mercados laborales y la sostenibilidad de los sistemas de protección social.

El gasto público en salud absorbe una gran parte de los presupuestos gubernamentales. Según un informe de la OCDE, ³ el grupo de personas mayores de 65 años representa el 40-50% del gasto en atención médica y sus costos de atención médica per cápita son de tres a cinco veces más altos que para los menores de 65 años. Y se teme que el gasto público podría aumentar a medida que se acelera el envejecimiento en los países de la OCDE.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

El fenómeno del envejecimiento de la población está directamente relacionado con lo que se conoce como "transición de la salud", que se está desarrollando en todo el mundo, incluso a diferentes velocidades y formas diferentes.

La transición a la salud, también conocida como "transición epidemiológica" se define como una serie de cambios interconectados que incluyen el cambio de tasas de fertilidad altas a bajas, un aumento constante en la esperanza de vida al nacer y en edades avanzadas y una transición de enfermedades predominantemente contagiosas a enfermedades no contagiosas enfermedades transmitidas y enfermedades crónicas.

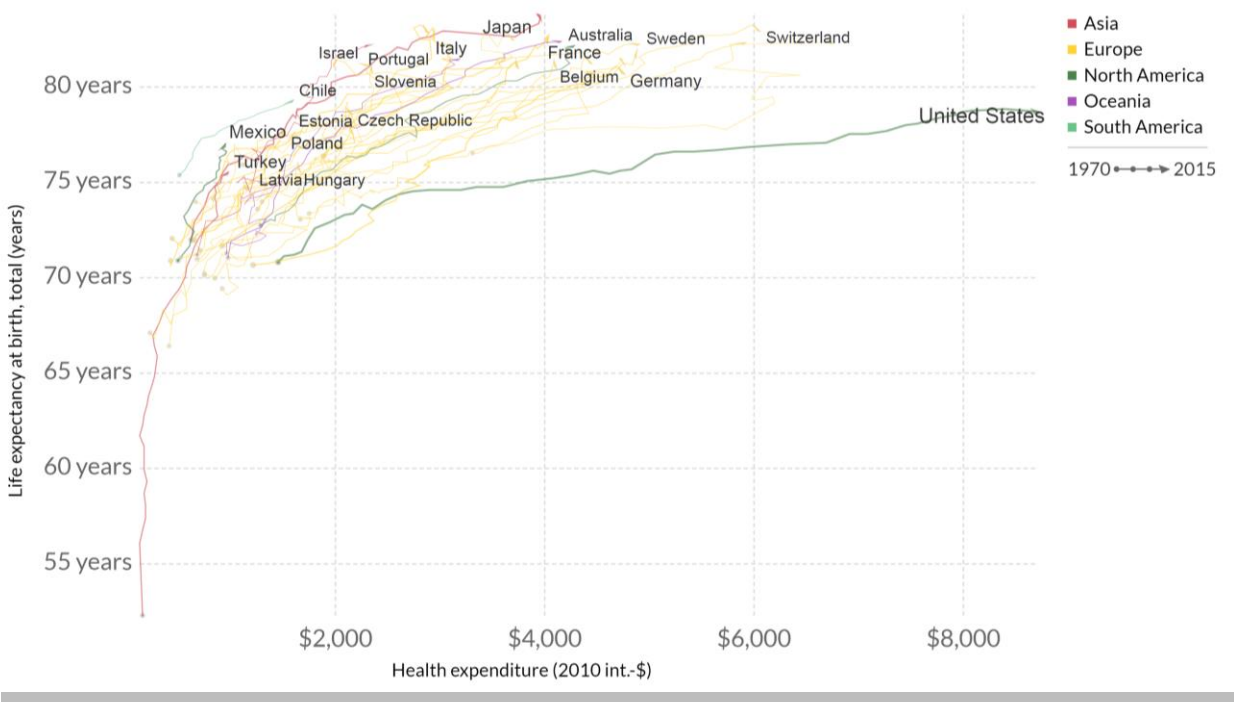
En Uruguay, la cifra promedio de "esperanza de vida saludable al nacer" es de 66 años. En Italia y Japón tiene más de 70, con 72,7 y 75 respectivamente. El acceso individual a los servicios y cuidados de salud, que incluye la prevención de enfermedades, significa que la promoción de la salud a lo largo de la vida debe centrarse en la prevención y en retrasar la aparición de enfermedades y discapacidades, así como en mejorar la calidad de vida.

El acceso a asistencia médica y servicios sociales adecuados son una parte esencial de la seguridad social y un requisito previo para un envejecimiento saludable. La consideración de formas de mejorar los sistemas para prevenir ciertas enfermedades relacionadas con la vejez o mejorar su tratamiento podría mejorar simultáneamente el bienestar de las personas mayores y conducir a un uso más racional de los recursos.

El gasto en salud y la esperanza de vida

El siguiente gráfico muestra la relación entre lo que un país gasta en salud por persona y la esperanza de vida en ese país entre 1970 y 2015 para varios países ricos.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza



Fuente: Banco Mundial, Gastos y Financiamiento de la salud. OECD (2017)

Se puede observar que Estados Unidos se destaca como un caso atípico: gasta mucho más en salud que cualquier otro país, sin embargo, la esperanza de vida de la población estadounidense no es más larga, en realidad es más corta que en otros países que gastan mucho menos.

Si se presta atención a la tendencia temporal de cada país, se nota que todos los países han seguido una trayectoria ascendente: la población vive vidas cada vez más largas a medida que aumenta el gasto en salud. Pero, de nuevo, Estados Unidos se destaca al seguir una trayectoria mucho más plana: las ganancias en la esperanza de vida por el gasto adicional en salud en los Estados Unidos son mucho más pequeñas que en los otros países de altos ingresos, particularmente desde mediados de los años ochenta.

Este desarrollo ha llevado a una gran desigualdad entre los Estados Unidos y otros países ricos. En los Estados Unidos, el gasto en salud per cápita es a menudo más de

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

tres veces mayor que en otros países ricos, sin embargo, las poblaciones de países con un gasto en salud mucho más bajo que los Estados Unidos disfrutan de vidas considerablemente más largas. En el caso más extremo, se puede ver que los estadounidenses gastan más de 5 veces lo que gastan los chilenos, sin embargo, la población de Chile en realidad vive más que los estadounidenses.

Hay varios aspectos que contribuyen a que los EE. UU. Sean tan extremos. Los estudios encuentran, por ejemplo, que los costos administrativos en el sector de la salud son más altos en los Estados Unidos que en otros países; También señalan que las comparaciones de precios entre países dependen de ajustes que no son ideales para las comparaciones de los costos de salud, y esto podría dificultar las comparaciones. A veces, estos análisis señalan que las tasas de violencia en los Estados Unidos son más altas que en otros países ricos, y esto es cierto. Pero si bien esto podría explicar la diferencia en los niveles, no es una explicación probable de la diferencia en las tendencias. Durante el período que se muestra en el cuadro anterior, la violencia y los homicidios han disminuido en los EE. UU. Más que en otros países ricos, y esto debería haber llevado a una reducción de la diferencia en lugar de la brecha creciente que vemos.

Una de las razones del bajo rendimiento de los Estados Unidos es la gran desigualdad en el gasto en salud. El aumento del gasto sin la expansión del seguro ha significado que el gasto en atención médica se haya concentrado en gran medida: el 5% de los principales gastadores representan casi la mitad del gasto y el 1% superior representa casi el 20%, por encima y más allá de la desigualdad esperada que se necesita. En nuestra entrada sobre cómo se financia la atención médica, discutimos los datos empíricos sobre esto con mayor profundidad.

Los niveles más altos de violencia en los EE. UU. (Que matan principalmente a estadounidenses de mediana edad) tampoco explican por qué los EE. UU. No solo son un valor atípico en la esperanza de vida total, sino también en la mortalidad infantil y la mortalidad materna. La proporción de niños que mueren antes de cumplir cinco años es

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

mucho mayor en los Estados Unidos que en otros países ricos, a pesar de que Estados Unidos gasta mucho más en atención médica. La mortalidad materna también es mucho más alta en los EE. UU. Que en muchos otros países ricos, y aunque está disminuyendo en la mayoría de los otros países, está aumentando en los EE. UU.

Por otra parte, vivir más es una bendición para todo ser humano, pero cómo financiar años adicionales ha surgido como un enigma global, uno que no se resolverá con los sistemas de pensiones ahora vigentes. La esperanza de vida se ha prolongado en más de una década desde 1970, lo que hace que los ingresos de por vida sean demasiado costosos para que los gobiernos o las empresas los garanticen.

En consecuencia, los humanos viven más tiempo en todo el mundo. Si bien ha habido altibajos obvios, la esperanza de vida al nacer en general ha aumentado constantemente durante muchos años. Se ha más que duplicado en los últimos dos siglos. Este aumento ha sido impulsado previamente por reducciones en la mortalidad infantil. Pero desde alrededor de la década de 1950, el principal impulsor ha sido la reducción de la mortalidad en edades más avanzadas. Según Medford, Vaupel y Christensen (2019), en Suecia, por ejemplo, donde se han recopilado datos de población nacional desde mediados del siglo XVI y son de muy alta calidad, la esperanza de vida máxima ha aumentado durante casi 150 años. Se ha observado un aumento de la esperanza de vida en muchos otros países, incluidos Europa occidental, América del Norte y Japón.

Esto ha contribuido a un rápido aumento en el número de personas muy mayores, que viven hasta 100, 110 o incluso más. El primer supercentenario verificado (de 110 años o más) fue Geert Adrians-Boomgaard, quien murió en 1899 a la edad de 110 años, cuatro meses. Su récord ha sido batido por otros desde entonces. La primera mujer supercentenaria verificada, Margaret Ann Neve, murió en 1903 a la edad de 110 años, diez meses y mantuvo el récord durante casi 23 años. Delina Filkins falleció en 1928 a la edad de 113 años, siete meses. Ella mantuvo el registro por poco más de 52 años.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

El récord actual es la francesa Jeanne Calment, quien murió el 4 de agosto de 1997, a la edad de 122 años y cinco meses. A pesar del aumento casi exponencial en el número de supercentenarios desde principios de la década de 1970, su registro se mantiene firme, pero es poco probable que lo mantenga por mucho más tiempo.

CONSIDERACIONES REFLEXIVAS FINALES

Aunque estas tendencias al alza de la vida son generalizadas, no son un hecho. Las recientes mejoras en la mortalidad danesa después de un período de estancamiento han llevado a sospechar que la esperanza de vida centenaria podría estar aumentando allí. Esto es bastante diferente de lo que se ha observado recientemente en Suecia, donde ha habido cierta desaceleración en las edades más altas.

Medford, Vaupel y Christensen (2019), estudiaron 16.931 centenarios (10.955 suecos y 5.976 daneses), nacidos entre 1870 y 1904 en Dinamarca y Suecia, países vecinos con estrechos vínculos culturales e históricos, para ver si nuestras sospechas pueden ser correctas. Aunque Suecia generalmente tiene tasas de mortalidad más bajas que Dinamarca en la mayoría de las edades, no se encontró evidencia de un aumento en Suecia en los últimos años. En Dinamarca, sin embargo, se observó que los más viejos morían a edades cada vez más altas, y la edad en la que solo el 6% de los centenarios sobrevive aumentó constantemente durante el período.

Dinamarca y Suecia son similares en muchos aspectos, sin embargo, estas tendencias de vida útil son muy diferentes. La disparidad podría deberse a varias causas, que no son fáciles de desenredar por completo. Pero tenemos algunas ideas.

Sistemas de salud

Primero, existen diferentes niveles de salud entre las dos poblaciones de edad avanzada. Estudios recientes han mostrado mejoras en la salud según lo medido por Actividades de la vida diaria (ADL), las tareas básicas necesarias para llevar una vida independiente, como bañarse o vestirse, en cohortes de centenarias en Dinamarca. En

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

Suecia, por el contrario, tales tendencias para los ancianos han sido menos optimistas. Un estudio encontró que no hubo mejoría en ADL, con deterioro en las pruebas de movilidad, cognición y rendimiento.

La diferencia en los dos sistemas de salud, especialmente en los últimos tiempos, también podría explicar la diferencia. El gasto en servicios públicos se redujo en Suecia a principios de la década de 1990, debido a una serie de crisis económicas. La asistencia sanitaria a los ancianos se vio afectada. Por ejemplo, con el cuidado de ancianos para pacientes hospitalizados, hubo un cambio desde los hospitales a hogares de ancianos y una reducción en el número de camas en hogares de ancianos. Los recortes de costos dejaron en riesgo a algunas personas mayores, particularmente a las de los grupos socioeconómicos más bajos.

Además, los dos países han seguido caminos ligeramente diferentes hacia la atención de personas mayores: Suecia tiende a apuntar a los más frágiles, mientras que Dinamarca adopta un enfoque un poco más amplio. Algunos estudios sugieren que el enfoque de Suecia ha dado como resultado que algunos que requieren atención no la reciban, y los segmentos menos favorecidos de la población de ancianos dependen más de la atención familiar, que puede ser de menor calidad.

Las personas que alcanzan edades avanzadas son un grupo selecto y obviamente son muy duraderas. Quizás debido a su resistencia inherente y fisiología particular, están mejor capacitados para beneficiarse de las mejoras en las condiciones de vida y la tecnología.

El estudio comparativo de Medford, Vaupel y Christensen (2019), sugiere algunas cosas interesantes para otras naciones, particularmente donde hay economías en desarrollo y emergentes. Estos hallazgos demuestran que puede ser posible alargar aún más la vida si se pueden lograr mejoras en la salud en las edades más altas y si la atención de alta calidad para ancianos está ampliamente disponible. De hecho, si esto es así, entonces la revolución de la longevidad humana continuará por algún tiempo.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

El envejecimiento de la fuerza laboral

El envejecimiento tiene un impacto directo en el mercado laboral, ya que las mejoras en la esperanza de vida afectan el comportamiento individual al decidir permanecer en el trabajo por más tiempo.

La relación numérica entre aquellos que están en condiciones de ser económicamente productivos (de 14 a 64 años) y aquellos que son dependientes (de 65 años o más) muestra claramente el impacto de la estructura de edad en una sociedad. Cada vez hay menos personas en el grupo de edad productiva capaces de brindar apoyo y protección a las personas mayores a medida que pasan los años.

Los problemas del envejecimiento de la población van de la mano con el crecimiento económico y las tasas de participación en el mercado laboral, y nos obligan a analizar la necesidad de cambiar la dirección con respecto a la tendencia hacia la jubilación anticipada.

Impactos del aumento de la esperanza de vida

Hay grandes ventajas para una población que envejece, como tener más hijos que conocerán a sus abuelos e incluso a sus bisabuelos. Los ciudadanos mayores sanos pueden compartir su riqueza de conocimientos con las generaciones más jóvenes y pueden continuar haciendo valiosas contribuciones a la sociedad. Sin embargo, con las personas que viven más tiempo, los problemas médicos asociados supondrán una gran carga para los sistemas de salud. Aquí hay algunos posibles impactos:

Un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la edad: las enfermedades cardíacas, el cáncer, la diabetes y otras enfermedades crónicas causarán más muertes y enfermedades en todo el mundo que las enfermedades infecciosas o parasitarias en los próximos años. En las naciones desarrolladas, este cambio ya ha sucedido. Se espera que la demencia y la enfermedad de Alzheimer se dupliquen casi cada 20 años, a medida que aumenta la esperanza de vida (CNN, 2002).

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

Mayor necesidad de trabajadores de atención médica especializados: A medida que aumenta la cantidad de estadounidenses mayores, también lo hace la necesidad de atención médica. Se necesitarán médicos especializados, como geriatras, para ayudar a las personas mayores en todo el mundo. Para 2030, se estima que se necesitarán 36,000 geriatras solo en los Estados Unidos. A partir de 2008, solo había unos 7,000 geriatras en ejercicio.

Mayor necesidad de atención a largo plazo: Es probable que aumente el número de ancianos enfermos y frágiles que necesitan hogares de ancianos o centros de vida asistida asequibles.

Los costos de atención médica aumentan: A medida que las personas mayores dejan de trabajar y sus necesidades de atención médica aumentan, los gobiernos podrían verse abrumados por costos sin precedentes. La cobertura de Medicare, que los adultos mayores pueden aprovechar a los 65 años, podría llegar a su punto de ruptura.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. CNN (2009). Reporte de la enfermedad de Alzheimer. Recuperado de <http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/09/21/alzheimers.disease.report/index.html?iref=24hours>.
2. Dang T., Antolin P., Oxley H. (2001). Implicaciones fiscales del envejecimiento: proyecciones del gasto relacionado con la edad, Documento de trabajo del Departamento de Economía de la OCDE, OCDE.
3. Fries JF. (1980). Envejecimiento, muerte natural y compresión de la morbilidad. N Engl J Med 303 : 130–135.

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

4. Goldman DP, Cutler D, Rowe JW, Michaud PC, Sullivan J, Peneva D, Olshansky SJ. (2013). Los beneficios económicos y sanitarios sustanciales del envejecimiento retrasado pueden justificar un nuevo enfoque para la investigación médica. *Health Aff (Millwood)* 32 : 1698–1705. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938188/>
5. Gruenberg EF. (1977). Los fracasos del éxito. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 55 : 3–24. : Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/141009>
6. Horneff, M.; Mauer, R.; y Mitchell, O. (2018), How Will Persistent Low Expected Returns Shape Household Behavior?, *Journal of Pension Economics and Finance*.
7. Kirkwood TBL, Austad SN. (2000). ¿Por qué envejecemos? *Nature* 408 : 233–238. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11089980>
8. Manton K, Gu XL. (2001). Cambios en la prevalencia de discapacidad crónica en la población negra y no negra de los Estados Unidos mayores de 65 años de 1982 a 1999. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 98 : 6354–6359. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC33472/>
9. Manton K, Stallard E. (1991). Estimaciones transversales de la esperanza de vida activa para las poblaciones de ancianos y ancianos de los Estados Unidos. *J Gerontol* 46 : S170–182. Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2030287>
10. Manton K. (1982). Conceptos cambiantes de morbilidad y mortalidad en la población de edad avanzada. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 60 : 183–244. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6919770>
11. Medford, A.; Vaupel, J. y Christensen, K. (2019). ¿Cuánto tiempo pueden vivir los humanos?. Universidad del Sur de Dinamarca. Recuperado de: <https://theconversation.com/how-long-can-humans-live-113944>
12. Miller RA. (2012). Genes contra el envejecimiento. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 67 : 495–502. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279231/>
13. Organización de las Naciones Unidas (2019). Perspectiva de la población mundial 2019. Recuperado de: <https://population.un.org/wpp/>

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

14. Preston SH. 1976. Patrones de mortalidad en poblaciones nacionales: con especial referencia a las causas registradas de muerte. Académico, Nueva York.
15. Rau R, Soroko E, Jasilionis D, Vaupel JW. (2008). Continua reducciones en la mortalidad en edades avanzadas . *Popul Dev Rev* 34 : 747–768.
16. Revista The Lancet (2018). Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: tiempo para una revolución. Recuperado de: <https://www.thelancet.com/commissions/quality-health-systems>
17. Scardino, A. (2009). Mejoras en la esperanza de vida y la sostenibilidad de los sistemas de seguridad social, informe para la Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social, Ottawa, Canadá, 16-18 de septiembre de 2009.
18. Sierra F, Hadley E, Suzman R, Hodes R. (2009). Perspectivas para la extensión de la vida útil. *Annu Rev Med* 60: 457–469.
19. Vaupel JW. (2010). Biodemografía del envejecimiento humano. *Naturaleza* 464: 536–542.

REFERENCES CONSULTED

1. CNN (2009). Alzheimer's disease report. Retrieved from <http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/09/21/alzheimers.disease.report/index.html?iref=24hours>.
2. Dang T., Antolin P., Oxley H. (2001). Fiscal implications of aging: projections of age-related spending, Working paper of the OECD Department of Economics, OECD.
3. Fries JF. (1980). Aging, natural death and morbidity compression. *N Engl J Med* 303: 130–135.
4. Goldman DP, Cutler D, Rowe JW, Michaud PC, Sullivan J, Peneva D, Olshansky SJ. (2013). The substantial economic and health benefits of delayed aging may justify a new approach to medical research. *Health Aff (Millwood)* 32: 1698–1705. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938188/>
5. Gruenberg EF. (1977). The failures of success. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 55: 3–24. : Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/141009>

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

6. Horneff, M .; Mauer, R .; and Mitchell, O. (2018), How Will Persistent Low Expected Returns Shape Household Behavior ?, Journal of Pension Economics and Finance.
7. Kirkwood TBL, Austad SN. (2000). Why do we grow old? Nature 408: 233-238. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11089980>
8. Manton K, Gu XL. (2001). Changes in the prevalence of chronic disability in the black and non-black population of the United States over 65 from 1982 to 1999. Proc. Natl Acad. Sci. 98: 6354-6359. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC33472/>
9. Manton K, Stallard E. (1991). Cross-sectional estimates of active life expectancy for the elderly and elderly populations of the United States. J Gerontol 46: S170-182. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2030287>
10. Manton K. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. Milbank Mem Fund Q Health Soc 60: 183–244. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6919770>
11. Medford, A .: Vaupel, J. and Christensen, K. (2019). How long can humans live? University of Southern Denmark. Retrieved from: <https://theconversation.com/how-long-can-humans-live-113944>
12. Miller RA. (2012). Genes against aging. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 67: 495–502. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6279231/>
13. United Nations Organization (2019). World population perspective 2019. Retrieved from: <https://population.un.org/wpp/>
14. Preston SH. 1976. Mortality patterns in national populations: with special reference to the registered causes of death. Academic, New York.
15. Rau R, Soroko E, Jasilionis D, Vaupel JW. (2008). Continuous reductions in mortality in advanced ages. Popul Dev Rev 34: 747–768.
16. The Lancet Magazine (2018). High quality health systems in the era of Sustainable Development Goals: time for a revolution. Recovered from: <https://www.thelancet.com/commissions/quality-health-systems>

Juan Alberto Figueroa Suarez; Doris María Bravo Cevallos; Ruth Verónica Guillen Mendoza

17. Scardino, A. (2009). Improvements in life expectancy and sustainability of social security systems, report for the International Conference of Actuaries and Statisticians of Social Security, Ottawa, Canada, September 16-18, 2009.
18. Sierra F, Hadley E, Suzman R, Hodes R. (2009). Perspectives for the extension of the useful life. *Annu Rev Med* 60: 457-469.
19. Vaupel JW. (2010). Biodemography of human aging. *Nature* 464: 536-542.

©2019 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).