



## **Tendencias mundiales y regionales de la esperanza de vida en edades extremas. Periodo 1950-2015**

*Fernando Ariel Manzano<sup>1</sup>*

### **Resumen**

En las últimas décadas del siglo XX se produce en la teoría demográfica un mayor interés por analizar la mortalidad, hasta entonces se había priorizado el fenómeno de la natalidad. El significativo incremento de la esperanza de vida al nacer entre 1950 y 2015, debido al descenso de la mortalidad general y de la mortalidad infantil, motiva el presente artículo que se propone realizar un análisis longitudinal sobre la esperanza de vida en edades extremas en el periodo mencionado, trazando posibles vínculos explicativos con las transiciones sanitarias y epidemiológicas. Entre los objetivos se procura examinar el incremento de la esperanza de las personas mayores en el aporte al aumento mencionado, a través de un tratamiento estadístico. Se sigue un recorrido entre la relación del crecimiento y la variabilidad a nivel interquinquenal en cada región. Asimismo, se comparan las mismas, diferenciando en todas las situaciones entre las tres esperanzas de vida seleccionadas y según sexo, de tal modo que se realiza un ordenamiento entre regiones según valores absolutos y relativos, y los avances y retrocesos en términos interquinquenales, entre 1950-55 y 2010-15. Se identifican en la evolución de la esperanza de vida en edades extremas – 80 años y 100 y más años –, retrocesos en algunas regiones, dadas la mayor dificultad de reducir las enfermedades endógenas o crónicas. En estas edades límites, también se destaca el comportamiento paradójico de la sobrevida femenina según regiones. Estos resultados, como otros hallazgos empíricos presentes en este artículo, ameritan profundizaciones posteriores mediante una mayor desagregación espacial, y el cruce con otras variables de relevancia. Las fuentes de información corresponden a Naciones Unidas –revisión del año 2017–, los valores correspondientes a las esperanzas de vida se presentan por períodos de cinco años,

---

<sup>1</sup> Economista y sociólogo. Dr. en Demografía. CIECS-CONICET (UNC). Correo: [fernando14979@hotmail.com](mailto:fernando14979@hotmail.com)

siendo las regiones seleccionadas: Europa, América Latina y el Caribe, Asia, África, América del Norte y Oceanía.

**Palabras Claves:** Esperanza de vida; mortalidad; sobrevida femenina.

## **Global and regional trends in life expectancies in extreme ages. Period 1950-2015**

### **Abstract**

In the last decades of the XXth century there takes place in the demographic theory a major interest to analyze the mortality, till then the phenomenon of the birthrate had been prioritized. On having been born between 1950 and 2015, due to the descent of the general mortality and of the infant mortality, the significant increase of the life expectancy motivates the present article that proposes to realize a longitudinal analysis on the life expectancy in extreme ages in the mentioned period, planning possible linked explanatory with the transitions sanitary ware and epidemiologic. Between the targets one tries to examine the increase of the hope of the elderly in the contribution to the mentioned increase, doing a statistical treatment following a trip between: the relation between the growth and the changeability at interfive-year level in every region and the comparison between the same ones – differing in all the situations between three chosen life expectancies and according to sex – the arranging between regions according to the absolute and relative values, and the advances and regressions in interfive-year terms between 1950-55 and 2010-15. Regressions are identified in the evolution of the life expectancy in extreme ages – as they are 80 years old and 100 and more years – in some regions, given the biggest difficulty of reducing the endogenous or chronic illnesses. In these extreme ages, also one emphasizes the paradoxical behavior of the feminine sobrevida as regions. These results, like other present empirical finds in this article, they deserve later deepening by means of a major spatial disintegration, and the crossing with other relevancy variables. The information sources correspond to United Nations – review of the year 2017 – the values corresponding to the life expectancies appear for periods of five years, being the chosen regions: Europe, Latin America and the Caribbean Sea, Asia, Africa, North America and Oceania.

**Keyword:** Life expectancy; mortality; formal demography; sobrevida feminine.

## Introducción

El desencadenante incremento de la esperanza de vida al nacer a partir de los años 40, ha sido el descenso de la mortalidad general y de la mortalidad infantil. Este crecimiento sostenido de la esperanza se debe, en gran parte, a la reducción de la mortalidad en las personas más jóvenes, y no a que las personas mayores vivan más tiempo (CEPAL, 2020, p. 47). No obstante, los avances generados en la salud han producido un crecimiento acelerado de la población adulta y por consiguiente un descenso de la mortalidad muy significativa en estas edades (Requés, 1997; CEPAL, 2020) –la mejora de la mortalidad tiene lugar en las mayores edades (Goldstein y Wachter, 2006; Naciones Unidas, 2019)–. De esta manera a medida que aumente la salud pública en la mayoría de los países, la esperanza de vida mundial seguirá aumentando, lo que contribuirá al crecimiento en el número y la proporción de personas mayores en todas partes del mundo (Huenchuan, 2018). En las últimas décadas del siglo XX, se produce un mayor interés por el análisis del descenso de la mortalidad y los cambios en las condiciones de salud de las poblaciones (Regidor, et al., 1994).

Las transformaciones sociopolíticas y comportamentales son fundamentales para explicar las variaciones producidas en la mortalidad y la esperanza de vida. En este contexto surge la llamada transición sanitaria, que “añade las transformaciones que se producen en las condiciones de salud de las poblaciones e incide en las respuestas sociopolíticas que se deben tomar” (Omran, 1971, p. 28).

Leonard Hayflick (1988) afirmaba que solo hay una única causa de muerte a las edades avanzadas: la edad avanzada, y nada podía contra sus efectos mortales. En las últimas décadas, la dificultad de la reducción de la mortalidad en edades muy avanzadas generada por enfermedades endógenas (Olshansky *et al.*, 1990), ha subrayado límites definidos a la vida humana, sin apenas flexibilidad de mejora (González, 2014). En cambio, otras investigaciones destacaron la plasticidad de la mortalidad en general, más patente en las edades avanzadas (Robine, et al. 2003; Scholz y Maier, 2003; Vaupel y Kistowski, 2007; Vaupel, 2010), dando cuenta de una desaceleración de la mortalidad que se traslada a edades cada vez más avanzadas, provocando un retraso del envejecimiento al mismo tiempo que la supervivencia general mejora (González, 2014).

En términos generales, se considera que conforme los países se desarrollan económicamente, más personas lleguen a la edad adulta y, por consiguiente, se incrementa el valor de la esperanza de vida al nacer. Según Naciones Unidas (2019), una persona de 65 años en 2015-2020 podría esperar vivir, en promedio, 17 años adicionales, y para el quinquenio 2045-2050, esa cifra habrá aumentado a 19 años.

En la población total aumenta la proporción de personas mayores<sup>2</sup> debido a la disminución de las tasas de mortalidad –y el consiguiente aumento de la esperanza de vida al nacer (CEPAL, 2020)–, así como también por la disminución de la población joven, como consecuencia de la reducción drástica de la fecundidad que se viene produciéndose desde el último tercio del siglo XX (García Ballesteros y Jiménez Blasco, 2016). Si bien existen excepciones, como África, y en menor medida Oriente Medio, que exhiben caídas menos pronunciadas de las tasas de fecundidad (CEPAL, 2020).

Un indicador apropiado para describir los cambios de la mortalidad general es la Esperanza de Vida –en adelante  $E_x$ –. Esta medida de la mortalidad no afectada por la estructura etaria de la población (Grushka, 2014), por ejemplo la  $E_0$  –esperanza de vida al nacer–, representa el número promedio de años de vida a que una persona perteneciente a una cohorte podría vivir si las tasas de mortalidad específicas por edad para un año determinado se mantuviesen constantes por el resto de su vida, por lo tanto, es una medida hipotética que se basa en las tasas de mortalidad actuales (Population Reference Bureau, 2003, p.28).

Este trabajo de carácter exploratorio se propone realizar un análisis estadístico del comportamiento de la mortalidad en las edades extremas, cuantificada mediante la esperanza de vida – $E_0$ ,  $E_{80}$  y  $E_{100+}$ <sup>3</sup> según sexo, en las edades avanzadas se han seleccionado dos edades ponderando una menor confiabilidad–, a nivel de grandes regiones geográficas –Europa, América Latina y el Caribe, Asia, África, América del Norte y Oceanía–, durante el periodo 1950-2015, con el objetivo de conocer la diversidad de las dinámicas de las esperanzas de vida en estas edades extremas a lo largo de las últimas seis décadas, buscando referenciar los resultados

---

<sup>2</sup> Por ejemplo, Francia demora casi 150 años para aumentar del 10% al 20% la proporción de la población mayor de 60 años, mientras que en algunos países como Brasil, China e India se producirá en poco más de 20 años, lo que demanda una adaptación mucho más veloz que en el pasado (CEPAL, 2020).

<sup>3</sup> La  $E_0$ ,  $E_{80}$  y  $E_{100+}$ , reflejan el número medio de años que, en promedio, les resta por vivir a los sobrevivientes de una cohorte de recién nacidos, personas de 80 años y grupos con 100 años y más de edad, respectivamente, sometidos en todas las edades restantes a los riesgos de mortalidad del período en estudio (CEPAL, 2012).

hallados a los elementos teóricos de la transmisión epidemiológica y sanitaria. En términos más específicos, los análisis de las esperanzas de vida recorren:

- La relación entre el crecimiento y la variabilidad a nivel interquinquenal en cada región y la comparación entre las mismas –diferenciando en todas las situaciones según sexo–;
- El ordenamiento de las regiones según los valores absolutos y relativos entre las tres esperanzas de vida, y
- Los avances y retrocesos interquincenales entre 1950-55 y 2010-15

### Marco conceptual

La teoría de la transición demográfica –en adelante TTD– postula una ruta de transición por la cual han de pasar todas las sociedades, comenzando desde un régimen pre-moderno de alta natalidad y alta mortalidad –tasas en torno al 40 y 50 por mil, respectivamente, y esperanzas de vida al nacer que no superaban los 30 años, propias de las sociedades pre-industriales (De Miguel y Díez, 1985)–, hacia un estado post-moderno en el cual ambos indicadores demográficos presentan valores bajos (Kirk, 1999; Torrado, 1990; CEPAL-CELADE, 1993) –en torno al 10 por mil en ambos casos y esperanzas de vida al nacer superiores a 70 años, que caracterizan a las sociedades modernas (De Miguel y Díez, 1985)–, transitando un período intermedio de acelerado crecimiento poblacional, siendo precursor el descenso de las tasas de mortalidad a las de natalidad (Patarra, 1973; Coale y Watkins 1986). Se afirma la superioridad del régimen demográfico moderno respecto al tradicional, basado en una mayor racionalidad en el uso de los recursos demográficos (Canales, 2001).

Los descensos de la fecundidad ocurridos en Europa entre las décadas de 1970 y 1980 (Vallin, 1994), se han atribuidos a cambios en la familia (Van de Kaa, 1987), –entre otros elementos<sup>4</sup>–, a la disminución del matrimonio legal, el aumento de la convivencia de las parejas y de los divorcios, la popularización de anticonceptivos eficientes, etcétera, pero también el aumento de la esperanza de vida y la estabilización de unos bajos niveles de mortalidad (Santos del Campo,

---

<sup>4</sup> Se reflejan tendencias sociales más generales, en particular el hecho de las mujeres de los países desarrollados en la actualidad, comúnmente alcanzan el mismo nivel educativo, y algunas veces mayor, que el de los hombres, y avanzan rápidamente en el mundo laboral (Love, 2018).

1996). Estos cambios han dado lugar a la denominada segunda transición demográfica<sup>5-6</sup> (STD) (Cliquet, 1991, Coleman, 2004, Lesthaeghe, 1991, Van de Kaa, 1990), que se centra en aspectos vinculados con la nupcialidad como responsables de la disminución de la fecundidad a niveles muy inferiores al reemplazo (Chackiel, 2004) No obstante, varios autores destacan la falta de elementos para asegurar el descenso de la fecundidad por parte de STD (Bernhardt, 2004).

Cabe mencionar la aparición de diferentes modelos empíricos de la TTD<sup>7</sup> para interpretar el cambio demográfico. Evidenciando, de esta manera, las carencias analíticas e imposibilidad en tanto esquema comprensivo (Livi Bacci, 1994), para cumplir el rol de marco teórico (Canales, 2001). Al margen de los cuestionamientos a la TTD (Patarra, 1973), esta teoría se ha centrado en el descenso de la fecundidad, prestando menor atención al fenómeno de la reducción de la mortalidad (Robles González, et al., 1996a).

Hasta hace poco tiempo, era habitual hablar de transición sanitaria y transición epidemiológica como conceptos equivalentes (Robles González, et al., 1996a). Las importantes aportaciones teóricas que se han producido en los últimos años en torno al concepto de transición sanitaria (Frenk, et al., 1991; Caldwell, 1990), además de delimitar el contenido de ambas transiciones, han incrementado notablemente su capacidad analítica (Robles González, et al., 1996 a). Cabe destacar que la transición sanitaria trata de dar cuenta de los grandes cambios ligados al desarrollo socioeconómico, en la estructura de la población y en las condiciones de salud de las sociedades occidentales en el presente siglo. Es interpretado como un concepto globalizador, representativo de los cambios en las condiciones de salud que contribuyeron al descenso de la mortalidad que acompaña a la transición demográfica (Robles González, et al., 1996a), quedando

---

<sup>5</sup> La TTD se ha concentrado sólo en la fecundidad, dejando de lado la reproducción –fenómeno generacional–. (MacInnes y Pérez Díaz, 2008). En esta explicación del cambio demográficos, una reproducción similar puede alcanzarse a través de la generación de muchos hijos que viven una cantidad de años baja, o bien teniendo pocos hijos en un contexto de alta esperanza de vida (Pérez Díaz, 2003). En los países más avanzados se ha reducido la fecundidad generacional, provocando niveles significativos de eficiencia reproductiva (Frejka y Calot, 2001; MacInnes y Pérez Díaz, 2008). Por tanto, a medida que aumenta la esperanza de vida, también lo hacen las probabilidades de que diferentes generaciones de una familia estén vivas al mismo tiempo. No obstante, en la actualidad estas generaciones tienen más probabilidades que antes de vivir por separado (CEPAL, 2020).

<sup>6</sup> La STD preconizada por los demógrafos Lesthaeghe y Van de Kaa (1986), se caracteriza por una estructura por edades en la que, según Naciones Unidas, hay una alta proporción de ancianos en constante incremento y con escasas perspectivas de reversibilidad del proceso (García Ballesteros y Jiménez Blasco, 2016).

<sup>7</sup> En las diversas enunciaciones de la TTD, como en la explicación de la inversión del flujo intergeneracional de recursos (Caldwell, 1982) y en la consideración del incremento en la “calidad” y en los “costos de oportunidad” de los niños (Becker, 1991), el patrón explicativo se sustenta en la idea de que la fecundidad desciende porque en las sociedades modernas los hijos se vuelven cada vez más “embarazosos” en términos relativos.

incluidos en su interior los siguientes componentes: transición epidemiológica, transición de riesgos y transición de la atención sanitaria (Robles González, et al., 1996b).

La transición de riesgos describe los cambios producidos en la exposición a riesgos de salud ambientales y laborales (Kjellström y Rosentock, 1990 ; Smith, 1990). Respecto a la transición en la atención sanitaria, busca dar cuenta de la forma en que el sistema de salud se organiza para el suministro de servicios (Frenk, et al., 1991).

La transición epidemiológica describe el paso de un viejo patrón caracterizado por una elevada mortalidad –sobre todo infantil–, producto de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, hacia un nuevo perfil en que disminuye notablemente la mortalidad y son las enfermedades endógenas o crónicas<sup>8</sup> las principales causas de defunción –tumores y enfermedades degenerativas (Omran, 1971), siendo estas las causas de morbilidad más relevantes en la actualidad<sup>9</sup> (Stevenson, 2014)–, en simultaneo con un descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas<sup>10</sup> (Robles González, et al., 1996a). De manera que el aumento de la esperanza de vida viene acompañado de mayor presencia de enfermedades –se combina una mortalidad decreciente con una morbilidad creciente–, que dejan menos mortales y se padecen crónicamente durante etapas prolongadas de la vida (Frenk, et al., 1991; Bernabeu Mestre, 1995). En este sentido, según CEPAL (2020), independientemente del nivel socioeconómico del país de residencia en que se viva, se enfrenta una agobiante carga de la morbilidad en la vejez.

Se considera que reducir la mortalidad adulta requiere mayores esfuerzos que la mortalidad infantil, debido a que los primeros enfrentan enfermedades no transmisibles más difíciles de controlar –cardiovasculares, cáncer, entre otras–, respecto a las enfermedades infecciosas presentes en la mayoría de las muertes infantiles. No obstante las regiones menos desarrolladas lo han estado haciendo a un ritmo más rápido que las regiones más ricas (Naciones Unidas, 2017).

---

<sup>8</sup> Las enfermedades no transmisibles ya causan a las personas mayores cargas extremadamente inequitativas en los países de ingresos bajos y medianos (CEPAL, 2020, p. 61).

<sup>9</sup> Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) , son uno de los principales problemas de salud pública en el mundo (OMS, 2014).

<sup>10</sup> El control de las enfermedades infecciosas propias de la infancia –como la escarlatina, difteria, tosferina o sarampión–, de las enfermedades infecciosas transmitidas por agua y alimentos –como la fiebre tifoidea–, a través del aire –tuberculosis–, y en menor medida, de las transmitidas por vectores –paludismo–, supuso el argumento definitivo para el progresivo descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas.

## Aspectos metodológicos

El indicador demográfico utilizado para aproximar el comportamiento de la mortalidad es la  $E_x$ . Esta da cuenta del promedio de años que viviría una persona en un lugar determinado, o expresado de otro modo “el promedio de años que vivirá cada componente de una generación de recién nacidos, que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida” (Somoza, 1971). Considerando que en las regiones más avanzadas –América del Norte, Oceanía y Europa–, la  $E_0$  se encuentra cercana a los 80 años, resulta de interés analizar la dinámica que tiene la esperanza de vida a los 80 y 100 años o más (Pérez-Fructuoso, 2017). Las respectivas esperanzas de vida seleccionadas, se interpretan de la siguiente manera:

$E_0$ : indica la duración media de la vida de los individuos que integran una cohorte hipotética de nacimientos, sometidos en todas las edades a los riesgos de mortalidad del período en estudio (Aranco, et al., 2018).

$E_{80}$ : refleja el número promedio de años adicionales de vida de una persona de 80 años sujeta a los riesgos de mortalidad por edad específica de un período determinado a lo largo del resto de su vida (Naciones Unidas, 2019) ; y

$E_{100+}$ : el promedio de años que cabe esperar que viva una persona de 100 o más años de edad sujeta a la tasa de mortalidad específica por edad en un período determinado (CEPAL, 2020).

El valor de la cantidad media de año en cualquiera de los casos, está vinculado a una cohorte hipotética, establecido el supuesto que las condiciones de mortalidad por edad vigentes se mantienen constantes hasta sus extinciones (Grushka, 2014). Dado que la esperanza de vida surge de una tabla de mortalidad de momento –correspondiente a un año calendario determinado–, se conjetura asimilables a la vida media, bajo esta abstracción es posible realizar comparaciones entre los valores de las esperanzas pertenecientes a distintos momentos del tiempo –dada la imposibilidad de conocer los valores de una generación real, tan solo referencias a cohortes hipotéticas –. Cabe cuestionar el uso de esperanzas de vida a nivel de grandes regiones, dada las diferencias existentes al interior de las mismas<sup>11</sup> (OCDE, 2017). –en lo todo lo concernientes a

---

<sup>11</sup> Lejos se encuentran de la uniformidad las transiciones de las poblaciones de los países de Latinoamérica, Europa Oriental, Asia y África, sumados a los diferenciales según etnias, estratos sociales, categorías urbanas, etc. (Benítez Zenteno, 2004).



diferenciales entre áreas urbanas y rurales, estratos socioeconómicos, pertenencia étnica, y demás factores (Huenchuan, 2018) –.

Se utilizan los términos estadísticos *brecha* para expresar la diferencia en valores absolutos (años) o relativos (%), entre los registros máximos y mínimos de la esperanzas de vida de las regiones, y *variabilidad* – cuantificada mediante el cálculo del coeficiente de variación<sup>12</sup> (C.V.).

Las fuentes de información corresponden a Naciones Unidas –revisión del año 2017–, los valores correspondientes a las esperanzas de vida se presentan por períodos de cinco años, siendo las regiones seleccionadas: Europa, América Latina y el Caribe, Asia, África, América del Norte y Oceanía<sup>13</sup> (Aranco, et al., 2018), y el periodo de estudio desde el quinquenio 1950-55 hasta 2015-2015.

### **Irregularidad temporal en las regiones más atrasadas y tendencia a la convergencia en la esperanza al nacer**

A nivel mundial la evolución de la  $E_0$  presenta un incremento continuo y progresivo a lo largo de los trece quinquenios correspondientes al periodo en estudio (Oeppen y Vaupel, 2002; Huenchuan, 2018). En el quinquenio 1950-55 sus valores eran de 47,0, 45,5 y 48,5 años para ambos sexos, varones y mujeres, respectivamente, pasando a 70,8 , 68,6 y 73,1<sup>14</sup> años en el quinquenio 2010-15 –siendo los incrementos relativos 50,7%, 50,6%, y 50,8% o bien aumentos de 23,8, 23,1 y 24,6 años–, en cada uno de los casos correspondientemente –la esperanza de las mujeres era superior a los varones en 3,0 años en el quinquenio 1950-55 y se eleva a 4,6 años en 2010-15(Naciones Unidas, 2019) – . Dichos aumentos se vinculan, fundamentalmente, al

---

<sup>12</sup> El coeficiente de variación, permite comparar el nivel de variabilidad existente entre grupos de datos referidos a distintos sistemas de unidades (Manzano, 2019).

<sup>13</sup> Europa (comprende Europa del Este –10 países-, Norte de Europa –13 países-, Europa del Sur –16 países-, Europa Oriental –9 países-), América Latina y el Caribe (comprende El Caribe -26 países-, Centroamérica –8 países-, y Sudamérica –14 países-), América del Norte (comprende Islas bermudas, Canadá, Tierra Verde, San Pedro y Miquelón, y Estados Unidos de América), Oceanía (comprende Australia/Nueva Zelanda-2 países-, Melanesia -5 países-, Micronesia –7 países-, Polinesia -9 países-), Asia (comprende Asia Oriental –8 países-, Asia Central- Sur -14 países-, Asia Sudoriental –11 países-, Asia Occidental –18 países-) y África (comprende África Oriental –20 países-, África Media –9 países-, África del Norte –7 países-, África del Sur –5 países-, África Occidental –17 países-)

<sup>14</sup> Las causas de la mayor esperanza de las mujeres respecto a los varones se encuentra aún en debate. Distándose argumentaciones que se refieren a la dimensiones biológica, mientras que otros autores hacen énfasis en los factores sociales ( Sacco, 2016).

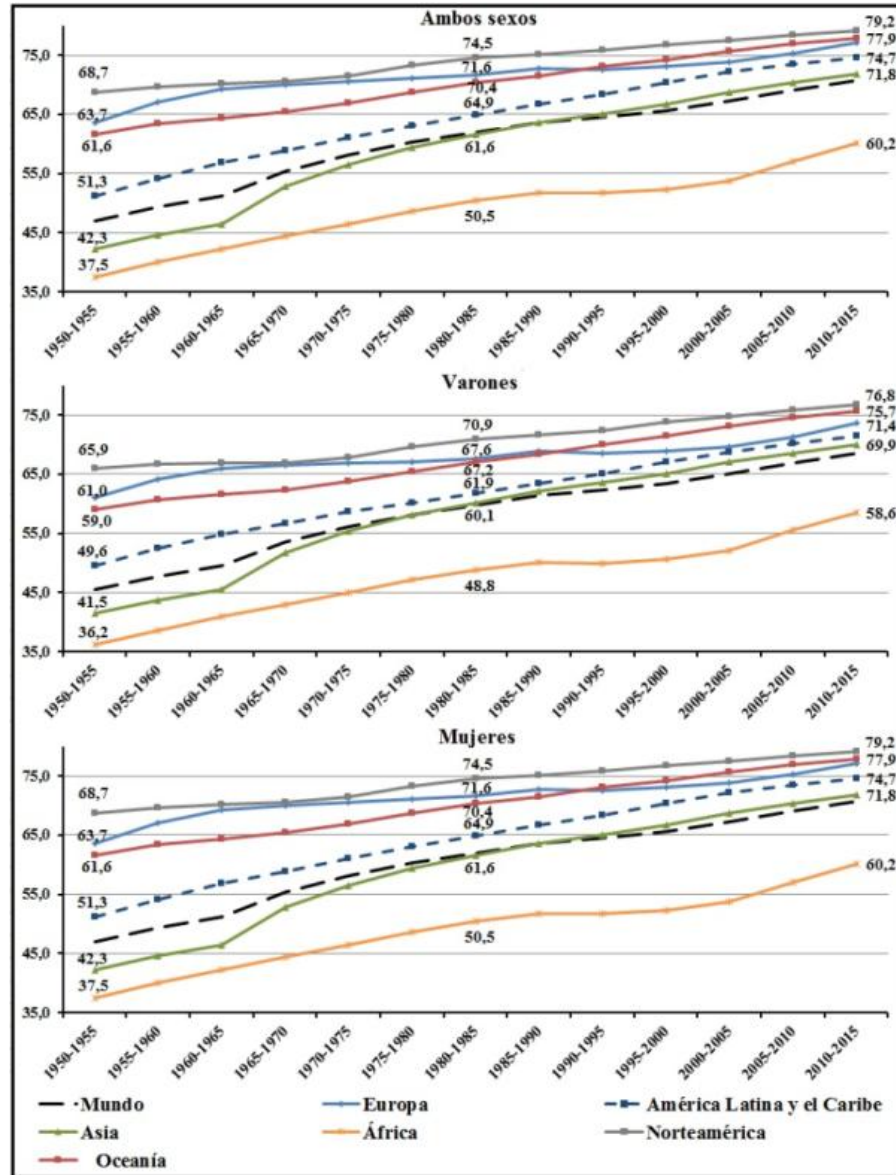
descenso producido en la tasas de mortalidad – principalmente infantil<sup>15</sup>–, al posibilitar éste que un número cada vez mayor de efectivos se incorpore a edades más avanzadas (Robles González, et al., 1996a), debido a las mejoras en las condiciones de vida, al desarrollo de programas de salud públicos y de prevención, al uso de vacunas y antibióticos, etc. (Roa García y Cendejas Bueno, 2007).

En el quinquenio 1950-55 todas las regiones presentaron una  $E_0$  mayor a 50 años, exceptuando Asia y África que alcanzaron dicho límite en los quinquenios 1965-70 y 1980-85, respectivamente. El umbral de  $E_0$  de 70 años que caracteriza a las sociedades modernas (De Miguel y Díez, 1985)–, es alcanzado primero por América del Norte en el quinquenio 1960-65, seguido por Europa en 1965-70, Oceanía en 1980-85, América Latina y el Caribe en 1995-00, y finalmente Asia en 2000-05 –mientras que África a pesar de haber sido la tercer región con mayor incremento en la  $E_0$  en el periodo 1950-2015, permanece lejos del límite mencionado–, existiendo diferencias según sexo tal como puede apreciarse en la **Figura N°1**.

---

<sup>15</sup> Desde 1970 se ampliaron los niveles regionales de mortalidad infantil, siendo las principales causas de muertes las complicaciones al nacimiento, neumonía, asfixia al nacer, diarrea y malaria (Naciones Unidas, 2017)

Figura N° 1. Esperanza de vida al nacer (en años), según sexo por regiones. Periodo 1950-2015 (en quinquenios)



**Fuente:** Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

En 1950-55 la brecha en la  $E_0$  entre América del Norte y África era de 31,3 años. Durante el periodo 1950-2015 la región de África<sup>16</sup> incremento su  $E_0$  en 22,8 años, mientras que América

<sup>16</sup> África entre 1950-55 y 2010-15 aumento la  $E_0$  de los varones en 22,4 años (61,7%), y en las mujeres 23,2 años (59,7%). Se produjo un retroceso en 1990-95 de la  $E_0$  de los varones de 0,1 años (-0,2%). Además sobresale un

del Norte solo 10,4 años<sup>17</sup> –esta región experimento una desaceleración al igual que Europa<sup>18</sup>, aunque esta última en menor medida–, en consecuencia la brecha en el quinquenio 2010-15 fue de 18,9 años –una reducción de 39,4% respecto a 1950-55–. Las regiones con altos niveles de mortalidad tienen la posibilidad de recibir tecnología en salud de aquellas regiones con bajos niveles de mortalidad. Por consiguiente, la  $E_0$  en las primeras aumenta más rápidamente que en las regiones desarrolladas (Lee y Rofman, 1994), debido a la notable reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida, sobre todo durante la infancia y el nacimiento, vinculadas las enfermedades infecciosas (CEPAL, 2020). No debe olvidarse las significativas diferencias entre países desarrollados<sup>19</sup> y en desarrollo – así como al interiores de estas categorías–. Por ejemplo, la  $E_0$  de España supera los de 80 años duplicando a la de Mozambique (Stevenson, 2014).

Aumentos interquinquenales en la  $E_0$  de 2 años o más, se presentan en algunas regiones con una frecuencia poco regular, tal como puede apreciarse a continuación:

- En varones: Europa (1950-55); América Latina y el Caribe (1950-55, 1955-60, y 1995-00); Asia (hasta 1985-90 y en 2000-05); y África (hasta 1975-80, 2000-05 y 2010-15).

- En mujeres: Europa (1950-55 y 1955-60); América Latina y el Caribe (hasta 1980-85 y 1995-00); Asia (hasta 1985-90); y África (hasta 1975-80, 2000-05 y 2010-15).

En este contexto de crecimiento de años que viven las personas en promedio (Chackiel, 2000), sobresale la mayor sobrevivencia de las mujeres en todas las regiones (González y Peranovich, 2012), siendo la más elevada la ocurrida en América Latina y el Caribe de 3,2 años entre 1950-55 y 2010-15 (Naciones Unidas, 2019)

Las fluctuaciones en los ritmos del crecimiento interquinquenales en Asia, América Latina y el Caribe, y África, que fueron las regiones de mayor incremento en la  $E_0$ , contrastan con los

---

incremento en los dos últimos quinquenios de 3,3 y 3,1, y 3,3 y 3,5 años en varones y mujeres, respectivamente –los más elevados en comparación con las demás regiones–.

<sup>17</sup> En América del Norte la  $E_0$  presenta los menores aumentos en la mayoría de los quinquenios exceptuando un leve repunte en el periodo 1990-2000 en varones y en el quinquenio 1990-95 en mujeres.

<sup>18</sup> Europa en el quinquenio 1990-2000 sufre un retroceso en el valor de la  $E_0$  de los varones de 0,5 años (-0,7%).

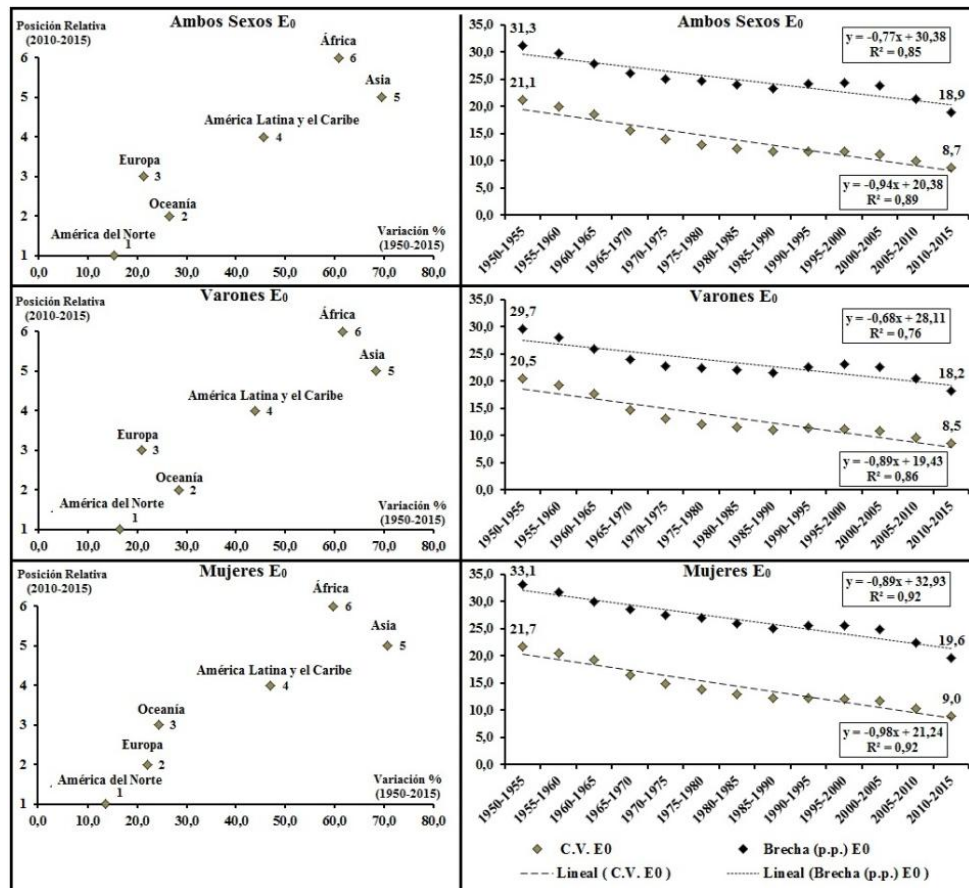
<sup>19</sup> El criterio de las Naciones Unidas de división entre países más y menos desarrollados, presenta dentro del primer grupo a todos los de Europa y América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón, y en el segundo a todos los de África, Asia (excluyendo Japón), América Latina (muy influenciada por Brasil y México) y el Caribe más la Polinesia (Grushka, 2010).

menores niveles de variabilidad de las regiones desarrolladas<sup>20</sup> –América del Norte, Europa y Oceanía–. Durante el periodo 1950-2015 primo una tendencia a la convergencia en los valores de  $E_0$ , que se constata en la disminución del valor de la brecha y de la variabilidad entre las seis regiones –apenas superiores en las mujeres respecto a los varones, ver **Figura N°2**–. A partir de estos resultados, predomina cierta convicción –no debe eludirse la presencia de desacuerdos–, de que brecha entre países más y menos desarrollados podría disminuir algo más (Grushka, 2010). En línea con esta postura, CEPAL (2020) considera que el aumento de la esperanza de vida en el mundo responde en gran medida al mayor índice de supervivencia a edades menores, y una pequeña parte corresponde al incremento de la esperanza de vida en edades avanzadas.

---

<sup>20</sup> América del Norte y Oceanía se destacan por un aumento de la  $E_0$  graduales (entre 0,3 y 1,8 años, y 0,9 y 1,8 años, respectivamente). El comportamiento homogéneo de América del Norte se refleja también en un valor de C.V. de solo 4,6%, mientras que en África fue de 13,0% entre 1950 y 2015.

Figura N° 2. Brecha en puntos porcentuales y Coeficiente de variación de  $E_0$ . Posición en quinquenio 2010-15 y variación porcentual 1950 a 2010-15 según regiones y sexo



Fuente: Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

### Heterogeneidad en la evolución de las esperanzas extremas e irregularidades de la sobrevivida femenina

El número de personas de 80 años o más en los países menos desarrollados aumentó más cinco veces entre 1980 y 2017, las estimaciones de Naciones Unidas, consideran que aumentara hasta 8,5 millones en 2030 y 21,2 millones en el año 2050 (Naciones Unidas, 2019). Las principales causas de muerte en la vejez son las enfermedades no transmisibles, aunque las muertes debido a estas causas suelen producirse en edades menores en los países de ingresos bajos y medianos, siendo además todavía responsables de un número considerable de muertes (CEPAL, 2020). De manera que los potenciales incrementos en la esperanza de vida en estas regiones, implica

enfrentar desafíos en términos económicos y sociales (Mendes et al., 2015), que requieren el acompañamiento de políticas públicas efectivas, junto a la participación de las personas mayores (Nebot et al., 2020), para conseguir una vida más prologada con dignidad, autonomía y calidad (Mendes et al., 2015).

A nivel mundial entre 1950-55 y 2010-15, la  $E_{80}$  aumento 52,4%<sup>21</sup>, 48,6%, y 54,5% en ambos sexos, varones y mujeres, respectivamente, superando los incrementos en la  $E_0$  en los casos de ambos sexos y mujeres—. El incremento en la  $E_{100+}$  fue significativamente inferior, 34,5% en ambos sexos, 27,7% en varones y 35,2% en mujeres. Dando cuenta de una sobrevida femenina más pronunciada en las edades más avanzadas<sup>22</sup> (CEPAL-CELADE, 2002) – suele vincularse la sobremortalidad masculina a causa de la violencia (Huenchuan, 2018)—. No obstante, entre las regiones el orden del crecimiento en el periodo 1950-2015 de las tres esperanzas de vida difiere, en términos esquemáticos surgen tres situaciones –considerando los aumentos respectivos en orden decreciente—, son:

- $E_{80}$ ,  $E_{100+}$ , y  $E_0$ : Europa, América Latina y el Caribe, América del Norte, y Oceanía –solo para las mujeres en estas dos últimas regiones—;
- $E_0$ ,  $E_{80}$ , y  $E_{100+}$ : Asia y África; y
- $E_{80}$ ,  $E_0$ , y  $E_{100+}$ : América del Norte y Oceanía –para los varones—.

Tomando como referencia un valor de la  $E_{80}$  de 6 años, cada región discriminando según sexo alcanza este límite en los siguientes quinquenios –considerando que los patrones de mortalidad se mantienen constantes—: 1950-55 América del Norte (varones y mujeres), y Oceanía (mujeres), ya superaban este registros; 1955-60 Europa (mujeres), y América Latina y el Caribe (mujeres); 1975-80 Oceanía (varones), América Latina y el Caribe (varones), Asia (mujeres); 1985-90 Europa (varones); 1995-00 Asia (varones), y 2005-10 África<sup>23</sup> (mujeres).

---

<sup>21</sup> En años entre 1950-55 y 2010-15, el aumento de la  $E_{80}$  2,8, 2,4 y 3,0, en ambos sexos, varones y mujeres, respectivamente, y en la  $E_{E100+}$  0,7, 0,5 y 0,7 años, correspondientemente.

<sup>22</sup> De manera que las diferencias favorables a la mujer en la expectativa de vida resultan crecientes (Chackiel, 2000 y Chackiel, 2004), generando un envejecimiento en peores condiciones de salud en relación a los hombres –mayores niveles de prevalencia de enfermedades y de naturaleza más grave— (Ham Chande, 1999).

<sup>23</sup> La de África se encuentre por debajo de este valor durante el periodo analizado, alcanzando un valor máximo  $E_{80}$  en 2010-15 de 5,6 y 6,2 años, varones y mujeres, respectivamente. Esto puede asociarse a la alta mortalidad por VIH / SIDA y a la dificultad de acceso a tratamientos de enfermedades no transmisibles predominantes en los adultos, generando un ritmo más lento en la mejora de la morbilidad adulta (Naciones Unidas, 2017).

Utilizando un umbral mayor, por ejemplo un valor de  $E_{80}$  de 8 años, las localizaciones serían: 1970-75 América del Norte (mujeres); 1980-85 Oceanía (mujeres); 1995-00 América Latina y el Caribe (mujeres); 2000-05 Europa<sup>24</sup> (mujeres); 2005-10 América del Norte (varones) y Oceanía (varones); y 2010-15, y Asia (mujeres) y América Latina y el Caribe (varones).

Aumentos interquinquenales en la  $E_{80}$  de 0,4 años o más, se presentan en algunas regiones –con mínimas diferencias temporales entre sexos–, tal como puede apreciarse a continuación:

- En varones: Europa (de 2000-05 a 2010-15); América Latina y el Caribe (1950-55, 1995-00, y de 2005-10 a 2010-15); Asia (de 1960-65 a 1965-70); América del Norte (1975-80, y de 2005-10 a 2010-15); Oceanía (1975-80, 1990-95, y de 2000-05 a 2010-15).

- En mujeres: Europa (de 2005-10 a 2010-15); América Latina y el Caribe (1950-55, y de 1990-95 a 2010-15); Asia (de 1960-65 a 1965-70); América del Norte (de 1970-75 a 1975-80; y 2005-10); Oceanía (de 1975-80 a 1980-85, 1990-95, y 2000-05).

Esta aproximación en la expectativas de supervivencia entre sexos, son coincidentes con la apreciación que mujeres y hombres están cada vez más adoptando hábitos de vida similares (García Ballesteros y Jiménez Blasco, 2016).

Se produjeron tres retrocesos en el crecimiento de la  $E_{80}$  en varones<sup>25</sup> –en Asia, América del Norte y Oceanía–, y dos en el caso de las mujeres<sup>26</sup> –en Asia y América del Norte–. En la  $E_{100+}$  la cantidad de reducciones interquinquenales se elevan a 9 en varones<sup>27</sup> – en Asia, América del Norte y Asia– y a un total de 7 en las mujeres<sup>28</sup> –en América Latina y el Caribe, Asia y América del Norte (ver **Figura N°3**).

---

<sup>24</sup> El valor de la  $E_{80}$  en varones en el quinquenio 2010-15 era 7,7 años en Europa y 6,8 años en Asia.

<sup>25</sup> En Asia entre 1950-55 y 1955-60 de -0,1 años (-2,8%), en América del Norte entre 1955-60 y 1960-65 de -0,01 años (-0,2%), y en Oceanía entre 1960-65 y 1965-70 -0,06 años (-1,1%).

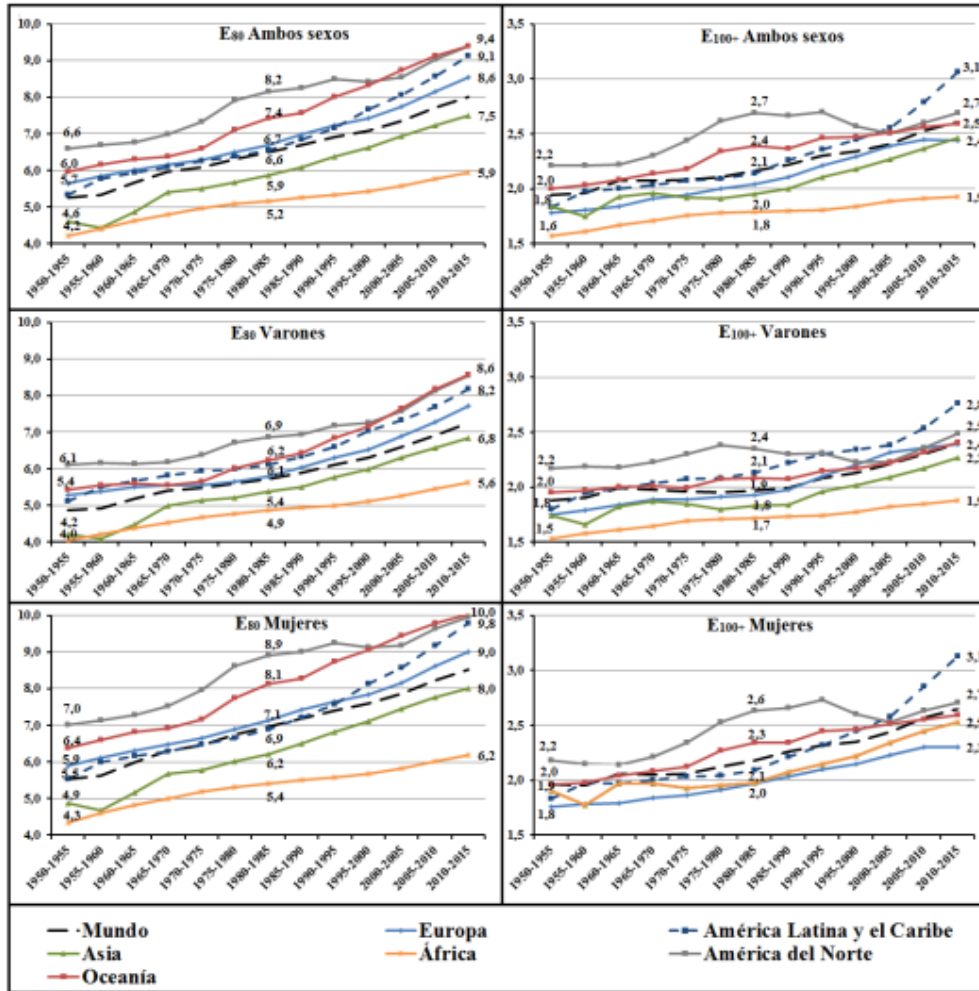
<sup>26</sup> De -0,2 años (-3,7%) en Asia entre 1950-55 y 1955-60, y -0,1 años (-1,4%) en América del Norte entre 1990-95 y 1995-00.

<sup>27</sup> En Asia entre 1950-55 y 1955-60, 1965-70 y 1970-75, y 1970-75 y 1975-80, en América del Norte entre 1955-60 y 1960-65, 1975-80 y 1980-85, 1980-85 y 1985-90, y 1990-95 y 1995-00, y en Asia en 1965-70 y 1970-75 y 1980-85 y 1985-90.

<sup>28</sup> En América Latina y el Caribe en 1955-60 y 1960-65, Asia en 1950-55 y 1955-60 y 1965-70 y 1970-75, y América del Norte en 1950-55 y 1955-60, 1955-60 y 1960-65, 1990-95 y 1995-00, y 1995-00 y 2000-05.



Figura N° 3. Esperanza de vida a los 80 y 100 años y más, según sexo (en años), por regiones. Periodo 1950-2015 (en quinquenios)



Fuente: Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

Repitiendo el procedimiento anterior, para la  $E_{100+}$  tomando como valor límite 2 años<sup>29</sup>. Las regiones alcanzaron esta marca en los siguientes quinquenios –según sexo–: 1950-55 Oceanía (varones y mujeres); 1955-60 América Latina y el Caribe (mujeres); 1960-65 Asia (mujeres), y América Latina y el Caribe (varones); 1980-1985 Europa (mujeres); 1985-90 Europa (varones); 1990-95 Asia (varones); y 2010-15 África<sup>30</sup> (mujeres). Incrementando el valor la  $E_{100+}$  a 2,5 años

<sup>29</sup> La  $E_{100+}$  en América del Norte supera la de referencia antes de 1950, presentando un valor de 2,2 años en 1950-55 en varones y mujeres.

<sup>30</sup> La  $E_{100+}$  en varones de África alcanza un valor máximo 1,9 años en el quinquenio 2010-15.

la situación sería la siguiente: 1975-80 América del Norte (mujeres); 1990-95 Oceanía (mujeres); 1995-00 América Latina y el Caribe (mujeres), 2005-10 América Latina y el Caribe (varones), y 2010-15 América del Norte (varones).

Los resultados de América Latina y el Caribe se encuentran en línea con los autores que sostienen que la brecha de sobrevivencia femenina disminuye en las edades máximas, debido a la masculinización de algunos hábitos de la mujer (Peto et al., 2006; Gonzalez, 2014).

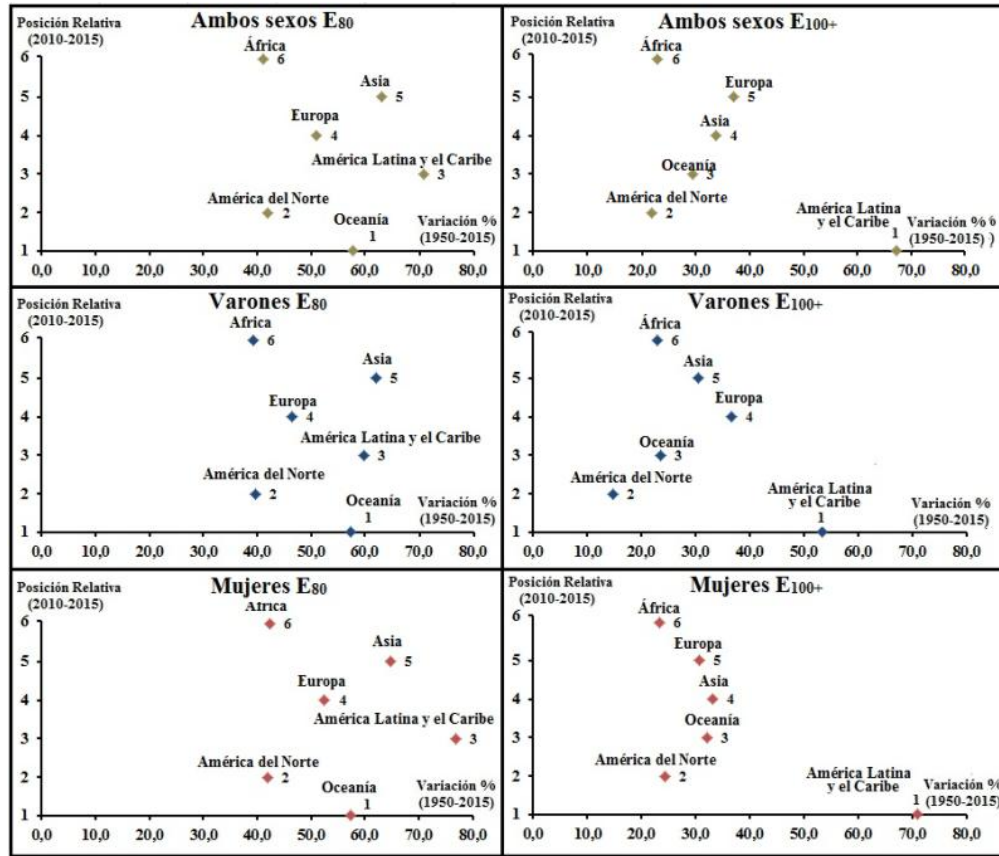
Aumentos interquinquenales en la  $E_{100+}$  de 0,1 años o más, se presentan en algunas regiones –con una frecuencia incierta a nivel interquinquenal–, tal como puede apreciarse a continuación:

- Varones: Europa (1990-95 y 2000-05); América Latina y el Caribe (1955-60, 2005-10 y 2010-15); Asia (1960-65, 1990-95, y 2010-15); América del Norte (2005-10 y 2010-15), y Oceanía (2005-10).

- Mujeres: América Latina y el Caribe (1955-60, y de 1985-90 a 2010-15); Asia (1960-65, 2000-05 y 2005-10); América del Norte (1970-75 y 1975-80), y Oceanía (1975-80 y 1990-95).

Tal como se puede apreciar en la **Figura N°4**, respecto al incremento de la  $E_{80}$  entre 1950-55 y 2010-15 sobresalen las regiones América Latina y el Caribe, y Asia, y en la variación de la  $E_{100+}$  el comportamiento de América Latina y el Caribe se aparta del resto de las regiones.

Figura N° 4. Posición relativa quinquenio 2010-15 y variación porcentual 1950 a 2010-15 Coeficiente de variación de  $E_{80}$  y  $E_{100+}$  según regiones y sexo



Fuente: Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

El valor de la brecha de la  $E_{80}$  era de 2,4 años en 1950-55, reduciéndose a 2,2 años en 1965-70, y posteriormente se incrementó, siendo de 3,5 años en 2010-15 –44,6% superior a 1950-55–. La variabilidad entre regiones en la  $E_{80}$  era de 15,0% en 1950-55, descendió a 11,7% en 1965-70, incrementándose hasta un valor de 15,0% en 2010-15 –manteniéndose en los niveles de inicio del periodo–.

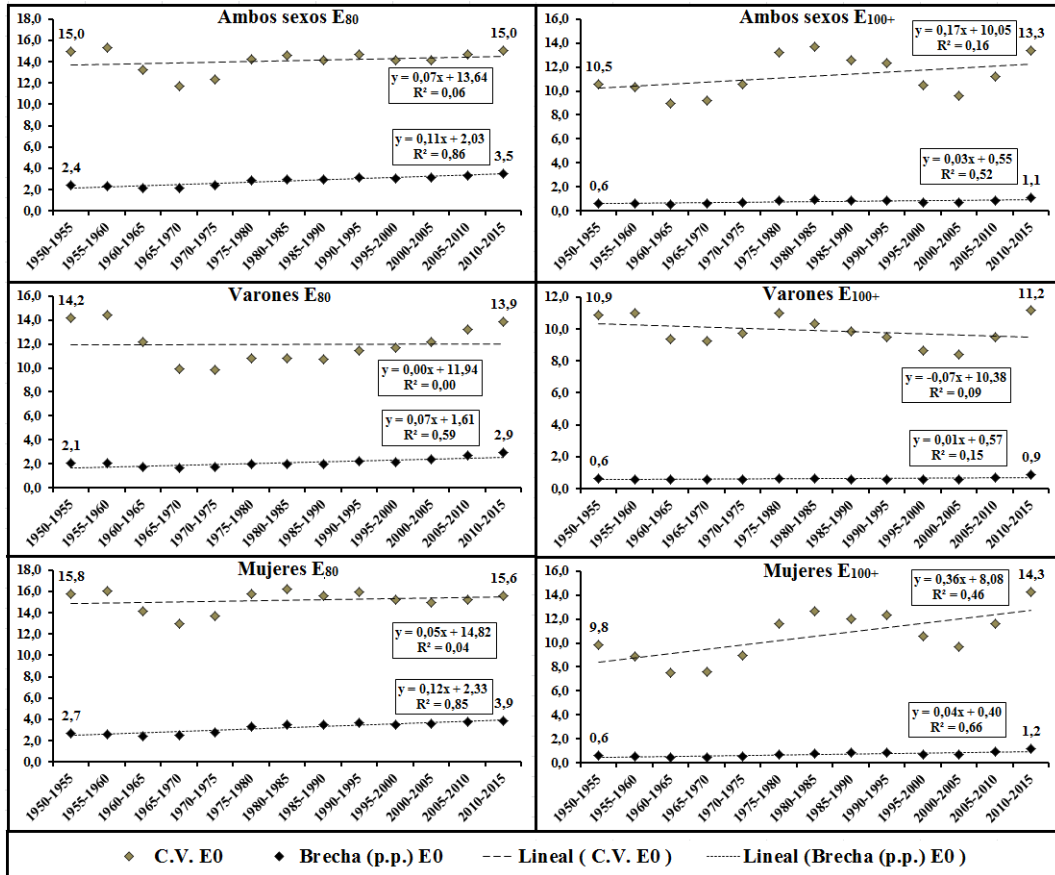
En los varones la brecha de la  $E_{80}$  comienza con una diferencia de 2,1 años, se mantuvo relativamente estable hasta 1970-75, destacándose un incremento en los tres últimos quinquenios, siendo de 2,9 años la brecha en el quinquenio 2010-15 –40,9% en relación al quinquenio 1950-55–. La variabilidad era de 14,2% en 1950-55, disminuyó a solo 9,9% en 1970-75, y posteriormente se incrementó, siendo de 13,9% el registro en 2010-15 –por debajo de 1950-55–.

La brecha de la  $E_{80}$  en mujeres fue de 2,7 años en 1950-55, tuvo un descenso hasta 1965-70, registrando un valor de 2,5 años, en los sucesivos quinquenios se incrementó, llegado 2010-15 presento un valor de 3,9 años –44,0% mayor a 1950-55–. La variabilidad al inicio era de 15,8%, descendiendo hasta 1965-70, siendo su C.V. de 13,0%, en los sucesivos quinquenios se manifiestan oscilaciones, siendo el valor del último quinquenio de 15,6% –mayor a 1950-55– (ver **Figura N°5**).

La brecha en la  $E_{100+}$  en varones en 1950-55 era de 0,6 años, se destaca un incremento hasta 1975-80 exhibiendo un valor de 0,7 años, entre 1980 y 2005 se mantiene en valores alrededor de 0,6 años, en los últimos quinquenios crece fuertemente siendo el valor en 2010-15 de 0,9 años –37,5% mayor al quinquenio 1950-55–. El comportamiento de la variabilidad es en gran medida inestable, empezando con un valor de 10,9% y alcanzado el quinquenio 2010-15 el C.V. era de 11,2% –superior al 1950-55–.

Las brechas en la  $E_{100+}$  en mujeres era de 0,6 años en 1950-55, disminuyo hasta 1960-65, en los sucesivos quinquenios se incrementó, siendo los dos últimos los de mayores aumentos, presentando una brecha de 1,2 años en 2010-15 –96,7% mayor respecto al quinquenio 1950-55–. La variabilidad al comienzo fue de 9,8%, manifestó una marcada volatilidad hasta el último quinquenio, presentando un C.V. de 14,3% en 2010-15 –superior al 1950-55–.

Figura N° 5. Brecha en puntos porcentuales y Coeficiente de variación de  $E_{80}$  y  $E_{100+}$ , según sexo. Periodo 1950-2015 (en quinquenios)



Fuente: Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

En la **Figura N°6**, se presenta el ordenamiento de las regiones según los valores absolutos de las tres esperanzas de vida, diferenciando entre ambos sexos, varones y mujeres.

La  $E_0$  se destaca por su estabilidad, la primera posición en todos los quinquenios fue ocupada por América del Norte, al igual que los tres últimos lugares, en donde se ubicaron América Latina y el Caribe, Asia y África, respectivamente. Solo se presentaron disputas por la segunda posición entre las regiones de Europa y Oceanía, con diferencias según el sexo.

En la  $E_{80}$  se visibiliza un incremento de la heterogeneidad –respecto al comportamiento de la  $E_0$ – (Naciones Unidas, 2019) , sobresalen las situaciones de América Latina y el Caribe, Oceanía y

Europa—en mayor medida en el caso de los varones— . La  $E_{100+}$  manifiesta multiplicidad de cambios en todas las regiones exceptuando África y Asia – solo en varones— Entre las regiones más atrasadas, como ya hemos mencionado, se destaca el comportamiento de América Latina y el Caribe ocupando la primera posición en los últimos quinquenios —en ambos sexos, varones y mujeres—. Esta diversidad en los incrementos en la supervivencia en las edades extremas según regiones, puede vincularse a múltiples factores<sup>31</sup>, entre ellos, la calidad de los tratamientos médicos, exposición a factores de estrés, las diferencias en la vida que las personas llevaron en etapas anteriores<sup>32</sup> (CEPAL, 2020; Fogel, 2003).

---

<sup>31</sup> Los resultados empíricos entre 1995 y 2015 en países de la OCDE y/o BRIICS dieron cuenta que si bien la esperanza de vida depende de factores inherentes y ajenos al sistema de salud, el gasto en salud ha sido un factor primordial para el aumento de la esperanza de vida en décadas recientes (OCDE, 2017).

<sup>32</sup> Disminuye la discapacidad vinculada a las enfermedades infecciosas e incrementa marcadamente la relacionada con la enfermedad cerebrovascular y la artrosis (Fogel, 2003).

Figura N° 6. Posiciones relativas quinquenales entre las regiones y variación porcentual 1950-2015 según sexo

Quinquenios	Posición Relativa - Ambos Sexos																	
	E <sub>0</sub>						E <sub>80</sub>						E <sub>100-</sub>					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º
1950-1955	68,7	63,7	61,6	51,3	42,3	37,5	6,6	6,0	5,7	5,3	4,6	4,2	2,2	2,0	1,8	1,8	1,8	1,6
1955-1960	69,7	67,1	63,4	54,2	44,5	40,0	6,7	6,2	5,8	5,8	4,4	4,4	2,2	2,0	2,0	1,8	1,8	1,6
1960-1965	70,2	69,2	64,4	56,8	46,5	42,3	6,8	6,3	6,0	6,0	4,9	4,6	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7
1965-1970	70,5	70,0	65,4	58,9	52,8	44,4	7,0	6,4	6,2	6,1	5,4	4,8	2,3	2,1	2,0	2,0	1,9	1,7
1970-1975	71,6	70,6	66,9	61,2	56,5	46,5	7,3	6,6	6,3	6,3	5,5	5,0	2,4	2,2	2,1	1,9	1,9	1,8
1975-1980	73,3	71,1	68,7	63,0	59,3	48,7	7,9	7,1	6,5	6,4	5,7	5,1	2,6	2,3	2,1	2,0	1,9	1,8
1980-1985	74,5	71,6	70,4	64,9	61,6	50,5	8,2	7,4	6,7	6,6	5,9	5,2	2,7	2,4	2,1	2,0	2,0	1,8
1985-1990	75,1	72,8	71,4	66,7	63,6	51,7	8,3	7,6	7,0	6,8	6,1	5,3	2,7	2,4	2,3	2,1	2,0	1,8
1990-1995	75,9	73,0	72,7	68,4	65,2	51,7	8,5	8,0	7,2	7,2	6,4	5,3	2,7	2,5	2,4	2,2	2,1	1,8
1995-2000	76,7	74,2	73,1	70,5	66,7	52,3	8,4	8,3	7,7	7,4	6,6	5,4	2,6	2,5	2,5	2,3	2,2	1,8
2000-2005	77,4	75,7	73,8	72,1	68,7	53,7	8,7	8,6	8,1	7,7	7,0	5,6	2,6	2,5	2,5	2,4	2,3	1,9
2005-2010	78,4	77,0	75,3	73,5	70,3	57,0	9,1	9,0	8,6	8,2	7,2	5,8	2,8	2,6	2,6	2,5	2,4	1,9
2010-2015	79,2	77,9	77,2	74,7	71,8	60,2	9,4	9,4	9,1	8,6	7,5	5,9	3,1	2,7	2,6	2,5	2,4	1,9
Dif 1950-2015	69,6	60,8	45,6	26,6	21,2	15,2	71,0	63,2	57,9	51,1	42,1	41,1	67,2	37,1	33,7	29,5	22,9	21,7
Quinquenios	Posición Relativa - Varones																	
	E <sub>0</sub>						E <sub>80</sub>						E <sub>100-</sub>					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º
1950-1955	65,9	61,0	59,0	49,6	41,5	36,2	6,1	5,4	5,3	5,1	4,2	4,0	2,2	2,0	1,8	1,8	1,7	1,5
1955-1960	66,7	64,2	60,7	52,4	43,6	38,7	6,2	5,6	5,5	5,4	4,2	4,1	2,2	2,0	1,9	1,8	1,7	1,6
1960-1965	66,9	66,0	61,6	54,8	45,6	41,0	6,1	5,7	5,6	5,5	4,5	4,4	2,2	2,0	2,0	1,8	1,8	1,6
1965-1970	67,0	66,6	62,4	56,7	51,7	43,1	6,2	5,8	5,6	5,6	5,0	4,5	2,2	2,0	2,0	1,9	1,9	1,6
1970-1975	67,9	66,9	63,8	58,6	55,5	45,0	6,4	5,9	5,7	5,6	5,1	4,7	2,3	2,1	2,0	1,9	1,9	1,7
1975-1980	69,6	67,0	65,5	60,2	58,1	47,1	6,7	6,0	6,0	5,7	5,2	4,8	2,4	2,1	2,1	1,9	1,8	1,7
1980-1985	70,9	67,6	67,2	61,9	60,1	48,8	6,9	6,2	6,1	5,8	5,4	4,9	2,4	2,1	2,1	1,9	1,8	1,7
1985-1990	71,6	69,0	68,3	63,5	62,2	50,0	6,9	6,4	6,3	6,1	5,5	5,0	2,3	2,2	2,1	2,0	1,8	1,7
1990-1995	72,5	70,1	68,5	65,1	63,6	50,0	7,2	6,8	6,6	6,3	5,8	5,0	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,7
1995-2000	73,8	71,4	68,9	67,1	65,0	50,7	7,3	7,2	7,0	6,5	6,0	5,1	2,3	2,2	2,2	2,2	2,0	1,8
2000-2005	74,8	73,1	69,6	68,8	67,1	52,2	7,7	7,6	7,3	6,9	6,3	5,3	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	1,8
2005-2010	75,9	74,6	71,3	70,1	68,6	55,5	8,2	8,1	7,7	7,3	6,6	5,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,2	1,9
2010-2015	76,8	75,7	73,7	71,4	69,9	58,6	8,6	8,6	8,2	7,7	6,8	5,6	2,8	2,5	2,4	2,4	2,3	1,9
Dif 1950-2015	68,4	61,7	43,9	28,4	20,8	16,5	62,1	59,9	57,4	46,4	39,7	39,4	53,3	36,6	30,5	23,6	22,9	14,7
Quinquenios	Posición Relativa - Mujeres																	
	E <sub>0</sub>						E <sub>80</sub>						E <sub>100-</sub>					
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	1º	2º	3º	4º	5º	6º
1950-1955	71,8	66,2	64,5	53,0	43,2	38,8	7,0	6,4	5,9	5,5	4,9	4,3	2,2	2,0	1,9	1,8	1,8	1,6
1955-1960	73,0	69,8	66,3	56,0	45,5	41,3	7,1	6,6	6,1	6,0	4,7	4,6	2,2	2,0	2,0	1,8	1,8	1,7
1960-1965	73,7	72,1	67,6	58,8	47,4	43,7	7,3	6,8	6,3	6,2	5,2	4,8	2,1	2,0	2,0	2,0	1,8	1,7
1965-1970	74,3	73,2	68,7	61,3	54,0	45,8	7,5	6,9	6,5	6,3	5,7	5,0	2,2	2,1	2,0	2,0	1,8	1,8
1970-1975	75,5	74,1	70,2	63,8	57,6	48,0	8,0	7,2	6,7	6,5	5,8	5,2	2,3	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8
1975-1980	77,2	74,8	72,1	66,0	60,6	50,3	8,6	7,8	6,9	6,7	6,0	5,3	2,5	2,3	2,0	2,0	1,9	1,8
1980-1985	78,1	75,6	73,9	68,1	63,1	52,1	8,9	8,1	7,1	6,9	6,2	5,4	2,6	2,3	2,1	2,0	2,0	1,8
1985-1990	78,6	76,5	74,7	70,0	65,1	53,5	9,0	8,3	7,4	7,2	6,5	5,5	2,7	2,3	2,2	2,1	2,0	1,8
1990-1995	79,2	76,9	76,1	71,9	66,8	53,6	9,3	8,8	7,7	7,6	6,8	5,6	2,7	2,5	2,3	2,2	2,1	1,9
1995-2000	79,5	77,4	77,1	73,9	68,5	54,0	9,1	9,1	8,1	7,8	7,1	5,7	2,6	2,5	2,5	2,2	2,2	1,9
2000-2005	79,9	78,2	78,1	75,5	70,3	55,2	9,4	9,2	8,6	8,2	7,4	5,8	2,6	2,5	2,5	2,3	2,2	1,9
2005-2010	80,9	79,4	79,3	76,8	72,2	58,4	9,8	9,6	9,2	8,6	7,8	6,0	2,9	2,6	2,6	2,5	2,3	1,9
2010-2015	81,5	80,7	80,2	78,0	73,8	61,9	10,0	10,0	9,8	9,0	8,0	6,2	3,1	2,7	2,6	2,5	2,3	2,0
Dif 1950-2015	70,7	59,7	47,0	24,3	22,0	13,5	76,9	64,8	57,4	52,5	42,4	41,9	71,0	33,2	32,1	30,7	24,3	23,4

América del Norte

Europa

Oceania

América Latina y el Caribe

Asia

África

Fuente: Elaboración personal sobre la base de los datos del United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017).

## Conclusiones

En la teoría demográfica se produce un mayor interés por analizar el comportamiento de la mortalidad en las últimas décadas del siglo XX, hasta entonces se había priorizado el fenómeno de la natalidad, contexto en que surge la transición epidemiológica para especificar el descenso de la mortalidad y el consiguiente gran incremento de la esperanza de vida al nacer en el que se ha centrado este trabajo, así como también en las esperanzas a edades máximas – tomando como referencia los 80 años y los 100 años y más –, enmarcado en la discusión respecto a las posibilidades y dificultades de lograr reducir la mortalidad en edades muy avanzadas.

El umbral de la  $E_0$  asociado a las sociedades modernas, es alcanzado por América Latina y el Caribe en el quinquenio 1995-00 y en Asia en 2005-10. Estos aumentos de la  $E_0$  son acompañados por enfermedades menos mortales que se padecen crónicamente en simultaneidad con la prolongación de la vida.

A diferencia del aumento continuo y progresivo a nivel mundial de la  $E_0$  entre 1950 y 2015, se diferencian las regiones atrasadas por un aceleramiento de la  $E_0$  –con interrupciones en el tiempo–, con llamativas diferencias entre sexos respecto a los discontinuos periodos interquinquenales de mayor incremento. Resultado relevante para futuras investigaciones interdisciplinarias profundizar en los aumentos superiores a los dos años que se producen en momentos aislados. En especial en América Latina y el Caribe, Asia y África que fueron las regiones de mayor incremento en la  $E_0$ , que contrastan respecto a los menores niveles de variabilidad presentes en las regiones desarrolladas–América del Norte, Europa y Oceanía–.

Estos incrementos superiores en mayor medida en las regiones con menores valores de  $E_0$ , representaron una tendencia a la convergencia entre 1950-55 y 2010-15, se evidencian en los menores valores de la brecha y de la variabilidad entre las seis regiones.

A nivel mundial el aumento de la  $E_{80}$  en las mujeres entre 1950-2015 fue superior al de  $E_0$ , mientras que el crecimiento de la  $E_{100+}$  fue siempre muy inferior –en ambos sexos, varones y mujeres–.

Se revelaron en América Latina y el Caribe, y Europa incrementos en la  $E_{80}$  y en la  $E_{100+}$ , superiores a la  $E_0$  –con independencia del sexo–, que ameritan posteriores comprobaciones mediante otras fuentes, utilizando una mayor desagregación espacial, y demás alternativas.



Resultan relevantes las diferencias según sexo en cada región en que se alcanza determinados valores de la  $E_{80}$ . Por ejemplo en América del Norte transcurrieron 7 quinquenios para que los varones alcancen un valor  $E_{80}$  de 8 años conseguido previamente por las mujeres, mientras que en América Latina y el Caribe fueron solo 3 quinquenios.

En los aumentos de la  $E_{80}$  se producen retrocesos a nivel interquinquenal solo en algunas regiones, mientras que en la  $E_{100+}$  se refleja en más regiones y momentos, dando cuenta de la mayor dificultad en incrementar la esperanza en edades muy avanzadas.

Entre otras evidencias descritas de este trabajo que demandan mayores constataciones, cabe mencionar el comportamiento diferencial de la sobrevivencia femenina entre las regiones. Por ejemplo en Asia, los varones alcanzan seis quinquenios después que las mujeres un valor de la  $E_{100+}$  de 2 años, mientras que en Oceanía se produce en el mismo quinquenio.

## Referencias Bibliográficas

- ARANCO, N., STAMPINI, M., IBARRARÁN, P., y Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. *Resumen de Políticas. Washington DC, Estados Unidos*.
- BECKER, Gary (1991) *A treatise on the family*. Cambridge University Press, London.
- BENÍTEZ ZENTENO, Raúl (2004). “Transición demográfica en América Latina, tendencias y consecuencias sociales”. *Revista Mexicana de Sociología*, 66, pp. 239-254. Universidad Nacional Autónoma de México
- BERNABEU, Mestre (1995) “Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica”. Valencia: Seminari d’Estudis sobre la Ciència.
- BERNHARDT, E. (2004), “Is the Second Demographic Transition a Useful Concept for Demography?”, en *Vienna Yearbook of Population Research Volume 2004*, Vienna Institute of Demography, Austria, Viena, págs. 25-28.
- CALDWELL, J. C. (1982) *Theory of Fertility Decline*. London, Academic Press.
- CALDWELL, J. C. (1990) Introductory thoughts on health transition. En: Caldwell JC, Findley S, Caldwell P, Santow G, Cosford W, Braid J et al (eds.). *What we know about Health Transition: the cultural, social and behavioural determinants of health*. Canberra: Health Transition Centre/Australian National University.
- CANALES, Alejandro (2001). La población en la era de la información: de la transición demográfica al proceso de envejecimiento. En: *Revista Estudios demográficos y urbanos del Colegio de México*, México, No 48, pp. 485-518
- CEPAL (2012). Definición de algunos indicadores demográficos. Anual. Recuperado de [https://www.cepal.org/sites/default/files/def\\_ind.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/def_ind.pdf)
- CEPAL-CELADE (1993). Población, equidad y transformación productiva. *Libros de la CEPAL*, N° 35, Santiago de Chile, Naciones Unidas, p. 215.
- CEPAL-CELADE (2002). Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. *Datos e indicadores. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE*.
- CEPAL (2020) Observatorio Demográfico, 2019 (LC/PUB.2019/24-P), Santiago.

- CHACKIEL, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? En *CEPAL, Serie Población y Desarrollo n° 4*, CHACKIEL, J. (2001). El envejecimiento de la población latinoamericana. *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia: estudios en homenaje a Aldo E. Solari, México, Siglo XXI/CEPAL*, 166-185.
- CHACKIEL, J. (2004) “La dinámica demográfica en América Latina”, serie Población y desarrollo, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.55.
- CLIQUET, R. L. (1991). The Second Demographic Transition: Fact or Fiction? *Population Studies* 23. Strasbourg: Council of Europe.
- COALE, A. J., y WATKINS, S. C.(1986) *The Fertility Decline in Europe*. Princeton University Press. Princeton. New Jersey.
- COLEMAN, D. (2004). Why we don't have to believe without doubting in the “Second Demographic Transition” some agnostic comments. *Vienna yearbook of population research*, 2, pp. 11-24
- DE MIGUEL JM, y DÍEZ NICOLÁS, J. (1985). Políticas de población. Madrid: Espasa-Calpe, 1985.
- FOGEL, R. W. (2003). *Changes in the process of aging during the twentieth century: findings and procedures of the early indicators project* (No. w9941). National Bureau of Economic Research.
- FRENK, J. , BOBADILLA, J. L. , STERN C, FREJKA T, y LOZANO R. (1991). Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, 1:21-38.
- FRENK J, FREJKA T, BOBADILLA JL, STERN C, LOZANO R, y Sepúlveda JM (1991) “La transición epidemiológica en América Latina”. *Bol of Sanit Panam*, 111:485-496.
- GARCÍA BALLESTEROS, A., y JIMÉNEZ BLASCO, B. C. (2016). Envejecimiento y urbanización: implicaciones de dos procesos coincidentes. *Investigaciones geográficas*, (89), 58-73.
- GOLDSTEIN, J. R. y WACHTER, K.W. (2006), “Relationships between period and cohort life expectancy: gaps and lags”, *Population Studies*, vol. 60, N° 3.
- GONZÁLEZ, J. M. G. (2014). ¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 148(1), 39-59.
- GONZÁLEZ, L. y PERANOVICH, A. (2012) Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010. *Población y Salud en Mesoamérica*. En *Revista electrónica semestral*, vol. 10, n. 1.
- GRUSHKA, C. (2010). “¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos?”, *Dinámica de una ciudad: Buenos Aires, 1810-2010*, A. Lattes (ed.), Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- GRUSHKA, C. (2014). Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina.... *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), 93-118.
- HAM CHANDE, R. (1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. *Papeles de población*, 5(19).
- HUENCHUAN, S. (2018) “Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos”. *Libros de la CEPAL*, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.
- KIRK, Dubley (1999) Teoría de la transición demográfica, en *Población y Sociedad* Nro. 6/7. San Miguel de Tucumán

- KJELLSTRÖM T, y ROSENTOCK L. (1990) "The role of environmental and occupational hazards in the adult health transition". *Rapp trimestre statistique sanit mond*, 43:188-196.
- LEE, R., y ROFMAN, R. (1994). Modelación y Proyección de la Mortalidad en Chile. *NOTAS de Poblacion*.
- LESTHAEGHE, R. (1991). *The second demographic transition in Western Countries: an interpretation*. Brussels: Princeton University Library.
- LESTHAEGHE, R., y VAN DE KAA, D. J. (1986): «Twee demografische transitie's?», *Bevolking: groei en krimp, Mens en Maatschappij*, pp. 9-42.
- LIVI BACCI, M. (1994). Notas sobre la Transición Demográfica en Europa y América Latina, La Transición Demográfica en América Latina y El Caribe. En *Actas de la IV Conferencia Latinoamericana de Población*. México, ABEP, CELADE, IUSSP, PROLAP, SOMEDE.
- LOVE, P. (2018). *Envejecimiento. Análisis de temas de actualidad*, Esenciales OCDE, OECD Publishing, París.
- MACINNES, John y PÉREZ DÍAZ, Julio P. (2008). La tercera revolución de la modernidad; la revolución reproductiva. *Reis*, 122(1), pp. 89-118.
- MANZANO, Fernando (2019). Las disparidades entre las cargas de dependencia demográficas provinciales. Argentina (1914-2040). *Ateliê Geográfico*, 13(3), 6-28.
- MENDES, J.; SOARES, V. M. N. y MASSI, G. A. A. (2015). Percepções dos académicos de fonoaudiologia e enfermagem sobre processos de envelhecimento e a formação para o cuidado aos idosos.
- MIYAMURA, K., FHON, J. R. S., BUENO, A. D. A., FUENTES-NEIRA, W. L., SILVEIRA, R. C. D. C. P., y RODRIGUES, R. A. P. (2019). Síndrome de fragilidad y deterioro cognitivo en los adultos mayores: una revisión sistemática de la literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
- NEBOT, C. P., MARTINS, S., y COSTA, S. M. M. (2020). Presentación Número Especial: Políticas de Envejecimiento Gobernanza, Innovación y Participación Popular. *GIGAPP Estudios Working Papers*, 7(150-165), 195-198.
- OEPPE, Jim y VAUPEL, James W. (2002), "Broken limits to life expectancy", en *Science*, 296, Washington D.C., American Association for the Advancement of Science (aaas), pp. 1029-103.
- OLSHANSKY, Jay, CARNES, Bruce A. y CASSEL, Christine (1990), "In search of Methuselah: Estimating the upper limits to human longevity", en *Science*, 250, Washington D.C., American Association for the Advancement of Science (aaas), pp. 634-640.
- OMRAN, AM. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q*, 49:509-583.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE) (2017). "Panorama de la Salud 2017 Indicadores de la OCDE", disponible en <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264306035-es.pdf?expires=1594315728&id=id&accname=guest&checksum=6957B1E5B407E38106AB42317A3E7618>
- PATARRA, N. L. (1973) "Transición demográfica: ¿Resumen histórico o teoría de población?". *Demografía y economía*, 7(1), 86-95.
- PÉREZ DÍAZ, Julio (2003). *La Madurez de Masas*. Madrid: IMSERSO
- PÉREZ-FRUCTUOSO, M. J. (2017). Análisis estadístico del envejecimiento en España. Principales indicadores demográficos para el periodo 1975-2016.
- PETO, R., López A. D., BOREHAM, J. y THUN, M.. 2006. *Mortality from Smoking in Developed Countries. 1950-2000. Spain (2nd ed)*. Oxford: Oxford University Press.

- REGIDOR E, GUTIÉRREZ-FISAC JL, y RODRÍGUEZ C. (1994). Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid: Díaz de Santos.
- ROA GARCÍA, M. J. y CENDEJAS BUENOS, J. (2007). “Crecimiento económico, estructura de edades y dividendo demográfico”. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Número 390. Toluca, México.
- ROBINE, J. M., MATHERS, C. D., JAGGER, C., y JAGGER, C. (2003). *Determining health expectancies* (pp. 75-104). J. Wiley.
- ROBLES GONZÁLEZ, E, GARCÍA BENAVIDES, F, y BERNABEU MESTRE, J. (1996a). La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública*; 70 (2):221-233.
- ROBLES GONZÁLEZ, E. R., BERNABEU-MESTRE, J., y BENAVIDES, F. G. (1996b). La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Revista de Demografía Histórica*, 14(1), 117-142.
- SACCO, N. (2016). ¿ Cuánto vivieron los nacidos a fines del siglo XIX y cuánto vivirán los nacidos a fines del siglo XX?. *Notas de Población*.
- SANTOS DEL CAMPO, I. (1996): «Envejecimiento demográfico. Diferencias por género», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73, pp. 177-190.
- SCHOLZ, Rembrandt y MAIER, Heiner (2003). “German Unification and the Plasticity of Mortality at Older Ages”. *Max-Planck-Institute for Demographic Research Working Paper*, 31.
- SMITH, KR. (1990). The risk transition. *International Environmental Affairs*, 2:227-251.
- SOMOZA, J. L. (1971). Algunos efectos sociales y económicos derivados de la baja de la mortalidad en la República Argentina entre 1900 y 1960. *Desarrollo Económico*, 113-123.
- STEVENSON, R. L. (2014). Envejecimiento: un triunfo agrisulce. *Dendra Médica. Revista de Humanidades* 2014;13(1):5-20
- THATCHER, Roger, KANNISTO, Väinö y VAUPEL, James (1998). *The Force of Mortality at Ages 80 to 120*. Odense: Odense University Press
- TORRADO, Susana (1990). Población y desarrollo en la Argentina (en busca de la relación perdida), Buenos Aires: Honorable Cámara de Senadores, Comisión de Familia y Minoridad.
- World Population Ageing 2019: Highlights* (ST/ESA/SER.A/430).
- VALLIN, J. (1994). *La demografía*. Santiago de Chile: Celade.
- VALLIN, Jacques y MESLÉ, France (2010). “Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment?”. *Population et Sociétés*, 473: 1-3.
- VAN DE KAA, D. (1990). The second demographic transition revisited: Theories and expectations. En *Population Change and European Society*. Florencia: European University Institute.
- VAN DE KAA, D. J. (1987). Europe’s Second Demographic Transition. *Population Bulletin*, 42(1), pp. 1-59.
- VAUPEL, J.W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*; 464:536–542.
- VAUPEL, James W. y KISTOWSKI, Kristin G.V. (2007). “Die Plastizität menschlicher Lebenserwartung und ihre Konsequenzen”. In: Gruss, P. (ed.). *Die Zukunft des Alterns*. Munich: Beck.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Suiza: World Health Organization, disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf)

Cómo citar

Manzano, Fernando Ariel (2020) Tendencias mundiales y regionales de la esperanza de vida en edades extremas. Periodo 1950-2015. *Cardinalis*, 8 (14), 213-241. Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/issue/view/2153>

