

Salud, mortalidad y participación laboral en edades avanzadas

por Sergi Jiménez-Martín
(Universitat Pompeu Fabra y FEDEA)

Uno de los temas potencialmente más controvertidos es la relación entre salud, empleo y jubilación en edades avanzadas. En un reciente estudio internacional para 12 países, coordinado por David Wise, estudiamos la relación entre salud, participación y programas de retiro, con un especial énfasis en el papel del programa de invalidez en edades avanzadas (50 y más).

En este apunte, resumimos la evidencia obtenida, prestando mayor atención a la mortalidad, que quizás sea el indicador más fiable a la hora de comparar el estado de salud entre poblaciones, salud y empleo en edades avanzadas.

1. Mortalidad

La mortalidad se ha reducido notablemente en los últimos 50 años en prácticamente todos los países avanzados. Aunque están bien documentadas las diferencias por niveles educativos (ingreso) y hábitos, y (algo menos) por condiciones laborales, la caída afectó a personas de toda condición socioeconómica.

En las Figuras 1 y 2 presentamos la evolución de la tasa de mortalidad a los 65 años observada en el conjunto de países estudiados desde 1950 (año para el cual el dato español era el más alto) a 2008. Observamos dos periodos bien diferenciados, siendo 1970, el año pivotal. Antes de ese año, la tendencia no era clara en muchos países, observándose en algunos casos incluso un ligero repunte de la mortalidad (Alemania, Italia, Holanda entre ellos). Después de 1970, destacan dos hechos: la continua reducción de la mortalidad y la fuerte convergencia de las tasas de mortalidad en edades avanzadas, que pasan de un rango 2.3-4.5% en 1970 a 1.2-1.8% a mediados de la primera década del siglo XXI.

Figura 1: La caída de la mortalidad a los 65 años, por países (I)

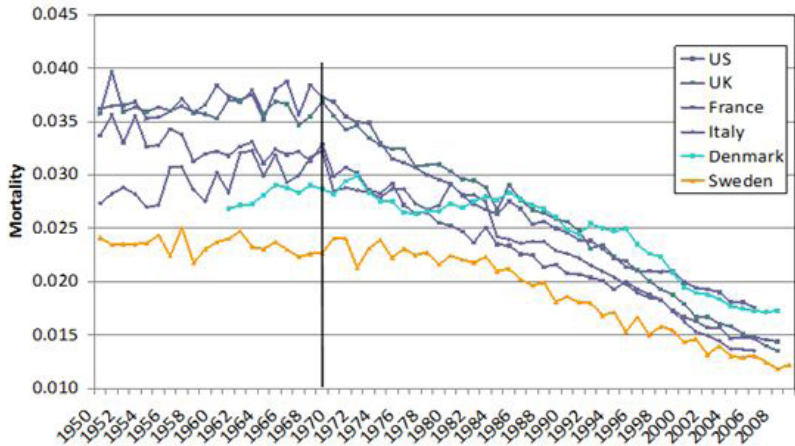
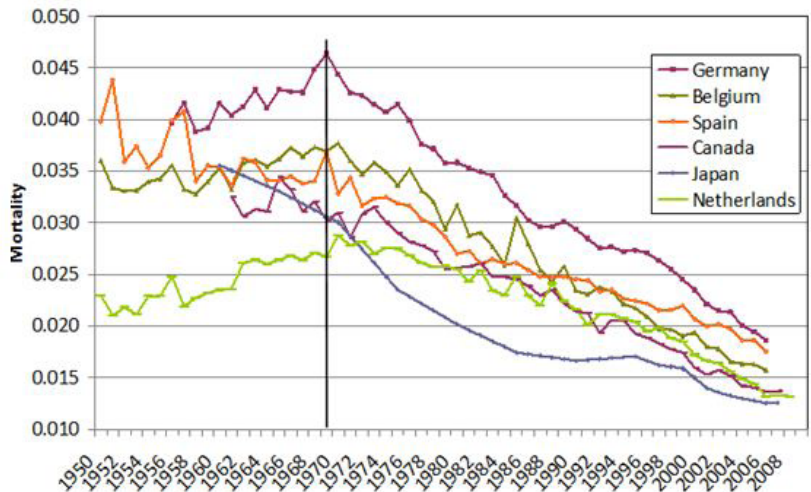


Figura 2: La caída de la mortalidad a los 65 años, por países (II)



Una forma alternativa y original de ver los datos se presenta en las Figura 3 y 4, que muestra a qué edad una persona en el año Y tiene un nivel de mortalidad equivalente a la que tenía un individuo de 65 años de edad en 1960. Como se puede observar, en 2006, la mujer de mortalidad equivalente a la de 65 (60) en 1960 tiene 74.8 (71.5) años de edad, es decir, 9.9 (10.5) años más. Por su parte, el hombre de mortalidad equivalente a la de 65 (60) en 1960 tiene 72.7 (68.6) años de edad, es decir 7.7 (8.6) años más. Nótese, el diferencial entre hombres y mujeres ha seguido,

aparentemente, aumentando en los últimos 45 años (aunque probablemente la tendencia en la década más reciente refleje una cierta compresión). En consecuencia mientras que los hombres reciben pensión un promedio de 8 años más, las mujeres reciben 10 más de pensión.

Figura 3: Edad de mortalidad equivalente (España, mujeres, 1960-2006)

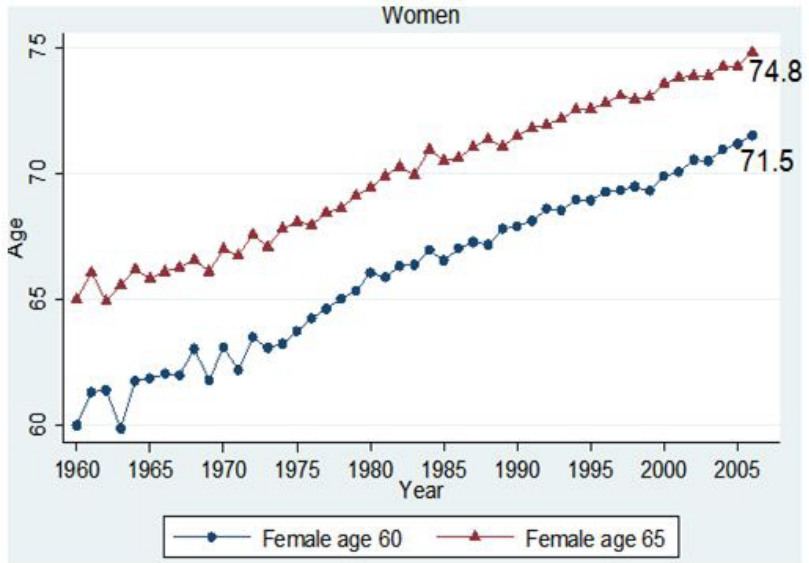
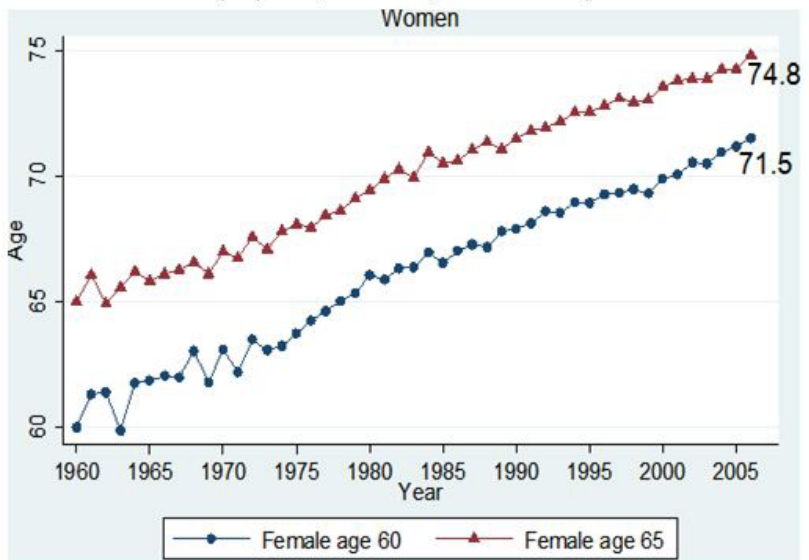


Figura 4: Edad de mortalidad equivalente (España, varones, 1960-2006)

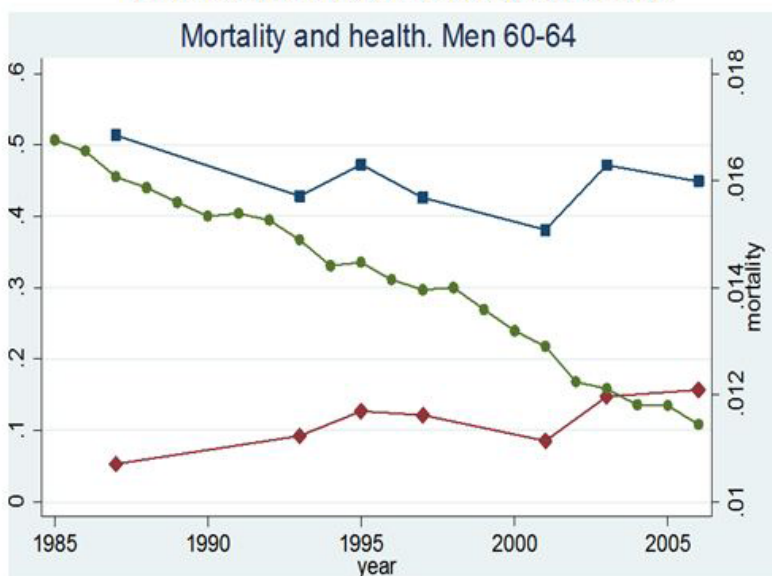


Estas tendencias, no son exclusivas del caso español. Al contrario, se observan en la mayoría de países avanzados, siendo las ganancias mayores para los japoneses y americanos y relativamente menores en los países nórdicos, esto último debido a que su nivel de mortalidad ya era relativamente bajo en 1960

2. Mortalidad y estado de Salud

Sería razonable esperar que la caída de la mortalidad especialmente en edades avanzadas fuera acompañada de una notoria mejoría de la salud declarada. Así ocurre en la mayoría de países estudiados. Sin embargo, en el caso español (también para el Reino Unido), tal y como se ilustra en la Figura 5, encontramos que la caída de la mortalidad no va acompañada con una caída de la fracción con salud “menos que buena”.

Figura 5: Mortalidad vs fracción de población con estado de salud “menos que bueno” (España, varones, población de 60-64 años)



En García-Gómez et al (2010) no encontramos ningún aumento de “achaque” (enfermedades) que ayude a explicar esta diferencia en el nivel y la persistencia de la declaración del estado de salud. ¿Quizás sea porque cuando se nos pregunta a los españoles por el estado de salud tenemos una cierta tendencia a sobrevalorar

nuestros “achaques”? Sin duda, una buena pregunta sin, de momento, una respuesta adecuada.

3. Mortalidad, edad y tasa de empleo.

La Figura 6 presenta la relación entre la tasa de empleo y la de mortalidad de los hombres en 2004 para un conjunto de países de la OCDE. En aquellas edades para las que la mortalidad es relativamente baja (sobre 0.5 por ciento), la tasa de empleo es muy similar en todos los países (variando entre 0.82 y 0.90). Sin embargo, a medida que la mortalidad crece, por ejemplo hasta 1.5 por ciento, la divergencia de la tasa de empleo entre países aumenta considerablemente, desde el 17 por ciento de Francia, hasta el 58 por ciento de EEUU, pasando por el 40 por ciento de España. Tal y como ocurre con las diferencias en tasas de empleo por edades, las divergencias observadas a medida que el individuo envejece (y la mortalidad aumenta), reflejan las diferencias en generosidad de los programas de retiro (invalidez, desempleo y jubilación).

En 1977 la tasa de mortalidad asociada a una tasa de empleo de 50 por ciento es 2.7 por ciento. Treinta años después es solo 1.5 por ciento. En definitiva, en 2007 para tener una tasa de empleo del 50 por ciento, los hombres necesitan estar más “saludables” que en 1977.

Para el caso específico de España, en la Figura 7 comparamos las tasas de empleo y mortalidad por edades, en dos momentos en el tiempo, 1976 y 2006. En primer lugar, constatamos que la participación laboral de los hombres es inferior a todas las edades en 2006 respecto a 1976 (aunque las diferencias son mayores a mayor edad). Mientras que en 1976 una tasa de empleo de 50 por ciento se podía observar a la edad de 65 años, en 2006 esta se alcanza con apenas 60 años.

En la Figura 8, presentamos la relación entre empleo y mortalidad en España en 1976 y 2006. Observamos que las tasas de participación no han aumentado, más bien al contrario, para individuos de mortalidad equivalente. Por otro lado, disminuye la tasa de empleo, no para todos los individuos, sino para aquellos cuyo riesgo de mortalidad es al menos 0.5 por ciento. En 1976 la tasa de mortalidad asociada a una tasa de empleo de 50 por ciento era del 2.6 por ciento. Treinta años después,

Figura 6: Tasa de empleo y mortalidad en países de la OCDE (2004)

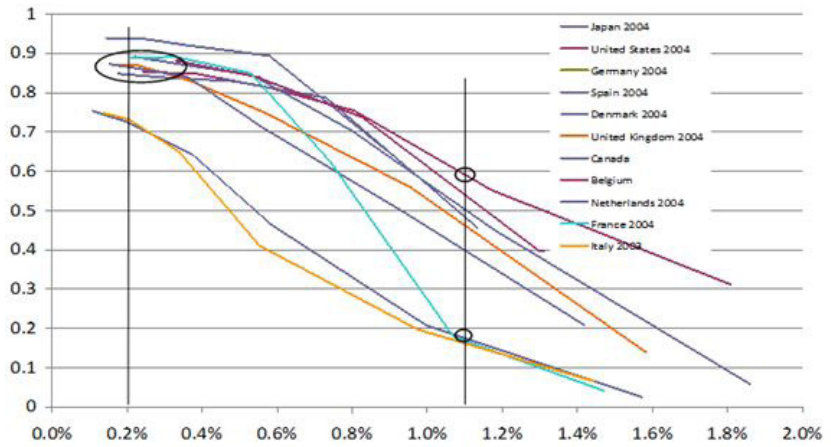
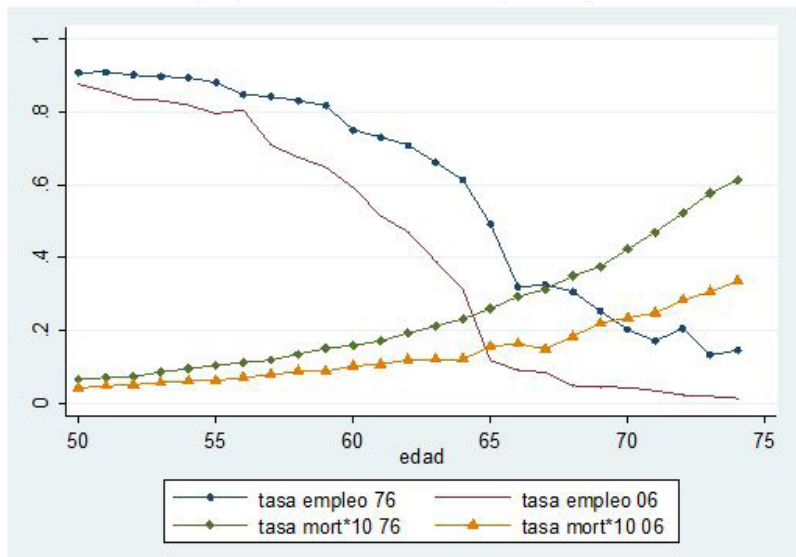


Figura 7: Tasa de mortalidad y empleo según la edad (España, varones, 1976 y 2006)



es solo era del 1.1 por ciento. En definitiva, en 2006 para tener una tasa de empleo del 50 por ciento, los hombres necesitaban estar, en proporción mucho más “saludables” (relativo al caso americano) que en 1977.

Sin embargo, los individuos con el mismo riesgo de mortalidad no necesariamente se enfrentan a la misma situación sanitaria ya que las mejoras tecnológicas

podrían haber ayudado a disminuir los riesgos de mortalidad específicos de la edad, pero a costa de una mayor prevalencia de la discapacidad. Con el fin de arrojar algo de luz sobre esto, cetremonos en la evolución de las tasas de empleo utilizando la información sobre la salud autopercebida utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

La Figura 9, muestra las tasas de empleo en relación al estado de salud autopercebido. Hemos agrupado la autoevaluación de la salud en dos categorías: la salud buena o muy buena y una salud regular, mala o muy mala. Los datos muestran que las tasas de empleo de las personas con mala salud son mucho más bajas en comparación con sus pares sanos entre las personas menores de sesenta años. Más concretamente, entre los hombres de 50-54 que reportan estar en mal estado de salud sólo un sesenta por ciento sigue trabajando, mientras que este número supera el 80 por ciento entre los relativamente sanos. Nótese que las tasas de empleo de individuos sanos y menos sanos convergen a partir de los 60, edad a partir de la cual la jubilación juega un papel predominante. La segunda característica se muestra en la Figura 6 es que las tasas de empleo de las personas mayores de cincuenta y cinco en buen estado de salud habían caído desde 1987 hasta 1997 y, aunque se observa una cierta recuperación en 2006, las tasas de empleo siguen siendo inferiores a las observadas en 1987. Esto está en consonancia con los datos mostrados anteriormente. La evidencia relativa a las personas con mala salud es menos clara y parece que las tasas de empleo de este grupo se han mantenido estables en el tiempo.

En conjunto, la evidencia muestra que para una determinada tasa de mortalidad la participación ha disminuido en mayor medida de lo que ha disminuido la participación a una determinada edad, sugiriendo que (aunque se deberían tener presentes las posibles limitaciones en la capacidad de trabajo) hay margen de maniobra para aumentar la contribución al mercado de trabajo de los trabajadores en edades avanzadas. Asimismo la evidencia disponible sugiere que el estado de salud es una variable importante en la determinación de la tasa de actividad entre las personas menores de sesenta años, pero se vuelve menos importante a medida que los incentivos del sistema de pensiones se hacen más evidentes.

Figura 8: Tasa de empleo según la mortalidad (España, varones, 1976 y 2006)

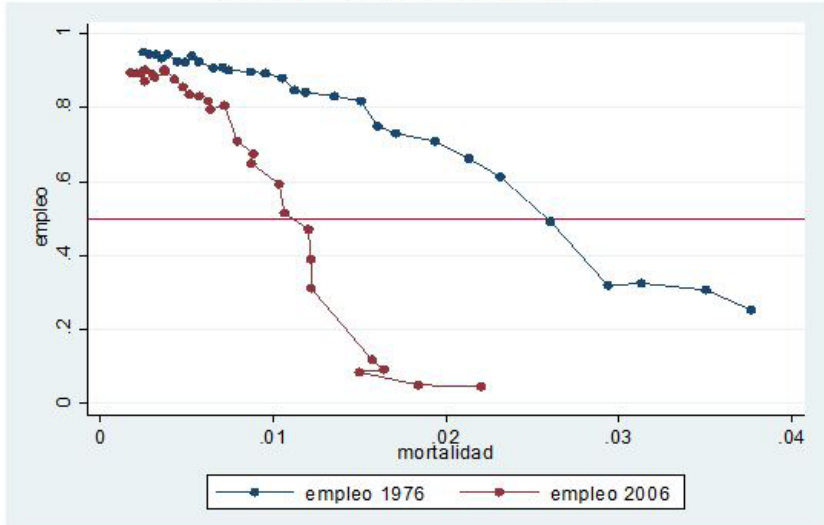
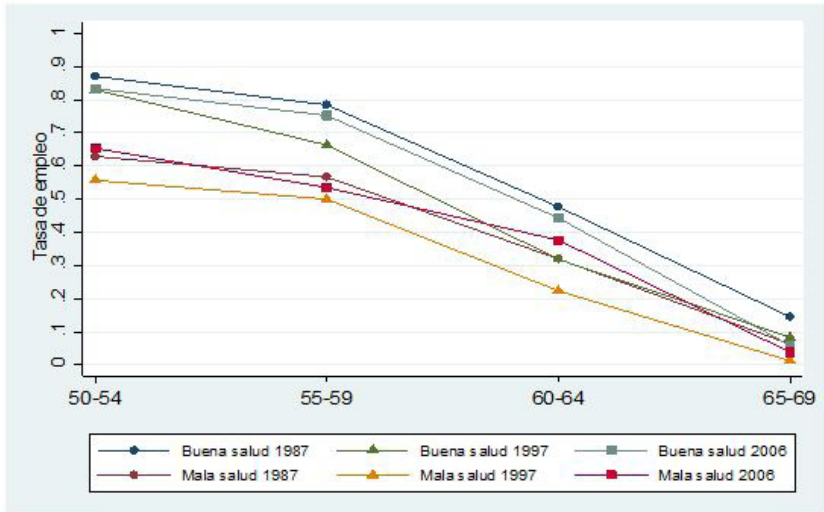


Figura 9: Evolución de la tasa de empleo según la salud auto-percibida (España, 1987, 1997 y 2006, varones, Encuesta Nacional de Salud)



4. Participación, salud y expectativas de vida

Finalmente, en García-Gómez et al (2010), presentamos evidencia sobre la relación entre participación, estado de salud (aproximado tanto por la salud auto-percibida como por la prevalencia de enfermedades de larga duración y las limitaciones para trabajar) y expectativas

de sobrevivir diez años o más. Encontramos que ser hombre y educado aumenta la probabilidad participar y que tener peor estado de salud o tener 65 años la disminuye notoriamente. Algo más sorprendente es el hecho de que la mala salud tiene mayor efecto sobre los hombres que sobre las mujeres. Es importante notar que el efecto de la (mala) salud auto-percibida se desvanece cuando controlamos por la prevalencia de larga enfermedad y de limitaciones para el trabajo, que son indicadores mucho más precisos sobre la capacidad de trabajo que el propio estado de salud auto-percibido.

Mención aparte merece la variable sobre la probabilidad de sobrevivir diez años más. Observamos que una mayor probabilidad está asociada a una mayor participación en el mercado laboral. En todo caso, el efecto es pequeño, en ningún caso mayor del uno por ciento. Por otro lado, observamos que esta misma variable no tiene prácticamente efecto sobre la probabilidad de abandonar la fuerza laboral.

Estos resultados pueden tener cierta relevancia para entender como los individuos pueden reaccionar ante cambios normativos, como puede ser el incremento de la edad normal de jubilación. Si el estado de salud es un determinante importante, pudiera ser que los mismos reaccionaran jubilándose antes, aun a costa de una pensión algo menor. En consecuencia, una buena reforma del sistema de pensiones ha de ser acompañada de políticas de mejora del estado de salud que permitan a los individuos posponer sus decisiones de retiro.

Referencias

1. Benítez-Silva, H and R. y S. Jiménez-Martín (2010) ``Disability, Capacity for Work, and the Business Cycle: An International Perspective'', Economic Policy, volume 25, 63, 486-513, July 2010
2. García Gómez, P., S. Jiménez-Martín y J. Vall Castello J (2010): "Health, disability and pathways into retirement in Spain," Working Papers 2010-24, FEDEA
3. Human Mortality Database (2010). University of California, Berkeley (USA), and Max Planck

Institute for Demographic Research (Germany)
(disponible en www.mortality.org)

4. Romero Jordán, D; J. Prieto-Rodríguez y S. Álvarez-García (2002): “Estado De Salud Y Participación Laboral De Las Personas Mayores,” Working Papers 15-02, Instituto de Estudios Fiscales.
5. Wise, D. (2011): “Social Security Programs and Retirement around the World: Historical Trends in Mortality and Health, Employment, and Disability Insurance Participation and Reforms”, University of Chicago Press, en prensa

**Publicado en Nada es Gratis, en dos partes,
los días 24 y 29 de abril de 2011**

