PRIMER SEMESTRE. 2010

PANORAMA SOCIAL 11

ENVEJECIMIENTO, ADAPTACIÓN Y CAMBIO SOCIAL

A DEBATE

Tendencias de población

Envejecimiento activo y asociacionismo de mayores

Vejez, salud y sanidad

Reformas de los Estados del bienestar

Salida del mercado de trabajo y pensiones

Dependencia y servicios sociales

COLABORAN:
A. Abellán, F. Azpeitia, J. M. Alonso Seco, A. Brettschneider, E. Chuliá, J. I. Conde-Ruiz, E. Díaz Martínez, C. Esparza, J. J. Fernández, M. J. Funes, B. García Sanz, R. Gómez Redondo, C. I. González, J. A. Herce, G. De Santis, J. Radl, E. Robles, J. A. Vargas, N. Zozaya

CAJAS DE AHORROS

Los programas para los mayores de la Obra Social

FUNCAS

PRIMER SEMESTRE. 2010

PANORAMA SOCIAL 11

Envejecimiento, adaptación y cambio social

FUNCAS

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS (*Presidente*)
JOSÉ ANTONIO OLAVARRIETA ARCOS (*Vicepresidente*)
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN (*Secretario*)
JULIO FERMOSO GARCÍA
JULIO FERNÁNDEZ GAYOSO
ROBERTO LÓPEZ ABAD
ENRIC MATA TARRAGÓ
ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ
ATILANO SOTO RÁBANOS

PANORAMA SOCIAL

Número 11. Primer semestre. 2010

CONSEJO DE REDACCIÓN

VICTORIO VALLE SÁNCHEZ (*Director*)
ELISA CHULIÁ RODRIGO (*Secretaria*)
BERTA ÁLVAREZ-MIRANDA NAVARRO
FRANCISCO ALVIRA MARTÍN
JOSÉ ANTONIO ANTÓN PÉREZ
CARLOS BALADO GARCÍA
JOSÉ GARCÍA LÓPEZ
VÍCTOR PÉREZ-DÍAZ

PEDIDOS E INFORMACIÓN

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.
Teléfono: 91 596 54 81
Fax: 91 596 57 96
Correo electrónico: suscrip@funcas.es

Printed in Spain
Edita: FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS (FUNCAS)
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.

© FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISSN: 1699-6852
Depósito legal: M-23-401-2005
Preimpresión: ARTEGRAF, S.A.
Imprime: ARTEGRAF, S.A.

Las colaboraciones en esta revista reflejan exclusivamente la opinión de sus autores, y en modo alguno son suscritas o rechazadas por la FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS.

Índice

5 Presentación

A debate

Cambios en los perfiles demográficos, los estilos de vida y las condiciones de salud y sanidad

8 "Viejo, ¿quién es viejo?" Causas y consecuencias de los últimos cambios demográficos en Europa
Gustavo De Santis

24 Distribución geográfica de las personas mayores en España: la huella demográfica en el espacio durante el siglo XX
Rosa Gómez Redondo y Elena Robles González

48 Envejecimiento, recursos económicos y servicios sociales en el mundo rural
Benjamín García Sanz

59 Envejecimiento activo: contrastes y paradojas
José María Alonso Seco

76 Asociarse a partir de los sesenta: ciudadanos activos, representantes políticos, personas comprometidas... ancianos saludables
María Jesús Funes

91 Aspectos sanitarios del envejecimiento
Juan Antonio Vargas Núñez

99 Envejecimiento de la población y reformas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia: un desafío bien conocido, pero políticamente secundario
Juan J. Fernández

Envejecimiento, pensiones y dependencia

112 Envejecimiento: pesimistas, optimistas, realistas
J. Ignacio Conde-Ruiz y Clara I. González

134 Retos asociados al envejecimiento: sanidad, dependencia y pensiones
Fernando Azpeitia y José A. Herce

151 Diez preguntas sobre la reforma del sistema de pensiones en España
Elisa Chuliá

163 Salida del mercado de trabajo y estratificación social. Los determinantes de la edad de jubilación en España
Jonas Radl

181 ¿Pensiones adecuadas y sostenibles? Un análisis de la reforma del sistema de pensiones alemán y algunas conclusiones útiles para el debate español
Antonio Brettschneider

197 Envejecimiento y dependencia: la demanda de cuidados
Antonio Abellán García y Cecilia Esparza Catalán

213 El envejecimiento de la población como reto y oportunidad para la política económica y social
Néboa Zozaya y Elisa Díaz Martínez

La dimensión social de las Cajas de Ahorros

229 Entre tradición e innovación: los programas de la Obra Social "la Caixa" para las personas mayores
Jaime Lanaspa

238 Obra Social Caixa Galicia: intervención innovadora en respuesta a las demandas sociales de los mayores
José Luis Méndez López

243 Caja Segovia y "sus mayores": desafíos ante el envejecimiento de la población de Segovia
Atilano Soto

Presentación

Difícilmente cabe encontrar mejor indicador del éxito de una sociedad que el aumento de la esperanza de vida de sus miembros, sobre todo, cuando buena parte de esos años "ganados" a la muerte pueden ser vividos con calidad. Esto es lo que ha ocurrido, de una manera continuada e intensa, en el grupo de países con democracias desarrolladas y economías avanzadas del que España forma parte. Además, respecto al mencionado indicador demográfico, España destaca marcadamente en el conjunto de esos países: la esperanza de vida de los hombres al nacer alcanza ya los 78 años, y la de las mujeres supera los 84, la más alta de todos los países de la Unión Europea. Las cifras cobran todavía mayor relieve cuando se las sitúa en perspectiva temporal. En efecto, no hace falta remontarse más allá de dos generaciones para apreciar la magnitud del cambio: los abuelos de los españoles que en la actualidad tienen en torno a 40 años (y, por tanto, cuentan con cumplir aproximadamente otros tantos) nacieron en una época en la que la esperanza de vida al nacer rondaba esa edad.

Así pues, el envejecimiento de la población se encuentra indiscutiblemente asociado al éxito social. No envejecen las sociedades sólo por el alargamiento de algunas vidas (las de los mayores), sino también por la capacidad de conseguir que, a todas las edades, se conserven más vidas. Y cuando una sociedad consigna un logro semejante, tiende a autorregularse reduciendo la natalidad y reforzando así *lógicamente* el proceso de envejecimiento. Sin duda, en este hecho influyen cambios sociales y culturales, pero, a nivel agregado, el factor explicativo más potente de la tantas veces señalada caída de la fecundidad que se ha verificado en las últimas décadas reside en la conciencia individual y colectiva de que no hace falta una inversión reproductiva tan grande cuando la supervivencia de todos los hijos está prácticamente garantizada.

De todo lo anterior se desprende, en síntesis, que el envejecimiento de la población es un avance social extraordinario, conseguido además por el camino seguramente más prometedor para la consolidación de un cambio social: la evolución adaptativa. Si la adaptación de conductas a nuevas condiciones es el mecanismo de causación del avance, también es su mecanismo de garantía. En efecto, las sociedades envejecidas sólo pueden seguir avanzando y afianzar su éxito adaptándose. Este es el argumento general del número 11 de Panorama Social, revista que desde hace más de cinco años plantea y examina cuestiones que la Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS) considera de interés para el desarrollo de la sociedad española.

En este número de Panorama Social se abordan diferentes dimensiones del proceso de envejecimiento de la población, en general, y de la española, en particular. El número reúne, una vez más, contribuciones de expertos de diferentes disciplinas, como la Sociología, la Economía, la Demografía, la Ciencia Política y la Medicina, para ofrecer datos y argumentos que contribuyan a un debate razonado y abierto, ni excesivamente especializado ni indebidamente simplificado, sobre el envejecimiento de la población.

Los primeros artículos se centran en la perspectiva demográfica. En el primero, **Gustavo de Santis**, demógrafo y profesor del Departamento de Estadística de la Universidad de Florencia, se pre-

gunta por las razones de la delimitación etaria de la vejez y subraya que *el problema* del envejecimiento no reside en el proceso mismo, sino en el mantenimiento convencional de umbrales de edad de vejez que se establecieron décadas atrás, cuando la esperanza de vida era considerablemente inferior, y la vejez poseía un significado individual y colectivo bien distinto. El artículo de **Rosa Gómez Redondo** y **Elena Robles**, profesoras de Sociología de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), presta atención al envejecimiento en España, explorando las diferencias entre provincias, analizando su evolución y las dinámicas subyacentes, y aportando de esta manera una información clave para la planificación ordenada de servicios orientados a satisfacer las demandas de los mayores. Por su parte, **Benjamín García Sanz**, catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, enfoca su colaboración hacia otro aspecto que precisa tenerse en cuenta a la hora de estudiar el envejecimiento de la población española desde un punto de vista demográfico y de planificación, concretamente la diferencia entre pueblos y ciudades. Como muestra García Sanz, el envejecimiento rural en España es más intenso, tiene características propias y requiere respuestas específicas.

Los dos siguientes artículos ofrecen propuestas normativas y empíricas sobre modos de envejecer. **José María Alonso Seco**, durante seis años Director General del Mayor en la Comunidad de Madrid, parte del concepto de envejecimiento activo propuesto por la Organización de las Naciones Unidas y reúne evidencia para constatar el trecho existente entre el modelo y la realidad española actual. Un componente esencial de ese envejecimiento activo es la participación social y asociativa de los mayores, tema sobre el que **María Jesús Funes**, profesora de Sociología de la UNED, presenta un estudio empírico que apunta los beneficios que, para los participantes y su entorno, reporta este tipo de actividad cada vez más presente entre los mayores.

Juan Antonio Vargas, profesor de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, repasa en su artículo los principales cambios fisiológicos que trae consigo la vejez. El conocimiento de estos cambios resulta de gran importancia para entender y valorar los límites, pero también las posibilidades físicas de las personas mayores, así como también para tomar conciencia de las necesidades de carácter sanitario y sociosanitario que han de satisfacerse si se quiere atender adecuadamente al número creciente de mayores que registran las sociedades envejecidas. Curiosamente, como muestra en su colaboración **Juan J. Fernández**, investigador del Max-Planck Institut de Colonia (RFA), aun conociéndose bien las implicaciones epidemiológicas del envejecimiento poblacional, las reformas sanitarias acometidas en diferentes Estados del bienestar no se han justificado en virtud de este argumento, como si la clase política lo considerara secundario y, por tanto, se mostrara remisa a reconocer el alcance del cambio demográfico y reforzar la conciencia social sobre esta cuestión.

Tras este primer grupo de artículos, el siguiente gira en torno a los desafíos que plantea el envejecimiento a los sistemas de protección social maduros, y muy especialmente al sistema español. **José Ignacio Conde-Ruiz**, profesor de Economía de la Universidad Complutense de Madrid, y **Clara I. González**, ambos miembros de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), presentan una gran variedad de datos sobre los cambios demográficos, sociales y económicos que han tenido lugar en España durante las últimas décadas, y la escasa respuesta regulativa que han suscitado, provocando un problema de desadaptación. El argumento sobre la falta de adaptación del sistema de pensiones también recorre el artículo de **Fernando Azpeitia** y **José A. Herce**, consultor sénior y socio, respectivamente, de Analistas Financieros Internacionales (Afi). La necesidad urgente de reformar este sistema surge del riesgo financiero derivado de indiciar las pensiones a los salarios, riesgo del que están libres los sistemas de salud y dependencia, por lo cual estos últimos afrontan menos problemas de financiación ante el envejecimiento. Por su parte, **Elisa Chuliá**, profesora de Ciencia Política de la UNED, responde a diez preguntas sobre el sistema español de pensiones, situando el debate sobre su reforma en el contexto social y político, y aportando algunas referencias comparativas internacionales.

Es obvio que la legitimidad de estas reformas depende de que se diseñen con suficientes conocimientos sobre sus implicaciones. En este sentido, **Jonas Radl**, investigador del Instituto Universitario Europeo de Florencia (Italia), centra su análisis en la propuesta del gobierno de retrasar la edad de jubilación y, mediante un análisis estadístico de la Encuesta de Población Activa (EPA), aporta evidencia según la cual la introducción de la reforma no afectará de igual manera a las clases sociales. Parece claro que supondrá mayores pérdidas a la "clase trabajadora" que a la "clase de servicio", es decir, a quienes ocupan puestos de trabajo menos cualificados y que requieren menores niveles educativos. También **Antonio Brettschneider**, investigador de

la Universidad de Duisburg (RFA), hace una advertencia sobre la reforma del sistema de pensiones y el riesgo de que, como a su juicio ha sucedido en Alemania, a través de reformas paramétricas se acabe desvirtuando de tal manera el sistema, que no resulte eficaz para atender al que desde siempre fue su fin último: proveer una sustitución de rentas que evite un deterioro notable del nivel de vida de los mayores una vez se jubilan.

Aunque atraigan la atención prioritaria de los expertos, los sistemas de pensiones no representan los únicos retos que plantea el envejecimiento a los Estados del bienestar. El sistema de dependencia, recién creado en España, también se ve afectado por este fenómeno demográfico. **Antonio Abellán** y **Cecilia Esparza**, investigadores del Centro de Ciencias Humanas y Sociales (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), dibujan los perfiles de la población dependiente a partir de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) del INE, distinguiendo entre las personas que tienen las necesidades de atención adecuadamente cubiertas y las que no se encuentran en esa situación. Es evidente que el desarrollo del Sistema Nacional de Dependencia, además de mejorar la situación de muchas familias cuidadoras, puede constituir una oportunidad de dinamización del empleo en el sector servicios. Precisamente en aspectos como este último repara la colaboración de **Néboa Zozaya** y **Elisa Díaz Martínez**, expertas en cuestiones sociales y económicas de la Oficina Económica de la Presidencia del Gobierno de España y del Kozmetsky Center of Excellence in Global Finance (St. Edward's University, Austin, EE.UU.), respectivamente. Como el resto de los colaboradores de este número 11 de Panorama Social, Zozaya y Díaz Martínez mantienen que el envejecimiento plantea desafíos asumibles por una sociedad dinámica y bien articulada, y señalan las oportunidades que este fenómeno puede abrir para el desarrollo económico y social de nuestro país.

En la sección La dimensión social de las Cajas de Ahorros se presenta, a modo de muestra, la labor que –en consonancia con la filosofía del envejecimiento activo– llevan a cabo estas entidades financieras en el diseño y desarrollo de programas para los mayores con diversos fines sociales (desde la ocupación lúdica del tiempo libre hasta la prestación de asistencia, pasando por la adquisición de conocimientos útiles para manejarse diariamente). **Jaime Lanaspa**, Director Ejecutivo de Obra Social "la Caixa", destaca la doble impronta de tradición e innovación que caracteriza la oferta de programas para los mayores que "la Caixa" despliega en todo el territorio español. Por su parte, **José Luis Méndez**, Director General de Caixa Galicia, y **Atilano Soto**, presidente del Consejo de Administración de Caja Segovia, presentan la multitud de iniciativas que, teniendo como objetivo general la mejora de la calidad de vida de las personas mayores residentes en las regiones en las que las entidades se hallan más implantadas, ofertan y desarrollan una y otra caja.

Con estas tres aportaciones finales, FUNCAS pone de relieve el interés y la preocupación que los mayores y la vejez suscitan hoy en las cajas de ahorros, y las respuestas que éstas han ido dando al crecimiento del número de mayores y al envejecimiento de la población. Ese interés y esa preocupación, junto con el propósito de contribuir al mayor conocimiento y la discusión razonada de cuestiones cruciales para el desarrollo de la sociedad española, han impulsado asimismo la decisión de FUNCAS de publicar este número de su revista Panorama Social en torno al envejecimiento de la población.

"Viejo, ¿quién es viejo?" Causas y consecuencias de los últimos cambios demográficos en Europa♦

GUSTAVO DE SANTIS*

RESUMEN

Las poblaciones europeas están envejeciendo. En este artículo se muestra que los indicadores de envejecimiento permiten distinguir entre una parte tendencial, de largo plazo, atribuible al alargamiento de la vida media, y una parte residual, debida al resto de factores, pero que principalmente refleja los cambios en la fecundidad. El envejecimiento tendencial puede ser eficazmente contrarrestado con un ajuste progresivo de la 'edad umbral' y, en particular, de la edad de jubilación, lo que se ve además facilitado por la mejora de la salud de los ancianos, su creciente nivel de formación y la transformación del mercado de trabajo, hoy primordialmente intelectual en lugar de físico.

1. HABLEMOS CUANTO ANTES DE ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento y baja mortalidad

El envejecimiento es un proceso demográfico caracterizado por un aumento del peso relativo de los ancianos en el conjunto de la población. Así pues, se refiere a la estructura de edades y a sus variaciones a lo largo del tiempo. Como es bien sabido, la estructura de edades hace referencia al conjunto de información sobre el peso relativo de las diversas edades, o grupos de edades, respecto a la población total. Para calcular la estructura de edades contamos con indicadores analíticos (1) o sintéticos (2), por ejemplo:

(1) $c_x = P_x / P$, que proporciona información sobre el peso relativo en la población (P) de un grupo de edad determinado (x);

(2) $v = V / P$, que muestra el peso relativo de los viejos (V)[1] en la población total (P).

La estructura de edades se representa gráficamente mediante pirámides de edades, que adoptan generalmente la forma del gráfico 1, distinguiendo entre sexos; también son frecuentes las representaciones que distinguen únicamente entre jóvenes (J), adultos (A) y viejos (V), como en el gráfico 2. En este artículo se utilizarán ambas representaciones.

Pero volvamos al concepto de envejecimiento. Se acepta generalmente su definición como aumento del peso relativo de los ancianos, pero no sucede lo mismo con muchos de los elementos que giran en torno a este concepto: ¿Quién es anciano? ¿Debe variar en el tiempo el umbral que marca la entrada en la edad anciana? Si es así, ¿cómo? ¿Cuáles son las causas del envejecimiento?

Comenzaremos por esta última pregunta, recordando que a muy largo plazo, digamos mil años por concretar una cifra, la tasa de crecimiento demográfico no puede sino ser (prácticamente) igual a cero. Las matemáticas[2] y, sobre todo, el sen-

♦ Traducción del original en italiano de Carlos Luengo.

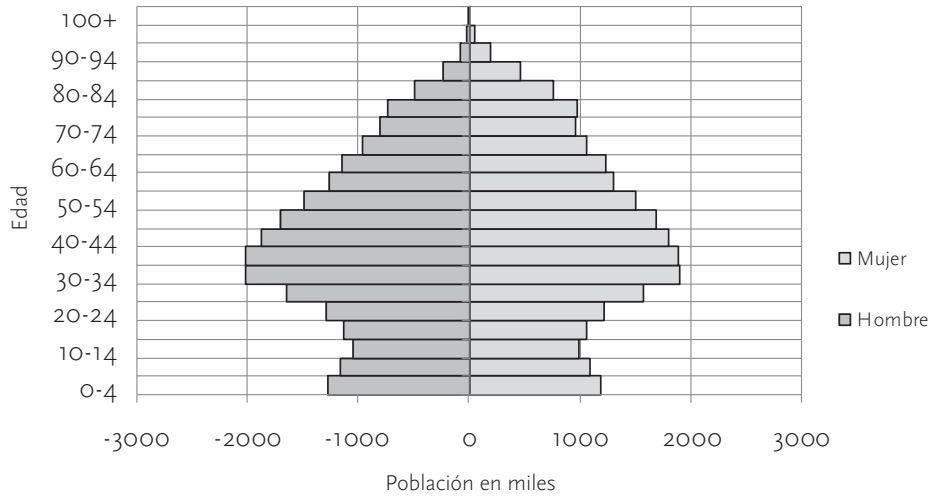
* Departamento de Estadística, Universidad de Florencia (desantis@ds.unifi.it).

[1] Utilizo el término "viejo", y no "anciano", evitando así el riesgo de confundir su inicial (*V*) con la de adulto (*A*), que se usará más adelante.

[2] La fórmula es $P_t = P_0\, e^{rt}$, donde P es la población (P_0 inicial, P_t en el año t), *e* el número neperiano (*e* = 2,71828...) y *r* la tasa de crecimiento. Incluso una tasa de apenas +2 por mil (inferior a la europea actual, de 3-4 por

Gráfico 1

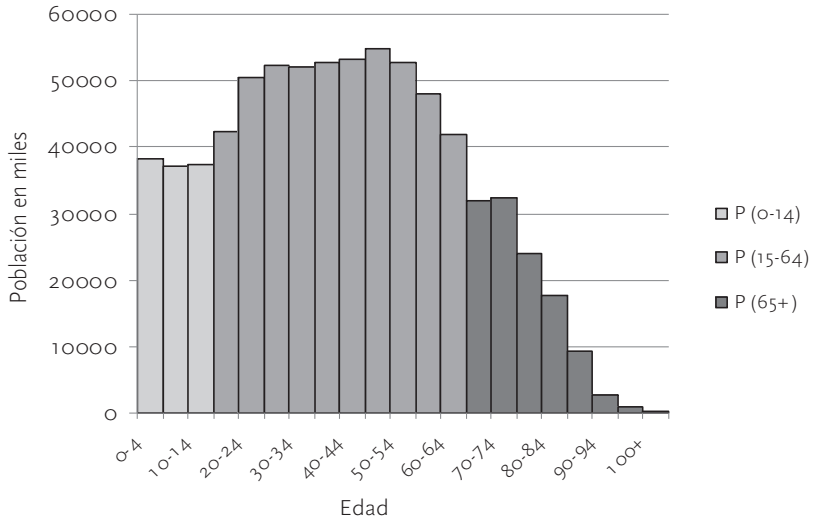
Pirámide de edades de España en 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de ONU-DAES (2009).

Gráfico 2

Pirámide de edades de Europa en 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de ONU-DAES (2009).

mil) sería insostenible a largo plazo: al cabo de mil años la población europea sería siete veces más numerosa que la actual. Análogamente, una pequeña disminución (-2 por mil, por ejemplo) conduciría, al cabo de mil años, a una población siete veces más pequeña.

tido común así lo indican: de hecho, las alternativas serían la explosión demográfica, con tasas de crecimiento positivas, o la desaparición de una población, si las tasas fueran negativas. Naturalmente, hablar de tan largo plazo provocará sonrisas, porque, como decía Keynes, a largo plazo estaremos todos muertos, mientras que, aquí y ahora, la experiencia de todos los días muestra, en cambio, que las poblaciones aumentan o, más raramente, disminuyen. Ahora bien, la referencia a ese muy largo plazo es útil, ya que ayuda a distinguir, en la estructura de edades de una población, lo que ocurre por causas que podríamos denominar "tendenciales" (de largo o muy largo plazo) de lo que ocurre por razones "contingentes"; aun cuando tratándose de procesos referentes a poblaciones, todo es siempre más lento en comparación con los ritmos de cambio de otras realidades con las que estamos más acostumbrados a lidiar (por ejemplo, el tiempo atmosférico, la política o la economía) y la unidad de medida, incluso de fenómenos relativamente dinámicos, es siempre del orden de varios años.

Así pues, a muy largo plazo, la tasa de crecimiento no puede sino ser (prácticamente) igual a cero, pero ¿cómo se llega a este resultado? El crecimiento de una población puede compararse con el nivel del agua de un lago, que aumenta o disminuye en función del caudal relativo de los tributarios y de los emisarios. En una población de grandes dimensiones, en la que los movimientos migratorios desempeñan una función relativamente modesta, el emisario es esencialmente la mortalidad y el tributario es la natalidad. No obstante, la mortalidad no es una variable instrumental: prolongar la duración de la vida lo más posible es, al menos desde hace dos siglos, un objetivo en sí mismo, o mejor dicho, un objetivo primordial de casi todas las sociedades, y ciertamente de todas las democráticas. Todos hacemos cuanto está a nuestro alcance para vivir el mayor tiempo posible, tanto de manera individual (cuidando nuestra higiene, yendo al médico si nos sentimos enfermos...) como, sobre todo y quizá más aún, como colectividad[3]: la eliminación de residuos, las vacunas, los límites de velocidad, la normas de seguridad e higiene en el trabajo son medidas, entre otras muchas, encaminadas a hacernos vivir el mayor tiempo posible.

Además, en este indicador se basan también las comparaciones y clasificaciones internacionales: Sen (1995) ha afirmado explícitamente que la duración media de la vida de los ciudadanos es uno de los mejores indicadores posibles del grado de desarrollo de un país; por su parte, el PNUD (2008) elabora y maneja el Índice de Desarrollo Humano (IDH), en el que la esperanza de vida al nacimiento ocupa un lugar primordial. Aplicar con éxito una política de reducción de la mortalidad equivale a obstruir el flujo de salida del emisario, por lo que, en nuestro lago, si todo lo demás permanece inalterado, el nivel del agua subirá. Para mantenerlo (aproximadamente) constante, es decir –dejando de lado la metáfora–, para mantener el crecimiento de la población más o menos constante, habría que reducir igualmente la aportación del afluente, es decir, disminuir la natalidad. Es posible medir con exactitud qué nivel "teórico" de natalidad debería alcanzarse con cada nivel de mortalidad para que la población permaneciera constante.

Sería asimismo posible medir exactamente el grado de envejecimiento de una población, igualmente "teórico", caracterizado por tal duración media de vida[4] y natalidad que, combinada con el nivel de mortalidad, produjera un crecimiento cero. Se trataría, en definitiva, de ampliar el uso de un concepto conocido en demografía como "población estacionaria": en la población estacionaria clásica, la mortalidad es constante, las migraciones inexistentes, y la natalidad es tal que produce exactamente el número de nacimientos que se necesitan para compensar el número de fallecimientos. Esta población "teórica" también se caracteriza por su estructura de edades, constante en el tiempo, a la que se hará referencia en breve. En la misma versión de la población estacionaria que se propone aquí, las migraciones aún están ausentes, pero la mortalidad no es constante, sino que varía año tras año; digamos, por ejemplo, que crece lenta pero constantemente. Así pues, las características de la mortalidad de cada año sucesivo constituyen verosímilmente un punto de referencia mínimo para las expectativas de futuro: en los años venideros se querrá igualmente que la supervivencia al menos no disminuya respecto del nivel logrado en el presente, y esto, junto con el límite del crecimiento cero (en el muy largo plazo) define la estructura de edades

[3] Easterlin (1999), por ejemplo, aun siendo economista y estadounidense por añadidura, sostiene que el esfuerzo público ha sido incomparablemente más eficaz que las fuerzas del mercado a la hora de reducir la mortalidad.

[4] Es decir, la duración media efectiva, que, como se ha dicho, una vez alcanzada, se convertiría presumiblemente en un valor objetivo en sí mismo que las sociedades se propondrían por lo menos no rebajar en el futuro.

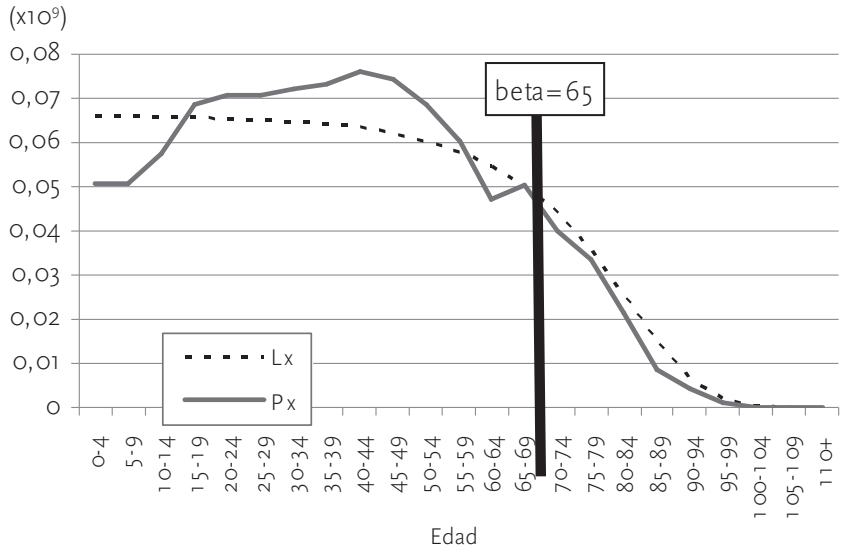
hacia la que tiende nuestra población, que es precisamente la estructura de edades de la población estacionaria asociada al último nivel alcanzado por la mortalidad.

En otras palabras, los dos elementos mencionados arriba (el crecimiento cero en el muy largo plazo y el objetivo de vivir el máximo de tiempo son técnicamente posibles) conforman otra estructura de edades, que podríamos definir como subyacente, tendencial o de referencia, que deberá ser considerada junto a la estructura de edades efectiva. Esta estructura de edades tendencial (que, además, es la de la población estacionaria correspondiente al nivel corriente de mortalidad) adopta la forma que muestra el gráfico 3. Normalmente, se asemeja mucho a la estructura de edades efectiva, aunque un poco desplazada, lo que permite poner de manifiesto los "accidentes" del recorrido que constituyen la diferencia entre ambas: en el caso de la población europea de 2005, por ejemplo, se puede "leer" la baja fecundidad reciente (cuya consecuencia es "la falta" de jóvenes en torno a los 20 años), el *boom* de la natalidad de los años 60 (las numerosísimas personas en torno a los 45 años que "hinchan" la pirámide de edades real), la ausencia de nacimientos en los primeros años cuarenta del pasado siglo, debido a la Segunda Guerra Mundial (lo cual implica la existencia de relativamente pocas personas de 60-64 años), etcétera.

Ahora bien, la línea discontinua del gráfico 3, más que para esta finalidad, sirve aquí para ver en torno a qué tiende a moverse la línea continua de la población real: podrá haber otras crisis y otros *boom* que atravesarán como una onda, o un latigazo, la curva de edades: los numerosísimos nacimientos de los años sesenta equivalen inicialmente a muchísimos niños, luego a otros tantos adultos y al final a muchísimos viejos; de forma análoga, pero con signo inverso, los pocos nacidos del año 2000 son hoy pocos niños, pero mañana serán pocos adultos y pasado mañana, es decir, hacia finales de siglo, pocos viejos. Lo importante es, sin embargo, que se moverán siempre en torno a la "pauta" marcada por la estructura de edades de la población estacionaria correspondiente al nivel de mortalidad corriente (la curva discontinua del gráfico 3) que ofrece, por tanto, una línea de atracción para la estructura de edades real.

Gráfico 3

Pirámide de edades de Europa en 2005: población efectiva (P_x) y población de referencia (estacionaria, L_x)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de ONU-DAES (2009).

Pero adviértase que la pauta subyacente también cambia, como se verá mejor más adelante (por ejemplo, en el gráfico 4). Las condiciones de supervivencia han ido evolucionado a lo largo del tiempo, y cada nuevo progreso determina, entre otras cosas, una nueva estructura de edades de referencia. El eje de atracción cambia de forma (aunque, a decir verdad, ni mucho ni demasiado deprisa), pero se mantiene como tal eje de atracción.[5]

Los dos componentes del envejecimiento

Contamos, por tanto, con dos pirámides de edades: la teórica o de referencia, que depende únicamente del nivel de mortalidad corriente, y la efectiva, que además de esto, también y sobre todo refleja toda la historia pasada de nacimientos, muertes y migraciones, o mejor dicho, el grado de alejamiento de lo históricamente acontecido respecto de esa trayectoria implícitamente hipotetizada en el caso de la población estacionaria (por ejemplo, mortalidad constante en los valores actuales, nacimientos constantes en un cierto nivel[6] y ausencia de migraciones). Así pues, podemos calcular dos índices de estructura de edades y de envejecimiento: uno referido a la población efectiva (I) y otro referido a la estructura de edades teórica subyacente, que puede denominarse índice tendencial (I_{tend}). La diferencia entre ambos es una medida del peso del componente residual I_{res}, que, como se ha dicho, depende de todas las demás causas consideradas conjuntamente, es decir, de la historia reciente de natalidad, de mortalidad y de migraciones. Se cumple pues la relación $I - I_{tend} = I_{res}$, aunque parece preferible presentarla de este otro modo:

$$3)\quad I = I_{tend} + I_{res}$$

Esta fórmula refleja mejor el orden causal de las cosas: el valor efectivo I se acerca al valor tendencial I_{tend}, al que sigue a largo plazo, pero se aleja de él debido a las otras variaciones demográficas, sintetizadas por I_{res}. Por otra parte, para medir el envejecimiento, ya se ha propuesto recurrir al sencillísimo indicador $v = V/P$.

Ahora bien, existe el problema, no marginal, de dónde fijar el umbral de la edad anciana β.[7] Como punto de partida, cabe establecer β=65. Ahora se puede calcular, para la Europa actual:

$$4)\quad v = v_{tend} + v_{res} = 0{,}178 - 0{,}019 = 0{,}159$$

Lo que equivale a decir, en función sólo de la mortalidad, que Europa debería ser (y en todo caso tenderá a ser) un poco más vieja de lo que es realmente (v_{tend} = 17,8 por cien frente a v = 15,9 por cien). Téngase, no obstante, en cuenta que, por el momento al menos, el resto de los factores (el *boom* de nacimientos de los años sesenta, las recientes corrientes de inmigración, etc.) actúan en sentido favorable, y contribuyen a un leve rejuvenecimiento de la población (v_{res} = -1,9 por cien).

Naturalmente, el resultado también depende de haber fijado β en 65 años, y no, por ejemplo, en 60, o en cualquier otro valor. ¿Es una elección sensata? Y además, en los aspectos espacial y temporal, ¿es preciso mantener constante este umbral? O, por lo contrario, ¿debemos cambiarlo?

A propósito de la edad de jubilación

Con respecto al umbral β, hay que decir de entrada que se trata de un valor arbitrario o convencional, que no cuenta con el consenso de todos, pero para el cual no existen alternativas claramente preferibles. Aunque es preciso también resaltar que, a efectos dinámicos –que son los que más nos interesan aquí– la elección de uno u otro umbral tiene poca relevancia. En cambio, la decisión sobre la *evolución* de β sí tiene una gran trascendencia: ¿debe permanecer constante o variar? Y si varía, ¿cómo debe hacerlo?

[5] Los movimientos migratorios no cambian casi nada lo que se ha dicho hasta ahora: una inmigración a 20 años, por ejemplo, es como un "nacimiento retardado". Así como el *baby boom* de los años sesenta no cambia la estructura de edades de referencia del gráfico 3, aunque incide en la estructura de edades efectiva, tampoco el reciente *boom* de la inmigración en Europa cambia la estructura de edades de referencia: sólo deforma un poco la efectiva, hinchando los grupos de edades de jóvenes y adultos, es decir, los grupos en los que se concentran las inmigraciones.

[6] El nivel de nacimientos N en una población estacionaria es igual a $N=P/e_0$, donde P es la población (efectiva) y e_0 es la duración media de la vida, medida en años, en las condiciones actuales de mortalidad.

[7] En adelante, me referiré a esta edad umbral β con expresiones diversas, como umbral de la edad anciana, edad de jubilación y otras similares, que utilizaré indistintamente. No obstante, ello no significa defender la jubilación forzosa a la edad β, ni tampoco la incentivación de la salida del mercado de trabajo: uso la expresión "edad de jubilación" únicamente por una cuestión de claridad de referencia.

Hasta ahora han sido tres los criterios propuestos por diversos autores para la determinación dinámica de este umbral (paso convencional de la edad adulta a la edad anciana o, si se prefiere, edad de jubilación), a saber:

(a) mantener β constante a lo largo del tiempo;

(b) hacer depender β del estado de salud: es decir, hallar un modo de medir la eficiencia física y mental de las personas y permitir que varíe la edad de inicio de la vejez de tal modo que el estado de salud medio en torno a la edad β sea análogo, aunque se observe en años diferentes;

(c) hacer depender β de la duración residual de la vida (duración media, obviamente: $e\beta$).

Sin embargo, las tres propuestas presentan defectos (véanse el gráfico 4 y el cuadro 1). Si se opta por (a), la edad de jubilación β se mantiene constante a lo largo del tiempo, pero su significado sustancial cambia, y lo hace profundamente: al cabo de varios años no se estará midiendo la misma cosa, ya que, según todos los indicadores posibles e imaginables, tener 65 años en 1950, 2010 o 2050, no es (ni presumiblemente será) equivalente: las condiciones de salud están mejorando (Vaupel 2010) y el propio proceso de envejecimiento individual parece haberse retrasado, en parte gracias también al menor desgaste del trabajo (hoy primordialmente intelectual en lugar de físico) y al gran aumento del nivel de formación (Lutz *et al.* 2008; Kc *et al.* 2010).

Por tanto, podría parecer una buena idea optar por el criterio (b). Pero tampoco este criterio está libre de problemas: supongamos que hubiéramos averiguado que, hoy, los 65 años representan la edad β, pasada la cual las condiciones de salud se tornan en promedio malas; partamos, además, de la hipótesis de que en el futuro, con la prolongación de la duración media de la vida, β (el umbral de la edad "mala") aumentará hasta 67 años. Ciertamente, sobre esta base podría decidirse retrasar la edad de jubilación a los 67 años, pero ello supondría que los dos años "buenos" logrados se dedicarán íntegramente al trabajo, y que los años de la jubilación son esencialmente, y deben seguir siendo, años de mala salud. Naturalmente, esta es una elección posible; desde luego, no sería mi ideal, ni seguramente tampoco el de la mayoría de la población, a juzgar por el hecho de que la edad real de jubilación efectiva se ha rebajado en varias ocasiones a lo largo del tiempo, y luego se ha mantenido más o menos constante (hoy en torno a los 60 años), aun constatándose fuertes mejoras en la supervivencia y las condiciones de salud. Aparte de estas consideraciones, la opción (b) tendría que hacer frente a una dificultad práctica casi insalvable: no existe ningún modo satisfactorio y unánimemente aceptado para medir las condiciones de salud; y además este tipo de datos se recogen desde hace poco tiempo y se aplican sólo a muestras de población relativamente pequeñas.

Queda pues el criterio (c), que puede concebirse como un *proxy* del criterio (b), ya que a partir de un cierto punto, al aludir a la duración residual de la vida se habla también, aunque sea indirectamente, del estado medio de salud a dicha edad. El principal limite del criterio (c) estriba en que conduce, casi por definición[8], a una disminución de la cuota tendencial de viejos en un país al disminuir la mortalidad, como se verá en breve.

A la luz de estas consideraciones, (me) parece preferible adoptar un cuarto criterio para la adaptación dinámica de la edad de jubilación β, a saber:

(d) permitir la variación de β de modo tal que, en el seno de la pirámide de edades de referencia (gráficos 3 y 4), el peso relativo del área de la edad anciana (v_{tend}) permanezca inalterado a lo largo del tiempo (De Santis 2003).

Dado que la Unión Europea sólo existe desde hace pocos años (poquísimos en su composición actual), para apreciar el significado y el alcance de los cambios de los que estamos hablando, quizá convendría hacer referencia a un país con un largo historial de recogida de datos de mortalidad: España, por ejemplo, país del que se puede consi-

[8] En realidad, esto depende de la forma y evolución de la mortalidad por edades. En la práctica, no obstante, la evolución de la curva de supervivientes es tal que siempre llevará a las conclusiones de las que se habla en el texto. Si no hubiera variaciones en la duración de la vida (es decir, si todos muriésemos a la misma edad), y si decidiéramos que es viejo quien tiene, en promedio, todavía de diez años de vida por delante, esto generaría una proporción de viejos tendencialmente igual a $v_{tend} = 10/e_0$. Es decir, con una duración media de la vida de 40 años, tendremos $v_{tend} = 10/40 = 25$ por cien; con una duración media de la vida de 80 años, tendremos $v_{tend} = 10/80 = 12{,}5$ por cien; y seguiría bajando, al crecer e_0. En realidad, la presencia de variabilidad en la edad de muerte complica (y atenúa) un poco la relación, pero la tendencia sigue siendo la misma que se sugiere en este ejemplo.

derar la pirámide de edades de referencia en tres fechas concretas: 1908, 2007 y 2050[9].

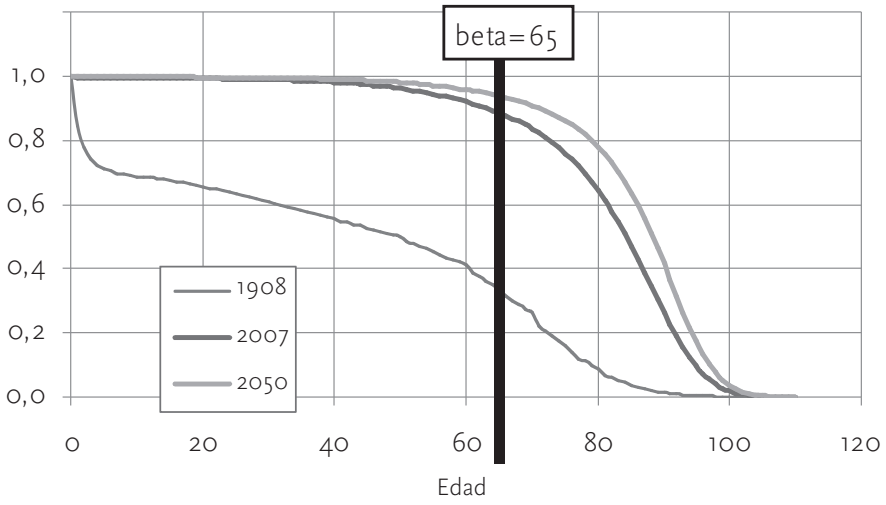
Como se observa tanto en el gráfico 4 como en el cuadro 1, con una edad de jubilación fija $\beta = 65$ (criterio a), el valor tendencial del índice de envejecimiento aquí propuesto ($v_{tend} = V/P$, es decir, la proporción de viejos en la población estacionaria) registra un crecimiento espectacular en el siglo y medio considerado: al pasar desde el 8,5 por cien hasta el 22 por cien y el 25 por cien. No obstante, como se ha dicho, esto es, en una buena parte, un artificio resultante del hecho de que, en un espacio de tiempo tan largo, el significado sustancial de tener cierta edad (65 años, por ejemplo) ha ido cambiando. Una forma de apreciarlo consiste en considerar el número medio de años que todavía quedan por vivir en promedio a esa edad: e_{65}. En 1908, e_{65} equivalía a unos 10 años y medio; en 2007, había subido a casi 20, y podría llegar a casi 23 años en 2050.

Al buscar aquella edad β que dejaría todavía 19,9 años de vida en las tres condiciones de supervivencia, se observa que sube desde 50 años en 1908, a 65 en 2007, y hasta (probablemente) 68,1 en 2050. Con estos umbrales variables (según el criterio (*c*) presentado antes, de tal forma que genere, en promedio, la misma duración residual de vida), el índice de vejez tendencial (v_{tend}) tiende a bajar, aunque sea sólo un poco: de hecho, se pasa de 24, a 22 y a 21,5. Y esto no sucede por casualidad: como se ha visto en la nota 9, esto es (casi) siempre verdad en un mundo en el que la duración media de la vida se alarga, pero el criterio de vejez se basa en la constancia de la duración media de la vida residual a partir de una cierta edad.

Precisamente para vencer esta objeción puede proponerse el criterio (d), que consiste en buscar el valor de β que deje a la derecha siempre la misma proporción de población estacionaria ancia-

Gráfico 4

Pirámide de edades de referencia* de España (1908, 2007 y 2050)



(*) Curva de supervivientes en una población estacionaria con las características de mortalidad de la época.
Fuente: Human Mortality Database (www.mortality.org/), ONU-DAES (2009) y elaboración propia.

[9] El valor de e_0 en 2050 (85,5) es el previsto por ONU-DAES (2009). La forma de la pirámide de edades de referencia ha sido obtenida a partir de una curva modelo, que garantiza que $e_0 = 85,5$. En cambio, en los otros dos casos la curva de supervivientes ha sido tomada de la Human Mortality Database (www.mortality.org/), donde resulta $e_0 = 41,5$ en 1908 y $e_0 = 80,9$ en 2006, el mismo valor que proporciona el Instituto Nacional de Estadística de España (www.ine.es) para 2007. En todos los casos, se trata de indicadores referidos al conjunto de la población, sin distinguir entre mujeres y hombres.

Cuadro 1

Algunos criterios de adaptación de la edad de jubilación a la variación de la supervivencia, y algunos de sus efectos prácticos (España, 1908, 2007 y 2050)

	1908	*2007*	*2050*
Criterio (a) Edad de jubilación fija en 65 años			
beta	**65**	**65**	**65**
e(beta)	10,6	19,9	22,8
T(beta)/T(0)	8,5%	21,8%	25,0%
	1908	*2007*	*2050*
Criterio (c) Edad de vida residual fija en 19,9 años			
beta	50	65	68,1
e(beta)	**19,9**	**19,9**	**19,9**
T(beta)/T(0)	23,9%	21,8%	21,5%
	1908	*2007*	*2050*
Criterio (d) Proporción de vida residual fija en el 21,8% del total			
beta	52	65	68
e(beta)	18,7	19,9	20,2
T(beta)/T(0)	**21,8%**	**21,8%**	**21,8%**

Leyenda: beta=edad de jubilación; e_{beta}=número medio de años que quedan por vivir a la edad beta; T_{beta}/T_o = peso relativo tendencial de los viejos en la población (=v_{tend}, véase la fórmula 2 en la primera página de este artículo).
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Human Mortality Database (http://www.mortality.org) y del ONU-DAES (2009).

na (v_{tend}); es decir, en este ejemplo, el 21,8 por cien del total de los años vividos (que es, además, el 21,8 por cien del área situada por debajo de las curvas del gráfico 4, por ejemplo). La edad β aumenta, en este caso, de 52 en 1908 a 65 en 2007 y 68 en 2050 –y aquí, por definición, el cambio de las condiciones de supervivencia no genera ni envejecimiento ni rejuvenecimiento: es neutro, porque la edad umbral β se adapta automáticamente, dejando a su derecha siempre la misma proporción relativa del área (el 21,8 por cien, justamente).

Una última observación antes de concluir esta parte: con una mortalidad constante –o lo que es lo mismo, con una mortalidad variable pero con una edad de jubilación β que se adapta dinámicamente a las circunstancias con arreglo al criterio (d)–, la proporción tendencial de personas ancianas se mantiene siempre idéntica, por ejemplo v_{tend} = 21,8% (en el caso de España, con e_0 = 80,9 y β = 65). Este valor sirve también de eje de atracción para la proporción efectiva de ancianos, que oscilará en torno a su valor tendencial. Ahora bien, hay que prestar atención a las oscilaciones, ya que pueden ser amplias y abarcar un periodo de tiempo dilatado: por ejemplo, en algunas simulaciones (no mostradas aquí) la recuperación del valor de equilibrio se produce al cabo de más de un siglo.

Recapitulando

De la larga digresión preliminar cabe extraer algunas conclusiones:

1) El envejecimiento de una población puede medirse separando la parte atribuible a la prolongación de la duración media de la vida (envejecimiento tendencial) de la parte residual que absorbe los efectos de todos los demás factores (fecundidad, migraciones y, más en general, todos los fenómenos demográficos que se han producido en el pasado reciente).

2) Los valores ya alcanzados por la supervivencia se convierten (casi) automáticamente en un mínimo por debajo del cual no se quiere descender. En el fondo, esta es otra forma de decir que todos nosotros, tanto individual como colectivamente, queremos vivir el mayor tiempo posible.

3) Con una duración media de la vida que se alarga, en ausencia de intervenciones para adaptar la edad de jubilación β, se observa un aumento progresivo del envejecimiento tendencial (que también se desplaza hacia arriba, hacia un envejecimiento efectivo), independientemente del tipo de indicador que se elija. Se trata de un proceso lento, pero constante, que avanza siempre en la misma dirección y que, a la larga, prevalece sobre cualquier otro efecto.

4) Sin embargo, precisamente por tratarse de un proceso lento, no inmediatamente visible y separable de otros y, por ende, "desgajado" de los demás procesos, que tienen una dinámica más acentuada y que, a corto plazo, producen efectos más llamativos, tiende a menudo a ser infravalorado.

5) Por la forma en que están organizadas las sociedades modernas, con una serie de derechos y deberes vinculados a la edad (por ejemplo, el acceso a la pensión de jubilación; la posibilidad de obtener descuentos en los transportes o en los medicamentos; etc.), la no adaptación de la edad de jubilación β al cambio de las condiciones de supervivencia (y, más en general, la no adaptación de todos los umbrales de edad), se traduce en un aumento tendencial del coste del Estado del bienestar, que únicamente se puede obviar aumentando impuestos y contribuciones, o recortando las prestaciones.

6) Es posible adaptar la edad de jubilación β (e incluso todas las demás edades umbral significativas), de modo que se elimine completamente el efecto de envejecimiento tendencial, el generado por la prolongación de la duración media de la vida.

7) Esta adaptación debería idealmente producirse de manera paulatina, digamos por simplificar, de año en año. En la práctica, no obstante, ciertos umbrales generan fijaciones en la sociedad, entran en la mentalidad de la gente, en "el funcionamiento de las cosas", y a menudo se plasman en leyes. Esto hace que su adaptación sea más difícil y, en cualquier caso, (casi) nunca gradual: se crean, pues, "rupturas" entre un antes y un después que suelen ser fuente de tensión social y de injusticias, por cuanto algunas generaciones contiguas, es decir, nacidas a escasos años de distancia, reciben un trato (por ejemplo, en forma de pensiones de jubilación) muy dispar.

8) Incluso con las mejores hipótesis (por ejemplo, supuesta la adaptación continua de la edad de jubilación β) no se eliminarían por completo las deformaciones en la estructura de edades: de hecho, se mantendrían las producidas por los otros flujos demográficos del pasado reciente (natalidad y migraciones, sobre todo). Puesto que estas deformaciones tienen las características de una onda, cada fase favorable (denominada habitualmente "*bonus* demográfico", o ventana de oportunidad) va seguida de una fase desfavorable ("*malus* demográfico"), aproximadamente de idéntica intensidad y duración que la fase precedente, pero de signo contrario. Ahora bien, conviene tener en cuenta que las fases que se alternan pueden tener una duración muy larga, incluso superior a un siglo. Así pues, no es posible hacer compensaciones entre fases favorables y fases desfavorables; o al menos, no fácilmente.

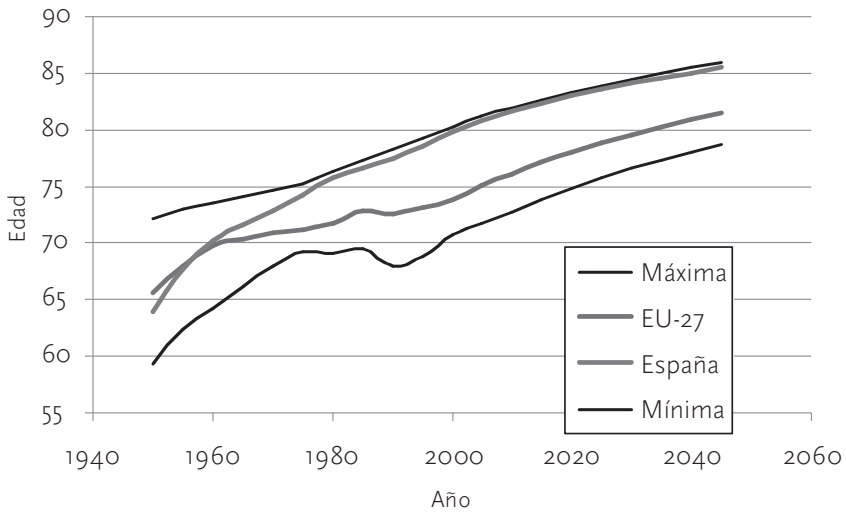
2. ¿Qué sucede en Europa?

Europa está viviendo las fases finales de la transición demográfica, esto es, el paso de altos a bajos niveles de mortalidad, a lo que se une el control individual de la fecundidad, que conlleva igualmente pasar de una alta a una baja descendencia. En cualquier parte del mundo industrializado, este descenso de la fecundidad no se ha detenido en el nivel de en torno a dos hijos por mujer (que garantiza el reemplazo generacional), sino que ha caído por debajo de dicho umbral y, en algunos casos, como en los países de la Europa meridional y, más recientemente, también Europa del Este, muy por debajo de este valor. Ambos cambios (menor mortalidad y menor fecundidad) conducen a un envejecimiento de la población, el cual, en el caso de Europa occidental y, más recientemente, de la Europa meridional, se ha visto frenado por la llegada de inmigrantes, predominantemente en edades jóvenes. En cambio, en Europa del Este los movimientos migratorios, de salida, han acelerado el proceso de envejecimiento.

Veamos rápidamente la situación actual de la Europa de los 27 (EU-27). En cuanto al alargamiento de la duración media de la vida, de unos valores que solían aproximarse a los 40 años a comienzos de siglo XX se pasó a unos valores en torno a los 65 años en 1950 y cercanos a los 75 años hacia el año 2000; las previsiones de la ONU hablan de un e_0 situado en los 81-82 años para mediados de 2050 (gráfico 5). Hay que señalar, por tanto, que el alargamiento de la duración de la vida prosigue, aunque parece haberse ralentiza-

Gráfico 5

Evolución de la esperanza de vida al nacer (ambos sexos; UE-27; 1950-2050)



Nota: Hombres y mujeres considerados conjuntamente.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONU-DAES (2009).

do. Cabe observar igualmente una convergencia entre países: hoy día la diferencia entre el país más avanzado a este respecto (Francia, e_0=81) y el más atrasado (Lituania, e_0=71,7) es de apenas nueve años y medio, mientras que en 1950 era de trece años, y en 2050 dicha diferencia debería haberse reducido a poco más de siete.

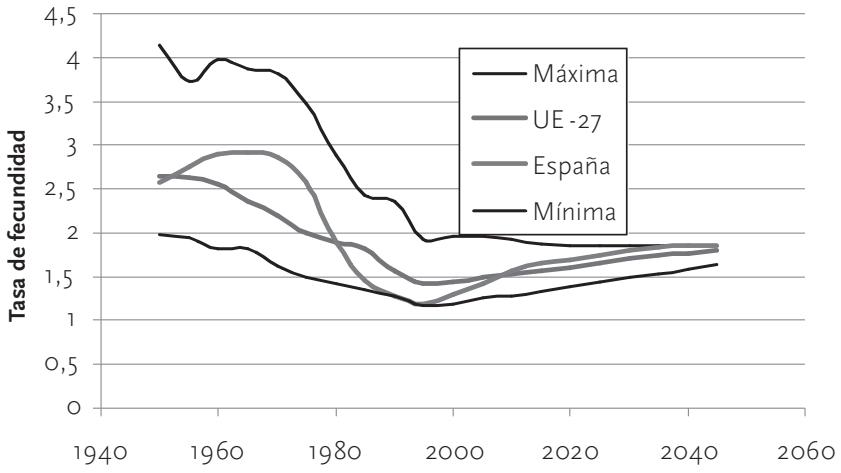
Como se ha dicho, la baja fecundidad que caracteriza a Europa supone una contribución adicional al envejecimiento. De valores medios de TFT (Tasa de Fecundidad Total: promedio de hijos por mujer) cercanos a 2,5 en 1950 se ha pasado en la actualidad a TFT ≈ 1,5. La combinación de los tímidos indicios de recuperación de los países de más baja fecundidad (los mediterráneos y los de Europa del Este) y de las expectativas de los responsables demográficos de Naciones Unidas (de donde proceden los datos utilizados en el gráfico 6) permite considerar plausible un valor no demasiado lejano de 1,85 hijos por mujer en casi todos los países europeos hacia 2050. Aun así, se trata de un valor inferior al denominado "de reemplazo" (básicamente dos hijos por mujer, de modo que dos jóvenes ocupen el lugar de sus dos progenitores en el seno de la sociedad, que así podrá perpetuarse *ad infinito* sin sufrir variaciones cuantitativas), pero bastante cercano al mismo y, por tanto, no traumático, gracias a que actualmente la baja fecundidad se ve contrarrestada por los fuertes flujos inmigratorios.

También en la fecundidad, la convergencia de Europa es patente: la diferencia entre el país más y menos fecundo era de más de dos hijos en 1950; sin embargo, hoy apenas es de 0,7 hijos (Irlanda y Francia tienen cerca de dos hijos por mujer; Malta sólo 1,3). De cara al futuro, no obstante, la convergencia no es sino un artificio del sistema de previsiones de la ONU (que hace "encaminarse" a todos los países hacia el valor de 1,85, como se ha dicho antes), ya que se trata de una hipótesis compatible con las tendencias que efectivamente pueden observarse en la realidad.

Con respecto a la inmigración y a la presencia de extranjeros, las series son demasiado cortas y diferentes para permitir una comparación significativa. En promedio, la presencia de extranjeros en los países de la UE-27 se sitúa actualmente en torno al 6 por cien, pero este valor medio no revela las grandísimas diferencias existentes (Gráfico 7). De hecho, oscila entre un mínimo prácticamente igual a cero, característico de la mayor parte de los países de Europa del Este, y un máxi-

Gráfico 6

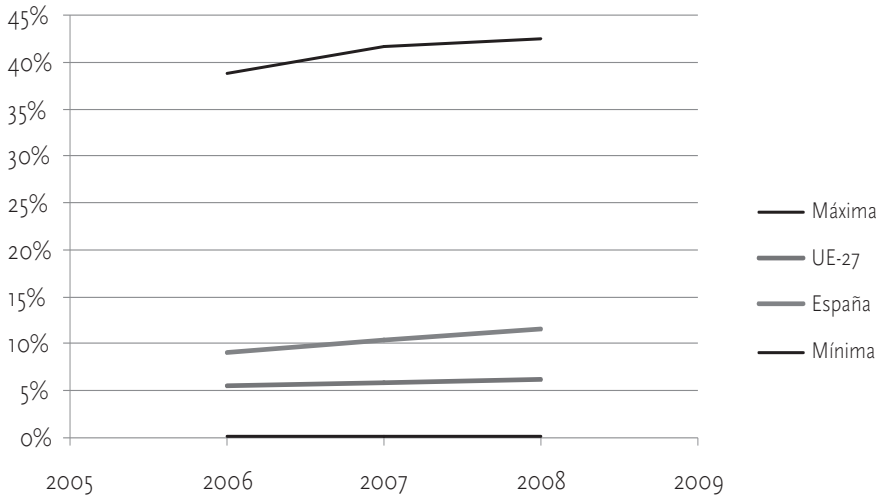
Evolución de la fecundidad en Europa (UE-27; 1950-2050)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONU-DAES (2009).

Gráfico 7

Evolución de la proporción de extranjeros en Europa (UE-27; 2006-2008): máxima, mínima, media y España



Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat.

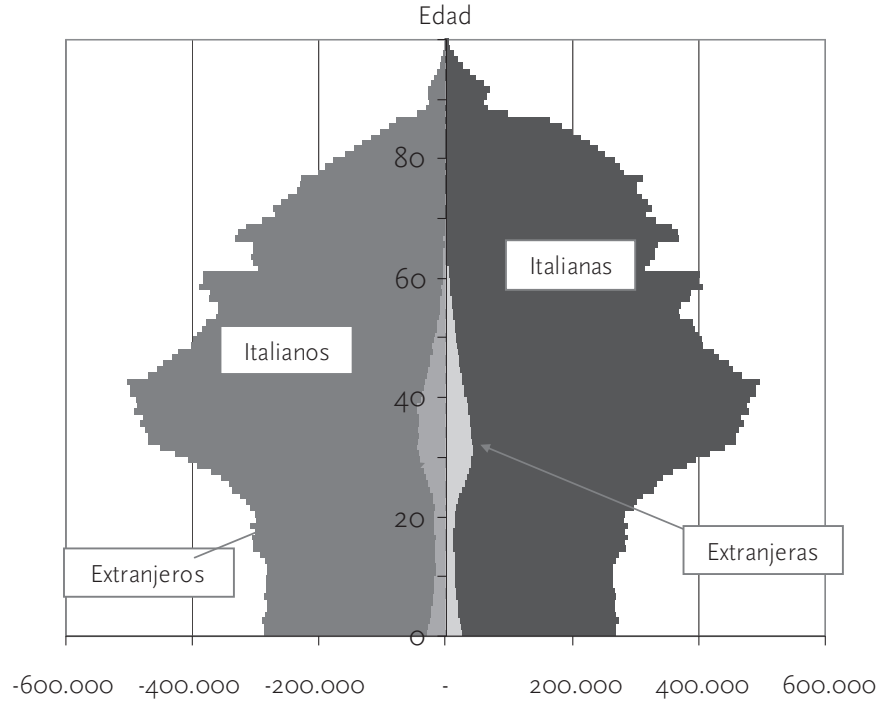
mo superior al 40 por cien, en Luxemburgo, aunque ello se debe a la combinación de una población pequeña y la presencia de muchas sedes de organizaciones internacionales. En este contexto, el valor de España (cercano al 12 por cien en 2008, y en aumento) parece alto, pero, al igual que en otros países de inmigración reciente (Irlanda, Italia, Grecia y Portugal), hace poco se han alcanzado tasas anuales de inmigración neta muy elevadas, del orden del 5 por mil.

Desde el punto de vista estructural, la presencia de extranjeros contribuye enormemente al rejuvenecimiento de la población. En Italia, por ejemplo, país al que se refiere el gráfico 8, el índice de vejez que se ha considerado anteriormente ($v = V/A$, siendo V las personas con 65 o más años) asciende casi al 20 por cien para los italianos "documentados", pero desciende a un mero 2 por cien para los extranjeros. De forma agregada, habida cuenta del peso (aún) relativamente bajo de los extranjeros en Italia (6 por cien), esto no rejuvenece mucho la población residente. A la larga, el efecto neto debería ser positivo, pero no tanto como se podría pensar. De hecho, una parte del aumento del peso de la población extranjera en el total ayudará a rejuvenecer la población agregada, pero, de otra parte, los propios extranjeros tenderán a ser más ancianos: en cierta medida porque se están afincando en el territorio y, por tanto, envejecen en él, y también porque adoptan relativamente deprisa los comportamientos demográficos de las poblaciones anfitrionas, incluida la baja fecundidad.

Una observación a más largo plazo para Italia (pero cuya dinámica es similar a la de muchos otros países europeos, empezando por España) revela que, a pesar tanto de la inmigración como del esperado aumento de la fecundidad (del 1,4 actual al augurado por ONU-DAES (2009) de 1,85), la proporción de personas de 60 o más años podría superar el 26 por cien actual (cuando apenas llegaba al 7 por cien en el momento de la unificación de Italia, en 1861) para situarse en el 42 por cien a mediados de este siglo (Gráfico 9).

Gráfico 8

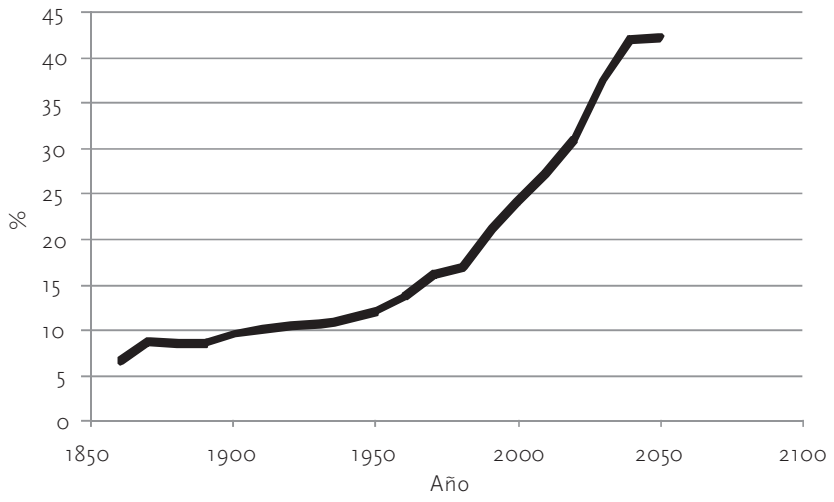
Proporción de extranjeros por sexo y edad en Italia (población residente, 2009)



Fuente: Elaboración propia con datos de Istat (http://demo.istat.it/).

Gráfico 9

Evolución de la proporción de personas de 60 o más años (Italia, 1861-2050)



Fuente: Istat (censos) y el ONU-DAES (2009).

Así pues, de no emprenderse algún ajuste, la evolución se antoja insostenible. Y lo primero que debería ajustarse es la edad de jubilación, habitualmente baja y durante años decreciente a través de formas enmascaradas, como por ejemplo la generosa concesión de pensiones de invalidez, o de prejubilaciones, justificadas por crisis empresariales. No obstante, en los últimos años la tendencia apunta al alza. En este proceso también se observa cierta convergencia entre los distintos países europeos (Gráfico 10).

Llama, en todo caso, la atención la lenta evolución; además, la tendencia al alza no deriva de una vinculación explícita entre la edad de jubilación β y la duración media de la vida. Todo el mundo comparte más o menos la opinión de que las dos variables deben variar a la vez, si bien hasta ahora los ajustes se han producido de manera un tanto caótica, con las reformas legales dictadas más por la necesidad de contener los déficit de los sistemas públicos de pensiones que por una elección razonada y largoplacista.

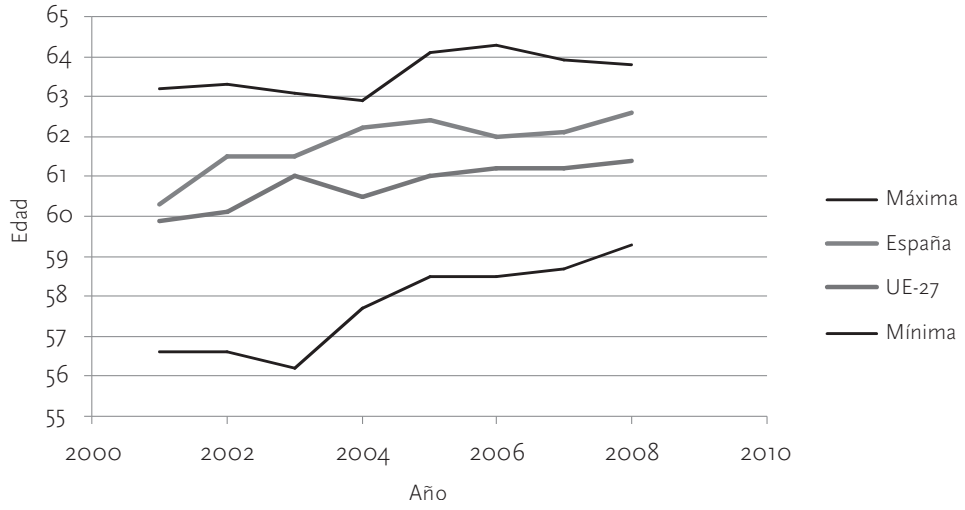
En segundo lugar, conviene subrayar que la tendencia al alza es coherente con la mejora general de las condiciones de salud y de eficiencia física de las personas (Vaupel 2010), mejora que también se atribuye al aumento del nivel medio de formación (Lutz *et al.* 2008; Kc *et al.* 2010) y a la trasformación del trabajo, de manual a intelectual, y el consiguiente menor desgaste de los trabajadores.

Por último, conviene tener presente que la convergencia entre los sistemas europeos puede entreverse en algunos aspectos, pero que no cabe hablar de un sistema, ni tan siquiera de un modelo europeo, de previsión social. De hecho, todos los estudios sobre los sistemas de previsión social coinciden en un punto: la extrema dificultad de describir incluso un único sistema nacional, que suele presentarse como un conjunto muy complejo de normas en el que los principios enunciados normativamente no siempre son coherentes con los mecanismos de cálculo; en el que los elementos a considerar pueden ser muchos y muy variados (entre ellos, tener o carecer de cónyuges o descendientes; disponer de rentas bajas o altas; haber disfrutado de una vida laboral continua o discontinua; tener o no derecho a una pensión de viudedad, etc.); en el que la excepción a menudo prevalece sobre la norma; en el que las modificaciones introducidas a lo largo del tiempo afectan de manera diversa a trabajadores y pensionistas de generaciones diferentes, etcétera.[10] Por lo demás,

[10] Véase, por ejemplo OECD (2009) e Immergut, Anderson y Schulze (2007).

Gráfico 10

Edad media efectiva a la jubilación en Europa (UE, 2001-2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat.

incluso los modelos en los que se inspiran estos sistemas de previsión social son distintos y cambiantes, hasta tal punto que los antiguos patrones de clasificación (tales como la socialdemocracia de la Europa septentrional con énfasis en la redistribución de las rentas realizada por el Estado, en contraposición a los sistemas con fuerte impronta privada de mercado del mundo anglosajón, o a los diseños de corte corporativo de Europa continental) ya no sirven para reflejar la esencia del mecanismo. Lo único que puede decirse con certeza es que los sistemas de bienestar están en dificultades en todas partes, lo cual obedece principalmente a las trasformaciones demográficas que, como se ha visto, afectan de algún modo a todos los países.

En efecto, una previsión reciente pone de relieve un considerable aumento del gasto social entre 2004 y 2050 en dos de las principales partidas: sanidad y pensiones (Bogaert 2007). El gasto sanitario crece de la mano de dos fenómenos: el envejecimiento y (si bien no considerado en el artículo de Bogaert) el mayor gasto per cápita, en consonancia con todo lo demás. De hecho, el gasto sanitario ha venido aumentando hasta nuestros días, teniendo en cuenta la edad y el sexo, porque se ha producido un desplazamiento progresivo hacia formas más caras de tratamiento sanitario, y también por la gradual reducción de la red de apoyo familiar y la creciente necesidad de recurrir al Estado o al mercado, aunque sólo sea para servicios de cuidado y asistencia a las personas mayores.

La segunda vía de aumento del gasto público es la vinculada a las pensiones. Este aumento (equivalente, según los cálculos de Bogaert [2007], al 2,3 por cien del PIB en los países de la UE-15) responde a fuerzas diversas, por signo y por naturaleza. Por sí solo, el componente demográfico sería responsable de un fortísimo deterioro, equivalente al 8,2 por cien del PIB. Ahora bien, las recientes medidas puestas en marcha en la mayoría de los países europeos compensan esta presión de diversas maneras: aumentando la participación en el mercado de trabajo (en particular, de las mujeres), dificultando y retrasando el acceso a las pensiones de jubilación y, sobre todo, reduciendo las prestaciones, es decir, el valor de las pensiones pagadas.

3. Conclusiones

El envejecimiento en el sentido tradicional del término, es decir, entendido como el crecimiento de una proporción de personas por encima de una cierta franja fija de edades, es un proceso

inevitable. Por el contrario, si aceptáramos la idea de que la edad umbral que distingue entre quien es y no es anciano varía a lo largo del tiempo, podríamos descubrir que el envejecimiento no se asocia necesariamente al alargamiento de la duración de la vida. Ello se debe a que los avances de la medicina (y de la higiene, la prevención, el mundo del trabajo, etc.) nos permiten, en promedio, vivir no sólo más tiempo, sino también vivir mejor: más sanos, más autosuficientes, con un mayor número de años por delante de nosotros, etcétera. Ahora bien, el disfrute de esta potencialidad positiva requeriría que se vinculara de forma explícita la edad de jubilación (y, más en general, todas las edades umbral) con la duración media de la vida. De momento, tal vinculación no existe, en parte porque nos cuesta asimilar plenamente el alcance de los cambios en curso, y en parte porque introducir este mecanismo supondría, entre otras cosas, prolongar la vida laboral, algo a lo que no todos están dispuestos: no lo están los trabajadores, que albergan ciertas expectativas de jubilación; tampoco las empresas, que a menudo no quieren mantener en plantilla trabajadores mayores y relativamente costosos; y, a veces, ni siquiera los sistemas de previsión social, cuyos complicados mecanismos de cálculo se ajustan mal a una realidad que cambia, incluso de forma más bien rápida.

Con todo, la no adaptación de la edad de jubilación y de las otras edades umbral tiene costes; se traducen en déficit de los sistemas de previsión social, en un aumento de la carga fiscal, o en una disminución del valor real de las pensiones, o bien en una combinación de todo lo anterior. Todo ello se ve agravado por el factor "contingente": la aproximación a la jubilación de las generaciones nacidas durante el *baby boom*, seguido en cambio de una contracción de los nacimientos. De este modo, el equilibrio entre generaciones se está alterando con una rapidez y una intensidad sin parangón en la historia.

Afortunadamente, la gran afluencia de inmigrantes a los países industrializados registrada en los últimos años, y que probablemente continuará todavía al menos durante una veintena de años, ayudará a atenuar las tensiones creadas por el desequilibrio generacional. Atenuar, que no resolver: y puesto que reformar los sistemas de previsión social suele ser muy difícil por la existencia de intereses creados, una vez más la presencia de la Unión Europea, con sus directivas y sus "intereses superiores", podría revelarse como el as en la manga para aplicar una reforma eficaz de los sistemas de bienestar social del viejo continente.

Bibliografía

Bogaert, H. (2007), "Long-term population projections in Europe: how they influence policies and accelerate reforms", en: *Federal Planning Bureau, Working Paper 2-08*, Bruselas (www.plan.be/admin/uploaded/200801310949170.wp200802.pdf).

De Santis, G. (2003), "The demography of an equitable and stable intergenerational transfer system", *Population-E*, 58, 6: 587-622 (también en: "Les aspects démographiques d'un système équitable et stable de transferts intergénérationnels", *Population-F*, 58, 6: 667-706).

Easterlin, R.A. (1999), "How beneficent is the market? A look at the modern history of mortality", *European Review of Eonomic History* 3, 3: 257-294 (también en: EASTERLIN, R.A. (2004), *The Reluctant Economist*, Cambridge University Press, 2004: 101-138).

Immergut, E.M., Anderson, K.M. e I. Schulze. (Eds.) (2007), *The Handbook of West European Pension Politics*, Oxford, Oxford University Press.

Kc, S., Barakat, B., Goujon, A., Skirbekk, V., Sanderson, W.C. y W. Lutz (2010), "Projection of populations by level of educational attainment, age, and sex for 120 countries for 2005-2050", *Demographic Research* 22, 15: 383-472 (www.demographic-research.org/volumes/ vol22/15/).

Lutz, W., Cuaresma, J.C. y W. Sanderson (2008), "The demography of educational attainment and economic growth", *Science* 319 (febrero) (también en: *Popnet-Population Network Newsletter* 40 (www.iiasa.ac.at/Research/POP/POPNET/popnet40.pdf).

OECD (2009), *Pensions at a Glance 2009: Retirement-Income Systems in OECD Countries* (www.oecd.org/els/social/pensions/PAG).

Sen, A. (1995), "Mortality as an indicator of economic success and failure", *Innocenti Lectures*, 1. Florence: UNICEF International Child Development Centre. [también en: *Economic Journal, Royal Economic Society*, 108, 446: 1-25].

ONU-DAES (2009), *World Population Prospects 2008* (http://esa.un.org/unpd/wpp2008/).

PNUD [UNDP] (2008), *Informe de Desarrollo Humano 2007/2008* (http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh2007-2008/).

Vaupel J. W. (2010), "Biodemography of human ageing", *Nature* 464, 25 (marzo) (www.nature.com/nature/journal/v464/n7288/pdf/nature08984.pdf).

Distribución geográfica de las personas mayores en España: la huella demográfica en el espacio durante el siglo XX

Rosa Gómez Redondo y Elena Robles González*

Resumen[1]

De cada cien españoles, 17 son actualmente mayores de 65 años (12 más que a principios del pasado siglo); y por cada cien españoles de 65 o más años, diez tienen 85 o más años (7 más que entonces). Bajo estas cifras se esconde, sin embargo, una distribución geográfica de la población mayor en España que revela diferencias muy sustantivas entre provincias. Esta distribución se halla condicionada por diversos fenómenos demográficos de largo desarrollo cuya incidencia difiere en las provincias dependiendo de sus tendencias reproductivas y migratorias, su nivel de salud y la longevidad de sus poblaciones. La variación geográfica del envejecimiento de la población en distintos periodos contiene la historia de esas poblaciones y su huella demográfica durante, al menos, los últimos cien años. A la luz de estas diferencias, es claro que las tendencias poblacionales del pasado condicionan las políticas públicas orientadas a la protección y el cuidado de los mayores en el presente, tanto de los mayores cuidadores como de los mayores receptores de cuidados.

1. Introducción[1]

El envejecimiento de una población es el resultado final de la *arithmetique de la vie et de la mort*[2] ("aritmética de la vida y de la muerte"), el equilibrio entre fecundidad y mortalidad. A este equilibrio estructural de la dinámica de la población se añade, cuando tomamos en consideración la distribución geográfica, el equilibrio de los movimientos poblacionales "no naturales", es decir, las migraciones. Este último factor afecta en menor medida que los anteriores al "envejecimiento de las personas mayores", porque, como muestra nuestro análisis, centrado en el grupo de población de los mayores de 65 años, estos últimos participan sólo de forma moderada en los movimientos de población, ya que han superado la edad económicamente activa. No obstante, el impacto en el presente de los movimientos internos o externos de la población del pasado está implícito en nuestro análisis.

El enfoque de este artículo es fundamentalmente histórico, pues se refiere a los cambios en la distribución de la población anciana a lo largo del siglo XX, sobre todo, a los que tienen lugar básicamente en su segunda mitad. El principal objetivo que nos planteamos es analizar la huella histórica que las transformaciones de los fenómenos demográficos dejan en la distribución espacial de los ancianos en España durante este período crucial del pasado siglo[3]. Dejaremos para otra ocasión abordar las relaciones entre los componentes del envejecimiento a lo largo del siglo XX.

España se encuentra entre los países de Europa y del mundo con una población más enve-

* Departamento de Sociología III, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (rgomez@poli.uned.es; erobles@poli.uned.es).

[1] Estos resultados forman parte de dos proyectos de investigación sucesivos (BS2003-02907-MEC y SEJ2006-10972-MICINN). Algunos de los contenidos aquí presentados han sido publicados en Gómez Redondo (2010).

[2] Corresponde al título del primer capítulo de Vallin (1991: 7).

[3] La representación gráfica de la variación geográfica del envejecimiento que presentamos en este artículo ha sido realizada en colaboración con Noelia Cámara Izquierdo dentro del primero de los dos proyectos citados en la nota 1.

jecida. De cada 100 españoles, 17 tienen ahora 65 y más años, cuando en 1981 este grupo representaba sólo el 11 por cien. Los 7 millones de personas que conforman este colectivo de población continúan su proceso de envejecimiento en la franja más alta de la actual pirámide de población. Es más, a comienzos del siglo XXI, las proyecciones, tanto nacionales como internacionales, no hacen sino prever una aceleración de dicho proceso durante los próximos 50 años[4].

Obviamente, está fuera del alcance de este artículo estudiar en profundidad la evolución de los tres fenómenos demográficos principales (fecundidad, mortalidad y migraciones) durante el siglo XX, ya que esto implicaría describir los principales aspectos de la transición demográfica (Notestein 1945), la transición sanitaria (Lerner 1973; Caldwell 1990; Frenk *et al*. 1991; Meslé y Vallin 2002) y la evolución de las migraciones en un único trabajo. No obstante, antes de abordar la geografía del envejecimiento en España, objetivo de esta aportación, perfilaremos la evolución de los tres componentes básicos del proceso: la fecundidad (Gráfico 1), el equilibrio migratorio (Gráfico 2) y, de forma más amplia, la mortalidad, una de las cuestiones clave para el desarrollo de los argumentos que aquí se exponen (Gráficos 3, 4 y 5).

2. Los factores demográficos del envejecimiento de la población en España

Durante las tres últimas décadas del siglo XX, la fecundidad española experimentó un gran descenso, que se ha mantenido hasta la actualidad. Los valores al final del periodo oscilan entre los 1,2 y los 1,3 hijos por mujer, tal como se aprecia en el gráfico 1.

A su vez, las migraciones, tanto internas como internacionales, ocupan un lugar importante en este proceso, sobre todo, desde los años cincuenta, época en la que fueron particularmente intensas, cambiando el perfil de un país emigrante por otro de acogida a la inmigración, separados ambos por un período de estabilidad (Gráfico 2).

[4] Esta aceleración está relacionada con la llegada a edades avanzadas de las generaciones pertenecientes al *baby boom*, un fenómeno que tuvo lugar en nuestro país durante los años 60 y primeros 70 del siglo XX.

El cambio y las tendencias inesperadas de las migraciones durante las últimas décadas del siglo han afectado al proceso de envejecimiento en algunas regiones y, sin lugar a dudas, el impacto de este fenómeno demográfico, tanto en el pasado como en el presente, es co-responsable del proceso de regionalización que analizaremos más adelante.

En este artículo nos interesa especialmente el factor de la mortalidad, en particular, su descenso y el consecuente aumento de la vida media a lo largo del siglo XX, que se hace regular y sostenido desde finales de los años cincuenta (Gráfico 3). Ese creciente efectivo de supervivientes que llega a alcanzar la vejez es el que requiere mayor sostén económico, mayor atención social y sanitaria y, por tanto, una planificación más exhaustiva.

Si a esto se suman las ganancias en años de esperanza de vida de la población, que se concentran sobre todo en la segunda mitad del ciclo vital, el resultado neto –tanto en términos absolutos como relativos– es un incremento del número de mayores frente a un descenso del número de jóvenes. Este aumento de la esperanza de vida cambia la estructura de la población, envejeciéndola de forma sustancial por el peso relativo creciente de los mayores de 65 y de 85 años. Este es también un grupo en el que la desigualdad por sexo, tanto respecto a su longevidad como a su discapacidad, es extrema.

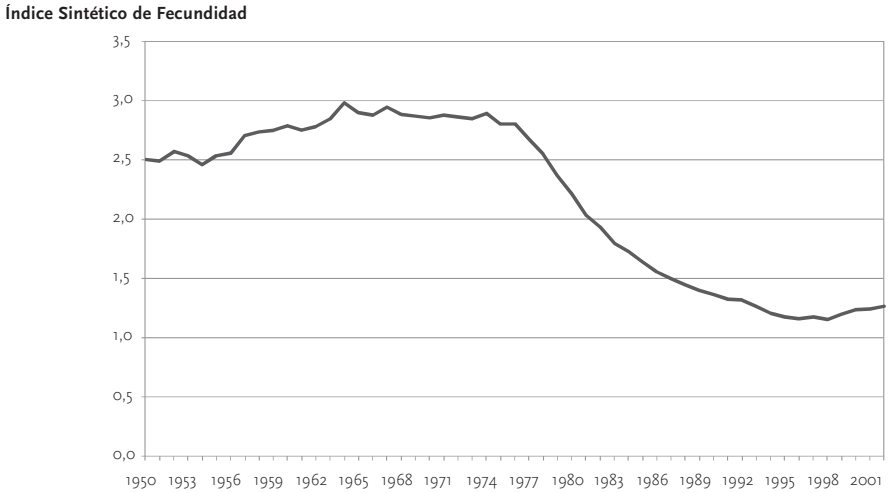
En efecto, cuando la mortalidad infantil alcanzó valores reducidos alrededor de 1970, desapareció la clara distribución bimodal de la mortalidad (niños y adultos) que se observa en 1900 en el gráfico 5[5], iniciándose un doble proceso de concentración y desplazamiento de las defunciones cada vez a edades más avanzadas, con el correspondiente cambio epidemiológico (Olshansky y Ault 1986) que caracteriza la longevidad de una población demográficamente avanzada (Kannisto 2000, 2001), como es la nuestra.

El incremento de la longevidad ha elevado el número de supervivientes a edades avanzadas (Wilmoth 1997; Meslé y Vallin 1998; Robine y Michel 2004), lo que aumenta la población

[5] Al principio del periodo, la esperanza de vida al nacer y la mediana se encontraban muy alejadas de la moda, mientras que un siglo más tarde los tres indicadores se sitúan muy cerca y centrados sobre las edades más avanzadas (figura 5).

Gráfico 1

Evolución del número medio de hijos por mujer (ISF) en España (1950-2001)

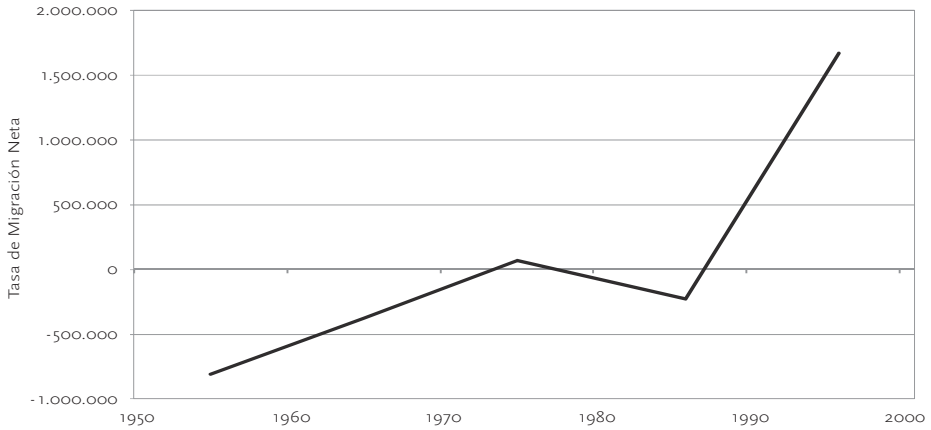


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (www.ine.es).

demandante de prestaciones y servicios específicos y, además, prolonga su permanencia en el final de su ciclo vital, cuando la discapacidad y la dependencia son mayores. La estructura de la mortalidad ha cambiado efectivamente durante el siglo XX y esta población de mayor edad es el producto de una "revolución gris" que se ha acelerado durante las últimas décadas del siglo XX y que continúa hasta nuestros días. Especialmente clara es la tendencia en el caso de

Gráfico 2

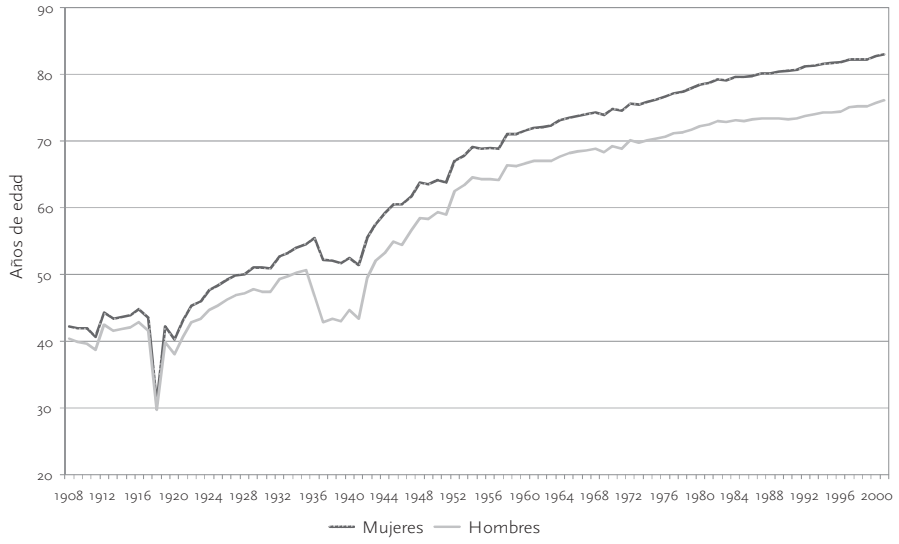
Evolución de la tasa de migración neta en España (1950-2000)



Fuente: Zamora, Cámara y Parant (2005).

Gráfico 3

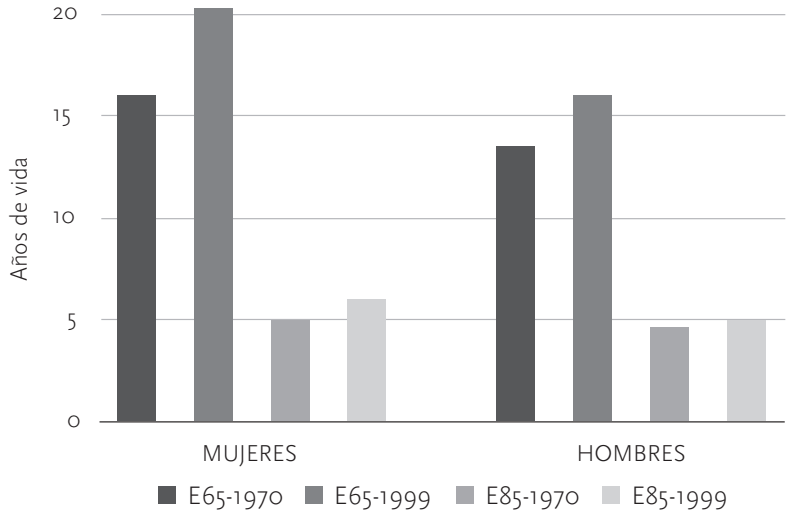
Evolución de la esperanza de vida al nacer en España (1908-2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (ww.ine.es).

Gráfico 4

Esperanza de vida a los 65 (e65) y a los 85 (e85) años de edad (1970 y 1999)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (www.ine.es).

las mujeres, cuyos efectivos se mantienen sin apenas pérdidas hasta alcanzar la vejez[6], lo que produce la feminización de la población mayor en España en virtud de esa mortalidad diferencial que favorece a la población femenina (Gómez Redondo 1995; Canudas-Romo *et al.* 2009).

Pero, ¿cuáles fueron los cambios de la estructura por edad de la población como consecuencia de las transformaciones demográficas descritas? El más importante, sin duda, ha sido el incremento del peso relativo de las personas mayores con respecto al resto de la población. Ello obedece bien al aumento de los efectivos de mayor edad, bien al descenso en proporción de otros grupos de población: niños, por la drástica caída de la fecundidad; o adultos, que emigran o se mueren. En términos generales, la tendencia principal en la mayoría de los países occidentales es el resultado de la suma de ambos componentes del envejecimiento.

De hecho, la reducción inicial de la mortalidad infantil elevó el número de niños[7] y, a largo plazo, permitió que los supervivientes a edades tempranas alcanzaran las edades adultas y la senectud. Así, las generaciones que a comienzos del siglo XX sobrevivieron a las altas tasas de mortalidad de la infancia existentes en ese momento, son las que hoy constituyen los grupos de edad más avanzados, que se encuentran entre las poblaciones con la mayor esperanza de vida alcanzada. Con el cambio de siglo, hemos llegado, por primera vez en la historia, a un punto en el que la población española está compuesta por más personas ancianas que personas jóvenes (Gráfico 6).

3. El proceso: evolución y cambios geográficos

La evolución de los factores del envejecimiento a lo largo del siglo ha sido muy variada, igual que su ritmo en el proceso de transición demográfica y sus resultados netos a escala provincial. Nuestro objetivo en este trabajo se limita a la presentación de una geografía del envejecimiento[8] a lo largo del siglo XX, que será ampliada más adelante en análisis posteriores.

En nuestras sociedades, se considera convencionalmente que la vejez comienza en el momento en que termina la actividad económica de una persona. La edad de jubilación en España está fijada actualmente en los 65 años. Los mapas del cuadro 1 muestran el porcentaje de efectivos de 65 y más años respecto al total de la población a escala provincial[9]. Cabe señalar varios aspectos a la luz de estos mapas: en primer lugar, el nivel de envejecimiento siempre ha sido superior en la mitad norte de la península. En segundo lugar, la proporción de personas mayores se ha incrementado en toda España, sin excepción, durante el siglo XX, pero es evidente que existe un mayor porcentaje de personas en edad de jubilación en las provincias interiores de la mitad norte del país.

Para aquellos con 85 o más años (cuadro 2), es decir, las personas que representan a la población de edad más avanzada en el actual contexto social y sanitario, la distribución geográfica muestra las mismas coordenadas que se han indicado antes. En cualquier caso, merece la pena señalar que los porcentajes representados son diez veces inferiores a los de la población de 65 o más años respecto a la población total.

Desde otro punto de vista, se observa que las áreas geográficas aparecen más claramente definidas durante la segunda mitad del siglo. A juzgar por los datos disponibles para los distintos grupos de edad y los censos, los años ochenta supusieron un cambio en la regionalización, entendido este término en un sentido amplio, es decir, considerando las regiones como áreas geográficas homogéneas y diferenciadas entre sí, más allá de los límites administrativos. Por último, la serie de mapas también pone de manifiesto que todas las provincias mantienen, en general, un porcentaje entre medio y alto de cualquiera de los dos grupos de edad en los que se ha dividido a la población mayor: mayores (65 o más años) y ancianos (85 o más años).

[6] Este proceso se denomina "rectangularización de la curva de supervivientes de la tabla de mortalidad".

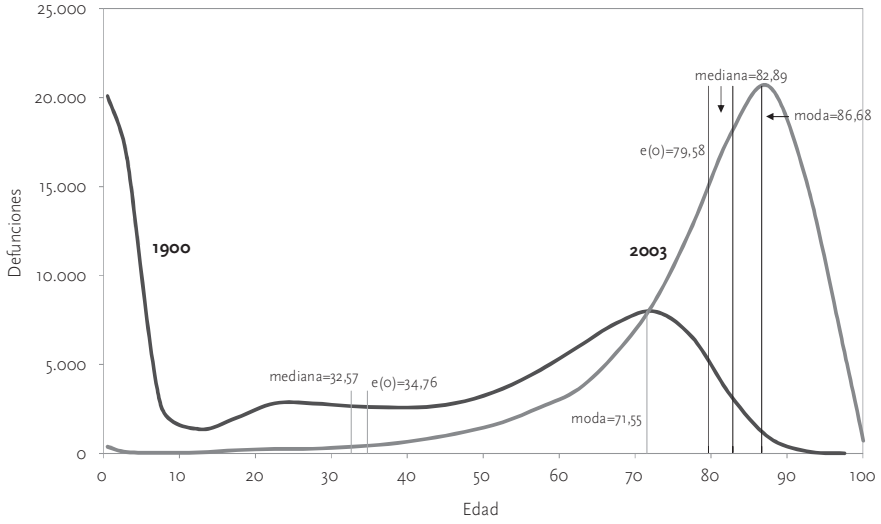
[7] El descenso de la mortalidad infantil, en sus inicios, produce el efecto contrario en la estructura por edad, rejuveneciendo la población española.

[8] Estas series de mapas, en los que se refleja la distribución provincial del envejecimiento en España a lo largo del siglo XX, se han elaborado mediante el programa informático *MapViewer*.

[9] Los datos de la población de 65 o más años, de 85 o más años, y del total proceden del INE, *Censos de Población* (1900 a 2001).

Gráfico 5

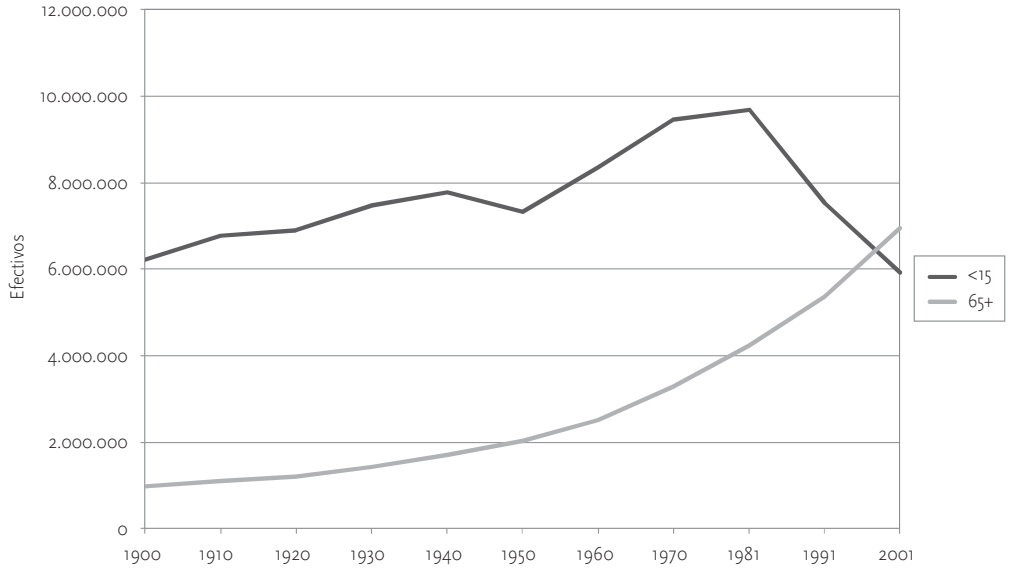
Proceso de concentración y desplazamiento de las defunciones a edades avanzadas: defunciones teóricas ($_nD_x$) en España (1900 y 2003)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de ONU-DAES (2009).

Gráfico 6

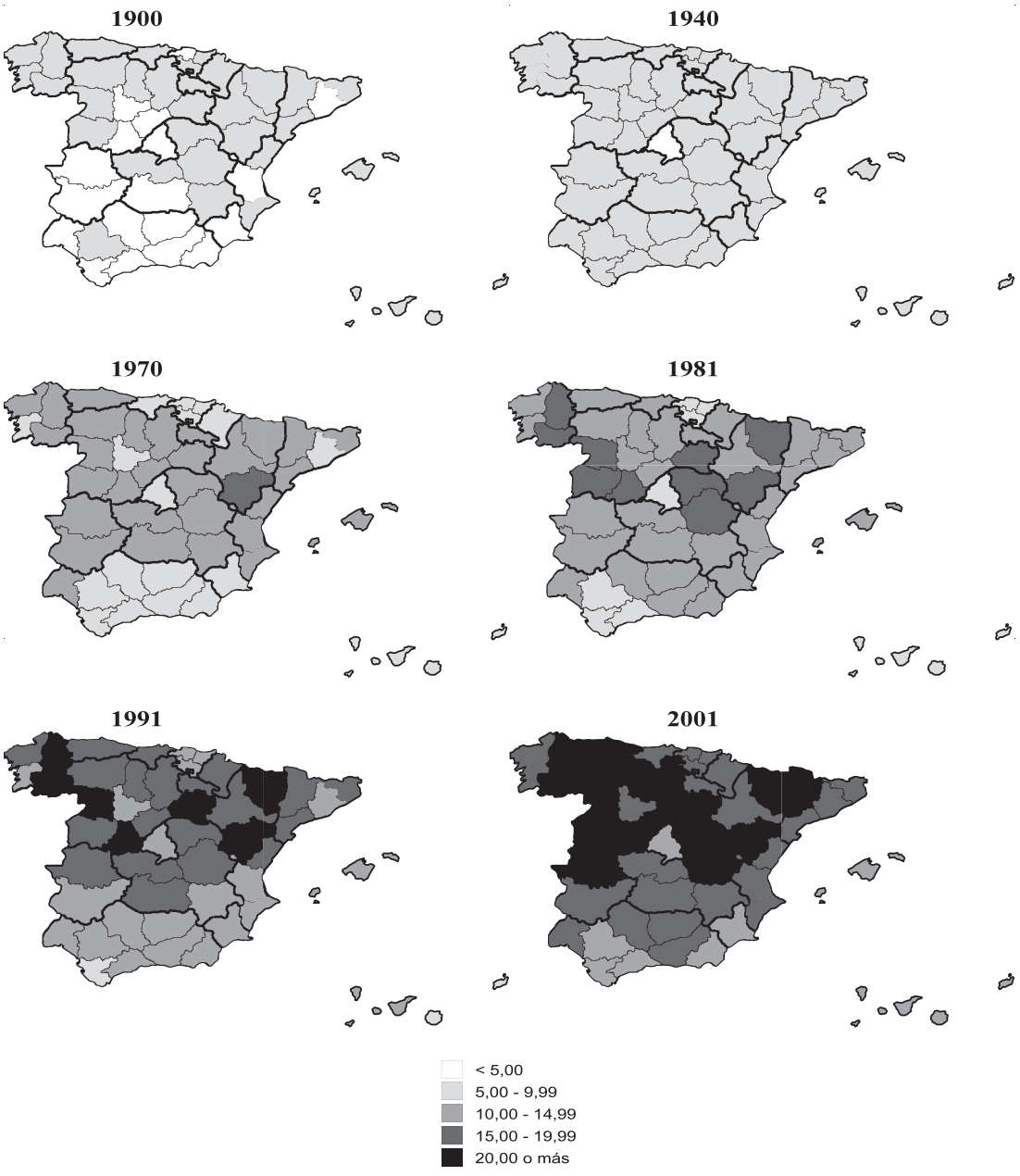
Evolución de la población joven (<15 años) y mayor (65 o más años) en España (1900-2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (www.ine.es).

Cuadro 1

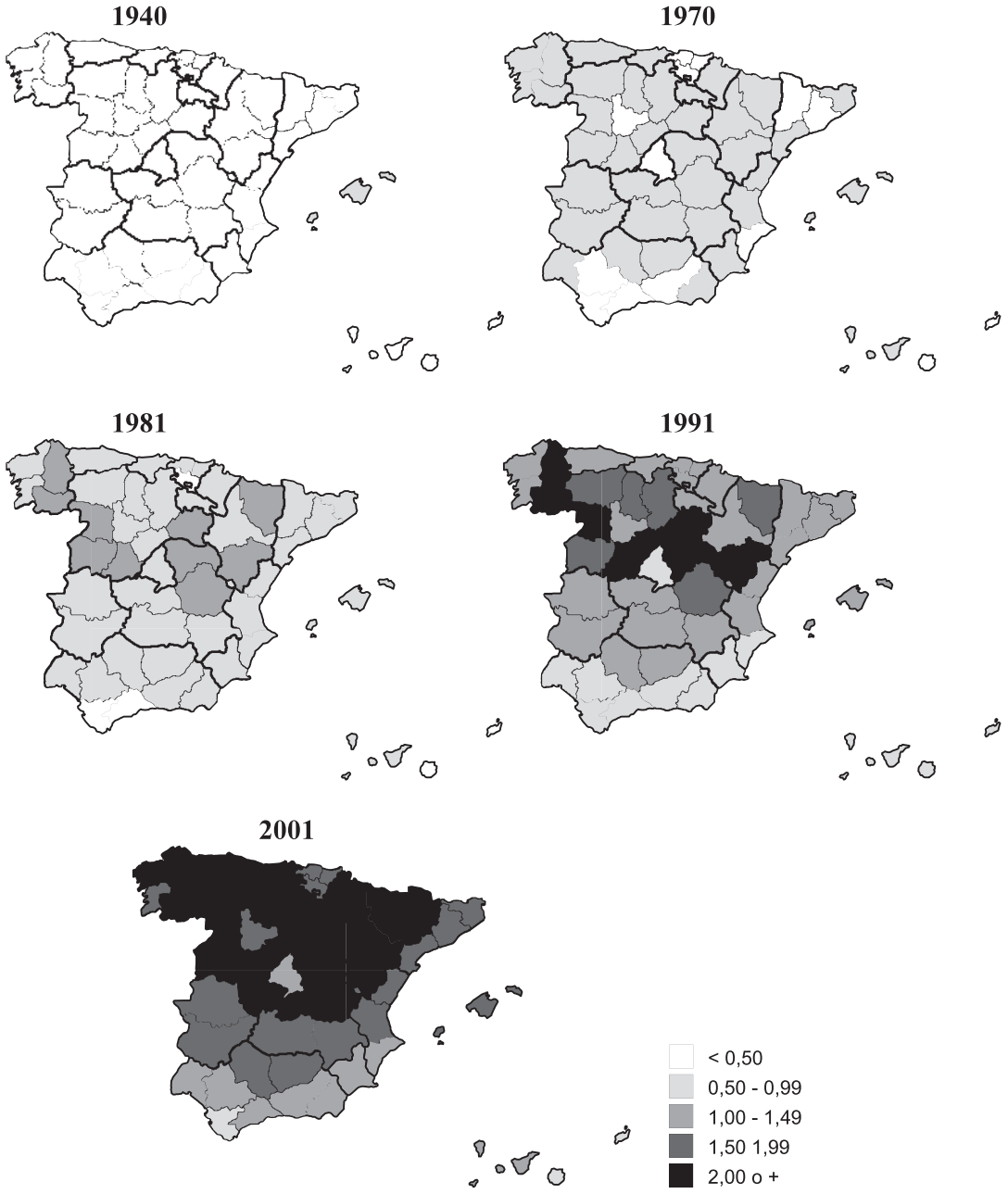
Mapas: porcentaje de la población de 65 o más años respecto a la población total de la provincia (1900-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

Cuadro 2

Mapas: porcentaje de la población de 85 o más años respecto a la población total de la provincia (1940-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

4. El envejecimiento de la vejez: estructura por edad y por sexo de los ancianos

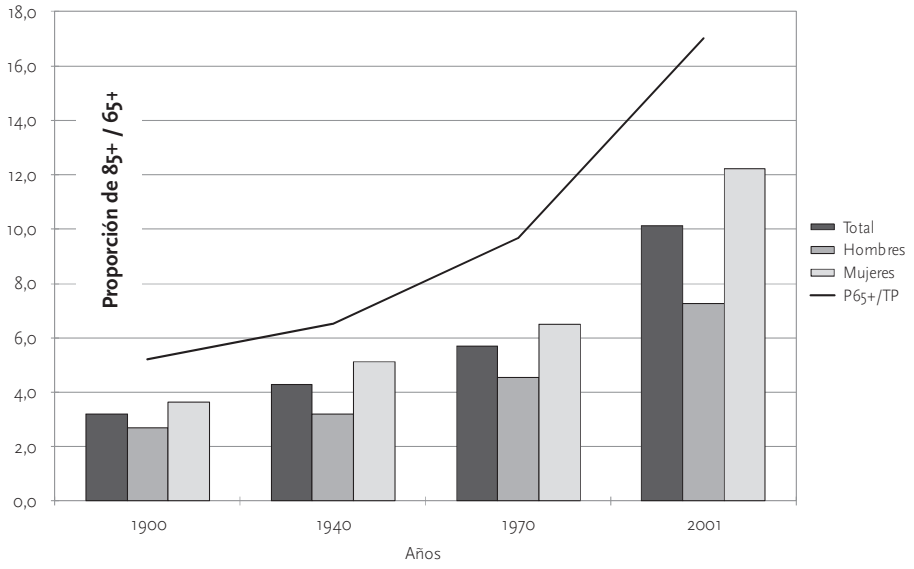
En España, como en otros países occidentales, el "envejecimiento de las personas mayores" es una característica propia de la segunda mitad del siglo XX, más específicamente desde la década de 1970. Si los 65 años son, desde cualquier perspectiva, el umbral de la vejez, debemos tomar en consideración que, gracias al nivel de salud y a la calidad de vida de aquellos que alcanzan esa edad, los efectivos mayores de 85 años (y el porcentaje de la población mayor y del total de la población que éstos representan) han seguido aumentando durante las últimas décadas, tal como recoge el gráfico 7.

Por tanto, el envejecimiento de las personas mayores nos lleva a valorar el incremento de la longevidad como un fenómeno básico para la consecución de estos cambios estructurales, por encima de la fecundidad y las migraciones. Es más, la desigualdad por sexo en el incremento de la longevidad explica la feminización de la población española, especialmente a edades avanzadas. El gráfico 7 muestra el porcentaje de personas ancianas respecto al total de personas mayores (85+/65+). Dicho porcentaje se ha multiplicado por cinco a lo largo del siglo, permitiendo que las mujeres alcancen el 12 por cien de la población anciana, mientras que los hombres representan sólo el 7 por cien de esta población al final del periodo de estudio.

La representación espacial de este envejecimiento de la vejez (cuadro 3) pone de manifiesto cómo en 1940, en la mayor parte de Andalucía, Galicia, Asturias y algunas provincias dispersas, los mayores de 85 años alcanzaban en torno al 4-6 por cien de la población de 65 o más años. En 1970 sólo algunas provincias septentrionales superaban ese porcentaje, mientras que en 1981 la tendencia se había extendido a otras regiones. En 1991 y 2001 los porcentajes más elevados se concentran en la mitad norte del país, de tal forma que, al final del periodo de estudio, España se encuentra dividida en una zona norte, con una población de 85 o más años que representa más del 10 por cien del total de la población mayor, y una zona sur, con valores inferiores.

Gráfico 7

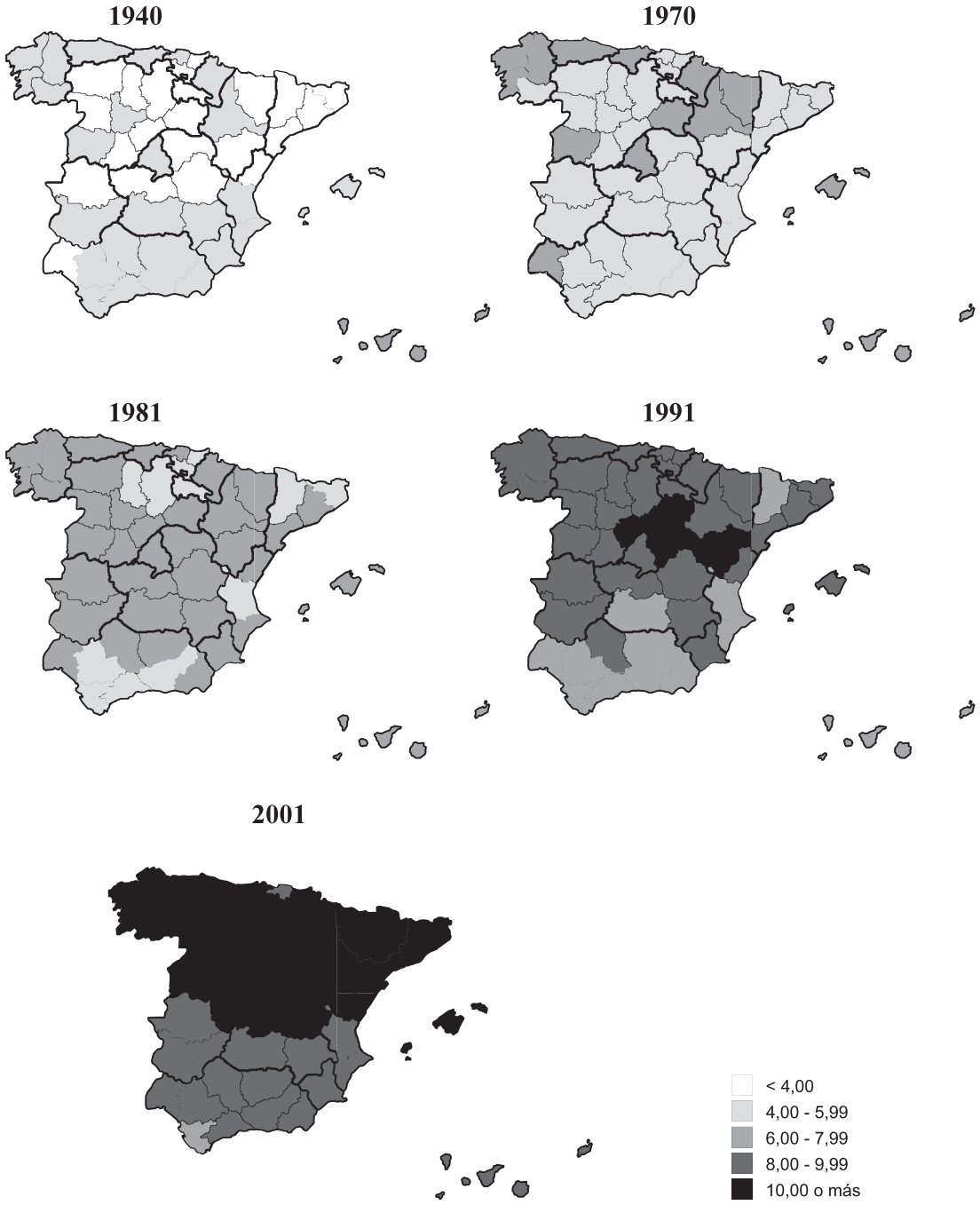
Envejecimiento de la población anciana en España (1900-2001). Porcentaje de la población de 65 o más años en la población española y porcentaje de la población de 85 o más años en la población de 65 o más años



Fuente: Robles, Gómez Redondo y Cámara (2006).

Cuadro 3

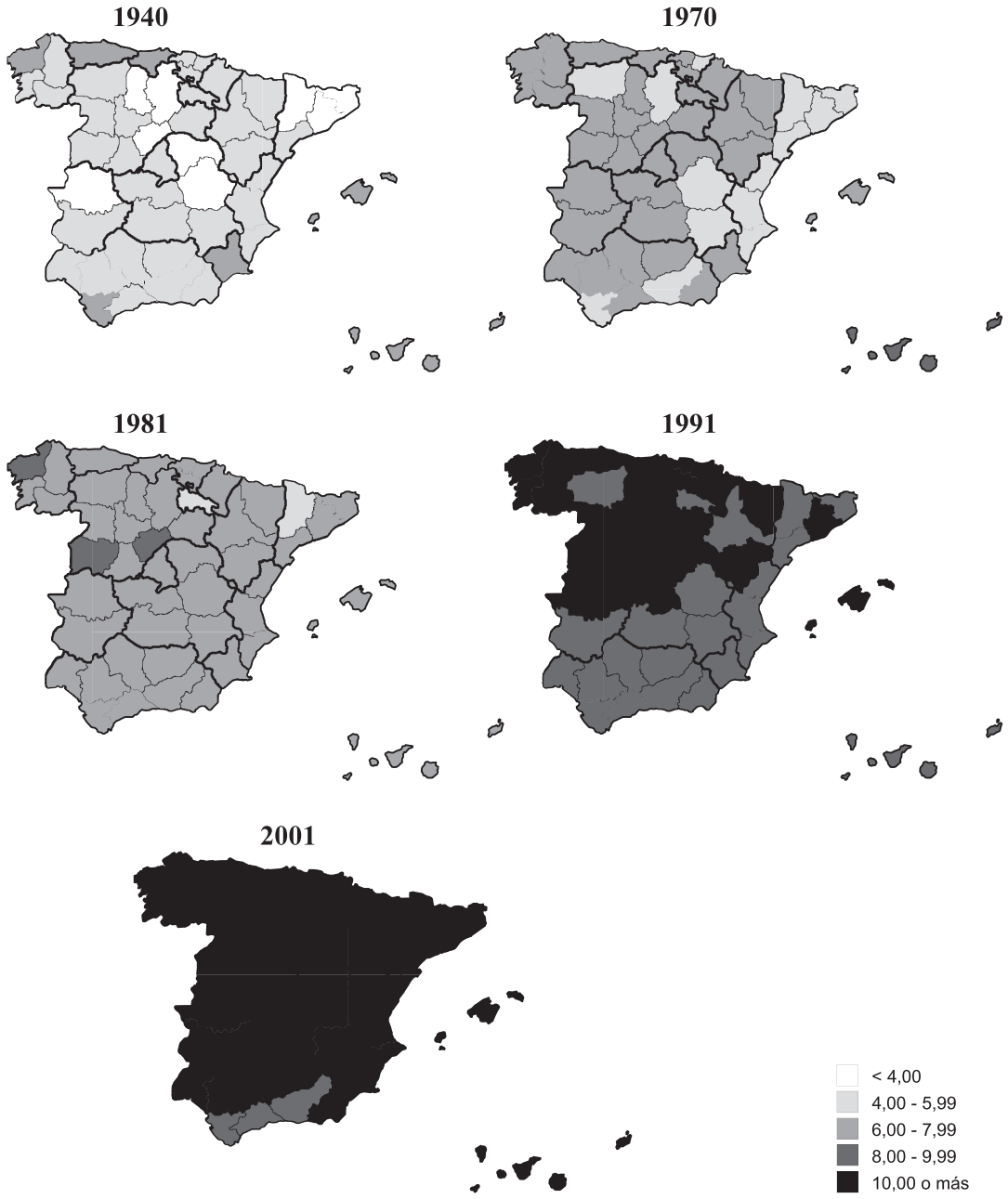
Mapas: porcentaje de la población de 85 o más años sobre la población de 65 o más años de la provincia, ambos sexos (1940-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

Cuadro 4

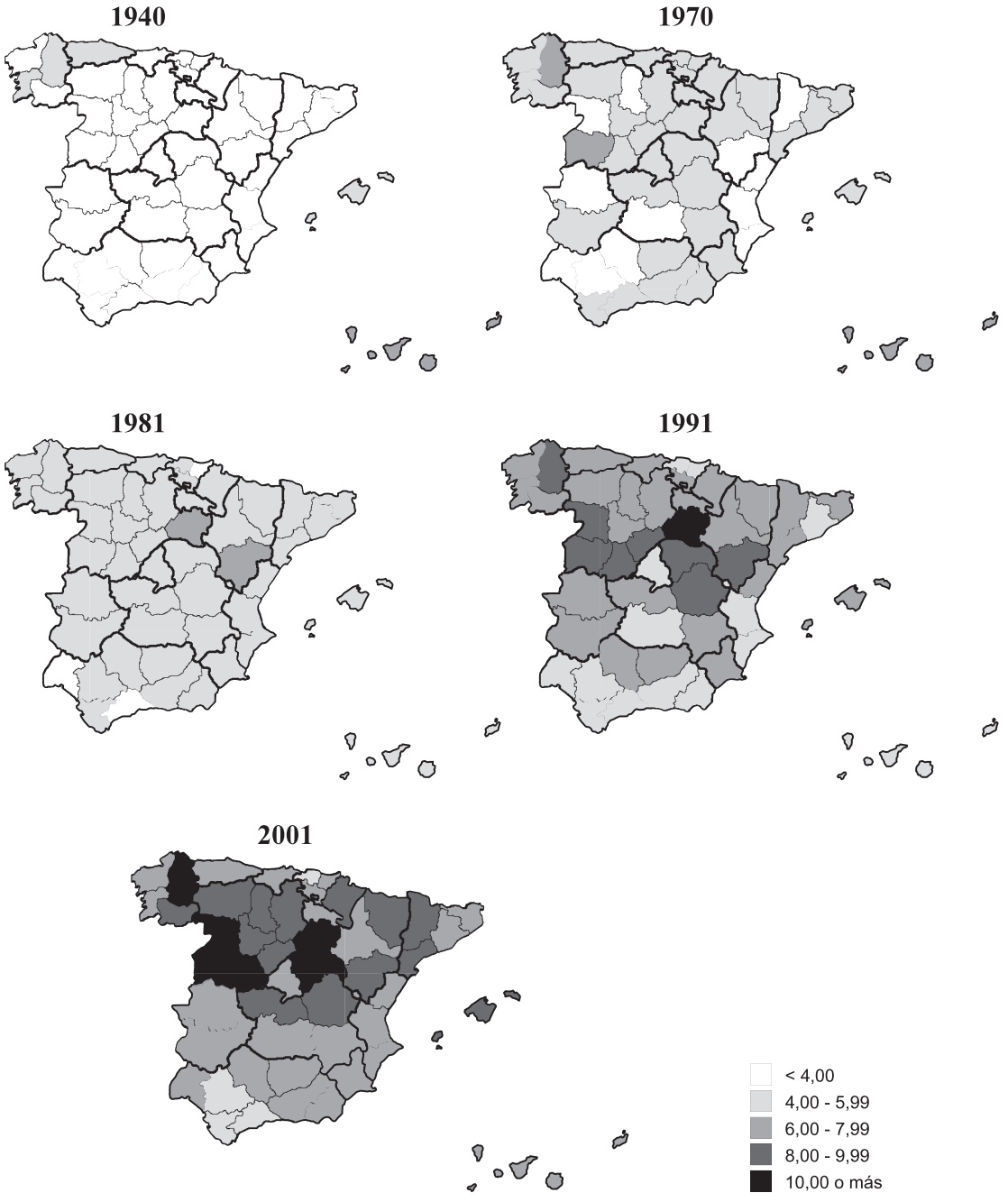
Mapas: porcentaje de la población de 85 o más años sobre la población de 65 o más años de la provincia, mujeres (1940-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

Cuadro 5

Mapas: porcentaje de la población de 85 o más años sobre la población de 65 o más años de la provincia, hombres (1940-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

La representación del envejecimiento se halla más claramente definida en el caso de las mujeres. Esto se debe, en buena medida, a la esperanza de vida, más elevada entre las mujeres españolas que entre los hombres, lo que ha redundado en un mayor número de las primeras entre los efectivos de mayor edad. En 1991 el porcentaje de mujeres de 85 o más años sobre la población femenina de 65 o más años superaba el 10 por cien en todo el interior de la mitad norte de España, mientras que en 2001 la tendencia se había extendido prácticamente a todo el país, excepto al sur de Andalucía (cuadro 4). Los hombres, en cambio, muestran una regionalización menos definida, pero también entre ellos se observa una persistencia de los porcentajes de razón elevada en el interior septentrional en 1991, así como una extensión clara hacia otras zonas del norte en 2001 (cuadro 5). Por otra parte, la estructura diferencial de las personas mayores reflejada en los distintos mapas muestra una composición muy similar a la obtenida para la razón de españoles con 85 o más años respecto al total de la población (véase el cuadro 2), aunque naturalmente con porcentajes menores.

5. La feminización de la población anciana y su variación geográfica

Los índices de masculinidad a escala provincial permiten establecer relaciones entre la población femenina y masculina que alcanza edades avanzadas. Antes de abordar esta distribución geográfica de la población mayor femenina, veamos cuál ha sido la evolución de la razón de masculinidad[10] en España a lo largo del siglo XX (Gráfico 8).

Cabe destacar cómo la razón de masculinidad a distintas edades es bastante irregular durante la primera mitad del siglo, mientras que en la segunda mitad se caracteriza por una manifiesta regularidad y por el mantenimiento de la tendencia. En el siglo XX se asiste a un incremento de la razón de masculinidad durante la primera mitad de la vida y a un descenso en la segunda mitad. De hecho, la proporción mayor de hombres se mantiene hasta el período adulto, hasta la mitad del ciclo vital (45-50 años). Desde esa edad, la tendencia a lo largo del siglo ha sido a la feminización de la población en edades avanzadas, cada vez en mayor medida y desde edades más tempranas.

La observación del perfil diferente de las dos series de esa razón de masculinidad representadas en el gráfico 8, una correspondiente a 1900 y otra a 2001, permite analizar esquemáticamente el cambio que se ha producido en la relación por edad entre la población masculina y femenina españolas[11]. El aumento del número de hombres por mujer desde el nacimiento hasta los 45 años de edad responde a dos factores muy diferentes: por un lado, al aumento de la supervivencia de los niños y jóvenes que alcanzan la edad adulta, lo que ha beneficiado a los varones, que habían sido afectados diferencialmente en mayor medida por la mortalidad en los principios del siglo; por otro lado, a la inmigración a edades jóvenes activas en las décadas finales del siglo XX.

Por el contrario, el descenso del número de hombres por mujer a partir del ecuador de la vida obedece fundamentalmente a una mayor y persistente longevidad entre las mujeres, aunque en menor medida se ha de considerar también el impacto de la mortalidad sobre los hombres en edad militar durante los años de la Guerra Civil, lo que ha alterado la razón masculina desde ese momento hasta la extinción de estas generaciones.

Por otra parte, el análisis a lo largo del siglo (cuadros 6 y 7) muestra una España progresivamente feminizada. Se trata de una tendencia de crecimiento gradual y continuo, caracterizada por un descenso del índice de masculinidad provincial y un aumento simultáneo de la población femenina gracias a los factores enunciados. El resultado neto es, por tanto, la feminización de la población anciana y de la geografía española, que se hace evidente a lo largo de todo el período.

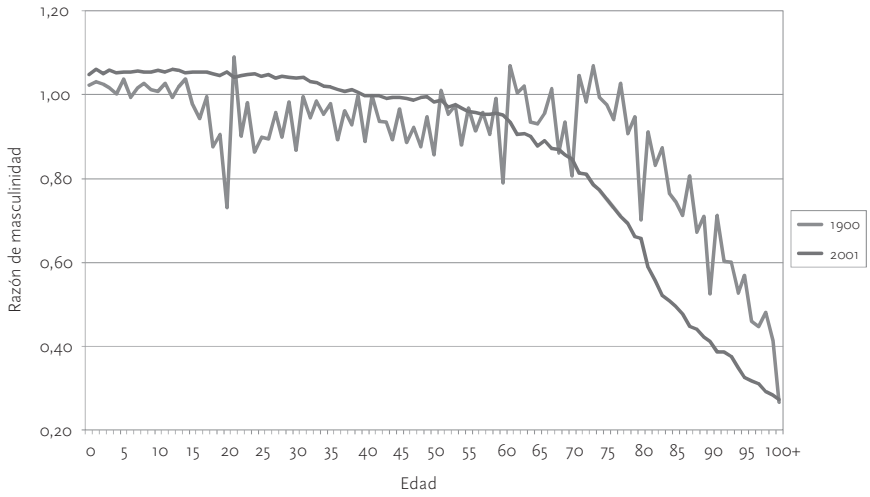
La serie de mapas incluida en el cuadro 6, que representa la razón de masculinidad provincial para la población de 65 o más años, podría señalar la existencia de una relación entre este indicador y el fenómeno migratorio. En efecto, a principios de siglo, sólo en algunas provincias de la

[10] La razón de masculinidad se refiere al número de hombres por cada mujer.

[11] Dado el objeto general de éste análisis, sólo se recoge en el Gráfico 8 el cambio representado por los dos años extremos que enmarcan el periodo considerado, pero en el mismo se inscriben series anuales de transición entre el inicio y el final del proceso de feminización de la población anciana. En estas series se ve reflejado también el impacto de las crisis que afectaron a la población española durante el mismo periodo.

Gráfico 8

Evolución de la razón de masculinidad en España (1900-2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE (www.ine.es).

mitad norte de la península y en la frontera pirenaica con Francia, se observa un porcentaje elevado de población masculina. Asimismo, se aprecia una tendencia secular en dos provincias de la costa de Galicia a las que, décadas más tarde, se añade todo el área del Cantábrico: son todas ellas regiones caracterizadas por unos niveles de migración masculina tradicionalmente elevados y, por tanto, con un alto grado de feminización de la población.

No obstante, la recuperación de las "ventajas biológicas" (Waldrom 1983) de las mujeres frente a la muerte a través de los cambios sociales –un fenómeno que se produce en toda sociedad desarrollada (Vallin 1993; Vallin y Meslé 1989)[12]– queda patente aún con mayor claridad en los mapas de la población de 85 o más años (cuadro 7), a pesar de que, obviamente, las razones de masculinidad registren valores mucho más bajos. Este proceso es más intenso entre las personas más ancianas, y también es más homogéneo en lo que respecta a su distribución geográfica: afecta más a las áreas del tercio norte peninsular, así como a algunas zonas interiores. En la actualidad, la razón de masculinidad es muy homogénea, y se encuentra por debajo de 0,6 en todas las provincias[13].

Cabe también destacar que varias grandes capitales registran un porcentaje más elevado de mujeres que de hombres entre las personas mayores. Esto podría deberse a la existencia de flujos de apoyo inter-generacional, sobre todo entre las mujeres. Dada su mayor esperanza de vida con respecto a sus maridos y la diferencia de edad dentro del matrimonio en las generaciones objeto de estudio, la proporción de viudas es netamente superior[14]. Este importante hecho ha proporcionado a las familias un apoyo informal, impagable, en la forma de una mayor coexistencia de las mujeres con las familias de sus hijos, que, por lo general,

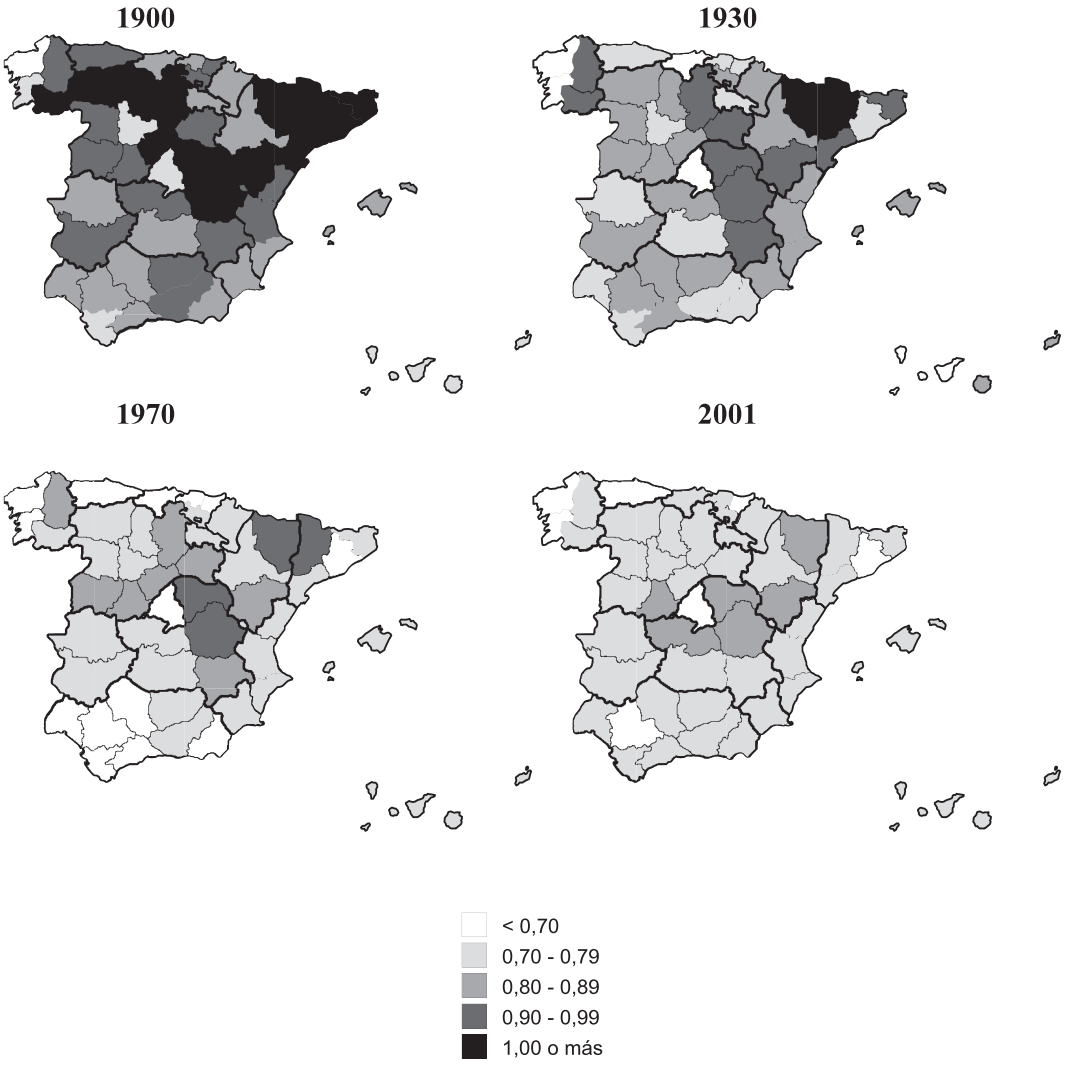
[12] Esta tendencia general ha sido descrita por Vallin (1997: 99) con estas palabras: *De la reconquête d'un avantage original à la conquête d'un privilege nouveau* ("De la reconquista de una ventaja original a la conquista de un nuevo privilegio"). Se trata del título de un capítulo de la mencionada referencia, en el que este autor sintetiza en sólo dos frases el complejo proceso del aumento de la esperanza de vida entre las poblaciones femeninas.

[13] Lo cual significa que hay 60 hombres por cada 100 mujeres, mientras que, a principios de siglo, había provincias con más hombres que mujeres.

[14] De hecho, de acuerdo con el Censo de 2001, las viudas representan el 44 por cien de la población femenina de 65 o más años, mientras que los viudos representan menos del 13 por cien de la población masculina de esa edad. Según la misma fuente, una de cada cuatro mujeres de este grupo de edad vive sola.

Cuadro 6

Mapas: Razón de masculinidad de la población de 65 o más años (1900-2001)

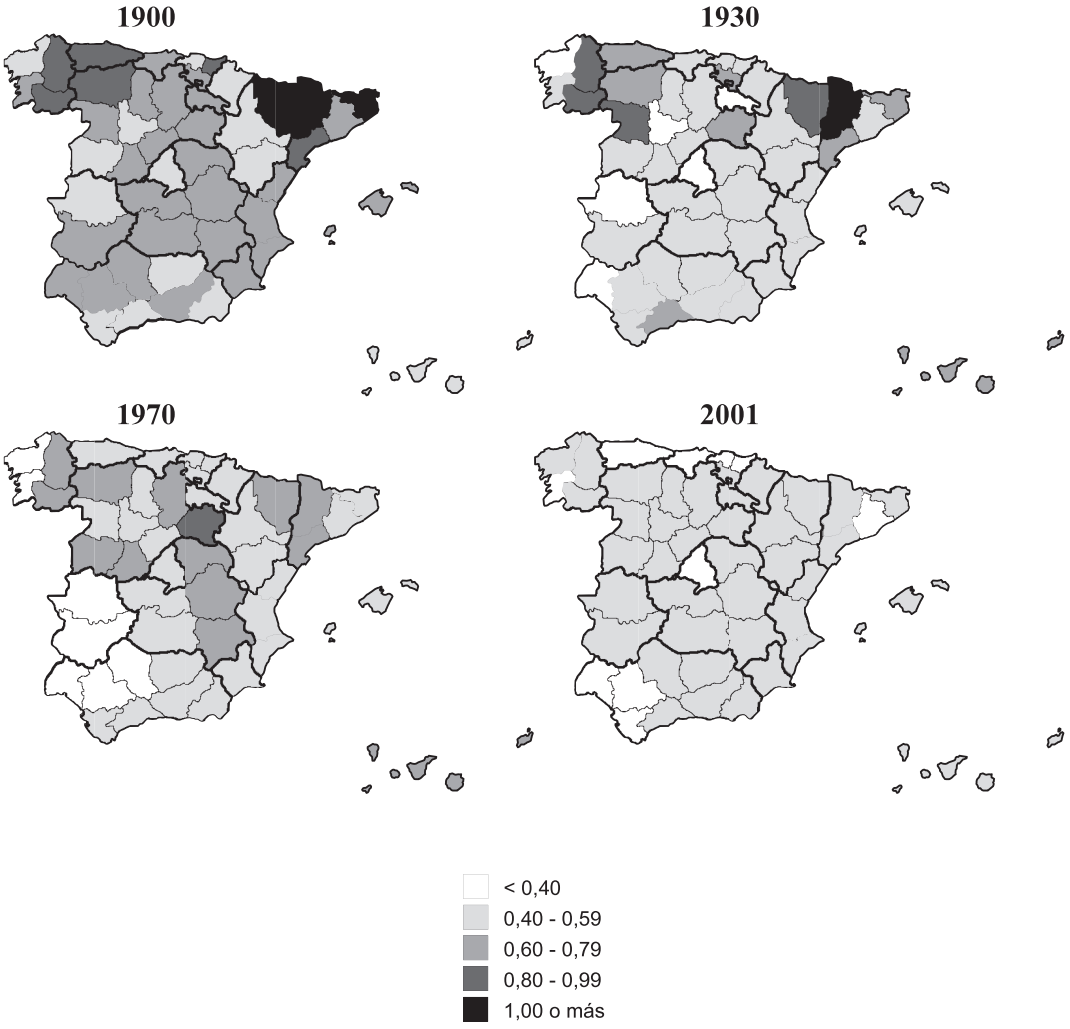


Fuente: INE, Censos de Población.

residen en entornos urbanos. Además, es importante tener en cuenta que es en estas ciudades donde aparecen las primeras residencias de ancianos y donde éstas son más numerosas, especialmente las dedicadas a personas de edades muy avanzadas.

Cuadro 7

Mapas: Razón de masculinidad de la población de 85 o más años (1900-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

6. El aumento de la población de mayor edad

Se ha podido documentar hasta aquí el incremento en los efectivos de la población de mayor edad, así como de su peso porcentual en la estructura por edad. Una vez definida la proporción representada por estos grupos en el vértice de la pirámide de población española, el siguiente paso consiste en analizar el incremento de su proporción con respecto al volumen total de la población. En menos de cincuenta años, la distribución geográfica del incremento porcentual de la población mayor en España se ha transformado, pasando de ser homogénea a mostrar una clara regionalización, tal como se describe más abajo.

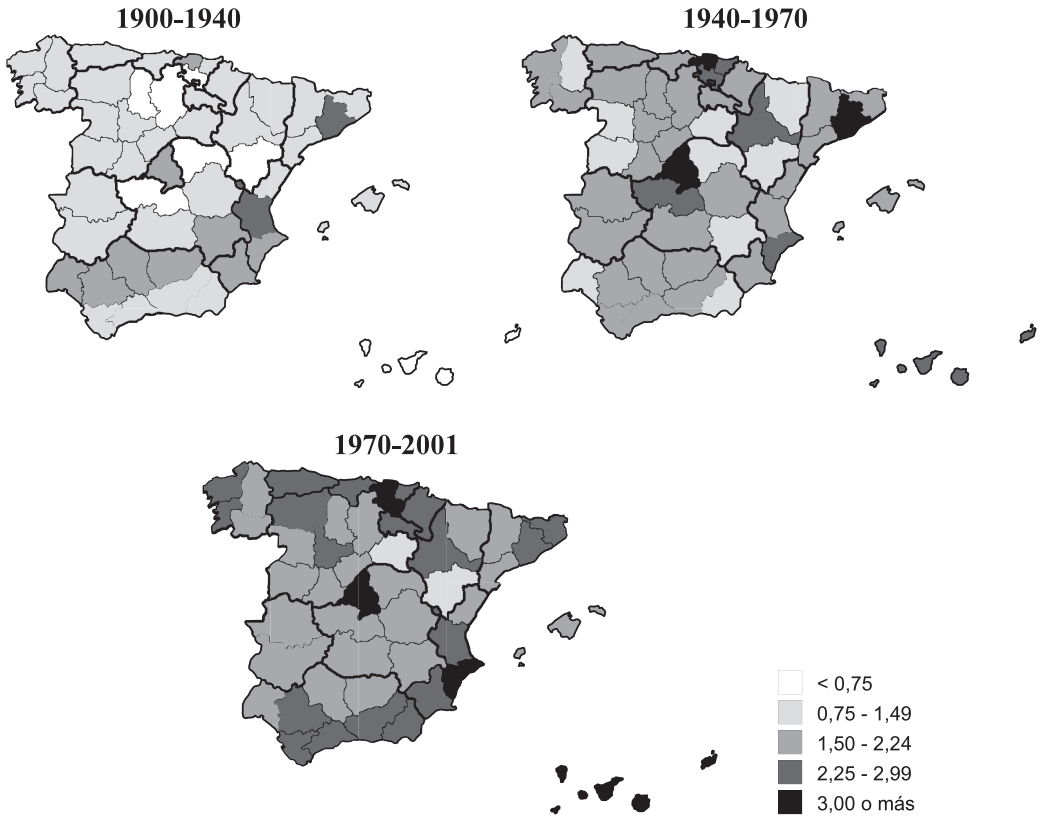
La serie de mapas reunidos en el cuadro 8 muestra la distribución geográfica del incremento de la población de 65 o más años. Hay muy pocas provincias que destaquen, excepto por la aportación de las grandes capitales: es el caso de Madrid, Barcelona y Vizcaya. Más allá de la singularidad del periodo que transcurre entre 1940 y 1970, el incremento es perceptible y relativamente homogéneo en todo el país, siendo sólo estas tres provincias las que presentan porcentajes de incremento superiores al 3 por cien. Sin embargo, entre 1970 y 2001 surge una nueva tendencia de crecimiento en las zonas costeras. En un primer momento, esta tendencia aparece en toda la costa del sudeste mediterráneo y también a lo largo de la costa del Cantábrico. Es decir, en casi toda la costa española –con excepción de la costa sudoccidental– se produjeron aumentos superiores al 2,25 por cien.

Se ha de tener en cuenta que las personas que han alcanzado la edad de jubilación se integran en las nuevas migraciones, tanto europeas como españolas. Se trata de personas que, bien buscan zonas soleadas y poco caras, con buenas infraestructuras médicas donde establecerse, bien forman parte de los efectivos de españoles que durante los años cincuenta y sesenta emigraron a países europeos más prósperos y que ahora regresan a su país a disfrutar de su retiro. Una buena parte de estos efectivos retornados se establece cerca del mar; el resto lo hace en sus provincias de origen o en provincias aledañas.

La distribución espacial del incremento de los mayores de 85 años (cuadro 9) pone de relieve cierta similitud con la de los mayores de 65 años. Sin embargo, el grado de incremento porcentual de los muy mayores entre 1940 y 1970 fue supe-

Cuadro 8

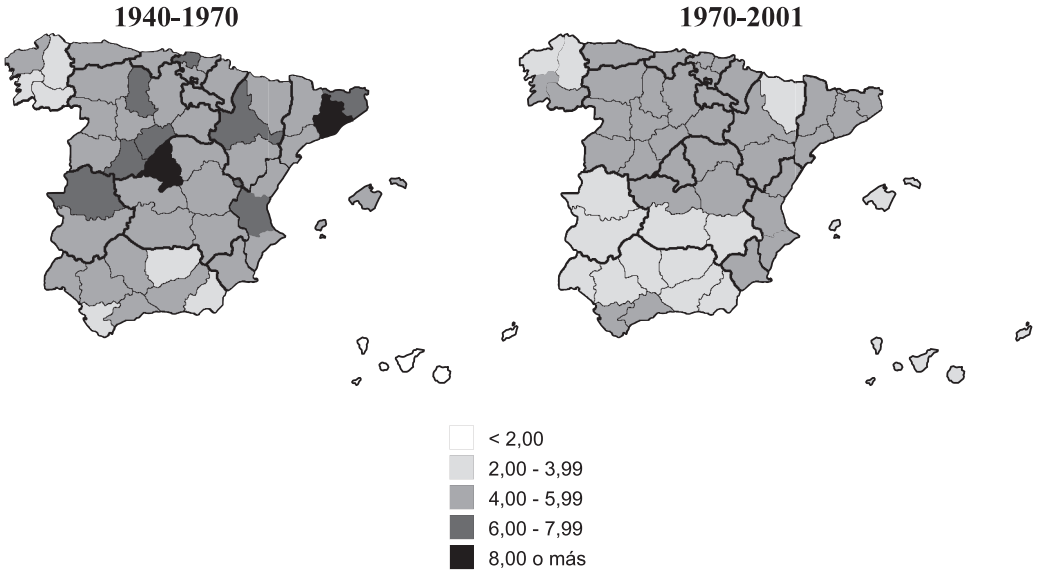
Mapas: Incremento (%) de la población de 65 o más años (1900-1940, 1940-1970 y 1970-2001)



Fuente: INE, Censos de Población.

Cuadro 9

Mapas: Incremento (%) de la población de 85 o más años. 1940-1970 y 1970-2001



Fuente: INE, Censos de Población.

rior, además de general y relativamente homogéneo en todo el país. Constituyeron la excepción las provincias en las que se localizan las grandes capitales, tales como Madrid, Barcelona, Valencia y Zaragoza, con aumentos superiores al 8 por cien en este grupo de edad. Otras provincias también experimentaron aumentos, pero a un nivel más modesto.

En cambio, entre 1970 y 2001 este tipo de incremento se concentra en dos focos principales: la mitad norte, por una parte, y la costa oriental mediterránea, por otra, con la incorporación adicional de dos provincias costeras de Andalucía, como son Cádiz y Málaga. El resto de la mitad sur de España muestra otra tendencia, con incrementos inferiores al 4 por cien. Las dos áreas recién mencionadas tienen muy poco en común, perteneciendo a regiones administrativas caracterizadas por tendencias poblacionales muy diferentes. En efecto, Castilla-León y Levante –donde la población de 85 o más años aumentó por encima del 6 por cien durante las tres últimas décadas del siglo XX– muestran incrementos de origen y composición muy distintos: por un lado, en este grupo de edad (85 o más años) la mortalidad diferencial es un factor clave. Téngase en cuenta que Castilla-León tiene la esperanza de vida más alta de España, mientras que la costa oriental presenta, junto con Andalucía y Murcia, una de las esperanzas de vida más bajas. Por otro lado, es preciso subrayar los flujos de las migraciones de europeos y nacionales mayores hacia las regiones costeras. Por último, también ha de señalarse el retorno al lugar de origen de aquellos que se jubilaron en los años setenta y que, veinte años más tarde, con edades ya muy avanzadas, forman parte de un proceso de concentración en la región norte de la península, como se aprecia en el mapa correspondiente.

7. El despoblamiento de la España interior y la vejez vivida en soledad en el presente

Después de describir la distribución espacial del envejecimiento en España, su evolución y el cambio en la estructura por edad y sexo en las provincias españolas, es el momento de analizar

algunas relaciones de interés entre el proceso y otras variables sociodemográficas. Sin ánimo de exhaustividad, se exponen aquí, a modo de ejemplo, dos de ellas[15]. El objetivo de este análisis, en última instancia, es aportar nuevos conocimientos sobre algunas consecuencias inmediatas de la regionalización en la evolución analizada, de modo que este conocimiento del pasado ayude a entender algunas características del presente y sirva de cara a la orientación de políticas sociales futuras que tengan en cuenta la distribución espacial de las potenciales demandas de las personas más ancianas.

Entre los factores que subyacen a la distribución espacial de la población española se ha mencionado, además del impacto de la caída de la fecundidad y de la mortalidad, un tercer elemento, como son los efectos de los movimientos migratorios. Respecto al objeto de estudio de este artículo, destacan los movimientos tanto del medio rural al urbano como del interior al litoral, que tuvieron lugar fundamentalmente en los años cincuenta y sesenta del siglo pasado (Robles *et al*., 2006), tal como se ha mencionado anteriormente.

Aunque los movimientos migratorios comenzaron a producirse en la posguerra, se aceleraron con un proceso de desarrollo que, si bien tardío y aislado del resto de Europa, sirvió de foco de atracción para la población tradicionalmente dedicada a la agricultura. Este proceso originó el despoblamiento del noroeste interior español. Posteriormente, a partir de los años setenta, a estos movimientos se añadieron otros nuevos, como la inmigración de personas mayores por cambio estacional o permanente, el retorno de algunos de los efectivos de emigrantes españoles a sus regiones de origen o a la costa oriental de España y, más recientemente, la incorporación de jubilados del norte y centro de Europa a las zonas costeras.

Sobre la base presentada, interesa relacionar aquel importante despoblamiento que tuvo lugar en numerosas provincias españolas entre 1950 y 1970, y que supuso una caída en algunas regiones en la densidad de población[16] sin precedente histórico, con la forma de convivencia de los ancianos en el presente, basándonos en la población de 85 o más años que vive en hogares unipersonales[17]. La regresión representada en el gráfico 9 relaciona el índice de cambio de densidad entre 1950 y 1970[18] y el índice de hogares unipersonales de 85 o más años en 2001[19]. Obsérvese que metodológicamente se introduce un *gap* temporal de 30-50 años entre la reducción de la densidad de población (reducción que fue motivada por la marcha de los adultos jóvenes en edades activas) y la proporción de hogares unipersonales formados por personas de 85 o más años.

Se aprecia una correlación inversa[20], ya que cuanto menor es el aumento de densidad de la provincia, mayor es el porcentaje de hogares unipersonales de 85 o más años en la misma. El cambio de densidad en muchas provincias es negativo[21]: el extremo más significativo se sitúa en aquellas pro-

[15] Agradecemos a Juan Manuel García González su colaboración en este apartado, realizando los gráficos presentados en el mismo.

[16] La densidad de población mide el número de habitantes por km^2. Los datos para su cálculo proceden del INE, *Censos de Población* (1950 a 2001).

[17] Los datos para el cálculo de los hogares unipersonales de 85 o más años proceden del INE, *Censo de Población de 2001*.

[18] El índice de cambio de densidad se calcula poniendo en el numerador el cambio de densidad de cada provincia entre 1950 y 1970 (habitantes$_{70}$ provincia/km^2-hab$_{50}$ provincia/km^2) y en el denominador el cambio de densidad de España (hab$_{70}$ España/km^2-hab$_{50}$ España/km^2), de tal forma que se obtiene un indicador relativo del cambio de densidad de cada provincia respecto al total de España. Si el índice es < 0, significa que la provincia ha perdido población; si se encuentra entre 0 y 1, la provincia ha ganado población, pero en menor medida que el conjunto de España, y si es >1, la provincia ha ganado población y lo ha hecho de un modo más intenso que el conjunto de España.

[19] Para el cálculo del índice de hogares unipersonales de 85 o más años en 2001, se pone en el numerador el número de tales hogares unipersonales de cada provincia entre el total de hogares unipersonales de la provincia en ese año, y en el denominador el número de hogares unipersonales de 85 o más años de España entre el total de hogares unipersonales de España. Si oscila entre 0 y 1, la provincia registra un índice de hogares unipersonales en ese tramo de edad menor que el conjunto de España; si es >1, este índice supera el correspondiente al conjunto de España.

[20] R_2= 0,5946 (gráfico 9); debido al extraordinario crecimiento de densidad de Madrid, Barcelona, Vizcaya y Guipúzcoa durante este periodo, no han sido consideradas en el ajuste cuadrático de esta regresión.

[21] Distribución de provincias según valor del índice (gráfico 9): *Valores negativos:* Zamora, Cuenca, Ávila, Soria, Segovia, Salamanca, Teruel, Orense, Toledo, Palencia, Lugo, Guadalajara, Albacete, Burgos, Cáceres, Badajoz, Jaén, La Rioja, Córdoba, Huesca, Granada, Ciudad Real; *Entre 0 y 1:* León, Castellón, Murcia, Almería y Lérida; *Valores positivos:* Alicante, SC Tenerife, Las Palmas, Valencia, Cádiz, Álava, Baleares, Pontevedra, Sevilla, Málaga, Girona, Tarragona, Coruña, Navarra, Huelva, Zaragoza, Cantabria, Asturias, Valladolid.

vincias que perdieron población entre 1950 y 1970, las mismas que alimentaron el éxodo rural-urbano y que hoy albergan los porcentajes más altos de hogares ancianos solitarios. Se trata de las provincias del interior, reiteradamente mencionadas en la cartografía presentada, como son las de las dos Castillas y Extremadura. En la regresión se observa un punto de inflexión a partir del cual aparecen cuatro provincias con valores extremos de aumento de densidad, que rompen con la tendencia decreciente de la proporción de hogares unipersonales de mayores de 85 años. Son provincias costeras que, tradicionalmente, han atraído y atraen inmigración de jubilados: Valencia, Alicante, Las Palmas y Tenerife.

En el análisis previo de la geografía del envejecimiento, se anticipó que la distribución y las causas del envejecimiento no son homogéneas en las distintas provincias españolas: en algunos casos, este fenómeno es producto de una alta longevidad y baja fecundidad; en otros, de emigración en el pasado e inmigración más reciente de jubilados, o de permanencia o cambio de residencia cerca de los hijos, que se concentran en las grandes capitales. Por tanto, las provincias que en 2001 destacan por su alta proporción de ancianos de 85 o más años viviendo en hogares unipersonales son precisamente las provincias envejecidas del interior del país, las mismas que entre 1950 y 1970 destacaron por su despoblamiento masivo.

Como continuación del primer ejemplo, en el segundo se compara el cambio de densidad de la población entre 1970 y 2001 con la situación actual de los hogares unipersonales de 85 o más años[22]. Se ha comprobado cómo esta misma relación se mantiene en el período más cercano, una vez pasadas las décadas del éxodo rural (Gráfico 10). Así, se observa la misma tendencia que en el caso anterior, aunque en este último período el cambio de densidad es menos intenso[23]. Persisten las mismas regiones extremas, aunque con menor grado de dispersión: las provincias pertenecientes a las dos Castillas y Extremadura y, en el extremo opuesto, las zonas turísticas. A estas últimas se incorporan Baleares y Málaga, que no destacaban en el gráfico anterior.

En conclusión, las provincias más envejecidas, aquellas que perdieron parte de sus efectivos en edad activa en el pasado –y con ellos la capacidad reproductiva de la región– contienen a poblaciones que siguen disminuyendo su densidad de población. El despoblamiento de algunas regiones como consecuencia de la emigración del pasado (hace más de 50 años) ha establecido un camino sin retorno en el que no se perciben indicios de rejuvenecimiento, pues, además, en aquéllas la longevidad es más elevada que en el resto de España. Esta inercia se mantiene durante todo el período analizado.

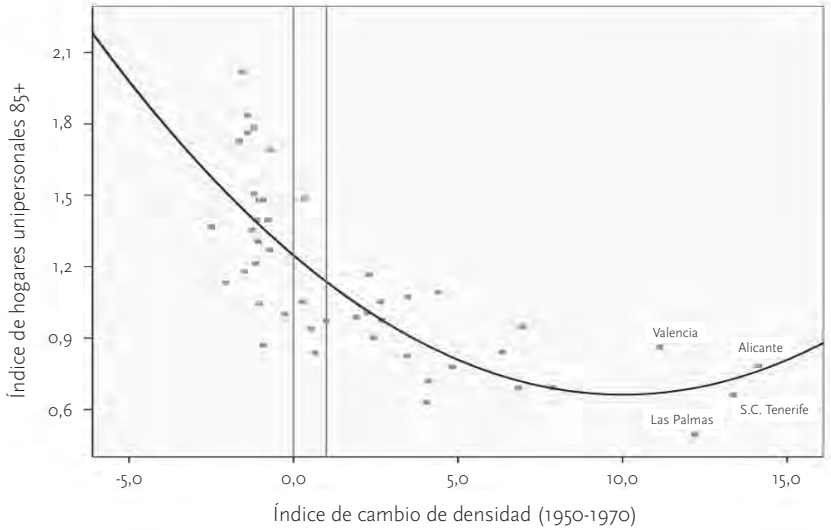
Asimismo, la tendencia hallada en el primer ejemplo, referido a la etapa del desarrollo económico español (1950-1970), persiste en el período de las tres décadas posteriores en un marco social radicalmente diferente (1970-2001). Las condiciones que entonces expulsaron a los jóvenes pueden afectar a los que permanecieron entonces, que son los ancianos de hoy. En estas regiones envejecidas y longevas, el vivir en soledad y la dependencia asociada a las edades muy avanzadas no parece un binomio sostenible, especialmente en aquellos hábitats poco poblados y con una longevidad creciente.

[22] R_2= 0,6448 (gráfico 10), debido al extraordinario crecimiento de densidad de Madrid, Barcelona, Vizcaya y Guipúzcoa durante este periodo, estas provincias no han sido consideradas en el ajuste cuadrático de esta regresión.

[23] Distribución de provincias según valor del índice (gráfico 10). Valores negativos: Zamora, Cuenca, Ávila, Soria, Segovia, Salamanca, Teruel, Orense, León, Palencia, Lugo, Burgos, Cáceres, Badajoz, Jaén, Asturias, Huesca, Ciudad Real; valores entre 0 y 1: Toledo, Guadalajara, Albacete, La Rioja, Córdoba, Coruña, Huelva, Lérida, Granada, Zaragoza; valores positivos: Alicante, Santa Cruz de Tenerife, Las Palmas, Baleares, Málaga, Valencia, Pontevedra, Murcia, Castellón, Valladolid, Cantabria, Tarragona, Sevilla, Cádiz, Álava, Girona, Navarra, Almería, Cantabria, Valladolid.

Gráfico 9

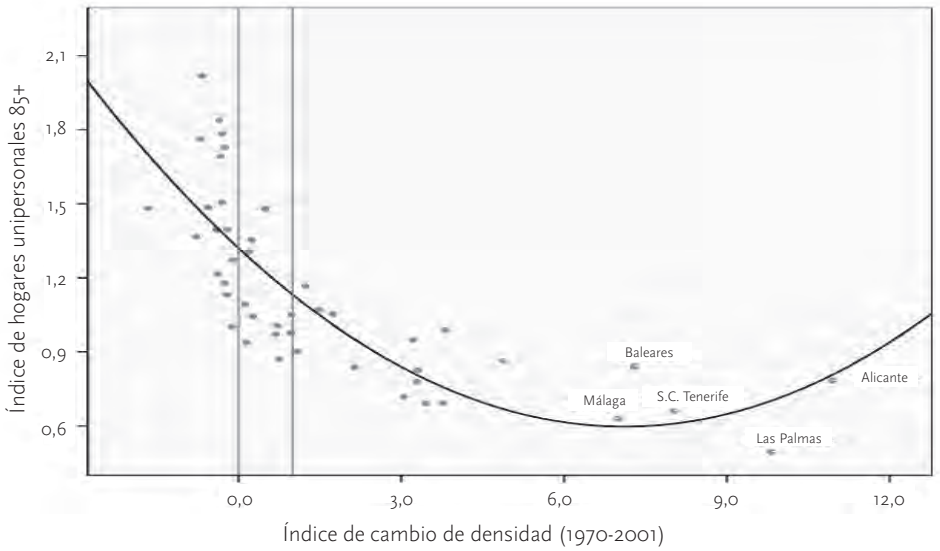
Relación entre el índice de hogares unipersonales de 85 o más años (2001) y el índice de cambio de densidad de las provincias españolas (1950-1970)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (www.ine.es).

Gráfico 10

Relación entre el índice de hogares unipersonales de 85 o más años (2001) y el índice de cambio de densidad de las provincias españolas (1970-2001)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (www.ine.es).

8. Una consecuencia de la distribución diferencial en el espacio: el apoyo a la población anciana

La razón de apoyo intergeneracional a los ancianos (RAIA)[24] pone en relación al colectivo de población que tiene entre 50 y 74 años (potenciales proveedores de cuidado y atención a los ancianos) con los ancianos de 85 o más años. Esa primera población que consta en el numerador es el equivalente a la población en edad activa de la clásica razón de dependencia, aunque aquí su actividad es el soporte y apoyo a los ancianos más dependientes: son las generaciones de los hijos, hermanos, sobrinos, hijos políticos, amigos, etc., es decir, las redes de potencial apoyo informal o redes de gestores/contratadores de apoyo formal.

En el cuadro 10 se aprecia cómo en el conjunto de España en 1970 había más de 37 personas de 50-74 años por cada anciano mayor de 85. En 2001, esta relación se ha reducido en más de un 50 por cien, de forma que sólo hay 15 personas en esa categoría de edad de potencial apoyo intergeneracional. Este hecho coincide con el aumento de la esperanza de vida en la vejez y con la agudización del envejecimiento en las regiones ya de por sí más envejecidas que vienen perdiendo población.

La peor situación es la de Castilla-León y Aragón, donde se conjuga una alta longevidad con un elevado despoblamiento en el pasado, de forma que son estas provincias las que registran una RAIA más baja en 2001 (10,3 y 11,8 por cien, respectivamente). En el otro extremo, la situación más favorable la encontramos en Canarias y Andalucía (19,8 y 18,6 por cien, respectivamente), ambas regiones de mayor fecundidad y que, además, vienen siendo receptoras de población jubilada joven en las últimas décadas, procedentes tanto de la inmigración extranjera de los países centrales europeos (Rodríguez 2004), como del regreso de españoles jubilados que deciden instalarse en estas comunidades.

La razón aquí presentada, tal como la proponen sus creadores (Hermann *et al*. 2007), no tiene en cuenta las diferencias de género entre los que sustentan, gestionan y reciben el apoyo, tanto formal como informal, ni tampoco las diferencias en relación con la actividad y el nivel socioeconómico o la cultura de apoyo intergeneracional dentro de la familia, diferente entre las regiones españoles. Estas aproximaciones, todas ellas de singular interés, son la base de nuestros análisis en la actualidad y se tendrán en cuenta en futuras publicaciones.

No es preciso matizar que un nivel bajo de RAIA y una alta esperanza de vida provincial es un reto para el apoyo institucional e informal, necesariamente crecientes. Así, el valor de esta información para la planificación social es relevante de cara al futuro próximo, sobre todo si se tiene en cuenta el rápido aumento del desequilibrio entre la población que potencialmente puede ofrecer apoyo intergeneracional –y que, de hecho, estadísticamente lo presta– y la población anciana y muy anciana. La razón entre ambos grupos ha caído dramáticamente, de forma especial en las regiones más despobladas y envejecidas.

Cuadro 10

Razón de apoyo intergeneracional a los ancianos (RAIA) en España, por comúnidades autónomas (1970-2001)

	1970	*2001*	*1970-2001*
CC.AA.	*RAIA (%)*	*RAIA (%)*	*RAIA (%)*
Andalucía	39,14	18,60	-20,53
Aragón	34,35	11,77	-22,58
Asturias	33,68	12,64	-21,03
Baleares	30,20	14,61	-15,59
Canarias	31,34	19,79	-11,55
Cantabria	32,58	12,30	-20,28
Castilla-León	36,43	10,33	-26,11
Castilla-La Mancha	37,06	12,05	-25,01
Cataluña	42,21	14,51	-27,70
Extremadura	36,31	13,94	-22,37
Galicia	32,27	11,94	-20,33
Madrid	39,01	16,29	-22,71
Murcia	37,80	18,06	-19,74
Navarra	34,80	12,33	-22,48
País Vasco	41,38	15,79	-25,60
La Rioja	35,30	12,66	-22,63
C. Valenciana	42,37	17,17	-25,19
ESPAÑA	**37,64**	**14,73**	**-22,91**

RAIA: Razón de apoyo intergeneracional a los ancianos. Aquí se expresa en porcentajes.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE, Censos de Población.

[24] En inglés se denomina *Older-Old Support Ratio* (OOSR), indicador propuesto por Hermann *et al*. (2007).

9. A modo de conclusión

La distribución geográfica de la población mayor en España según la estructura por edad ha estado condicionada por diversos procesos a lo largo del último siglo: el envejecimiento derivado de la evolución de la fecundidad, el envejecimiento causado por la emigración del pasado, junto con la reciente inmigración y el retorno (de nacionales), así como el envejecimiento originado por el descenso de la mortalidad adulta y anciana de las últimas décadas. Estos fenómenos han influido de manera diferente en las provincias y regiones, en función de sus respectivas tendencias reproductivas y migratorias, su nivel de salud y la longevidad de sus poblaciones.

No pretendemos abrir un debate acerca de todos estos procesos y de sus interacciones en este artículo, pero hemos tratado de definir el balance final de su impacto sobre la estructura del envejecimiento en España. El balance es positivo cuando consideramos que por cada cien españoles, hay actualmente 17 personas mayores de 65 años. Es más, el 10 por cien de la población mayor española tiene 85 o más años, mientras que a principios del siglo XX las cifras eran tan sólo del 5 y del 3 por cien, respectivamente. Además, hoy en día, diez de cada cien miembros de las cohortes susceptibles de estudio viven más de 95 años si son mujeres, y más de 92 años si son hombres.

Ello ha de ser interpretado como un resultado positivo tras un proceso que ha alterado el perfil joven de un país situado en el sur de Europa, convirtiéndolo en uno de los países con la población de mayor edad del mundo. Precisamente por ello, presenta al mismo tiempo importantes consecuencias y serios retos de futuro. Nos encontramos frente a un proceso demográfico de primera magnitud y el análisis histórico espacial aquí presentado (siguiendo a Caselli y Egidi 1981, 1988) no ha pretendido más que ofrecer una base sobre la situación de las diferentes regiones, a partir de la cual se pueda articular la planificación diferencial de servicios e infraestructuras dedicadas a la población anciana en las comunidades autónomas.

El desarrollo futuro de este estudio preliminar debe ser considerado dentro de un marco analítico del envejecimiento que se ajusta a dos ejes. Primero, es preciso afrontar la explicación de las convergencias y divergencias espaciales como diferencias de ritmo entre grupos al desarrollar este proceso (Vallin y Meslé 2005). Segundo, quedan ahora planteados estudios sobre los componentes diferenciales de las transformaciones operadas en cada región y sus interrelaciones durante un siglo, a lo largo de la geografía española, así como los cambios que han tenido lugar durante la primera década del siglo XXI.

Creemos que, con la descripción presentada de la evolución y distribución del envejecimiento en España, hemos demostrado cómo las tendencias poblacionales del pasado condicionan en buena medida el margen de opciones de las políticas públicas a aplicar en el presente porque la variación geográfica del envejecimiento de la población en distintos periodos contiene la historia de esas poblaciones y su huella demográfica durante, al menos, los últimos cien años.

Bibliografía

Caldwell, J.C. (1990), "Introductory thoughts in health transitions", en: Caldwell, C.; Findley, S.; Caldwell, P.; Santow, G. *et al*. (Eds.): *What We Know About Health Transition: The Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health,* vol. 1 (2), Canberra Health Transition Centre, Australian National University: VI-XIII.

Canudas-Romo, V.; Glei, D.; Gómez Redondo, R.; Coelho, E. y C. Boe (2008), "Mortality changes in the Iberian Peninsula in the last decades of the twentieth century", *Population-E*, 63, 2: 319-344.

Caselli, G. y V. Egidi (1981), "La géographie de la mortalité italienne: différences territoriales et milieu", *Genus*, 37, 12: 1-53.

– (1988), "Les variations géographiques de la mortalité", en: Vallin, J. y F. Meslé (Eds.): *Les causes de décès en France de 1925 à 1978*, París, Institut National d'Études Démographiques (INED)/ PUF (*Travaux et Documents*, cahier 115): 507-607.

Frenk, J.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Frejka, T. y R. Lozano (1991), "Elements for a theory of the health transition", *Health Transition Review,* 1 (1): 21-33.

Gómez Redondo, R. (1995), "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolu-

ción de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990", *REIS* 71: 79-108.

– (2010), "The Grey Revolution", en: Locoh, T. y F. Meslé (Eds.), *Population Life, Human Health / Vie des populations, Santé des Humains,* París, Les Collections de l'INED.

Gómez Redondo, R.; Gènova, R. y E. Robles (2007), "Envejecimiento, longevidad y salud: Bases demográficas en España", en: Ballesteros, S. (Dir.), *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, Madrid, Universitas-Uned: 41-76.

Herrmann, F.R.; Michel, J.P. y J.M. Robine (2007), "Who will care for the oldest people in our ageing society?", *British Medical Journal*, 334: 570-571.

Kannisto, V. (2000), "Measuring the compression of mortality", *Demographic Research* 3, 6: 23.

– (2001), "Mode et dispersion de la durée de vie", *Population* 56 (1- 2): 183-198.

Lerner, M. (1973), "Modernization and health: a model of the health transition", presentado en la reunión anual de la *American Public Health Association*, San Francisco.

Meslé, F. y J. Vallin (1998), "Évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950", *INED, Dossiers et Recherches* 68.

– (2002), "La transition sanitaire: tendances et perspectives", en: Caselli, G.; Vallin, J. y G. Wunsch, *Demographie: Analyse et Synthèse. Les Déterminants de la Mortalité*, vol. III, cap. 57, París, Institut d'Études Démographiques.

Notestein, F. (1945), "Population, the long view", en: T. Schultz, *Food for the world*, Chicago, University of Chicago Press.

Olshansky, S. J. y A. B. Ault (1986), "The fourth stage of the epidemiology transition: the age of delayed degenerative diseases", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 64: 355-391.

Robine J. M. y J. P. Michel (2004), "Looking forward to a general theory on population aging", *Journal of Gerontology*, 59A (6): 590-597.

Robles, E.; Gómez Redondo, R. y N. Cámara (2006), "Aging, evolution and geographical distribution in the South of Europe: the Spanish case", *European Population Conference*, Liverpool, 21-24 de junio de 2006.

Rodríguez, V. (2004), "Turismo residencial y migración de jubilados", *Mediterráneo económico*, 5 : 233-253.

Vallin, J. (1991), *La Démographie*, París, La Découverte.

– (1993), "Social change and mortality decline: women's advantage regained or achieved?", en: Federici, N.; Oppenheim-Mason, K. y S. Sogner (Eds.), *Women's Position and Demographic Change in the Course of Development*, Oxford, Clarendon Press: 190-212.

Vallin, J. y F. Meslé (1989), "À long terme, l'ecart d'espérance de vie entre hommes et femmes devrait diminuer", *Population,* 6: 1244-1251.

– (2005), "Convergences and divergences: An analytical framework of national and subnational trends in life expectancy", *Genus*, LXI (N 1): 83-124.

Waldrom, I. (1983), "Sex differences in human mortality: The role of genetic factors", *Soc. Sci. Med*., 17 (6): 321-333.

Wilmoth, J. R. (1997), "In search of limits", en: Wachter, K. W. y C. E. Finch (Eds.), *Between Zeus and the Salmon: The Biodemography of Longevity*, Washington, DC, National Academy Press: 38-64.

Zamora, F.; Cámara, N. y A. Parant (2005), "Dynamiques regionales du vieillissement démographique en Espagne, 1950-2001", Coloquio Europeo *Vieillissement et territoires, Population et Avenir*, París, 13-15 de septiembre de 2005.

Envejecimiento, recursos económicos y servicios sociales en el mundo rural

Benjamín García Sanz*

Resumen

Más de una cuarta parte de los mayores de 65 años españoles reside en pueblos rurales. Estos mayores representan en torno a una quinta parte de la población rural, llegando en algunos municipios hasta la mitad. El análisis del envejecimiento en España obliga, por tanto, a prestar atención a los mayores rurales y a los entornos en los que viven. El diseño de políticas públicas específicas para este colectivo puede favorecer no sólo su permanencia en los pueblos, sino también que estos últimos se conviertan en polo de atracción para otros mayores que buscan unas condiciones de vida que las ciudades a menudo no pueden ofrecer. Idealmente, estas políticas públicas han de responder a los problemas que más afectan a los mayores rurales, pero teniendo en cuenta tanto sus preferencias de vida y cuidado personal, como el potencial de recursos de diverso tipo que pueden generar las comunidades rurales.

1. Introducción

Mucho han cambiado los pueblos españoles en los últimos años. Y también lo ha hecho la percepción del envejecimiento y la toma de posición ante este hecho inevitable. Los pueblos rurales, si bien todavía se hallan lejos de alcanzar los estándares de vida de los pueblos grandes o las ciudades, han mejorado sensiblemente en cobertura económica, equipamientos, saneamientos, transporte, y, en general, en todo tipo de servicios que aumentan la calidad de vida de quienes residen en ellos y, en mayor o menor medida, responden a demandas de los mayores que envejecen en ese medio.

En este trabajo se plantean una serie de cuestiones relacionadas con el envejecimiento en el medio rural, tomando como punto de partida el siguiente argumento: a la hora de estudiar el fenómeno del envejecimiento en España y sus implicaciones, es preciso prestar atención al ámbito rural no sólo porque la concentración relativa de mayores en él es en la actualidad notablemente más elevada que en medios urbanos, sino también porque los pueblos pueden atraer a muchos mayores en busca de unas condiciones de vida difíciles de encontrar en las ciudades, contribuyendo de este modo a la dinamización de una parte importante de la economía y la sociedad españolas. Desde esta premisa, en la sección que sigue a esta introducción se exponen algunos indicadores de envejecimiento en el medio rural, más acusado que el envejecimiento general del país. A continuación se apuntan algunas de las diferencias fundamentales entre el envejecimiento en el medio rural y en otros entornos. La cuarta sección ofrece un análisis de la situación económica de los mayores rurales, y en la última se plantean diferentes argumentos sobre los servicios sociales a los que los mayores rurales deberían poder acceder para satisfacer sus pretensiones, que, con frecuencia, no son otras que envejecer en el medio en el que siempre, o casi siempre, han vivido, rodeados de los suyos; o bien pasar la etapa final de sus vidas en el entorno que han elegido libremente en virtud de razones que consideran importantes para alcanzar su bienestar en la vejez.

* Departamento de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid (bgarcia@cps.ucm.es).

2. Mayores y mayores rurales

En pocos años, los mayores españoles han pasado de un porcentaje relativamente bajo sobre la población total a superar el 17 por cien (7,7 millones de mayores, según el Padrón municipal de 2009). A pesar de haberse ralentizado la tendencia al envejecimiento por el aumento de la población joven como consecuencia de la inmigración, el grupo de mayores sigue creciendo. Pero esta tendencia no se encuentra todavía en su peor momento, puesto que en la actualidad están llegando a la jubilación las cohortes nacidas en torno a la guerra civil, poco abundantes o "huecas". El envejecimiento se intensificará ostensiblemente en los próximos años y, sobre todo, cuando lleguen a los 65 años las copiosas cohortes nacidas a partir de finales de los años cincuenta (los denominados *baby boomers*) al calor del por entonces incipiente desarrollo económico español. Serán estas generaciones, que empezarán a jubilarse en torno al año 2020, las que acelerarán el proceso de envejecimiento poblacional español, incrementando mucho el número y la proporción de los mayores. Probablemente la llegada masiva de inmigrantes jóvenes extranjeros encubra algo este aumento, frenando temporalmente la tendencia al envejecimiento; no obstante, ni los analistas más optimistas aventuran un largo recorrido a esta contención del proceso demográfico.

El envejecimiento ha afectado especialmente a los pueblos rurales. Los mayores rurales se elevan a algo más de 2,1 millones, es decir, representan en torno al 27 por cien sobre el total de mayores (téngase en cuenta que el porcentaje de la población rural española sobre la población total es cinco puntos porcentuales menor). La tasa de mayores rurales sobre la población rural se sitúa, según datos del Padrón municipal del año 2009, en el 21 por cien. Esta es una cifra media: en los pueblos rurales del interior, marcados por la emigración a las grandes ciudades desde hace décadas y con menor afluencia de inmigrantes, se registran proporciones mucho más altas, de en torno al 30 por cien; y en los pueblos de menos de 500 habitantes, el porcentaje correspondiente se acerca a menudo al 50 por cien. No sin razón a los habitantes de los pueblos rurales más pequeños se les oye con frecuencia exclamar: "Aquí solo quedamos viejos".

Al peso demográfico que supone el grupo de mayores rurales sobre la población total, hay que añadir su estructura y su esperanza de vida. Las estadísticas señalan un cierto repunte de la esperanza de vida de los mayores rurales, lo que agudiza aún más el proceso de envejecimiento en el medio rural.

3. Características diferenciales de los mayores rurales

Como se ha puesto de manifiesto en otros trabajos[1], el mayor rural vive en una situación muy distinta de la del mayor urbano y, por tanto, se enfrenta a unos problemas específicos y demanda respuestas en sintonía con sus problemas. Conocer de qué manera se envejece en los pueblos rurales y, sobre todo, los perfiles de la demanda social cuando se llega a esta situación exige prestar atención a la composición del colectivo de los mayores, atendiendo a las diferencias de género, edad, estado civil, formación, composición de los hogares y movilidad, así como también a las características de la vivienda. En esta sección se exponen algunas de las principales diferencias entre los colectivos de los mayores rurales y urbanos, así como en el seno del colectivo rural, a partir de diversas fuentes estadísticas. La sección cuarta recoge información adicional sobre estas características diferenciales proporcionada por encuestas de opinión pública[2].

Un envejecimiento algo menos feminizado

Se constata, en primer lugar, que la población mayor, en general, está muy feminizada debido al comportamiento desigual de la mortalidad. Mueren más hombres que mujeres, diferencia que se manifiesta de forma nítida en la generación de los mayores. El conjunto de la población mayor española registra una media de 74 varones por

[1] Por ejemplo, García Sanz (1998, 1999 y 2001), así como García Sanz y Saco (1997), Bazo y García Sanz (2004) y García Sanz y Martínez Paricio (2005).

[2] La caracterización general del mayor rural se basa en los datos proporcionados por el Padrón municipal de 2009 (eventualmente el Censo de 2001) y la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) efectuada por el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Los datos de encuesta han sido extraídos fundamentalmente del estudio 2647 del CIS (septiembre de 2006, "Condiciones de vida de las personas mayores"). Esta encuesta se realizó mediante convenio con el IMSERSO a una muestra de 3.500 personas de ambos sexos de 65 años o más (www.cis.es).

cada 100 mujeres. Ahora bien, esta diferencia se atenúa en el mundo rural debido a los problemas de masculinización que afectan a la población joven. En efecto, a medida que se sube en la escala de la ruralidad, aumenta la proporción de varones sobre mujeres, aunque en ninguno de los estratos se llegan a igualar. En los pueblos más pequeños, los que tienen menos de 100 habitantes, por cada 10 mujeres se cuentan 9,2 varones; la proporción va disminuyendo en los estratos con mayor población hasta alcanzar el número más bajo, 7,8 varones por cada 10 mujeres en los pueblos comprendidos entre 5.000 y 10.000 habitantes. Esta relación de géneros en la composición de la población rural es, en buena medida, el resultado de la emigración, que afectó más a las mujeres que a los hombres. Con todo, la población mayor rural está también feminizada, aunque menos que la urbana.

Viejos más viejos, más solteros y con estudios más nivelados

El mundo rural se caracteriza no sólo porque hay más personas mayores, sino también porque estas últimas tienen, en conjunto, más años. Por debajo de 80 años, el porcentaje de mayores urbanos es del 79 por cien, tres puntos más que el de los mayores rurales, que suponen el 76 por cien. Por tanto, los individuos de 80 o más años representan casi una cuarta parte de todos los mayores rurales. Importa asimismo destacar que nada menos que un 33 por cien de los que cuentan 80 o más años residen en el ámbito rural, porcentaje que es todavía dos puntos más alto cuando se refiere a los que tienen, o han sobrepasado, los noventa años. Este es un colectivo a menudo físicamente dependiente y, por tanto, muy necesitado de ayuda individual y social.

Por otra parte, si bien tanto en el medio rural como en el urbano son mayoría los mayores casados, se aprecian algunos cambios importantes en el estado civil. En los pueblos rurales aumenta el número de solteros y disminuye el de viudos. El incremento de la soltería es ya tradicional, sobre todo entre los varones por las dificultades que han tenido muchos de ellos para contraer matrimonio. Entre las mujeres, el problema se ha mitigado, aunque la soltería también ha tendido a ser algo mayor que en la ciudad. Por el contrario, en el mundo rural resulta mucho más difícil recomponer una nueva relación una vez que se ha roto la primera, bien por la muerte de uno de los cónyuges, bien porque ha mediado la separación o el divorcio.

Otro rasgo de distinción marcado entre los mayores rurales y urbanos es el nivel de estudios alcanzados. En la España rural tradicional apenas se encuentran mayores que posean credenciales educativas, aunque sean de enseñanza primaria, pero tampoco es corriente encontrar a gente que desconozca "las cuatro reglas", es decir, que no sepa leer ni escribir. Los mayores rurales suelen tener una formación más compensada, con un menor porcentaje de analfabetos y, también, de universitarios. En cambio, en las ciudades la formación se halla mucho más polarizada, con un grupo minoritario que no ha tenido acceso a ninguna formación, y otro que ha podido alcanzar títulos universitarios. Hay que destacar asimismo la escasa diferencia existente entre la formación de hombres y de mujeres rurales, muy concentrada en los estudios de primer grado.

Mayores rurales y familia

La importancia de la familia española en la provisión de bienestar es bien conocida y ha sido ampliamente documentada[3]. En consonancia con ello, la demanda de servicios sociales por parte de los mayores depende crucialmente de su situación familiar. Conviene, por tanto, conocer esta última para valorar hasta qué punto se precisan tales servicios. Si hasta hace pocos años en el mundo rural predominaba la familia numerosa, con más de cinco miembros, en la actualidad aumentan los hogares unipersonales y se reduce el resto (Alberdi 1999; Iglesias de Ussel 2005). En los pueblos muy pequeños, casi uno de cada cinco hogares está compuesto por personas solitarias, proporción que va mejorando una vez que aumenta el número de habitantes.

El análisis de la situación familiar de los mayores rurales permite trazar varios modelos. El primero se refiere a hogares con dos miembros, al menos uno de los cuales tiene 65 o más años. Este es el modelo más general: engloba al 42 por cien de los hogares rurales. El segundo modelo en importancia es el de los hogares de mayores integrados por una sola persona, ya sea hombre o mujer; el tercero se refiere a hogares con tres adultos, con o sin niños. Tras estos tres modelos se sitúan otros tipos de hogares rurales (los compuestos por dos adultos no mayores sin menores, los de cuatro adultos, con o sin menores, y los de

[3] Por ejemplo, Pérez-Díaz, Álvarez-Miranda y Chuliá (1999).

cinco o más adultos con o sin menores). Enfocando la atención en los hombres mayores, se aprecia su menor presencia en hogares unifamiliares y su mayor presencia en hogares de dos o tres adultos sin menores; entre las mujeres, su presencia es mayor en los hogares unifamiliares y de más de tres miembros.

Si bien no se han identificado grandes diferencias entre el modelo de hogar del mayor rural y urbano, sí se aprecian al introducir la variable género. En efecto, los hombres rurales parecen vivir una vida más solitaria que sus homólogos urbanos. De hecho, el porcentaje de los que viven solos supera al de los que viven en hogares de dos miembros. Es probable que el mayor rural que se queda viudo tenga menos posibilidades, o menos interés, en formar nueva pareja o casarse; situación diferente se observa entre los mayores urbanos, que cuentan con más facilidades para encontrar pareja y afrontan, por lo general, menor presión social en este sentido. En cambio, las mujeres mayores mantienen condiciones muy similares de estructura de hogar en el medio rural y urbano. En el primero, un 26 por cien forman hogares solitarios, porcentaje sólo un punto más alto entre las mujeres urbanas. No se advierten diferencias en los hogares de dos personas que, en uno y otro hábitat, suponen el 39 por cien, y sólo se observa una pequeña diferencia con respecto a los otros hogares. Las mujeres rurales suelen convivir en hogares más pequeños, con menos miembros, quizás porque en el mundo rural hay menos niños.

Desde otra perspectiva, las familias de los mayores rurales son algo menos numerosas que las de los mayores urbanos (2,21 miembros frente a 2,30). Lo normal es vivir con el cónyuge. En cuanto a los hijos que viven con los padres, predominan las hijas, solteras, con edades que superan los 35 años. Llama la atención el porcentaje más alto de personas que viven solas, a cuya explicación probablemente contribuye el hecho de que la esperanza de vida en el ámbito rural es también algo mayor.

Mayores rurales y recursos económicos

Los recursos económicos de los mayores proceden fundamentalmente de la percepción de pensiones de jubilación (más del 50 por cien) o de viudedad (entre el 15 y el 20 por cien). Entre las mujeres mayores, buena parte de ellas se dedican a las tareas del hogar y no disfrutan de una pensión propia. Por otra parte, un grupo pequeño (que representa el 2-3 por cien de los mayores) sigue trabajando. Si se analizan estas situaciones según la ubicación rural o urbana, aparecen ciertas variantes. En conjunto, no cabe afirmar que los mayores rurales estén menos protegidos que los urbanos. Ciertamente, hay menos pensionistas de viudedad, y más de jubilación; también es mayor el número de personas que se dedican al cuidado del hogar, aunque no estén desprotegidas económicamente. Por supuesto, las rentas de los mayores rurales, tanto las que provienen de la pensión como de otras fuentes, son muy importantes, pero es claro que el mundo rural no vive de estos recursos. Según la Encuesta sobre Condiciones de Vida (ECV) del año 2006, los hogares de mayores, que representan el 34,5 por cien de todos los hogares en el mundo rural, aportan el 24 por cien de la renta rural. Ello implica que, en los pueblos, los hogares encabezados por mayores tienen una renta significativamente más baja que los hogares encabezados por personas no mayores. La diferencia se estima en un 31 por cien según esta misma fuente de datos. Mientras un hogar rural tiene una renta media anual de casi 20.500 euros, los encabezados por personas de 65 o más años disponen de sólo algo más de 14.000 euros.

Al analizar la procedencia de los ingresos de los mayores rurales se observa que el 75 por cien de dichas rentas provienen de las pensiones de jubilación. Se aprecia asimismo en estas cuestiones una cierta discriminación entre hombres y mujeres, tanto en lo que se refiere al sustentador principal, como a las rentas que generan. Los hogares de mayores rurales varones aportan el 67 por cien de la renta de los mayores. Sin embargo, los hogares cuyo sustentador principal es un hombre, suponen el 61 por cien de todos los hogares. La conclusión es clara: mientras un hogar cuyo sustentador principal es un varón aporta una media de ingresos de 15.682 euros, cuando la sustentadora principal es una mujer mayor, los ingresos descienden hasta 11.700 euros, un 34 por cien menos.

La situación no cambia si, en lugar de los ingresos por hogar de las personas mayores, se toman los ingresos personales de cada mayor. La diferencia incluso aumenta. Un mayor rural tiene unos ingresos de 7.723 euros al año frente a 10.763 de que dispone una persona de 18 años o más residente también en un entorno rural (39 por cien menos). En este caso, también se mantienen las diferencias entre hombres y mujeres, si bien

algo más atenuadas: la media de ingresos de los varones mayores rurales asciende a 8.664 euros, aproximadamente 2.000 euros más que la media de las mujeres mayores rurales (por tanto, en torno a un 30 por cien menos que los varones).

Ahora bien, la situación económica de los mayores no es la misma en todas las comunidades autónomas. Ni lo es respecto a los ingresos de los hogares, ni lo es respecto a los ingresos personales. Hay comunidades en las que los ingresos de los hogares de los mayores superan ampliamente la media, destacando los casos de Navarra, Baleares, el País Vasco, Cantabria y Cataluña (cuadro 1). Se observa asimismo un largo recorrido entre los mayores que más ingresan por hogar y los que menos. La máxima corresponde a Navarra (22.343 euros) y la mínima, a Andalucía (11.153 euros), casi exactamente la mitad. A la luz de los datos se pueden establecer tres modelos de ingresos de los hogares de mayores: el de las comunidades "ricas", como las arriba citadas; el de las comunidades "pobres", como Andalucía, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, la Comunidad Valenciana y Murcia, y el intermedio, en el que quedarían incluidas las comunidades de Aragón, Asturias, Canarias, Galicia y La Rioja. Sorprende el caso de Madrid, que se encuentra entre las comunidades en las que los hogares de mayores rurales disponen de una menor cuantía de ingresos.

Comparando los ingresos por persona mayor, se reducen las diferencias, pero también cobran forma tres modelos, si bien no exactamente solapados con los anteriores. Ocupan los puestos más altos en esta escala Baleares, Navarra, el País Vasco y Cantabria (como en el modelo anterior), pero también Aragón y Asturias; el modelo de ingresos más modestos reúne a Madrid, Murcia, Andalucía y Canarias; y el modelo intermedio, al resto de comunidades. Respecto a los ingresos por jubilación es preciso hacer una matización. Los que menos perciben son los mayores de la Región de Murcia (6.255 euros), y los que más, los de Baleares (11.093), un 77 por cien más. Próximos al modelo balear se encontrarían los navarros, vascos, asturianos y aragoneses; y al modelo murciano, los madrileños, andaluces, valencianos, manchegos, gallegos y canarios; por último, el modelo intermedio se localiza en La Rioja, Cantabria, Cataluña, Castilla y León, y Extremadura.

En conclusión, como resume el cuadro 1, hay tres comunidades (Navarra, Baleares y País Vasco) que siempre emergen como las de ingresos más altos para los mayores, tanto si se toman los ingresos por hogar, los ingresos personales o los procedentes de la pensión de jubilación; y otras tres que ocupan el escalón más bajo: Murcia, Madrid y Andalucía. El resto, las otras once comunidades, basculan entre el modelo medio, el modelo alto e intermedio, o el modelo intermedio y bajo.

Los datos permiten, por tanto, afirmar la existencia de una España rural más o menos próspera, en la que los mayores, en general, disfrutan de una situación económica de cierto desahogo; una España rural más mermada, en la que los mayores viven en condiciones económicas menos desahogadas, y una tercera España rural situada entre las dos. La división norte-sur se dibuja con bastante nitidez. Esta evidencia es de suma importancia de cara a establecer una política de servicios sociales. El acceso de los mayores a los servicios sociales no ha de ser gratuito, pero sí estar condicionado por sus ingresos para, en la medida de lo posible, reducir la desigualdad que podría derivarse de no tener esta variable en cuenta a la hora de organizar la prestación de estos servicios.

Mayores rurales y movilidad

Teniendo en cuenta la cultura familiar que prevalece en España, cabría suponer que los mayores rurales, al hacerse dependientes y empezar a notar ciertas carencias, decidieran acogerse a la atención y el cuidado de los hijos. Como muchos de estos últimos emigraron a las ciudades, podría esperarse que los mayores se trasladaran a ellas en busca de la proximidad de sus descendientes. Pero, en contra de esta expectativa, se ha producido más bien el movimiento contrario: los mayores de hoy, emigrados a las ciudades décadas atrás, las abandonan para retornar a los pueblos de origen y pasar allí los últimos años de su vida. Este es un fenómeno relativamente nuevo que se viene constatando desde hace algunos años (García Sanz, 1997, 2000 y 2003) y que el Censo de 2001 ya puso de manifiesto.

Aun cuando los últimos datos censales no permiten analizar el fenómeno en toda su complejidad, sí avanzar algunas aproximaciones. De los mayores que actualmente residen en los pueblos rurales, un 68 por cien ha nacido en el mismo municipio en el que residen, pero otro 32 por cien ha llegado procedente de municipios diferentes al del nacimiento. La movilidad rural ha tenido algo

Cuadro 1

Modelos de ingresos de los mayores rurales por comunidades autónomas (euros anuales)

	Ingresos por hogar	*Ingresos por persona*	*Ingresos de la jubilación*
Comunidades "ricas"	Navarra (22.343) Baleares (20.320) P. Vasco (18.847) Cantabria (18.797) Cataluña (18.409)	Navarra (9.809) Baleares (10.836) P. Vasco (9.577) Cantabria (8.562) Asturias (8.817) Aragón (8.772)	Navarra (10.041) Baleares (11.093) P. Vasco (10.804) Asturias (9.391) Aragón (9.144)
Comunidades intermedias	La Rioja (13.983) Asturias (14.640) Canarias (14.719) Galicia (14.541) Aragón (14.648) **Media (14.111)**	La Rioja (7.935) Asturias (8.817) Cataluña (8.147) Castilla/León (7.633) Galicia (7.234) Castilla-Mancha (7.252) **Media (7.723)** C. Valenciana (7.457) Extremadura (7.405)	La Rioja (8.394) Cantabria (8.689) Cataluña (8.070) Castilla/León (8.012) **Media (8.017)** Extremadura (8.226)
Comunidades "pobres"	Andalucía (11.153) Murcia (12.280) Madrid (9.026) C. Valenciana (13.292) Castilla-Mancha (11.499) Castilla/ León (12.645) Extremadura (12.237)	Andalucía (6.845) Murcia (6.036) Madrid (6.853) Canarias (6.357)	Andalucía (7.130) Murcia (6.255) Madrid (6.853) C. Valenciana (7.688) Castilla-Mancha (7.694) Canarias (7.151)

Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida (ECV, 2006) del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es).

más de impacto entre las mujeres que entre los hombres, ya que es menor el porcentaje de las que residen en el mismo pueblo en el que han nacido. Esto se debe a que, cuando se han celebrado matrimonios entre jóvenes de distinto pueblo, habitualmente se ha elegido como lugar de residencia el del marido.

Abundando en el tema de la movilidad rural de los mayores, los datos dan respaldo a dos constataciones empíricas: por una parte, en la actualidad abandonan el mundo rural muchos menos mayores que los que lo hacían hace unos años; por otra, en nuestros días vuelven más personas mayores a los pueblos que las que los abandonan. De los más de dos millones de personas mayores que actualmente tienen fijada su residencia en pueblos rurales, algo menos de dos millones también la tenían en el año 1991, pero cerca de 100.000 (un 4 por cien del total) vivían en núcleos urbanos y se han trasladado a pueblos rurales. Diferente ha sido el movimiento de población desde el mundo rural hacia el urbano. Se contabiliza que este último, el urbano, sólo ha recibido unas 43.000 personas mayores (1 por cien).

Otros datos apuntan en la misma dirección, concretamente los referentes al año de llegada al municipio y la edad a la que se llegó, y los relativos al año de entrada en la vivienda y la edad a la que se entró. En ambos casos, el Censo de 2001 es bastante explícito, relacionando el año de llegada de la población a un determinado municipio, o a la vivienda en la que se reside, y la edad que se cuenta en uno y otro momento. Sobre el primer punto –el año de llegada de los mayores de 65 años a los municipios rurales–, la situación es la siguiente: un 3,5 por cien llegó entre 1996 y 2001 (es decir, entre cero y cinco años antes de que se efectuara el Censo); el 6,6 por cien lo hizo entre el

año 1981 y 1995 (entre seis y 20 años antes); otro 8,5 por cien , entre 20 y 30 años antes, y el resto, aproximadamente cuatro quintas partes (81,1 por cien), confirmó una residencia en los municipios rurales de más de 30 años.

Así pues, la mayor parte de los mayores rurales llevan casi toda la vida residiendo en el pueblo y, por tanto, su vida se ha hallado libre de movilidad residencial. Ahora bien, un porcentaje estimado en un 20 por cien ha llegado a su lugar de residencia actual a lo largo de las últimas décadas. Es probable que un número de estos, los que llegaron varias décadas antes, lo hicieran por motivos laborales o familiares, pero lo es menos que esta sea la causa de los que arribaron en la última o en las dos últimas décadas. Este podría ser el grupo de los denominados "retornados". En el momento de la llegada, este grupo tenía ya más de 45 años, y lo más probable es que se tratase de prejubilados que empezaban a valorar las condiciones de vida de los pueblos. El Censo no dice nada al respecto, pero el contraste de diversas informaciones ofrece verosimilitud a esta hipótesis.

Si en lugar de enfocar la atención sobre el lugar de residencia, se analiza el año en que llegaron a la vivienda, se confirman más o menos las estimaciones. Un 9 por cien de los mayores rurales llegaron a su actual vivienda entre 1996 y 2001, otro 6 por cien lo hizo entre 1991 y 1995, y nada menos que el 15 por cien entre 1981 y 1991. En total, un 30 por cien de las personas mayores que actualmente residen en el mundo rural han cambiado de vivienda; parece probable que la mayor parte lo haya hecho no porque se haya mudado permaneciendo en el mismo núcleo de población, sino porque se haya trasladado de lugar.

En todo caso, hay dos hechos que parecen incuestionables; primero, el aumento considerable de mayores que se trasladan a vivir a los pueblos rurales desde las ciudades, o desde núcleos urbanos; segundo, el saldo netamente positivo resultante al poner en relación los cambios de residencia de los mayores entre el medio urbano y el medio rural.

Mayores rurales y vivienda

Entre las circunstancias importantes que han de considerarse en el análisis del envejecimiento rural, además de los recursos económicos y la situación familiar, está la vivienda. Si el objetivo final de las políticas sociales es ayudar a envejecer en casa, es decir, en el propio ambiente en el que se ha desarrollado la propia vida, importan mucho las condiciones de habitabilidad de la vivienda. Su estado y condiciones facilitan, o dificultan, la vida cotidiana del mayor y el proceso de envejecimiento. Desde este punto de vista, no es irrelevante si la vivienda tiene barreras o está adaptada; si reúne las condiciones mínimas de luz, calefacción, servicios sanitarios, etc., o, por el contrario, carece de ellas. Todo ello cobra relieve en la adopción de decisiones sobre el envejecimiento rural y la política de fomentar la permanencia de los mayores en su entorno.

El Censo de Población de 2001 ofrece una cifra de 20,94 millones de viviendas en España, de las que 14,18 millones, es decir, algo más de dos terceras partes son principales. En el mundo rural la cifra de viviendas asciende a 5,8 millones, esto es, el 28 por cien del total, siendo el número de las principales 3,44 millones (59 por cien de las viviendas rurales, y 24 por cien del total de las viviendas principales). Pero los rasgos que interesa subrayar no son los generales, sino los que afectan a las personas mayores. La mayoría de los mayores rurales son propietarios de una vivienda, bien porque la han comprado (63 por cien), bien porque la ha heredado (29 por cien). Apenas hay casos de mayores con viviendas en alquiler (3 por cien). Por otro lado, entre los propietarios, sólo un 3 por cien tenían pendiente, en el momento de recogida de datos para el Censo, algún pago hipotecario.

Centrándonos en las condiciones de habitabilidad, la situación no parece muy halagüeña. Aproximadamente ocho de cada diez mayores viven en viviendas que no están catalogadas como accesibles, superándose este porcentaje en muchos pueblos rurales. Es cierto que la mayoría de viviendas rurales sólo disponen de una o dos alturas, pero carecen, por lo general, de ascensor. Más aún, en torno a un 10 por cien de mayores viven en edificios catalogados como ruinosos, malos o deficientes. Respecto a la dotación de servicios, cerca de un 10 por cien carece de abastecimiento público, y cerca del 20 por cien de alcantarillado. Las condiciones de estos hogares de mayores suelen ser más deficitarias, con peor equipamiento y servicios peor dotados. Afortunadamente, el agua corriente en las casas es prácticamente ya un servicio de acceso universal, si bien muchos hogares de mayores todavía no tienen acceso a la caliente. También casi todos los mayores rurales poseen un aseo, aunque todavía un 2 por cien carece de él. Otro problema muy distinto es en qué condiciones se encuentran estos servi-

cios y su adecuación a las circunstancias de los mayores.

Un déficit cada vez menor, pero todavía notable, reside en la ausencia de tendido telefónico. Si bien en el conjunto de la población sólo un 4 por cien de personas carecen de este servicio, entre los mayores rurales la cifra se triplica, alcanzando entre el 11 y el 12 por cien. La gravedad de esta carencia es más ostensible, habida cuenta de que muchos servicios de atención se dispensan ya telefónicamente.

Todas estas carencias, sobre todo las referidas a la accesibilidad, las barreras y la ausencia de algunos servicios básicos, representan un grave problema para poner en marcha las políticas conducentes a favorecer las decisiones personales de envejecer en casa. Para que este proyecto sea efectivo, es preciso que las viviendas de los mayores estén dotadas de servicios básicos, cuenten con las normas mínimas de movilidad y dispongan de las comunicaciones que hoy resultan inexcusables. De otro modo, el envejecimiento se producirá en condiciones precarias y los costes para las administraciones públicas serán mucho más elevados cuando se vean obligadas a sustituir o suplir las carencias personales o familiares que no ha podido cubrir el entorno familiar.

4. Diferencias entre los mayores rurales y urbanos según las encuestas

Los datos que aportan diferentes encuestas también marcan notables diferencias entre los mayores rurales y urbanos. Así, por ejemplo, de acuerdo con los datos que arroja la ya citada encuesta sobre condiciones de vida de los mayores que llevó a cabo el CIS en septiembre de 2006, los mayores rurales suelen estar más adaptados al medio en el que viven y muestran un equilibrio mucho mayor entre lo que tienen y lo que necesitan. Se aprecia, en general, un alto grado de satisfacción con la vida en el pueblo, con las condiciones medioambientales, con la ausencia de ruido exterior y con las condiciones de habitabilidad de la vivienda. Quizá han vivido tan mal y con tantas necesidades sin cubrir, que el acceso a mayor confort que ahora se pueden permitir les provoca notable satisfacción; se contentan con lo que tienen porque el pasado fue mucho peor. En este sentido declaran que su residencia habitual está adaptada a sus necesidades. Lógicamente, las viviendas de los pueblos suelen tener menos barreras que las de la ciudad, aunque en este punto los mayores rurales no suelen ser muy exigentes.

Entre los mayores rurales apenas ha entrado en casa el teléfono móvil, ni internet, como sí lo ha hecho en mayor medida en los hogares de los mayores urbanos. Echan, sin embargo, más en falta los comercios, los servicios de salud y, sobre todo, de transporte público. Quizá por ello, los mayores rurales empiezan a tener tantos coches como los urbanos. Los mayores rurales leen menos, ven más la televisión, oyen menos la radio y suelen salir más de casa. Las mujeres rurales suelen estar más entretenidas con sus trabajos manuales, y los hombres con los encuentros frecuentes en los bares y en la solana, o en la plaza (sobre todo, por las mañanas). La generalización de los hogares de pensionistas ha ampliado las horas de encuentro que tradicionalmente tenían lugar en el bar.

Los contactos de los mayores rurales con familiares residentes en el mismo pueblo son habituales; lo mismo sucede con otras personas de su misma edad y con la gente del pueblo. Todos ellos son encuentros que se producen con normalidad, sin necesidad de establecer citas o forzarlos. En cambio, la asunción de responsabilidades de atención y cuidado a los nietos es mucho menor en el mundo rural que en el urbano (28 por cien lo hacen todos los días frente al 43 por cien de media). Ello es debido a que el porcentaje de mujeres jóvenes que trabajan es menor, y mayor el número de mujeres amas de casa. Los mayores rurales están más alejados de los hijos y de los nietos por la emigración de los primeros, y más cerca de los familiares que tienen su misma edad. Su círculo de amigos es a menudo el de toda la vida; sus relaciones con la iglesia, más frecuentes, sobre todo entre las mujeres.

Los mayores rurales cuentan con un recurso tradicional para la atención del mayor como es la ayuda vecinal. Ahora bien, los vecinos son una ayuda, pero también pueden ser un problema. Ayudan a resolver situaciones de soledad e, incluso, tienen una buena disposición a prestar ayuda mutua, pero también son una fuente de conflicto si las relaciones no son buenas. Si bien es frecuente llevarse bien con ellos, no es raro no hablarse de por vida. A los vecinos se les puede pedir pequeñas acciones que ayudan a paliar las situaciones de dependencia, sobre todo la soledad, pero no que

sustituyan la responsabilidad de los hijos y del Estado.

Por otra parte, aunque tanto los mayores rurales como los urbanos consideran que la jubilación es un merecido descanso, a los primeros les cuesta mucho más adaptarse a ella. De hecho, la mayoría no se jubila "del todo", si bien, llegado el momento, perciben una pensión. Se observan asimismo diferencias en relación a las situaciones de dependencia y a las respuestas que se ofrecen a estas situaciones. Así, los mayores rurales poseen un menor conocimiento de la Ley de Dependencia y de las ayudas que se pueden solicitar con cargo a esta ley. Muestran, en cambio, una visión más optimista que los urbanos de la salud y manifiestan padecer menos enfermedades. Un porcentaje algo más elevado de mayores rurales sufren problemas respiratorios y diabetes, mientras que los mayores urbanos se hallan más aquejados por problemas de visión y corazón.

Preguntados por las situaciones de dependencia, poniéndoles en la tesitura de "si no pueden hacerlo y necesitan ayuda", su situación parece ligeramente mejor que la de los mayores urbanos: precisan asistencia para comer el 3 por cien de los mayores rurales, y el 3,6 por cien de los urbanos; para vestirse, el 6,3 por cien de los mayores rurales y el 8 por cien de los urbanos; para asearse, el 6,5 por cien de los mayores rurales y el 7,1 por cien de los urbanos; para levantarse o acostarse, el porcentaje coincide en 5,7, y prácticamente también coincide el grado de dependencia en cuanto a bañarse (en torno a 14 por cien), hacer compras (27 por cien), realizar las tareas domésticas (35 por cien) o administrar el dinero (12 por cien). Sin embargo, la necesidad de ayuda para andar por la calle es mayor entre los mayores urbanos (13,1 por cien frente a 9,8 por cien), como también lo es para hacer gestiones (17,7 por cien frente a 13,6 por cien) e ir al médico (27,3 por cien frente a 26,3 por cien).

En el caso de los mayores rurales, la persona o las personas que les ayudan se circunscriben a su círculo familiar más cercano, sobre todo el cónyuge y los hijos. Apenas se amplía con la presencia de otras personas, como la ayuda a domicilio. Sólo el 10 por cien de los mayores rurales dependientes están atendidos por personas que se encuentran fuera del círculo familiar, mientras que el porcentaje correspondiente asciende a más del 20 por cien entre los mayores urbanos. Quizá por esta cercanía familiar de los cuidadores, los mayores rurales manifiestan un mayor grado de satisfacción con la atención que reciben. Están satisfechos el 80 por cien de ellos, en tanto que entre los mayores urbanos esta satisfacción ronda el 70 por cien. Estos últimos reclaman mayor presencia de las administraciones públicas en la provisión de servicios. En cambio, los mayores rurales cuentan más con la familia, siguiendo una tradición de prestación de cuidados de la que ellos mismos también participaron atendiendo a sus propios padres.

La misma encuesta de 2006 permite constatar la existencia de un problema ya apuntado en trabajos anteriores: la soledad de los mayores rurales por la noche (García Sanz *et al.* 1997). Durante el día, mal que bien, se sienten acompañados, pero por las noches cada casa es un recinto cerrado y, a veces, la distancia entre casas habitadas provoca temor a no poder comunicar rápidamente alguna situación de urgencia. Los dos temores que más pesan entre los mayores rurales se concretan en la enfermedad y la muerte de la pareja. Lógicamente, estas son perspectivas también temidas por los mayores urbanos, pero en una proporción menor.

Si los principales temores son ésos, los deseos más claros entre los mayores rurales se concretan en emprender un viaje y tener cerca a la familia. Son dos aspiraciones que definen las carencias y los vacíos de su vida. La mayoría apenas ha salido del pueblo y no termina de asimilar la separación de la familia como consecuencia de la emigración.

5. Mayores rurales y servicios sociales

Cómo se envejecía antes y cómo se envejece ahora en los pueblos

Cuando la esperanza de vida era mucho menor y, con ella, la proporción de personas que llegaban a edades ancianas, quienes lo conseguían gozaban por lo general de la apreciación, incluso admiración de su entorno. Se les respetaba por haber sobrevivido a penurias y traumas, por su experiencia y su sabiduría; representaban el eje integrador de sus familias, concitaban unidad en torno a su persona. Integrados en sus hogares, rodeados de los suyos, envejecían. Los hijos, varones y, sobre todo, las hijas se ocupaban de distin-

ta manera de las necesidades de los mayores. Las hijas les cuidaban, y los hijos proveían a menudo una parte del sustento y les hacían compañía. El Estado actuaba, en todo caso, en situaciones excepcionales. Había residencias, aunque más bien eran consideradas asilos para "pobres", es decir, para personas que carecieran de familia. Ingresar en el asilo llevaba consigo un estigma que las familias rehuían.

En nuestros días, el modelo tradicional de envejecimiento en el ámbito rural también ha cambiado notablemente, y lo ha hecho por las profundas trasformaciones en las estructuras familiares y sociales de los pueblos. Entre las más importantes de estas transformaciones figura la desestructuración de las familias rurales con la emigración. Muchos mayores se han quedado en el pueblo, pero sus hijos –en no pocas ocasiones, todos– han emigrado. Ha cambiado asimismo profundamente el rol de la mujer con su incorporación al mercado de trabajo. Solo algunas familias pueden hacerse cargo de sus mayores y cuidarlos hasta su fallecimiento. Cuando no sucede así, se recurre a la ayuda a domicilio o a la rotación de los mayores entre los hogares de los hijos. Cuando tampoco estas fórmulas son posibles, la soledad y el abandono son con frecuencia el resultado final.

Si las familias cumplen una labor de prestación de cuidados de suma importancia en medios urbanos, todavía más en rurales. Las respuestas de las administraciones públicas a los problemas de los mayores llegan a menudo tarde, o no llegan, recayendo en la mayoría de los casos sobre los recursos de la propia familia. La teleasistencia, por ejemplo, quizá por tratarse de un instrumento técnico al que no están acostumbrados los mayores rurales, no está tan implantada como en medios urbanos. La ayuda a domicilio se presta a menudo sólo en situaciones extremas y apenas resuelve los casos sin el seguimiento, y aun la participación complementaria, de terceros, normalmente familiares directos. Finalmente, las residencias se utilizan cuando no queda más remedio. Dadas las dificultades para ingresar en residencias públicas, entran en consideración las privadas, pero muchas familias rurales no las pueden costear.

Por dónde debería ir una respuesta adecuada al envejecimiento rural

La asunción de responsabilidad familiar en el cuidado de los mayores rurales es, tanto por razones culturales como de infraestructura, ineludible. La búsqueda de alternativas al modelo tradicional de protagonismo familiar en el cuidado de los mayores no parece tan prometedora como la articulación de apoyos, incentivos y elementos de dinamización de los servicios de asistencia a las familias. Todavía muchas mujeres de edades intermedias aceptan como una obligación moral esta función de cuidado de los mayores, a la que no se plantean renunciar. Ahora bien, aun reconociendo que sobre las mujeres rurales va a seguir recayendo el grueso de la responsabilidad de la atención al mayor, queda todavía un gran margen para la intervención del Estado y para la colaboración de otros miembros del entorno familiar. Los servicios sociales públicos deben priorizar su intervención en estas mujeres. Desde mejorar su preparación para mejorar la atención hasta la compensación económica o el reconocimiento efectivo de su trabajo a través de la Seguridad Social, pasando por la sustitución temporal para evitar la sobrecarga de los esfuerzos realizados, las administraciones públicas pueden prestar un apoyo muy importante a estas mujeres cuidadoras. Y ello todavía resulta más importante habida cuenta del precario recorrido que, por motivos tanto de orden financiero como de organización, está teniendo la Ley de Dependencia.

Las instituciones estatales han de conocer qué es común y qué específico del envejecimiento en medios rurales, y atender las necesidades de los mayores rurales en colaboración con las familias, asumiendo la corresponsabilidad de su bienestar. Esa corresponsabilidad puede plasmarse en diferentes iniciativas, pero las peculiaridades del envejecimiento rural aconsejan invertir en la formación de las personas que han de cuidar a los mayores; incentivar el envejecimiento en casa con la dotación de una buena ayuda a domicilio, bien contratando a profesionales, bien incentivando económicamente a personas vinculadas con los mayores afectados. Asimismo, la intervención de las instituciones se hace necesaria para proveer recursos que cubran las deficiencias que se pueden originar con el paso del tiempo y con las situaciones de dependencia. Las cuestiones de adecuación de los servicios y prestaciones no pueden verse desplazadas por las de orden puramente económico-financiero.

En definitiva, las respuestas más prometedoras a los problemas derivados del envejecimiento en los pueblos consisten en combinar recursos familiares y públicos. Desde esta perspectiva, los centros polivalentes pueden representar una fórmula interesante netamente rural, que podría implantarse en muchos pueblos con financiación

mixta; centros, cuya dimensión y servicios se ajustaran flexiblemente a las características del pueblo y de sus mayores, especializados en la atención de día, y con algunas plazas de residencia, que pudieran cubrir la mayor parte de las demandas de las personas mayores en el tránsito de independientes a dependientes y una vez ya dependientes. Podrían actuar también como institución residencial, pero manteniéndose prioritariamente orientados a atender la demanda de los mayores de la propia localidad. Los servicios de estos centros deberían programarse de manera realista –es decir, teniendo en cuenta los recursos económicos y sociales de que se dispone– en función de los problemas detectados en el municipio y de las soluciones propuestas por los propios mayores.

Los centros polivalentes podrían representar una fórmula adecuada de dar el salto del envejecimiento en familia al envejecimiento en el pueblo, en la comunidad rural, aprovechando todos los recursos disponibles, en particular, los comunitarios; esto es, tanto los recursos sociales como económicos que se generan en el ámbito de la comunidad rural. Convenientemente articulada, una respuesta semejante estaría en línea con el futuro de los servicios sociales que tienden hacia la profesionalización de la atención, pero sin desvincularse de la familia y de la propia comunidad. Una profesionalización que, por otra parte, ha de entenderse más desde el punto de vista de los contenidos que de los encajes institucionales; es decir, como la condición para prestar atención a los mayores con unos conocimientos y una preparación suficientes, evitando así que, a la larga, con el agotamiento y la falta de recursos de diverso tipo se resienta la calidad de los cuidados, con efectos negativos tanto para la persona atendida como para la persona que atiende.

Bibliografía

Alberdi, I. (1999), *La nueva familia española*, Madrid, Taurus.

Bazo Royo, M.T. y B. García Sanz (2004), *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva internacional*, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.

García Sanz, B. (1997), *La sociedad rural ante el siglo XXI,* Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.

– (1998a), "Los mayores y el mundo rural", *Documentación social*, 112: 97-108.

– (1998b), "Ahorro de los mayores y servicios sociales en el mundo rural", *Cuadernos de Información económica,* 135.

– (1999), "Mundo rural, envejecimiento y servicios sociales", *Papeles y memorias de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas*, V (junio): 43-109.

– (2000), *La sociedad rural en Castilla y León ante el próximo siglo,* Valladolid, Junta de Castilla y León (2ª edición, actualizada y revisada).

– (2001), "La actividad de los mayores", en: Miguel, A. de (Coord.), *Los mayores activos,* Madrid, Secot: 141-166.

– (2003), *Sociedad rural y desarrollo*, Madrid, Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación.

– (Coord.), Martínez Paricio, J.; Saco, A. y M. Gaitero (1997), *Envejecimiento en el mundo rural: problemas y soluciones*, Madrid, IMSERSO.

– y Saco, A. (1997), "Envejecimiento en la sociedad rural: modelos y contrastes territoriales", *Revista de Gerontología,* 7, 1: 38-42.

– y Martínez Paricio J. (2005), "Demografía de la vejez", en: Bazo, T. y B. García, *Envejecimiento y sociedad: Una perspectiva internacional*, Madrid, Sociedad española de Geriatría y Gerontología (2ª edición revisada y ampliada).

Pérez-Díaz V. y J. C. Rodríguez (2007), *La generación de la transición: entre el trabajo y la jubilación,* Barcelona, La Caixa.

Pérez-Díaz, V.; Álvarez-Miranda, B. y E. Chuliá (1999), *Familia y sistema de bienestar: La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la educación*, Madrid, Fundación Argentaria-Visor.

Iglesias de Ussel, J. (2005), "¿Qué pasa con la familia en España?, *Cuadernos FAES de pensamiento político*, 7: 39-61.

Envejecimiento activo: contrastes y paradojas

José María Alonso Seco*

Resumen

Una de las aportaciones intelectuales más interesantes de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento reside en el concepto de "envejecimiento activo". Dicho concepto se asienta en tres pilares básicos: la salud, la participación social y la seguridad. En estas páginas se analizan algunas de las características de la participación social –acceso a la educación, al mercado laboral, reducción de la pobreza, participación en actividades culturales, sociales y políticas– y se contrastan con la efectiva realidad social de las personas mayores en España, a fin de examinar si –y hasta qué punto– los principios del envejecimiento activo se llevan a la práctica.

"La vejez es honorable si ella misma se defiende,
si mantiene su derecho,
si no es dependiente de nadie
y si gobierna a los suyos hasta el último aliento"

(Cicerón, *De Senectute*)

1. Consideraciones iniciales

Las líneas que siguen pretenden ser sólo una reflexión sobre algunos caracteres, o más bien contrastes o antítesis, que presenta el proceso de envejecimiento en nuestra sociedad.

En las últimas décadas del siglo XX, y ante el mayor envejecimiento de la población por el aumento de la esperanza de vida al nacer, se han venido dibujando, en los ámbitos de la biomedicina y de las ciencias sociales, nuevas perspectivas del envejecimiento cuyo denominador común reside en la consideración de la vertiente positiva de la vejez. Se han utilizado, a este fin, las expresiones envejecimiento "saludable", "con éxito", "óptimo", "vital", "productivo", "activo" o "positivo". Ha terminado por prevalecer la de "envejecimiento activo", sin duda en virtud de la influencia ejercida por el documento *Active Aging*, presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002 (Fernández-Ballesteros 2009: 28-30).

Este documento, por otra parte, contribuyó de forma decisiva a la orientación ideológica de las conclusiones de dicha Asamblea, tanto en la Declaración Política subsiguiente como en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 que resultó de ella. El Secretario General de las Naciones Unidas, institución organizadora del evento, hizo especial hincapié en la necesidad de la participación activa de las personas mayores en la sociedad: "debemos reconocer que, al ser mayor el número de personas que reciben una mejor educación y gozan de longevidad y buena salud, las personas de edad pueden contribuir más que nunca a la sociedad, y de hecho lo hacen. Si fomentamos su participación activa en la sociedad y el desarrollo, podemos asegurarnos de que se aprovechen su talento y experiencia inestimables. Las personas de edad que puedan y quieran trabajar deben tener la oportunidad de hacerlo; y todas las personas deben tener la oportunidad de seguir aprendiendo a lo largo de la vida" (ONU 2002: 73).

* Director General del Mayor de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (Comunidad de Madrid) (2003-2009); Departamento de Sociología I, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), (jmalonso@poli.uned.es).

Asimismo, en la Declaración Política se lee al respecto: "las personas, a medida que envejecen, deben disfrutar de una vida plena, con salud, seguridad y participación activa en la vida económica, social, cultural y política de sus sociedades" (ONU 2002, art. 5); "las personas de edad deben tener la oportunidad de trabajar hasta que quieran y sean capaces de hacerlo, en el desempeño de trabajos satisfactorios y productivos, y de seguir teniendo acceso a la educación y a los programas de capacitación; la promoción de su plena participación es elemento imprescindible para un envejecimiento activo" (ONU 2002: art. 12); un envejecimiento activo impulsado de forma muy reiterada en el contexto del lema "una sociedad para todas las edades".

En este sentido, cabe afirmar que se ha producido una importante inflexión en la consideración de la vejez como una etapa más del ciclo vital, no como el declive de la vida, ni menos aún como sinónimo de decrepitud. Las personas de edad también pueden ser productivas para la sociedad y contribuir al bienestar de ésta. Por esta razón, no deben ser objeto de discriminación; al contrario, debe fomentarse su participación activa en la vida económica, política, social y cultural de la sociedad. Es la visión positiva de Cicerón ante la vejez cuando confesó en el año 40 a.d.C.: "la escritura de este libro [*De Senectute*] me ha resultado tan placentera que no sólo ha disipado todas las molestias de la vejez, sino que la ha convertido en algo también dulce y placentero" (núm. 2), o también cuando precisó: "la culpa no está en la edad, sino en las costumbres" (núm. 7).[1]

Esa visión positiva contrasta con las teorías generales sobre el envejecimiento que, desde la sociología y la antropología cultural, surgieron en la segunda mitad del siglo XX: con las teorías de Simmons (1945), para quien los ancianos tienden a estar en un *status* más bajo en las sociedades desarrolladas que en las primitivas; con la "teoría de la desvinculación", de Cumming y Henry (1961), según la cual las necesidades individuales de las personas de edad están condicionadas al todo de la sociedad de la que forman parte. De acuerdo con esta teoría, a medida que la persona de edad entra en las últimas fases de la vida, ha de desvincularse, desapegarse, olvidar lo que fueron sus intereses, valores, prioridades y exigencias fundamentales, y asumir el forzoso alejamiento de la sociedad; con la edad crece su distanciamiento en relación con sus hijos, su familia y su medio. La desvinculación es un proceso *progresivo* porque termina con la muerte; y es *funcional* porque afecta a todos los que participan en el proceso, a la persona de edad porque ha de aceptar su nueva situación de exclusión, y a los hijos porque les brinda la posibilidad de ir desarrollando las funciones y roles sociales de que se ha despojado a los mayores. Siguiendo esta teoría, ese proceso de desvinculación ha de ser admitido como normal por las personas de edad, para que el abandono de tareas y la asunción de su muerte les resulten menos traumáticos.

Por otra parte, el concepto de envejecimiento activo no concuerda tampoco con la "teoría de la modernización" de Cowgill y Holmes (1972, y Cowgill 1974). Sostiene esta última que el prestigio de las personas de edad está condicionado por la modernización de la sociedad en que vivan. A mayor modernidad, menos estatus. El estatus de las personas mayores de 60 años es, por tanto, inversamente proporcional al grado de industrialización de la sociedad. Para Cowgill, la modernización se ha producido en cuatro dimensiones, en todas las cuales las personas de edad han perdido estatus: 1) en el campo de la salud, la tecnología sanitaria ha aumentado la esperanza de vida, de tal manera que llegar a viejo no representa ya un hecho extraordinario como en otros tiempos; 2) la nueva tecnología económica es competitiva, deja a las personas de edad fuera de la competencia en relación con los jóvenes más preparados; 3) la urbanización, el hacinamiento urbano y el predominio de la familia nuclear sobre la extensiva pueden ser causa de menos espacio físico para las personas de edad, que quedan relegadas; y 4) gracias a la masiva expansión educativa, los hijos ya no dependen de la tierra que heredan, sino de los estudios que realizan, que les dotan de mayor autonomía respecto de sus padres.

De todas estas teorías, que tuvieron tantos seguidores como detractores, habrá que ocuparse, siquiera tangencialmente, en páginas sucesivas, pues no por pasadas dejan de presentar algunos aspectos que mantienen actualidad.[2]

[1] Según Minois (1989: 62), puede parecer extraño que la civilización romana, tan severa con los ancianos, haya producido esta extraordinaria apología de la vejez, refiriéndose a *De Senectute* de Cicerón. En efecto, escritores de su época emplean las sátiras más ácidas para hablar de la vejez.

[2] Así, por ejemplo, la teoría de la desvinculación recibió importantes críticas por su carácter inevitable, y por la evidente desatención de las variables culturales, sociales y personales que inciden en el proceso de envejecimiento, y las enormes variaciones de éste en las distintas sociedades. La teoría de la modernización fue puesta en cuestión por Palmore y Maeda (1985), especialmente, en el análisis que estos autores hacen de la sociedad industrial japonesa, en el

Sobre este trasfondo, la cuestión que cabe plantearse es la siguiente: ¿se corresponde la visión sobre el envejecimiento activo auspiciada por las instituciones internacionales y nacionales con las pautas sociales actuales en el ámbito de las personas de edad? Conviene precisar, ya desde el comienzo, que el análisis que aquí se presenta va a referirse a las personas mayores de 60 años consideradas "válidas", "competentes" o "autónomas", es decir, aquellas que se valen por sí mismas. Aunque el concepto de envejecimiento activo también sea aplicable a ellas, se elude aquí el examen de las que, por incapacidad, enfermedad o discapacidades diversas, son llamadas "dependientes" o "asistidas" por necesitar la ayuda de otras personas para la realización de los actos corrientes de la vida.

2. Vejez y envejecimiento activo

Conviene comenzar por el concepto de vejez. No es fácil definirlo. Ya Simmons (1945) advertía de que es versátil, resbaladizo y variable, como noción de uso común y como término científico. La vejez se determina unas veces atendiendo a criterios cronológicos, y otras, de funcionalidad física o psíquica de la persona mayor. Pero en ambos casos se olvidan los factores culturales. De ahí que este autor, sin circunscribirse a la vejez en las sociedades primitivas, núcleo de su estudio, considere anciano a todo aquel que es tenido como tal en su medio social (San Román 1990: 22). Para la OMS, la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas ancianas de la misma edad. Los responsables políticos han de tener muy en cuenta este hecho a la hora de diseñar políticas para sus poblaciones de personas mayores. Impulsar políticas sociales basadas únicamente en la edad cronológica puede ser discriminatorio y contraproducente para el bienestar de las personas de edad avanzada (OMS 2002: 75). La discriminación por edad basada en una simple cronología (edad avanzada) no tiene justificación ni desde el punto de vista jurídico, ni ético, moral, social y especialmente humano (Del Río 2005: 204). No obstante, y aun conscientes de la relatividad intrínseca del criterio de la edad para establecer la etapa de la vejez, sobre todo en los países desarrollados, aquí se utilizará en lo sucesivo convencionalmente el criterio al uso en las Naciones Unidas, designando como "personas de edad" a los mayores de 60 años.

Define la OMS el envejecimiento activo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". Se aplica a los individuos y a los grupos de población. El término "activo" hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas mayores que se jubilan pueden seguir realizando contribuciones activas en el seno de sus familias y comunidades. El término "salud" se refiere al bienestar físico, mental y social. Este concepto implica, además, que el envejecimiento tiene lugar en el propio entorno, dentro del contexto de "los demás": los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia (OMS 2002: 79).

El envejecimiento activo se fundamenta, por tanto, en tres pilares: salud, participación y seguridad; sobre ellos se asientan las políticas que, según la OMS, deben desarrollar los distintos gobiernos. La necesidad de delimitar el ámbito de estas páginas aconseja centrarse en uno de ellos; aquí se enfocará la atención sobre el de la participación. Según la OMS, este pilar implica, en síntesis, lo siguiente:

- Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital: 1) educación básica y conocimientos mínimos sobre la salud; 2) aprendizaje durante toda la vida, impulsando programas de formación que apoyen el aprendizaje continuo para las mujeres y los hombres a medida que envejecen, y el acceso a las nuevas tecnologías de la información.

- Reconocer y permitir la participación activa de las personas mayores en las actividades de desarrollo económico, el trabajo formal e informal y las actividades de voluntariado, de acuerdo con sus necesidades, preferencias y capacidades individuales: 1) reducción de la pobreza y generación de ingresos; 2) políticas del mercado laboral y de empleo que permitan la participación de las personas en trabajos gratificantes a medida que envejecen: 3) reformas de las pensiones que fomenten la productividad; 4) sistemas de jubilación más flexibles; 5) programas de trabajo informal que reconozcan la contribución de las mujeres y los hom-

que los valores culturales de respeto al anciano prevalecen sobre el pretendido olvido que origina la industrialización. Sobre estas y otras teorías, sus partidarios y opositores, véase con mayor extensión San Román (1990: 17-82).

bres mayores en los trabajos no remunerados y en los cuidados domésticos; 6) actividades de voluntariado, fomentando la participación de las personas mayores en actividades voluntarias que resulten estimulantes.

• Alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen: 1) proporcionar servicios de transporte público accesibles y económicos en áreas rurales y urbanas para que las personas de edad puedan participar en la vida de la familia y de la comunidad; 2) implicar a las personas mayores en los procesos políticos que afectan a sus derechos; 3) fomentar una sociedad para todas las edades a través de actividades intergeneracionales en colegios y comunidades; 4) presentar una imagen positiva del envejecimiento; 5) reducir las desigualdades en la participación de las mujeres: 6) apoyar a las organizaciones que representan a las personas mayores, proporcionándoles formación y ayuda financiera (OMS 2002: 101-102).

Comprobemos seguidamente si los criterios antes citados se cumplen de manera práctica en nuestra sociedad, de forma que pueda decirse que el envejecimiento activo no es sólo una aspiración o tendencia, sino también un hecho real que ha transformado el modelo social de envejecer.

3. Participación de las personas de edad en actividades educativas

Ofrecer a las personas de edad oportunidades de educación y aprendizaje constituye la primera medida para impulsar su participación activa en la sociedad y procurarles un mejor envejecimiento. Lo escribió con clarividencia Cicerón en el primer siglo a.d.C., al acentuar la necesidad de ejercitar la inteligencia en la vejez. Después de manifestar que estaba redactando nuevas obras, corrigiendo discursos, aprendiendo griego, compilando libros de Derecho, afirmaba que "al que vive metido en estos estudios y trabajos no se le nota cuándo llega la vejez, y así la edad envejece poco a poco sin sentirlo y sin quebrarse de golpe, sino que se extingue con el paso del tiempo" (Cicerón 2001: 38).

Más arriba se citó a Cowgill (1974), para quien la pérdida del *status* de la persona mayor en las sociedades desarrolladas viene dada, entre otras causas, por la extensión de la educación de masas desde la niñez, lo cual implica una mayor preparación de los jóvenes frente a las personas de edad, incapaces de superarlos en conocimientos y, en consecuencia, con menores posibilidades de competir socialmente. Este argumento no dio lugar sólo a una teoría del siglo pasado. Pensemos en la sociedad actual, en cómo los hijos de personas entre los cuarenta y cincuenta años dominan mucho mejor que lo podrán hacer sus padres los idiomas, las nuevas tecnologías y otros instrumentos del saber, necesarios para concurrir en el mercado laboral. De ahí la importancia de que las personas mayores sigan actualizándose en los conocimientos que les exigen los nuevos tiempos. La idea de Cowgill está presente también en la obra de Norberto Bobbio. Según él, en las sociedades tradicionales estáticas, que evolucionan lentamente, el viejo encierra en sí el patrimonio cultural de la comunidad. No cambian en ellas las reglas fundamentales que rigen la vida del grupo, referentes a la familia, el trabajo, los momentos lúdicos o la actitud ante el más allá. Pero esto se trastoca en las sociedades evolucionadas, en las que el cambio es más rápido. El viejo se convierte crecientemente en quien no sabe con respecto a los jóvenes que saben, y saben, entre otras cosas, porque tienen más facilidades para el aprendizaje. Por esta razón, Bobbio (1997: 27-29) habla del "envejecimiento cultural", que acompaña al biológico y al social.

Dicho esto, ¿cómo se posiciona nuestra sociedad ante la participación de las personas de edad en actividades educativas, con el fin de favorecer el envejecimiento activo y evitar su separación, aislamiento, discriminación, incluso marginación? Examinemos, en primer lugar, el nivel de estudios alcanzado por las personas de edad (Cuadro 1). De una simple mirada se aprecia que las personas mayores de 65 años han alcanzado un nivel de estudios verdaderamente bajo, pues aproximadamente tres cuartas partes de ellos han cursado como máximo educación primaria, mientras que sólo el 8 por cien cuenta con educación superior; son también bajos los porcentajes que se alcanzan en los niveles de educación secundaria. Bien es cierto que esta situación irá cambiando en los próximos años, pues las generaciones posteriores poseen niveles de educación más elevados (de especial importancia es el segmento de 30 a 44 años, que viene empujando, imparable, a generaciones de mayor edad).

En el cuadro 2 quedan reflejados los deseos que tienen las personas mayores de participar en actividades educativas, sean éstas de educación formal, de educación no formal o de aprendizaje informal. Según las definiciones del INE, "educación for-

Cuadro 1

Nivel de formación alcanzado por grupos de edad (personas de ambos sexos)

Años	*Total adultos*	*Educación primaria o inferior (%)*	*Educación secundaria (1ª etapa) (%)*	*Educación secundaria (2ª etapa) (%)*	*Educación superior (%)*	*No consta (%)*
Total	38.042,70	31,7	23,0	20,9	24,3	0,1
16 a 29	8.076,00	10,7	31,3	31,7	26,3	0,1
30 a 44	11.648,00	12,5	25,3	24,7	37,4	0,1
45 a 64	10.946,10	37,7	23,3	18,8	20	0,2
> 65	7.372,60	76,4	9,7	5,9	8	0,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE 2008).

mal" es la proporcionada en el sistema de colegios, institutos, universidades y otras instituciones de educación que conducen a la obtención de un título oficial. La "educación no formal", en cambio, incluye todas aquellas actividades educativas organizadas y sostenidas que no conducen a la obtención de un título oficial; puede tener lugar tanto dentro como fuera de las instituciones educativas, y atender a personas de todas las edades. Finalmente, el "aprendizaje informal" se define como aquellas actividades que se realizan con la intención de aprender, pero están menos organizadas y estructuradas que las actividades educativas, formales o no formales.

Del cuadro 2 se desprenden varias conclusiones: 1) es normal el bajo porcentaje de participación de las personas mayores de 65 años en actividades de educación formal, más propia de personas en edades entre los 5 y los 24 años; 2) es más significativo el descenso en actividades de educación no formal a partir de los 65 años, pues se trata de una edad en que la capacidad cognitiva, salvo excepciones, se mantiene en buenas condiciones todavía; 3) el mayor porcentaje, en esa misma edad, de participación en actividades de aprendizaje informal se vislumbra como un buen síntoma, pero quizá también todavía débil teniendo en cuenta el tiempo de que disponen las personas jubiladas; 4) se echa en falta que las personas mayores de 65 años no muestren una mayor aproximación a los niveles de educación no formal y aprendizaje informal registrados entre los sectores más jóvenes que ellas.

El cuadro 3 puede resultar también bastante significativo, por cuanto incluye información sobre las intenciones de las personas de edad respecto de su necesidad de aprender o de seguir aprendiendo. De este cuadro cabe extraer algunas

Cuadro 2

Participación en actividades de educación por grupos de edad (personas de ambos sexos)

Años	*Total adultos*	*En actividades de educación formal (%)*	*En actividades de educación no formal (%)*	*En actividades de aprendizaje informal (%)*
25 a 34	7.611.513	11,78	32,52	33,02
35 a 44	7.252.367	4,62	30,68	30,31
45 a 34	5.910.331	3,39	25,32	24,93
55 a 64	4.733.276	1,82	15,68	20,34
65 a 74	3.730.648	0,72	7,44	14,41

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA) (INE 2007).

Cuadro 3

Adultos según su intención declarada de aprender (personas de ambos sexos)

AÑOS	*Total adultos*	*Tiene intención de aprender o de seguir aprendiendo (%)*	*Ha participado en actividades educativas, pero no quiere participar en más (%)*	*Ni ha participado ni quiere participar en actividades educativas (%)*	*Ha buscado y encontrado información (%)*	*Ha buscado, pero no ha encontrado información (%)*	*No ha buscado información (%)*
25 a 34	7.611.513	21,34	28,95	49,71	28	2,4	69,61
35 a 44	7.252.367	19,4	24,82	55,78	22,93	1,78	75,29
45 a 54	5.910.331	14,4	22	63,6	17,08	1,05	81,87
55 a 64	4.733.276	8,14	13,72	78,14	9,62	0,83	89,55
65 a 74	3.730.648	5,46	5,83	88,7	4,72		94,98

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA) (INE 2007).

conclusiones: 1) es muy escaso el porcentaje (5,5 por cien) de personas entre 65 y 74 años que tienen intención de aprender o seguir aprendiendo; 2) es muy alto el porcentaje (88,7 por cien) de personas del mismo grupo edad que no han participado ni quieren participar en actividades educativas; 3) es muy bajo el porcentaje (4,7 por cien) de quienes buscan y encuentran información acerca de estas actividades; 4) es notoriamente muy elevada la proporción (más de nueve de cada diez) de quienes no han buscado información sobre el acceso a actividades educativas, aspecto que parece el más preocupante de todos.

Otro aspecto explícitamente expuesto por la OMS que guarda estrecha relación con el envejecimiento activo es el acceso a las nuevas tecnologías de la información. El cuadro 4 recoge algunos datos al respecto. A partir de los 65 años de edad, casi nueve de cada diez personas no saben utilizar un ordenador, mientras que apenas supera el 2 por cien el porcentaje de usuarios avanzados y es muy moderado el de usuarios básicos (9 por 100).

A la vista de estos datos cabe concluir que el nivel educativo de las personas de edad en España es sensiblemente bajo, y que difícilmente podremos hablar de envejecimiento activo si no se fomentan bastante más, tal como aboga la OMS, los programas de aprendizaje a medida que las personas comienzan a envejecer. En los cuadros anteriores, por no hacerlos más extensos, no se han diferenciado los datos por sexo. Como pauta general, son menos favorables para las mujeres que para los hombres; de ahí la necesidad de tener muy en cuenta esta variable a la hora de establecer políticas educativas de cara al envejecimiento activo. En cualquier caso, programas que se han puesto en marcha en los últimos años desde las administraciones públicas, tales como las universidades para mayores o las aulas informáticas para personas mayores, merecen la mejor de las bienvenidas.[3] Estos programas están orientados no tanto a conseguir o mejorar la competencia profesional propiamente hablando, sino a cultivar la mente, propiciar la reflexión sobre la cultura y los valores y a facilitar a los mayores nuevos conocimientos para aprender a desenvolverse en una sociedad tan cambiante como la actual (Mataix 2007: 138).

[3] Sirva como ejemplo la Comunidad de Madrid. En el curso 1999-2000 se puso en marcha la primera experiencia de Universidad para los Mayores en colaboración con la Universidad Complutense. En el curso siguiente se amplió a la Universidad Carlos III y, a partir de 2003, a las cinco universidades públicas madrileñas que imparten Humanidades. Los cursos, para personas mayores de 55 años, tienen una duración de tres años, tratan sobre materias culturales, científicas y técnicas, se imparten por profesores universitarios, y son financiados por la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la Universidad respectiva. Asimismo, y en colaboración con La Caixa, existen en los centros de día para mayores aulas informáticas para enseñarles el manejo del ordenador y de internet (las memorias anuales y páginas web de todas estas instituciones contienen información al respecto).

Cuadro 4

Capacidad de uso del ordenador (personas de ambos sexos)

Años	*Total adultos*	*No sabe (%)*	*Solo para navegar por internet (%)*	*Usuario básico (%)*	*Usuario avanzado (%)*	*Usuario experto (%)*
25 a 34	7.611.513	21,9	1,17	40,5	29,52	6,92
35 a 44	7.252.367	30,83	1,22	40,04	22,41	5,5
45 a 54	5.910.331	44,98	0,96	36,42	14,78	2,85
55 a 64	4.733.276	65,85	1,07	23,02	8,68	1,38
65 a 74	3.730.648	86,98	1,44	9,15	2,11	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA) (INE 2007).

4. Participación de las personas de edad en el mercado laboral

El envejecimiento activo comporta la participación de las personas en las actividades de desarrollo económico, entre ellas las de trabajo formal e informal. ¿Es válida esta afirmación para las sociedades desarrolladas, en las cuales se ha establecido, por lo general, una edad obligatoria de jubilación y en las que se acostumbra a incluir a las personas retiradas del trabajo dentro de la categoría de "clases pasivas"? Escribía el ya citado Cowgill (1974) que el retiro o jubilación es un invento moderno, propio tan sólo de sociedades y zonas altamente industrializadas. Otros autores han establecido una diferencia entre edad de jubilación legal y de retiro efectivo; en los países desarrollados existe un desfase entre ambas, porque la primera no se fija con arreglo a las exigencias de capacidad que implica la segunda, sino en virtud de otro tipo de factores institucionales o económicos (San Román 1990: 183). La cuestión no es sencilla de responder porque, si bien es indudable que la jubilación supone un apartamiento de la actividad laboral y, en consecuencia, una desvinculación social en la línea propugnada por la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry, también es cierto que lleva consigo la percepción de una pensión sustitutiva, total o parcialmente, del salario, acompañada de un descanso, muchas veces apetecible para la persona mayor. No siempre es forzosa, sino también deseada.

Según el INE, siguiendo criterios de la Organización Internacional del Trabajo, la población económicamente activa está constituida por todas aquellas personas en edad de trabajar (16 años o más) que, en un período de referencia dado, suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios económicos o están disponibles para hacerlo y hacen gestiones para incorporarse a dicha producción. Son, por tanto, personas inactivas quienes realizan labores domésticas, los estudiantes, jubilados y pensionistas. Ya en esta definición, fruto de una elaboración cuidadosa de años y común a todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), las personas de edad aparecen como "inactivos", lo cual implica ya una cierta contradicción, o al menos una falta de correspondencia, con la noción de envejecimiento "activo".

En los cuadros 5 y 6 se reflejan, en valores absolutos y porcentuales, la población total de España, la población activa y la población ocupada, correspondiente a los años 2005 y 2008, por tramos de edades. De los datos expuestos –recogidos antes de que la actual crisis económico-financiera hiciera sentir con toda fuerza sus efectos sobre el mercado de trabajo– se desprenden algunas conclusiones, entre las cuales cabe destacar las siguientes: 1) a partir de los 60 años se produce un descenso notorio y significativo de personas activas y ocupadas; 2) las personas activas a partir de los 65 años representan sólo el 0,5 por cien de la población activa; 3) el número de personas activas y ocupadas comienza a descender entre los 55 y 59 años, edad temprana teniendo en cuenta la esperanza de vida actual; 4) las personas mayores de 60 años activas sobre el total de activos (4 por cien en 2005 y 4,4 por cien en 2008)

y las personas mayores de 60 años ocupadas sobre el total de ocupados (4,4 por cien en 2005 y 4,7 por cien en 2008) representan aproximadamente una quinta parte de las personas mayores de 60 años sobre el total de la población (21,4 por cien en 2005 y 21,6 por cien en 2008); 5) en 2008 menos del 10 por cien de la población mayor de 60 años estaba ocupada, porcentaje que en el caso de la población mayor de 65 años caía al 2 por cien.

Es cierto, como antes se dijo, que bastantes personas mayores desean jubilarse y dejar de trabajar. También lo es que, con el incremento de la edad, aumentan la discapacidad para el trabajo y la dependencia, una inactividad justificada en definitiva. Pero los datos, así como la propia observación diaria de nuestro entorno revelan que existen situaciones de inactividad laboral (desempleo, prejubilaciones, jubilaciones) no queridas por las personas mayores. Piénsese, por ejemplo, en las prejubilaciones anticipadas, forzosas, que llevan a cabo las empresas, los expedientes de regulación de empleo, etc. O en la jubilación ordinaria forzosa que establece el sistema jurídico español (véase al respecto la disposición adicional décima del vigente Estatuto de los Trabajadores) y que tiene lugar cuando así se establece en convenios colectivos, los trabajadores cumplen los requisitos para tener derecho a pensión de jubilación y ésta se encuentra asociada a medidas de políticas de empleo, entre ellas la contratación de nuevos trabajadores. Como algún autor ha apuntado, mediante la jubilación de los trabajadores tiene lugar un relevo generacional que permite la sustitución de los de edad avanzada por otros más jóvenes. Siempre la jubilación ha tratado de conseguir este objetivo, pero más aún cuando se han anticipado las edades de jubilación como medida coyuntural de políticas de empleo (Rivero 2007: 1096). Estas últimas son, en muchas ocasiones, políticas de sustitución de los mayores por los más jóvenes. A los supuestos subyacentes a estas políticas de jubilación pueden añadirse otros muy variados en los que claramente se margina al trabajador de la actividad laboral que venía desempeñando sólo por considerarle persona mayor o, sencillamente, porque interesa que una persona más joven ocupe ese puesto de trabajo.

Cuadro 5

Población total, activa y ocupada, 2005-2008 (Personas de ambos sexos)

	Valores absolutos (miles)					
	2005			*2008*		
	Población	*Activos*	*Ocupados*	*Población*	*Activos*	*Ocupados*
Total	43.141,4	20.885,7	18.973,2	45.328,7	22.848,2	20.257,6
De 0 a 4 años	2.201,0			2.391,0		
De 5 a 9 años	2.003,0			2.207,3		
De 10 a 15 años	2.521,5			2.522,7		
De 16 a 19 años	1.867,3	538,9	381,8	1.840,6	535,6	324,5
De 20 a 24 años	2.917,5	1.955,8	1.622,5	2.749,5	1.872,4	1.490,5
De 25 a 29 años	3.681,5	3.125,6	2.776,1	3.595,2	3.108,5	2.685,7
De 30 a 34 años	3.756,4	3.192,0	2.933,0	4.054,4	3.569,7	3.191,9
De 35 a 39 años	3.585,3	2.964,7	2.736,3	3.860,4	3.307,1	2.987,7
De 40 a 44 años	3.366,3	2.732,9	2.539,7	3.638,5	3.065,1	2.770,4
De 45 a 49 años	3.009,1	2.333,0	2.180,0	3.318,1	2.703,9	2.474,3
De 50 a 54 años	2.598,3	1.820,6	1.712,2	2.868,9	2.131,8	1.957,5
De 55 a 59 años	2.429,7	1.364,6	1.278,0	2.531,7	1.544,6	1.426,5
De 60 a 64 años	2.096,5	714,7	674	2.336,0	850,9	793,8
De 65 a 69 años	1.982,3	92,5	89,7	1.906,5	117	113,2
> 70 años	5.125,8	50,5	49,8	5.507,9	41,8	41,6
Subtotal > 60 años	**9.204,6**	**857,7**	**813,5**	**9.750,4**	**1.009,7**	**948,6**

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa (INE).

Cuadro 6

Población total, activa y ocupada, 2005-2008 (Personas de ambos sexos)

	Porcentajes					
	2005			2008		
	Población	Activos	Ocupados	Población	Activos	Ocupados
Total	100	100	100	100	100	100
De 0 a 4 años	5,1			5,3		
De 5 a 9 años	4,6			4,9		
De 10 a 15 años	5,8			5,6		
De 16 a 19 años	4,3	2,6	2	4,1	2,3	1,6
De 20 a 24 años	6,8	9,4	8,6	6,1	8,2	7,4
De 25 a 29 años	8,5	15	14,6	7,9	13,6	13,3
De 30 a 34 años	8,7	15,3	15,5	8,9	15,6	15,8
De 35 a 39 años	8,3	14,2	14,4	8,5	14,5	14,7
De 40 a 44 años	7,8	13,1	13,4	8	13,4	13,7
De 45 a 49 años	7	11,2	11,5	7,3	11,8	12,2
De 50 a 54 años	6	8,7	9	6,3	9,3	9,7
De 55 a 59 años	5,6	6,5	6,7	5,6	6,8	7
De 60 a 64 años	4,9	3,4	3,6	5,2	3,7	3,9
De 65 a 69 años	4,6	0,4	0,5	4,2	0,5	0,6
> 70 años	11,9	0,2	0,3	12,2	0,2	0,2
Subtotal > 60 años	21,4	4	4,4	21,6	4,4	4,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa (INE).

5. Reducción de la pobreza y generación de ingresos

La pobreza es una de las primeras causas de exclusión social. Difícilmente podrá hablarse de envejecimiento con calidad de vida si no se reduce la pobreza entre las personas de edad. La erradicación de la pobreza y la seguridad de los ingresos de las personas mayores, en especial de las mujeres, constituyó uno de los objetivos fundamentales del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, impulsado por Naciones Unidas: "En muchos países, las personas de edad todavía suelen ser excluidas de las políticas de erradicación de la pobreza (…) Hacen falta medidas especiales de protección social para hacer frente a la feminización de la pobreza, en particular, en el caso de las mujeres de edad" (ONU 2002: 20).

En el cuadro 7 se refleja la evolución de la tasa relativa de riesgo de pobreza entre los años 2004 y 2008, utilizando las últimas cifras ofrecidas por el INE. La tasa de pobreza relativa se define por el INE como el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza, medido éste como el 60 por 100 de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de las personas. La mediana es el valor que, ordenando a todos los individuos de menor a mayor ingreso, deja a una mitad de los mismos por debajo de dicho valor, y a la otra mitad por encima. Por tanto, por tratarse de una medida relativa, su valor depende de cómo se distribuya la renta entre la población.

Los datos recogidos en el cuadro 7 dan pie para algunos comentarios: 1) entre los mayores de 65 años ha descendido la tasa de riesgo de pobreza en los últimos años; 2) no obstante, siguen apreciándose en ese grupo de edad tasas bastante elevadas, tanto en el conjunto de los sexos, como en los varones y en las mujeres por separado; 3) la tasa de riesgo de pobreza es más elevada en las mujeres que en los hombres (entre 4,5 y 5 puntos de diferencia porcentual), lo cual revela de forma explícita el fenómeno antes citado de feminización de la pobreza en las personas de edad; 4) el paso del tramo de 50 a 64 años al de mayores de 65 años implica un aumento bastante significativo de la tasa de pobreza, tanto en el conjunto de los sexos (11,3 puntos de diferencia), como en el de los varones (9,3 puntos de diferencia) y, muy en especial, de las mujeres (12 puntos porcentuales de diferencia).

Cuadro 7

Tasa de riesgo de pobreza, 2004-2008

Sexo	*Tramos de edad*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*	*2008*
Ambos sexos	**50 a 64 años**	16,6	16,7	16,4	16,8	16,9
	> 65 años	29,6	29,4	30,6	28,5	27,6
Varones	**50 a 64 años**	16,3	16,2	15,4	15,8	16,3
	> 65 años	26,7	26,4	28	26,1	25
Mujeres	**50 a 64 años**	16,8	17,2	17,4	17,7	17,5
	> 65 años	31,8	31,6	32,6	30,2	29,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida (INE 2008).

Como complemento al cuadro 7, en el cuadro 8 se ofrecen el número total y la cuantía media de las pensiones contributivas que concede la Seguridad Social, en sus distintas modalidades (jubilación, incapacidad permanente, viudedad, orfandad, y en favor de familiares) según regímenes. No recoge el cuadro las pensiones no contributivas ni las de otros sistemas diferentes al de la Seguridad Social. Pero, habida cuenta de que la Seguridad Social es el organismo que concede mayor número de pensiones para personas de edad, los datos pueden resultar de interés para conocer el importe de las pensiones medias por tramos de edad (por razones de brevedad, se reflejan únicamente los tramos superiores a 60 años).

Del cuadro 8 se deducen también algunas consideraciones: 1) existe una gran diferencia entre la pensión media entre varones y mujeres, debida, en parte, a que las mujeres perciben en mayor número pensiones de viudedad y éstas son inferiores en cuantía a las de jubilación; 2) la diferencia entre la pensión máxima en 2010 (2.466,20€ mensuales) y las pensiones medias que figuran en el cuadro es, cuando menos, significativa, e indica que la mayor parte de las pensiones del sistema de la Seguridad Social son más bien bajas, hecho que también queda confirmado por el siguiente dato: el mayor número de pensionistas (2.030.585, de los que 663.640 son hombres y 1.366.894 mujeres) perciben pensiones que se sitúan en el tramo de de 550,01€ a 600,00€ mensuales, cantidades que reflejan la actual situación de pobreza relativa en que se encuentran bastantes personas de edad, de forma especial las mujeres. Por ello, es preciso insistir, siguiendo el documento ya citado de la ONU (2002: 22), en la necesidad de "elaborar y aplicar políticas encaminadas a asegurar que todas las personas dispongan de una protección económica y social suficiente en la vejez, así como esforzarse por asegurar la igualdad entre los géneros en los sistemas de protección social/seguridad social". A la luz de estos datos, no parece que en España nos encontremos en las mejores condiciones para poder afirmar que la variable de la situación económica esté contribuyendo a un envejecimiento activo de calidad. También por esta razón hablamos de contrastes y paradojas a la hora de analizar el alcance del envejecimiento activo en España.

Cuadro 8

Pensiones contributivas de la Seguridad Social (2010)

Grupos de edad	*Varones*		*Mujeres*		*Total*	
	Número	*Pensión Media €*	*Número*	*Pensión Media €*	*Número*	*Pensión Media €*
60 - 64	466.112	1.196,91	336.794	735,75	802.906	1.003,45
65 - 69	843.438	1.136,98	634.077	664,16	1.477.515	934,06
70 - 74	723.538	993,63	633.157	605,96	1.356.695	812,69
75 - 79	723.576	930,81	770.204	583,00	1.493.780	751,46
80 - 84	493.307	852,72	713.410	553,16	1.206.717	675,62
85 y más	350.800	749,55	786.094	501,66	1.136.894	578,15

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social (Febrero 2010).

6. Participación de las personas de edad en actividades culturales

La participación de las personas de edad en actividades cívicas y culturales, como estrategia para luchar contra el aislamiento social y favorecer el envejecimiento activo, es una constante muy repetida, asimismo, en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 (ONU 2002: 37). La cultura, en efecto, concepto de difícil aprehensión y definición, es un bien que pertenece a la propia persona y que se obtiene como resultado de conocimientos, experiencias personales, profesionales, del conjunto de relaciones sociales, recibidas del grupo comunitario de pertenencia o nuevas adquiridas; un bien que se acrecienta con la edad, aunque pueda dejar de exteriorizarse cuando disminuyen o fallan las facultades mentales. Es el mejor patrimonio del ser humano, su característica distintiva, el más adecuado para la adaptación a los cambios. Como escribe un conocido gerontólogo, la cultura facilita que la jubilación sea el inicio de una fase de la vida llena de posibilidades de realización personal y de exploración de nuevas actividades y experiencias, hace posible el principio de la normalización y de la participación de las personas de edad frente a la anterior marginación social, e impulsa a cambiar, es decir, a aprender a desaprender para aprender nuevos roles (Pineda 2007: 148).

¿Participan de hecho las personas de edad en actividades culturales? En el cuadro 9 se ofrecen algunas estadísticas tomadas, como en anteriores ocasiones, de la encuesta del INE sobre la participación de la población adulta en actividades de aprendizaje (EADA). No se ha desagregado por sexos porque no existe variación significativa entre ambos.

El cuadro muestra los porcentajes de adultos, por tramos de edad, que nunca han participado en determinadas actividades culturales, tales como asistencia a eventos relacionados con las artes escénicas, al cine, a museos y exposiciones, y a eventos deportivos. Llaman la atención dos evidencias: 1) el alto porcentaje de inasistencia a las actividades culturales mencionadas (salvo la asistencia al cine entre las personas de 25 a 44 años) de los adultos en general; 2) el más elevado porcentaje de inasistencia de las personas que se encuentran en el tramo de 65 a 74 años, es decir, en el grupo de personas que, en principio, por estar jubiladas, disponen de más tiempo libre. Habrá que buscar las causas de la inasistencia en otros factores, entre ellos posiblemente los económicos (sin embargo, obsérvese que el porcentaje de inasistencia es menor en los museos y exposiciones, en los que la entrada suele estar subvencionada para personas de edad, al contrario de lo que sucede en otros espectáculos, como los conciertos, el cine o los eventos deportivos).

Es posible también que no exista una actitud proactiva en las personas de edad hacia las actividades culturales en sí mismas: en el caso de la música clásica, por poner un ejemplo, no han recibido con anterioridad una mínima preparación que les facilite el acceso y disfrute; en la moderna, además de no interesarles demasiado, probablemente la evitan para no sufrir las aglomeraciones de los macroconciertos. Sin embargo, el interés por viajar que tienen las personas de edad es del todo evidente, siempre que sus posibilidades económicas se lo permitan. De ahí el éxito que han cosechado los viajes subvencionados por el IMSERSO. En consecuencia,

Cuadro 9

Participación en actividades culturales (personas de ambos sexos)

Tramos de edad	*Artes escénicas y conciertos*	*Cine*	*Museos, exposiciones*	*Eventos deportivos*
	Ninguna vez (%)	*Ninguna vez (%)*	*Ninguna vez (%)*	*Ninguna vez (%)*
25 a 34	52,62	25,19	49,38	52,17
35 a 44	57,41	33,65	47,73	56,08
45 a 54	61,85	43,54	50,51	63,88
55 a 64	64,13	60,03	54,51	74,98
65 a 74	72,25	76,31	64,62	82,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA) (INE 2007).

habrá que servirse de dicho interés y vincularlo a actividades culturales, programando viajes culturales subvencionados y organizados por las administraciones, por ejemplo, para estimular el conocimiento de otras culturas; estas iniciativas, que se están llevando a cabo, tienen amplia aceptación en las personas mayores, razón por la que sería conveniente ir extendiéndolas a otros ámbitos culturales hasta ahora bastante desconocidos por ellas y a los que sería deseable que aportaran su participación y experiencia. También lo sería, por otra parte, fomentar el hábito de la lectura en las personas de edad, la asistencia a charlas, seminarios, etc.; todo ello con la finalidad de que se encuentren al día de los acontecimientos del momento presente, de que no se queden estancadas en los conocimientos adquiridos en años anteriores, porque, en muchas ocasiones, estancamiento equivale a atrofia (Alonso 2007: 458).

7. Participación de las personas de edad en actividades sociales y de voluntariado

La participación en actividades sociales y de voluntariado contribuye también a aumentar y mantener el bienestar personal de las personas mayores (OMS 2002:10). En este terreno hay indicios de que la participación de las personas mayores está siendo cada día más creciente. Debe destacarse, en primer lugar, la actividad de apoyo familiar a los hijos y nietos que realizan muchas personas mayores, hecho muy característico de la sociedad española presente por la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral y por la necesidad de que ambos cónyuges trabajen remuneradamente para el mantenimiento del hogar; la referida actividad de apoyo es una de las muestras más significativas de la tan preconizada relación intergeneracional. Pero la actividad "social" de las personas de edad no se queda en ese ámbito. Cada día es mayor el número de ellas que se integran en movimiento asociativos, muchos de ellos de carácter informal o no incluidos en grandes organizaciones institucionales, cuya finalidad es la prestación de servicios personales en los ámbitos de la sanidad, los servicios sociales, la formación o el deporte.

En el cuadro 10 se exponen algunas cifras sobre la participación de las personas adultas en actividades sociales por tipo de actividad, según la encuesta EADA de 2007. Del cuadro se deduce lo siguiente: 1) en asociaciones profesionales, el porcentaje de participación a partir de los 65 años es bajo, lo cual no resulta extraño habida cuenta de que, a partir de esa edad, la desvinculación del trabajo conlleva la baja en las asociaciones relacionadas con él; 2) es alto el porcentaje de participación en organizaciones religiosas, significativamente superior al registrado en cualquier grupo de edad inferior; participación esta última que ya comienza a ser más creciente a partir de los 55 años, y que probablemente se materialice en acciones voluntarias en Cáritas, parroquias, servicios sociales regidos por personal religioso o similares; 3) la participación en organizaciones recreativas, benéficas y de voluntariado normal no se diferencia sustancialmente de la que realizan otros grupos de edad, lo cual apunta a que se mantiene, al menos, la iniciada en años anteriores.

La participación en actividades sociales a través de asociaciones formales está tomando cuerpo en España. Crecen las pequeñas asociaciones de personas de edad, pero se polarizan especialmente en torno a algunas pocas de mayor tamaño (generalmente bajo la forma de federaciones), que siguen creciendo gracias a la más generosa financiación que reciben de las administraciones públicas, la consiguiente disponibilidad de mejores infraestructuras de funcionamiento, la mayor presencia en órganos consultivos públicos, la posibilidad de organizar actos, publicar revistas y otras actividades de información y difusión. Algunas asociaciones han nacido como prolongación de las actividades que sus miembros realizaban durante su vida laboral en partidos políticos y sindicatos; hecho éste que pone de manifiesto que las inquietudes de participación de años anteriores siguen presentes una vez que cesa la actividad laboral. En cualquier caso, parece claro que convendría aumentar la ayuda financiera pública que la OMS recaba para las asociaciones de personas de edad, teniendo en cuenta que las actividades que han de desarrollar difícilmente pueden ser sufragadas por sus miembros.

Así pues, siguiendo lo establecido en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002, ha de alentarse a las personas de edad a que realicen tareas de voluntariado, aporten sus conocimientos en todas las esferas de actividad y fomenten el aprovechamiento del potencial y de su experiencia en materia social, cultural y educativa (ONU 2002:19). De especial importancia resulta que a la persona de edad voluntaria le sea reconocida socialmente su labor, que no se mide por lo general en términos económicos, pues constituye el mejor estímulo para que siga desarrollándola; en este sentido, cabe recordar la apuesta del

Cuadro 10

Participación en actividades sociales según tipo de actividad (Personas de ambos sexos)

AÑOS	*En asociaciones profesionales (%)*	*En organizaciones religiosas (%)*	*En organizaciones o grupos recreativos (%)*	*En organizaciones benéficas y voluntariado informal (%)*	*En otros grupos u organizaciones (%)*
25 a 34	7,74	10,43	13,13	10,97	7,64
35 a 44	10,1	14,19	13,33	11,7	9,05
45 a 54	10,07	14,26	12,88	14,56	9,05
55 a 64	7,11	18,09	13,08	14,72	8,26
65 a 74	2,68	24,41	12,44	13,08	6,54

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA) (INE 2007).

repetidamente citado Plan de Acción Internacional a favor de "crear un entorno que posibilite la prestación de servicios voluntarios en todas las edades, que incluya el reconocimiento público, y facilitar la participación de las personas de edad cuyo acceso a las ventajas de dedicarse a actividades voluntarias puede ser limitado o nulo" (ONU 2002: 11). Asimismo, y por la conexión que tienen las actividades de voluntariado familiar y social con las relaciones entre generaciones, ha de insistirse en la necesidad de fomentar la solidaridad intergeneracional, con el fin de conseguir una sociedad para todas las edades, base sobre la que apoyar un verdadero envejecimiento activo y no discriminatorio para las personas de edad.

8. Participación de las personas de edad en actividades políticas

Al desarrollar la participación activa de las personas de edad en la sociedad, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 establece como objetivo primero el reconocimiento de la contribución política de las personas de edad, y fija como una de las medidas para conseguir dicho objetivo la de ofrecer oportunidades, programas y apoyo para alentar a las personas de edad a participar o seguir participando en la vida política a lo largo de toda la vida (ONU 2002: 11).

¿Cuál es el grado de la participación política de las personas mayores en nuestra sociedad? Atendiendo a la edad de los cuadros de los distintos partidos políticos, se llega a la conclusión de que ha existido y existe un claro fenómeno de sustitución de las personas de edad por las más jóvenes. Es fácil asociar la teoría de la desvinculación de Cumming y Henry a la tensión generacional juventud-vejez en la vida política. Algo similar sucede con la obra citada de Schirrmacher, si bien este autor la refiere de forma más específica a la vida profesional. Parece que, al menos en las democracias contemporáneas avanzadas, los políticos jóvenes tienden a relegar a los de más edad en el ámbito político; cada día adquieren más importancia las secciones juveniles de los grandes partidos políticos, que intentan formar a las nuevas elites. Nadie va a negar las ventajas que tiene, y más en la contienda política, el dinamismo de la juventud. Pero tampoco cabe obviar que la política, además de energía dinámica, requiere mucha ponderación, experiencia y un *sensus* para mirar las cosas a medio y largo plazo que la experiencia de las edades adulta y avanzada puede y suele conceder. Por otro lado, llegar a la cúspide de cargos políticos a edades tempranas puede causar un desaprovechamiento para edades posteriores, pues es claro que el mantenimiento en cargos públicos durante largo tiempo no es deseable y muchas veces ni siquiera posible; de aquí surge la necesidad de retirarse de los cargos públicos a edades anticipadas y, en muchos casos, de seguir ejerciendo la actividad de influencia política extramuros del ejercicio directo de la política (una situación que implica posibles riesgos de interferencias en el ámbito de los órganos de decisión bajo la dirección de representantes electos).

Hace pocos años, el presidente de una federación de asociaciones de personas mayores dedicó un interesante estudio a la participación política de éstas. Después de presentar algunas estadísticas

sobre la composición política de las Cortes Generales, algunos parlamentos autonómicos, determinados ayuntamientos y los comités ejecutivos de algunos partidos políticos, llegaba a la conclusión de que las personas mayores de 64 años prácticamente desaparecen del campo político y social, y con ello quedan definitivamente discriminadas, desaprovechándose un caudal de conocimientos, un acervo de experiencia y una capacidad especial para la reflexión serena, para la acción paciente, para la promoción de la paz y la concordia. Dicha conclusión venía avalada porque sólo 3 de cada 100 representantes políticos contaba más de 64 años, mientras que los mayores de esta edad constituían entonces el 17,8 por cien de la población. Por otra parte, no llegaba al 0,1 por mil el número de personas mayores con representación política en los parlamentos autonómicos; y en los ayuntamientos prácticamente no había personas mayores actuando como representantes políticos (Cugat 2005: 67).

La encuesta EADA elaborada por el INE en 2007 también puso de relieve la comparativamente baja participación política de los mayores: sólo el 2,65 por cien de las personas entre 65 y 74 años participaban en actividades políticas y sindicales, frente a una media de 6,67 por cien entre 25 a 64 años. Estas evidencias pueden complementarse con la que se recoge en el cuadro 11 y el gráfico 1 sobre la composición del Congreso de los Diputados a 1 de abril de 2010.

Como se advierte en el cuadro y el gráfico mencionados, 1) la participación política de las mujeres en el Congreso es bastante menor (salvo en la franja de los 35 a 39 años) que la de los hombres (37 por cien frente a 63 por cien); 2) la participación total de las personas mayores de 65 años (5 por cien), especialmente la de las mujeres (2 por cien); 3) la representación a partir de los 70 años es prácticamente inexistente; 4) entre los tramos de edad de 60 a 64 años y de 65 a 70 años existe una baja muy significativa en la representación parlamentaria, de casi 10 puntos porcentuales; 5) el perfil del diagrama muestra que el ascenso a la representación política es progresivo en las edades más jóvenes, mientras que cae bruscamente en las edades mayores.

En definitiva, respecto a la representación política, los datos sobre la composición del Congreso también permiten apreciar una clara antítesis entre el objetivo normativo que establecen las nuevas teorías sobre el envejecimiento activo y la realidad existente en nuestro país. No es, pues, de extrañar, que las asociaciones de mayores sean muy reiterativas a la hora de pedir una mayor representación en los órganos parlamentarios de decisión política.

Cuadro 11

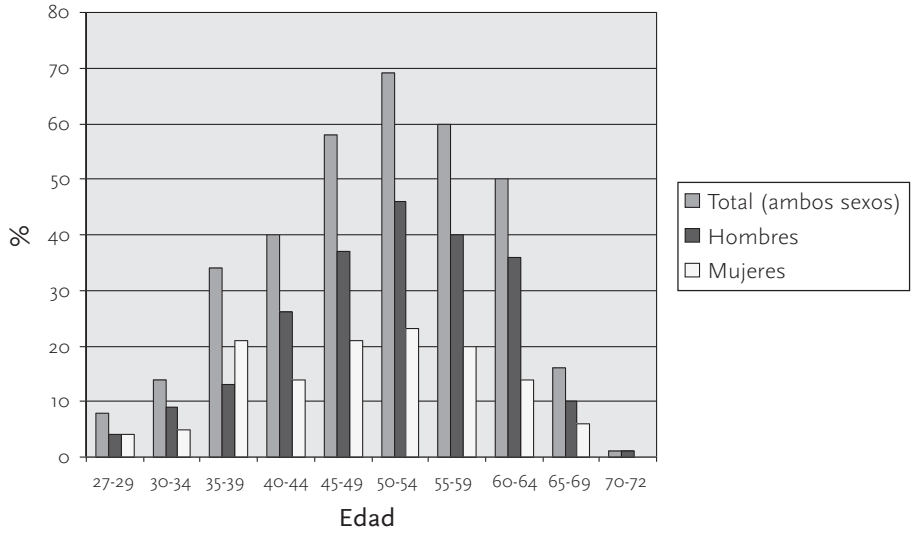
Distribución por edad de los miembros del Congreso de los Diputados a 1 de abril de 2010 (ambos sexos)

Tramos de edad	*Ambos sexos*		*Diputados*		*Diputadas*	
	Nº	*%*	*Nº*	*%*	*Nº*	*%*
27-29	8	2,29	4	1,14	4	1,14
30-34	14	4,00	9	2,57	5	1,43
35-39	34	9,71	13	3,71	21	6,00
40-44	40	11,43	26	7,43	14	4,00
45-49	58	16,57	37	10,57	21	6,00
50-54	69	19,71	46	13,14	23	6,57
55-59	60	17,14	40	11,43	20	5,71
60-64	50	14,29	36	10,29	14	4,00
65-69	16	4,57	10	2,86	6	1,71
70-72	1	0,29	1	0,29	0	0,00
Totales	**350**	**100,00**	**222**	**63,43**	**128**	**36,57**

Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada en la página web del Congreso de los Diputados (www.congreso.es).

Gráfico 1

Edad de los miembros del Congreso de los Diputados a 1 de abril de 2010 (ambos sexos)



Nota: Elaboración propia a partir de la información proporcionada en la página web del Congreso de los Diputados (www.congreso.es).

9. Consideración final

Llegado el momento de concluir, se comprenderá mejor lo que se afirmaba al comienzo de estas páginas y en el propio título. La pretensión no ha sido otra que la de hacer una reflexión sobre las paradojas que presenta el concepto de envejecimiento activo cuando se contrasta con la realidad social circundante. El convencimiento de la necesidad de difundir esta noción para conseguir una visión cada día más positiva del envejecimiento aconseja poner de relieve esas paradojas con el ánimo de que puedan ser superadas y, en lugar de disparidades, quepa cuanto antes hablar de afinidades y correlaciones. Es cierto, como apunta Bobbio, que la vejez es la edad del "despacito" (se anda despacio, se piensa despacio, se lee despacio, se escribe despacio), y que la vejez es la última fase de la vida, representada normalmente como la de la decadencia, la de la degeneración (Bobbio 1997: 61). Pero no es menos verídico que la proporción de personas mayores de 60 años, en relación con las que tienen entre 18 y 59, cada vez será mayor y que, por lo mismo, han de participar de forma más activa en la toma de decisiones que les afecten, para lo cual han de irse preparando antes de llegar a aquella edad. Parece obligado redefinir el concepto de envejecimiento en la medida en que entraña uno de los retos más singulares a que se enfrenta el ser humano (Schirrmacher 2004: 69).

Una nota final: el concepto de envejecimiento activo se inscribe en el derecho más amplio de libertad. La persona de edad quiere, necesita, debe ser libre. Lo primero que desea es vivir ("nadie hay tan viejo que piense que no puede vivir todavía un año más", escribió Cicerón [2001:24]) vida y libertad están estrechamente unidas, porque la libertad es exteriorización de la vida, el "aroma del vivir", utilizando la acertada metáfora del poeta Dámaso Alonso. Es obligación de la sociedad, no sólo de los poderes públicos, eliminar los impedimentos para conseguir esa libertad y establecer medidas de fomento para alcanzar una mayor libertad mediante programas que favorezcan la vida activa e independiente (Alonso 2005: 358). Y poder decir a las personas mayores las mismas palabras que Ulises dirigió a su padre después de recorrer su gran periplo de aventuras: "nada en ti, a quien te mire, servil le parece; antes bien, te asemejas a un rey por tu aspecto y grandeza" (Homero 1988: 386).

Bibliografía

Alonso Seco, J. M. (2005), "Una política de libertad e igualdad para las personas mayores", en: CEOMA, *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Discriminación por edad,* Madrid, Fundación Mapfre: 358-367.

– (2007), "Futuro de los mayores y sociedad del futuro", en CEOMA, *VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. ¿Una sociedad para todas las edades?,* Madrid, Fundación Mapfre: 445-464.

Bobbio, N. (1997), *De senectute y otros escritos biográficos*, Madrid, Taurus.

CEOMA (2005), *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Discriminación por edad,* Madrid, Fundación Mapfre.

– (2007), *VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. ¿Una sociedad para todas las edades?,* Madrid, Fundación Mapfre.

Cicerón, M. T. (2001 [40 a.C.]), *De Senectute. Acerca de la vejez*, Madrid, Triacastela.

Cowgill, D. O y L. D. Holmes (1972), *Aging and Modernization*, Nueva York, Appleton-Century-Croftsp.

Cowgill, D.O (1974), "The aging of populations and societies", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 415 (1): 1-18.

Cugat i Leseurs, M. (2005), "La discriminación política del mayor", en: CEOMA, *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Discriminación por edad,* Madrid, Fundación Mapfre: 64-73.

Cumming, E. y W. Henry (1961), *Growing Old, the Process of the Disengagement*, Nueva York, Basic Books.

Del Río, D. (2005), "Discriminación por edad. Bases científicas", en: CEOMA, *VII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. Discriminación por edad,* Madrid, Fundación Mapfre: 204-207.

Fernández-Ballesteros, R. (2009), *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología,* Madrid, Pirámide.

Hidalgo González, J. G. (2001), *El envejecimiento. Aspectos sociales*, San José de Costa Rica, Universidad de Costa Rica.

Homero (1988 [s. VIII a.C.]), *La Odisea*, Barcelona, Planeta.

López Cumbre, L. (Coord.) (2007), *Tratado de jubilación. Homenaje al Profesor Luis Enrique de la Villa Gil con motivo de su jubilación*, Madrid, Iustel.

Mataix Scasso, M. L. (2007), "El envejecimiento activo y los programas universitarios para mayores. Un nuevo reto social", en: CEOMA, *VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. ¿Una sociedad para todas las edades?,* Madrid, Fundación Mapfre: 137-140.

Minois, G. (1989), "Grandeza y decadencia del anciano en el mundo romano", en: M. T. CICERÓN, *De Senectute. Acerca de la vejez*, Madrid, Triacastela: 33-81.

Montalvo Correa, J. (2007), "La jubilación forzosa como instrumento de política de empleo", en: López Cumbre, L. (Coord.), *Tratado de jubilación. Homenaje al Profesor Luis Enrique de la Villa Gil con motivo de su jubilación*, Madrid, Iustel: 1.023-1.037.

OMS (2002), "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (S2):74-105.

ONU (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril de 2002*, Nueva York, ONU.

Palmore, E. y D. Maeda (1985), *The Honorable Elders Revisited – A Revised Cross–Cultural Analysis of Aging in Japan,* Durham (NC), Duke University.

Pineda Soria, R. (2007), "La necesaria adaptación de las personas mayores a una sociedad en proceso de cambio", en: CEOMA, *VIII Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. ¿Una sociedad para todas las edades?,* Madrid, Fundación Mapfre: 145-150.

Rivero Lamas, J. (2007), "La jubilación forzosa como media de fomento del empleo", en: López Cumbre, L. (Coord.), *Tratado de jubilación. Homenaje al Profesor Luis Enrique de la Villa Gil con motivo de su jubilación*, Madrid, Iustel: 1.039-1.097.

San Román Espinosa, T. (1990), *Vejez y cultura. Hacia los límites del sistema*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensiones.

Sanchís, E. (2008), *Trabajo y paro en la sociedad postindustrial*, Madrid, Consejo Económico y Social.

Schirrmacher, F. (2004), *El complot de Matusalén. ¡Que no te frene el miedo a envejecer!*, Madrid, Taurus.

Simmons, L. (1970 [1945]), *The Role of the Aged in Primitive Society*, Hamden (Conn.), Archon Books.

Asociarse a partir de los sesenta: ciudadanos activos, representantes políticos, personas comprometidas… ancianos saludables

María Jesús Funes*

Resumen

En este artículo se analiza la participación asociativa de las personas mayores desde el punto de vista sociopolítico, interpretando esta actividad como práctica de formación de ciudadanos, construcción de sujetos políticos y desarrollo democrático y comunitario. Partiendo de los beneficios que la actividad asociativa puede tener en cuanto a la facilitación de la integración social, la superación del estigma de la vejez y la satisfacción personal, tal como ha quedado demostrado en otros textos, aquí se añade su funcionalidad en términos de representación de intereses, de socialización y movilización política.

1. Introducción[1]

"La mujer aquí viene, pues, cuando ya han dejado a los hijos, o los han casado… O sea, ya las mujeres aspiran a más cosas, y entonces pues les sirve. Las mujeres buscan una salida por algún lado (…). Es esa edad que ya, pues ya, la pasión, la no sé qué, la no sé cuántos, ya todo se ha ido, y que están en casa y en el fondo están aburridas; aunque digan: 'no, es que tengo muchas cosas que hacer'; pero en el fondo no les satisface".

Entrevista biográfica nº 1 (Mujer, 68 años)

"Cuando me dieron la invalidez es cuando yo empiezo todo el recorrido con asociaciones de pensionistas y otra serie de cosas: asociación de vecinos, que fue una iniciativa mía (…) (E)stoy en un grupo rociero, el Grupo Rociero Alhambra, en la Asociación 'Amigos de la Capa'. Estuve seis años de presidente de la Coral Polifónica Santa Sofía de aquí de Alcorcón, en la Coral del Hogar del Pensionista, que hemos cantado por ahí, en teatro y en sitios; he sido Presidente de la Asociación de la Capa de España…Me encanta.".

Entrevista biográfica nº 11 (Varón, 70 años)

"En la empresa te arrinconaban, te hacían la vida imposible y al final, ¿sí?… ¿Una prejubilación "voluntaria"? (…) Y ahora ¿qué haces de la mañana a la noche? Te levantas, te acuestas, sin saber qué hacer (…), y un día, un buen amiguete que se fue a Suiza me dijo: "Te dejo el puesto en la Peña, si quieres te apuntas".

Entrevista biográfica nº 6 (Varón, 65 años)

"Voy a la asociación para no tener que ir tanto al bar".

Entrevista semi-estructurada nº 17 (Varón, 69 años)

Una mujer que siente desdibujado su papel social y su función en la vida ante la acumulación de cambios personales; un hombre que se deprime al recibir una sentencia de invalidez permanente a una edad avanzada; un trabajador que se ve obligado a aceptar una prejubilación y siente la desubicación y el desasosiego resultantes de tener que pasar muchas horas en un lugar que no considera "el suyo" (el hogar familiar)… Estas y otras muchas citas posibles extraídas de entrevistas biográficas realizadas a personas mayores de 65 años (véase el

* Departamento de Sociología III de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED) (mfunes@poli.uned.es).

[1] Este artículo recoge parte de los resultados de una investigación realizada en el marco del Proyecto I+D: *Longevidad, dependencia y calidad de vida a edades avanzadas en España a inicios del siglo XXI* (Referencia: SEJ2006-10972; investigadora principal: Rosa Gómez Redondo).

Quiero expresar mi agradecimiento a Karin Amhed por los materiales facilitados, de gran ayuda para este artículo.

anexo final) muestran que las dificultades en la tercera edad van mucho más allá (y comienzan antes) del deterioro físico y cognitivo. Las causas y las posibles soluciones deberán buscarse mediante estudios pluridisciplinares que contemplen una visión multidimensional de la vejez. Las capacidades y destrezas de los mayores se pueden preservar y enriquecer, o disminuir y anular. De lo primero no sólo se beneficiarán ellos mismos; de hecho, cada vez son más quienes sugieren una valoración en términos políticos de los intentos de este sector de edad por ocupar una posición estable y reconocida en las *politeyas* modernas.

2. Reubicación social y política del sector social de los mayores

El progresivo y creciente aumento de la población mayor en términos absolutos y relativos en las sociedades desarrolladas[2] es motivo de atención y preocupación tanto en los sectores públicos como entre los agentes privados con sensibilidad social, al igual que entre los ciudadanos que ven condicionadas sus vidas por la atención a sus mayores en condiciones de creciente dificultad. Cómo vivir el último periodo de la vida de la manera más beneficiosa para los sujetos y menos gravosa para la sociedad ha llegado a convertirse en un problema de gestión pública, en una preocupación política, y en un objeto de investigación para los interesados en ciencias sociales y políticas, más allá del interés ya reconocido en las ciencias de la salud.

Junto a este aumento de población mayor, en los últimos años se ha producido un incremento progresivo de las prejubilaciones, de forma que el sector de desocupados que no volverán a tener una vida laboralmente activa también ha crecido (y sigue creciendo). Como consecuencia, no sólo es importante estudiar las posibilidades de enriquecimiento y mejora de la vida en la tercera edad, sino que empieza a tener interés estudiar el tránsito de la edad madura a la vejez vivido en situación de inactividad laboral. Vejez real, vejez prematura y el tránsito de una a otra requieren investigaciones desde puntos de vista constructivos que superen las valoraciones dominantes sobre este periodo, esencialmente negativas.

Un análisis adecuado ha de tener en cuenta la desvalorización social dominante en torno al sector de más edad. Se trata de un efecto destacado y singular de las sociedades modernas. Si analizamos las diferentes culturas, vemos cómo a lo largo de la historia se ha ido transformando el lugar simbólico que se adjudica a las personas de edad, y el reconocimiento que se les concede. Mientras que en otras épocas se consideraba en alta estima su papel social, en la actualidad se asocia, fundamentalmente, a aspectos negativos (Velasco 2007). Se trata del grupo de edad socialmente más devaluado (Arias y Morales 2007). Algunos autores señalan la contradicción existente entre la importancia cuantitativa y la cualitativa que se les reconoce. Cuantitativamente se valora su magnitud, pero cualitativamente la imagen social y el rol que se les asigna les sitúa en una posición marginal, a veces cercana a la exclusión social (Alonso, Lirio y Herranz 2007).

Por tanto, a las dificultades objetivas, derivadas del deterioro físico, y las subjetivas, como consecuencia de cambios lesivos en la vida personal, se añade el padecimiento motivado por el estigma que a menudo margina y deprecia a los mayores. Al ser socialmente dominantes los valores de alta competencia y rendimiento, que no permiten matices adaptados a las necesidades y circunstancias particulares, se penaliza indefectiblemente la "diferencia", y se dificulta la inserción social de todos aquellos que tienen dificultades para mantener posiciones de rendimiento y plena eficacia en términos estrictamente instrumentales y utilitarios. Todo ello unido culmina en un deterioro de la calidad de vida con serias consecuencias individuales y sociales para quienes han superado la edad de la jubilación laboral, a quienes se ubica en una cierta (e innecesaria) "jubilación social".

Los estudios de longevidad han incorporado en las últimas décadas la dimensión psicosocial, desagregada en variables que hoy se consideran determinantes en el proceso de envejecimiento. En efecto, la interacción social y la valoración subjetiva de cada situación personal se reconocen como factores plenamente condicionantes de la calidad de vida de las personas mayores, y nucleares en la búsqueda de soluciones (Avlund 2004; Fuhrer *et al.* 1999; Sugisawa *et al.* 1994). Es decir, la percepción

[2] A partir de los años sesenta del siglo XX se produce un aceleramiento de esta tendencia (Abellán y Puga 2005) pasando del 9,8% sobre la población total en 1970 al 17% en 2001 (Zoido 2003). Según el Informe de Naciones Unidas de 2002, se prevé que la proporción de la población española mayor de 65 años alcance el 22% en 2025, y en 2050 España podría ser la nación más envejecida de Europa y del mundo (Otero, Zunzunegui *et al.* 2006:8).

de satisfacción o felicidad de cada sujeto; la valoración que cada uno hace de sí mismo, de sus capacidades y posibilidades; el reconocimiento y la estima que recibe del entorno más próximo; las relaciones sociales más o menos densas, activas y frecuentes: todo ello ha pasado a ocupar un lugar central en los estudios sobre vejez. La actividad regular y el desarrollo de la sociabilidad se asumen como predictores de salud en términos objetivos y subjetivos, como han demostrado múltiples estudios previos[3].

El objetivo de este artículo es subrayar los beneficios individuales, políticos y sociales, detectados empíricamente, del ejercicio de una práctica de lo que se ha dado en llamar "envejecimiento activo": la asociativa. Utilizando datos de estudios de otros autores y explotando abundante evidencia empírica propia, se apunta la idea de que la participación activa de los mayores en diversos tipos de asociaciones puede mejorar su calidad de vida. Pero no sólo. Los resultados obtenidos indican que de ello también se puede derivar una mejora del bienestar social y comunitario que redunde en beneficios en los sistemas democráticos, en la medida en que esta participación aumenta las bases sociales de la democracia, enriquece y expande la integración social y amplía y diversifica los intereses defendidos y representados.

3. Resultados de un estudio: a modo de síntesis

La información que aquí se presenta es resultado de un estudio realizado a lo largo de varios años (Funes 1994; Funes 2006), que culmina en una investigación final en el marco del proyecto de investigación titulado *Longevidad, dependencia y calidad de vida a edades avanzadas en España a inicios del siglo XXI* (véase la nota 1). Tras años de analizar la participación social y política en asociaciones y movimientos sociales[4], y comprobada la incidencia beneficiosa de su ejercicio, particularmente en el caso de los participantes de más edad, el citado proyecto ofreció una excelente oportunidad para profundizar en causas y consecuencias específicas en este sector social.

La investigación combinó metodología cuantitativa y cualitativa. El estudio cuantitativo se realizó explotando datos de encuestas previas, es decir, utilizando sólo datos secundarios[5]. En cuanto al estudio cualitativo, se aplicó a una muestra de mayores de 65 años asociados y con un alto nivel de implicación en organizaciones, utilizando fuentes secundarias y primarias[6].

Los resultados de este proyecto han cristalizado en dos publicaciones previas. En una de ellas (Funes 2010) se presentan, fundamentalmente, los resultados del estudio cualitativo, señalando los beneficios observados en los mayores que participan activamente en diversos colectivos. Se identifican las causas de este beneficio y su distribución desigual entre la población, especificando igualmente los sectores más vulnerables y, previsiblemente, más beneficiados de una posible incentivación selectiva de la participación, los modos de estimularla y los criterios apropiados para hacerlo. Como consecuencia, se propone que este factor sea tenido en cuenta por los responsables políticos y de las Administraciones Públicas en el diseño de las políticas públicas sectoriales.

La tesis central es que la participación de las personas mayores, desarrollada de forma regular, genera beneficios particularmente convenientes en su situación. Ciertos rasgos de malestar propios de este tramo de edad se pueden compensar con algunos de los beneficios contrastados del ejercicio de

[3] Véanse, entre otros, Harris y Thoresen (2005); Otero, Zunzunegui *et al.* (2006); Avlund (2004); Sabin (1993); Sugisawa *et al.* (1994); Fuhrer *et al* (1999); Funes (2006); Conde y Marinas (1997) y Santamarina (2002).

[4] Las investigaciones citadas son las siguientes: *Determinantes sociales, motivaciones individuales y acción colectiva. Un estudio cualitativo de la sección madrileña de Amnistía Internacional* (Tesis doctoral, defendida en 1992); *La movilización contra la violencia como forma de participación política: un estudio de la acción colectiva pacifista en el País Vasco.* Proyecto CICYT (SEC95-0175); *Socialidad, participación y movilización: nuevas formas de la identidad y el sentido*, DIGICYT SEC/99-0372; y *Ciudadanos, implicación y democracia*. DIGICYT SEC 2000-0758-C0201-02. Estas investigaciones han dado lugar a diversas publicaciones algunas de ellas citadas en la bibliografía.

[5] Estudios CIS nº 2647 (Condiciones de vida de las personas mayores [2006]) y CIS nº 2450 (Ciudadanía, participación y democracia [2002]).

[6] Se utilizaron fuentes secundarias (material propio de la autora), re-explotando dos investigaciones cualitativas sobre participación. Estas dos investigaciones son: *Determinantes sociales, motivaciones individuales y acción colectiva. Un estudio cualitativo de la sección madrileña de Amnistía Internacional* (1992) y *Ciudadanos, implicación y democracia* (2000). Concretamente de ambos estudios se seleccionaron las entrevistas biográficas de las once personas de 65 o más años. Como fuente primaria se realizaron veinticinco entrevistas semi-estructuradas a personas mayores que practican la acción voluntaria de manera regular (véase el anexo).

la participación: generan autoestima ante la devaluación de la imagen social de los mayores; llenan el tiempo vaciado en su progresiva pérdida de roles sociales; se sienten útiles y capaces en un momento de disminución de actividad y reconocimiento; y aseguran un círculo social de acompañamiento que retrasa el deterioro en los aspectos psicológicos y emocionales, resultados que confirman hallazgos de estudios previos[7]. Los sectores sociales dotados de menos recursos socioeconómicos y culturales son los más sensibles a la mejora que supone comenzar a participar. Sin embargo, allí donde los vínculos relacionales y asociativos previos son intensos, aunque los recursos socioeconómicos sean escasos, los sujetos parecen estar más protegidos de los males de la vejez, por lo que la faceta relacional y asociativa puede compensar ciertos déficits de calidad de vida.

En segundo lugar, esta investigación dio lugar a otro texto (Funes, *en prensa*), centrado en la explotación de los resultados del análisis cuantitativo. En él se comparan los indicadores de satisfacción y bienestar subjetivo de los mayores con alta actividad asociativa con los del resto de la población mayor en España. La percepción de bienestar subjetivo y satisfacción es mayor entre quienes realizan voluntariado social de manera frecuente que entre sus coetáneos, y se utilizan los datos del estudio cualitativo para identificar con más precisión las razones que explican esta mayor satisfacción. El género, el tramo de edad, el nivel de estudios y la experiencia asociativa previa resultan variables intervinientes en esta sensación de satisfacción.

El artículo presente se centra en una faceta diferente: la dimensión política y comunitaria de la práctica asociativa de los mayores; los efectos que puede tener (según los propios implicados y el análisis de los datos y de la documentación obtenida) sobre la calidad democrática de la vida social y sobre la formación de los individuos como sujetos políticos.

4. Marco teórico para estudiar la participación de los mayores

Dos son las construcciones teóricas en las que se fundamenta esta línea de investigación: las teorías del envejecimiento activo y las teorías de la participación, ambas enmarcadas en la perspectiva del ciclo vital. Desde las teorías del ciclo vital se interpreta cada comportamiento en función de las prescripciones sociales acordes a cada momento de la vida, entendiendo que ésta se encuentra socialmente dividida en fases y que cada una de ellas posee unas prescripciones, sostenidas normativamente, de las que no es fácil evadirse. El concepto de "edad social" (Ryder 1965) propone y ayuda a entender cada concepción de vejez en función de su contexto: obviamente, no es lo mismo ser mayor en una aldea china del siglo XVIII que en un barrio periférico de una gran ciudad europea a principios del siglo XXI, por ejemplo.

La concepción normativa del curso vital indica que el comportamiento de los sujetos ha de ajustarse en cada etapa de la vida a las expectativas sociales dominantes en su entorno en relación con esa edad, o de lo contrario se verá expuesto a sanciones normativas de distinto tipo (Riley, Forner y Aring 1988). Por ello resulta importante considerar los efectos que tienen en la vejez las expectativas y perspectivas dominantes en el contexto; en este caso concreto, lo que hemos denominado "estigma", como imagen devaluada de la vejez. Tener en cuenta los rasgos que construyen cada edad social facilita la identificación de sus dificultades específicas y de los beneficios selectivos posibles de la participación en un momento de la vida preciso (Funes 1994).

En cuanto a la teoría del envejecimiento activo, se sustenta en la concepción de "envejecimiento saludable", definido como la situación que engloba un buen funcionamiento físico y mental, una baja proporción de trastornos crónicos, una movilidad y una capacidad cognitiva que permiten mantener una vida independiente y la ausencia de depresión (Rowe y Kahn 1997). Los mayores que lo disfrutan poseen capacidad física y mental para ejercer un papel activo y para superar el estigma de la vejez que singulariza los aspectos de pasividad y dependencia. En los últimos años, junto a la dimensión fisiológica y la cognitiva, los estudios otorgan una particular relevancia a las relaciones sociales y al ejercicio de actividad para la salud (Verbrugge y Jette 1994; Rowe y Kahn 1997). El "envejecimiento activo" suma los efectos positivos de la actividad y las relaciones sociales, y por ello favorece la salud. Mantener una vida activa con densas y frecuentes interacciones ralentiza el proceso de deterioro cognitivo y puede suavizar el declive físico, siempre que las causas patógenas no sean particularmente graves.

[7] Otero, Zunzunegui, *et al.* (2006); Avlund (2004); Funes (2006); Sabin (1993); Sugisawa *et al* (1994), Fuhrer *et al* (1999); Conde y Marinas (1997); Santamarina, (2002); Dávila y Díaz-Morales (2009), entre otros.

La práctica asociativa une ambos efectos: la actividad y las relaciones sociales, y por ello se estudia como práctica de envejecimiento activo. Existe evidencia empírica que sustenta la dimensión positiva a nivel psicológico y, aun cuando ello ha de ser interpretado con más cautela, también físico (Fuhrer *et al.* 1999; Sugisawa *et al.* 1994). Harris y Thoresen (2005) relacionan un retraso en la mortalidad con el ejercicio del voluntariado activo, según los resultados de un estudio longitudinal realizado con 7.500 voluntarios mayores de 70 años no institucionalizados, y habiendo aislado las variables de salud que podrían explicar esta asociación por razones espurias. Otros estudios muestran que las personas con estilos de vida socialmente integrados en las comunidades en que viven tienen mayor esperanza de vida y menor incidencia de discapacidad (Otero, Zunzunegui *et al.* 2006: 16). Las investigaciones realizadas por Avlund (2004*)* en Dinamarca y Finlandia muestran que la diversidad de contactos sociales y la alta participación comunitaria favorecen la autonomía funcional y la sensación de vitalidad.

La evidencia empírica demuestra, por tanto, que la práctica asociativa permite amortiguar algunos de los efectos más lesivos de la edad, como la pérdida de autoestima y el vaciamiento de roles. Ante la privación de un tipo de roles, quienes más preparados estén para asumir otros nuevos tendrán más posibilidades de vivir esa experiencia de manera menos lesiva (Alberdi 1999). Arias y Morales (2007: 137) muestran que frente a la pérdida de roles (sobre todo los derivados de la atención a los hijos y la actividad laboral) se pueden activar otros como el de ciudadano activo. Realizarse como ciudadano comprometido puede ayudar tanto a revertir el estigma como a encontrar razones para el optimismo. Conde y Marinas (1997) y Santamarina (2002) han concluido que la actividad de los mayores en organizaciones permite construir una identidad social en oposición al estereotipo de inactividad, inutilidad, dependencia y "muerte social".

Pero puesto que este artículo pretende ir más allá de los beneficios de corte individual, estudiando los réditos en términos sociales y políticos, este apartado teórico termina con la teoría de la participación, que desde diferentes enfoques destaca las utilidades de la implicación activa de los ciudadanos en las cuestiones públicas. En la teoría de la democracia cabe distinguir dos líneas normativamente diferenciadas en relación con lo que nos ocupa: la que postula la democracia de elites y la que atiende distintas vías de democracia participativa. Es esta segunda la que permite estudiar los efectos provechosos de la implicación ciudadana en la vida política.

Sin pretender ser exhaustivos, cabe señalar que la implicación de la gente común es valorada, tanto desde el punto de vista normativo como convivencial, por autores inscritos en la corriente comunitarista y las diversas aproximaciones a la democracia participativa (Pateman 1970; Barber 1984), por quienes enfocan su atención en la política no convencional (Barness y Kaase 1979; Hirschman 1986) y argumentan a favor de la democracia asociativa (Hirst 1994). Pero, tal vez, el enfoque más apropiado sea el del "capital social", concepto procedente de otras derivaciones del término "capital" (capital humano, capital salud…) que llega a su máximo desarrollo en la obra de Robert Putnam (1993), quien con este concepto se refiere al conjunto de valores, comportamientos y actores que inciden en la cooperación, la confianza, el intercambio, la solidaridad y la implicación en favor de bienes públicos, piezas de un amplio contexto en el que las asociaciones ocupan un lugar privilegiado.

Según este enfoque, en las asociaciones se aprenden y practican importantes virtudes sociales y cívicas que benefician al conjunto social, mejorando la calidad de la democracia. Las organizaciones activan y reproducen el capital social de sus miembros y del ambiente, por lo que pueden considerase como "escuelas de democracia" (Van Deth 1997:15), ya que forman a los sujetos en la defensa de sus derechos, la gestión de bienes públicos y la negociación y articulación de opiniones distintas. Desde esta valoración de las asociaciones como "escuelas de democracia" y desde la concepción de la implicación como "envejecimiento activo" se han analizado los datos obtenidos en las distintas investigaciones citadas, llegando a los resultados que se muestran a continuación.

5. Las asociaciones como "escuelas de democracia": adquisición de destrezas y habilidades a través de la práctica asociativa

Los estudios clásicos han priorizado los efectos de las variables socio-económicas (ingresos y nivel de estudios, fundamentalmente) en la formación de sujetos motivados y políticamente activos. Sin embargo, en los últimos tiempos ha comenzado a prestarse atención a aspectos del contexto y, en concreto, a la dimensión formativa de la prácti-

ca asociativa. A través de la actividad asociativa los individuos adquieren habilidades prácticas e interiorizan discursos que cristalizan en el desarrollo del ejercicio democrático. Aprenden a gestionar los recursos colectivos, ya sea organizando ciclos de conferencias, fiestas, eventos deportivos o culturales; a moderar reuniones y asambleas, a gestionar conflictos, a hacer un presupuesto o preparar un informe, a relacionarse con las autoridades, a tramitar permisos, al ejercicio de la protesta en la defensa de los objetivos que defiende su grupo… Pero también aprenden el valor del diálogo y la tolerancia, de la solidaridad y el compromiso. Veamos algunos ejemplos.

Comenzamos con la experiencia de una mujer que acudió a una asociación de su barrio para recibir clases de pintura. En un momento de su vida en el que la atención a los hijos había disminuido por la incorporación de éstos al mundo adulto, ante una mayor disponibilidad de tiempo, acude a la asociación con un interés inicialmente sólo de tipo instrumental. Sin embargo, la interpretación de sus palabras permite comprender cómo, en poco tiempo, acabó desempeñando un rol que puede definirse como de activista (o voluntario activo):

> "Yo vine aquí, y yo ya te digo que no tenía ni idea de lo que era una asociación; o sea, yo en eso ni idea. Yo vine a pintar (asistía a clases de pintura). Ya después llegas aquí y te empiezan… Vamos, no es que te empiecen a contar, tú lo vas viendo, y entonces ya: y esto qué es, y esto tal… Y ya te vas dando cuenta. Y entonces (…) te vas metiendo. (…). Ahora me han nombrado que sea la del ocio; entonces yo hago que vayan todos los meses las mujeres, una vez al mes al teatro, las llevo de excursión, vamos a ver Madrid…Y cuando organizamos fiestas y actividades, yo soy la que pide los permisos en el ayuntamiento…" (Entrevista biográfica nº 1)

El siguiente caso es el del presidente de una asociación de jubilados, una persona que no había tenido actividad política ni asociativa previa y que se implica en un colectivo para intentar superar una depresión derivada de la pérdida del trabajo. Con el tiempo acaba convirtiéndose en un voluntario plenamente activo, con una capacidad de gestión política indudable:

> "Lo paso bien y eso es lo que me tiene… Sí, esto es lo que me tiene a mí… Porque yo cuando tuve las depresiones, que yo tuve dos años de depresiones profundas, perdí la memoria. Gracias a la doctora XXX de Puerta de Hierro, que fue y me dijo: 'Bueno, ¿qué le pasa?'. 'No lo sé, yo salgo de mi casa y no sé ni lo que hago allí, ni por dónde salgo, ni dónde voy a ir, ni qué voy a hacer; y si me quedo en mi casa me pongo a llorar'… Bueno, le estuve contando un poco la vida…Y me dijo: 'Tú lo que tienes es una depresión de caballo'… Y un amigo me dijo: 'Hombre, por qué no te vienes a la Asociación y tal, yo te presento…'; 'Pues vale'."

Desde hace varios años presidente de la asociación de jubilados de su localidad, en la actualidad define su actividad así:.

> "Esta es una asociación cultural, recreativa y además reivindicativa; queremos tener servicio jurídico y de peluquero para los mayores. Queremos un carné gratuito para que los mayores de 65 años y pensionistas puedan utilizar los autobuses por la ciudad sin pagar; también, un segundo centro de día y un local propio para hacer actividades para que la gente no tenga que estar en la calle"…/… "Nosotros, como no había asociación de pensionistas, en Alcorcón, digo: 'vamos a hacer una asociación'… Antes era una delegación que nosotros teníamos de Madrid (…). Esto es invención mía" (Entrevista biográfica nº 11).

Pero hay otros aspectos que forman parte del acervo de la competencia política y las capacidades públicas que van más allá de las habilidades prácticas y que, desde el punto de vista tanto político como de la convivencia, son igualmente relevantes, concretamente aprender a escuchar posiciones distintas a las propias, ejercitar las virtudes del diálogo y la tolerancia, tal como se aprecia en las percepciones y valoraciones de estas asociadas:

> "…yo pienso que sí, que es buena cosa tener un sitio para hablar de diferentes opiniones, no estar encerrada… O sea, pienso que sí que es bueno. Aquí hay de todo; o sea, hay gente que piensa de izquierdas, hay gente que piensa de derechas, hay gente de centro, y que no piensan nada, pero siempre es mejor que no estar hablando del *Hola* y del niño, que también hablas, pero pienso que es abrir un poco…" (Entrevista biográfica nº 1).

> "En realidad, aquí somos todos más o menos de la misma cuerda, pero vamos, que sí, que aprendes a escuchar, que, por ejemplo, ves países con opiniones tan distintas de algunas cosas, como los países musulmanes con lo de la cuestión de la homosexualidad que tienen opiniones tan diferentes,…sí es un enriquecimiento personal muy grande". (Entrevista biográfica nº 3).

Esta adquisición de valores de tolerancia y respeto es destacada también por otros autores e interpretada como educación para la ciudadanía: el ejercicio de prácticas de comunicación, encuentro, resolución de conflictos, capacitación para la con-

vivencia. Según Marí (2007: 65-86), supone el paso de una visión de ciudadanía basada en la civilidad y la urbanidad a una basada en el civismo y la participación.

6. Defendiendo intereses, ejerciendo la representación política

La intermediación y representación de intereses es otra dimensión de las asociaciones que permite evaluar el carácter político de la participación de los mayores. El caso de la persona que formó la asociación de jubilados analizada en el apartado anterior es un claro ejemplo de representación de intereses de los mayores. Cabe también estudiar este efecto desde otro punto de vista, el sistémico, el de la sociedad y no el del individuo particular.

Buen ejemplo de la dimensión de representación es la coordinación de colectivos en federaciones y confederaciones, dado que lo que se persigue con este tipo de uniones es una mayor efectividad en la defensa de los intereses de sus asociados. Como iniciativa de coordinación que concluyó en institución estable resalta la Unión Democrática de Pensionistas (UDP), creada en 1977. Fue resultado del movimiento reivindicativo contra el franquismo, es deudora de aquellos años de intenso activismo social, y consecuencia del cambio de muchos militantes que pasaron de la lucha contra la dictadura a una actividad sectorial más acorde con las necesidades específicas de su edad. Uno de los valores de la UDP de hoy es su impulso del voluntariado social de los mayores, mediante el cual consiguen mantener una actividad organizada y estable de sus asociados y una presencia efectiva en diferentes esferas de la sociedad. Al mismo tiempo, extienden valores de civismo y compromiso como parte de una ética de la que quieren ser ejemplo.

En el año 1999 se iniciaron los trámites para la formación de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), cuya creación pretendía superar la fragmentación y división que caracterizaba a este tipo de asociacionismo. Ciertos conflictos parece que impidieron que la primera confederación, la UDP, fuera aceptada por algunos sectores como cauce de representación único de sus causas. La formación de la CEOMA partió de un estudio sobre la situación y composición del sector, que quería asegurar la eficacia en su trabajo de coordinación y adaptarse en la mayor medida posible a las necesidades de los grupos. Los objetivos eran claramente políticos, tal como se señalaba en el III Congreso de Organizaciones de Mayores, punto de partida de la confederación:

> "Las personas mayores no tienen el protagonismo político que por su peso demográfico, económico y social debería corresponderles, lo que lleva a que se tomen decisiones que les afectan directamente sin ser consultadas adecuadamente" (Tercer Congreso de Organizaciones de Mayores, 1997, www.ceoma.org).

Dos años después de la creación de CEOMA, en diciembre de 2001, se presentaba en su definición programática como organización independiente de cualquier partido político, pero con objetivos políticos claros: defender los intereses de la población mayor; apoyar a las organizaciones particulares miembros de la confederación; extender el mensaje de la necesidad de actuar como actor político reconocido y coordinar las relaciones con entidades públicas y privadas en el ejercicio de su actividad; en definitiva, una descripción detallada de lo que es un actor político representativo, que en este caso añade la búsqueda de visibilidad para superar las tendencias que les sitúan próximos a la marginación y la exclusión.

Tal como señala el Presidente de CEOMA en su saludo en la página web de la organización (www.ceoma.org):

> "Luchar contra esa discriminación que –en la mayoría de los casos se traduce en invisibilidad– creo que es el mejor remedio para los problemas de las personas mayores".

El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, como desarrollo operativo del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (2002), establece que: "Las personas mayores han de ser vistas como miembros activos de sus sociedades, para lo que se debe facilitar su participación en la toma de decisiones públicas"[8]. En esta recomendación se apoyan iniciativas posteriores. Así, el *Libro verde de las pequeñas y medianas asociaciones de personas mayores* (2007) subraya la importancia de este movimiento asociativo para el enriquecimiento de la convivencia política general. En él se señala

[8] United Nations Economic and Social Council (2006), *Modalities for the Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing. Report of the Secretary-General.* Documento E/CN.5/206/2 (Ofecum y Hartu-emanak 2007).

que no se debe desaprovechar el número creciente de personas que se encuentran en la fase post-productiva, desde el punto de vista del empleo, pero en una fase muy productiva desde el punto de vista social. En esta línea, se critica el tipo de atención dominante ofertado al mayor, que se corresponde con el estereotipo de dependiente necesitado y que los autores denominan "ocio infantilizado". Frente a la sobrevaloración del enfoque asistencial indican que una parte creciente de mayores requiere una consideración distinta (Ofecum y Hartu-emanak 2007:17). Esta afirmación coincide con los datos obtenidos en las entrevistas del estudio citado, como quedó manifiesto en las citas.

Desde otro ámbito, pero siguiendo una línea paralela, instituciones privadas como la Fundación Pfizer, en sus Primeras Jornadas sobre Envejecimiento Saludable (2003) resaltaba la actividad voluntaria como beneficiosa en términos de bienestar subjetivo, como vía de expandir patrones de solidaridad y compromiso y como contribución al desarrollo social y cultural general. Se subraya asimismo la acción de profesionales ya jubilados que ofrecen sus servicios a entidades sin ánimo de lucro para la formación de personas que, por escasez de recursos, no pueden acceder a cursos regulares de formación; un argumento que encuentra respaldo en las entrevistas realizadas en el estudio referenciado. El voluntariado social de los mayores, que se inició como una actividad autorreferente, es decir, practicado por mayores para atender a otros mayores en situaciones de mayor dificultad, se amplía para atender cualquier tipo de necesidad social, incorporándose a la actividad de heteroayuda en una perspectiva más diversificada.

7. La visibilización de lo oculto, o los estigmas privados convertidos en causas públicas

En el año 2001 se formó en San Diego (California) un movimiento particularmente interesante en relación a las cuestiones que aquí se exponen. Se trata del *Old Women Movement*, cuya iniciadora, la escritora Bárbara MacDonald, lo definía como un movimiento contra el *edadismo*, entendiendo por tal concepto la discriminación en función de la edad, que en las sociedades de nuestro entorno se concreta en los mayores. Este movimiento plantea que las mujeres sufren una doble discriminación, sumando a la de la edad la de género.

> "El mundo está gobernado por hombres viejos, pero las mujeres de la misma edad se ven completamente excluidas de la esfera pública, encerradas en un estereotipo que las reduce a sus roles en la familia. Del mismo modo que en los 60 y 70 se reconstruyó la idea social de mujer, hoy es necesario deconstruir los estereotipos que pesan sobre las viejas…/… Estamos reducidas a la figura de 'abuela', aunque ni siquiera tengamos nietos" (Cynthia Rich, en: Ptqk 2009)

Este movimiento, que deriva de la corriente del "feminismo de la diferencia" y desempeña una acción política muy activa en diversos campos, desarrolló actividades de presión contra la especulación inmobiliaria en 2001 y contra la guerra de Irak en 2003, en tanto que mantiene una permanente actividad de denuncia en relación con la invisibilización, o marginación vía infantilización, de las mujeres mayores. Sus integrantes denuncian la discriminación a través del lenguaje y reivindican el uso político de una palabra cargada de desprecio: "vieja"*;* defienden que mientras no se consiga interpretarla como un término descriptivo y no valorativo, la ubicación en este sector de edad no dejará de vivirse negativamente.

La mujer vieja representa la negación de los principales valores dominantes en la sociedad; se le niega el valor de la competitividad y la eficacia, pero también el valor de su propio cuerpo, alejado de los estereotipos de belleza funcionales para la sociedad de consumo dominante. Por ello, desde los círculos feministas en los que se sitúa este movimiento se reclama el derecho a la representación del cuerpo de las mujeres viejas, interpretándolo como el extremo de lo que la sociedad considera "lo representable", que se guía por los criterios de la estética de consumo y culto a un cuerpo "siempre joven".

Las mujeres mayores son, también, las más invisibilizadas en los estereotipos sociales que prevalecen en el ámbito del activismo político:

> "El *edadismo* se esconde detrás de muchos comportamientos que la mayoría consideraríamos como normales. No hablamos de respeto, porque el respeto demasiadas veces está teñido de condescendencia. Por ejemplo, a las viejas se les pregunta con frecuencia por su salud, o se intenta halagarlas diciéndoles que no representan su edad, o felicitándolas al sorprenderse cuando realizan otras actividades que no resultarían tan sorprendentes en varones de su misma edad, como firmar manifiestos o acudir a manifestaciones" (The Old Women`s Proyect, San Diego, California).

La representación de intereses de sectores social y políticamente marginados, ejercida como

política de protesta, supone un enriquecimiento de la vida política democrática, en la medida en la que incorpora aspectos no atendidos por los actores políticos centrales y que permite la ampliación de las bases sociales de la política.

8. El asociacionismo de los mayores en las asociaciones "sin edad"

Pero al hablar de asociacionismo de las personas de más edad, no podemos dejar de considerar su participación en asociaciones que no presentan corte de edad. Por tanto, es también preciso examinar la participación de los mayores en todo tipo de colectivos. Según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (Estudio CIS nº 2450), el 41 por cien de la población española manifiesta ser miembro de alguna organización, porcentaje que se reduce al 36 por cien en el caso de la población de 65 o más años. En relación con el ejercicio de actividad voluntaria –la única que efectivamente puede considerarse "envejecimiento activo", siempre que suponga actividad regular–, aún es más llamativa la disminución de la población mayor, que pasa del 16 por cien de la población total al 8 por cien. Parece ser que en España existe una relación inversamente proporcional entre cumplir años y participar activamente en colectivos, de modo que es el tipo de actividad asociativa que más diminuye con la edad, mientras que otras como hacer donaciones, o la pertenencia como miembro de cuota, no parecen verse afectadas por este factor (Morales, Mota y Pérez Nieva 2006: 179).

Sin embargo, estudios posteriores, como los presentados en 2009 por la Plataforma del Voluntariado y por CEOMA, coinciden en el incremento de este perfil de persona mayor en asociaciones de todo tipo en los últimos años. Este fenómeno puede estar asociado a los cambios en el mercado laboral, al incremento de las prejubilaciones y al aumento de un sector de desocupados con un perfil ciertamente novedoso. Se trata de lo que Trinidad (2006) denomina la aparición de "los nuevos jubilados", cuyos rasgos poco tienen que ver con la imagen más extendida del mayor. Estos nuevos jubilados se han socializado en una realidad social y económica muy diferente de la que han vivido los que hasta ahora han sido considerados como "tercera edad". El nuevo jubilado opta por no quedarse en su casa, tiene más recursos educativos y relacionales, y está más dispuesto a mantener su incorporación a la sociedad y a no ser un "desocupado a tiempo completo".

Los estudios más recientes detectan este incremento de actividad y dinamización de los mayores, atribuyéndolo a la llegada a la edad de jubilación de cohortes con niveles educativos más altos y mejores condiciones de salud. Asimismo señalan una creciente valoración de la actividad participativa, dentro de una nueva ética de la ocupación que relaciona esta última no tanto con la necesidad y la productividad como con el placer y la responsabilidad social (Dávila y Díaz-Morales 2009). En otros lugares, estudios similares muy recientes también sostienen este incremento del voluntariado mayor en los últimos años y prevén su crecimiento en la próxima década. Estas previsiones se fundamentan en razones demográficas, la llegada a la edad de la jubilación de los *babyboomer*[9], cohortes que protagonizaron las intensas movilizaciones de los sesenta, con un gran potencial para la acción, a lo que suman al llegar a esta edad la disponibilidad de tiempo libre (Eniolf 2009; Tang, Morrow-Howell y Hong 2009).

Se trata de jubilados con más recursos económicos y educativos que planifican su vejez atendiendo a criterios de corte más postmaterialista, como corresponde a las cohortes de las que proceden y a las condiciones de vida en las que se han educado y madurado. Siguiendo las tesis de Inglehart (1998), los sujetos que se han educado y han vivido en condiciones de seguridad económica y física desarrollarán valores más acordes con las ideas de autoexpresión, calidad de vida y solidaridad. En España empiezan a llegar a esta edad avanzada personas que no tienen recuerdos directos de la guerra civil, ni muchos de ellos experiencia de las penurias de la postguerra, y que, en todo caso, albergan la sensación de merecer una jubilación satisfactoria y plena. Valoran la jubilación como una oportunidad para hacer lo que siempre desearon y no siempre pudieron (Trinidad 2006).

[9] Este argumento, pero referido a la población juvenil en lugar de a la población mayor, se desarrolla en Funes (1994) al estudiar las relaciones entre ciclo vital individual y acción colectiva. La tesis defendida en este artículo es que, en parte, la intensidad de las movilizaciones de los sesenta se debió a la concentración en el tiempo y el espacio de cohortes muy numerosas que atravesaban el momento del ciclo vital más probable para la acción colectiva ("jóvenes" concentrados en las universidades, espacios particularmente proclives a la acción colectiva). Estos jóvenes son los que van a empezar a llegar a las edades de jubilación.

En el estudio del CIS ya citado, los datos estadísticos confirman esta visión positiva de la jubilación: el 38 por cien de quienes cuentan 65 o más años percibe la jubilación "como una liberación, una oportunidad para dedicar su tiempo a lo que quiere". Sin embargo, aunque por muy poco, ésta no es la visión mayoritaria, ya que el 41 por cien "(n)o ha tenido sensaciones especiales, no ha sido un momento especialmente importante en su vida". Tal vez lo importante es resaltar que con la opción más negativa de todas, la de quienes viven la jubilación "como un momento triste, vacío, su vida ha perdido sentido al no sentirse útil", sólo se identifica el 12 por cien. También en las entrevistas cualitativas la opción más valorada fue la que considera la jubilación como un tiempo comparable a cualquier otro, y la segunda, pero a muy poca distancia, la que lo entiende como una oportunidad vital, como un tiempo para poder hacer lo que antes no se hizo. Se concibe como un periodo que permite desarrollar aficiones, mejorar la formación y poner en práctica valores y capacidades en diferentes aspectos de la vida. Ninguna de las 36 personas con actividad asociativa entrevistadas se ubicó en ese 12 por cien de la encuesta que interpreta la jubilación "como un momento triste, vacío…".

La visión que valora la jubilación como una oportunidad se encuentra asociada, con más frecuencia, a los niveles altos de renta y educación; tal vez por tener más motivaciones, más inquietudes o más recursos personales, estos jubilados aprecian disponer de tiempo libre para poner unas y otros en práctica. Las personas con situaciones económicas más precarias o con niveles educativos más bajos reproducen en mayor medida la interpretación de la participación como huida de la soledad o como desahogo o distracción ante una vida rutinaria, por lo que podría deducirse que perciben la jubilación más bien como carencia que hay que compensar (Funes 2006).

En las asociaciones aquí denominadas "sin edad", la mayoría de los miembros mayores llevan ejerciendo la actividad asociativa desde su juventud; en ellos el activismo es una forma de vivir. Esto resulta mucho más claro en las asociaciones políticas o en las solidarias definidas ideológicamente. Es difícil encontrar personas mayores que se hayan implicado en un partido político o en una asociación de carácter solidario al producirse la jubilación. Existen ciertamente, tal como se ha podido comprobar en la investigación; son quienes mantenían ideales políticos o solidarios y no encontraron el momento de ponerlos en práctica durante su periodo laboral. Pero, en la mayoría de los casos, quienes comienzan su recorrido asociativo en la tercera edad se afilian a asociaciones recreativas o convivenciales, aunque en ellas terminen realizando un trabajo netamente político, como hemos podido comprobar en las citas transcritas.

En los niveles educativos más altos se valora más pertenecer a asociaciones que no presentan sesgo de edad; es decir, se estima más prestigioso pertenecer a un grupo que persigue bienes públicos generales, y menos a una asociación de jubilados. En algunas entrevistas se entrevé incluso una sensación vergonzante al reconocer que se acude a un club de mayores: se muestran orgullosos de su actividad en el intergeneracional y huidizos al ser preguntados por el de mayores. Sin embargo, en los niveles educativos más bajos no se aprecia esta sensación, probablemente debido a que las oportunidades de los entrevistados son más limitadas y aprovechan lo positivo que los grupos de mayores les ofrecen sin cuestionamiento ni posibilidades de comparación. Quienes han alcanzado niveles de formación más elevados son más independientes porque poseen recursos propios, incluso más intereses y motivaciones, lo que les permite distinguir entre diversas asociaciones y seleccionarlas en función de su imagen. El perfil de las personas de nivel educativo más alto coincide con una alta valoración de lo que su actividad supone para el conjunto social. Sienten que su aportación es relevante y en ello fundamentan el reclamo de reconocimiento.[10]

9. Del modelo deficitario de vejez al modelo de desarrollo

La pedagogía gerontológica señala que hay dos modos de interpretar la vejez, desde el "modelo deficitario" o desde el "modelo de desarrollo". La mayoría de las personas mayores residentes en la actualidad en España no han sido formadas ni preparadas para el ejercicio del ocio ni el de la participación social ni política. Tan sólo la actividad laboral y la atención de la casa y la familia se contemplaban como tareas dignas de aprendizaje y desempeño. Sin embargo, la cultura actual, la sociedad en la que "hoy" viven nuestros mayores, ofrece otro tipo de vida que muchos de los

[10] Los argumentos recogidos en este párrafo se han formulado a partir de la información proporcionada en diferentes entrevistas semiestructuradas (ES) y biográficas (EB) llevadas a cabo por la autora (ES nº 23, 11, 12 y 25; EB nº 3, 8 y 10).

ancianos observan con cierta perplejidad (Limón 2007).

Es por ello por lo que algunos programas para mayores tienen como objetivo formar la dimensión social y cultural, entendiendo que sus destinatarios son algo más que productores y consumidores, por lo que, sobre todo en los casos de las personas con menos recursos, parecen útiles aquellos proyectos que tratan de ayudarles en el arte de vivir y de relacionarse (Limón 2007: 16). El modelo médico tradicional de vejez se centra en los aspectos biológicos de la misma, lo que lleva a conceptualizar este periodo de la vida sólo en términos de déficit, deterioro, involución y pérdidas. Es lo que se denomina "modelo deficitario de vejez".

Frente a éste se propone el "modelo de desarrollo de vejez", que subraya las posibilidades de aprendizaje, de incorporar conocimientos y habilidades. La capacidad de aprender no termina mientras existe vida, tan sólo se ralentiza y disminuye, pero sólo ante casos graves de deterioro cognitivo. La falta de estímulo es la mejor manera de conseguir que el deterioro y la involución sean un éxito. El modelo de desarrollo subraya la concepción de la vejez como un periodo más de la vida, con rasgos singulares como cualquier otro. Resalta la conveniencia de concebirlo desde una perspectiva longitudinal teniendo presente la idea de desarrollo biográfico e histórico, tanto como la necesidad de incorporar los aspectos de actividad y sociabilidad reseñados profusamente en este texto.

10. A modo de conclusión. Clientes, consumidores y usuarios *versus* activistas, políticos y promotores de bienestar

Siguiendo una línea de reflexión teórica clásica en la que se considera referente básico la obra de Tocqueville, pero que tiene una historia mucho más dilatada en el tiempo, Van Deth (1997:1) afirma al principio de una interesante obra lo siguiente: "la calidad de la política democrática en las sociedades modernas depende, al menos en parte, de las acciones de las asociaciones y organizaciones y de las oportunidades que tengan los ciudadanos para cooperar en ellas". Ciertamente, ésta es la línea de pensamiento que ha guiado este artículo y, en buena medida, toda la investigación que a él subyace. Las asociaciones cumplen diversas funciones: intermediación-representación de intereses, integración en el medio,movilización y socialización (Hirst 1994; Gunderlach y Torpe 1997). Ejemplos de todo ello incluyen las páginas previas con casos concretos de individuos y grupos.

Otra línea de pensamiento próxima, desde la que también cabe interpretar estas acciones, es la teoría de la ciudadanía sustantiva, que entiende esta última como una realidad sustentada en las ideas de implicación y pertenencia, y no como una mera adscripción jurídica a un territorio. Es lo que se denomina "ciudadanía activa" (Sommers 1999). Desde esta perspectiva, convertirse en ciudadano pasa por establecer unos vínculos de pertenencia a, e implicación con, una comunidad; la ciudadanía se aprende y ejercita actuando en el marco de la convivencia. Muchas son las formas de implicación que pueden ser consideradas prácticas de ciudadanía, pero en este caso nos hemos centrado en una de las más estudiadas, la práctica asociativa. También cabe interpretar el material analizado desde la perspectiva teórica del "empoderamiento" (*empowerment)* y del desarrollo comunitario (Rubien y Rubin 1992; Serrano-García 1984), como ejercicio de la autonomía política de los sujetos, emancipados como seres libres capaces de defender sus intereses, gestionar sus comunidades y resolver sus conflictos.

Los mayores objeto de esta investigación actúan como ciudadanos cuando reclaman sus derechos ante la autoridad municipal, o cuando organizan una fiesta para los asociados de su grupo o para las fiestas de su barrio; o también cuando demandan abonos de transporte gratuito o preparan sesiones culturales o encuentros deportivos. Es decir, la implicación en una asociación a la que no sólo se acude a recibir un servicio (como cliente, consumidor o usuario*),* sino en cuya dinámica y gestión del grupo se participa, produce ciudadanos, sujetos políticos y, en definitiva, desarrollo democrático.

De todo ello se encuentran indicios en la investigación realizada, y en esos hallazgos es en los que se sustentan las afirmaciones que aquí se mantienen y que corroboran otros estudios similares en España y fuera de ella. En muchas ocasiones, la llegada al colectivo proviene de una razón instrumental particular, pero puede transformarse en compromiso militante, y el mero cliente o usuario transformarse en activista político y ciudadano comprometido. De ello se beneficia tanto el propio individuo, su grupo y su comunidad, como la sociedad en su conjunto, en la medida en que con ello se

extienden las bases sociales de la política, se diversifican los intereses y se garantiza la pluralidad, al tiempo que se expande la cultura democrática.

Bibliografía

Abellán García, A. y M. D. Puga González (2005), "Una España que envejece", *Papeles de Economía Española,* 104: 57-75.

Alberdi, I. (1999), *La nueva familia española*, Madrid, Tecnos.

Alonso, D.; Lirio, J. e I. Herranz (2007), "La participación en la Universidad de Mayores: beneficios en la calidad de vida", en: Alonso González, D. *et al.*, *Mayores activos: teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores*, Madrid, Factoría de Ediciones y Producciones S.L. (GESED): 157-184.

Arias, A. y F. Morales (2007), "Aspectos psicosociales del envejecimiento" en: Ballesteros, B. (Dir.), *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, Madrid, Universitas y UNED: 113-150.

Avlund, K. (2004), "The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline", *Journals of Gerontology (Series B. Psychological Sciences Social Sciences)* 59: 44-51.

Barber, B. (1984), *Strong Democracy: Participatory Politics for a new Age*, Berkeley, University of California Press.

Barness, S. H. y Kaase, M. (1979), *Political Action. Mass Participation in Five Western Democracies,* Londres, Sage.

Conde, F. y J. M. Marinas (1997), "Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños", *Documentos técnicos de salud pública* 80, Madrid, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Dávila, M. C. y J. F. Díaz-Morales (2009), "Voluntariado y tercera edad", *Anales de Psicología* 25, 2: 375-389.

Eniolf, C.J. (2009), "Will the Boomers volunteer during retirement? Comparing the baby boom, silent, and long civic cohorts", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly,* 38, 2: 181-199.

Fuhrer, R. *et al.* (1999), "Gender, social relations and mental health: Prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study)", *Social Science and Medicine,* 48: 77-87.

Funes Rivas, M.J. (1994), "Ciclo vital y acción colectiva", *Revista Internacional de Sociología* 12: 29-54.

– (1995), *La ilusión solidaria: las organizaciones altruistas como actores sociales en los regímenes democráticos*, Madrid, UNED.

– (2006), "La experiencia de la acción colectiva", en: Montero, J.R. *et al.*, *Ciudadanos, asociaciones y participación en España*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas: 301-324.

– (2010), "La participación en asociaciones de la población mayor de sesenta y cinco años en España. Análisis de sus efectos e indicaciones para las políticas públicas sectoriales", *Revista de Investigaciones Sociológicas (RIS)* (en prensa).

– (En prensa) "Envejecimiento y calidad de vida: los efectos de la práctica asociativa en el bienestar subjetivo de la población mayor".

García Rodríguez, B. (2007), "Bienestar subjetivo y felicidad en la vejez", en: Ballesteros Jiménez, S. (Dir.), *Envejecimiento saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales,* Madrid, Universitas y UNED.

Gunderlach, P. y L. Torpe (1997), "Social reflexivity, democracy and new types of citizen involvement in Denmark", en: Van Deth, J. W. (Ed.), *Social Participation, Voluntary Associations and Political Involvement in Representative Democracies*, Londres, Routledge: 47-64.

Harris, A. H. S. y C. E. Thoresen (2005), "Volunteering is Associated with Delayed Mortality in Older People: Analysis of the Longitudinal Study of Aging", *Journal of Health Psichology 10*: 739-752.

Hirschman, A. (1986), *Interés privado y acción pública*, México, Fondo de Cultura Económica.

Hirst, P. (1994), *Associative Democracy. New forms of economic and social governance*, Londres, Polity Press.

Inglehart, R. (1998). *Modernización y posmodernización. El cambio cultural, económico y político en 43 sociedades.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Limón Mendizabal, M.R. (2007), "La educación transformadora como recurso básico para vivir la vejez", en: Alonso González, D. *et al.*, *Mayores activos: teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores*, Madrid, Factoría de Ediciones y Producciones S.L. (GESED): 13-38.

Marí Ytarte, R.M. (2007), "Ciudadanía y educación social. La educación de la ciudadanía desde la animación sociocultural", en: Alonso González, D. *et al., Mayores activos: teorías, experiencias y reflexiones en torno a la participación social de las personas mayores*, Madrid, Factoría de Ediciones y Producciones: 65-86.

Morales, L.; Mota, F. y S. Pérez-Nieva (2006), "La participación en asociaciones: factores individuales", en: Montero, J. R. *et al., Ciudadanos, asociaciones y participación en España*, Madrid Centro de Investigaciones Sociológicas: 157-182.

Ofecum y Hartu-emanak (2007), *Libro verde de las PYMAs (pequeñas y medianas asociaciones) de personas mayores*, Madrid, Dykinson, S.L.

Otero, A.; Zunzunegui, M. V. *et al*. (2006), *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*, Bilbao, Fundación BBVA.

Pateman, C. (1970), *Participation and Democratic Theory*, Cambridge, Cambridge University Press.

Ptqk, M. (2009), "No somos vuestras abuelas", *Diagonal*, 2 de abril (http://diagonalperiodico.net).

Putnam, R. D. (1993), *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.

Ryder, N. (1965), "The cohort as a concept in the study of social change", *American Sociological Review* 30: 147-192.

Riley, M.; Foner, A. y J. Aring (1988), "Sociology of Age", en: Smelser, N. (Ed.) *Handbook of Sociology*, Beverly Hills, Sage Publications: 243-290.

Rodríguez Cabrero, G. (1997), *Participación social de las personas mayores,* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rosow, I. (1974), *Socialization to Old Age*, Berkeley, University of California Press.

Rowe, J. W. y R. L. Kahn (1997), "Successful aging", *Gerontologist,* 37, 4: 433-440.

Rubien, H. e I. Rubin (1992), *Community Organizing and Development*, Boston, Allyn and Bacon.

Sabin, E. P. (1993), "Social relationships and mortality among the elderly", *Journal of Applied Gerontology,* 12: 44-60.

Santamarina, C. *et al.* (2002), "La percepción que los mayores tienen de sí mismos", en: *Percepciones sociales sobre las personas mayores,* Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO): 403-435.

Serrano-García, I. (1984), "The illusion of empowerment: Community development within a colonial context", en: Rappaport, J. *et al.*, *Studies in Empowerment: Steps Towards Understanding and Action*, Nueva York, The Haworth Press: 173-200.

Somers, M. (1999), "La ciudadanía y el lugar de la esfera pública: un enfoque histórico", en: García, S. y S. Lukes (Eds.), *Ciudadanía, justicia social, identidad y participación"*, Madrid, Siglo XXI: 217-234.

Sugisawa, H. *et al.* (1994), "Social networks, social support and mortality among older people in Japan», *Journals of Gerontology (Series B: Psychological Sciences Social Sciences)* 49: 3-13.

Tang, F.; Morrow-Howell, N. y S. Hong (2009), "Inclusion of diverse older populations in volunteering: The importance of institutional facilitation", *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 38, 5: 810-827.

Trinidad, M. (2006), "Estrategias sociales y económicas en los nuevos jubilados", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 115: 135-163.

Van Deth, J.W. (Ed.) (1997), *Social Participation, Voluntary Associations and Political Involvement in Representative Democracies*, Londres, Routledge.

Velasco, H. (2007), "Los sentidos culturales del envejecimiento. Una aproximación antropológica", en: Ballesteros Jiménez, S., *Envejecimiento*

saludable: aspectos biológicos, psicológicos y sociales, Madrid, Universitas y UNED.

Verbrugge, L.M. y A.M. Jette (1994), "The disablement process", *Social Science and Medicine,* 38: 1-14.

Zoido Naranjo, F. (2003), "La población de España", en: *Tendencias demográficas durante el siglo XX en España,* Madrid, Instituto Nacional de Estadísitica: 19-74.

Anexo[11]

Cuadro 1. Entrevistas biográficas

Entr.	*Edad*	*Sexo*	*Nivel de estudios*	*Asociación*
1	68	M	Secundarios	"Nosotras mismas" Asociación de Mujeres Chamberí
2	70	M	Primarios	Movimiento Feminista
3	77	M	Universitarios	Amnistía Internacional
4	77	M	Universitarios	Amnistía Internacional
5	67	M	Universitarios	Partido Político
6	65	H	Primarios	Peña de Fiestas
7	66	M	Primarios	Padres y Madres contra la Droga
8	73	H	Universitarios	Amnistía Internacional
9	74	H	Técnico Medio	Amnistía Internacional
10	65	H	Universitarios	Asociación de Amigos de la Opera de Madrid
11	70	H	Sin estudios	Asociación de Pensionistas Alcorcón

Cuadro 2. Entrevistas semi-estructuradas

Entr.	*Edad*	*Sexo*	*Nivel de estudios*	*Asociación*
1	78	H	Primarios	Abuelas de Gamonal (Burgos)
2	78	M	Sin estudios	Vecinos Uva Vallecas (Madrid)
3	78	M	Primarios	C. Mayores Plaza Galicia (Alicante)
4	72	M	Primarios	Asoc. Corpus Christi (Alicante)
5	72	M	Primarios	Cáritas (Madrid)
6	67	M	Primarios	Mujeres por Grado (Asturias)
7	76	M	Sin estudios	Madres Contra la Droga (Madrid)
8	67	M	Primarios	Mujer Rural Villa Lumbrales Salamanca
9	65	H	Universitarios	Jubique (Madrid)
10	74	H	Sin estudios	Rondalla de Guadarrama (Madrid)
11	67	H	Universitarios	Karibú (Madrid)
12	66	H	Bachillerato	Amigos Camino de Santiago (Madrid)
13	73	H	Universitarios	CEPYP (San Sebastián)
14	81	H	Primarios	Mayores Ecologistas de C. Lineal (Mad)
15	78	H	Sin estudios	Cultura/ Ocio Tercera Edad (Plasencia)
16	77	H	Bachiller	Jubilados de Enfermería (Salamanca)
17	69	H	Sin estudios	Tercera Edad de Colmenarejo (Madrid)
18	80	M	Sin estudios	Cultural Torre Val (Segovia)
19	67	M	Bachiller	Coral de Guadarrama (Guadarrama)
20	77	H	Sin estudios	Alfonso X El Sabio (Nava-Asturias)
21	71	H	Primarios	Partido Popular (La Hiruela-Madrid)
22	66	M	Bachiller	ASPAD (Sevilla)
23	73	H	Bachiller	Desarrollo y Asistencia (Madrid)
24	65	M	Universitarios	PSOE (Collado-Villalba)
25	65	H	Universitarios	PSOE (Madrid)

[11] Para conocer los criterios en función de los cuales se seleccionaron los perfiles de los entrevistados, véanse Funes (2010) y Funes (en prensa).

Aspectos sanitarios del envejecimiento

JUAN ANTONIO VARGAS NÚÑEZ*

RESUMEN

En los últimos años hemos asistido a avances importantes en el conocimiento de la biología del envejecimiento, ratificados por la concesión del premio Nobel de Medicina 2009 a tres científicos estadounidenses por sus investigaciones sobre la telomerasa, una enzima que previene la degradación de los cromosomas involucrados en el proceso de envejecimiento y del cáncer. En este trabajo se exponen brevemente los principales cambios físicos y funcionales relacionados con el envejecimiento; a continuación, la exposición de las diferentes teorías del envejecimiento pone de manifiesto la ausencia hoy día de una única explicación válida de este proceso. Sí hay, en cambio, acuerdo en la identificación de los problemas clínicos más relevantes en el paciente anciano, a los que se dedica un apartado de este artículo, que termina esbozando los retos que el envejecimiento plantea a nuestro sistema sanitario en sus diferentes niveles asistenciales.

1. A PROPÓSITO DEL ENVEJECIMIENTO COMO PROCESO Y DE LA ANCIANIDAD COMO ESTADO

Don Santiago Ramón y Cajal, en su obra *El mundo visto a los 80 años*, publicada en 1934, comienza diciendo: "Hemos llegado sin sentir a los helados dominios de Vejecia, a ese invierno de la vida sin retorno vernal, con sus honores y horrores según decía Gracián. El tiempo empuja tan solapadamente con el fluir sempiterno de los días, que apenas reparamos en que, distanciados de los contemporáneos, nos encontramos solos, en plena supervivencia. Porque el tiempo corre lento al comenzar la jornada y vertiginosamente al terminarla". Y continúa: "Al leer en nuestra conciencia, quedamos un poco aturdidos. El Yo, no obstante las traiciones y eclipses de la memoria, sigue considerándose como eje de nuestra vida interior y exterior, a despecho de un cuerpo decrépito que nos sigue jadeante y como a remolque en nuestras andanzas fisiológicas e intelectuales" (Ramón y Cajal 1947: 287).

Posiblemente, nuestro insigne Premio Nobel de 1906 estaría de acuerdo en que envejecer no es lo mismo que enfermar, aunque en la vejez se produce un mayor número de enfermedades. Asimismo, en muchas ocasiones no resulta sencilla la diferenciación de los grupos de procesos que modulan los cambios en el anciano. Por un lado se encuentra el envejecimiento fisiológico o primario y, por otro, el envejecimiento secundario, relacionado con factores ambientales, de riesgo y/o patológicos[1].

El anciano no puede considerarse un adulto mayor, porque en su camino hacia el envejecimiento se han producido cambios importantes en el plano morfológico, fisiológico, funcional, psicológico y social. En efecto, los ancianos tienen:

* Profesor Titular de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid (jvargas.hpth@salud.madrid.org).

[1] Por envejecimiento fisiológico o primario se entienden las modificaciones establecidas por el simple paso del tiempo. El envejecimiento relacionado con el ambiente y los factores de riesgo se debe a la exposición frecuente y prolongada a diversos agentes (contaminación, dietas inadecuadas, alcohol, estrés, inactividad física…). El envejecimiento patológico es el relacionado con las secuelas de enfermedades, los accidentes y actos quirúrgicos acumulados a lo largo de la vida.

a) algunas enfermedades muy relacionadas con su edad, muy raras o inexistentes en edades previas, como, por ejemplo, la amiloidosis cardiaca o el cáncer de próstata;

b) enfermedades comunes a otras edades de la vida, pero con incidencia muy superior y con un comportamiento muy diferente (tumores malignos, infecciones, insuficiencia cardiaca, enfermedades degenerativas osteoarticulares, neurológicas, etc);

c) procesos geriátricos específicos como caídas, incontinencia urinaria, inmovilidad, desnutrición;

d) peculiaridades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas: los signos físicos y los síntomas no se manifiestan de la misma forma que en el adulto joven;

e) afectación de varios órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y coexistencia de varios procesos morbosos (enfermos complejos o pluripatológicos).

Todas estas modificaciones se ven moduladas por posibles problemas sociales (económicos, de soledad, de incapacidad), psicológicos y de comportamiento (actitud ante la vida, deterioro mental, etcétera).

Existe cierta controversia en cuanto a la determinación de la edad de corte para hablar de paciente anciano o geriátrico; de hecho, el factor de edad no es el principal para definir este concepto. Se deben tener en cuenta otros factores, como la presencia de pluripatología, problemas funcionales físicos y mentales o la necesidad de programas de rehabilitación física, psíquica o social. En virtud de esta consideración, no más del 10-15 por cien de la población que supera los 65 años puede ser considerada población anciana. Ahora bien, después de los 85 años, la mayoría de las personas cuando sufren un proceso agudo intermitente cumplen criterios de paciente geriátrico o "anciano frágil", y deben ser evaluados y tratados como tales. Se considera anciano frágil aquel que ha perdido gran parte de su "reserva funcional" y, por esta razón, es especialmente vulnerable a cualquier tipo de agresión.

Para Ramón y Cajal, en la obra ya citada, se es verdaderamente anciano, psicológica y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual y cuando, con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y premiosidad de la palabra y del pensamiento. Otros conceptos habituales en el contexto de discusión sobre el envejecimiento son la esperanza de vida media y el índice de envejecimiento[2]. Actualmente la esperanza de vida en España se sitúa alrededor de los 81 años (76 años para varones y 83 para mujeres). Se considera, por lo demás, que en diez años uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años; habida cuenta de que este grupo de edad ocupa el primer lugar en el uso de los sistemas de salud, este proceso demográfico en curso podría implicar que en una década aproximadamente diez millones de personas tendrían un coste sanitario que, según diversas fuentes, es entre cuatro y doce veces mayor que el del resto de la población (Sauquillo 2009; Blázquez 2010).

Al hilo de estas consideraciones también cabe citar una pareja de conceptos importantes, los de "esperanza de vida independiente" y "esperanza de vida dependiente", en función de si la persona en cuestión es o no capaz de valerse por sí misma o requiere la ayuda de terceros[3]. La lucha contra la dependencia y la búsqueda de una buena capacidad funcional constituyen el objetivo fundamental de la asistencia geriátrica y su mayor reto en la actualidad.

2. Principales cambios físicos y funcionales relacionados con el envejecimiento

En el paciente anciano se producen cambios en la configuración general del cuerpo. Se observa una pérdida de estatura (un centímetro por década a partir de los 40-50 años), que suele atribuirse a la pérdida de masa ósea y la consecuente reducción en la altura de los cuerpos vertebrales. La disminución de altura total durante el proceso de envejecimiento puede oscilar entre 2,5 y 7,5 centímetros. También tiene lugar una redistribución del tejido adiposo con tendencia a fijarse de forma centrípe-

[2] La esperanza de vida media es el periodo de tiempo de vida que, con criterios estadísticos, puede vivir previsiblemente un individuo a partir de un momento determinado, ya sea el de su nacimiento o a una edad cualquiera. El índice de envejecimiento es la proporción de individuos mayores de 65 años en relación con el total de la población.

[3] Enfermo dependiente es aquel que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

ta en el tronco, así como una pérdida de masa muscular y una merma en el contenido total de agua, más acusada a nivel intracelular. En cuanto al peso, se produce un incremento en los hombres hasta los 50 años, que después comienzan a perderlo; en cambio, en las mujeres el aumento de peso se da hasta los 70 años y posteriormente lo van perdiendo. La disminución del peso se debe a la reducción del tejido muscular y del depósito de grasa subcutánea, a la menor masa ósea y la menor cuantía de agua.

Los cambios más destacados en los ancianos se producen a distintos niveles:

– la pérdida total de determinadas funciones: el ejemplo más claro es la pérdida de la capacidad reproductora en la mujer tras la menopausia, que de forma más tardía e irregular ocurre también en el hombre;

– cambios funcionales secundarios a alteraciones estructurales: son los más comunes y, en menor o mayor grado, afectan a todos los órganos o sistemas. Lo habitual es que las alteraciones funcionales sigan a las pérdidas anatómicas. Un ejemplo es la pérdida progresiva de la función renal secundaria a la pérdida de nefronas que probablemente se deba a la reducción del flujo vascular del riñón. Asimismo, es probable que muchas de las alteraciones en el comportamiento o en la función mental del anciano se deban a la pérdida de neuronas y sinapsis;

– cambios funcionales sin alteración estructural demostrable: son menos frecuentes, pero un ejemplo típico es la reducción con la edad de la velocidad de conducción de la fibra nerviosa periférica sin cambios morfológicos en el nervio;

– cambios en órganos de los sentidos: son típicos la presbicia, que se manifiesta en la lectura cuando la letra es pequeña o el texto muy próximo, y la presbiacusia cuando se reduce considerablemente la intensidad del sonido.

3. Las diferentes teorías del envejecimiento

Existen numerosas teorías con base científica que intentan explicar el envejecimiento, pero ninguna, por sí sola, explica exhaustivamente dicho proceso. Entre los varios sistemas para clasificar estas teorías, el más clásico las divide en estocásticas y no estocásticas. En las primeras, los procesos que determinan el envejecimiento ocurren aleatoriamente, al azar, y se van sumando en el transcurso del tiempo debido a la acumulación de agresiones procedentes del medio ambiente hasta que alcanzan un nivel incompatible con la vida. De acuerdo con las teorías no estocásticas, el envejecimiento se define a partir de normas predeterminadas. Según Ribera (2006), las teorías no estocásticas más importantes son las siguientes:

La teoría de los radicales libres o peroxidación

Enunciada en 1956, esta teoría mantiene que durante el proceso oxidativo se generan radicales libres que reaccionan con los componentes celulares originando su muerte y el envejecimiento del organismo. Diferentes estudios con agentes antioxidantes en los que se han utilizado modelos animales muy elementales han permitido, en algunos casos, prolongar la extensión de vida máxima en la especie correspondiente. Pero este tipo de respuesta no se ha conseguido en la especie humana.

La teoría de los enlaces cruzados

Se basa en los cambios moleculares que afectan a la información contenida en el ADN y en el ARN. Según esta teoría, las alteraciones generadas en el ADN debidas a enlaces covalentes o de hidrógeno darían lugar a mutaciones en las células y, posteriormente, a su muerte.

La teoría del error catastrófico

Conforme a esta teoría, en la síntesis de proteínas se produce una acumulación de errores que conducen a un trastorno de la función celular, determinando cambios en ella que facilitan su envejecimiento y su muerte. Tiene el inconveniente de que, tanto en modelos animales como en humanos, al menos en muchas ocasiones no se encuentra este tipo de errores en el anciano.

La teoría inmunológica

En el envejecimiento hay un importante declinar en el sistema inmunológico que determina una peor capacidad para responder a agresiones o para diferenciar lo propio y lo ajeno, facilitando la apa-

rición de enfermedades, especialmente de tipo autoinmune, infeccioso y tumoral.

La teoría neuroendocrina

De fundamentación similar a la inmunológica, según esta teoría el principal responsable del envejecimiento sería el deterioro en los mecanismos superiores de regulación neuroendocrina. La teoría se basa en que durante el envejecimiento se pierden células nerviosas, así como hormonas reguladoras del mecanismo reproductor y de la capacidad funcional en el mecanismo endocrino regulador.

La teoría de la acumulación de productos de desecho

En la mayor parte de células de animales ancianos se observan productos de degradación metabólica que podrían alterar el metabolismo de la célula acelerando su destrucción. No parece que ningún producto de desecho o cuerpo de inclusión intracelular desempeñe función activa alguna en el proceso de envejecer, sino que posiblemente sean marcadores indirectos del proceso de envejecimiento.

Las teorías genéticas

Constituyen el prototipo de las teorías no estocásticas. Estas teorías parten del supuesto de que la longevidad de una especie y de sus individuos se halla en parte determinada por mecanismos genéticos, con lo que el individuo nacería con una secuencia de envejecimiento programada en su genoma que le adjudicaría una potencial supervivencia, la cual se vería modificada por fenómenos ambientales.

En conjunto, como se ha avanzado ya, ninguna de estas teorías es por sí misma suficiente para explicar el proceso del envejecimiento. Por tanto, la cuestión sigue abierta y así seguirá previsiblemente durante muchos años.

4. Los problemas clínicos más relevantes en el paciente anciano

Siempre teniendo en cuenta la definición anteriormente establecida de "paciente anciano", las alteraciones más importantes que le aquejan son las siguientes: deterioro intelectual (demencia, delirio), incontinencia, inestabilidad-caídas, inmovilidad, malnutrición, alteraciones sensoriales (auditivas, visuales), depresión-soledad y alteraciones yatrógenas (inducidas por la propia asistencia). El cuadro 1 incluye información sobre la prevalencia de las principales de estas alteraciones.

Como se desprende de la información recogida en el cuadro 2, aunque las alteraciones de la salud que sufre la población anciana pueden encontrarse en cualquier nivel asistencial, en general son más frecuentes entre los ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias. De todos modos, es necesario recordar que la mayoría de los ancianos viven en la comunidad (es decir, en sus entornos de vida previos al proceso de ancianidad) y conservan la capacidad para realizar las actividades de la vía diaria. Así, el 83 por cien de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad no presentan limitación de la movilidad, y el 68 por cien del mismo grupo califican su salud como "buena" o "muy buena".

De todas las alteraciones referidas, las que probablemente más inciden en la calidad de vida de los pacientes ancianos son las siguientes:

La demencia y el delirio

Para el diagnóstico de demencia se requiere que el paciente presente deterioro de la memoria a corto y largo plazo, junto a, al menos, una alteración de las siguientes áreas: pensamiento abstracto, juicio, lenguaje, praxis[4], reconocimiento visual, capacidad construccional o personalidad. Estas alteraciones deben ser lo suficientemente importantes para interferir en la actividad laboral, las actividades sociales o la vida de relación.

El paciente con demencia puede padecer alguna de las enfermedades habituales del anciano y, en bastantes ocasiones, presentar varias simultáneamente. Estos procesos intercurrentes pueden exacerbar su deterioro cognitivo y, en ocasiones, son la causa del fallecimiento. Entre estas enfermedades intercurrentes destacan neumonías aspirativas, deshidratación, malnutrición, sepsis de origen urinario, úlceras por presión o enfermedades tales como cáncer o cardiopatías de incidencia elevada en este grupo de edad.

[4] El término "praxis" describe una acción práctica o una actividad gestual diferenciada y coordinada, producto de una actividad nerviosa superior.

Cuadro 1

Prevalencia de deterioro funcional en la población anciana que vive en la comunidad, hospitalizada o institucionalizada en residencias

	Comunidad	*Hospital*	*Residencia*
Deterioro intelectual (%)	8-23	30-50	47-65
Incontinencia urinaria (%)	10-20	35	50
Caídas (por año)	25	2-26	52
Inmovilidad (%)	3-6	33.6	65
Malnutrición (%)	16	25-75	30-55
Depresión (%)	5-10	33	15-50

Fuente: Elaboración propia a partir de Cristòfol (2009: 1324-1325).

La coexistencia de demencia y delirio es frecuente, y no siempre resulta fácil establecer en qué medida participa cada uno de los elementos en la situación clínica del paciente en un momento determinado. No obstante, el delirio representa un síndrome transitorio de inicio agudo potencialmente reversible. Se caracteriza por alteración de la conciencia, falta de atención, deterioro de la memoria y trastornos del ciclo vigilia/sueño. Entre el 10 y el 15 por cien de ancianos hospitalizados por una enfermedad médica aguda presentan un cuadro de delirio, también conocido como síndrome confusional agudo. El delirio está claramente asociado a un mal pronóstico al alta, con un aumento de la mortalidad y morbilidad, posible prolongación de la hospitalización, deterioro funcional y déficit cognitivo. Entre los ancianos más debilitados, la prevalencia de esta enfermedad puede superar el 50 por cien y multiplica por dos la mortalidad de los pacientes ancianos que lo presentan.

Las causas del delirio son múltiples y pueden actuar de forma simultánea. Se distinguen cuatro grupos causales: las alteraciones intracraneales primarias (hematomas, tumores y accidentes cerebrovasculares); las enfermedades sistémicas (insuficiencia cardiaca, infarto agudo de miocardio, arritmias, infecciones, trastornos metabólicos, deshidratación, insuficiencia renal, etc.); el consumo de determinados fármacos (algunos ansiolíticos, antiinflamatorios, etc.) y ciertos factores ambientales (cambios en la ubicación y deprivaciones sensoriales).

La depresión

Representa el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida. La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Los ancianos deprimidos, además de más proclives que los jóvenes a negar o minimizar los síntomas, acusan una mayor tendencia a la apatía y la soledad, manifestando además con frecuencia sentimientos de inutilidad, pérdida de autoestima, alteraciones perceptivas, de la memoria, trastornos del sueño, del apetito y de la motricidad. Una amplia variedad de enfermedades físicas pueden presentarse o acompañarse de datos clínicos de depresión. Entre las enfermedades relacionadas con la depresión destacan el cáncer (típicamente el de páncreas), las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Alzheimer.

Es difícil distinguir la depresión de síntomas asociados, como apatía y pasividad –frecuentes, por ejemplo, en la enfermedad de Alzheimer– o la labilidad emocional, habitual en la demencia vascular. Cabe destacar que entre un tercio y la mitad de los pacientes con demencia desarrollan un cuadro de depresión en algún momento de la enfermedad.

Las alteraciones de la movilidad

La prevalencia y la incidencia de los problemas de movilidad aumentan en la población anciana. Aproximadamente un 18 por cien de las personas mayores registran dificultades para moverse. La mitad de los mayores de 75 años tienen problemas para salir del domicilio: por otra parte, casi seis de cada diez ancianos que ingresan en un hospital de agudos inician dependencia en alguna actividad de la vida diaria.

Son muchas las situaciones que predisponen al anciano a disminuir su actividad y, en muchas ocasiones, se solapan. Las principales causas son:

– las enfermedades musculoesqueléticas, como la poliartrosis, la osteoporosis y las fracturas;

– las enfermedades neurológicas, como los trastornos cerebrovasculares, la enfermedad de Parkinson y la demencia;

– las enfermedades cardiorrespiratorias y vasculares;

– el consumo de fármacos, en particular, sedantes, hipnóticos y antipsicóticos.

Otro aspecto destacable como fuente de incapacidad es la falta de actividad y la inmovilidad a las que se ven sometidos los pacientes durante el ingreso como parte del proceso de atención rutinario; de ahí la conveniencia de reducir el tiempo de reposo en cama y la utilización de vías intravenosas y sondas vesicales a lo estrictamente necesario, ya que prolongar los tiempos de estos procedimientos favorece la inmovilidad y, como consecuencia inmediata, el deterioro funcional.

Las caídas

Un problema clínico muy importante entre la población anciana por su frecuencia y sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales se deriva de las caídas. Su incidencia depende del lugar donde habita el paciente anciano. Así, en el domicilio se producen 0,5 caídas por persona y año, mientras que en el medio hospitalario el número asciende a 1,5 caídas/cama y año. La caída puede provocar una sucesión complicaciones significativas en el 13 por cien de los pacientes. Además de las lesiones severas que pueden ocasionar, en muchos casos precisan hospitalización, conducen a incapacidad, conllevan riesgo de institucionalización o muerte y tienen un alto coste para los servicios de salud.

Varios factores relacionados con la edad, que suelen interactuar con un medio agresivo, contribuyen a la inestabilidad y las caídas. Los sistemas visual, auditivo, neurológico y musculoesquelético deben trabajar en perfectas condiciones para mantener el equilibrio o responder ante situaciones inesperadas. La identificación de factores de riesgo y el asesoramiento sobre conductas a seguir, junto al entrenamiento del equilibrio, reducen la frecuencia de caídas y sus consecuencias.

Las reacciones adversas a medicamentos

Los ancianos son un grupo de alto riesgo de reacciones adversas medicamentosas, entendiendo por tales cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales y que requiere tratamiento, obliga a su suspensión o hace que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente elevado. Las reacciones adversas, propiciadas por la frecuente asociación de múltiples factores predisponentes (pluripatología, polifarmacia, factores psicosociales), pueden ser responsables de un 10 por cien de los ingresos hospitalarios y de estancias hospitalarias prolongadas.

5. La asistencia sanitaria al paciente anciano

La asistencia sanitaria al paciente anciano comprende un conjunto de niveles de atención que deben garantizar su calidad de vida, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que éstos presentan. Para la realización de una asistencia geriátrica óptima cabe considerar una atención ambulatoria o primaria, una atención hospitalaria y una atención posthospitalaria o sociosanitaria (Ribera 2009: 1311). Todos estos niveles asistenciales deben mantener una coordinación permanente, con el objetivo de que el paciente anciano siga viviendo en su domicilio, en buenas condiciones de salud tanto físicas como psíquicas y sociales (Blázquez 2010).

La asistencia geriátrica en los centros de salud

Los médicos de atención primaria consumen más de la mitad de su tiempo de consulta en la atención de pacientes mayores de 65 años, así como dos terceras partes de los avisos urgentes. En este nivel asistencial, el cuidado del paciente anciano recae en el médico de familia, y el centro de salud se convierte en el punto de referencia. Además de la atención dispensada en el centro de salud, también la atención domiciliaria al anciano corresponde al médico de atención primaria, tanto en el caso del anciano con enfermedad aguda que realiza una vida normal, como en aquel que ha sido previamente asistido en el hospital, o en el que presenta procesos crónicos que requieren controles periódicos. En este último tipo de atención deben

desempeñar un papel decisivo los servicios de ayuda a domicilio en su doble vertiente médica y social. Las organizaciones de voluntariado también pueden prestar un gran apoyo.

Así pues, los centros de salud, en coordinación con el hospital de tercer nivel que le corresponda deben realizar una labor preventiva, educativa y de seguimiento, que cubra tanto el control del cumplimiento terapéutico, como las campañas educativas para los ancianos y sus familias sobre las enfermedades más comunes y las campañas de vacunación. Sin embargo, no siempre se produce esta coordinación entre niveles asistenciales. Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, y también médico, indica que el hecho de que algunos pacientes vayan tantas veces a los centros de salud representa un problema directamente provocado por el propio sistema, que adolece de una gran falta de comunicación entre la atención primaria y la especializada (Sahuquillo 2009: 29).

La asistencia geriátrica en el hospital

En España, la atención sanitaria hospitalaria al paciente anciano se realiza en los servicios de Medicina Interna de forma predominante, dado que la implantación de unidades y servicios de Geriatría continúa siendo escasa. Dentro del hospital, la atención sanitaria se presta en diferentes ámbitos: consultas externas, hospitalización, hospital de día, atención domiciliaria.

Es necesario partir de la idea de que es preferible atender fuera del hospital todas las necesidades sanitarias posibles. Ello implica reforzar la relación con los centros de salud, con los hospitales de apoyo y con los servicios sociosanitarios de la propia zona. Este principio es válido tanto porque la atención extrahospitalaria es más económica que la proporcionada en el hospital, como porque el anciano no debe organizar su cuidado en torno al hospital, sino en lugares más próximos y menos agresivos. El deterioro funcional originado durante la hospitalización representa un cambio significativo en la calidad de vida para el paciente y sus cuidadores, e implica también consecuencias sobre el sistema de salud que le asiste. Para el paciente supone a menudo la pérdida de independencia y autoestima, con la repercusión añadida sobre el cuidador, que en muchas ocasiones se ve desbordado por las necesidades de un paciente que previamente era independiente, lo que puede terminar conduciendo a la institucionalización permanente del anciano con discapacidad.

Los cuidados sanitarios requeridos por los ancianos deben abarcar tanto los cuidados agudos y preventivos como los cuidados a largo plazo de pacientes con patologías crónicas, integrando ambos cuidados de una manera indisoluble y fomentando aquellas intervenciones precoces que eviten o limiten la aparición de la incapacidad, así como la necesaria coordinación de los servicios que proporcionen estos cuidados.

La asistencia geriátrica posthospitalaria o sociosanitaria

Como se ha indicado previamente, el objetivo prioritario de la asistencia geriátrica es mantener al anciano en su domicilio en las mejores condiciones de bienestar. Por tanto, el domicilio debería ser el destino lógico tras la atención hospitalaria, pero en muchas ocasiones esto no es posible por razones médicas o sociales (demencia, enfermedad crónica invalidante, ausencia de personal cuidador, falta de condición de la vivienda, etc). Una alternativa son las residencias de ancianos, pero en España, en 2007, existían cuatro plazas por cada cien personas mayores de 65 años, por debajo de las recomendadas por las instituciones europeas (entre seis y siete). Estas instituciones deben estar dotadas de personal médico especializado y de una mínima infraestructura sanitaria que incluya rehabilitación. Deberían asimismo estar coordinadas con el centro de salud correspondiente o con el hospital terciario de referencia. Además, las características de las personas ingresadas en residencias están cambiando, ya que los internos son cada vez mayores, están más enfermos y presentan mayor dependencia funcional, con necesidades crecientes y a menudo difíciles de cubrir para las residencias.

El desarrollo de alternativas sociales complementarias, tales como los centros de día, los sistemas de teleasistencia o los programas de ayuda a domicilio, se encuentra también bastante por debajo de la media europea, aunque la Ley de Dependencia de 2006 prevé potenciar este tipo de medidas, incrementar las prestaciones sociales y favorecer la preparación sanitaria del personal cuidador.

6. En conclusión

El envejecimiento de la población impone un aumento de los recursos económicos dedicados a cubrir las necesidades sanitarias de los ancianos: se

considera que en diez años uno de cada cinco españoles tendrá más de 65 años, lo cual, en términos económicos, podría implicar que aproximadamente diez millones de personas tendrían un coste sanitario entre cuatro y doce veces mayor que el del resto de la población (Sauquillo 2009: 22). Este aumento supone un desafío importante para quienes han de adoptar las decisiones de política sanitaria y quienes han de financiarlas, es decir, para la clase política y la sociedad españolas.

Pero también para los profesionales sanitarios se plantea un reto importante: más allá del crecimiento del gasto, es preciso anticipar el cambio cualitativo en la oferta de servicios sanitarios que lleva consigo el envejecimiento de la población y que exige una mayor atención a las necesidades específicas de los ancianos, así como un desarrollo y una integración mayores de servicios sociosanitarios consistentes en cuidados de diverso tipo, cuyo desempeño también necesita cierto grado de profesionalización.

Desde una perspectiva de salud pública, es indudable que existe un amplio margen para una política sanitaria preventiva, quizá más eficaz que la curativa que se ha seguido prácticamente de forma exclusiva hasta ahora. El desafío demográfico no se circunscribe, por tanto, a la contención del gasto sanitario, sino que también exige que el sistema sanitario –su organización y gestión, y sus prestaciones– se adapte a las necesidades del que ya se ha convertido en su principal paciente: el anciano.

Bibliografía

Blázquez, S. (2010), "Los retos del envejecimiento", *El País* (Negocios, Extra Sanidad), 28 de marzo: 8-9.

Ramón y Cajal, S. (1947), "El mundo visto a los 80 años. Impresiones de un arterioesclerótico", en *Obras Literarias Completas*, Madrid, Aguilar: 287-478.

Ribera Casado, J. M; Altimir Losada, S.; Cervera Alemany, A. M.; Cristòfol Allué, R. y P. Gil Gregorio (2009), "Geriatría", en: Farreras, P. y C. Rozman (Eds.), *Medicina Interna* (16ª edición), Madrid, Elsevier España: 1307-1341.

Ribera Casado, J. M.; Milán Vegas, A. y M. Ruíz Ruíz (2006), "Conceptos esenciales del envejecimiento", *Medicine,* 9: 4003-4010.

Sauquillo, M. R. (2009), "La sanidad así no es sostenible", *El País*, 17 de noviembre: 28-29.

Otras lecturas recomendadas consultadas para la realización del trabajo:

Antón Jiménez, M. *et al.* (2007), *Tratado de Geriatría para residentes,* Madrid, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Millan Calenti, J. C. (2006), *Principios de Geriatría y Gerontología*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana.

Rodriguez Mañas, L. y J. J. Solano (Eds.) (2001*), Bases de la atención sanitaria al anciano*, Madrid, Sociedad Española de Medicina Geriátrica.

Envejecimiento de la población y reformas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia: un desafío bien conocido, pero políticamente secundario

Juan J. Fernández*

Resumen

El envejecimiento de la población en las sociedades postindustriales es un fenómeno en curso que los demógrafos vienen anunciando desde hace décadas. Ante el incuestionable impacto expansivo de este cambio demográfico sobre diferentes programas de bienestar, cabe pensar que gobiernos y actores políticos, en general, habrán ido acometiendo reformas para amortiguar sus efectos económicos. La evidencia extraída del análisis de la política sanitaria en tres países con regímenes de bienestar notablemente diferentes (Suecia, Italia y Estados Unidos) no respalda, sin embargo, esta suposición. En efecto, aunque en las últimas décadas se han llevado a cabo reformas sanitarias de algún calado en estos países, lo cierto es que no han respondido al propósito explícito de preparar los sistemas de bienestar ante el envejecimiento. Más bien parece que tales reformas han pretendido resolver problemas fiscales coyunturales, de acuerdo con una visión política que prima el corto plazo. No obstante, algunas de las medidas de racionalización y contención del gasto adoptadas en países como Suecia e Italia desde los años ochenta han supuesto cambios importantes consistentes con el desafío derivado del envejecimiento de la población.

1. Introducción

En la actualidad ya existe un amplio reconocimiento de que el envejecimiento de la población supone un importante reto para la sostenibilidad financiera de los sistemas públicos de bienestar y sus programas específicos. Tanto la mayoría de los analistas como la opinión pública coinciden en afirmar que las poblaciones de los países desarrollados están sufriendo un imparable cambio demográfico, el cual tendrá inevitables consecuencias expansivas sobre el gasto social. Hoy día no es cuestión de debate si el envejecimiento afectará a los programas de bienestar social, sino solamente en qué grado habrán de aumentar las partidas dedicadas a prestaciones y servicios sociales.

Partiendo de este generalizado reconocimiento de que la actual transición demográfica comporta relevantes consecuencias sociales y económicas, todavía contamos con un conocimiento muy limitado sobre el impacto efectivo del envejecimiento en las reformas de las políticas de bienestar llevadas a cabo *grosso modo* desde mediados de los años ochenta. En la bibliografía sobre reformas de las pensiones públicas es fácil encontrar referencias al envejecimiento de la población como un factor clave en la presentación de proyectos de ley que, en último término, han provocado un recorte en la generosidad de las prestaciones. La simultaneidad de la oleada de reformas restrictivas en diferentes áreas y la creciente atención prestada a la transición demográfica proporcionan verosimilitud a la posibilidad de que estos cambios obedezcan a un intento de ajustar los sistemas de bienestar a la previsible expansión del gasto derivada del envejecimiento de la población. Sin embargo, en raras ocasiones se analiza cuál fue el peso específico del envejecimiento entre las distintas motivaciones que dieron lugar a los intentos de reforma. De hecho, motivaciones perentorias, como la necesidad de reducir el déficit público o materializar los intereses de una sección del electorado, pueden también haber motivado las reformas recientes.

Con el objetivo de ofrecer una visión realista sobre el proceso de toma de decisiones polí-

* Max Planck Institute for the Study of Societies, Colonia (RFA) (fernandez@mpifg.de).

ticas en la era de la sociedad envejecida, en este artículo se lleva a cabo un análisis comparado de las reformas sanitarias efectuadas en Estados Unidos, Italia y Suecia desde 1980. El fin del estudio no es tanto ofrecer una explicación definitiva de las causas de dichas reformas, como explorar cuáles fueron los objetivos iniciales de los proyectos de reforma y, muy especialmente, qué papel jugó la transición demográfica entre las motivaciones de los líderes políticos. El área sanitaria ha sido elegida como objeto de estudio porque si bien supone una de las partidas de gasto social más importantes en todos los países desarrollados, que se verá incrementada debido al envejecimiento, es relativamente escaso el conocimiento sobre la profundidad y las motivaciones de las reformas emprendidas desde 1980. Asimismo, se han elegido los casos de Estados Unidos, Suecia e Italia porque representan a los tres "regímenes de bienestar" existentes en los países desarrollados: el liberal-anglosajón, el socialdemócrata-escandinavo y el conservador-continental (de acuerdo con la tipología ampliamente aceptada de Esping-Andersen).

Este artículo pone de relieve la limitada impronta del cambio demográfico sobre las políticas sanitarias de los últimos treinta años en estos tres países. En contra de la tesis (intuitiva y razonable) que vincula el la cuestión del envejecimiento con la agenda reformista de la política social que han seguido algunos gobiernos occidentales, aquí se identifican otras causas más convincentes de las reformas sanitarias aprobadas durante este periodo, como son el intento de satisfacer los intereses de grupos de población específicos o reducir el gasto social con el objetivo de cuadrar las cuentas públicas. Tras exponer en el segundo apartado de este artículo algunos datos clave sobre el cambio demográfico y su esperado impacto sobre el gasto sanitario, en el tercero se describen muy someramente las características básicas del sistema sanitario público de cada país y, con cierto detalle, las principales reformas realizadas hasta mediados de la primera década de este siglo.

2. El reto del envejecimiento

El consenso respecto al efecto expansivo del envejecimiento en el gasto social deriva en buena medida de la extensión del cambio demográfico. El envejecimiento de la población es el resultado de lo que los especialistas denominan la "segunda transición demográfica", caracterizada por una lenta caída de la mortalidad adulta combinada con una fuerte caída de la natalidad. Este proceso, que arrancó en el periodo de industrialización, se ha acentuado a lo largo del siglo XX. De hecho, de acuerdo con las estimaciones de Naciones Unidas, la población mundial está envejeciendo, pero este proceso es particularmente rápido y se encuentra muy avanzado en los países desarrollados. En este sentido, Estados Unidos, Italia y Suecia no difieren de la pauta común. Para ilustrar el fenómeno en el largo plazo, el gráfico 1 recoge el porcentaje de población mayor de 64 años entre 1900 y 2050 (los datos entre 2000 y 2050 proceden de proyecciones de población). El gráfico muestra una clara línea ascendente para los tres casos. Entre 1930 y 2000 se duplicó el porcentaje de población mayor de 64 años en Estados Unidos, Italia y Suecia, pasando del 6-9 por cien al 12-18 por cien. A su vez, el cambio demográfico se acelerará en las próximas décadas alcanzando su cénit hacia 2050, año en que la población mayor de 64 años puede llegar a representar entre el 22 y el 33 por cien de la población de estos tres países.

Al observar el gráfico 1 detenidamente, comprobamos la existencia de diferencias sustantivas entre los tres casos, con un mayor nivel de envejecimiento actual y futuro en Italia que en Suecia, y en Suecia que en Estados Unidos. Sin embargo, los tres países siguen la misma pauta. Asimismo, casi tan importante como identificar el continuo aumento de la población mayor es apuntar el cambio en la composición de la población que forma la "tercera edad". El envejecimiento está trayendo consigo un notable incremento de la proporción que representan los ancianos. En los tres países, la población mayor de 79 años representaba entre el 12 y el 15 por cien de la población mayor de 64 años, pero para 2050 se espera que los mayores de 79 (a los que colectivamente se denomina con frecuencia la "cuarta edad") representen ya entre el 32 y el 40 por cien de los mayores de 64. Ello es relevante a efectos institucionales porque los ancianos son los más necesitados de atención especializada.

Este extraordinario cambio demográfico tiene implicaciones obvias sobre los programas de pensiones públicas. El aumento del número de beneficiarios y la ampliación del tiempo durante el cual cobrarán la prestación producirá un efecto expansivo en el gasto público y privado en pensiones. Pero, ¿cómo repercute el envejecimiento en los programas sanitarios? Para responder a esta

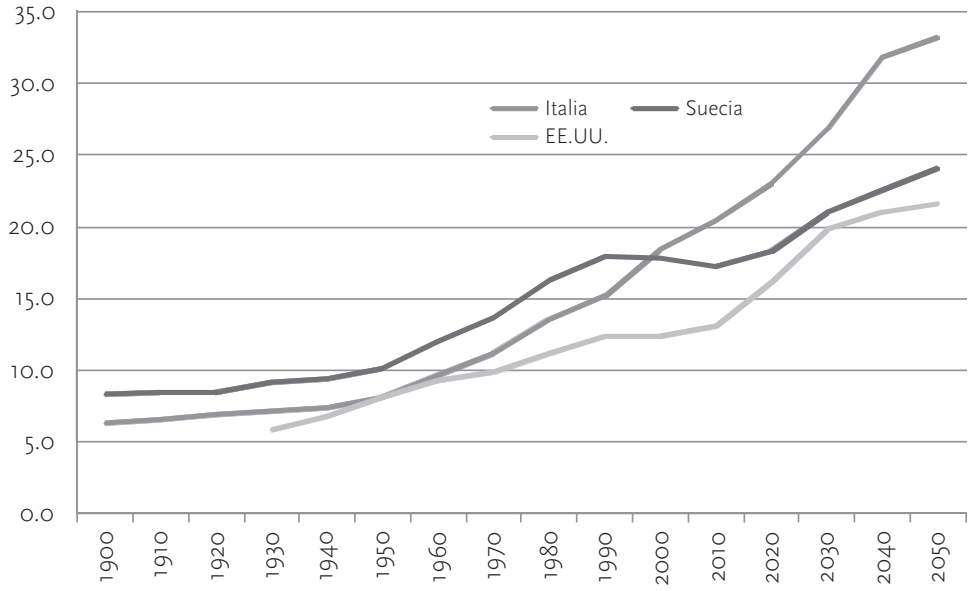
pregunta, resulta crítico tomar en cuenta que el uso de servicios sanitarios no es uniforme a través de las diferentes cohortes de población. Como indica un informe de la OECD, "el consumo per cápita en servicios sanitarios es tres veces mayor entre los mayores que entre los grupos más jóvenes" (Casey *et al.* 2003: 9). Por tanto, la mayor demanda sanitaria relativa de un grupo de población en expansión repercutirá necesariamente en un acusado incremento del gasto sanitario total. Cabe, por ello, esperar un aumento del uso de los servicios ambulatorios y hospitalarios, así como de la demanda de cuidados para los mayores más débiles.

Contamos con dos proyecciones financieras internacionales que reflejan el impacto del envejecimiento sobre el sistema sanitario (cuadro 1). En primer lugar, de acuerdo con la estimación de la OCDE, sólo debido al cambio demográfico el gasto sanitario dedicado a los mayores se va a duplicar en Estados Unidos, pasando del 2,6 al 4,4 por cien del PIB, mientras que en Suecia aumentará sustancialmente desde el 8,1 al 11,3 por cien del PIB. En segundo lugar, la estimación de la Comisión Europea arroja un aumento del gasto sanitario menor que las proyecciones de la OCDE, pero todavía indica un impacto sustantivo. También sólo debido al envejecimiento, entre 2004 y 2050 el gasto sanitario aumentará en Italia del 5,8 al 7,2 por cien del PIB, mientras que en Suecia lo hará del 6,7 al 7,7 por cien del PIB. Por tanto, según la estimación más conservadora, el envejecimiento incrementará el gasto sanitario en estos países entre un 15 y un 40 por cien.

Puesto que los analistas y los líderes políticos son conscientes desde hace al menos dos décadas de este efecto demográfico en las estructuras institucionales del bienestar, cabe plantearse cómo han respondido a este gran reto. En la medida en que existe una extendida valoración positiva de la sanidad pública, ¿se han introducido medidas ahorradoras que aseguren la viabilidad futura de los programas sanitarios públicos? En el siguiente apartado se ofrece una respuesta tentativa a esta pregunta a través de un análisis de las políticas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia.

Gráfico 1

Porcentaje de población de 65 o más años en Italia, Suecia y Estados Unidos (1950-2050)



Nota: Los datos del periodo 1900-2000 son censales (www.mortality.org; Naciones Unidas 2009); los datos del periodo 2000-2050 proceden de proyecciones de población.

Cuadro 1

Gasto total (público y privado) en sanidad en Estados Unidos, Italia y Suecia (1980-2005), porcentajes sobre el PIB

	Gasto en sanidad					
	Porcentaje sobre el PIB				Incremento absoluto	
	1980	1990	2000	2005	1990-1980	2005-1990
Estados Unidos	6.3	9.1	10.7	12.7	2.8	3.6
Italia	5.5	6.1	5.9	6.9	0.6	0.8
Suecia	8.2	7.4	6.3	6.8	-0.8	-0.6

Fuente: OECD, *Social Expenditure Database.*

3. Los sistemas sanitarios y las reformas sanitarias en Estados Unidos, Italia y Suecia

Estados Unidos

Como es bien sabido, Estados Unidos carece todavía en nuestros días de un programa universal de salud financiado mediante impuestos generales o cotizaciones sociales. Esta característica influye decisivamente en los principales problemas a los que se enfrenta su sistema sanitario y las respuestas ofrecidas hasta ahora al envejecimiento de la población. Sin entrar a exponer ni discutir aquí la iniciativa de universalización de la sanidad que el Presidente Barack Obama ha impulsado desde que juró su cargo en enero de 2009, el Estado federal ha limitado su compromiso con la financiación pública de servicios sanitarios a dos programas destinados a grupos de población específicos: *Medicare* y *Medicaid*. Los dos fueron creados en 1965, en el marco de la "guerra contra la pobreza", como respuesta a la entonces bajísima tasa de cobertura de los seguros sanitarios privados entre grupos de población al margen de la extensa clase media en edad de trabajar. El programa más voluminoso es *Medicare*, el cual cubre prácticamente a todos los mayores de 65 y discapacitados reconocidos. Inicialmente *Medicare* ofrecía cuidados hospitalarios (parte A) y ambulatorios, incluidas visitas a doctores, pruebas médicas y otros servicios (parte B). Sin embargo, en ambos casos no se cubre el coste de todos los cuidados, y los beneficiarios han de efectuar copagos por cada servicio. De hecho, *Medicare* paga menos de la mitad de los gastos sanitarios de sus beneficiarios, por lo que la gran mayoría de éstos están inscritos en seguros privados complementarios (parte C). Sólo desde 2003, el programa público cubre parte de los gastos farmacéuticos de los pacientes (parte D).

El segundo programa es *Medicaid*, destinado a ofrecer cobertura sanitaria a la población de muy bajos recursos, fundamentalmente niños y sus padres. Su coste total se aproxima al de *Medicare*. El programa se financia conjuntamente por los estados federados y el gobierno federal, mientras que su diseño y administración recae en los estados, resultando en significativas variaciones regionales en los niveles de cobertura y pago. Tanto en el caso de *Medicare* como de *Medicaid*, la financiación está disociada de la provisión sanitaria, de modo que los servicios son prestados por proveedores privados.

La historia del sistema sanitario estadounidense refleja un creciente papel de la financiación pública; sin embargo, en la actualidad *Medicare* y *Medicaid* (junto a otros programas menores para funcionarios y veteranos) sólo representan el 45 por cien del gasto sanitario total. El grueso de la población en edad de trabajar o dependiente está cubierta por seguros sanitarios privados. Entre ellos predominan los seguros provistos por empleadores, quienes, pese a carecer de obligación legal de asegurar a sus empleados, financian el seguro de nueve de cada diez personas con un seguro privado. Este predominio de los seguros ocupacionales tiene su raíz en incentivos fiscales. Desde los años cuarenta, la retribución laboral en forma de seguros sanitarios no ha estado sujeta a retenciones fiscales o al pago de cotizaciones sociales. Por su parte, los trabajadores contribuyen también al pago de las pólizas. De media, en 2001 los empleados contribuyeron con un 15 por cien del coste de su póliza individual y un

27 por cien de la póliza de su familia (OECD 2002). Respecto a los seguros privados individuales no ocupacionales, sólo cubren al 4-5 por cien de la población en edad de trabajar. La opción del seguro individual privado tiende a ser rechazada por la población porque las pólizas no cubren condiciones preexistentes, tienen un elevado coste y están ajustadas a los riesgos individuales.

En las últimas décadas, esta estructura institucional no ha podido atajar los dos problemas históricos del sistema sanitario estadounidense: la falta de acceso universal a servicios sanitarios y la escalada de costes. Ambos problemas han estructurado las reformas y la discusión sobre salud pública durante las últimas cuatro décadas. Dependiendo del indicador que se utilice (el aseguramiento en el momento de la encuesta o durante el último año), en 2007 entre el 14 por cien y el 28 por cien de la población carecía de seguro. Esta proporción, que ha ascendido en los últimos años, afecta a los grupos de población más vulnerables. Debido al aumento de costes, un número creciente de empleadores no ofrece seguro a sus trabajadores, mientras que los afroamericanos, hispanos y la población con menores ingresos están ampliamente sobrerrepresentados entre los que carecen de seguro (OECD 2008). Carecer de seguro sanitario en Estados Unidos no significa carecer sistemáticamente de acceso a servicios sanitarios, ya que los hospitales tienen obligación legal y auto-impuesta por el cuerpo médico a prestar socorro. Pero los estudios empíricos existentes sugieren que los no asegurados reciben servicios de inferior calidad.

Por otro lado, Estados Unidos destaca por tener un gasto sanitario (12,7 por cien del PIB en 2005) que prácticamente dobla el de Italia y Suecia (cuadro 1). Asimismo, partiendo de mayores niveles de gasto hacia 1980, sus tasas de crecimiento anual han superado con creces las de otros países industrializados. Pese a los intentos de contener las tasas de crecimiento, éstas han seguido una rápida escalada: las proyecciones de gasto revelan que Estados Unidos aumentará más que Suecia o Italia los recursos destinados a sanidad de aquí al año 2050, mientras que la Oficina de Presupuestos del Congreso (CBO 2007) estima que el gasto sanitario alcanzará un asombroso 37 por cien del PIB en 2050. Que Estados Unidos dedique a sanidad más recursos que otros países no supone, sin embargo, que provea un servicio de mayor calidad a sus ciudadanos. A la luz de indicadores convencionales, como la esperanza de vida al nacer (menor que la media de la OECD) o su tasa de mortalidad infantil (mayor que la media de la OECD), Estados Unidos cuenta con un sistema sanitario caro y poco eficiente.

¿A qué factores cabe atribuir el elevado gasto sanitario estadounidense? Desde luego, no responde a una mayor predisposición de la población a establecer contacto con el sistema sanitario, pues la media de visitas al médico per cápita es de las más bajas de los países industrializados (Peterson y Burton 2007). De acuerdo con la mayoría de investigadores, el mayor gasto se debe principalmente a los precios más elevados que conlleva cada tratamiento. En primer lugar, los gastos administrativos de un sistema burocráticamente tan complejo como el estadounidense –según una estimación reciente, alcanzan el 25 por cien del gasto sanitario total (Reinhardt, Hussey y Anderson 2004)– empujan al alza los precios. Otro factor clave reside en los mayores costes laborales. Los médicos americanos demandan niveles salariales equivalentes a los de otros profesionales de prestigio, que en Estados Unidos presentan un mayor hiato con respecto al resto de la masa laboral. En tercer lugar, la sanidad estadounidense sufre, según algunos expertos, una sobreutilización de procedimientos y tecnologías. Dicha sobreutilización deriva de la medicina defensiva practicada por el cuerpo médico para evitar los temidos, pero habituales juicios por negligencia médica, al igual que de los incentivos para demandar más pruebas que crea el sistema de financiación de pago-por-servicios. Ello se refleja en un mayor uso de pruebas y operaciones que en otros países. Por ejemplo, se ha calculado que ante tratamientos de hipertensión, los médicos estadounidenses solicitan cuarenta veces más electrocardiogramas, siete veces más radiografías y cinco veces más análisis de sangre que sus colegas británicos (Flood 2000). Asimismo, la tasa per cápita de resonancias magnéticas es tres veces mayor en Estados Unidos que en España (OECD 2010).

Si bien la inflación de costes sanitarios ha ocupado un lugar destacado en la agenda gubernamental desde comienzos de los años setenta hasta la actualidad, las reformas acometidas a partir de la introducción de *Medicare* y *Medicaid* no han logrado contener la escalada de costes, o de hecho han empeorado la situación. Ya la administración Nixon lanzó dos reformas para responder a la inflación sanitaria. El diagnóstico que se realizó entonces fue que el modelo de financiación predominante de pago-por-servicios presentaba incentivos perversos porque impulsaba a los doctores a prestar un número creciente de servicios. Para debilitar estos incentivos sin nacionalizar el sistema, la administración Nixon introdujo una reforma en 1973 que impulsó la revolución de los "cuidados sanitarios dirigidos" (*managed care*). En concreto, se estimuló la creación de HMOs (*Health Maintenance Orga-*

nizations) que, a cambio de una cuota fija, proveen servicios sanitarios comprehensivos por medio de sus propios médicos y hospitales. Años después, el gobierno federal promovió las PPOs (*Preferred Provider Organizations*), permitiendo así a las aseguradoras contratar selectivamente a proveedores que aceptan precios por servicios con descuento. En ambos casos, el objetivo consistía en limitar los cuidados innecesarios sin interferir en el tratamiento apropiado. El movimiento *managed care* ha supuesto un cambio importante en la estructura del sistema sanitario, pues ya en 1997 el 85 por cien de los trabajadores y empleados estaban inscritos en HMOs o PPOs. Por otra parte, se considera que durante su *boom* a comienzos de los años noventa estas organizaciones ayudaron a controlar la escalada de costes. Sin embargo, los expertos coinciden en afirmar que la expansión de estos programas tendrá un efecto moderador del gasto sanitario futuro muy reducido (Flood 2000; Mechanic 2004; Moran 1999).

El segundo gran intento de reforma sanitaria en el último tercio del siglo XX fue el liderado por Bill y Hillary Clinton en 1993. Con su proyecto de reforma, el matrimonio Clinton aspiraba a atajar los dos endémicos problemas del sistema sanitario americano proveyendo acceso sanitario universal y, a la vez, reduciendo los costes del sistema. El primer objetivo se lograría fundamentalmente obligando a los empresarios a financiar seguros para sus empleados, mientras que el segundo se alcanzaría por medio de presupuestos globales anuales. En su estructura definitiva, el plan resultaba alambicado y exigía una amplia burocracia, lo que dificultó su comprensión por parte de la población y, en último término, contribuyó a su fracaso. A su derrota también contribuyó una coalición antireformista formada por médicos recelosos del impacto de mayor intervención estatal en sus ingresos, aseguradoras deseosas de mantener un bajo nivel de competencia entre ellas, y empresarios preocupados por los costes laborales añadidos (Navarro 1995; Flood 2000). El fracaso del proyecto Clinton evaporó de la agenda gubernamental el interés por una reforma sanitaria integral, hasta muy recientemente cuando fue retomado, en la campaña de las elecciones presidenciales de 2008, por Barack Obama.

La última reforma sanitaria implantada, que se aprobó en 2003, ha sido de hecho expansiva, en vez de restrictiva. Liderada por el entonces Presidente G. W. Bush, supuso la integración del pago de fármacos prescritos en la cobertura de *Medicare* (Parte D). Aunque los beneficiarios del programa hacen frente a un copago de un cuarto del coste de los medicamentos, los expertos califican esta reforma como la mayor expansión del programa *Medicare* desde su creación en 1965. Si bien en la mayoría de los países la asunción por parte del Estado del gasto farmacéutico para los mayores ha tenido un efecto moderador de los precios farmacéuticos, en Estados Unidos no ha sido así. El gasto estadounidense per cápita en medicamentos dobla el de la media de la OCDE, mientras que el crecimiento medio para este grupo de países entre 1990 y 2002 ha sido mucho menos abultado que el de Estados Unidos.

En definitiva, la evidencia no sugiere que las reformas sanitarias llevadas a cabo en Estados Unidos durante las últimas décadas hayan estado motivadas por una preocupación por el impacto del cambio demográfico. La reestructuración institucional de los setenta obedeció fundamentalmente a una preocupación basada en las tasas de crecimiento del gasto pasadas, mientras que los proyectos de reforma y las reformas desde los años noventa han tenido un claro carácter expansivo.

Italia

El sistema sanitario italiano está comparativamente mejor preparado que el de los otros países considerados ante el reto del envejecimiento. Como se aprecia en el cuadro 1, el gasto sanitario actual se encuentra en el orden de magnitud del sueco. Asimismo, entre 1990 y 2005 el gasto en Italia ha crecido menos que en Estados Unidos, lo que, por cierto, contrasta con la evolución financiera de su sistema de pensiones. En consonancia con este moderado crecimiento, se prevé que el aumento de los recursos absorbidos por el sistema sanitario desde ahora hasta 2050 debido al envejecimiento sea menor en Italia que en Estados Unidos y Suecia. Es justo afirmar que, "en comparación con otros países de la OCDE, Italia tiene un sistema sanitario relativamente eficiente" (Reviglio 2000: 3). Esta mejor posición de partida del sistema sanitario italiano tiene su origen tanto en la descentralización administrativa y financiera, como en los incentivos al ahorro de costes (por ejemplo, copagos), medidas introducidas o desarrolladas durante los años noventa.

Hasta 1978 Italia no contaba con un sistema nacional y público de salud. De acuerdo con la histórica orientación ocupacional del Estado del bienestar italiano, aunque la provisión de salud estaba ampliamente extendida a mediados de los setenta, ésta se seguía administrando a través de una plétora de fondos ocupacionales de limitado tamaño, a la

vez que el derecho a estos servicios derivaba de la participación en el mercado de trabajo. No obstante, el modelo adolecía de graves deficiencias. En torno a un 7 por cien de la población carecía de cobertura, mientras que la fragmentación del sistema generaba burocratismo y disparidad de prestaciones y procedimientos. Asimismo, la sanidad recibía una baja valoración de la opinión pública. En este contexto, en 1978 se produjo la primera gran reforma de la sanidad italiana con la constitución de un Sistema Nacional de Salud de orientación universalista que absorbió la red hospitalaria de los fondos sanitarios ocupacionales. Siguiendo el modelo del NHS británico, el nuevo sistema estandarizó los servicios en esta área y comenzó a ofrecer cuidados a toda la población indistintamente de su situación ocupacional. En los años sucesivos se introdujeron modificaciones dentro de este modelo, pero siempre manteniendo su estructura básica. Como indican France y Taroni (2005: 200), "los principios del Sistema Nacional de Salud todavía están en pie. El SSN [*Servizio Sanitario Nazionale*] continúa prestando servicios sanitarios universales, fundamentalmente gratuitos y relativamente integrales, financiados con impuestos".

El sistema se estructura en tres niveles, con el Estado central ocupando el primer nivel. Su función consiste en planificar la estructura administrativa y financiera a nivel nacional, mientras que hasta los primeros años noventa también se encargaba de su financiación por medio de la recaudación de impuestos y su distribución a entes territoriales. El segundo nivel del sistema lo ocupan las regiones, las cuales tienen como misión organizar la administración de servicios en el terreno. Finalmente, el tercer nivel lo ocupaban, hasta los años noventa, más de 600 Unidades Sanitarias Locales (USL), encargadas de proveer los servicios a través de sus estructuras o contratarlos con organismos privados acreditados. Pese a que el diseño original del sistema aspiraba a integrar plenamente dentro del Estado la financiación y provisión sanitarias, debido a las dificultades financieras este proceso nunca se completó, por lo que entre 1978 y 1992 las administraciones públicas siguieron subcontratando estos servicios con clínicas privadas. En 1995, un 25 por cien del gasto sanitario público se destinaba a estos contratos con organizaciones privadas (Cabiedes y Guillén 2001: 1208).

A comienzos de los años ochenta, poco después de la instauración del SSN, ya proliferaban las voces demandando su reforma. En esta época eran ya moneda corriente las críticas a la ineficiencia y el bajo rendimiento del sistema existente. El origen de estos problemas, de acuerdo con los principales analistas, era doble. Por un lado, la práctica de contratación externa demostró ser particularmente costosa, pues no iba acompañada de controles para la contención de gastos por parte de los organismos privados. Por otro lado, la dirección y gestión de las USL resultaba muy ineficaz. Debido a que los cargos directivos de estas unidades eran elegidos a través de las elecciones locales, los comités de dirección pronto se convirtieron en espacio para el reparto de cargos públicos entre políticos con bajo o nulo *expertise* en política sanitaria. Ello redundó en una pobre gestión de los recursos existentes y la aceleración del crecimiento de los gastos (Ferrera 1995; Donatini et al. 2001; Ferrera 2006). Como consecuencia directa de estos dos problemas, el Estado central incumplía recurrentemente los presupuestos anuales destinados al SSN, cuyo déficit hasta bien entrados los años noventa representaba el 10 por cien del gasto inicialmente presupuestado (France y Taroni 2005: 174). Ante la falta de competencias fiscales de las regiones, éstas, a su vez, financiaban el déficit por medio de deuda pública, que en último término cubría el Estado central. Esta persistente crisis financiera de la política sanitaria resultaba difícilmente asumible por la hacienda pública italiana que, entre finales de los años ochenta y 1992, se enfrentaba a tasas récord de deuda y déficit público entre los países industrializados.

Fue como resultado de la perentoria crisis de las finanzas públicas italianas, más que como preparación ante el futuro cambio demográfico, que el gobierno Amato de 1992 diseñó y aprobó la segunda gran reforma sanitaria italiana. En estos años comenzó un periodo de intensa, pero a veces errática experimentación con diversas políticas de ajuste y contención del gasto sanitario, que, hasta cierto punto, todavía persiste en la actualidad. La reforma de 1992 estaba dirigida, por una parte, a incrementar la productividad del sistema y, por otra, a contener la demanda de servicios sanitarios. Para incrementar la productividad se llevó a cabo una descentralización administrativa y organizativa. Se incrementó la autonomía de las USL rebautizadas como Empresas Sanitarias Locales (ESL), que fueron transformadas de administraciones públicas en empresas públicas y reducidas en número hasta las 200 para ganar en economías de escala. Por lo demás, la reforma de 1992 eliminó la dirección de estas unidades por representantes políticos, introduciendo técnicas de gestión y dirección del sector privado. Entre ellas destacan la figura del "director general" de la unidad, elegido por cinco años y con contrato renovable según rendimiento, así como también el cumplimiento de objetivos y el

pago de salarios según méritos (Jommi *et al.* 2001). La reforma de 1992 también sustituyó el modelo de financiación desde el Estado central a las regiones, que previamente se basaba en los gastos de años anteriores, por uno basado en la población y de acuerdo a un fondo sanitario nacional total de volumen predeterminado, lo que intentaba quebrar la política de manejo de déficit (Ferrera 2006). Finalmente, con la intención de fomentar la eficiencia del sistema, los legisladores animaron a las regiones a desgajar las funciones de financiación y provisión de servicios de las ESL. De este modo, las regiones han podido optar entre mantener fusionadas la financiación y provisión en las ESL, asignar un doble papel proveedor y contractual a las ESL o transformarlas en contratistas de organizaciones sanitarias privadas.

Pese a que la intención originaria de Amato y su gobierno consistía en crear "cuasi-mercados" sanitarios regionales, éstos no se han materializado aún. Con la importante excepción de Lombardía (la región más rica y poblada de Italia), donde ahora son sólo hospitales independientes o "proveedores privados acreditados" (PPA) los que distribuyen cuidados sanitarios gratuitos y públicos, las regiones italianas han mantenido integradas en las ESL las funciones de financiación y provisión (Jommi *et al.* 2001). Sin embargo, ello no ha sido óbice para que las regiones hayan continuado haciendo uso extensivo de la subcontratación de la prestación sanitaria. De hecho, en 2001 los PPA suponían entre el 30 y el 50 por cien de las camas en las regiones italianas.

Las medidas de co-responsabilización de los consumidores en el gasto sanitario han constituido la segunda y posiblemente más importante vía para la contención del gasto sanitario en Italia durante los años noventa (Docteur y Oxley 2003). A este respecto, la partida farmacéutica ha sido objeto de múltiples medidas de ahorro, ya que presenta menos dificultades políticas a la hora de introducir cambios que otras partidas como, por ejemplo, los gastos de personal (Ghislandi et al. 2005). Ya a finales de los años setenta existían copagos fijos para la mayoría de los fármacos. Pero aunque la legislación en este ámbito se ha mostrado inestable, fue en años sucesivos cuando estos copagos ganaron relevancia. En 1983 se abandonó el copago fijo por uno basado en un porcentaje del coste del medicamento y, posteriormente, en 1988, 1989 y 1992 fue incrementado este porcentaje hasta el 50 por cien de la mayor parte de los medicamentos. La demanda se mostró muy elástica ante estas medidas (Barrella 2004). Con todo, la contención presupuestaria en materia farmacéutica no perduró mucho, ya que en 2000 "sospechosamente antes de las elecciones", el gobierno central eliminó los copagos (Ghislandi et al. 2005: 56). De un año para otro, ello supuso un aumento del gasto sanitario en torno al 22 por cien (France, Taroni y Donatini 2005: S192). Una vez completada la descentralización administrativa de la sanidad, en años posteriores sólo la mitad de las regiones han reintroducido los copagos farmacéuticos y en valores de mucha menor cuantía (Barrella 2007).[1] Aunque temporales, todas estas medidas parecen haber frenado exitosamente el gasto farmacéutico porque el crecimiento de esta partida entre 1990 y 2005 ha sido menor en Italia que en Alemania, España, Francia y Suecia (OECD 2008).[2]

Paralelamente a la política farmacéutica, la técnica de los copagos también se extendió a otros niveles de los cuidados sanitarios durante los años noventa. Pero estos sí se han mantenido en los últimos años para las pruebas de laboratorio y visitas ambulatorias a especialistas[3], aunque con numerosas excepciones, incluidas las aplicables a mayores de 65 con ingresos medios-bajos, los menores de 6 años y los discapacitados (European Commission 2007).

A consecuencia de la descentralización administrativa y la libertad con que las regiones fijaban el rango de servicios sanitarios prestados, en la segunda mitad de los noventa aumentó la preocupación por las desigualdades territoriales. Por ello, en 1999 se llevó a cabo la tercera y última gran reforma. Su principal medida consistió en fijar un paquete de servicios sanitarios mínimo de prestación obligatoria para todas las regiones, de modo que se garanticen los niveles de cuidados sanitarios en todo el país (Donatini *et al.* 2001). En buena medida, la reforma de 1999 invirtió la tendencia hacia la regionalización y privatización de la administración sanitaria, ya que estableció controles y procedimientos muy precisos sobre las responsabilidades de cada ente institucional, lo que devolvió al gobierno central al primer plano en materia sanitaria. Paralelamente, en 1998 el gobierno aprobó la descentralización fiscal. Así, las transferencias fijas

[1] Si bien en 1992 los copagos representaban el 18 por cien del gasto farmacéutico total, en 2006 suponían sólo el 3 por cien (Ferrara 1995; Ministerio del Lavoro 2007).

[2] Los incrementos son, respectivamente, del 50, 239, 166 y 117 por cien.

[3] En ambos casos, con un máximo de 36 euros.

del gobierno central están siendo gradualmente eliminadas, y la financiación de los sistemas sanitarios regionales se basa crecientemente en un porcentaje de los impuestos directos e indirectos recaudados en la región. Desde entonces, las regiones también pueden crear nuevos impuestos para financiar la sanidad. Con ello se persigue corresponsabilizar a las regiones en la financiación y hacer un uso más eficiente de los recursos sanitarios.

En definitiva, la generosidad de las prestaciones del sistema sanitario público italiano sí se ha visto sometida a recortes durante los años ochenta y noventa. No obstante, el envejecimiento de la población no ha tenido un papel muy relevante en la justificación de las reformas sanitarias recientes, cuya motivación fundamental ha residido en el intento de reequilibrar las finanzas públicas en el corto plazo.

Suecia

De acuerdo con el modelo de bienestar escandinavo, la sanidad sueca tiene por objetivo ofrecer servicios sanitarios gratuitos, completos y de alta calidad que fomenten la solidaridad entre grupos sociales y económicos. Para cumplir estas metas, Suecia cuenta con un sistema sanitario estatal y descentralizado. Pese a cambios recientes descritos a continuación, la financiación, planificación y provisión de servicios se ha desarrollado a través de organismos públicos. El sistema se financia por medio de impuestos, mientras que la proporción del gasto privado sobre el sanitario total sigue siendo en Suecia menor (18 por cien en 2000) que en la media de la OCDE (27 por cien en 2000) (Docteur 2003). Asimismo, prácticamente no existen seguros sanitarios privados, con una tasa de cobertura por debajo del 3 por cien (OECD 2005). Por otra parte, el sistema presenta una fuerte descentralización operativa y financiera. El Estado central únicamente tiene como misión la planificación general del modelo, mientras que las competencias sobre su implementación y administración de servicios recaen en los consejos de condado (CC). Los 21 CC existentes poseen y gestionan el grueso de los hospitales y centros ambulatorios, y cuentan con una amplia autonomía a la hora de fijar los mecanismos para la provisión de servicios. Salvo en el caso de Estocolmo, cada uno de los CC opera entre dos y cuatro hospitales y cubre las necesidades de cuidados sanitarios de en torno a 300.000 habitantes. Habitualmente se subdividen en distritos sanitarios y son gobernados por un consejo elegido democráticamente. Con el fin de coordinar los cuidados más especializados, los CC se agrupan, a su vez, en seis regiones hospitalarias. El tercer nivel del sistema lo forman los municipios, encargados de la gestión de las residencias públicas de ancianos y discapacitados, así como de financiar los gastos sanitarios que ellas generan.

En el caso sueco, la sanidad se financia eminentemente por medio de impuestos regionales e impuestos sobre la renta, recaudados por los CC. En circunstancias habituales, los condados tienen libertad para fijar la tasa del impuesto, aunque de hecho no suele diferir entre distintas regiones sanitarias. Casi tres cuartas partes de los recursos provienen de esta fuente (72 por cien en 2003). El resto de la financiación procede de transferencias estatales y copagos de los pacientes. El Estado provee, de media, en torno a un quinto de los recursos (18 por cien en 2003) por medio de un fondo introducido en 1996 cuyo objetivo reside en mantener estándares homogéneos entre los distintos condados. Finalmente, Suecia cuenta con una larga experiencia con copagos en la sanidad pública. Actualmente el paciente afronta cuotas por asistir al médico de cabecera (en torno a 14 euros), al especialista (27 euros) y por la pernoctación hospitalaria (5 euros), pero la legislación incluye una cláusula de copago total anual máximo de 100 euros destinada a evitar diferencias socioeconómicas en el acceso a los diferentes servicios del sistema. Por tanto, esta fuente sólo representa el 3 por cien de los recursos (Glenngård et al. 2005).

La intensa descentralización sanitaria sueca se ha producido en un dilatado proceso durante todo el siglo XX. Desde 1928 los CC son responsables de ciertos servicios hospitalarios. Posteriormente, en los años setenta, el grueso de los cuidados hospitalarios fue cedido por el Estado central a los condados. Finalmente, en la década de los ochenta, éstos asumieron la autonomía en la planificación de su organigrama, así como el control de sus propias finanzas.

Por tanto, Suecia dispone desde hace décadas de una sanidad definida por ser pública, comprehensiva y descentralizada. Sin embargo, en las últimas dos décadas el sistema ha registrado cambios sustantivos ante las crecientes críticas. Por un lado, tanto para políticos como para expertos las tasas de crecimiento del gasto durante los años setenta y ochenta resultaban excesivas en un contexto de crisis económica y deuda pública creciente. Por otro lado, diversos estudios mostraron que la productividad de los centros sanitarios había descendido, mientras que el sistema era percibido

como rígido y poco reactivo o sensible a las necesidades concretas de los ciudadanos. En respuesta a las críticas comenzaron a implementarse una serie de medidas, entre las cuales las más destacadas y discutidas fueron las tachadas de "neoliberales" o "pro-mercado", orientadas a fomentar la competencia entre centros sanitarios y a favorecer la libertad de elección de los pacientes.

Tras décadas de hegemonía socialdemócrata, el gobierno conservador aprobó en 1993 una ley que permitía a los condados dar libertad de elección del médico de cabecera y centro sanitario. Ello suponía un cambio estructural que quebraba la tradicional unidad de financiación y provisión sanitaria, de modo que el CC se convertía en comprador de prestaciones sanitarias, incentivando así el surgimiento de cuasi-mercados sanitarios públicos en cada uno de los condados. El objetivo perseguido con la introducción de técnicas del sector privado no era otro que incrementar, junto a la satisfacción de los ciudadanos, la eficiencia del sistema sanitario. Condados urbanos y ricos, como el de Estocolmo, adoptaron rápidamente el modelo. En ellos se desgajaron numerosos centros sanitarios de los CC y se constituyeron cooperativas de médicos que competían por los pacientes y recibían reembolsos por parte de los CC según unas tarifas predefinidas por el Estado (Bergman 1998). En sólo dos años, la mitad de los condados optó por implantar esta separación entre financiación y provisión. De hecho, a finales de los años noventa, el 60 por cien de los médicos de cabecera en condados urbanos trabajaba en calidad de autónomo. El clímax de la ola pro-mercado en la sanidad sueca llegó en 1994 con la privatización de un hospital de urgencias de Estocolmo, que ya era líder por su productividad.

Una nueva victoria de los socialdemócratas en 1995, sin embargo, frenó el ímpetu liberal en sanidad. Considerando que las medidas pro-mercado multiplicaban los costes de transacción, por lo que resultaban inadecuadas para frenar el crecimiento del gasto, la izquierda apoyó como alternativa cambios tales como la fusión de hospitales para lograr economías de escala que, a su vez, no erosionaban el objetivo igualitarista del sistema. De este modo, al volver al gobierno, los socialdemócratas aprobaron una ley prohibiendo la privatización de hospitales y bloqueando nuevos proyectos regionales para desgajar la financiación de la provisión sanitaria. En los ocho condados donde ya se había implantado el modelo se optó, no obstante, por mantener esta fórmula (Bergmark 2008).

Diversos estudios econométricos han demostrado que el nuevo modelo incrementó la productividad de los centros sanitarios en los condados en los que fue implantado (Gerdtham, Rehnberg y Tambour 1999). Asimismo, se ha puesto de manifiesto la satisfacción de los médicos con el modelo (Quaye 2001). Ello no obstante, los expertos coinciden en afirmar que los ahorros derivados de la introducción de cuasi-mercados sanitarios han sido menores que los derivados de medidas de reorganización interna del sistema público implementadas desde finales de los ochenta (Andersen *et al*. 2001; Anell 2005). Lo cierto es que, aun constando actualmente como la sociedad más envejecida de la OCDE, en las últimas décadas Suecia ha logrado frenar la espiral de costes sanitarios crecientes. De hecho, entre 1980 y 2002 logró reducir el gasto sanitario como proporción del PIB: del 8,9 al 8,2 por cien. Los expertos coinciden en señalar que a esta evolución no fue ajena la introducción de las medidas pro-mercado, pero que fundamentalmente ha obedecido a una reorientación del modelo curativo y estrictas medidas de contención de costes (si bien desde el año 2000 han aumentado los recursos absorbidos por el sistema en términos del PIB).

Uno de los cambios más importantes, consistente con la preferencia socialdemócrata por el sistema fundamentalmente público, ha consistido en trasladar el centro de gravedad de los servicios hospitalarios a los cuidados primarios. Tras comprobar a finales de los años setenta que la atención hospitalaria resulta más onerosa para el sistema que la prevención o los cuidados primarios, los arquitectos del sistema decidieron detraer recursos anteriormente destinados a los pacientes hospitalarios agudos y concedérselos a la atención ambulatoria y primaria. Así, el número de camas hospitalarias ha descendido nada menos que un 40 por cien.

Por otra parte, el nuevo enfoque curativo ha supuesto también una reducción sustantiva del personal sanitario, que, entre 1992 y 2002, ha descendido en un 47 por cien (Glenngård *et al.* 2005). Estos recortes en personal han afectado fundamentalmente al personal sanitario no especializado, ya que el número de médicos en ejercicio per cápita ha seguido creciendo entre 1980 y 2002, y el de enfermeras se ha mantenido estable (OECD 2005). Las consecuencias positivas sobre los gastos de esta "revolución silenciosa" son obvias. Pero también es sorprendente que no haya producido una merma en la productividad del sistema o los indicadores de salud. Aun empezando con valores

muy favorables, durante los años noventa los indicadores estándares de salud han continuado mejorando en Suecia (la mortalidad infantil ha seguido cayendo, y la esperanza de vida al nacer creciendo). Por otra parte, pese al menor número de camas, la estancia media en hospital ha mantenido su evolución descendente, mientras que la proporción de admitidos en hospitales sobre el total de la población ha permanecido estable desde mediados de los años ochenta (Andersen *et al.* 2001).

Junto al reenfoque del sistema sanitario, durante los años ochenta y noventa Suecia también logró importantes ahorros en el gasto sanitario público con la aplicación rigurosa de topes de gasto a todos los niveles del sistema. El liderazgo en este aspecto fue adoptado por los gobiernos socialdemócratas de mediados de los ochenta, que, ante las alarmantes tasas de crecimiento pasadas, decidieron introducir una agresiva política de restricción del gasto. En los años ochenta, el fondo estatal todavía representaba una proporción abultada de los ingresos de las CC para servicios sanitarios, por lo que el gobierno contaba con una herramienta poderosa para influir en las políticas de gasto regionales. Como apunta Calltrop (1995), el gobierno hizo uso discrecional de este fondo para incentivar en los condados la adopción de medidas de ahorro y la lucha contra el déficit. Asimismo, en 1991 el gobierno aprobó una ley que prohibía aumentar la tasa de impuestos regionales que financiaban la sanidad. Algunos indicios apuntan a que los CC no ejercieron mucha oposición al giro restrictivo, ya que pronto introdujeron medidas como la congelación de los salarios o el abandono de inversiones en infraestructuras. Pero donde tuvo más éxito el gobierno fue en el establecimiento de un modelo piramidal de límites de gasto desde el departamento de salud del CC, pasando por todos los centros sanitarios, sus departamentos y cada uno de sus médicos. A todos ellos se les impuso un presupuesto anual máximo que no podía ser rebasado, a la vez que se les hacía responsables de su propia gestión financiera y del potencial déficit en el que incurriesen (Andersen *et al.* 2001; Saltman y Bergman 2005). En este contexto de austeridad también cabe entender la política descentralizadora de los años ochenta y noventa, que buscaba una mejor adecuación a las necesidades concretas de los ciudadanos, pero se acompañaba de reducciones en los recursos para las administraciones proveedoras de servicios. Así, con cada cesión de competencias en gestión o financiación iba incluida una caída neta en los recursos disponibles, lo que, a su vez, contribuía a contener los niveles totales de gasto.

Paralelamente a las restricciones de gasto, a comienzos de los años noventa Suecia también aprobó una ley decisiva para mejorar la eficiencia del sistema en su conjunto. Con anterioridad, los 288 municipios suecos gestionaban una parte importante de las residencias de ancianos, discapacitados y enfermos mentales. Pero fue en 1992 cuando los municipios asumieron por completo las competencias en servicios sociales que hasta entonces mantenían los CC. El objetivo perseguido consistía en reducir la carga hospitalaria que suponen los enfermos mayores crónicos y agudos, denominados por los expertos *bed-blockers* [bloqueadores de camas], transfiriéndolos a residencias con personal menos especializado. A mediados de los años noventa se cerró, al menos provisionalmente, el programa de reformas orientadas a la racionalización y la contención del gasto sanitario, sin que desde entonces se hayan introducido más cambios significativos en esta área de política social.

4. Conclusiones

Aunque en Estados Unidos, Italia y Suecia se han llevado a cabo reformas sanitarias de entidad desde los años ochenta del pasado siglo, no parece que éstas hayan respondido a un esfuerzo de preparación de los respectivos sistemas sanitarios ante el acelerado aumento de la proporción de personas mayores en las respectivas sociedades. Si bien los cambios en la estructura demográfica presionan al alza el gasto sanitario (así por ejemplo, las proyecciones de la OCDE indican que, únicamente debido a la transición demográfica, el gasto sanitario público podría aumentar hasta 2050 un 4,4 por cien del PIB en Estados Unidos y un 3,2 por cien del PIB en Suecia), la evidencia disponible no sugiere que el reconocimiento del problema previsible y objetivamente acuciante del envejecimiento haya desencadenado las reformas ejecutadas recientemente en la política sanitaria.

De hecho, esa misma evidencia permite descartar la existencia de un ciclo histórico en la política sanitaria estadounidense, italiana y sueca de expansión hasta los años ochenta y restricción desde entonces, evolución que cabría interpretar como una consecuencia de la preocupación por las implicaciones financieras del envejecimiento de la población. Si bien en Italia y Suecia la era expansiva del sistema sanitario público acabó a finales de los años ochenta, en Estados Unidos continúa hasta la actualidad. Parece, por tanto, que, allí donde se han lle-

vado a cabo, las reformas sanitarias restrictivas o de contención del gasto han estado primordialmente motivadas por circunstancias coyunturales, y no tanto por prevención ante la evolución del sistema sanitario en las próximas décadas. Los casos de Italia y Suecia son particularmente clarificadores a este respecto. En Italia han primado motivaciones fiscales en las reformas sanitarias recientes. Debido a la gravísima situación de las finanzas públicas y al creciente déficit público, en 1992 un gobierno tecnocrático inició una oleada de reformas orientadas a reducir el recurrente hiato entre las contribuciones estatales anuales al sistema de salud público y el gasto anual efectivo. Para dicho fin se incrementaron (temporalmente) los copagos farmacéuticos y de prestaciones, a la vez que se inició la descentralización administrativa con el propósito de combatir las ineficiencias y redundancias. Por su parte, Suecia también ha introducido importantes cambios restrictivos en su política sanitaria. En una serie de micro-reformas iniciadas a mediados de los años ochenta, se inició una transición hacia un sistema basado en cuidados primarios, se desgajó la financiación sanitaria de la provisión de servicios sanitarios y se introdujo una rigurosa política de topes de gasto para los condados. Las causas de estas transformaciones se encuentran en una preocupación por la inflación de costes sanitarios durante los años ochenta, así como en el descontento popular con un sistema anteriormente muy burocratizado y escasamente enfocado hacia la satisfacción del paciente. Por otra parte, Estados Unidos, carente de un sistema sanitario de cobertura universal, no ha realizado ninguna reforma sanitaria restrictiva. El envejecimiento de su población, menos acusado que el de muchos países europeos, impactará en los gastos del programa *Medicare*, y lo hará en el contexto de una política de universalización sanitaria impulsada por el Presidente Obama.

Ahora bien, que no quepa establecer una relación causal directa entre el envejecimiento de la población y las reformas sanitarias no significa que las reformas acometidas no vayan en la buena dirección de racionalización de los costes públicos para mitigar el impacto de la evolución demográfica. En parte debido a las medidas de contención del gasto introducidas durante los años ochenta y noventa en Italia y Suecia, estos dos países cuentan con estructuras institucionales más adecuadas para reducir el efecto expansivo del envejecimiento en la provisión de prestaciones sanitarias.

Bibliografía

Andersen, R.; Smedby, B. y D. Vagerö (2001), "Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas", *Social Science & Medicine*, 52: 1195-1204.

Anell, A. (2005), "Swedish healthcare under pressure", *Health Economics*, 14: S237-S254.

Bergman, S.E. (1998), "Swedish models of health care reform: A review and assessment", *International Journal of Health Planning and Management*, 13: 91-106.

Bergmark, A. (2008). "Market reforms in swedish health care: normative reorientation and welfare state sustainability", *Journal of Medicine and Philosophy*, 33: 241-261.

Cabiedes, L. y A. Guillén (2001), "Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe", *Social Science and Medicine*, 52: 1205-1217.

Calltrop, J. (1995), "Swedish experience with fixing regional budgets", en: Schwartz, F.W.; Glennerster, H. y R. B. Saltman, Fixed *Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Londres, Wilsey: 153-165.

Casey, B.; Oxley H.; Whitehouse, E.; Antolín, P.; Duval, R. y W. Leibfritz (2003), "Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 369.

Congressional Budget Office (CBO) (2007), *The Long-Term Outlook for Health Care Spending,* Washington, CBO.

Docteur, E. y H. Oxley (2003), "Health care systems: Lessons from the reform experience", *OECD Health Working Papers*, No. 9.

Donatini, A.; Rico, A.; D'Ambrosio, M.G.; Lo Scalzo, A.; Orzella, L.; Cichetti, A. y S. Profili (2001), *Health Care Systems in Transition: Italy*, Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies.

Economic Policy Committee (2006), "The impact of ageing on public expenditure: projections

for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)", *European Economy*, Bruselas, European Commission.

Esping-Andersen, G. (1992), *Los tres mundos del Estado del bienestar*, Valencia, Alfons el Magnànim.

European Commission (2007), *Joint Report on Social Protection and Social 2007,* Bruselas, European Commission.

Ferrrera, M. (1995), "The rise and fall of democratic universalism: Health care reform in Italy, 1978-1994", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, 2: 276-302.

– (2006), *La politiche sociali,* Milán, Il Mulino.

Flood, C.M. (2000), *International Health Care Reform: A Legal, Economic, and Political Analysis,* Londres, Routledge.

France, G. y F. Taroni (2005), "The evolution of health-policy making in Italy", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 1-2: 169-187.

France, G.; Taroni, F. y A. Donatini (2005), "The Italian health-care system", *Health Economics*, 14: S187-202.

Gerdtham, U.G.; Rehnberg C. y M. Tambour (1999), "The impact of internal markets on health care effciency: evidence from health care reforms in Sweden", *Applied Economics*, 31: 935–945.

Ghislandi, S.. Krulichova, I. y L. Garanttini (2005), "Pharmaceutical policy in Italy: towards a structural change?", *Health Policy*, 72: 53-63.

Glenngård, A. H.; Hjalte, F.; Svensson, M.; Anell, A. y V. Bankauskaite (2005), *Health Systems in Transition: Sweden*, Copenhague, European Observatory on Health Systems and Policies.

Jommi, C.; Cantú E. y E. Anessi-Pessina (2001), "New funding arrangements in the Italian National Health Service", *International Journal of Health Planning and Management*, 16: 347-368.

Mechanic, D. (2004), "The rise and fall of managed care", *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra): 76-86.

Moran, M. (1999), *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States and Germany,* Manchester, Manchester University Press.

Navarro, V. (1995), "Why Congress did not enact health care reform", *Journal of Health Care Politics, Policy* and Law, 20, 2: 455-462.

OECD (2002), *OECD Economic Survey: United States 2002*, París, OECD.

– (2005), *OECD Economic Survey: United States 2005,* París, OECD.

– (2005), *OECD Economic Surveys: Sweden 2005,* París, OECD.

– (2008), *OECD Economic Survey: United States 2008,* París, OECD.

– (2010), *OECD Healthcare at a Glance 2010,* París, OECD.

Peterson, C.L. y R. Burton (2007), "U.S. health care spending: Comparison with other OECD countries", *Cornell University ILR School Working Papers*.

Quaye, R. (2001), "Internal market systems in Sweden: Seven years after the Stockholm Model", *European Journal of Public Health*, 11: 380-385.

Reinhardt, U.E.; Hussey, P.S. y G.F. Anderson (2004), "U.S. health care spending in an international context", *Health Affairs*, 23, 2: 10-25.

Reviglio, F. (2000), "Health care and its financing in Italy: Issues and reform options", *IMF Working Paper* WP/00/166.

Saltman, R. y S.E. Bergman (2005), "Renovating the commons: Swedish health care reforms in perspective", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30, 1-2: 253-275.

Envejecimiento: pesimistas, optimistas, realistas

J. Ignacio Conde-Ruiz* y Clara I. González**

Resumen

En la primera parte del artículo se identifica la esperanza de vida a partir de los 65 años como el factor determinante del proceso de envejecimiento presente en todas las economías desarrolladas. En la segunda parte se pone de relieve cómo, en un contexto de mayor longevidad, los individuos han ido posponiendo decisiones vitales, como la emancipación, la formación del hogar y la decisión de maternidad, al mismo tiempo que reducían el periodo dedicado al empleo retribuido. La causa del envejecimiento de la población es, sin duda, una buena noticia; el pesimismo surge, no obstante, al analizar cómo están adaptando los individuos su ciclo vital a una vida más longeva y, en particular, los efectos que ello tiene sobre la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones de reparto. El realismo debe partir de la satisfacción por el aumento en la esperanza de vida, pero obliga a plantear la necesidad de llevar a cabo reformas que favorezcan la adaptación de las decisiones individuales a la nueva realidad demográfica.

1. Introducción[1]

En las últimas décadas, todas las sociedades desarrolladas se han caracterizado por un progresivo envejecimiento de la población. En el año 1960, el porcentaje de personas con más de 65 años sobre el total de la población de los países de la OCDE rondaba el 10 por cien (entre un 7,2 por cien en Finlandia y un 12 por cien en Suecia), mientras que en el año 2000 el promedio de personas mayores ha alcanzado el 15 por cien de la población (entre 11,2 por cien en Irlanda y 18 por cien en Italia). La pauta de envejecimiento de la población española se encuentra entre las más altas de la OCDE: el porcentaje de ancianos ha pasado del 8,2 por cien en 1960 a casi 17 por cien en 2008. Pero el proceso no termina aquí y la magnitud del fenómeno no parece disminuir en el futuro. Según todas las estimaciones, el porcentaje de la población con más de 65 años para los países de la Unión Europea (UE-27) alcanzará el 28,8 por cien en el 2050. España será entonces uno de los países europeos con mayor porcentaje de personas mayores, con un 32,1 por cien, similar al de Italia (32,6 por cien) y superior al de Alemania (31,7 por cien), Francia (25,6 por cien) o Reino Unido (23 por cien).

El objetivo de este artículo consiste en poner de relieve que el proceso de envejecimiento actual, que se intensificará en el futuro próximo, es probablemente una de las mejores noticias que podíamos recibir los ciudadanos de los países desarrollados. Para entenderlo, basta con analizar cuáles son las fuerzas que están detrás de la dinámica del envejecimiento poblacional. De todas ellas, la que, sin duda, tiene más incidencia en el envejecimiento es el espectacular aumento de la esperanza de vida. Gracias al progreso económico y social de las últimas décadas, los ciudadanos viven cada vez más y en mejores condiciones. Si en el año 1960 la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida a los 65 años para los países de la zona euro era de 69,5 años e inferior a los 16

* Universidad Complutense y Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (nacho.conde-ruiz@gmail.com).

** Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA) (gonzalez.claraisabel@gmail.com).

[1] Agradecemos los comentarios y sugerencias de Marco Celentani, Vincenzo Galasso y Elena Martínez Ruiz. J. Ignacio Conde-Ruiz agradece el apoyo financiero del Ministerio de Ciencia y Tecnología de España (Proyecto SEJ2007-65552/ECON).

años, respectivamente, en la actualidad se sitúa en 80,6 años y en más de 19 años. Además, este proceso de alargamiento de la vida continúa. En menos de dos décadas, la esperanza de vida al nacer ha aumentado más de cuatro años, y la esperanza de vida a los 65 años se ha incrementado en más de dos años. La evidencia empírica nos indica que la esperanza de vida a los 65 años aumenta un año cada ocho años.

¿Cuál es el problema entonces? ¿Por qué, al hablar de envejecimiento, se piensa a menudo en algo negativo? Las reticencias surgen porque, automáticamente, cuando se habla de envejecimiento, en lugar de enfocar la atención en sus causas y alegrarnos por lo conseguido, miramos hacia los sistemas de pensiones y sus problemas de sostenibilidad. La mayoría de los sistemas de pensiones en el mundo son sistemas de reparto (*pay-as-you-go*), lo cual significa que las pensiones percibidas por los jubilados en un periodo son financiadas con las cotizaciones pagadas por los trabajadores en ese mismo periodo. En el caso de España (y en la mayoría de los países desarrollados), disfrutamos de un sistema público de pensiones que, además de ser de reparto, es también de prestación definida; o lo que es lo mismo, existe una correspondencia unívoca, fijada de antemano, entre el historial laboral del trabajador (salarios, años cotizados y edad de jubilación) y la pensión que recibirá cuando se jubile. Es decir, todos los trabajadores que están cotizando en este momento en España, y generando los mayores superávit corrientes de la historia (once años de superávit continuado del sistema de Seguridad Social han permitido acumular un fondo de reserva con más de 62.000 millones de euros), tienen, en principio, ya determinada la pensión a la que tendrán derecho cuando se jubilen. Esto último es cierto siempre y cuando los individuos no sean capaces de adaptar su ciclo vital a la nueva realidad demográfica. Según trataremos de mostrar en este artículo, el problema no reside en el envejecimiento, sino en el hecho de que los individuos no están adaptando, de la forma más adecuada para la sostenibilidad de las pensiones, sus decisiones económicas más relevantes. En concreto, están alargando la etapa educativa, pero reduciendo la laboral y ampliando la etapa de jubilación.

El artículo está organizado en tres grandes secciones. La primera analiza la dinámica demográfica de las últimas décadas. La segunda examina en qué medida los ciudadanos están adaptando sus principales decisiones del ciclo vital ante las perspectivas de una mayor esperanza de vida. La tercera presenta las principales proyecciones demográficas para España. Finalmente, las conclusiones recogen sintéticamente los principales resultados.

2. Los determinantes del envejecimiento

La intensa caída de la fecundidad

En los últimos treinta años se ha producido un descenso generalizado del índice de fecundidad en todas las zonas geográficas (Cuadro 1), tanto en países de renta alta como en países de renta baja. No obstante, esta disminución ha sido más acusada en el norte de África y América Latina, donde se sitúa alrededor de los 2,5 hijos por mujer en edad fértil desde los 7 y 6 hijos respectivamente en los años 1960. Europa sigue siendo la región con una menor tasa de fecundidad, por debajo de Estados Unidos (1,5 y 2,1 respectivamente).

Cuadro 1

Índice de fecundidad según área geográfica

	1960	*2007*	*Disminución*
Mundial	4,5	2,5	-2,0
Países de renta alta	3,0	1,8	-1,2
Países de renta media	6,6	4,0	-2,6
Países de renta baja	4,7	2,4	-2,3
Asia Este & Pacífico	4,1	1,9	-2,2
Europa & Asia Central	2,9	1,7	-1,3
Zona euro	2,6	1,5	-1,1
América Latina & Caribe	6,0	2,3	-3,7
Oriente Medio & Norte de África	7,0	2,8	-4,1
Asia Sur	6,0	2,8	-3,2
Africa Subsahariana	6,8	5,1	-1,7
Estados Unidos	3,7	2,1	-1,6

Fuente: Banco Mundial (www.bancomundial.org).

Entre los países europeos también se ha producido una reducción en las tasas de fecundidad (Gráfico 1). En los años cincuenta, los países con un mayor número de hijos por mujer eran Finlandia y Holanda, ambos con 3,1; sin embargo, han pasado a registrar unas tasas de 1,9 y 1,8 respectivamente, siendo ahora Islandia el país con la tasa de fecundidad más alta (2,2 hijos).

Aunque el descenso ha sido generalizado, durante el siglo XX, dos acontecimientos afectaron la evolución demográfica de España: la epidemia de la gripe de 1918 y la Guerra Civil (1936-1939), junto con el período de post-guerra (1940-1942). Entre los años 1957 y 1975, la población española experimentó un *baby boom* que permitió recuperar los valores anteriores, pero a partir del año 1975 la tasa de natalidad comenzó a descender (Gráfico 2). En 1981 la fecundidad se situó en 2,04, por debajo del nivel de reemplazo, y el mínimo se verificó en el año 1990. En años más recientes se ha producido un ligero incremento de la fecundidad hasta 1,46 hijos por mujer, unido al fenómeno de la inmigración. Como se verá más adelante, las mujeres inmigrantes registran una mayor proporción de nacimientos a edades más jóvenes.

Sin embargo, a pesar de este "respiro", España sigue siendo uno de los países europeos con una menor tasa de fecundidad. No hay que perder de vista que el descenso de la tasa de fecundidad ha sido de 1,4 hijos en los últimos 30 años, y de 3 hijos por mujer en edad fértil si nos atenemos a los últimos 100 años.

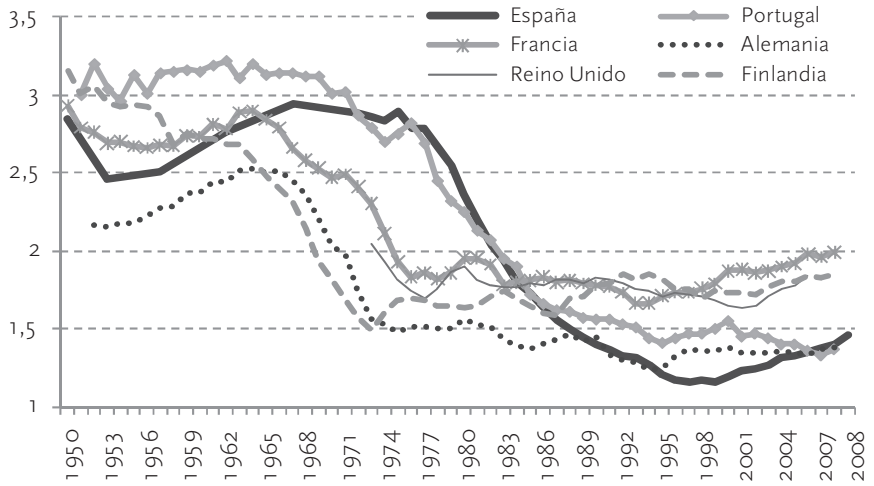
En las últimas décadas, las mujeres no sólo han reducido el número de hijos, sino que también han retrasado el momento de la maternidad, como se aprecia en el cambio de la distribución por grupos de edad (Gráfico 3). Este hecho obedece al intenso proceso de incorporación de la mujer al mercado de trabajo producido en décadas más recientes[2].

Es asimismo importante tener en cuenta que, en los últimos años, gran parte de los nacimientos producidos han sido de madre extranjera. En 1996 sólo suponían el 3 por cien de los nacimientos totales, pero en 2008 representaban ya más de una quinta parte (20,7 por cien), un 15 por cien más que el año anterior.

La población inmigrante se caracteriza por ser joven y tener un mayor número de hijos a edades más tempranas que las mujeres españolas

Gráfico 1

Evolución de las tasas de fecundidad en algunos países europeos (1950-2008)

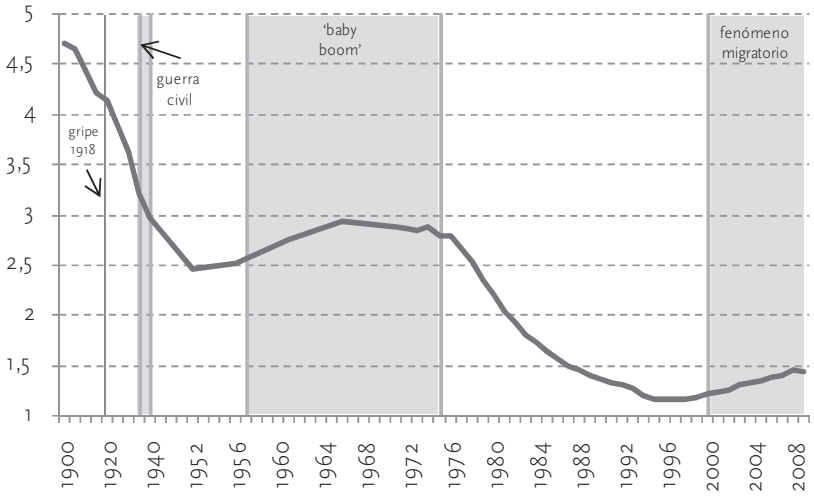


Fuente: Eurostat (http://ec.europa.eu); para España 1950-1970: Nicolau (2005).

[2] Véase, entre otros, De la Rica y Ferrero (2003) y Sánchez-Mangas y Sánchez-Marcos (2007).

Gráfico 2

Evolución de la tasa de fecundidad en España (1900-2008)



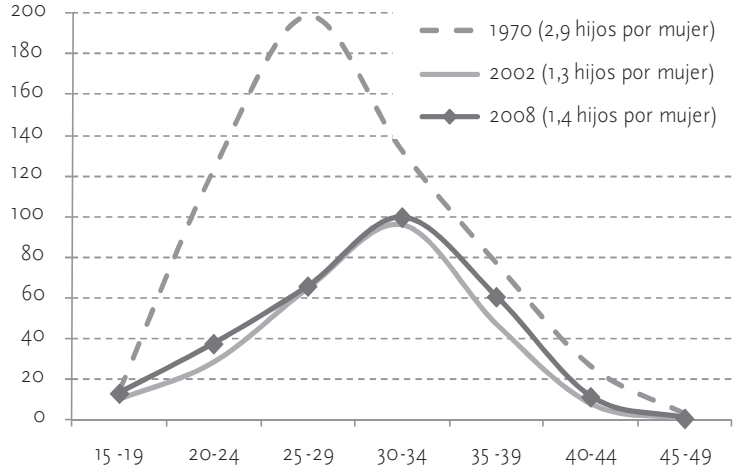
Fuente: Nicolau (2005) y Eurostat (http://ec.europa.eu).

(Gráfico 4). No obstante, algunos estudios (por ejemplo, Izquierdo 2006) señalan que, con el paso del tiempo, las pautas de fecundidad de las mujeres inmigrantes convergen con las de las mujeres nativas, reduciendo su descendencia.

En resumen, el primer hecho estilizado que observamos en la dinámica demográfica es que se están reduciendo drásticamente las tasas de fecundidad en todos los países. España, en este sentido, no es una excepción. La incorporación de

Gráfico 3

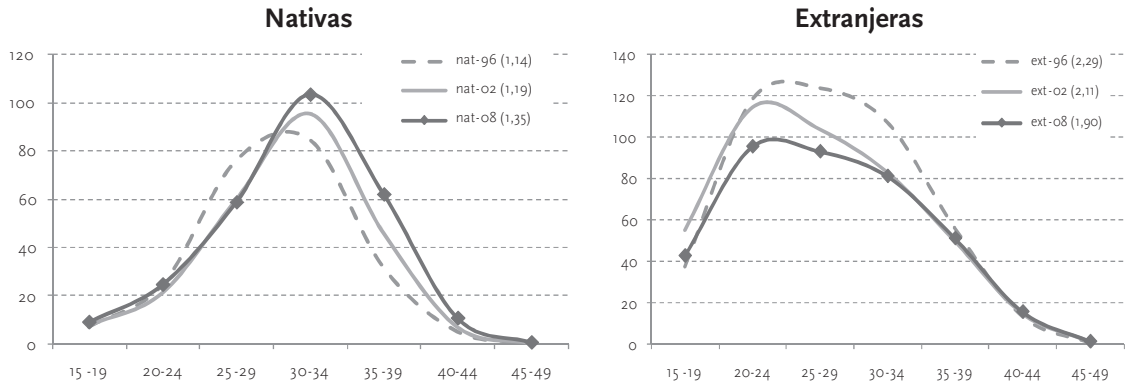
Tasa de fecundidad por grupo de edad en España (nacimientos por cada 1.000 mujeres)



Fuente: Naciones Unidas (www.un.org) e INE (www.ine.es).

Gráfico 4

Tasa de fecundidad por grupo de edad y nacionalidad en España (1996, 2002, 2008)



Fuente: Elaboración propia. Padrón y Movimiento Natural de la Población INE (www.ine.es).

la mujer al mercado de trabajo ha reducido y retrasado su decisión de maternidad hasta situar la tasa de fecundidad en el mínimo de 1,16 hijos por mujer de 1990, para repuntar en los últimos años gracias al fenómeno de la inmigración.

El espectacular aumento de la esperanza de vida

En cuanto a la esperanza de vida, la ganancia en los países desarrollados ha sido muy considerable en el último siglo. Hasta los años cincuenta, el descenso de la mortalidad infantil, gracias a las mejoras en los sistemas sanitarios y en las condiciones de higiene, fue, sin duda, uno de los factores que más incidió en esta ganancia. A partir de entonces, y una vez reducida al mínimo la mortandad infantil, es el aumento de la esperanza de vida a partir de los 65 años el factor que está liderando la ganancia en la esperanza de vida.

En concreto, a nivel global, la esperanza de vida se ha incrementado en más de 18 años desde los años sesenta. Sin embargo, han sido los países más pobres los que han experimentado el mayor incremento. Destacan los países asiáticos, junto con los situados en Oriente Medio y el norte de África, con más de 20 años adicionales (Cuadro 2). En los países europeos, el incremento ha sido menor, pasando de los 69,5 años en el año 1960 a los 80,3 en 2007, si bien es cierto que esta es la zona del mundo que registra una mayor esperanza de vida al nacer.

Como se desprende del Gráfico 5, el país con mayor esperanza de vida del mundo es Japón, donde en particular las mujeres registran valores muy altos. España ocupa la cuarta posición en el caso de las mujeres y la sexta en el de los hombres, por detrás de países como Suecia, Italia o Noruega. Al mismo tiempo, España destaca como uno de los países de la Unión Europea que mayores incrementos está experimentando en dicha esperanza de vida (ganancia de once años desde 1960 frente a la media de nueve años).

Las ganancias en esperanza de vida en los últimos años se han producido gracias a la reducción de la probabilidad de morir entre los 70 y 80 años. De hecho, la esperanza de vida a partir de los 65 años ha experimentado un importante avance: de menos de 15 a más de 20 años adicionales (Gráfico 6).

La esperanza de vida a partir de los 65 años está inequívocamente relacionada con el número de años en los que se disfruta de una pensión tras la jubilación. Esto es así porque la mayoría de los países ha fijado como la edad legal de jubilación los 65 años. Lo más sorprendente de este hecho es que esta edad "legal", de jubilación, a pesar de los grandes cambios producidos en la esperanza de vida, ha permanecido inamovible en la mayoría de los países desde que se estableció a principios del siglo XX.

Cuadro 2

Esperanza de vida según área geográfica

	1960	*2007*	*Disminución*
Mundo	50,2	68,9	18,7
Países de renta alta	68,7	79,4	10,7
Países de renta media	42,2	58,7	16,5
Países de renta baja	44,5	68,6	24,1
Asia Este & Pacífico	38,9	72,0	33,1
Europa & Asia Central (a)	67,1	69,6	2,5
Zona euro	69,5	80,3	10,8
América Latina & Caribe	56,2	73,2	17,0
Oriente Medio & Norte de África	47,2	70,4	23,2
Asia Sur	42,6	64,7	22,1
Africa Subsahariana	41,3	51,5	10,3
Estados Unidos	69,8	78,0	8,2

(a) Primer dato disponible: 1970.
Fuente: Banco Mundial (www.bancomundial.org).

La primera vez que la edad legal de jubilación apareció en el ordenamiento jurídico español (en concreto, en el Reglamento General para el Régimen Obligatorio del Retiro Obrero) fue en el año 1919, cuando ya se fijó en 65 años. Es decir, han pasado más de 90 años y se han producido muchos cambios desde entonces. Como se puede ver en los gráficos 7a y 7b, en España la longevidad se ha incrementado considerablemente a lo largo del siglo XX. En 1900, la esperanza de vida al nacer era de 34,8 frente a los 81 años de 2008. De hecho, en comparativa europea, España presenta una de las mayores esperanzas de vida al nacer, destacando la femenina con más de 84 años.

La esperanza de vida a partir de los 65 años ha pasado de menos de 10 años, a principios del siglo XX, a casi 20 años más a principios del siglo XXI (Gráfico 7b), una de las cifras más altas en el contexto europeo. En otras palabras, a un individuo que se jubile con 65 años le queda de media todavía un cuarto de su vida por vivir.

Al mismo tiempo que se producía este aumento en la esperanza de vida a los 65 años, en el último siglo se ha verificado un incremento considerable de las probabilidades de supervivencia a esta edad. Mientras que a principios del siglo pasado la probabilidad de llegar a la edad de jubilación no llegaba al 35 por cien, ahora se acerca al 90 por cien (Gráfico 8).

En resumen, en las últimas décadas ha aumentado extraordinariamente la esperanza de vida en la mayoría de los países. El progreso técnico y social ha permitido que la esperanza de vida a partir de los 65 años en los países de la OCDE haya pasado, en el caso de las mujeres, de casi 15 años (13 para hombres) en 1960 a 20 años (17 para hombres) hoy. Para el caso de España, el avance es incluso mayor, situándose en 21,7 años para las mujeres (17,8 para hombres), frente a los 15,3 años (13,1 para hombres) de 1960. Además, nadie se atreve a poner límite biológico a la vida humana, mientras que los últimos datos indican que la esperanza de vida a partir de los 65 años aumenta un año cada ocho años.

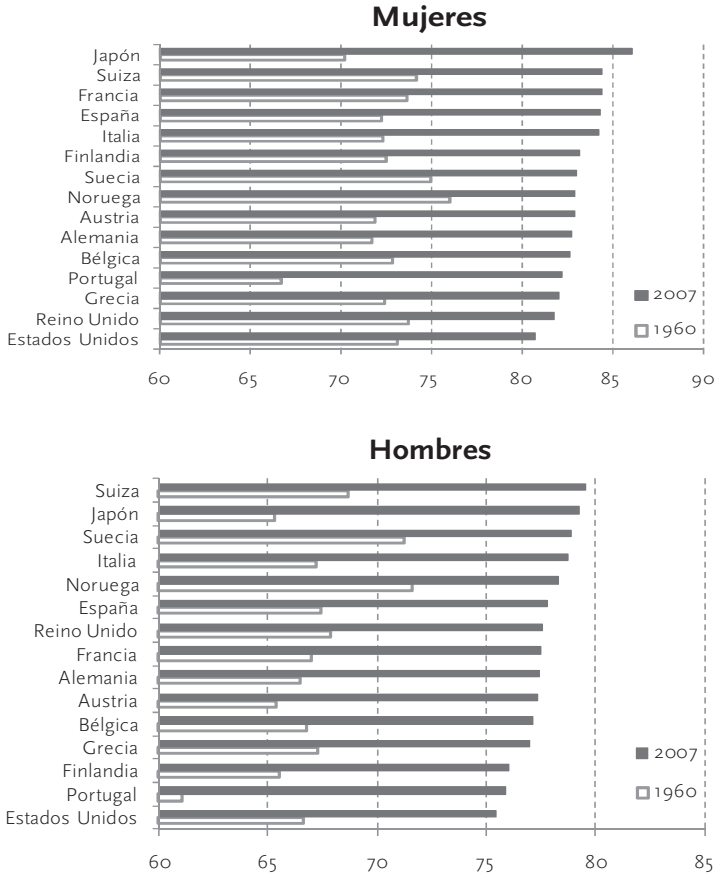
La esperanza de vida a partir de los 65 años adquiere especial importancia para la sostenibilidad financiera de los sistemas de pensiones que fijaron en 65 años la edad "legal" de jubilación. Lo sorprendente, como se pondrá de relieve en la siguiente sección, es que, a pesar de que muchas cosas han cambiado desde entonces, esta edad de jubilación ha permanecido inamovible. Así, en el caso de España, desde el momento en que se fijó la edad de jubilación en 65 años (en 1919), la ganancia de años de vida esperados ha sido espectacular desde todos los ángulos: i) la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en cerca de 40 años (pasando de 41 años a 81 años); ii) la proporción de cada generación que alcanza los 65 años ha pasado de menos del 35 por cien a más del 90 por cien; y, iii) además, este proceso de alargamiento de la vida continúa.

El alivio temporal de los flujos migratorios

En las últimas décadas se ha producido un proceso migratorio que ha supuesto que los países más ricos han sido receptores de inmigrantes procedentes de los menos desarrollados (Gráfico 9). Esta dinámica ha permitido suavizar el proceso de envejecimiento en los países receptores (o más desarrollados), que, como se pudo observar en el

Gráfico 5

Esperanza de vida en países de la OCDE (1960-2007)



Fuente: OCDE (www.oecd.org) y Eurostat (http://ec.europa.eu).

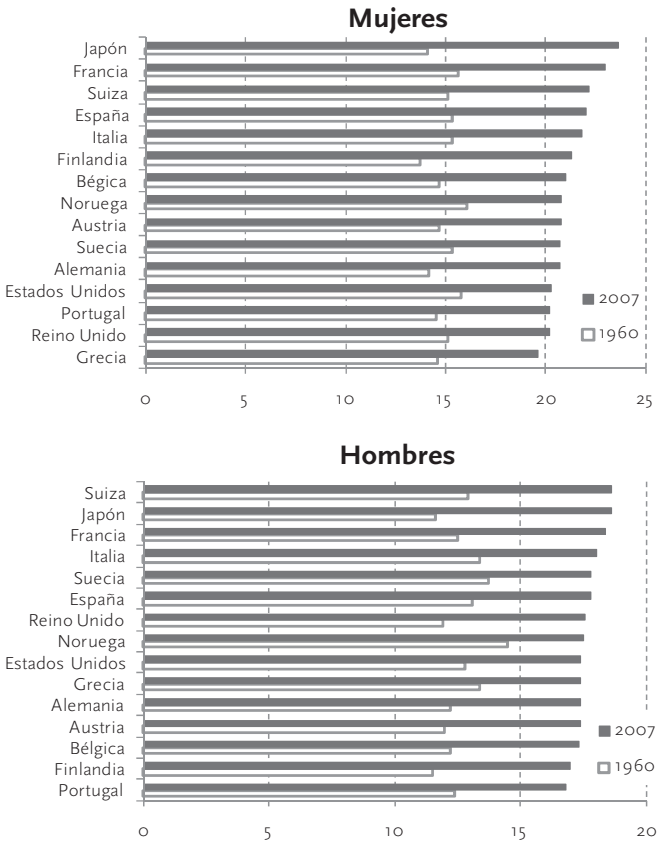
cuadro 1 eran precisamente aquellos en los que el proceso de envejecimiento resultaba más intenso (i.e., menor tasa de fecundidad y mayor aumento de las esperanzas de vida). En concreto, en el año 2005 los países de renta alta han recibido más de 18 millones de ciudadanos (un 1,7 por cien de su población en 2005) provenientes de los países menos desarrollados.

En el caso de España, durante la década de los sesenta y parte de los setenta, se produjo una gran salida de españoles hacia otros países; España era por entonces un país netamente emigrante (Gráfico 10). Sin embargo, a partir de los años noventa el ritmo de llegada de inmigrantes ha sido constante, convirtiéndose España en un país receptor de importantes flujos migratorios. En menos de dos décadas, España se ha puesto a la cabeza de los países europeos con una mayor recepción de población extranjera. A partir del año 2000, se registró una media de 600.000 nuevas llegadas por año, llegando a superar las 700.000 en 2007. Ello ha supuesto el rápido aumento de la población inmigrante: de 0,9 millones en el año 2000 a 5,3 millones en el año 2009. Estas cifras suponen que su peso en la población total ha pasado del 2,2 por cien al 11,7 por cien de la población en casi una década.

El período de inmigración más intenso comprendió los primeros años del actual siglo. La población inmigrante en España se multiplicó por cinco

Gráfico 6

Esperanza de vida a los 65 años en países de la OCDE (1960, 2007)



Fuente: OCDE (www.oecd.org) y Eurostat (http://ec.europa.eu).

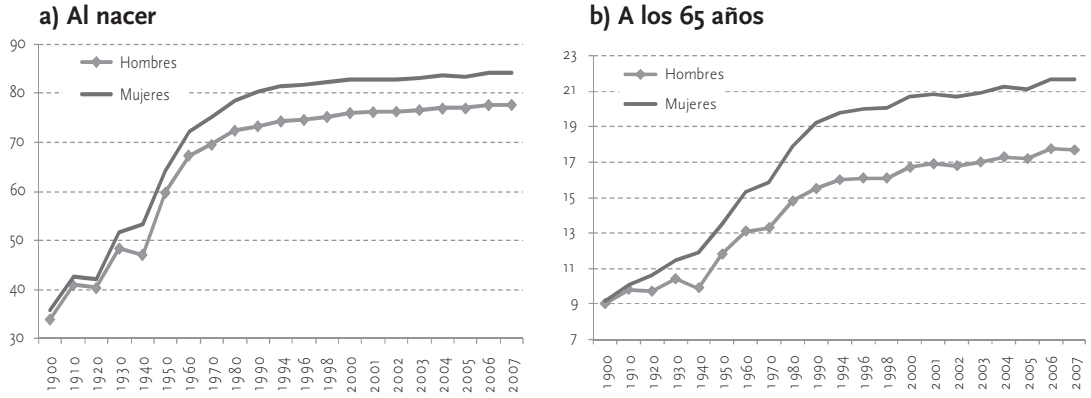
en un periodo de seis años, un fenómeno sin parangón en ninguno de los países de la OCDE durante las últimas décadas. De hecho, un 11,6 por cien de todos los inmigrantes que llegaron a los países de la OCDE durante el periodo 2000-2007 eligieron España como lugar de destino. Únicamente Estados Unidos superó esta cifra, con el 33,5 por cien. Por detrás de España se situaron Alemania (7,2 por cien) y Australia (7,1 por cien).

En cuanto al origen por zona geográfica de esta población inmigrante, el grupo más importante en términos numéricos procede de Latinoamérica, seguido por los grupos compuestos de otros países miembros de la Unión Europea (como Rumania) y del Norte de África. Este importante y relativamente rápido flujo de inmigración ha resultado decisivo para que España registrara la tasa más alta de crecimiento de la población de los últimos 100 años (cerca de un 1,8 por cien por año). Así, la población española ha crecido más durante el periodo 2000-2007 (cerca de 4,6 millones) que durante las dos décadas anteriores (3,4 millones). La intensa llegada de población inmigrante ha supuesto que la población total registrara una tasa de crecimiento cercana al 2 por cien. Frente a crecimientos muy reducidos de la población nativa (0,5 por cien), la población inmigrante ha llegado a presentar tasas próximas al 50 por cien (Gráfico 11).

Este importante flujo de inmigración ha contribuido al rejuvenecimiento de la población española: a principios del año 2009, más del 80 por cien de los inmigrantes se encontraba entre los 16 y 64 años de edad, en comparación con el 66 por cien

Gráfico 7

Esperanza de vida de la población española (1900-2007)

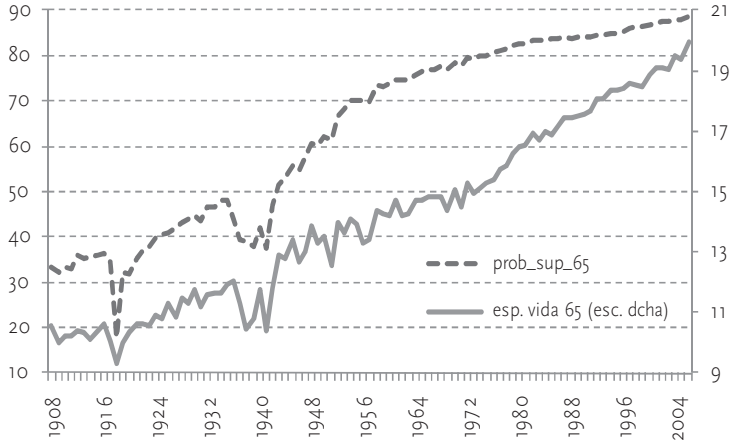


Fuente: INE (www.ine.es).

de la población española. Ello es lógico habida cuenta de que los motivos laborales han impulsado el fenómeno migratorio en España. Esta particularidad provoca importantes efectos en la sostenibilidad del sistema de bienestar. En ausencia de esta inmigración, el número de individuos entre los 16 y 24 años de edad se hubiera reducido en más de 1,5 millones entre el año 2000 y el 2007. En términos de edad media de la población residente, la inmigración ha contribuido a su reducción en dos años, pasando de los 40 a los 38 años. Este hecho también se aprecia en las pirámides demográficas del gráfico 12, del cual cabe destacar que los inmigrantes tienen sus cohortes de mayor tamaño en los

Gráfico 8

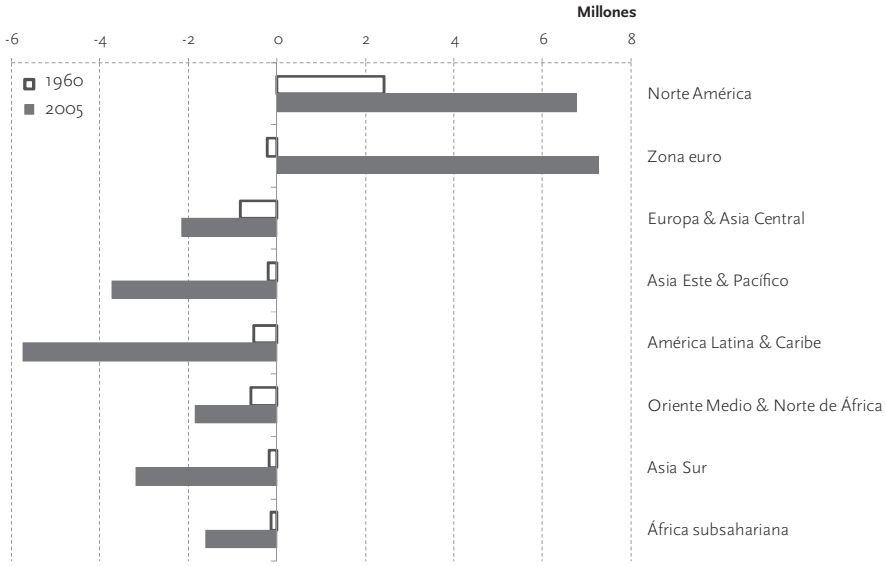
Probabilidad de supervivencia a los 65 años en España (1908-2006)



Fuente: INE (Elaboración propia a partir de datos procedentes de: The Human Mortality Database [www.mortality.org o www.human-mortality.de]).

Gráfico 9

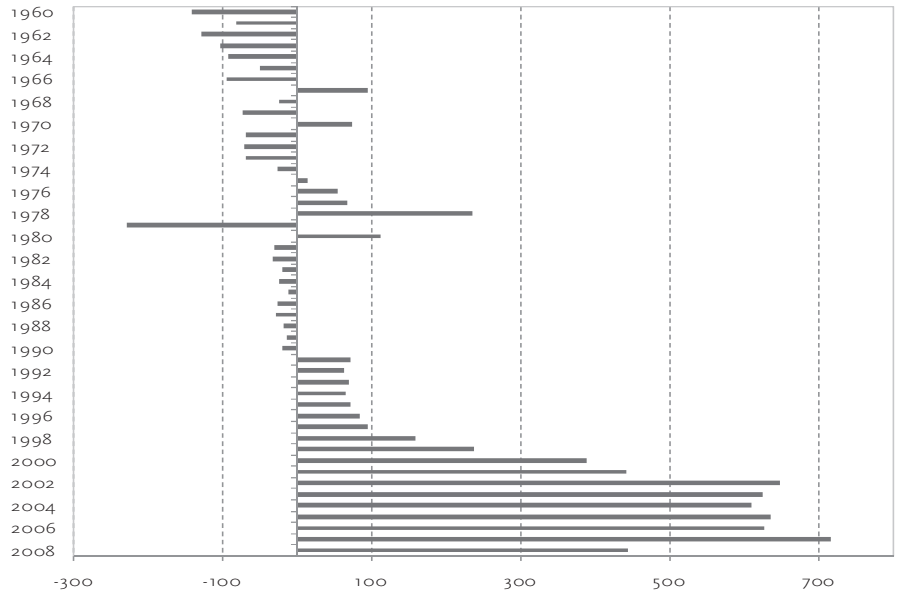
Flujos netos migratorios según zona geográfica en millones (1960 vs. 2005)



Fuente: Banco Mundial (www.bancomundial.org).

Gráfico 10

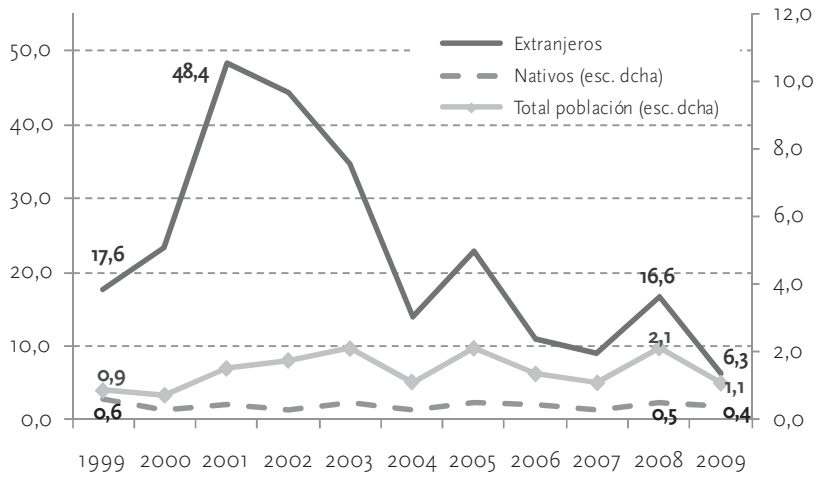
Flujo neto de inmigración en España en miles de personas (1960-2008)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Fundación BBVA y del INE (www.ine.es).

Gráfico 11

Tasa de crecimiento de la población en España según nacionalidad (1999-2009)



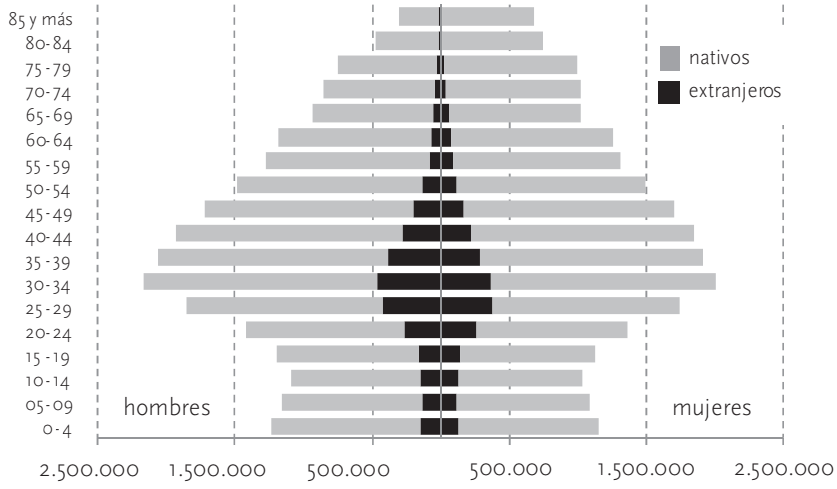
Fuente: Padrón municipal (www.ine.es).

mismos intervalos de edad que las cohortes de mayor tamaño de los nativos.

En resumen, los altos flujos migratorios de los países más pobres hacia los países más ricos han permitido frenar, al menos temporalmente, el proceso de envejecimiento de estos últimos. El alivio es temporal, pues la mera aritmética poblacional no ataja las causas del envejecimiento, que, como se ha mostrado arriba, responden principal-

Gráfico 12

Pirámide de población en España (1 de enero 2009)



Fuente: Padrón municipal (www.ine.es).

mente al aumento de la esperanza de vida. A este respecto, es importante tener en cuenta que los inmigrantes que emigran, a pesar de provenir de países con menor esperanza de vida, cuentan con unas tasas de mortalidad menores que las de los nativos de los países emisores, debido a lo que se denomina "sesgo de selección". Este sesgo se explica porque las personas que emigran se encuentran en edades jóvenes y tienen, en general, no sólo un mayor nivel de capital humano sino también mejor salud que las personas que no lo hacen (Grupo de Estudio sobre Inmigración y Salud 2009).

3. ¿Se está adaptando el ciclo vital de los ciudadanos al proceso de envejecimiento?

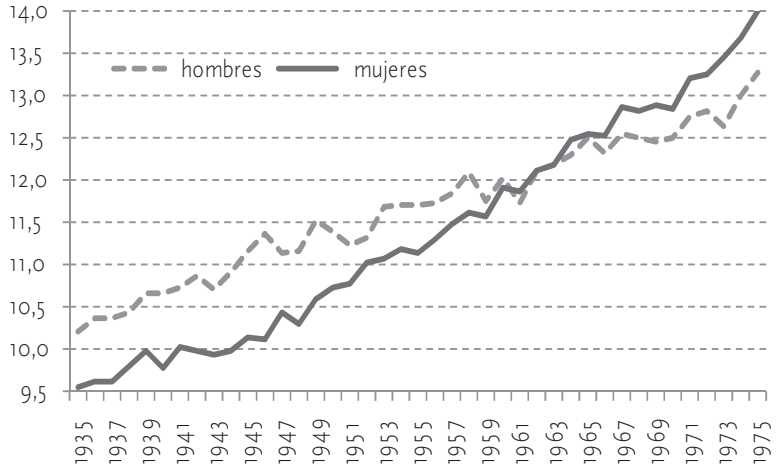
En la sección previa se ha puesto de manifiesto cómo, gracias al progreso económico y social y a los avances sanitarios, las condiciones de vida han mejorado significativamente y, con ello, ha aumentado la longevidad de los ciudadanos. Es un hecho que las generaciones actuales viven más años y en mejores condiciones que las precedentes, y toda la evidencia apunta a que las futuras generaciones vivirán mejor y por más años que las generaciones actuales. Esta dinámica claramente positiva provoca el envejecimiento de la población. En esta sección se analiza, con la evidencia empírica de la que disponemos, si esta nueva realidad demográfica va acompañada en paralelo con cambios en las decisiones vitales de los individuos.

La etapa educativa: más años (y de mayor calidad) dedicados al estudio

Uno de los cambios más importantes que se han producido en España en las últimas décadas ha sido la mejora de los niveles educativos de las cohortes más jóvenes. Así, si en 1978 la mayor parte de la población, el 77,3 por cien no superaba los estudios primarios, en nuestros días más del 50 por cien cuenta, al menos, con un título de bachiller superior. En este proceso de mayor cualificación de la población española, la mujer desempeñadpo un papel muy importante. De hecho, la brecha educativa entre mujeres y hombres que se incorporan por primera vez al mercado de trabajo (25-29 años) se cerró hace más de 15 años. Es decir, las generaciones de hombres y mujeres que tienen hoy 45 años han alcanzado un nivel educativo muy similar (Gráfico 13), mientras que las generaciones de mujeres más jóvenes (menos de 45 años) consiguen llegar

Gráfico 13

Años medios dedicados al estudio según el año de nacimiento



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de EPA (www.ine.es).

a niveles educativos más altos que los hombres: en la actualidad, el 45,5 por cien de la cohorte de mujeres entre 30 y 34 años terminan la educación terciaria[3] frente al 35,9 por cien de los hombres.

Para calcular el número medio de años dedicados al estudio se ha utilizado la información disponible de la Encuesta de Población Activa (EPA). Debido a que la información estadística no permite conocer la distribución exacta de años dedicados al estudio, cuando el nivel alcanzado es inferior al de primaria, la metodología utilizada[4] estaría sobreestimando el número de años dedicados al estudio de las generaciones mayores.

Cabe observar con nitidez que, a lo largo de las últimas décadas, se ha producido la ampliación de la etapa educativa. Se ha pasado de los 10 años de media que dedicaba al estudio la generación nacida en 1940, a los 13,6 que dedica la generación que acaba de terminar su etapa formativa.

Edad de emancipación, matrimonio y primer hijo: abandono más tardío del nido y retraso de la creación de un nuevo hogar y la decisión de tener hijos

En primer lugar, la edad de emancipación ha ido aumentando en las últimas décadas. En la actualidad, en todos los países son las mujeres las que antes abandonan el hogar familiar. Sin embargo, las diferencias respecto a los hombres varían considerablemente: los países del Este de Europa, como Bulgaria y Rumania, presentan una mayor diferencia con más de tres años, mientras que en Reino Unido, Holanda y Francia las mujeres abandonan el hogar familiar únicamente un año antes que los hombres y mucho antes que en el resto de países europeos. En España, la edad media de emancipación se sitúa alrededor de la media de la UE-27, con 29,3 años para los hombres, y 28,3 para las mujeres (Gráfico 14).

En las últimas décadas también se han retrasado tanto la edad a la que los individuos se casan como la edad a la que tienen el primer hijo. En España, desde el año 1975 la edad del primer matrimonio se ha incrementado en más de cinco años, tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 15). Aunque la edad a la que se casan los hombres ha permanecido siempre por encima de la de las mujeres, la diferencia de dos años y medio que se registraba en 1975 se ha reducido en medio año.

El retraso en la edad del primer matrimonio es generalizado en otras economías desarrolladas. Así, por ejemplo, el retraso en Hungría e Italia es similar al de España, mientras que en países como Francia, Alemania o Bélgica supera los seis años adicionales.

La dedicación de las mujeres al estudio durante más años y el aumento de su participación en el mercado de trabajo han provocado el retraso de la nupcialidad y la maternidad. En concreto, en los últimos 30 años la edad a la que se tiene el primer hijo ha pasado de los 25 años, a finales de los setenta, a los 29,4 actuales. Es decir, en tres décadas las mujeres han retrasado su decisión de tener hijos en cuatro años (Gráfico 16).

En resumen, el aumento en la longevidad concurre con el retraso en la adopción de algunas decisiones vitales importantes como son el momento de la emancipación, la formación de un nuevo hogar y el nacimiento de los hijos.

Retraso en la edad de acceso al mercado laboral

Es difícil encontrar estadísticas que reflejen la evolución de la edad de acceso al primer empleo. Para el caso de España, hemos reconstruido esta variable[5] utilizando la información detallada que proporciona la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL)[6] de 2006 del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

[3] Se considera la misma clasificación educativa que utiliza la OCDE y Eurostat para los niveles de primaria, secundaria y terciaria. Según esta clasificación, el nivel de educación terciaria comprende los niveles de formación profesional superior y todos los estudios universitarios.

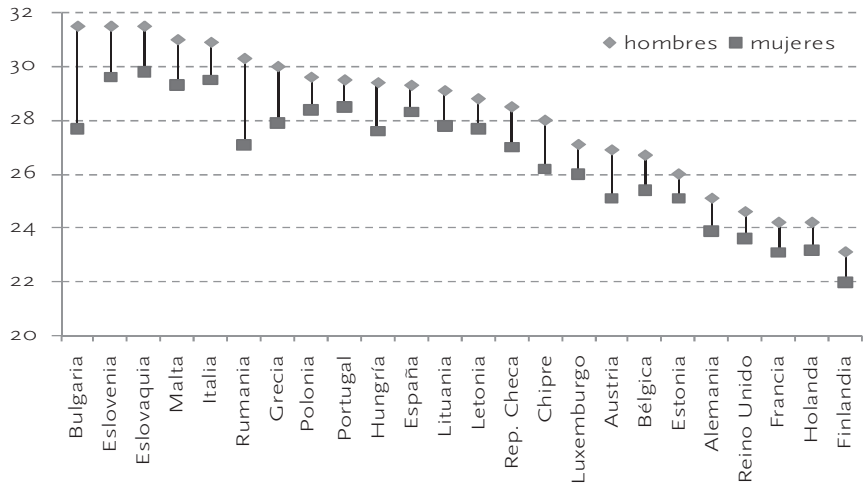
[4] En concreto, se ha supuesto que las personas que alcanzaron hasta niveles de primaria dedicaron un número medio total de nueve años; en el caso de los niveles de secundaria, un total de doce años, y una media total de 18 para aquellos que obtuvieron niveles de terciaria (según la clasificación mencionada en la nota 3).

[5] En concreto, se considera como edad de incorporación al mercado de trabajo la edad a la que los individuos iniciaron su primera relación laboral. La edad media resultante para cada año es la media de las edades de incorporación de cada año entre 1963 y 2006 según género.

[6] Para un mayor detalle sobre esta base de datos ver Seguridad Social (2006).

Gráfico 14

Edad de emancipación en comparación internacional (2007)

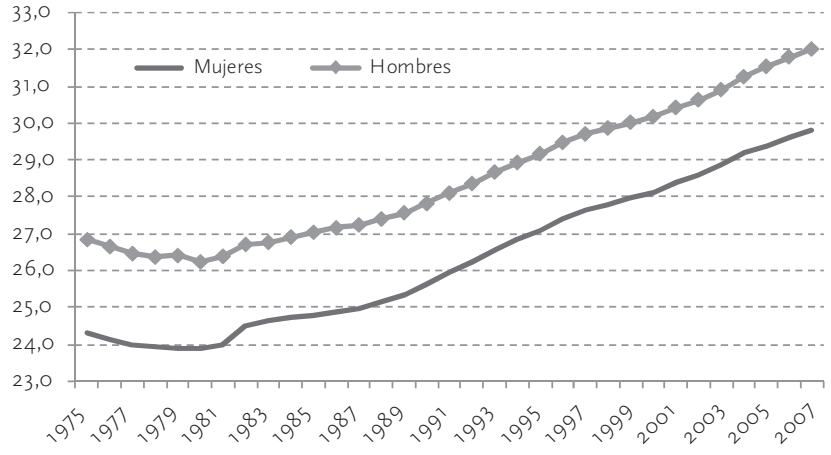


Fuente: Eurostat (http://ec.europa.eu).

El gráfico 17 muestra que los españoles han retrasado en cerca de diez años la edad de acceso al mercado de trabajo. Así, a mediados del siglo pasado, la edad media de incorporación al mercado de trabajo se situaba en los 18 años, mientras que ahora se acerca a los 30 años. Esta decisión es coherente con lo visto anteriormente. Así pues, los individuos han aumentado el número de años dedicados al estudio, han pospuesto las decisiones importantes de la primera mitad de su ciclo vital y se han incorporado más tardíamente al mercado de trabajo.

Gráfico 15

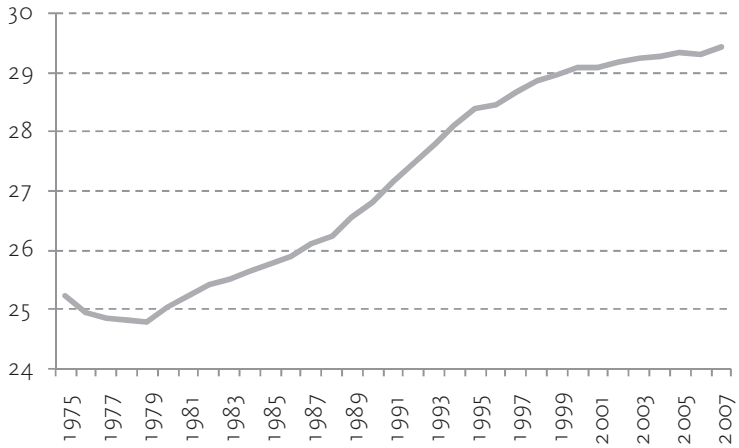
Edad media al primer matrimonio según género (1975-2007)



Fuente: INE (www.ine.es).

Gráfico 16

Edad media al nacimiento del primer hijo (1975-2007)



Fuente: INE (www.ine.es).

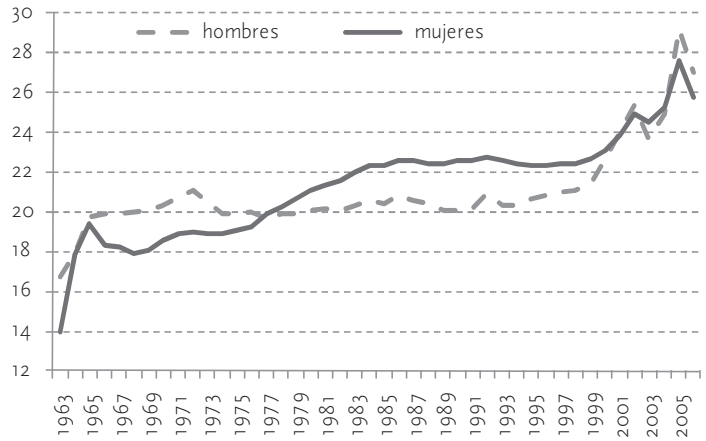
El (sorprendente) adelanto de la edad de salida del mercado de trabajo

En primer lugar, conviene señalar que en España la edad "legal" de jubilación (fijada en 65 años, como en otros muchos países con sistemas de pensiones "maduros") es superior a la edad efectiva de jubilación. Esta evidencia no es particular del caso español, como se desprende del Gráfico 18.

Con todo, lo más sorprendente no es que, en nuestros días, la edad efectiva de jubilación se

Gráfico 17

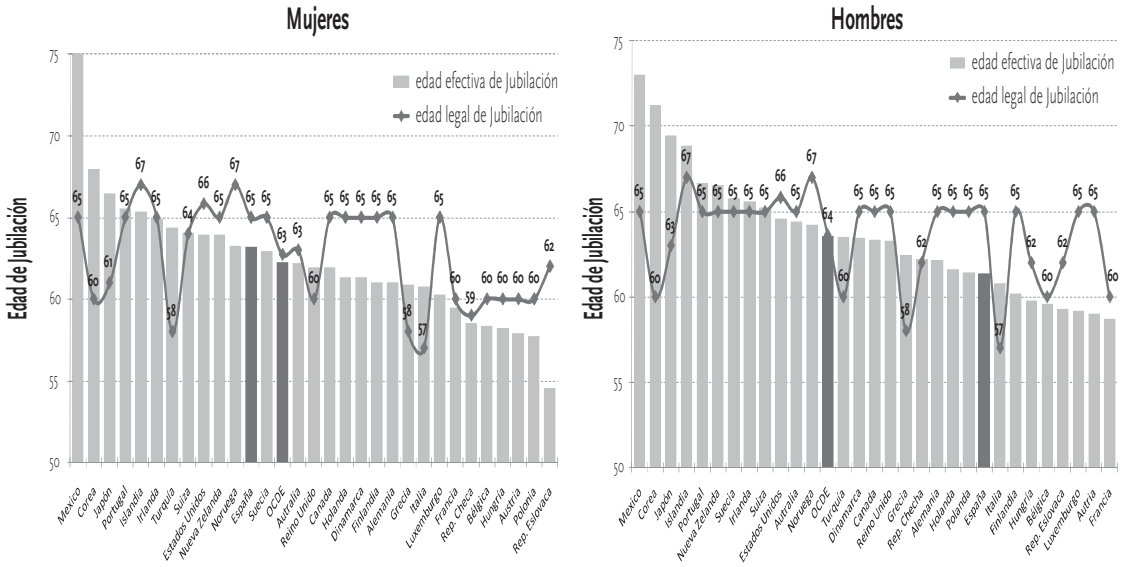
Edad media de incorporación de la población española al mercado laboral (1963-2005)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MCVL-2006.

Gráfico 18

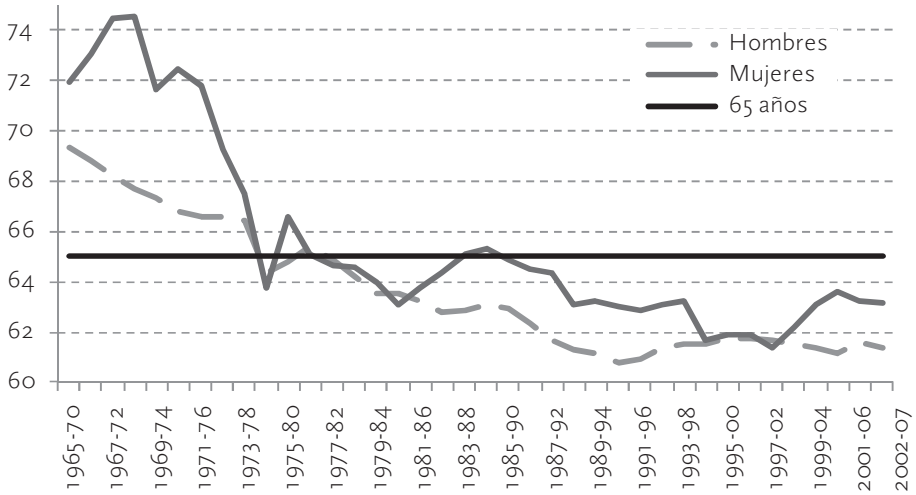
Edad efectiva vs. edad legal de jubilación en países de la OCDE (2007)



Fuente: OCDE (www.oecd.org).

Gráfico 19

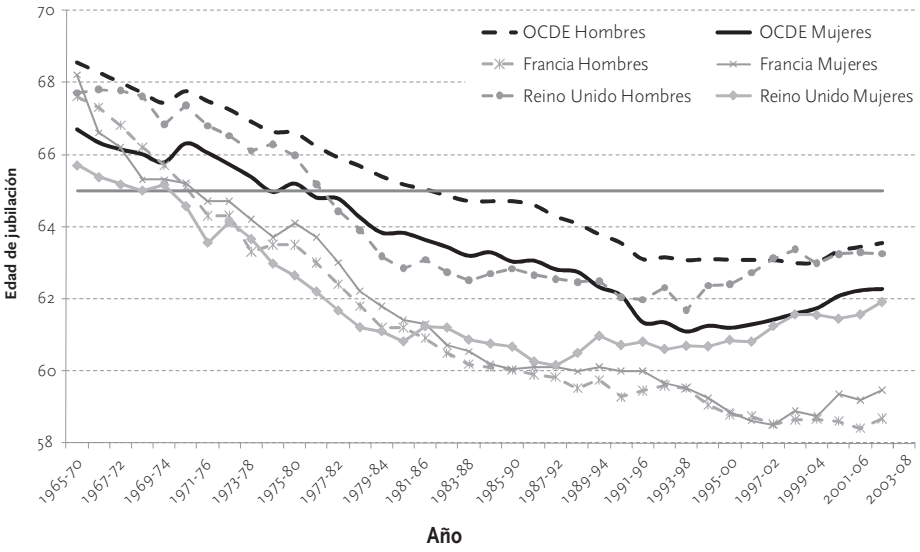
Edad efectiva de jubilación en España (1965-2007)



Fuente: OCDE (www.oecd.org).

Gráfico 20

Edad efectiva de jubilación en la OCDE (1965-2008)



Fuente: OCDE (www.oecd.org).

halle por debajo de la edad legal en casi todos los países; lo realmente asombroso es que la edad efectiva de jubilación se haya adelantado en las últimas décadas. Esto ha ocurrido tanto en España (Gráfico 19) como en la media de la OCDE (Gráfico 20). En el caso de España, ha pasado de los 69,4 años en 1965 para los hombres (71,9 para las mujeres) hasta los 61,4 años (63,1 para las mujeres). Es decir, se ha adelantado la edad de jubilación efectiva en ocho años desde 1965, situándose por debajo de la edad legal de jubilación desde 1975. En el conjunto de países de la OCDE, el adelanto ha sido de casi cinco años, de tal modo que la edad efectiva de jubilación cayó por debajo de los 65 años desde principios de los años ochenta.

En resumen, sorprendentemente el aumento de la longevidad no ha venido sólo acompañado de un retraso en la incorporación al mercado de trabajo, así como de las decisiones de emancipación, formación del hogar y nacimiento de los hijos, sino también, simultáneamente, del adelanto de la salida del mercado de trabajo: nos incorporamos más tarde y nos jubilamos antes.

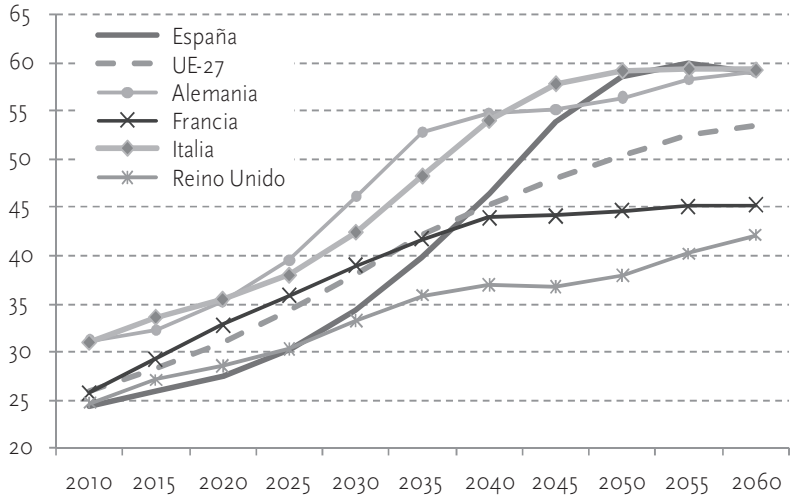
4. Hasta dónde nos lleva la dinámica del envejecimiento

Los principales países europeos se van a enfrentar a un proceso de envejecimiento paralelo. Según las proyecciones comparadas elaboradas por Eurostat (Europop2008) y resumidas en el Gráfico 21, el envejecimiento en el caso español será mucho más intenso en el horizonte de los próximos 40 años. En este período la tasa de dependencia (la razón entre la población de 65 o más años y la población entre 16 y 64 años) se incrementará en 2,4 veces, desde 24,4 por cien en 2010 hasta el 58,7 por cien en 2050 (la segunda más alta, sólo superada por Italia). Es decir, ahora hay una persona mayor de 65 años por cuatro personas en edad de trabajar, y en tan sólo cuatro décadas la proporción será de uno por cada 1,7 personas. Otros países que experimentarán un incremento de intensidad similar son Bulgaria, Irlanda, Letonia o Chipre.

Lo interesante de la evolución de la tasa de dependencia es su análisis por grupos de edad.

Gráfico 21

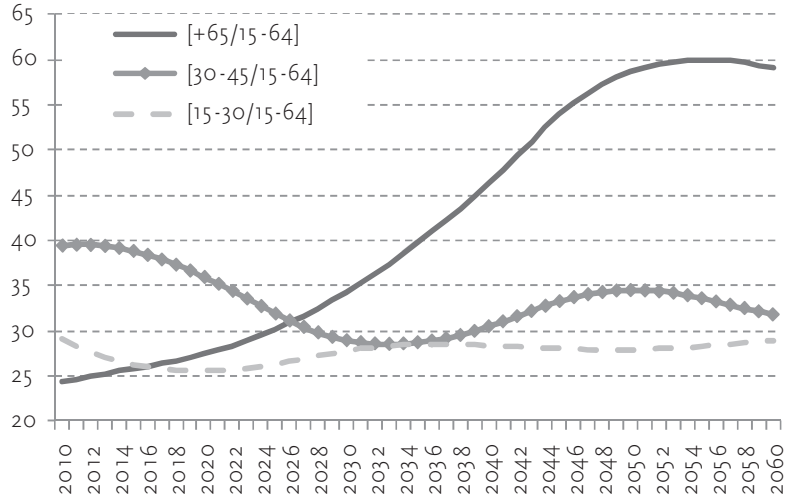
Proyección tasa de dependencia (2010-2060)



Fuente: Europop 2008, Eurostat (http://ec.europa.eu).

Gráfico 22

Proyección de tasas de dependencia por grupos de edad en España (2010-2060)



Fuente: Europop 2008, Eurostat (http://ec.europa.eu).

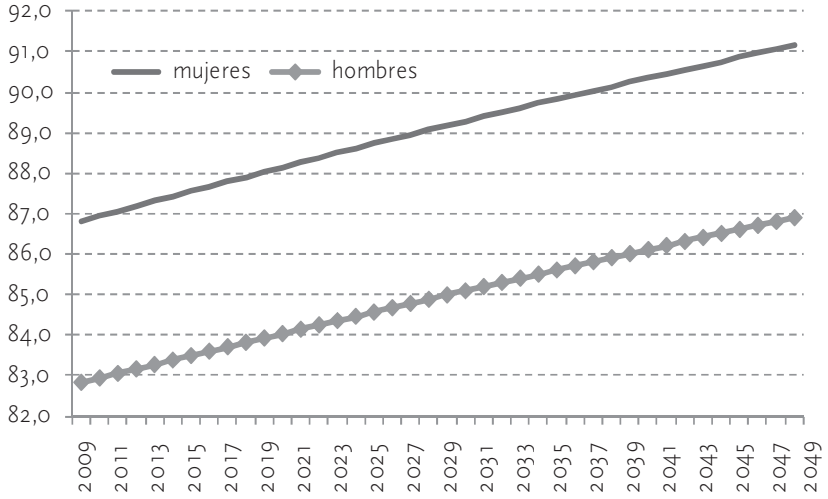
Gráfico 23

Variación en número de personas residentes en España según su edad (2009-2049)

Fuente: INE, Proyección de población a largo plazo 2009-2049 (www.ine.es).

Gráfico 24

Proyecciones de la esperanza de vida de la población española a los 65 años (2009-2049)



Fuente: INE, Proyección de población a largo plazo 2009-2049 (www.ine.es).

Así, la tasa de dependencia del grupo que reúne a quienes cuentan entre 15 y 30 años se va a mantener alrededor del 30 por cien en España (al igual que en los países de la UE-27) (Gráfico 22). Al mismo tiempo, la tasa del grupo 30 a 45 –el colectivo más relevante en el conjunto de la fuerza laboral– sufrirá un descenso, pasando del 39,1 por cien en 2008 al 31,8 por cien en 2060. Esto supone una reducción de 7,3 puntos frente a un descenso de sólo 2,4 de la UE-27. Pero el grupo de edad que experimentará un mayor aumento es el de mayores de 65 años, cuya proporción respecto a la población en edad de trabajar pasará del 24,4 por cien al 59 por cien (es decir, aumentará casi 35 puntos). En el conjunto de la UE-27, las cifras correspondientes se sitúan en el 25,9 por cien en el año 2010 y el 53,5 por cien en 2060 (por tanto, un incremento de 27,6 puntos). Este último hecho apenas sorprende habida cuenta de que la principal fuerza impulsora del envejecimiento es el aumento de la longevidad (o esperanza de vida).

Los datos en números absolutos resultan incluso más alarmantes. Las últimas proyecciones de población realizadas por el INE hasta el año 2050 estiman que, dadas las tendencias actuales, la población total rozará los 48 millones de personas en el año 2049. Es decir, el número de personas apenas aumenta en 2,1 millones en cuatro décadas (con tasas de crecimiento de población que convergerán en torno a 0,1 por cien anual). No obstante, la composición variará dramáticamente. Como se puede apreciar en el Gráfico 23, en las próximas décadas la población menor de 20 años registrará un leve ascenso de aproximadamente 120.000 personas, la población entre 20 y 60 años caerá en seis millones, mientras que la población mayor de 60 años aumentará en ocho millones.

Los supuestos subyacentes a estas proyecciones son los siguientes: i) el flujo neto de inmigrantes será de 2,6 millones en total; ii) el número de hijos por mujer llegará a 1,7 en 2048 (desde 1,46 en la actualidad); iii) la esperanza de vida al nacer se incrementará en 5,8 años para los hombres y en 6,5 años para las mujeres, lo que supone que alcanzarán los 84,3 años y los 89,9, respectivamente; iv) la esperanza de vida a los 65 continuará aumentando (Gráfico 24), pasando de los actuales 21,8 años para las mujeres (17,8 para hombres) a los 26,15 años (21,9 para los hombres) en 2050 (un aumento de 4,3 y 4,1 años, respectivamente).

5. Reflexiones finales

Los países desarrollados envejecen. Este proceso está liderado por las bajas tasas de fecundidad, y principalmente por el gran aumento de la esperanza de vida, que en las últimas cinco décadas se ha incrementado en más de diez años, tanto en España como en la media de los países de la OCDE. El envejecimiento responde, por tanto, a la ganancia conseguida de un tiempo de vida extra, sin duda una buena noticia. Se trata, además, de un proceso que no parece detenerse. El progreso técnico, social y sanitario permite hipotetizar que cada ocho años la esperanza de vida a partir de los 65 años puede aumentar en un año; es decir, que, por cada ocho años que pasen, los ciudadanos podrán asistir a un incremento de su vida en un año.

¿Cuál es el problema entonces? El problema surge porque uno de los principales "inventos" del siglo XX, los sistemas de pensiones de reparto, en ausencia de reformas verán amenazada su sostenibilidad financiera.

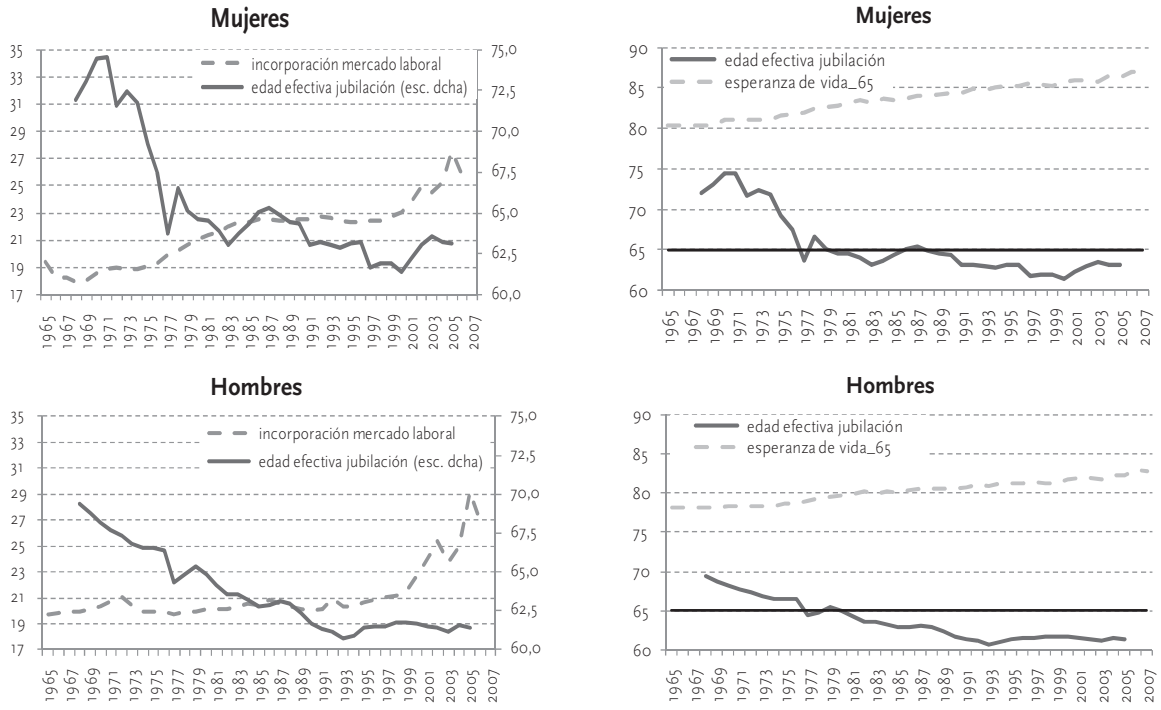
¿Cuál es la solución? Algunos podrían pensar que la solución pasa por aumentar las tasas de fecundidad para compensar el aumento de la esperanza de vida. Ahora bien, el proceso de aumento de la longevidad es tan intenso que, en el caso de España por ejemplo, para mantener las tasas de dependencia actuales (situadas en 24,6 por cien) sería necesario más que triplicar las actuales tasas de fecundidad, es decir, pasar de los casi 1,5 hijos por mujer en edad fértil, a cerca de 5 hijos por mujer en edad fértil. Otros podrían pensar que la solución consiste en incrementar los flujos de inmigrantes. El problema aquí, como demostramos en una publicación previa, es que esto supone sólo un alivio temporal (González, Conde-Ruiz y Boldrin 2009).

En nuestra opinión, la solución más realista pasa necesariamente porque los individuos adapten sus decisiones vitales a la nueva realidad demográfica que supone vivir más años. Sin embargo, ¿qué están haciendo los ciudadanos? Los resultados del artículo se resumen en el gráfico 25. Este último gráfico compendia información muy relevante para comprender cabalmente lo que ha ocurrido en las últimas décadas:

La *etapa laboral*, o el periodo de tiempo que los individuos dedican al trabajo, y que en este arti-

Gráfico 25

Evolución de la etapa educativa y la etapa laboral (1965-2007)



Fuente: OCDE, MCVL-SS, INE.

culo se ha definido como la edad efectiva de jubilación menos la edad de incorporación al mercado de trabajo (edad media que tiene el individuo cuando obtiene el primer trabajo), se ha reducido en casi 20 años, es decir un 35 por cien. La caída es más intensa en el caso de las mujeres, con 20,3 años (una reducción del 36,4 por cien) frente a la disminución de 15,7 años de los hombres (32,8 por cien). Este proceso se ha producido en paralelo al incremento en el número de años dedicados a la inversión en capital humano, que ha pasado de diez años en media para la generación nacida en 1940, a 13,6 años (un aumento del 36 por cien), y a un retraso en las principales decisiones en la primera etapa de vida de los individuos: la emancipación, la formación del hogar y la maternidad/paternidad.

En cambio, la *etapa de jubilación,* que aquí se ha definido como la diferencia entre la esperanza de vida a partir de los 65 años y la edad efectiva de jubilación, ha aumentado en 14 años; es decir casi un 200 por cien. En este caso, el aumento también ha sido mayor para las mujeres, pasando de de 6,6 años en 1970 a 23,5 hoy (un aumento de 259 por cien), que para los hombres, de 10,1 años a 21,3 años (111 por cien).

Así pues, como si el proceso de envejecimiento provocado por el aumento de la esperanza de vida no fuera suficientemente grave para la sostenibilidad de las pensiones, el nuevo escenario laboral agudiza el problema. En resumen, cabe afirmar que la dinámica que han seguido los trabajadores en España –y en la mayoría de países de la OCDE – en la segunda mitad del siglo XX, es la de vivir durante más tiempo, pero a la vez trabajar durante menos tiempo. En este contexto, merece la pena plantearse la siguiente pregunta: ¿es lógico que los trabajadores se jubilen cinco o diez años antes de la edad a la que se jubilaron sus padres (si es que llegaron a la jubilación), siendo así que gozan de una salud mucho mejor, tienen en general mejores condiciones de trabajo y pro-

bablemente vivan de seis a ocho años más que ellos?

Esta dinámica no es justificable y hace inviable la sostenibilidad de los sistemas de Seguridad Social de reparto. La solución parece obvia: para ajustar este sistema es preciso alargar la etapa laboral posponiendo el retiro. Y para conseguirlo, habrá que introducir reformas que consigan prolongar la vida laboral más allá de los 65 años; en definitiva, impulsar reformas que obliguen a los individuos a adaptar su ciclo vital a una vida más longeva.

Bibliografía

De la Rica, S. y D. Ferrero (2003), "The effect of fertility on labour force participation: The Spanish evidence", *Spanish Economic Review*, 5: 153-172.

European Commission (DG ECFIN) y Economic Policy Committee (AWG) (2009), *The Ageing Report 2009: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, European Economy 2|2009, Bruselas.

González, C. I., Conde-Ruiz, J.I. y M. Boldrin, M. (2009), "Efectos de la inmigración sobre el sistema español de pensiones", en: *Efectos económicos de la inmigración en España*. Monografías Fedea/Marcial Pons: 267-306.

Grupo de Estudio sobre Inmigración y Salud (2009), *Mortalidad y principales causas de muerte en la población inmigrante residente en España, 2001-2005,* (Observatorio Permanente Inmigración, Documentos, nº 23), Madrid, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Izquierdo, A (Dir.) (2006), *Demografía de los extranjeros. Incidencia en el crecimiento de la población,* Madrid, Fundación BBVA.

Nicolau, R. (2005), "Población, salud y actividad" en: A. Carreras y X. Tafunell (Coord.) *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX y XX*, Madrid, Fundación BBVA: 77-154.

Sánchez-Mangas, R. y V. Sánchez-Marcos (2004), "Reconciling female labor participation and motherhood: the effect of benefits for working mothers", *Documento 195, Serie de Estudios sobre la Economía Española*, FEDEA.

Seguridad Social (2006), *La Muestra Continua de Vidas Laborales* (Colección Informes y Estudios, n.º 24) Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Retos asociados al envejecimiento: sanidad, dependencia y pensiones♦

FERNANDO AZPEITIA* Y JOSÉ A. HERCE**

RESUMEN

Los programas sociales de los Estados del bienestar no están inexorablemente condenados a la insostenibilidad como consecuencia del envejecimiento de la población. En este artículo se muestra que, atendiendo sólo a los factores demográficos, el ritmo de crecimiento del gasto sanitario y del gasto por atención a la dependencia hasta mediados de este siglo sería asumible con crecimientos moderados del PIB. Notablemente más problemático es el caso de las pensiones. El envejecimiento de la población se traduce en un aumento del número de pensiones y del periodo de duración de su pago. El consiguiente incremento del gasto es tal que a finales de los años veinte (es decir, aproximadamente en dos décadas), los ingresos del sistema de la Seguridad Social serían insuficientes para pagar las pensiones y el Fondo de Reserva se habría agotado. Ante esta perspectiva, los autores plantean la necesidad de reformas del sistema de pensiones que vayan más allá de retrasar a los 67 años la edad de jubilación, esbozando asimismo la propuesta de un sistema "mixto diferido" que equivaldría a "reinventar la Seguridad Social" en el siglo XXI.

1. INTRODUCCIÓN

El llamado "envejecimiento de la población" en las sociedades avanzadas, proceso especialmente intenso en la población española, viene determinado por dos tendencias demográficas que se han combinado poderosamente en las últimas décadas: una reducción de la tasa de natalidad que impide la reposición completa de quienes van atravesando la barrera de las edades laborales y una mayor duración de la vida, lo que es sin duda una buena noticia. Estas dos tendencias demográficas han ido acompañadas en los últimos años de un significativo incremento del gasto sanitario y del desarrollo de los servicios sanitarios, que, a su vez, han propiciado un aumento de la longevidad y de las condiciones de vida de las sociedades avanzadas.

Pero el envejecimiento es, en realidad, un fenómeno aparente en buena medida, basado en la rigidez con la que, desde todas las instancias y ópticas, abordamos el tránsito de las cohortes, que una vez fueron jóvenes, a las "grandes edades" a partir de la barrera etaria de los 65 años, fijada hace más de un siglo y que en absoluto significa hoy lo que significaba entonces, ni lo que significará dentro de unas décadas. Este punto de vista se completa con otro adicional: el de que, más que problemas, el envejecimiento representa retos –algunos de formidable entidad, eso sí– que hay que afrontar con determinación, con realismo, con la mejor información, a tiempo y dentro de un concierto de intereses inevitablemente diversos que habrá que conciliar.

En este artículo se analizan proyecciones de gasto sanitario, por dependencia y de pensiones asociado al envejecimiento de la población. En el caso de las proyecciones de gasto sanitario y por dependencia, se tiene en cuenta únicamente el efecto de la población suponiendo que las presta-

♦ Este artículo se basa en un trabajo más amplio realizado por Analistas Financieros Internacionales para UNESPA, titulado: "Los retos socioeconómicos del envejecimiento de la población". El trabajo se halla disponible en: www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf

* Analistas Financieros Internacionales (fazpeitia@afi.es)

** Analistas Financieros Internacionales y Departamento de Fundamentos de Análisis Económico I de la Universidad Complutense de Madrid (jherce@afi.es).

ciones se mantienen constantes, mientras que en el caso de las proyecciones de gastos e ingresos del sistema de pensiones, junto a la evolución de la demografía específica del sistema, se realiza la de la pensión media, estrechamente ligada a la evolución de los salarios, pero se mantiene constante la legislación que determina la forma de calcular pensiones y cotizaciones.

2. Gasto sanitario asociado al envejecimiento

Uno de los problemas que tradicionalmente se asocian al envejecimiento de la población es el mayor gasto sanitario en el que ha de incurrirse para atender las necesidades de una cada vez más numerosa población de personas mayores. Si bien es cierto que en las edades avanzadas se produce un gasto sanitario mayor –el gasto sanitario de las personas de 85 años es ocho veces superior al de las personas entre 1 y 25 años–, no cabe afirmar que el cambio en la estructura de edades o el envejecimiento de la población se configure como la causa principal, y mucho menos única, del aumento del gasto sanitario en los últimos años producido en España. Antes bien, la causa principal del gasto sanitario por persona se encuentra en la gestión y utilización de servicios sanitarios cada vez más sofisticados (Casado 2008): precios relativos más elevados, aplicaciones tecnológicas, nuevas prestaciones, mayor uso de los servicios, aumento de la intensidad de recursos por acto médico, productos farmacéuticos, etcétera.

Si se compara la evolución reciente del gasto sanitario con el PIB corriente y la población de 65 o más años, se comprueba claramente esa afirmación. En España, al igual que en otros países del entorno europeo (Francia, Italia, Reino Unido y Alemania), el gasto sanitario ha aumentado por encima del crecimiento económico. Pero las diferencias sólo son apreciables a partir de 2002 y no son muy marcadas (en torno a un 1 por cien anual), lo que confirma que el gasto sanitario ha registrado un avance paralelo al del ciclo económico expansivo de los últimos años. En cambio, el proceso de envejecimiento presenta un ritmo mucho más atenuado, con un incremento medio anual para el periodo considerado de 1,5 por cien, muy por detrás del 8,6 por cien del gasto sanitario y del 7,8 por cien del PIB corriente. Estos datos muestran el peso secundario del envejecimiento en el incremento del gasto sanitario.

Para realizar una estimación del gasto sanitario futuro se ha partido de la curva etaria de gasto sanitario representada en el gráfico 1. El gasto medio asociado a este patrón y la población estimada a 1 de julio de 2009 basada en el Padrón de habitantes del INE permiten recuperar un gasto sanitario total presupuestado para 2009 por el conjunto del Sistema Nacional de Salud de 61.020,5 millones de euros[1].

A partir de esta actualización se ha supuesto que el gasto por persona en cada grupo de edad permanece constante hasta el final del horizonte de proyección (2049), por lo que únicamente la dinámica de la población, tanto en lo que se refiere al número total de hombres y mujeres como a su distribución por edad, afectará al gasto agregado en lo sucesivo. De resultas de ello, los importes obtenidos se expresarán en euros constantes a cierre del año 2009.

La demografía, pues, afecta de dos posibles maneras al gasto sanitario: por el volumen de población (efecto volumen) y por la composición de edades de la misma (efecto composición). Ambos factores son fácilmente separables, como se verá más adelante. Ya se ha mencionado que el efecto de la distribución de edades no es excesivamente oneroso sobre el gasto sanitario, ya que, aunque la prolongación de la vida avanza, los gastos asociados a los últimos años de vida y al fallecimiento se postergan en el tiempo. Entretanto, interviene un proceso de gasto sanitario moderado en edades inferiores, que es el que verdaderamente hace que el gasto sanitario aumente. El alargamiento de la vida, sin embargo, trae consigo la aparición de morbilidad, y gasto sanitario asociado, característica de las edades avanzadas, que ya empieza a manifestarse de manera más amplia a medida que aumenta el número de individuos que alcanzan dichas edades. Este es el principal motor del gasto sanitario asociado a la demografía. El tamaño de la población, naturalmente, hace que el gasto sanitario aumente cuando hay más efectivos, pero este aumento de la población, especialmente si se da por la vía de la inmigración, coincide con un aumento de la población activa que aporta al proceso producti-

[1] Véanse los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre los recursos del Sistema Nacional de Salud (Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social, 2007-2009, en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/RecursosRed2009.xls#'PercápitaCCAA 2007-2009'!A1).

vo y hace aumentar el PIB y la recaudación fiscal y social. De ahí que el aumento del gasto sanitario por el efecto volumen se mantenga más o menos en línea con el aumento del PIB y de la recaudación impositiva general, de lo que se desprende una cierta estabilidad de la razón del gasto respecto al PIB.

Una vez establecido el patrón de gastos por grupo de edad y género, dos factores que influyen decisivamente en la composición del gasto sanitario, es sencillo proyectar cuál sería la evolución del gasto total debida exclusivamente a los factores demográficos, es decir, a esa propia composición por género y edad, así como al volumen de población previsto. El resultado del ejercicio de proyección del gasto sanitario en España queda reflejado en el gráfico 2. Es preciso insistir en que todos los factores no demográficos que determinan dicho gasto, como son la tecnología médica, los protocolos sanitarios y farmacéuticos aplicados y el precio real de las prestaciones sanitarias y farmacéuticas, se suponen constantes, mientras que las únicas fuentes de variación del gasto sanitario total son las derivadas del aumento o de la disminución de la población y de su composición por edades y género.

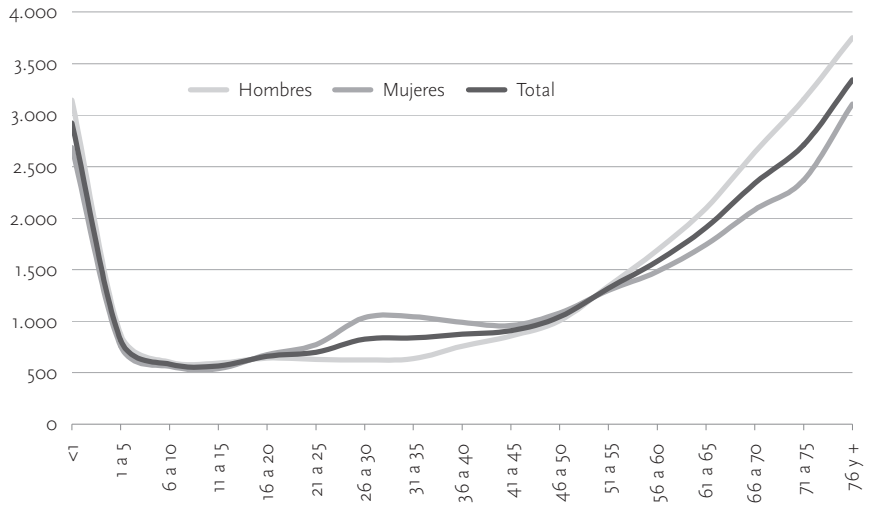
Para apreciar mejor cómo afectan el volumen de población, por una parte, y la composición por edades y género, por otra, se muestran en el gráfico 3 las anteriores proyecciones en base 100 para 2009. Ello permite extraer la diferencia entre ambas evoluciones y atribuírsela al factor de composición de edades (y género), factor que, para distinguirlo del de población, denominaremos "envejecimiento"; es decir, una mayor edad media de la población, lo que, con arreglo al patrón de gasto por edad anteriormente establecido, induciría un mayor gasto medio ponderado por edad.

Pueden extraerse algunas conclusiones interesantes de la proyección representada en el gráfico 3. En primer lugar, tanto el envejecimiento propiamente dicho como el tamaño de la población van a impulsar al alza el gasto sanitario. Hasta 2029 el factor población pesa más que el factor envejecimiento en la proyección realizada. A partir de ese año, el factor envejecimiento claramente domina al factor población en el impulso del gasto sanitario total. Sólo por la composición de edades, el gasto medio ponderado pasa de los 1.303 euros en 2009 a 1.597 euros en 2049, un ritmo de crecimiento anual acumulativo del 0,41 por cien, claramente mayor en los primeros lustros de la proyección que en los últimos.

El crecimiento acumulativo anual del gasto sanitario total en todo el periodo es del 0,74 por

Gráfico 1

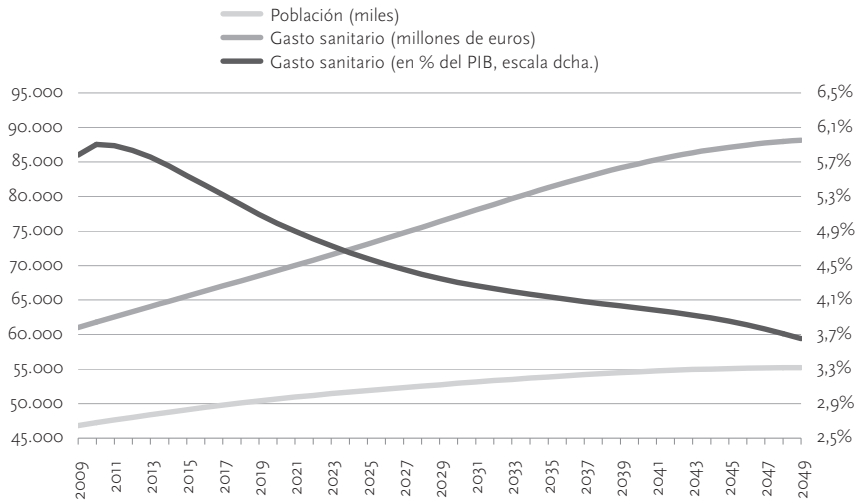
Gasto sanitario total medio (en euros) por grupo de edad y sexo (España, 2009)



Fuente: Ahn *et al.* (2003) y actualización propia.

Gráfico 2

Gasto sanitario en España (2009-2049)

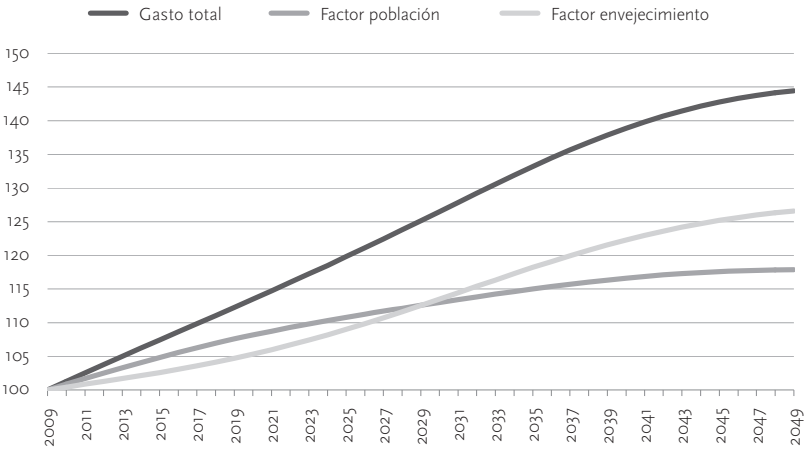


Fuente: INE (proyecciones de población) y elaboración propia (www.ine.es).

cien, aunque entre 2009 y 2025 ese ritmo se acelera (1,14 por cien). Mientras que el crecimiento acumulativo del gasto debido al aumento de la población, para el conjunto del periodo, es del 0,33 por cien (0,64 por cien hasta 2025), el ritmo anual de crecimiento del gasto debido al factor envejecimiento es del 0,47 por cien (0,54 por cien hasta el 2025).

Gráfico 3

Evolución del gasto total sanitario y descomposición de los factores demográficos (España, 2009-2049)



Fuente: INE (proyecciones de población) y elaboración propia (www.ine.es).

Si sólo fuese por los factores demográficos (tamaño de la población y composición por edades), el ritmo de crecimiento del gasto sanitario parecería asumible mediante el crecimiento de los recursos impositivos disponibles, pues estos últimos aumentarían al ritmo del crecimiento del PIB, que cabe esperar claramente por encima de ese 0,72 por cien anual obtenido para el conjunto del gasto sanitario. Pero, obviamente, no serán estos los únicos factores operantes en la dinámica del gasto. En efecto, desde la intensificación tecnológica hasta el encarecimiento relativo de los costes sanitarios y farmacéuticos, pasando por la extensión de nuevos servicios sanitarios a los diferentes grupos de población, todos estos factores seguirán presionando al alza el gasto sanitario en sus diferentes modalidades, aunque hay amplios márgenes de mejora en la eficiencia, el control de los precios y costes de los *inputs* sanitarios y farmacéuticos, y no es descartable en absoluto que una tecnología más modular y descentralizada contribuya en el futuro a aliviar el gasto sanitario, hasta el presente estimulado fuertemente por todos estos factores.

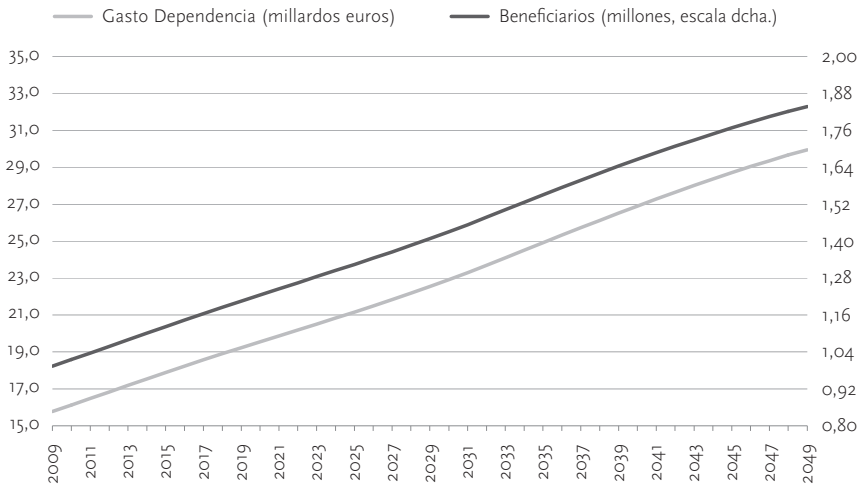
Pero la demografía en sí misma y, más concretamente, el envejecimiento (pues el crecimiento de la población activa aporta recursos, al mismo tiempo que reclama gastos, mientras el envejecimiento estricto no aporta recursos) no serán, según las proyecciones presentadas, las causas primordiales de aumento del gasto sanitario, desde luego en proporción al PIB.

3. Gasto en dependencia asociado al envejecimiento

De forma análoga al incremento que sufre el gasto sanitario por el envejecimiento progresivo de la población, existe una relación directa entre envejecimiento y mayor gasto destinado a la atención de la personas en situación de dependencia (Gráfico 4). Ello se debe, claramente, al aumento de la población de mayor edad, que presenta unas tasas de prevalencia de discapacidad y dependencia considerablemente más elevadas. Con todo, al igual que se advertía en relación al gasto sanitario, esta evolución del gasto de dependencia debida exclusivamente a los factores demográficos es más que moderada. El gasto de dependencia estimado pasaría de representar el 1,49 por cien del PIB en 2009 a representar el 1,24 por cien en 2049.

Gráfico 4

Proyección de beneficiarios y costes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) debidos al envejecimiento



Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población del INE y la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008 (www.ine.es).

Esta advertencia conlleva una buena noticia: la de que, si sólo fuese por el envejecimiento, el gasto de dependencia sería asumible, especialmente si se financia mediante un esquema de seguro obligatorio (público, privado o mixto), lo que, además, aportaría financiación a largo plazo a la economía. La mala noticia es que la eficiencia en la prestación de servicios de dependencia debería avanzar tan deprisa como las aspiraciones de la sociedad (a servicios y prestaciones cada vez mejores, más variados y para más beneficiarios seleccionados con condiciones de elegibilidad cada vez menos exigentes) para evitar que el coste de los mismos se disparase y validar, de esta forma, la hipótesis simplificadora que se ha hecho en esta proyección respecto a los costes constantes de los servicios de dependencia. Pero también puede verse esta mala noticia como un reto en el que convendría fijarse cada vez más a la hora de diseñar las políticas de dependencia antes que cargar todo el peso de la prueba sobre el envejecimiento.

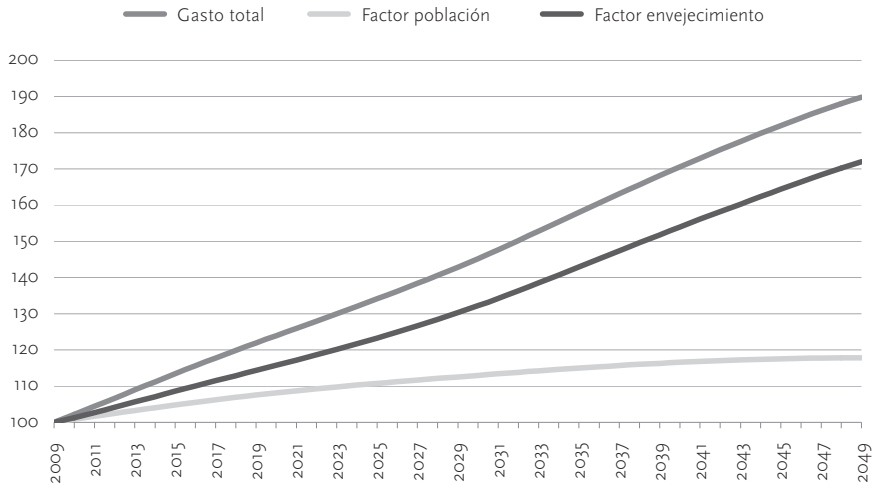
Lo mismo puede decirse de la sanidad, en la que, más intensamente que en la dependencia, las prestaciones son exclusivamente en especie. La intensificación de servicios y tecnologías médicas y farmacéuticas sólo puede compensarse con su menor coste unitario (lo que hasta el presente no ha sido así) para evitar que el envejecimiento sea el vector por el que se disparen los gastos. Por tanto, en materia de sanidad y atención a la dependencia, el papel de este proceso demográfico no es tan crítico como parece a primera vista.

La gran diferencia entre estas dos proyecciones (gasto sanitario y gasto en dependencia) y la proyección del gasto en pensiones, que se presentará en la próxima sección, no radica pues en la demografía, que es exactamente la misma en todos estos ejercicios (aunque con diferentes efectos de la estructura de edades por la incidencia de cada tipo de prestación), sino en el hecho de que las pensiones son prestaciones económicas que deben mantener una proporción con otros indicadores de rentas, como el salario medio real, para que sus perceptores no se sientan crecientemente empobrecidos. Las prestaciones en especie, sin embargo, pueden evitar su explosión a pesar del envejecimiento de la población, mientras su coste unitario se mantenga constante, al tiempo que aumente la calidad de las mismas o la intensidad y gama aplicada en el caso de que el coste unitario descienda.

También se puede descomponer la evolución del gasto total de dependencia debido a la demografía en dos componentes en virtud de sen-

Gráfico 5

Evolución del gasto total de atención a la dependencia y descomposición de los factores demográficos (España, 2009-2049)



Fuente: INE (proyecciones de población) y elaboración propia (www.ine.es).

dos efectos que hemos denominado "efecto población" (volumen) y "efecto envejecimiento" (estructura de edades más envejecida), como se hace en el gráfico 5. El factor población adquiere un cierto peso en el avance del gasto de dependencia, pero en todo el periodo de proyección es inferior al potente efecto del factor envejecimiento. Este último, al final del horizonte de proyección, supone el 83 por cien del aumento del gasto total, que prácticamente se duplica en el periodo.

Por tanto, y a la vista de las estimaciones realizadas, podríamos concluir que el necesario incremento de los gastos en sanidad y en dependencia ligados al proceso de envejecimiento de la población, siendo importante y significando un gran volumen de recursos futuros, no es imposible de asumir por las sociedades avanzadas en los próximos años. A nuestro entender, ni siquiera el aumento del número de personas de edad más o menos avanzada, ni necesariamente su mayor proporción en relación al número de personas de edades más jóvenes, son el verdadero reto al que España y el resto de sociedades de nuestro entorno deben hacer frente.

Lo que acaba creando los problemas que hoy vinculamos con el envejecimiento es la "mochila" de "derechos" y "obligaciones" que asociamos a cada edad, en ocasiones contra el sentido común, de manera inercial, por simples convencionalismos o incapacidad para disociar lo que, en definitiva, es un problema de gestión de dicha mochila de un fenómeno bien natural y, como decíamos, bien positivo, como es el tránsito de las generaciones hacia edades cada vez más avanzadas. Mientras que los individuos sigan entrando cada vez más tarde a la actividad económica, salgan cada vez antes de ésta y vivan cada vez más tiempo, será cada vez más difícil resolver todos los problemas asociados a los grandes programas del Estado del bienestar. En particular, esta "aritmética vital" incoherente y las tendencias demográficas esperadas en España para las próximas décadas llevan a constatar que el sistema público de pensiones, en su definición actual, no está adaptado a estos formidables cambios demográficos y que, en el medio plazo, sufrirá problemas crecientes de suficiencia financiera si no se realizan reformas en línea con las adoptadas en diferentes países de nuestro entorno en los que sí se han comprendido bien las implicaciones de las tendencias demográficas mencionadas.

En el momento actual es necesario que los ciudadanos tomen conciencia de que si se mantienen la dinámica demográfica actual y la ya referida aritmética vital, el sistema público de pensiones español comenzará a sufrir problemas en la década 2020-2030; problemas susceptibles de acentuarse de forma significativa por la actual crisis económica y financiera, en especial si se extiende en el tiempo. Y asimismo es preciso que se conciencien de que, si no se llevan a cabo las reformas que garanticen la sostenibilidad del sistema público de pensiones, el coste y sacrificio futuros serán mucho más elevados; en este asunto, como en muchos otros, "más vale prevenir que curar".

4. Gasto en pensiones de jubilación asociado al envejecimiento

Es claro, pues, que la dinámica poblacional está fuertemente influida por el fenómeno del alargamiento de la esperanza de vida, hasta el punto de que los aportes significativos que representan la inmigración (o una natalidad vigorosa, en su defecto) no logran evitar el fuerte avance de los indicadores más habituales de lo que hemos dado en llamar "envejecimiento". Las tasas de dependencia de las personas de edad (población de 65 o más años sobre población de 15 a 64 años) pasarán del 23,2 por cien en 2010 al 54,7 por cien en 2050, a pesar de un aporte neto estimado total, en el mismo periodo, de casi 11,6 millones de inmigrantes y otros 18,5 millones de nacimientos en las proyecciones de población del INE hasta 2060. Desde un punto de vista agregado, el sistema público de pensiones español depende críticamente de la renovación de efectivos en la base activa de la población, capaz de allegar los recursos necesarios para financiar las pensiones.

Ya a nivel individual, diferentes estudios recientes indican que el sistema público de pensiones presenta un balance negativo entre las aportaciones (cotizaciones) que recibe del individuo y las prestaciones (pensiones) que paga (Afi 2009). Con otras palabras, debido a que cada vez vivimos más años por encima de la edad de jubilación, los individuos reciben más de lo que aportan al sistema público de pensiones. Desde un punto de vista financiero, este balance negativo entre lo aportado y lo recibido del sistema se traduce en que el sistema proporciona un exceso de rentabilidad sobre la rentabilidad a largo plazo que ofrecen los activos financieros sin riesgo. Esta evidencia permite afirmar que el sistema de reparto actual,

desde un punto de vista individual y estrictamente financiero, parece bastante "generoso".

El sistema de pensiones proporciona, pues, unas prestaciones cuyo valor presente es mayor que el de las cotizaciones que recibe de los individuos. Esto, que es positivo desde el punto de vista individual, en un sistema de reparto tiene un correlato agregado que sólo puede traducirse en una insuficiencia financiera estructural. Con sus actuales fórmulas de cotizaciones y prestaciones y sus parámetros de elegibilidad, entre los que se incluyen los que regulan el paso a la jubilación, el sistema español de pensiones públicas está abocado a un déficit estructural creciente en el medio plazo. Este déficit es la contrapartida de los superávit individuales ya mencionados anteriormente, que se verán ampliados a medida que los individuos viven más tiempo.

Las actuales condiciones del mercado de trabajo pueden causar un déficit transitorio en los próximos años si la afiliación y el empleo continúan descendiendo en 2011, pero este déficit se corregirá si se produce una recuperación del empleo. Ahora bien, más allá de 2020 el sistema español de pensiones contributivas tendrá déficit si se mantiene la normativa actual del sistema y salvo que se produzca una creación de empleo tan espectacular como la que se ha dado entre los años 1998 y 2007.

La proyección de gastos e ingresos del sistema español de pensiones contributivas al horizonte 2059 se ha realizado actualizando proyecciones previas de Herce (2007) y está en línea con las que regularmente realiza el Gobierno español para sus comunicaciones con el grupo de política económica de la Comisión de la UE y las que han efectuado recientemente otros expertos[2]. Para realizar esta proyección ha sido necesario combinar un escenario macroeconómico de actividad (PIB) y empleo con una proyección de población, ambos para los años 2009-2049. De esta forma se establece la dinámica de los afiliados y pensionistas del sistema, lo que, junto a las fórmulas de pensiones y cotizaciones existentes en el año de base (2009), y las hipótesis de variación de las mismas, permite hacer proyecciones de gastos e ingresos suficientemente robustas como para estudiar las consecuencias de cambios en los parámetros del modelo o las condiciones de elegibilidad.

[2] Una de estas últimas proyecciones se debe a De la Fuente y Doménech (2009). Véanse también Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN) (2008) y Herce (2007).

El objeto del escenario macroeconómico es trazar las coordenadas por las que derivará la creación de empleo y, por tanto, la afiliación de trabajadores al sistema de pensiones. La tasa de empleo que se refleja en el cuadro 1 es, en realidad la razón entre el número de afiliados y la población entre 16 y 64 años (población en edad de trabajar). Junto a la creación de empleo, se contempla la evolución de la productividad. De ambas dinámicas se desprende la evolución del PIB. Este escenario es coherente con las perspectivas de actividad y empleo que se mantienen para la economía española hasta 2012, mientras que el curso del empleo, la productividad y el PIB es meramente hipotético a partir de entonces.

Dada la evolución de la población, las hipótesis adoptadas sobre la tasa de empleo y el crecimiento de la productividad determinan el crecimiento del empleo y del PIB, de forma que este escenario es coherente en su conjunto (Gráfico 6). Algunos rasgos de la evolución temporal de los indicadores contemplados en el cuadro 1 merecen una explicación, especialmente la relativa al peculiar desempeño de la afiliación a partir de 2025. Aparte de la dinámica macroeconómica para el corto plazo, es decir, para el periodo 2010-2012, las hipótesis adoptadas contemplan una progresiva vuelta a un ciclo económico normalizado hasta 2015, y para los años inmediatamente posteriores una situación en la que el PIB estaría creciendo cerca del 3 por cien, el empleo alrededor del 1,5 por cien y la productividad habría vuelto a crecer a niveles del 1 por cien, tras el elevado crecimiento de la misma en los años anteriores como consecuencia de la destrucción de empleo.

Este proceso de la productividad se prolonga a partir de 2015 mediante un progresivo impulso a este crucial indicador macroeconómico debido a eso que hemos llamado "cambio de modelo". Sin querer prejuzgar cómo se dará este cambio, se ha supuesto que, merced al mismo, la productividad acabará creciendo al 2 por cien y que el crecimiento del PIB se beneficiará de este impulso en la misma medida. El crecimiento de la productividad incorporado al modelo de proyección, no tiene efectos sobre la sostenibilidad de las pensiones, ya que afecta por igual a los salarios y a las pensiones que se calculan sobre los salarios; en definitiva, tanto ingresos como gastos del sistema resultan impulsados en la misma medida (Alonso y Herce 2003).

No obstante, el crecimiento del PIB registra un proceso muy peculiar paralelo al del empleo (la

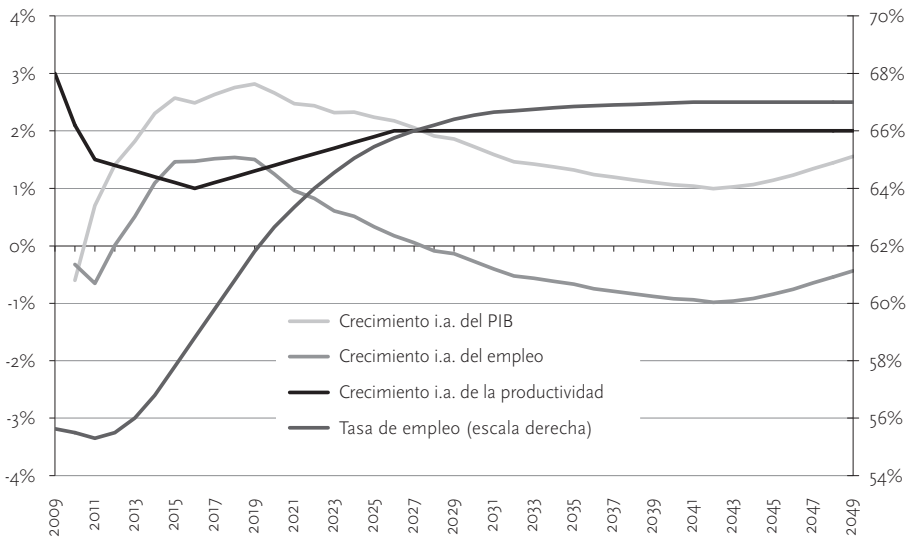
afiliación). En realidad, es este último desarrollo el que está dominando el proceso del PIB, dado el crecimiento de la productividad. En un contexto de aumento de la población, las caídas del empleo que se contemplan en el escenario entre 2030 y 2050 serían extraordinariamente preocupantes, pues el paro no dejaría de aumentar. Sin embargo, la población en edad de trabajar está llamada a disminuir apreciablemente a partir de 2028 y no mostrará signos de recuperación moderada hasta después de 2050, a pesar de los flujos migratorios netos positivos que la proyección del INE incorpora, debido al fuerte efecto compensatorio del saldo vegetativo (nacimientos menos defunciones). Esta es la razón por la que no crecerá el empleo en las dos décadas que van desde 2030 hasta 2050, siempre, naturalmente, que se cumplan las previsiones demográficas del INE. Nótese, además, que esta caída del empleo se da bajo una hipótesis de crecimiento intenso de la tasa de empleo (y de la tasa de actividad, correspondientemente) de la población, hasta niveles similares a los de los países más avanzados en este materia.

Bajo las hipótesis anteriores, la proyección de los flujos demográficos y económicos del sistema español de pensiones contributivas es relativamente simple. El sistema reconoce pensiones (pensionistas) en función de la población de edades superiores a los 60 años, mientras que encuadra a afiliados en función del empleo existente en cada momento. La cotización media aumenta con los salarios (es decir, con la productividad), y el gasto en pensiones lo hace en función de la evolución de la pensión media[3] (que también crece con la productividad) y del número de pensiones.

La formulación algebraica de las relaciones oportunas para captar todos estos elementos de la operación del sistema de pensiones y las hipótesis de partida se traduce en los resultados que comentamos en este artículo. En la proyección realizada, aparte de la coherencia anteriormente comentada del escenario macroeconómico, no se han considerado efectos de equilibrio general derivados de decisiones de oferta de trabajo por parte de los agentes o decisiones de jubilación. Se

Gráfico 6

Escenario macroeconómico de las proyecciones



Fuente: Elaboración propia.

[3] Obviamente, sólo las pensiones de los nuevos pensionistas entran en el sistema ligadas a los salarios que, a su vez, lo están con la productividad. Una vez dentro, las pensiones sólo se actualizan con el IPC. Pero la progresiva sustitución de las pensiones de quienes fallecen por las pensiones de quienes entran al sistema hace que, en realidad, la pensión media del sistema evolucione también con la productividad *grosso modo*. Sobre este resultado véase Alonso y Herce (2003).

ha supuesto que las reglas del sistema permanecen constantes a lo largo del periodo de proyección y todas las magnitudes económicas se expresan en euros del año base 2009 (Cuadro 1).

Las cifras del cuadro 1 son muy elocuentes. Básicamente, lo que cuentan es que en los próximos 50 años la población aumentará un 20 por cien, la afiliación al sistema de pensiones prácticamente se mantendrá constante y el número de pensiones se duplicará. Naturalmente, la base de afiliados en cada año es, a su vez, años más tarde y con la incidencia debida a la mortalidad, la base del número de pensiones, pero la dinámica de la esperanza de vida hace que esta variable crezca desproporcionadamente en relación a lo que crece la población en edad de trabajar. Como consecuencia de ello, la relación afiliados/pensiones, que en 2009 es de 2,11 (afiliados por pensión), pasa a ser de 1,05 en 2049, produciéndose un deterioro meramente demográfico muy severo.

Desde el punto de vista económico, cabe señalar que, por las hipótesis adoptadas, la pensión media y la cotización media crecen en la misma medida, a ritmos muy similares a los que lo hace el PIB. Este desarrollo es verosímil, dado el razonamiento anteriormente expuesto acerca de la subida de las pensiones medias. Pero es interesante constatar un hecho. La pensión media del sistema, en euros constantes, "comprará cada vez más pan", por así decirlo, y mantendrá su nivel respecto al PIB por ocupado (por afiliado, en esta proyección) y respecto al PIB por habitante. Puede afirmarse que también mantendrá su nivel respecto al salario medio. En relación al PIB por afiliado, la pensión anual del sistema es aproximadamente

Cuadro 1

Proyección de gastos e ingresos del sistema español de pensiones contributivas (2009-2049)

Flujos demográficos del sistema	*2009*	*2040*	*Razón 2049/09*
Población total (a 1 de julio) (miles)	46.857	55.219	1,2
Población 16-64	32.207	26.270	0,8
Población de 60-64	2.467	2.851	1,2
Población de 65 o +	7.925	15.919	2,0
Pensiones (miles)	8.532	16.773	2,0
Afiliados (miles)	17.917	17.601	1,0
Flujos económicos del sistema			
Gastos contributivos del sistema (millones de euros)	92.309	365.581	4,0
Pensión media anual (euros)	10.638	21.368	2,0
Cotización media anual (euros)	5.568	11.264	2,0
Ingresos por cotizaciones (millones de euros)	99.761	198.252	2,0
Superávit (+) / Déficit (-) del sistema (millones de euros)	7.452	-167.329	--
Fondo de Reserva (+) / Deuda (+) (millones de euros)	60.022	-2.020.927	--
En % del PIB			
Ingresos totales	9,45	9,45	1,0
Gastos totales	8,74	17,43	2,0
Superávit/Déficit	0,71	-7,98	--
Fondo de Reserva/Deuda	5,69	-96,33	--
Razón Afiliados/Pensiones	2,10	1,05	0,5
Pro memoria			
PIB (millones de euros)	1.055.654	2.097.868	2,0
PIB por afiliado (euros)	58.920	119.190	2,0
PIB por habitante (euros)	22.529	37.992	1,7

Fuente: Elaboración propia.

un 18 por cien y así seguirá siendo en el horizonte de proyección mientras las normas del sistema no cambien. Respecto al PIB por habitante, la pensión anual media ronda el 47 por cien.

La consecuencia de los datos expuestos es muy relevante. Cualquier reforma del sistema que afecte a la pensión media muy difícilmente hará que su poder adquisitivo caiga por debajo del actual. Es decir, no sólo existirá siempre una pensión del sistema público, sino que el pan que aquélla pueda comprar será también mayor. Otra cosa es que, en relación al PIB por habitante o al salario medio, la pensión así afectada puede llegar a ser considerablemente menor.

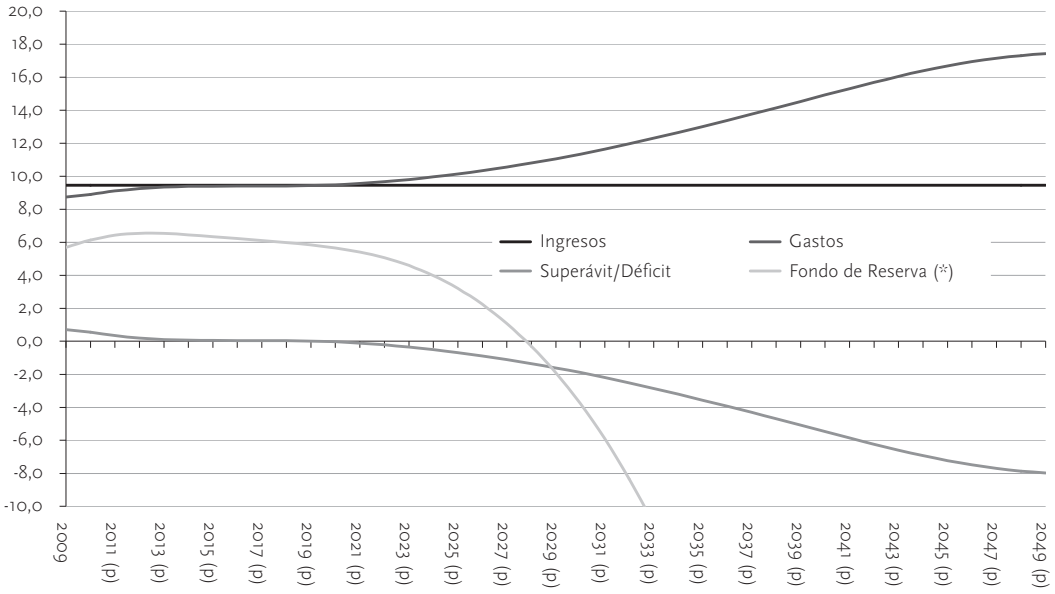
Un ejercicio inmediato para ilustrar esta afirmación consiste en calcular cuál debería ser la pensión media en 2049 que equilibrase la cuenta del sistema en ese año. Del análisis anterior se desprende un déficit de 167,3 millardos de euros para 2049, luego la pensión anual media que eliminase ese déficit debería ser menor a la reflejada en el cuadro 1 en 9.780 euros, o sea, de 11.588 euros al año, todavía un 9 por cien mayor que la de 2009, pero alrededor de un 46 por cien menor que la obtenida en la proyección a legislación constante.

Claramente, esta es una reducción muy drástica de las pensiones que sería especialmente gravosa para los primeros pensionistas en experimentar el ajuste, ya que esta política no podría efectuarse de forma que afectase a los pensionistas existentes ni a los cotizantes próximos a la jubilación en la actualidad. Si se decidiese, por ejemplo, que sólo los cotizantes que tienen en la actualidad 45 años tendrían que empezar a sufrir este ajuste, tal medida no podría instrumentarse plenamente a la generación aludida hasta 2029, cuando, como veremos a continuación, el déficit del sistema de pensiones sería de unos 26 millardos de euros y el ajuste en la pensión media del sistema (no sólo el de las pensiones de las nuevas altas) debería ser del 15 por cien.

La trayectoria de la cuenta del sistema es ahora evidente (Gráfico 7). La dinámica de la población, dadas las reglas del sistema para el

Gráfico 7

Proyecciones de gastos e ingresos del sistema de pensiones en porcentaje sobre el PIB (España, 2009-2049)



(*) El Fondo de Reserva pasaría a ser deuda en 2029 y alcanzaría el 96% del PIB en 2049.
Fuente: Elaboración propia.

cálculo de cotizaciones y el reconocimiento y pago posterior de pensiones, hace que los ingresos permanezcan fijos en relación al PIB, cerca del 9,5 por cien, mientras que los gastos crecen debido a la mayor carga de pensionistas. Tanto las pensiones medias como las cotizaciones medias crecen por igual, por lo que es claramente la demografía la que está provocando este resultado.

En particular, los gastos por pensiones pasan del 8,7 por cien del PIB en 2009 al 9,4 por cien del PIB en 2020, lo que acaba con el superávit del sistema en ese mismo año, y al 17,4 por cien al final de la proyección. El actual superávit del sistema de pensiones se reducirá drásticamente en los años venideros, pero si la representación del ciclo económico adoptada en el escenario macroeconómico anteriormente discutido se revela correcta, no aparecerá déficit coyuntural en el sistema en el futuro inmediato. El déficit se producirá en 2020 y será creciente hasta el año 2049, llegando a alcanzar entonces un peso equivalente al 8 por cien del PIB.

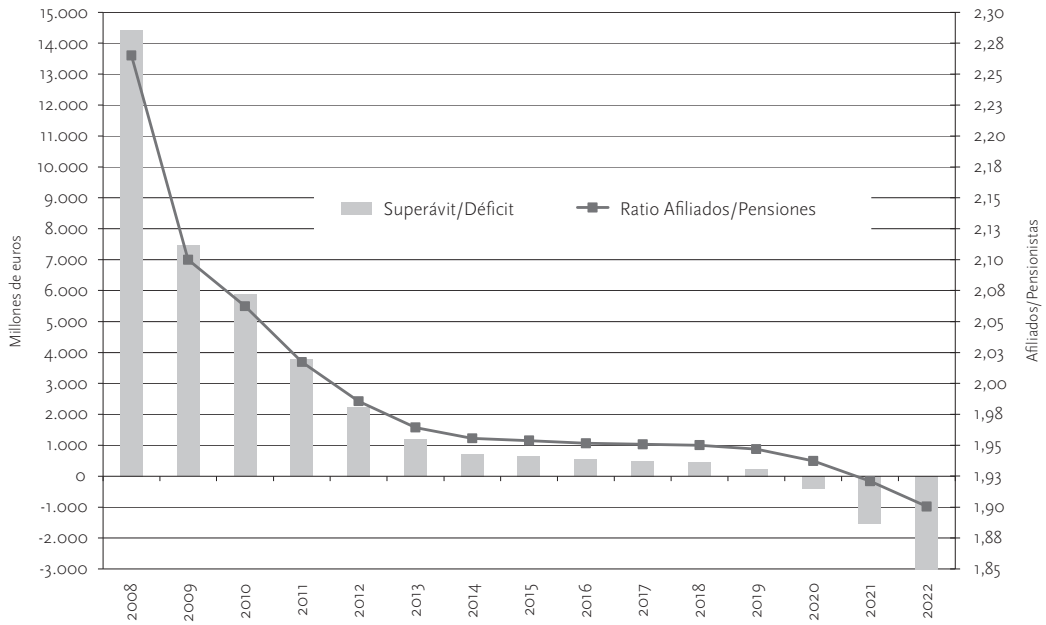
5. La sostenibilidad del sistema de pensiones

Con la trayectoria del saldo del sistema recién comentada, el Fondo de Reserva de la Seguridad Social alcanza su máximo nivel relativo al PIB en 2012, apenas por encima del 6,5 por cien del PIB de ese año, a partir de su nivel actual del 5,6 por cien del PIB. El adverso ciclo del empleo que está registrando la economía española tiene manifiestamente mucho que ver con esta trayectoria a corto plazo. Pero lo relevante es que cuando se inaugure el periodo de déficit estructural del sistema, en 2020, el Fondo de Reserva dejará de crecer en importe absoluto para ir agotándose progresivamente hasta convertirse en deuda del sistema de pensiones. Esta transición del Fondo de Reserva se produciría en 2028, y la deuda llegaría a representar el 96 por cien del PIB en 2049.

En el gráfico 8 se puede apreciar la estrecha relación que guarda el saldo del sistema con la

Gráfico 8

Superávit del sistema de pensiones y relación afiliados/pensiones (2009-2022)



Fuente: Elaboración propia.

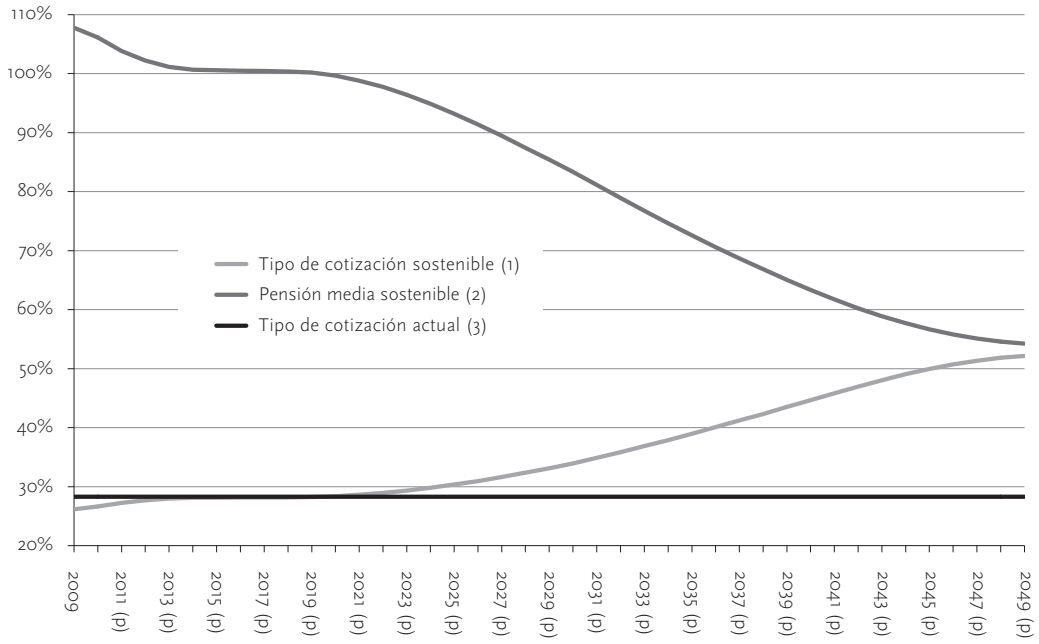
relación afiliados/pensiones. En primer lugar, se constata que la recesión del empleo prevista en el escenario macroeconómico para esta proyección lleva a una drástica caída del superávit registrado en el año 2008 y, en menor medida, en 2009. Esta reducción se prolongaría hasta casi rozar el déficit en 2014, cuando el empleo ya habría iniciado claramente su recuperación. Pero el avance del número de pensiones habría acumulado aumentos del gasto imposibles de verse compensados por la mayor base de empleo. Con todo, hasta 2019 aproximadamente se daría un superávit en el sistema que, no obstante, no volvería a situarse en los niveles de los últimos años. Poco después de ese año, se iniciaría el déficit estructural del sistema. Sólo una afluencia masiva de cotizantes al mercado de trabajo podría retrasar la aparición del déficit, aunque no su expresión acrecentada más adelante en el tiempo.

Cuando la relación entre afiliados y pensiones cae por debajo de dos afiliados por cada pensión, el sistema roza el déficit, que se manifiesta concretamente si la razón cae por debajo de 1,94 en esta proyección. Esta correlación es, por otra parte, evidente. A legislación constante, las únicas fuerzas que gobiernan el sistema son las demográficas, y sus composiciones por tipos de pensión, género, etcétera. Nuestro modelo de proyección no capta la riqueza de estas composiciones (que se manifiestan a medio y largo plazo), pues está calibrado sobre los grandes flujos demográficos y económicos del sistema, pero sí capta perfectamente esta relación tan evidente entre quienes aportan recursos y quienes reciben prestaciones.

Es obvio que mayores aportes a las edades activas, por la vía de la inmigración y los nacimientos, conseguirían elevar la relación afiliados/pensiones por encima de ese umbral crítico y mantenerla por algún tiempo, pero la mayor esperanza de vida afecta a todos y, tarde o temprano, se reproducirían las perspectivas

Gráfico 9

Evolución de los indicadores de sostenibilidad del sistema público de pensiones



(1) En % de la base de cotización efectiva
(2) En % de la pensión que se obtiene en la proyección a legislación constante
(3) El 28,3% de la base de cotización efectiva en la actualidad
Fuente: Elaboración propia.

financieras que muestra la proyección, incluso empeoradas por el mayor volumen de pensionistas futuros que traerían consigo los mayores aportes previos a la población activa.

La proyección recién comentada es ciertamente preocupante y debe de tomarse como una ilustración más que probable de lo que sucedería con la financiación del sistema de pensiones, si no cambiasen las actuales reglas para el cálculo y reconocimiento de las pensiones y la percepción de las cotizaciones. El crecimiento económico serviría de bien poco, pues el alza de salarios que traería consigo, y que aumentaría los ingresos del sistema por cotizaciones, aumentaría también prácticamente en la misma proporción los gastos por pensiones, ya que las nuevas pensiones vienen ligadas a los salarios del momento en que se causan y, a medida que se va produciendo el relevo vital en el grupo de pensionistas, sustituyen a pensiones mucho menores causadas tiempo atrás.

Un sencillo cálculo ilustrativo de los ajustes que sería preciso hacer en el sistema de pensiones español para lograr su sostenibilidad en el momento en que los ingresos amenazasen con ser inferiores a los gastos se representa en el gráfico 9. Se define como sostenibilidad del sistema una situación en la que los ingresos por cotizaciones se igualan a los gastos por pensiones (más los gastos de gestión del sistema, incluidos en el total de gastos contributivos). Para que el sistema estuviese en permanente equilibrio entre gastos e ingresos habría que considerar dos posibles situaciones extremas:

- ¿Cuál debería ser el tipo de cotización sobre el salario "pensionable" (base de cotización efectiva) para que los ingresos siempre fuesen iguales a los gastos? Llamaremos a este tipo de cotización "tipo de cotización sostenible".

- ¿Cuál debería ser la pensión media del sistema para que los ingresos siempre fuesen iguales a los gastos? Llamaremos a esta pensión media "pensión media sostenible".

Con objeto de comparar la situación futura con el momento actual y hasta que aparezca el déficit del sistema en 2020, se ha hecho este cálculo partiendo del año 2009. Resulta obvio que hasta que aparezca el déficit, el superávit existente permitiría reducir algo el tipo de cotización, aumentar algo la pensión respecto a la obtenida en la proyección o una mezcla de ambas situaciones.

Así, como se muestra en el gráfico 9, el tipo de cotización sostenible, de confiarse el ajuste únicamente a este instrumento, debería ser ligeramente inferior al tipo de cotización actual, del 28,3 por cien[4] hasta 2020. Por entonces tendría que empezar a subir por encima del tipo actual para mantener los ingresos al mismo nivel que los crecientes gastos por pensiones. En 2049, el tipo de cotización sostenible debería ser del 52,1 por cien, es decir, casi veinticuatro puntos porcentuales superior al tipo legal existente en estos momentos. Pueden imaginarse las distorsiones sobre el empleo que representaría una fiscalidad laboral tan elevada.

Por su parte, la pensión media sostenible, de confiarse todo el ajuste a esta medida, podría ser algo superior a la actual mientras perdurase el superávit existente, pero a partir de 2020, la pensión media debería ir reduciéndose respecto a la que se obtendría de no producirse ningún ajuste en el sistema hasta representar el 54,2 por cien de ésta en 2049.

Una pensión media inferior en tal medida a la que se obtendría de no cambiar nada en el actual sistema de pensiones, en 2049, todavía sería superior en términos de poder adquisitivo a la pensión actual del sistema, aproximadamente un 9 por cien mayor; pero respecto a los salarios del momento representaría un porcentaje apreciablemente menor que el que se da en la actualidad. Ello no haría más felices a los pensionistas de 2049, sin lugar a dudas.

6. Soluciones y reformas

A la vez de ser conscientes del escenario futuro del sistema público de pensiones ante el que nos encontramos, debemos serlo también de que disponemos de los medios y conocimientos para evitar ese escenario; concretamente a través de una reforma del sistema público de pensiones,

[4] El 28,3 por cien es el tipo legal de cotización total (cuota obrera y cuota patronal) del Régimen General de la Seguridad Social. Se ha supuesto que es el tipo que se aplica a una base efectiva media de cotización para todo el sistema, de forma que se recuperen los ingresos efectivos del sistema. La base efectiva media anual para 2009 necesaria para recuperar los ingresos del sistema de pensiones a un tipo del 28,3 por cien en ese año resulta ser de 19.533 euros por afiliado.

que se realice de forma gradual, como se ha llevado a cabo en otros países de nuestro entorno, minimizando sus impactos sobre aquellos trabajadores ya retirados o que se encuentren muy cerca de la fecha de jubilación.

En este sentido, y dentro de la actual definición del sistema público de pensiones, la prolongación de la vida laboral, ya sea desincentivando la jubilación anticipada (en la actualidad la edad de jubilación efectiva en España se sitúa en torno a los 63 años) o a través del retraso de la edad "legal" de jubilación, claramente más allá de los 65 años, es una medida más que indicada, ya que actuando sobre un solo parámetro del sistema, la edad de jubilación, se consigue incrementar a la vez el número de años de cotización y reducir el número de años de cobro de la pensión. De esta forma, se incrementan los ingresos y se reducen los costes del sistema público de pensiones, sin que se produzca una reducción de la pensión anual de los futuros pensionistas, aunque obviamente se reduciría el número de años de su disfrute. La aplicación progresiva de esta medida es inevitable para no frustrar las expectativas de quienes más cerca se encuentran de la jubilación en estos momentos, careciendo de margen de maniobra, pero exige que dicha medida se introduzca cuanto antes.

Para lograr revertir por completo las complicadas perspectivas futuras en materia de gastos e ingresos del sistema de pensiones, sin embargo, la prolongación de la vida laboral debería superar los dos años que se debaten actualmente. No parece que estemos preparados para ello y, con toda seguridad, no convendría llegar al límite. De forma que habría que adoptar medidas complementarias, como la que también se plantea de aumentar el período de cómputo de las pensiones por encima de los quince años actuales para que, a través de un proceso gradual durante los próximos años, se incremente ese período hasta incluir toda la vida laboral. En el fondo, se trata de lograr una mayor proporcionalidad entre las pensiones a percibir y el esfuerzo de cotización realizado por cada trabajador, con la necesaria gradualidad y sin menoscabo severo de la solidaridad.

Otra alternativa de reforma más profunda fuera del esquema actual del sistema público de pensiones consistiría en la transformación del sistema en un sistema "mixto diferido", compuesto por un seguro de capitalización individual mediante el cual se cubrieran las pensiones de jubilación hasta llegar a edades avanzadas, para que, a partir de esa edad considerada como "gran vejez", empiece a funcionar el sistema público de pensiones, recuperando el objetivo con el que se constituyeron muchos de los sistemas de pensiones hace más de un siglo: el de asegurar la "gran vejez" (entonces fijada convencionalmente en los 65 años) por parte del Estado ante el fallo de mercado que ocasiona un fenómeno como la elevada longevidad que afecta a todos los potenciales beneficiarios. Esto es lo que hemos llamado en ocasiones "reinventar la Seguridad Social".

El funcionamiento del seguro sería muy sencillo: mediante aportaciones periódicas durante la vida activa de los individuos se acumularía un capital que serviría para financiar las pensiones de jubilación desde la fecha de jubilación hasta alcanzar una determinada edad, por ejemplo, los 85 años. De tal forma, el sistema de pensiones públicas, en su configuración actual, se encargaría de cubrir las pensiones de aquellos jubilados que alcanzasen edades superiores a los 85 años. Al limitar la duración del seguro de capitalización (desde la edad inicial de jubilación hasta los 85 años) se reduciría su coste, lo cual podría resultar más atractivo para los asegurados, que ganarían en rentabilidad y, adicionalmente, se conseguiría aligerar la carga de las prestaciones del sistema público de pensiones, lo que, a su vez, podría permitir una reducción de las cotizaciones sociales para la jubilación.

Sin duda, una reforma semejante del sistema español de pensiones públicas haría de él un sistema menos rentable para los actuales cotizantes por debajo de una cierta edad (digamos los 45 años) y para todos los futuros cotizantes, pero lo haría más seguro. Todos los análisis comparativos, por otra parte, apuntan a que nuestro sistema público de pensiones es ciertamente "generoso" en comparación con los sistemas públicos de pensiones de países de nuestro entorno, si nos atenemos a la proporción del último salario previo a la jubilación que representa la pensión del sistema. En España esta proporción supera el 80 por cien, mientras que en Alemania se sitúa apenas por encima del 50 por cien; en el Reino Unido, algo por encima de 40 por cien, y en Holanda cerca del 30 por cien. Estos países, obviamente, tienen sistemas complementarios de capitalización muy desarrollados.

Pero el reto que supone el envejecimiento para el sistema de pensiones no se solucionará si, además de los diferentes ajustes y medidas que se puedan establecer para garantizar su sostenibilidad en el medio y largo plazo, no se consigue con-

cienciar a la sociedad española de la necesidad de ahorrar más a largo plazo durante la vida activa, bien de forma individual o participando en planes de empleo. Para ello, es necesario mejorar la educación de los ciudadanos relativa a la problemática de las pensiones y el envejecimiento, que junto a una mayor cultura financiera, permita lograr una mayor concienciación entre la población de la necesidad de financiar vidas más largas tras la jubilación, a partir de vidas laborales más reducidas. En este sentido, se podría actuar sobre dos vertientes: introduciendo nociones y conceptos sobre planificación financiera individual, ahorro, financiación y consumo en los planes de educación básica de las escuelas y sensibilizando a los trabajadores mayores de 40 años respecto a las pensiones que les corresponderían en el futuro bajo las condiciones vigentes del sistema, mediante informes periódicos cada vez que cambiaran dichas condiciones; todo ello con el objetivo de que los trabajadores pudieran planificar su ahorro-previsión de cara a complementar su pensión pública de jubilación adecuadamente.

Hay muchas personas que opinan que no hay que tocar las pensiones públicas, ya que la demografía es incierta y que basta con que se cree empleo y se ajusten ligeramente al alza los impuestos para contrarrestar las tendencias demográficas, si éstas llegan a materializarse como anticipan los demógrafos. Algunas, además, piensan que las pensiones futuras no deben tocarse de ninguna manera, pase lo que pase con la demografía, las cotizaciones o cualesquiera otras circunstancias futuras. Estas posturas no son razonables.

La mala noticia es que cuando el número de pensionistas sea el mismo que el de cotizantes (contando incluso con el pleno empleo), lo que podría suceder en 2050 a los ritmos previstos, los tipos de cotización sobre los salarios deberían ser superiores al 50 por cien, en vez del 28,3 por cien actual, para mantener las pensiones en proporción con los salarios sin incurrir en déficit crecientes. Si no se aumentaran las cotizaciones, se acumularía una deuda, sólo de pensiones, equivalente al PIB (el Fondo de Reserva habría desaparecido hacia 2028). En esas condiciones, nadie querría comprar deuda española mucho antes de esa fecha y habría que recortar las pensiones públicas sin margen para haberlas complementado por otras vías. No parece que merezca la pena no hacer nada, a la espera de si se cumple o no este escenario; es demasiado arriesgado para la cohesión y el dinamismo general de la sociedad.

Probablemente la reforma del sistema público de pensiones no es la única reforma que necesita la economía española, pero una adaptación de este sistema a las nuevas condiciones demográficas, sociales y laborales evitaría problemas de sostenibilidad futuros, que, de otro modo, solamente podrían ser soportados por el esfuerzo de las generaciones futuras de trabajadores.

En este artículo se han presentado también proyecciones de gasto sanitario y de dependencia que contrastan con las realizadas para el sistema de pensiones. Mientras estas últimas mostraban un creciente desequilibrio financiero y un aumento considerable del gasto en pensiones en proporción al PIB, las primeras indicaban que, por el solo efecto de la demografía, los gastos sanitarios y por dependencia, manteniéndose constantes las prestaciones, son fácilmente asumibles en condiciones ordinarias de crecimiento del PIB. La razón de este diferente comportamiento radica en que las prestaciones económicas del sistema de pensiones están indiciadas con los salarios, mientras que las prestaciones de tipo sanitario y por dependencia suelen ser "en especie", es decir, servicios que se prestan directamente a los usuarios.

El procedimiento empleado para cada caso permite ver que el verdadero responsable del aumento del gasto social en una sociedad cada vez más envejecida no es necesariamente el aumento de la esperanza de vida de la población, sino el coste de las prestaciones que los potenciales beneficiarios acaban recibiendo. Así como cuesta imaginar que la sostenibilidad de las pensiones podría venir de la congelación *sine die* de las prestaciones pagadas a los pensionistas, en el caso de las prestaciones en especie, el margen para gestionar los servicios correspondientes y limitar su coste, aumentando la eficiencia de dichos servicios, es elevado y debería intensificarse la búsqueda de soluciones de definición, gestión, tecnología y coste de dichos servicios, como también la moderación del uso de los mismos. De estos aumentos de eficiencia, de la búsqueda de esas definiciones y el uso moderado de los servicios depende, al fin y al cabo, la sostenibilidad de estos sistemas, y no tanto del envejecimiento de la población.

Bibliografía

Alonso Meseguer, J. y J.A. Herce (2003), "Balance del sistema de pensiones y *boom* migra-

torio en España. Nuevas proyecciones del modelo MODPENS a 2050», *Documento de Trabajo* 2003-02, FEDEA, Madrid.

Analistas Financieros Internacionales (Afi) (2009), *Los retos socioeconómicos del envejecimiento de la población,* informe realizado para UNESPA bajo la dirección de Herce San Miguel, J. A. y J. L. Fernández Pérez (www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf).

Casado Marín, D. (Coord.) (2008), *El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las comunidades autónomas*, Centre de Recerca en Economía i Salut-CRES, Barcelona, Universidad Pompeu Fabra.

De la Fuente, A. y R. Doménech (2009), "Convergencia real y envejecimiento. Retos y propuestas", documento presentado en la conferencia "España en la UEM", (marzo), Madrid, Banco de España.

Fedea (2010), *La reforma de las pensiones*, Madrid, Fedea.

Herce, J. A.; Alonso, J. y N. Ahn (2003), "El gasto sanitario en España", *Documento de Trabajo* 7-2003 de la Fundación BBVA (noviembre).

Herce, J. A. (2007), "La sostenibilidad de las pensiones en España. ¿Una demografía desfavorable o un diseño equivocado?", en: Espina, A. (Coord.), *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*, Madrid, Fundación Carolina.

Ministerio de Trabajo e Inmigración (MITIN) (2008), *Estrategia nacional de pensiones* (octubre), Madrid, MITIN.

Diez preguntas sobre la reforma del sistema de pensiones en España

ELISA CHULIÁ*

RESUMEN

El debate público sobre la reforma de las pensiones en España se ha desarrollado en los últimos años de una manera espasmódica, a golpe de noticias de intenso impacto, pero escasa persistencia en la agenda de los medios de comunicación. Ello, unido a la complejidad técnica del tema de las pensiones y a las contradicciones de diverso tipo que se han puesto de manifiesto en este debate, puede haber creado un estado de información y opinión en la sociedad en el que prevalecen las dudas y la confusión sobre cuestiones básicas relacionadas con la reforma de las pensiones. Este artículo pretende contribuir al esclarecimiento de algunas de esas cuestiones.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de pensiones son construcciones institucionales complejas cuya descripción se resiste a una síntesis breve. El cuadro 1 intenta ofrecer una visión global del sistema de pensiones español, incluyendo información sobre su pilar público y privado. La primera columna representa las pensiones de la Seguridad Social y divide las prestaciones entre contributivas y no contributivas. Las otras dos columnas recogen, en cambio, la dimensión de las contribuciones/aportaciones. La situada a la derecha indica la suma de cotizaciones al sistema de la Seguridad Social realizadas en 2009 (en su mayor parte utilizadas para cubrir el gasto corriente en pensiones). En esa escala (miles de millones de euros) también quedan registrados los activos del Fondo de Reserva de la Seguridad Social y de los fondos privados de pensiones que poseen los aproximadamente ocho millones de partícipes en planes de pensiones.

Las diez preguntas siguientes se centran en las pensiones contributivas de la Seguridad Social y, en particular, en las pensiones de jubilación. Como se aprecia en el cuadro, estas últimas son las de mayor volumen e importe medio, así como también las más afectadas por el proceso de envejecimiento de la población.

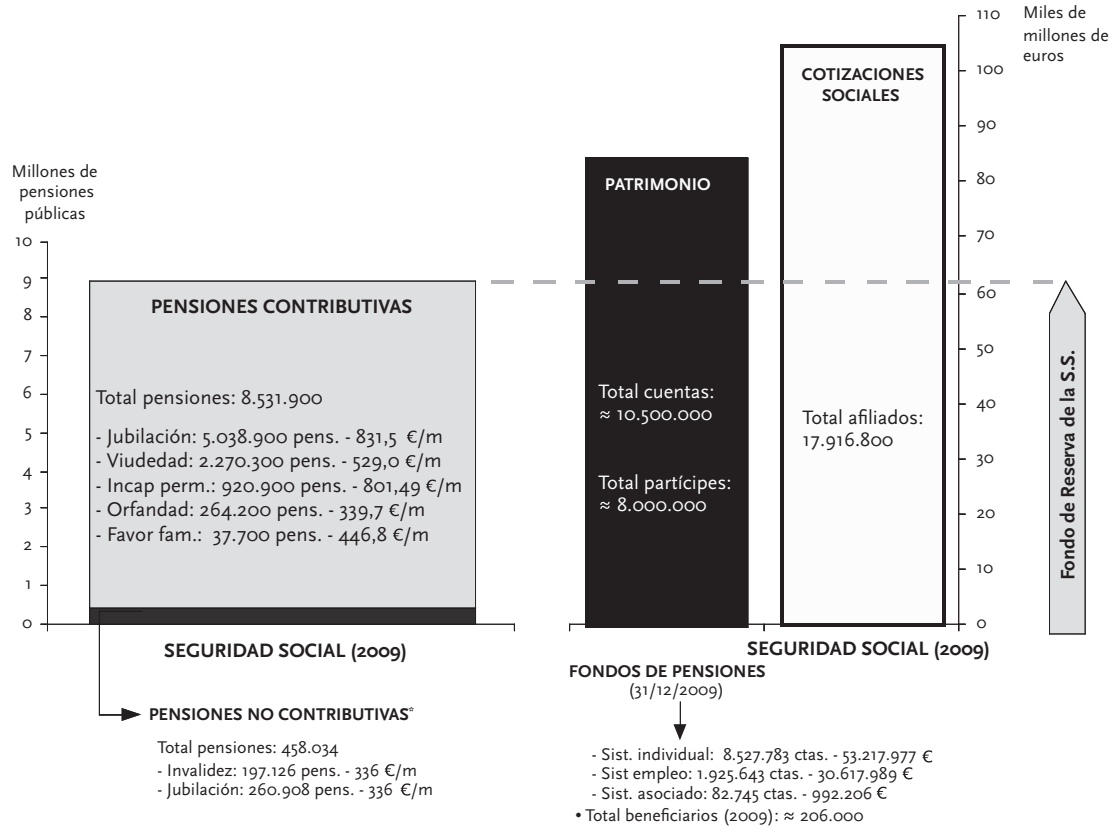
1. DESDE PRINCIPIOS DEL AÑO 2010, EL GOBIERNO DE ESPAÑA ABANDERA UNA POLÍTICA MÁS DECIDIDA Y CONTUNDENTE DE REFORMA DE LAS PENSIONES ¿ES QUE HAY AHORA MEJORES RAZONES PARA REFORMAR EL SISTEMA DE PENSIONES QUE HACE UNOS AÑOS?

No las hay desde el punto de vista de la información disponible sobre la evolución del sistema público de pensiones en las próximas décadas. En otras palabras, el cambio de posición del Gobierno en este asunto no obedece al descubrimiento de nuevos datos sobre las variables decisivas para estimar la situación económico-financiera del sistema de pensiones en el corto, medio y largo plazo, como pueden ser el número de afiliados a la Seguridad Social, el número de pensionistas o la pensión media. De hecho, las propuestas de reforma del sistema de pensiones anuncia-

* Departamento de Ciencia Política y de la Administración, Universidad Nacional de Educación a Distancia, y FUNCAS (mchulia@poli.uned.es).

CUADRO 1

ESQUEMA DEL SISTEMA DE PENSIONES ESPAÑOL Y PRINCIPALES DATOS



* Sólo se incluyen las pensiones no contributivas de la Seguridad Social; quedan excluidas las pensiones asistenciales a ancianos y enfermos del extinguido Fondo Nacional de Asistencia Social [FAS] (17.430 a 31 de diciembre de 2009) y las prestaciones de la Ley de Integración Social del Minusválido [LISMI] (37.201 en la misma fecha).
Fuente: Estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración (www.mtin.es) y de Inverco (www.inverco.es).

das por el Gobierno el 29 de enero de 2010 sorprendieron no sólo por salirse del cauce regular de negociación de la política de pensiones en España, sino también por carecer de una motivación técnica que justificara la defensa de medidas de reforma rechazadas de plano sólo unos meses antes.

Lo que explica el cambio en la posición del Gobierno es el desarrollo europeo de la crisis económico-financiera mundial que arrancó en el verano de 2007 en Estados Unidos. Concretamente, el anuncio de las nuevas medidas de reforma (entre ellas, la del sistema de pensiones) ha respondido a la necesidad de emitir un mensaje de gran impacto simbólico a otros gobiernos europeos y a los mercados internacionales sobre la voluntad de reducir el déficit público a través del control del gasto. Este mensaje cobraba urgencia para restablecer la confianza y recuperar la credibilidad económica y crediticia de España.

Por tanto, si distinguimos entre razones de fundamento y razones de oportunidad, cabe afirmar que en los últimos meses simplemente ha aumentado el apremio de las segundas. Es, al fin y al cabo, la presión internacional la que subyace al nuevo impulso a la reforma de las pensiones que se ha hecho patente en el primer semestre de 2010.

2. Entonces, más allá de la presión internacional, ¿hay buenas razones para reformar el sistema de pensiones en la dirección señalada por el Gobierno?

Sí las hay, como vienen señalando desde hace años, con un nivel de consenso muy alto, los expertos en estas cuestiones. Ahora bien, esas razones de fundamento también podrían traducirse en propuestas diferentes de las aprobadas por el Gobierno o, cuando menos, planteadas de otra forma.

Es claro que los problemas del sistema español de pensiones no son consecuencia de la actual crisis económico-financiera. De hecho, los efectos de esta última sobre la Seguridad Social –en particular, la disminución del número de cotizantes (de 2008 a 2009, más de un millón)– podrían contrarrestarse mediante el mecanismo de estabilización del que se dotó el sistema de pensiones en 1997, el Fondo de Reserva de la Seguridad Social, y que desde entonces ha ido creciendo hasta llegar a superar los 60.000 millones de euros al inicio de 2010. En situación coyuntural de déficit corriente de la Seguridad Social cabría recurrir a los ahorros ingresados en esta "hucha de las pensiones", sin necesidad de aumentar las tasas de cotización. Así pues, la crisis es una circunstancia que puede deteriorar las cuentas del sistema de la Seguridad Social, pero, por sí sola, no pone en riesgo su viabilidad financiera.

El problema no reside en los factores circunstanciales, sino en los estructurales; concretamente en la estructura del sistema público de pensiones de la Seguridad Social y en la estructura demográfica de la sociedad española. Ciñéndonos al sistema de pensiones contributivas, su estructura es la propia de un sistema de reparto (*pay-as-you-go pensions*), en el que las pensiones se financian mediante las cotizaciones corrientes de los trabajadores, y durante todo el periodo de vigencia de la prestación (esto es, hasta el final de la vida del pensionista) dependen del salario que se percibía (y por el que se cotizaba a la Seguridad Social) antes de la jubilación (*earnings-related pensions*). Por tanto, las pensiones no se capitalizan ni tampoco se calculan conforme a las contribuciones efectuadas por los pensionistas durante su vida laboral.

El otro factor estructural se resume en una expresión que utilizan a menudo los demógrafos para referirse al presente y al futuro previsible: "más viejos, más viejos" (el primero de los "viejos" entendido como sustantivo, y el segundo como adjetivo). El aumento de la esperanza de vida en España de aproximadamente 40 años para los hombres y algo más para las mujeres a lo largo del siglo XX se ha plasmado en un doble incremento: del número de jubilados y del número de años que mantienen esa condición. La inquietud ante este doble aumento se agudiza cuando se añade un factor circunstancial: el del masivo volumen de determinadas cohortes, como son las nacidas en España desde finales de los años cincuenta hasta mediados de los setenta del pasado siglo; es decir, las cohortes del *baby boom* que, de mantenerse la legislación constante, comenzarán a jubilarse en sólo algo más de diez años. Todo indica, pues, que la razón entre cotizantes y pensionistas se va a deteriorar en los próximos años, y en particular cuando esas cohortes muy voluminosas se incorporen a la jubilación y hagan valer sus derechos de pensión que, de acuerdo con la lógica de los sistemas de reparto, habrán de financiar quienes entonces paguen cotizaciones a la Seguridad Social.

La combinación de ambos factores estructurales explica la preocupación por la viabilidad financiera del sistema de pensiones. En las proyecciones del gasto en pensiones que elaboran expertos e instituciones nacionales e internacionales, España aparece habitualmente entre los países con un mayor ritmo de crecimiento y un porcentaje más elevado sobre el Producto Interior Bruto en las décadas centrales del siglo XXI: en 2050 podría absorber entre el 15 y el 20 por cien del PIB nacional. En otras palabras, la sociedad española podría dedicar entre una quinta y una sexta parte de los recursos que genere a pagar las pensiones de jubilación (en la actualidad dedica aproximadamente una décima parte). Se trata de un gasto que, si respondiera a una preferencia social basada en el conocimiento de los costes de oportunidad (el valor de lo que se deja de hacer por cubrir estos gastos), podría resultar, al menos desde un punto de vista democrático, aceptable; pero no lo es en absoluto desde ningún punto de vista –ni económico, ni político, ni social– si resulta de una política de pensiones desprevenida y poco responsable desarrollada en las décadas previas.

3. Pero esas razones también afectan, en gran medida, a muchos países de nuestro entorno. ¿Acaso tiene el sistema de pensiones español algo de particular?

En efecto, los mencionados factores estructurales (institucional y demográfico) afectan al conjunto de los sistemas de pensiones europeos. El envejecimiento de la población es un logro que, en mayor o menor medida, han conseguido todas las sociedades industriales avanzadas: los datos de esperanza de vida varían entre países, pero no tanto como para ocultar el carácter generalizado del fenómeno; mayor variedad presentan las tasas de fecundidad, aunque también aquí se observa un descenso general de notable alcance respecto a las que se registraban hace 40 o 50 años. El efecto combinado de ambas variables, como es bien sabido, explica el envejecimiento de la población.

Por otra parte, al menos hasta los años noventa del pasado siglo la mayoría de los sistemas de pensiones europeos, creados o rediseñados tras la Segunda Guerra Mundial, han compartido tres rasgos básicos: 1) la lógica del reparto (las prestaciones de los beneficiarios se cubren mediante ingresos públicos corrientes, es decir, no capitalizados), 2) la contributividad (tales ingresos proceden de contribuciones o cotizaciones sobre el trabajo), y 3) la prestación definida (la vinculación de las prestaciones a los salarios de los beneficiarios previos al alta en el sistema de pensiones).

El sistema de pensiones contributivas español, tal como quedó trazado en la Ley General de la Seguridad Social de 1966, reúne estas tres características. En este sentido, nuestro sistema de pensiones es, en lo básico, similar a otros que operan en muchos países europeos. Sin embargo, los países que edificaron sus sistemas de pensiones sobre las tres premisas señaladas se dotaron de diferentes fórmulas de cálculo de las prestaciones, que, como también ha sucedido en España, han ido modificando posteriormente en función de circunstancias variadas. Esas fórmulas de cálculo son las que determinan la "generosidad" de las prestaciones. Una prestación de jubilación se considera tanto más generosa cuanto más alta es la proporción que representa respecto al último salario percibido o respecto al salario medio de los empleados en ese momento; también se considera así cuanto más elevados resultan los rendimientos calculados de las cotizaciones efectuadas por los beneficiarios a lo largo de su vida laboral.

Conforme a estos criterios, las pensiones contributivas del sistema de pensiones español son "generosas". España destaca entre los países con tasas de reemplazo o sustitución de la pensión más altas: mientras la tasa media de la OCDE se sitúa por debajo del 60 por cien (respecto al salario medio), en España supera el 80 por cien[1]. Por otra parte, el sistema de pensiones español genera tasas elevadas de rendimiento interno real (TIR) (una vez descontada la inflación); es decir, la "inversión" en derechos de pensión que hacen los trabajadores es muy "rentable", y lo es más o menos dependiendo del grupo al que pertenezcan. Como han mostrado diferentes autores[2], el sistema de pensiones no está actuarialmente equilibrado, beneficiando el desequilibrio más a unos regímenes de la Seguridad Social que a otros y, en general, más a las mujeres que a los hombres.

Ahora bien, la contrastada "generosidad" de las pensiones contributivas españolas es compatible con dos evidencias sobre las que llaman la atención los defensores del *statu quo* en pensiones (en particular, los sindicatos e Izquierda Unida): la pensión media de jubilación en España es comparativamente baja y el gasto en pensiones español representa una parte menor del PIB que en otros países de su entorno. En efecto, casi la mitad (47 por cien) de todas las pensiones contributivas de jubilación que paga el sistema de la Seguridad Social se halla por debajo de 600 euros. Si como unidad de referencia se toman los pensionistas del sistema (algunos con pensiones concurrentes) en lugar de las pensiones de jubilación, el 43 por cien (más de dos tercios, mujeres) perciben pensiones inferiores a 600 euros[3].

Por tanto, aunque pueda resultar contraintuitivo, el sistema de pensiones de la Seguridad

[1] Véase, por ejemplo, Durán y Quílez (2010).

[2] Entre ellos, Bandrés y Cuenca (1998) y Alonso (2006, 2007). En el informe AFI (2009) se calculan, para diferentes grupos de cotizantes en función del nivel educativo y del sexo, los porcentajes que representan las aportaciones sobre las prestaciones de jubilación: varían entre -20,4 por cien (hombres, nivel de estudios básico) y el 38,7 por cien (mujeres, nivel de estudios medio).

[3] Porcentajes calculados a partir de los datos ofrecidos por la Seguridad Social a 1 de abril de 2010.

Social concede pensiones generosas, pero, en su mayoría, modestas (si bien conviene tener en cuenta que el importe de la pensión media aumenta año tras año en términos reales). Desde una perspectiva de justicia social y seguramente también de equidad actuarial, recurrir como medida de urgencia a la "congelación" de todas las pensiones y reducir su limitado poder adquisitivo parece más injusto que, por ejemplo, actuar sobre los mecanismos que producen la generosidad en el cálculo de las nuevas altas en pensiones, cuyo importe medio es sustantivamente más elevado (1.110 euros/mes) que el de todas las pensiones ya causadas (854 euros/mes)[4].

4. Si otros países se enfrentan a parecidos problemas, ¿cómo han actuado ante ellos?

Todos los países europeos han introducido en las últimas décadas medidas de reforma de sus sistemas de pensiones, si bien de diferente clase y alcance. Los estudios sobre las reformas de los sistemas de pensiones distinguen entre reformas paramétricas y reformas sistémicas o estructurales. Las primeras afectan a los parámetros del sistema de pensiones, manteniendo su configuración estructural; las segundas alteran esta última. A este respecto es importante tener en cuenta que las reformas paramétricas, aunque formalmente más conservadoras de la estructura del sistema, pueden acabar suponiendo recortes de semejante o mayor grado que las reformas estructurales. Por tanto, la diferencia entre unas y otras no reside en su intensidad, sino en su modalidad.

En países de nuestro entorno han abundado las iniciativas de reforma encaminadas a limitar la jubilación anticipada y retrasar la edad efectiva de jubilación, con el fin de que los futuros beneficiarios alarguen sus periodos de cotización al sistema y acorten los de percepción de la prestación. Este objetivo se ha perseguido a través de diferentes fórmulas, entre las que cabe destacar las siguientes:

a) el establecimiento de una edad mínima de jubilación anticipada por encima de la vigente hasta ese momento;

b) el aumento de los coeficientes reductores (penalización) de la jubilación anticipada;

c) el refuerzo de los incentivos a la prolongación de la vida activa (sobre todo, a través de incrementos de la pensión por encima de la edad "legal" de jubilación);

d) el aumento del número de años que dan lugar a una pensión completa;

e) el retraso de la edad "legal" de jubilación para acceder a una pensión completa.

La mayoría de los países europeos ha incorporado durante la última década medidas de reforma orientadas hacia los tres primeros objetivos (a, b y c) a su normativa sobre pensiones. Francia, por otra parte, ha introducido también una reforma del tipo d) al incrementar el número años para causar derecho a una pensión completa de 35 a 40 años, con previsión de aumentarlos a 42 a partir de 2020. Finalmente, el retraso de la edad "legal" de jubilación se ha adoptado en varios países en los que se mantenía por debajo de 65 años (lo cual resultaba más frecuente en el caso de las mujeres; así ocurría, por ejemplo, en Italia o Austria), pero otros (por ejemplo, Alemania, Dinamarca y Reino Unido) también han resuelto retrasar gradualmente la edad de jubilación, convencionalmente establecida en 65 años, hasta 67 años.

Un segundo grupo de medidas de reforma ha tenido como propósito reforzar el vínculo contributivo de las pensiones, de tal manera que las prestaciones guarden una relación más estrecha con las contribuciones efectuadas. Este movimiento se ha observado tanto en los sistemas de pensiones de reparto, como en aquellos que contaban con un componente importante de capitalización. En este último caso, los fondos que concedían pensiones de "prestación definida" han dejado de incluir a nuevos beneficiarios, ofreciendo a los nuevos suscriptores pensiones de "contribución definida" (es decir, estrictamente basadas en las contribuciones realizadas al fondo, y no en los salarios). Así ha sucedido, por ejemplo, en Reino Unido con los fondos de pensiones ocupacionales, muy extendidos en ese país.

En el caso de los sistemas de reparto, el cambio más radical en este sentido de reforzar la contributividad se ha producido en aquellos países que han introducido el sistema de "cuentas nocionales" (Italia, Suecia, Polonia y Letonia) y han

[4] Datos referidos a 2009. Véase el *Anuario de Estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración,* 2009 (www.mtin.es).

abandonado, por tanto, la lógica de la prestación definida, sustituyéndola por la de contribución definida. La introducción de las cuentas nocionales implica que los beneficiarios no obtienen una pensión en función de sus salarios (o sus bases contributivas, que se establecen a partir de sus salarios registrados), sino de sus contribuciones efectivas al sistema (que se van anotando en una "cuenta individual ficticia" y posteriormente, en el momento de la jubilación, se revalorizan en función de determinados criterios).

En lugar de apostar por un cambio estructural, como el de las cuentas nocionales, otros países han optado por perseguir el mismo objetivo de aumentar la proporcionalidad/contributividad de las pensiones o mejorar su ajuste actuarial mediante reformas paramétricas. Para ello han recurrido con frecuencia a incrementar el número de años considerados para calcular la base (reguladora) de la pensión (así, por ejemplo, en Bélgica y Portugal se ha incorporado toda la vida laboral al cálculo de la base de la pensión, algo que ya se hacía en Alemania).

Aparte de estas medidas, otras se han centrado en los mecanismos de actualización de las pensiones. Algunos países han añadido a la fórmula de revalorización de las pensiones "factores de sostenibilidad", que tienen en cuenta la evolución de la esperanza de vida de la población, de tal manera que el factor se reduce cuando se verifican aumentos en esta variable y, por tanto, los datos avalan la expectativa de que las pensiones se pagarán a los beneficiarios durante más tiempo. En el caso de los sistemas con cuentas nocionales, esa actualización basada en la evolución de la esperanza de vida se incorpora al coeficiente por el cual se multiplican las contribuciones realizadas y capitalizadas virtualmente; en otros casos, como Alemania o Portugal, el factor de sostenibilidad se integra en la fórmula de revalorización periódica del importe de las pensiones.

5. Y en España, ¿no se han llevado a cabo reformas del sistema semejantes a las efectuadas en otros países?

Sí se han llevado a cabo reformas en el sistema de pensiones, pero las tendentes a adaptarlo ante la evolución demográfica han sido de bastante menor intensidad que en otros países. De hecho, España es probablemente el Estado miembro de la Unión Europea que ha adoptado menos reformas basadas en criterios de mantenimiento del equilibrio financiero futuro del sistema de pensiones. Como se muestra esquemáticamente a continuación, algunas de las reformas aprobadas han sido comparables a las de otros países europeos en cuanto a la orientación, pero no en cuanto al alcance.

Esas reformas han supuesto fundamentalmente ajustes paramétricos, relativos a las condiciones de obtención de la pensión o al cálculo de su importe. Los parámetros ajustados a través de diversa legislación son los siguientes:

– el periodo de cálculo de la base reguladora de la pensión (es decir, el "historial" de las bases de cotización sobre los salarios que se incluyen a la hora de calcular esa base reguladora): en 1985 este periodo se amplió de los dos a los últimos ocho años cotizados antes de la jubilación; y en 1997, de ocho a quince años; todos los posteriores intentos de extender este periodo han resultado infructuosos;

– el periodo mínimo de cotización exigido para acceder al derecho a la pensión (periodo de carencia): en 1985 se incrementó de diez a quince años; en 2007 se resolvió computar exclusivamente los días efectivos de cotización correspondientes a quince años "reales" (excluyendo los días correspondientes a las pagas extraordinarias, cuya inclusión hasta entonces reducía el periodo de carencia en más de 700 días);

– el retraso voluntario de la edad de acceso a la jubilación más allá de los 65 años: en 2003 se aprobó incentivar la prolongación de la vida laboral mediante una bonificación de un 2 por cien por año, aplicable a la base reguladora de la pensión, en caso de permanecer en el mercado de trabajo una vez cumplidos 65 años (con quince años cotizados; el porcentaje se eleva al 3 por cien cuando el trabajador puede acreditar 40 años de cotización como mínimo, hasta alcanzar la pensión así mejorada un tope que no puede superar la base máxima de cotización anual vigente);

– la elevación de la edad mínima de acceso a la jubilación parcial: se ha retrasado hasta los 65 años en caso de ausencia de contrato de relevo; cuando se verifica su existencia, la edad se retrasa de 60 a 61 años para quienes no cotizaron al sistema de pensiones previo al establecimiento de la Seguridad Social;

– la elevación de la edad mínima de acceso a la jubilación: se ha retrasado de 60 a 61, con el requisito de 30 años cotizados (manteniendo la posibilidad de reducción de la edad de jubilación en grupos con trabajos de naturaleza penosa, peligrosa o insalubre).

Los gobiernos españoles han conjugado la adopción de estas medidas con otras dirigidas a separar progresivamente las fuentes de financiación de las prestaciones contributivas y no contributivas, equiparar las bases máximas de cotización (al objeto de conseguir una mejor relación entre ellas y los salarios reales) y rebajar los coeficientes reductores de la jubilación anticipada en supuestos de cese no voluntario de la relación laboral. Todas estas medidas han venido enmarcadas en el gran proyecto de mantener el poder adquisitivo de las pensiones y mejorar las pensiones mínimas (entre 2000 y 2008 algunas de estas pensiones mínimas de jubilación se revalorizaron en más de un 50 por cien en términos nominales; y algunas pensiones mínimas de viudedad, en más de un 90 por cien).

A través de esta política de combinación de "palos y zanahorias", la contribución de los gobiernos a crear una conciencia social de la necesidad de adaptar el sistema de pensiones al proceso de envejecimiento de la población ha sido más bien escasa y ambigua. Por ejemplo, tratar de ajustar actuarialmente el sistema, pero revalorizar adicionalmente las pensiones mínimas (que lo son en virtud de las escasas contribuciones efectuadas al sistema) resulta contradictorio. Ambos objetivos pueden ser legítimos, incluso simultáneamente legítimos, pero lo que no parece razonable es que sus distintas lógicas no se distingan en el discurso público de justificación de las reformas.

6. ¿No podemos confiar en aumentos de la productividad y en la inmigración para resolver el problema de financiación de las pensiones?

Esta confianza sería no sólo arriesgada, sino, según muchos expertos, desacertada. Ciertamente, en ocasiones se ha apuntado que la solución a las previsibles dificultades futuras de financiación de las pensiones podría residir en el aumento de los salarios a través de su ganancia en productividad y, en consecuencia, en la afluencia de ingresos crecientes a la Seguridad Social. La expectativa se funda en la convicción razonable de que en España existe bastante margen para la mejora de la productividad si se elevan los niveles educativos y de cualificación de la población activa. Ocurre, sin embargo, que, de mantenerse el sistema de pensiones de prestación definida, el aumento de la productividad y el correspondiente incremento de los salarios se traduciría en aumentos de las bases reguladoras de las pensiones y, por tanto, en pensiones de mayor cuantía. El aumento de la productividad podría así retrasar el problema de la solvencia financiera en tanto cotizaciones basadas en mejores salarios financiaran pensiones basadas en peores salarios, pero la situación volvería a deteriorarse a no ser que los aumentos de la productividad, y los salarios, fueran continuos.

Un efecto parecido cabe predicar de la inmigración. Los inmigrantes, en la medida en que han engrosado los efectivos de cotizantes a la Seguridad Social, han contribuido significativamente durante la última década al aumento de ingresos del sistema. Pero a través de sus cotizaciones también han ido generando derechos de pensión. Es probable que una parte importante de estos inmigrantes decida pasar su vejez en España y cobre aquí sus pensiones de jubilación; otros retornarán, pero si han cubierto el periodo de carencia también reclamarán sus derechos. Es más, cabe pensar que cuando cumplan el periodo mínimo de acceso al derecho de pensión y la condición de carencia cualificada (según la legislación vigente, dos años dentro de los quince anteriores al momento de causar derecho), se reducirán sus incentivos para seguir trabajando en España, ya que, dependiendo del país al que retornen, con la pensión que obtengan cuando cumplan la edad de jubilación tendrán suficiente para vivir desahogadamente.

La evidencia disponible y los argumentos que han desarrollado quienes se han planteado específicamente esta cuestión[5] coinciden en que la inmigración representa un expediente coyuntural al problema de las pensiones. Como la productividad, la inmigración –aun estimando crecimientos de población joven no inmigrante superiores a los que se han verificado desde el fin del *baby boom*– sólo se podría convertir en un instrumento de garantía financiera del sistema si las entradas crecieran a un ritmo seguramente insostenible para cualquier sociedad.

[5] Véanse, por ejemplo, Alonso y Herce (2003) y Conde-Ruiz, Jimeno y Valero (2008).

7. ¿Ha sido el Pacto de Toledo un buen instrumento de reforma de la política de pensiones española?

No es fácil responder a esta pregunta de manera categórica. En un momento en el que la política de pensiones amenazaba convertirse en la principal arma de lucha electoral, el Pacto de Toledo, que el Congreso de los Diputados aprobó en 1995, contribuyó a introducir racionalidad en el debate, a sosegarlo y crear confianza entre la población respecto a la voluntad política de mantener el sistema público de pensiones. El Pacto, renovado parlamentariamente en 2003, apuesta por mantener un sistema de reparto, basado en las contribuciones y de prestación definida, en el que las prestaciones de naturaleza contributiva y no contributiva se financien mediante cotizaciones e impuestos generales, respectivamente . El análisis de las quince recomendaciones que incluía el Pacto en su versión de 1995 ya permitió en su día conjeturar su carácter problemático, toda vez que éstas resultaban a veces escasamente precisas y, en conjunto, trataban de dar satisfacción a todas las fuerzas políticas y los agentes sociales que respaldaban el documento. El texto del Pacto anticipaba, por tanto, acuerdos de pensiones transaccionales, de objetivos múltiples y quizá encontrados, conducentes a arreglos equilibrados y dificultosos[6].

Quince años después de la aprobación del Pacto de Toledo, se aprecia con claridad que las reformas aprobadas bajo su vigencia no han contribuido de manera significativa a mejorar las cuentas a largo plazo de la Seguridad Social, como sí lo hizo la reforma de las pensiones aprobada en 1985, durante el primer Gobierno de Felipe González. La primera reforma consensuada bajo el Pacto, la de 1997, pudo concebirse como continuación de la de 1985, toda vez que aumentó el periodo de cálculo de la base reguladora de las pensiones y permitió vislumbrar futuros avances en este aspecto, pero en sí misma contribuyó sólo muy moderadamente a la contención del gasto en pensiones; también muy moderada fue su contribución a reducir el desfase actuarial del sistema de pensiones, concentrando este efecto sobre todo en el régimen general de la Seguridad Social (precisamente el menos desajustado actuarialmente)[7].

En cuanto a las medidas de reforma orientadas hacia el retraso de la edad efectiva de jubilación, su efecto también ha sido tenue y, en cierta medida, responde no sólo a los nuevos incentivos incorporados, sino también al hecho de que el aumento de los niveles educativos de quienes se aproximan a la jubilación actúa en el mismo sentido de retrasar la jubilación[8].

En cambio, la eficacia del Pacto como símbolo político ha sido extraordinaria. En rigor, el Pacto no despolitizó las pensiones, sino que las repolitizó, sentando su discusión sobre otras bases políticas. Confinó el debate "legítimo" sobre las pensiones a una comisión parlamentaria, prácticamente estigmatizando como irrelevante el debate público fuera de ella. Bien intencionado y probablemente respaldado por voluntades y esfuerzos convencidos de su utilidad, el Pacto se convirtió en un paraguas protector, empuñado con firmeza por toda la clase política y los agentes sociales, frente a las reiteradas advertencias desde diferentes organismos e instituciones que apuntaban la necesidad de introducir reformas ante el previsible desequilibrio de las cuentas de la Seguridad Social. El coste electoral de reformar las pensiones se redujo a costa de aumentar el coste electoral de salirse del Pacto, de quedar excluido de él.

El problema del Pacto reside probablemente en el empeño político de convertirlo en un expediente necesario, de obviar el carácter contingente de arreglos semejantes que han podido ser de indudable utilidad en determinados momentos. Su fragilidad se puso de manifiesto cuando el Gobierno español, acuciado por la presión internacional, anunció el 29 de enero de 2010 medidas de reforma del sistema de pensiones sin que previamente hubieran sido acordadas en el seno de la comisión parlamentaria no permanente de seguimiento y evaluación de los acuerdos del Pacto. El Gobierno las presentó posteriormente ante esta comisión, cuyo apoyo espera conseguir antes de tramitar legislativamente las propuestas. Si no lo obtuviera, tendría que recurrir a su aprobación por decreto, como ya hizo con la reforma laboral. A la altura del verano de 2010, la comisión parlamentaria se encuentra

[6] Véase Pérez-Díaz, Chuliá y Álvarez-Miranda (1995).

[7] Al respecto véanse Alonso y Herce (2003) y Bandrés y Cuenca (1998).

[8] Véase el capítulo V de Garrido y Chuliá (2005).

ante un dilema: si respalda las reformas que previamente no ha consensuado, pondrá en cuestión su utilidad funcional; si no las respalda y el Gobierno, no obstante, las saca adelante, pondrá de manifiesto su inanidad.

8. ¿Por qué hay tanta resistencia a la reforma de las pensiones?

Todas las reformas que implican costes sociales provocan resistencia. Cuando los costes se concentran en determinados colectivos, suelen suscitar resistencias concentradas, pero cuando, por temor a reacciones adversas, no se especifica el tipo de costes que cabe esperar de la aplicación de una reforma, la resistencia es general y puede ser intensa. Un temor semejante ha estado muy presente en los partidos políticos españoles, conscientes del castigo electoral que podrían arrastrar propuestas de reforma de las pensiones que se tradujeran en costes para los actuales o futuros pensionistas, más todavía si éstas se anunciaban en un periodo de bonanza económica y superávit financiero de la Seguridad Social como ha sido el de la última década.

Históricamente se han documentado casos de pequeñas comunidades políticas cuyos responsables públicos toman decisiones teniendo en cuenta cómo afectarán a un número determinado de generaciones próximas[9]. Nada de eso ocurre en las democracias contemporáneas, cuya sujeción al ciclo electoral explica la dificultad de abordar reformas con costes políticos inmediatos y beneficios en el largo plazo. Ahora bien, a pesar de estas limitaciones inherentes a los sistemas democráticos, en los últimos tiempos se han introducido reformas de los sistemas de pensiones de considerable calado en viejas y nuevas democracias europeas. Las actitudes de la población acerca de los principios que deben regir los sistemas de bienestar público pueden explicar las preferencias individuales por un tipo u otro de reforma de las pensiones, pero a nivel agregado –teniendo, además, en cuenta que estas reformas se han llevado a cabo en países con regímenes de bienestar bien distintos y, por tanto, en sociedades con actitudes sobre estas cuestiones muy diferentes– parece más plausible ligar causalmente el respaldo a las reformas con el nivel de conocimiento del problema que éstas pretenden combatir. Expresado en términos muy sencillos, los ciudadanos estarán dispuestos a moderar su resistencia a reformas que impliquen para ellos costes significativos en la medida en que consideren justificados estos últimos[10].

Datos de diferentes encuestas han puesto de relieve un notable desconocimiento de la sociedad española respecto a lo que se ha dado en llamar "el problema de las pensiones". Es evidente que los numerosísimos informes y análisis sobre el futuro del sistema de pensiones no han llegado al gran público. Las razones pueden ser varias, pero una importante reside en el hecho de que los medios de comunicación españoles, en este como en otros tantos temas, basan la cobertura periodística de la actualidad en las palabras de los actores políticos, y éstos no han mostrado mucho interés en informar sobre la cuestión. Una copiosa información accesible a través de páginas web de gran calidad ofrecidas por la Seguridad Social y el Congreso ha permitido en los últimos años hacer un seguimiento detallado de las estadísticas de las pensiones y los debates en la ya citada comisión parlamentaria de seguimiento del Pacto de Toledo, pero la opinión pública española ha permanecido de espaldas a esta realidad, alimentándose, en gran medida, de las declaraciones puntuales que sobre la cuestión realizaban representantes políticos, sindicales y empresariales, y obviando a los expertos.

Los ciudadanos parecen haber adoptado una actitud un tanto fatalista: sospechan que, cuando accedan a la jubilación, no cobrarán pensiones del nivel de las actuales; tratan por ello en la medida de sus posibilidades de complementar privadamente esa pérdida esperada de ingresos (a través de la adquisición de activos inmobiliarios y financieros, entre ellos fondos de pensiones) y, sin renunciar a reivindicar sus derechos de pensión, conciben como una suerte de mal endémico la falta de responsabilidad de los políticos españoles[11].

Atenuar la resistencia social a la reforma de las pensiones exige informar mejor a la población no sólo de la situación actual del sistema, sino de sus probables perspectivas a corto, medio y largo

[9] Willetts (2010) refiere concretamente el caso de algunas tribus indias.

[10] Por ejemplo, Alonso (2007), basándose en los datos de Boeri, Börsch-Supan y Tabellini (2001), según los cuales los entrevistados más informados sobre el modo de financiación y las particularidades de los sistemas de pensiones de reparto son más favorables a las reformas.

[11] Véase el capítulo 4 de Analistas Financieros Internacionales (2009).

plazo, ampliar su cultura financiera, y también aceptar las críticas por no haber propiciado un debate amplio y serio sobre medidas de reforma que ahora la presión internacional obliga a aprobar.

9. ¿Cómo habría que reformar el sistema público de pensiones?

Cualquier reforma del sistema de pensiones debería partir de la evidencia de que muchas de las pensiones actuales, por generosas que resulten en relación a las contribuciones en su día efectuadas por quienes hoy las cobran, son bastante reducidas. No extraña que, en las estadísticas internacionales, los españoles mayores de 65 años registren una tasa de riesgo de pobreza más alta (28 por cien) que la media europea para el mismo grupo de edad (UE-27: 19 por cien), si bien con frecuencia se pasa por alto que estos datos no consideran las rentas imputadas por residencia propia[12]. El elevado porcentaje de jubilados españoles que residen en viviendas de propiedad (según el Panel de Hogares de la Unión Europea de 2001, el 87 por cien de los hogares españoles en los que la persona de referencia tiene 65 o más años figuran bajo el régimen de tenencia de propiedad), la mayor parte de ellas completamente pagadas, exige matizar la apreciación sobre los riesgos de pobreza entre los mayores. De hecho, cada vez parece más claro que, en nuestros días, el riesgo de pobreza en España no afecta tanto a los mayores como a los jóvenes[13].

El sistema público de pensiones constituye actualmente un elemento esencial de la autonomía y el bienestar de muchos mayores. Este es un logro justo del que la sociedad española no puede menos que sentirse orgullosa, sobre todo porque los jubilados de hoy pertenecen a unas generaciones cuyas biografías difieren notablemente de las de quienes nacieron sólo unas décadas después. Muchos de ellos padecieron durante la infancia y la juventud penurias y tuvieron en mucha mayor medida experiencias tempranas de pérdida de padres y hermanos; pocos pudieron satisfacer sus deseos de formación educativa; la mayoría comenzó a trabajar muy tempranamente y en condiciones que hoy resultan difíciles de imaginar, y aunque a menudo no cotizaron por los primeros años de su carrera laboral, los años en los que sí lo hicieron superan sobradamente en número a los establecidos por el sistema de pensiones como máximo (35 años). La "generosidad" de las actuales pensiones debería interpretarse como un tributo a esa generación.

Hay, pues, razones muy sólidas para mantener el poder adquisitivo de las pensiones de los actuales jubilados y para justificar ante jóvenes y adultos que, por razones de justicia histórica, el coste de la reforma no debe recaer sobre todos por igual. De ahí que la política de suspender regularmente la revalorización de las pensiones ya causadas bien para solventar problemas de caja, bien para emitir señales de ajuste fiscal, es seguramente de las más injustas que cabe imaginar.

Una vez establecida esta premisa, también es importante tener en cuenta que la reforma de las pensiones no puede afectar a toda la población empleada por igual. Concretamente tiene que estar diseñada de tal forma que afecte en menor medida a quienes se hallen más próximos del acceso a la jubilación, y que sus medidas se introduzcan muy gradualmente para dar tiempo a ajustar comportamientos de consumo y ahorro a quienes todavía pueden hacerlo.

Una tercera decisión de principio afecta al carácter de las reformas. Pueden concebirse como piezas de un proceso permanente, o como un arreglo institucional estable en el tiempo. El Pacto de Toledo y la política de pensiones que se ha llevado a cabo bajo su paraguas desde 1995 han respondido a la primera opción. Los riesgos que ella entraña son varios: por una parte, el riesgo técnico, consistente en la posibilidad de que la "ingeniería de las pensiones" adquiera tal grado de dificultad como consecuencia de las inserciones y modificaciones recurrentes, que se haga prácticamente ininteligible para los no expertos; por otra parte, el riesgo político, consistente en la posibilidad de que un proceso permanente de reformas aumente los costes de transacción, entre otras razones porque cada nueva modificación dependa de la coyuntura política; finalmente, y ligado a los dos anteriores, el riesgo de legitimidad social, por el cual la población pierde confianza en el sistema como resultado de su permanente modificación y la complejidad que acompaña al proceso. Una reforma diseñada para ser estable en el tiempo será más contundente en conjunto, probablemen-

[12] Los datos se encuentran publicados en Eurostat (2010).

[13] Así, por ejemplo, el último Informe FOESSA (2010) ha puesto de manifiesto que en los últimos años los hogares en los que reside algún jubilado se han contado entre los más protegidos frente a la crisis.

te también más arriesgada y menos flexible a la corrección, pero puede diseñarse de tal manera que quede libre de los tres riesgos señalados.

Referentes empíricos de estos dos grandes modelos de reforma pueden encontrarse en Alemania y Suecia. Ambos modelos de reforma de las pensiones refuerzan la lógica del seguro y pretenden diversificar riesgos (combinando reparto y capitalización), pero mientras Alemania ha mantenido el sistema de reparto y prestación definida (si bien con una reducción muy considerable del nivel de las prestaciones), retrasando la edad de jubilación y ajustando la fórmula de cálculo de las pensiones para que tenga en cuenta la evolución de la economía y la demografía e incentivando las pensiones capitalizadas, Suecia ha transitado hacia un sistema de cuentas nocionales, por tanto de contribución definida, abandonando el reparto puro para capitalizar obligatoriamente, en fondos públicos o privados, una parte de las contribuciones y garantizando asimismo una pensión básica o mínima de jubilación universal.

Hasta donde se conocen las propuestas del Gobierno español, parecen inclinarse más hacia el modelo alemán que hacia el sueco. Sería, no obstante, deseable que, antes de embarcarse en esta reforma, los responsables de adoptar las decisiones políticas llegaran a la conclusión de que este modelo de reforma es "preferible" a la alternativa diseñada e implantada en Suecia, cuyos gobiernos fueron capaces de introducir en los años noventa importantes reformas estructurales consensuadas del sistema de protección social en previsión de futuros déficit. Ciertamente, por buenas que se revelen en el corto plazo, las iniciativas de reforma diseñadas para unos países no son directamente trasladables a otros; ahora bien, tampoco deben ser *a priori* descartadas, sino sólo después de estudiar los efectos de diverso tipo que tendría su adopción completa o parcial[14].

10. ¿Qué consecuencias podría tener seguir aplazando las reformas?

La reforma de las pensiones, como la del mercado laboral y la del sistema financiero, se han convertido en elementos clave no sólo de la credibilidad internacional de la economía española, sino también de su sistema político. A lo largo del año 2010, España ha atraído los focos de analistas y medios de comunicación internacionales, extendiéndose a la opinión pública europea la información sobre la que muchos expertos nacionales y extranjeros venían llamando la atención desde años atrás: mientras otros países europeos con indicadores macroeconómicos tradicionalmente más equilibrados emprendían reformas estructurales socialmente costosas en sus mercados de trabajo y sus sistemas de protección social, España, al reconfortante calor del crecimiento económico, apenas se planteaba la necesidad de estas reformas.

En materia de pensiones, desde la aprobación del Pacto de Toledo en 1995 los Gobiernos españoles se han mostrado prácticamente impermeables a las advertencias de expertos nacionales y organismos internacionales. El "método abierto de coordinación" aplicado a la política de pensiones en el marco de las instituciones europeas ha obligado a los Estados miembro a proveer información periódica y rendir cuentas, marcando sólo grandes objetivos (concretamente, los que encierra el lema de "pensiones adecuadas y sostenibles"). La introducción de reformas concretas se ha dejado al arbitrio de los gobiernos nacionales y éstos han demostrado en este tema un compromiso y una firmeza muy variables.

En este contexto, la crisis de la deuda pública griega en la primavera de 2010 ha puesto de manifiesto la opción de Europa por la seguridad colectiva y la responsabilidad compartida, pero también las reticencias de algunas sociedades nacionales a pagar por comportamientos poco responsables de sus vecinos. A nadie debería extrañar que en el futuro, si un país afronta problemas de financiación de sus pensiones que se podrían haber resuelto, o cuando menos atenuado, mediante reformas que otros países sí han adoptado, la disponibilidad de estos últimos a respaldar a los primeros sea escasa. En otras palabras, no cabe contar con que los gobiernos y los ciudadanos de aquellos países que han asumido los costes de reformas subsanen comportamientos poco responsables de gorroneo (*free riding*) y riesgo moral (*moral hazard*) de otros países cuyas elites políticas hayan disimulado los problemas o cuyos contribuyentes hayan declinado sufrir costes o sacrificios.

La demora de la reforma de las pensiones ya no es aceptable. En España se ha perdido un tiempo precioso, como algunos titulares de la prensa

[14] Diversos estudios han valorado cómo afectaría la adopción del modelo sueco al sistema de pensiones español. Véanse, por ejemplo, Vidal-Meliá y Domínguez-Fabián (2005) y Boado-Penas (en prensa).

internacional han subrayado; se han desaprovechado muchos esfuerzos, se ha confundido a la opinión pública con mensajes que desdibujaban los problemas, los simplificaban y amonestaban a quienes advertían sobre ellos… Todo eso es cierto, pero en estos momentos lo que importa es comenzar la segunda década del siglo XXI con programas que susciten confianza porque estén asentados sobre bases técnicas fiables. De la tardía reforma del sistema de pensiones cabe sacar ventaja si se diseñan medidas que, sin abandonar los principios fundamentales que han informado el desarrollo de los Estados del bienestar europeos, diluyan efectivamente los temores de inviabilidad financiera del sistema de pensiones y, de esta manera, aseguren su continuidad adaptada.

Bibliografía

Alonso Meseguer, J. (2006), "La contributividad y el desequilibrio actuarial de las pensiones de jubilación en España", *Panorama Social*, 4.

Alonso Meseguer, J. (2007), "La política y las pensiones vs. la política de pensiones en España", *Papeles de Economía Española*, 113: 253-264.

Alonso Meseguer, J. y J. A. Herce (2003): "Balance del sistema de pensiones y *boom* migratorio en España. Nuevas proyecciones del modelo MODPENS a 2050», *Documento de Trabajo* 2003-02, FEDEA, Madrid.

Analistas Financieros Internacionales (Afi) (2009), *Los retos socioeconómicos del envejecimiento de la población*, informe realizado para UNESPA, bajo la dirección de Herce San Miguel, J. A. y J. L. Fernández Pérez (www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf).

Bandrés, E. y A. Cuenca (1998), "Equidad intrageneracional en las pensiones de jubilación. La reforma de 1997", *Revista de Economía Aplicada*, 18: 119-140.

Boado-Penas, M. C. (2010, en prensa), *Instrumentos para mejorar la equidad, transparencia y sostenibilidad de los sistemas de pensiones de reparto*, Madrid, FUNCAS.

Conde-Ruiz, J. I.; Jimeno, J. F. y G. Valera (2008), "Inmigración y pensiones: ¿Qué sabemos?, *Cuadernos Económicos de ICE,* 75: 249-270.

Durán Heras, A. y M. T. Quílez (2010), "Sistemas de pensiones en Europa", *Cuadernos de Información Económica,* 215: 45-50.

Eurostat (2010), "Living conditions in 2008. 17% of EU27 population at risk of poverty. Higher risk of poverty among children and elderly", *Newsrelease* 10/2010 (18-1-2010).

Fundación FOESSA (2010), *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*, Madrid, Fundación Foessa.

Garrido, L. y E. Chuliá (2005), *Ocupación, formación y el futuro de la jubilación en España,* Madrid, CES.

Pérez-Díaz, V.; Chuliá, E. y B. Álvarez-Miranda (1995), "El Pacto de Toledo: un punto de partida problemático", *Economistas,* 68: 49-54.

Vidal-Meliá, C. e I. Domínguez-Fabián (2005), "The Spanish Pension System: Issues of Introducing Notional Defined Contribution Accounts", *Public Economics* 0504006, EconWPA.

Willetts, D. (2010), *The Pinch: How the Baby Boomers Took Their Children's Future – and Why They Should Give it Back*, Londres, Atlantic Books.

Salida del mercado de trabajo y estratificación social. Los determinantes de la edad de jubilación en España♦

JONAS RADL*

RESUMEN

El probable retraso de la edad legal de jubilación en España, de 65 a 67 años, plantea diferentes cuestiones, entre las cuales cabe destacar la de cómo afectará semejante cambio a los diferentes grupos de empleados y asalariados. El análisis que se presenta en este artículo pone de manifiesto la existencia de grupos con diferentes grados de vulnerabilidad ante una reforma consistente en alargar el periodo de la vida laboral. Los profesionales, y en particular los que cuentan con niveles de cualificación más elevados (la "clase de servicio alta"), se verán previsiblemente menos afectados por el retraso de la edad de jubilación, tanto porque afrontan un menor riesgo de expulsión del mercado de trabajo, como porque encuentran en el sistema de pensiones incentivos para alargar su carrera de cotización.

1. INTRODUCCIÓN

El Gobierno español propuso a principios de 2010 elevar la edad de jubilación de 65 a 67 años. Conforme a esta propuesta, la reforma se introduciría a partir de 2013 a un ritmo de dos meses por año, de tal manera que en 2025 la edad de jubilación alcanzara ya 67 años. El principal objetivo de la reforma radica en la contención del crecimiento del gasto en pensiones, pero la pregunta clave es si el mercado de trabajo español será capaz de retener a los trabajadores mayores, empleándolos durante más tiempo que en la actualidad. El propósito de este artículo consiste en analizar los posibles efectos del retraso de la edad de jubilación en diferentes grupos de trabajadores.

Si el plan del Gobierno se lleva finalmente a la práctica, España seguiría el ejemplo de otros países como Alemania, Reino Unido y Suecia, que ya han decidido elevar la edad de jubilación para calcular el importe de las pensiones que perciben los jubilados. Esta nueva tendencia de la política social pone en entredicho los instrumentos de jubilación anticipada, durante años tan populares, pero hoy cada vez más desacreditados (Ebbinghaus 2006b).

Sin duda, el cambio de este parámetro provee a los sistemas de pensiones de una base financiera más sostenible ante el envejecimiento de la población. Pero, como han puesto de manifiesto diversos autores, la aplicación de semejantes medidas restrictivas del gasto proyecta sombras sobre el objetivo de ofrecer a los jubilados pensiones "adecuadas" y puede verosímilmente producir un aumento de la desigualdad en la vejez y de la exclusión social (Ebbinghaus 2006a; Viebrok *et al.* 2004). En particular, los expertos han advertido de los nuevos riesgos sociales que surgen a edades avanzadas como consecuencia del efecto combinado de la fragmentación de las carreras laborales y el retroceso de los Estados del bienestar (De Vroom y Bannink 2008; Taylor-Gooby 2004). Parece probable que emerjan nuevos patrones de desigualdad social, toda vez que los recortes de las prestaciones sociales afectarán negativamente a las futuras generaciones de pensionistas con biografías laborales menos continuas. La situación económica de los pensionistas y especialmente de

♦ Traducción del original en inglés de Elisa Chuliá.

* Instituto Universitario Europeo de Florencia (Jonas.Radl@EUI.eu).

los grupos más desfavorecidos, como las mujeres, los trabajadores poco cualificados y los inmigrantes, amenaza con precarizarse si la jubilación anticipada se penaliza duramente en circunstancias en las que los trabajadores no sean capaces de mantener sus puestos o permanecer durante más tiempo en el mercado de trabajo.

Estos son los perfiles del problema que en este artículo se toma como punto de partida para analizar las pautas de salida del empleo en España. En principio, los individuos pueden evitar pérdidas de pensión producidas por la elevación (o el retraso) de la edad de jubilación trabajando más tiempo. Lógicamente, la condición necesaria es permanecer empleado. Por tanto, la pregunta crucial que se formula en este artículo es la siguiente: ¿Cabe identificar grupos de trabajadores que probablemente tengan más dificultades para adaptarse a la nueva política de pensiones? Mediante un análisis basado en criterios de clase se identificarán las ocupaciones más vulnerables, es decir, aquellas en las que resulte más probable que los trabajadores tengan que jubilarse antes.

La proyección que se presenta aquí se basa en las regularidades empíricas observadas en el pasado, utilizando para ello la Encuesta de Población Activa (EPA). A diferencia de gran parte de los estudios previos sobre jubilación en España, este análisis incluye a las mujeres y examina expresamente las diferencias de género respecto a la edad de salida (definitiva) del mercado de trabajo. Hasta qué punto el comportamiento de jubilación de las mujeres difiere del de los hombres es, por tanto, otra de las pregunta centrales a las que este artículo intenta dar respuesta.

Las transiciones a la jubilación tienen lugar en el contexto de un marco institucional y estructural complejo. De ahí que, como contextualización de las preguntas de investigación, resulte útil describir las principales características del mercado de trabajo español en la siguiente sección. A continuación de ella se trazarán los rasgos institucionales más relevantes del Estado del bienestar español que afectan a trabajadores mayores y pensionistas, exponiendo los diversos incentivos que crea el sistema de pensiones para la jubilación anticipada y el tipo de protección social que la legislación laboral ofrece a los empleados. A partir de estos argumentos se formulará, ya en la quinta sección, un conjunto de hipótesis sobre las pautas de estratificación social que cabe esperar de los análisis empíricos. Después se esbozarán los métodos utilizados para analizar los datos, se presentarán una serie de resultados descriptivos y se discutirán los hallazgos aplicando un análisis de historia de acontecimientos (*event history analysis*) (Bernardi 2006) respecto de los factores de riesgo relacionados con el momento de la jubilación. En la última sección se resumirán los resultados obtenidos y se identificarán los efectos que la planeada reforma de la edad de jubilación en España puede tener sobre colectivos específicos del mercado de trabajo.

2. Mercado de trabajo y cambio estructural

Durante las últimas décadas, España ha experimentado un cambio social más rápido que otros países de su entorno. Cada nueva cohorte de edad ha adquirido un nivel educativo más elevado que la previa, traduciéndose esta pauta en un acceso más tardío al primer empleo (Garrido y Chuliá 2005). Dada la velocidad del cambio estructural y de la expansión educativa "se puede argumentar que España se ha desplazado casi directamente de una sociedad agrícola a una sociedad postindustrial" (Bernardi y Garrido 2006: 122). No obstante, el perfil educativo de la población activa española sigue siendo bajo, comparado con el de muchas otras sociedades con parecido nivel de desarrollo económico. El mercado de trabajo español también se caracteriza por una elevada proporción de autónomos y pequeños empresarios. Asimismo, la participación de las mujeres en él es todavía baja según estándares internacionales, aun cuando ha aumentado muy notablemente en los últimos años y continúa creciendo.

En el contexto de Europa occidental, la expansión económica española, que se prolongó desde mediados de los años noventa hasta la recesión actual, ha resultado muy llamativa. Pero este modelo económico, basado en mano de obra de relativamente bajo precio, muestra fragilidad en circunstancias cada vez más propicias para desplazar la producción industrial a países en desarrollo cuya normativa social y ecológica es menos exigente. Por otra parte, el considerable peso que la construcción y el turismo adquieren en el Producto Interior Bruto nacional se ha revelado particularmente problemático en tiempos de recesión económica. Las anteriores crisis de empleo que sufrió España entre 1988 y 1985, y entre 1991 y 1994 pusieron en evidencia la doble naturaleza del mercado de trabajo español: mientras los *insiders*

mejor educados resistieron bien las presiones del mercado de trabajo, un gran número de *outsiders* perdieron sus empleos (Garrido y Chuliá 2005).

La legislación laboral española ha destacado tradicionalmente por su marcado carácter protector y continúa figurando entre las más estrictas de la OCDE, tal como recoge uno de los principales informes sobre envejecimiento y políticas de empleo publicados por esta institución (OECD 2006: 72). Mientras las condiciones de entrada en el empleo fijo han sido sometidas a una drástica flexibilización (Lessenich 1996: 155; Martínez Pastor *et al.* 2009; Polavieja 2005), la seguridad en el empleo de los trabajadores mayores se ha mantenido muy estable. Así, por ejemplo, en los contratos regulares el despido obligatorio se indemniza con 45 días por año. Los empresarios que despiden a trabajadores mayores de 55 o más años por reestructuración de la empresa han de continuar pagando las cotizaciones sociales correspondientes a la pensión de jubilación hasta que los despedidos alcanzan los 61 años. Las curvas de edad-salario muestran una pendiente acusada en comparación con las de otros países, indicando de este modo la importancia que la antigüedad adquiere en la remuneración (OECD 2006: 66). En 1997 se introdujo la posibilidad de contratar a personas pertenecientes a grupos vulnerables bajo condiciones menos favorables para ellos. Como consecuencia de diversas medidas de reforma para incentivar el empleo, también se han reducido las cotizaciones a la Seguridad Social para trabajadores mayores de 45 años (OECD 2003: 60).

3. Pensiones e incentivos para la jubilación

En 1967, tras la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social, el esquema de regímenes sustituyó al sistema corporatista fragmentado de las mutualidades. El Régimen General de la Seguridad Social (RGSS) cubre ahora al grueso de los empleados por cuenta ajena en el sector privado y en buena parte del sector público, mientras que algunos grupos de ocupaciones se integran en diferentes regímenes especiales (Maldonado 2002: 393-419). En 1995, diez años después de la primera reforma de calado del sistema público de pensiones, el denominado "Pacto de Toledo" se convirtió en una suerte de programa consensuado por los partidos políticos y los agentes sociales para efectuar cambios progresivos e incrementales ("paramétricos") que aseguraran la continuidad del sistema de la Seguridad Social (Alarcón 1998; Chuliá 2000). Entre estas propuestas de reforma, quizá la que más haya avanzado en las dos últimas décadas sea la que establece la separación entre los elementos contributivos y no contributivos del sistema, de tal forma que la financiación de unos y otros se realice a través de distintas fuentes: las cotizaciones sociales, en el caso de las prestaciones contributivas; y los impuestos generales, en el caso de las pensiones no contributivas y los complementos por mínimos.

El sistema de pensiones español concede mucho peso al periodo que comprende los quince años previos a la jubilación. El nivel de las cotizaciones sociales (en función de bases de cotización dependientes del nivel salarial) determina la base reguladora para el cálculo del importe de la pensión. Los otros dos elementos principales de la fórmula de cálculo de la pensión son el número total de años cotizados y la edad de jubilación. Una persona que se jubila a la edad de 65 años tiene derecho a la mitad de su base reguladora si ha contribuido quince años a la Seguridad Social (dos de los cuales necesariamente incluidos en los quince previos al momento de la jubilación). Por cada año adicional entre los 15 y 25 años cotizados, la base reguladora aumenta tres puntos porcentuales; y por cada año por encima del vigésimoquinto, dos puntos porcentuales hasta llegar al 100 por cien con 35 años cotizados.

La reforma de las pensiones aprobada en 2002 introdujo incentivos importantes a la prolongación del trabajo en la última fase de la carrera laboral, estableciendo (con algunas modificaciones incorporadas en una reforma aprobada en el verano de 2006) el esquema actualmente vigente de factores de ajuste a la edad de jubilación. Según este esquema, las pensiones de los trabajadores que se jubilan antes de los 65 años se reducen entre un 6 y un 8 por cien por cada año anticipado, dependiendo del número de años cotizados[1]. De acuerdo con la propuesta que el Gobierno ha lanzado a principios del año 2010 de

[1] La nueva legislación viene a trasladar a las cohortes más jóvenes las reglas vigentes hasta ese momento para los trabajadores mayores que contribuyeron al sistema de mutualidades previo al establecimiento de la Seguridad Social en 1967. Como antes de 2001 el factor de ajuste en el RGSS estaba fijado en un 8 por cien, la reforma de 2001 ha aumentado los incentivos para la jubilación anticipada, aunque mejorando la equidad actuarial. Con todo, la penalización reducida sigue siendo considerablemente elevada respecto a la que se aplica en otros sistemas de pensiones.

retrasar la edad de jubilación a los 67 años, estos porcentajes de penalización se mantendrían en el futuro, sólo que la referencia se desplazaría de los 65 a los 67 años. Si la edad de jubilación efectiva de un trabajador se mantuviera constante, el proyectado retraso de la edad de jubilación podría suponer una reducción de la pensión de entre 12 y 16 por cien de la base reguladora.

El cuadro 1 muestra cómo varía el nivel de las pensiones en función del número de años cotizados y la edad efectiva de jubilación. Se aprecia claramente que el sistema se desvía notablemente del principio de equivalencia contributiva. Por ejemplo, un trabajador que se jubila a los 61 años, después de haber cotizado 40 años al sistema, recibe una pensión más baja que un trabajador que se jubila a los 65 tras haber cotizado 25 años, aunque la retribución previa a la jubilación (y, por tanto, el importe de las cotizaciones) de ambos sea idéntica. Así pues, el sistema de pensiones penaliza a los trabajadores que entran temprano en el mercado de trabajo, toda vez que los costes de salir de él antes de los 65 son elevados para todos los trabajadores.

Las reformas efectuadas en los últimos años establecen asimismo que, por cada año trabajado más allá de los 65, el porcentaje aplicado a la base reguladora de los trabajadores con al menos 35 años de cotizaciones aumenta dos puntos porcentuales. Las cotizaciones a la Seguridad Social de los trabajadores mayores de 60 años con más de cinco años de antigüedad en la empresa también se reducen en un 50 por cien, y a partir de ese punto disminuyen gradualmente hasta quedar completamente suprimidas cuando llegan a los 65 años. Por otra parte, mientras disminuyen las cotizaciones que aportan los empresarios por trabajadores de más de 55 años, mejoran las condiciones para la jubilación parcial a través de mecanismos más flexibles que permiten combinar la pensión y el ingreso por trabajo (Desdentado y Durán 2003)[2].

En general, las pensiones contributivas están topadas en un umbral máximo de 34.526 euros anuales (2010); pero no sólo lo están por arriba, sino también por abajo para que no caigan por debajo de un mínimo. Este nivel mínimo ha aumentado considerablemente en años recientes. La pensión contributiva de jubilación mínima, con 65 años y sin cónyuge a cargo, asciende a 8.229 euros anuales en 2010[3]. Además de las pensiones contributivas, el sistema de la Seguridad Social reconoce pensiones no contributivas, sujetas a prueba de comprobación de medios, para personas mayores de 65 años o incapacitadas mayores de 60 años que no reúnen las condiciones legalmente establecidas para acceder a una pensión contributiva. En 2010, la prestación no contributiva por jubilación e invalidez ascendía a 4.756 euros anuales.

Hasta 2001, los convenios colectivos suscritos entre los agentes sociales podían incluir la jubilación obligatoria a los 65 años. Desde esa fecha se han eliminado las cláusulas de jubilación obligatoria en estos documentos. Sin embargo, los acuerdos entonces efectivos rigen hasta que prescriban (Hernández 2005).

Las pensiones privadas, tanto del sistema individual como del sistema de empleo, tienen un alcance muy limitado entre los pensionistas actuales. El mercado de productos financieros para la previsión privada en la vejez se estableció en 1987. Desde entonces han tenido lugar diferentes reformas que han modificado el tratamiento fiscal de los planes de pensiones (FEF 2008). Pero dada la escasa importancia relativa de las pensiones privadas ya causadas, el sistema de pensiones español se caracteriza a menudo como de un solo pilar (OECD 2005: 170).

Respecto a la situación económica de los mayores, España figura entre los países europeos con una tasa de pobreza más alta de este colectivo. Según datos de Eurostat de 2004, un 30 por cien de las personas de 65 o más años se hallaban en riesgo de pobreza, algo más de diez puntos por encima del porcentaje correspondiente a la UE-25[4] (Pérez 2006: 201ss). Conviene, no obstante, tener en cuenta que la tasa de propiedad de las viviendas en las que residen los mayores españoles destaca entre las más elevadas de toda Europa.

[2] Entre las medidas de reducción del gasto público anunciadas por el Gobierno en mayo de 2010 figura el endurecimiento de las condiciones para la jubilación parcial, a la que sólo se podrá acceder una vez cumplidos 61 años, con un periodo mínimo de 30 años cotizados y seis años de antigüedad en la empresa. Además, la jornada sólo podrá reducirse como máximo un 75 por cien (frente al 85 por cien que se fijó en un principio).

[3] Los jubilados menores de 65 años sin cónyuge a cargo perciben algo menos (7.697 euros). Cuando se acredita la existencia de cónyuges a cargo del pensionista, las mencionadas cantidades aumentan en torno a 2.000 euros en cada caso.

[4] El umbral de pobreza se fija en el 60 por cien de la mediana de ingresos por unidad de consumo.

Cuadro 1

Nivel de pensión en función de los años cotizados y la edad de jubilación

Años cotizados en el momento de la jubilación	*Ajuste por jubilación anticipada (%)*	*Nivel de la pensión (como % de la base reguladora)*			
		Edad de jubilación 61	*Edad de jubilación 63*	*Edad de jubilación 65*	*Edad de jubilación 67*
15	8	34	42	50	50
20	8	44.2	54.6	65	65
25	8	54.4	67.2	80	80
30	8	61.2	75.6	90	90
32	7.5	65.8	79.9	94	94
35	7	72	86	100	104
37	6.5	74	87	100	104
40	6	76	88	100	104
45	6	76	88	100	106

Fuente: Elaboración propia a partir de diversa legislación vigente sobre pensiones.

4. Sendas desde el empleo a la jubilación

El gráfico 1 ofrece una panorámica de las principales sendas a la jubilación abiertas actualmente en España. Aparte de la pensión de jubilación "ordinaria", accesible a la edad de 65 años, los jubilados pueden acceder a pensiones de jubilación anticipada bajo determinadas condiciones. Existe, en primer lugar, una pensión especial que permite la jubilación a los 64 años, sin penalización alguna, si el puesto de trabajo se cubre con una persona joven desempleada. Este tipo de pensión aspira a promover el relevo generacional en empresas medianas y grandes que emplean mano de obra cualificada. La importancia empírica de este tipo de pensiones de relevo ha resultado, hasta el momento, limitada (Desdentado y Durán 2003). En segundo lugar, los trabajadores de 61 años desempleados durante al menos seis meses también pueden obtener una pensión de jubilación anticipada[5]. El coeficiente de reducción por acceder a la jubilación de modo anticipado varía entre el 6 y el 8 por cien, dependiendo del número de años cotizados. Dado que la prestación contributiva por desempleo se extiende hasta 24 meses, esta segunda senda de jubilación anticipada permite a los trabajadores salir del mercado de trabajo a la edad de 59 años[6]. En tercer lugar, los trabajadores mayores que han contribuido al sistema vigente antes de 1967 tienen derecho a una pensión anticipada a partir de los 60 años en caso de que la extinción de la relación laboral no sea voluntaria. En este caso, por cada año que falte para cumplir los 65 (supuestos entre 30 y 40 años de cotización) se aplican porcentajes de penalización que oscilan entre el 6 y el 7,5 por cien. Por último, a los empleados en puestos peligrosos y a los discapacitados se les aplican condiciones específicas de acceso a la pensión, reduciendo la edad de jubilación en función de los años de cotización y, en su caso, del grado de discapacitación, pero nunca por debajo de los 52 años.

Diferentes modalidades de pensiones de incapacidad son accesibles antes de causar dere-

[5] Para causar derecho a esta pensión, el desempleo no puede ser resultado de una decisión voluntaria del trabajador. Siempre y cuando sea por expediente de regulación de empleo se considera causa involuntaria de cese de empleo.

[6] Alternativamente los trabajadores pueden solicitar una prestación especial de desempleo para trabajadores mayores de 52 años. Esta prestación está sujeta a prueba de medios, pero la OCDE ha criticado el hecho de que el periodo de disfrute de este derecho no está limitado, al tiempo que demanda una mejor aplicación de la condición de búsqueda de empleo. (OECD 2003: 71 ss.). "Demasiado a menudo este sistema especial se considera un esquema de jubilación anticipada" (13).

Gráfico 1

Sendas conducentes hacia la jubilación en España

Fuente: Elaboración propia a partir de diversa legislación vigente sobre pensiones.

cho a una pensión de jubilación. En un país como España con elevada proporción de trabajadores semi-cualificados o poco cualificados, muy expuestos a riesgos de salud, llama la atención que, siendo alta la cobertura prestada por estas pensiones de incapacidad, el gasto que generan ronde la media de la OCDE[7].

5. Hipótesis sobre la relación entre ocupación y salida del empleo

¿Quiénes se jubilan anticipadamente con mayor probabilidad? ¿Qué pautas de estratificación social en las transiciones a la jubilación cabe esperar en España?

Partiendo de la distinción fundamental entre la "clase de servicio" y la "clase obrera" (Goldthorpe 2000: cap. 10), una primera expectativa se refiere a la jubilación más tardía de quienes integran la clase de servicio respecto de quienes componen la clase obrera[8]. Por una parte, los mayores recursos de capital humano de que disponen los empleados de la clase de servicios hacen más improbable su expulsión del mercado de trabajo; por otra parte, el sistema español de pensiones establece incentivos adicionales al trabajo para quienes perciben elevadas retribuciones. Las penalizaciones por altas anticipadas al sistema de pensiones son bastante duras, tanto que los factores de atracción (*pull factors*) a la jubilación no pueden prevalecer sobre los factores de empuje (*push factors*) del mercado de trabajo. Por lo demás, como las pensiones están topadas en un máximo, la reducción de ingresos que suele llevar consigo la jubilación es mayor en el caso de empleados en

[7] La reforma de las pensiones de 1985 restringió el acceso a las pensiones de incapacidad después de que su número experimentara un aumento de 80 por cien en sólo ocho años. Antes de las reformas se aplicaba un cálculo más generoso a las pensiones de incapacidad grave (Marcos 2004: 22 ss.).

[8] En la clase de servicio se encontrarían los profesionales, directivos y supervisores de empleados no manuales; en la clase obrera, los trabajadores manuales cualificados, los semi-cualificados y sin cualificar no agrarios y agrarios.

puestos bien retribuidos. En cambio, la pensión mínima produce el problema bien conocido de "riesgo moral" (*moral hazard*) para trabajadores con bajas retribuciones, incapaces de incrementar su pensión por encima de la mínima legalmente establecida trabajando un par de años más. Por tanto, cabe hipotetizar marcadas diferencias de clase en los comportamientos de jubilación, con salidas más tempranas de miembros de la clase obrera que de la clase de servicio.

Puesto que las indemnizaciones por despido de los trabajadores españoles son considerablemente elevadas, parece razonable pensar que la mayoría de la población mayor activa no está sometida a una fuerte presión empresarial para abandonar involuntariamente el mercado de trabajo. Sin embargo, las tasas de desempleo son excepcionalmente altas en España, mientras que la estructura ocupacional, muy dependiente de la construcción y el turismo, produce una elevada proporción de trabajadores vulnerables. En consecuencia, se espera observar una elevada incidencia de transiciones de jubilación tempranas como resultado de situaciones de desempleo o incapacidad. Dada la polarización inherente en el sistema de bienestar social, resulta asimismo plausible que los trabajadores manuales que desempeñan tareas rutinarias se hallen mucho más expuestos a este tipo de riesgos durante fases avanzadas de la carrera laboral que los trabajadores más cualificados. La menor antigüedad laboral media de las mujeres también permite formular la hipótesis según la cual ellas afrontan un riesgo mayor que los hombres de salir del mercado de trabajo de manera involuntaria.

6. Los datos y el método de análisis

La fuente de datos utilizada para examinar las diferencias sociales observables en el momento de la jubilación es la edición de 2006 de la Encuesta de Población Activa (EPA), que incorporó un módulo especial sobre jubilación. Este módulo reúne una serie de preguntas retrospectivas sobre las carreras laborales y la transición a la jubilación, así como también sobre actitudes hacia la formación continua, la jubilación parcial, etcétera. Se entrevistó sólo a personas entre 50 y 69 años que se hallaban empleadas en la semana de referencia o que estaban empleadas a la edad de 50 años. A cada sexto entrevistado sometido al cuestionario ordinario de la EPA se le proporcionó, además, este cuestionario modular. El tamaño de la muestra ascendió a 16.635 individuos. Su análisis se ha llevado a cabo mediante la técnica del análisis de historia de acontecimientos (*event history analysis*), con una ventana de observación que se abre a la edad de 50 y se cierra a la de 69.

Los factores de riesgo de jubilación anticipada se estiman mediante un modelo exponencial constante a intervalos. Pertenece a la familia de modelos de historia de acontecimientos (semi-paramétricos) diseñados para tratar procesos que se despliegan en el tiempo (Bernardi 2006; Blossfeld *et al*. 2007; Cleves *et al.* 2002) y que, básicamente, estiman la tasa de transición condicional de los sujetos en una ventana de observación bien definida. En el presente caso, el método posee la ventaja crucial de tener en cuenta a trabajadores que todavía se hallan en el mercado de trabajo, es decir, cuya observación está "censurada".

La jubilación se define como la salida definitiva del mercado de trabajo. El análisis observa, por tanto, acontecimientos de salida del empleo en el caso de personas que se autoclasifican como "jubiladas" o "discapacitadas o permanentemente incapacitadas". Se registran, además, las edades de jubilación de las personas que, según declararon, se hallaban inactivas en 2006 siempre que su último empleo concluyera después de haber cumplido los 50 años y no tuvieran intención de reincorporarse al mercado de trabajo. Los entrevistados todavía empleados se tratan como "censurados". La censura también afecta a los desempleados y a las personas inactivas que manifestaron su intención de reincorporarse al mercado de trabajo.

El análisis también engloba a las personas que se definen como "inactivas", incluidas las amas de de casa, con el fin de evitar el sesgo de selección de la muestra causado por autopercepciones basadas en el género. En el caso de un hombre y una mujer con sendas historias de empleo de, por ejemplo, 20 años, es más probable que ella realice labores domésticas, pero esto no debería impedir analizar su comportamiento de jubilación. En cualquier caso, conforme al marco analítico elegido, la encuesta excluye a quienes a la edad de 50 años se encontraban inactivos. Además, los entrevistados con una historia laboral de menos de 15 años en 2006 y menos de diez años (aproximados) a la edad de 50 también se han excluido del análisis.

En principio, el modelo de la tasa de riesgo se puede estimar para el intervalo de edad completo de 50 a 69 años. Sin embargo, la informa-

ción sobre los empleos previos sólo está disponible si la jubilación tuvo lugar en los últimos ocho años previos a la entrevista. De ahí que los modelos multivariables de la historia de acontecimientos se estimen exclusivamente para el intervalo entre 58 y 65 años, ya que, de modo contrario, muchos de los entrevistados mayores que se jubilan anticipadamente se saldrían de las estimaciones[9]. Esta ventana de edad aprehende la mayoría de los acontecimientos de jubilación que ocurren durante el periodo completo de 20 años, manteniendo una muestra transversal equilibrada de las historias de vida[10].

La clase social se mide de acuerdo con el esquema ESeC (Rose y Harrison 2007), que actualiza y mejora el más ampliamente conocido esquema de Erikson y Goldthorpe (1992). La operacionalización del esquema ESeC con los datos de la EPA se basa en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94). Lamentablemente, los códigos de ocupaciones sólo se recogen en dos dígitos, lo que inevitablemente introduce algún ruido en la medida de la clase. La pertenencia de los jubilados a una clase se define en virtud de las características de su última ocupación.

Por otra parte, el sector económico se operacionaliza sobre la base de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93), sujeta a idénticas restricciones que la ocupación en lo que se refiere a la información retrospectiva. El número de años trabajados se refiere a todo el periodo de trabajo retribuido. Los valores individuales de esta variable se ajustan al tiempo de análisis, asumiendo empleo estable antes de la jubilación. Para identificar el nivel más alto de nivel educativo, se han distinguido cinco categorías: educación inferior a primaria, educación primaria, formación profesional, educación secundaria y educación universitaria.

Finalmente, la situación familiar se mide a través de una variable categórica, verificada en el nivel del hogar, que combina el estado civil y la situación de empleo del cónyuge. Como la participación en la EPA es obligatoria, la fracción de cónyuges que faltan es muy pequeña. La situación de empleo del cónyuge puede cambiar con el tiempo; por lo tanto, la codificación de esta variable para el mismo sujeto se modifica en el tiempo. En cuanto al estado civil, se asumió constante durante los ocho años que cubre el lapso de análisis.

7. Los resultados del análisis

El gráfico 2 dibuja las curvas de supervivencia de la salida del empleo para hombres y mujeres. Se advierte rápidamente que ambas curvas son muy similares. Examinando la trayectoria del proceso de jubilación con más detalle (de izquierda a derecha), llama la atención que se corresponde bastante ajustadamente al marco legal para las pensiones de jubilación expuesto en la sección cuarta de este artículo. En primer lugar, el empleo comienza a descender a partir de la edad de 50 hasta llegar a la de 60, cuando se observa el primer declive acusado de las tasas de supervivencia. Esta primera evidencia puede responder a la existencia del umbral de edad correspondiente a la pensión de jubilación para los trabajadores que contribuyeron al sistema previo a la instauración de la Seguridad Social en 1967. En segundo lugar, el acceso desde el desempleo a la pensión, a la edad de 61, exige que los trabajadores hayan estado desempleados al menos durante medio año; por tanto, pueden haber abandonado el trabajo a partir de los 60 años. A continuación, la curva continua cayendo casi linealmente hasta los 64 años, cuando los trabajadores pueden acceder a la pensión especial de relevo generacional en el puesto de trabajo. Con todo, un elevado porcentaje de las transiciones de salida del empleo se concentra en los 65 años, edad a la que se accede a una pensión regular de jubilación sin necesidad de cumplir condiciones especiales (salvo la de haber cotizado durante 15 años a la Seguridad Social). En suma, la salida del empleo es un proceso no lineal que responde a una pauta marcada por incentivos.

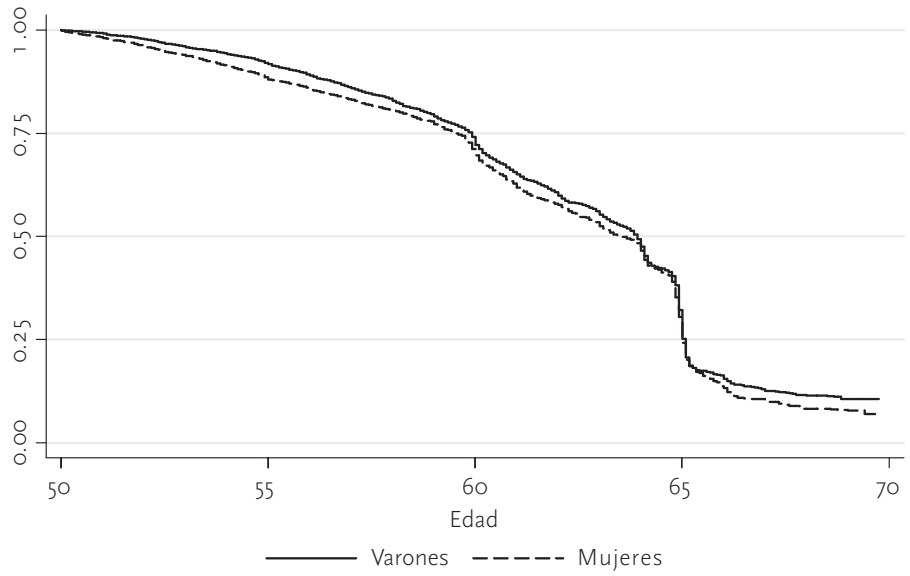
La diferencia entre hombres y mujeres es significativa según el test de Cox, pero no muy apreciable. La pequeña magnitud de la diferencia de género contradice la sabiduría convencional que tiende a asociar las variables de jubilación y tasa de empleo (por ejemplo, Kim 2009). Lo cierto es que la relación entre jubilación y participación en el empleo es, hasta cierto punto, dialéctica. Ello es así porque convencionalmente se define la jubilación como la salida definitiva del empleo. La

[9] En rigor, los periodos considerados comienzan justo antes de que los entrevistados cumplan 58 años y cesan antes de que cumplan los 66 años.

[10] El 70 por cien de las transiciones observadas para las cuales tenemos información completa caen dentro de esta ventana de análisis.

Gráfico 2

Curvas de supervivencia Kaplan-Meier, por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA (2006).

metodología empleada en el módulo de la EPA que se utiliza en este articulo es fiel a esta convención, ya que sólo recoge a entrevistados que a los 50 o después de esa edad se encuentran en situación de actividad económica. Por tanto, no toda la inactividad económica debería considerarse jubilación.

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo se halla, para todas las edades, todavía por detrás de la de los hombres. Pero las mujeres económicamente activas en España constituyen un grupo "selecto" que permanece en el mercado de trabajo casi tanto tiempo como los hombres, en parte precisamente porque al interrumpir más sus carreras laborales (fundamentalmente por cuestiones familiares) precisan prolongar la edad de jubilación para acceder a este derecho en las condiciones deseadas. En efecto, como quiera que los derechos de pensión de las mujeres son, a una edad concreta, normalmente más bajos que los de los hombres, dado que cuentan con carreras de empleo menos estables, tienen incentivos económicos más potentes para posponer la jubilación (Alonso y Pérez 2003: 136). Curiosamente, este efecto de selección que contrarresta la desventaja general de las mujeres en el mercado de trabajo ya se observó en la España de los años setenta (Sánchez 2003: 230). También es posible que el menor número de años de trabajo de las mujeres contribuya a una jubilación más tardía en virtud de un mejor estado de salud.

En todo caso, importa subrayar que el hallazgo de que las mujeres no se jubilan mucho más pronto que los hombres no responde a defectos de los datos transversales utilizados aquí. De hecho, según Eurostat, la edad de jubilación media de los varones españoles fue 61,8 en 2007, mientras que la cifra correspondiente para las mujeres llegó a 62,4 años[11]. Ello significa que, de acuerdo con datos oficiales, las mujeres se jubilan incluso más tarde que los hombres. Mediante la misma fuente puede mostrarse que la idea extendida de que España es un país de salida temprana del mercado de trabajo no se corresponde exactamente con la realidad. La

[11] Los datos se han extraído de la base de datos de indicadores de sostenibilidad de Eurostat. La medida de la edad de jubilación se basa en un método de cohortes artificiales y considera la salida del empleo en el intervalo de edad entre 50 y 70 años. Véase al respecto Scherer (2002).

edad media de jubilación en los países de la UE-15 se sitúa en 62,0 años para los hombres y 61,1 años para las mujeres (en el caso de la UE-27, 61,9 y 60,5, respectivamente). España se halla, por tanto, en la media en cuanto a la edad efectiva de jubilación de los varones, e incluso registra una edad de salida algo más tardía en el caso de la jubilación de las mujeres; ocupa, al fin y al cabo, el tercer puesto del *ranking* de países en los que las mujeres se jubilan más tarde, sólo después de Suecia y Holanda.

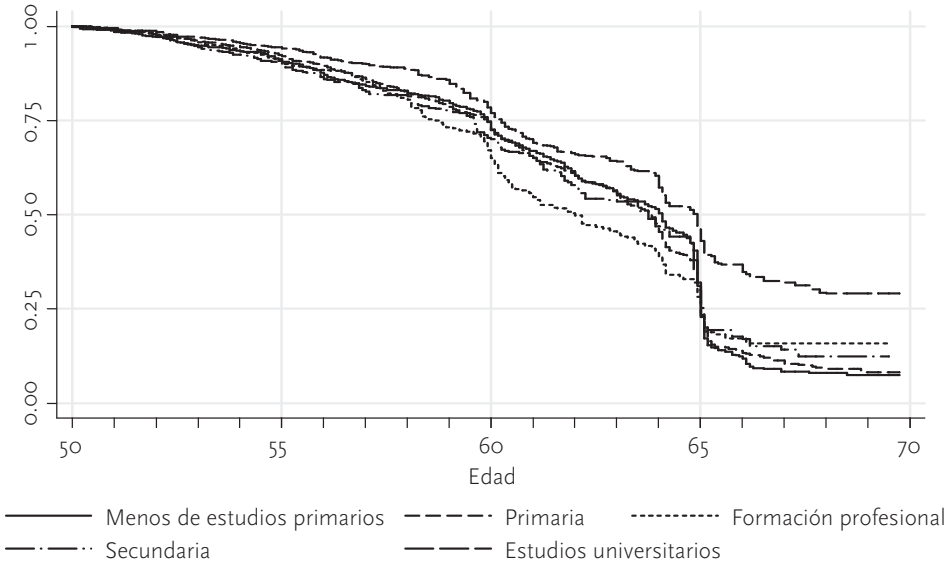
Como se ha mencionado arriba, diversos autores han subrayado la importancia de la educación en la longitud de las carreras laborales (Bernardi y Garrido 2006; Garrido y Chuliá 2005; Pérez 2006: 206). La jubilación tardía es más común entre los empleados que han alcanzado niveles educativos elevados que entre los trabajadores con niveles educativos más bajos. Para examinar esta relación con más detalle, los gráficos 3 y 4 muestran las funciones de supervivencia de Kaplan-Meier por el nivel educativo alcanzado, distinguiendo entre sexos.

Entre los varones, el nivel de educación adquiere cierta influencia en el ritmo de la jubilación (Gráfico 3). Prácticamente a través de toda la ventana de observación, los hombres con educación universitaria muestran una mayor integración en el mercado de trabajo que los que registran niveles educativos inferiores. La diferencia respecto a los menos educados es especialmente pronunciada después de la edad legal de jubilación de 65 años; en efecto, a la edad de 69, aproximadamente un 20 por cien de los entrevistados con educación superior declaraba todavía estar trabajando. En cambio, los trabajadores con formación profesional presentan las tasas de supervivencia más bajas, en particular desde sus últimos 50 hasta los 65 años. A este respecto, apenas se aprecia diferencia alguna entre estos trabajadores con educación secundaria y los que han alcanzado niveles educativos de primaria o más bajos. Estos hallazgos, congruentes con la evidencia previamente recogida por otros autores, apuntan la existencia de una relación positiva, si bien no estrictamente lineal, entre la educación y la edad de jubilación.

En el caso de las mujeres, la pauta es bastante diferente (Gráfico 4). En general, las diferencias entre ellas en función de sus niveles educati-

Gráfico 3

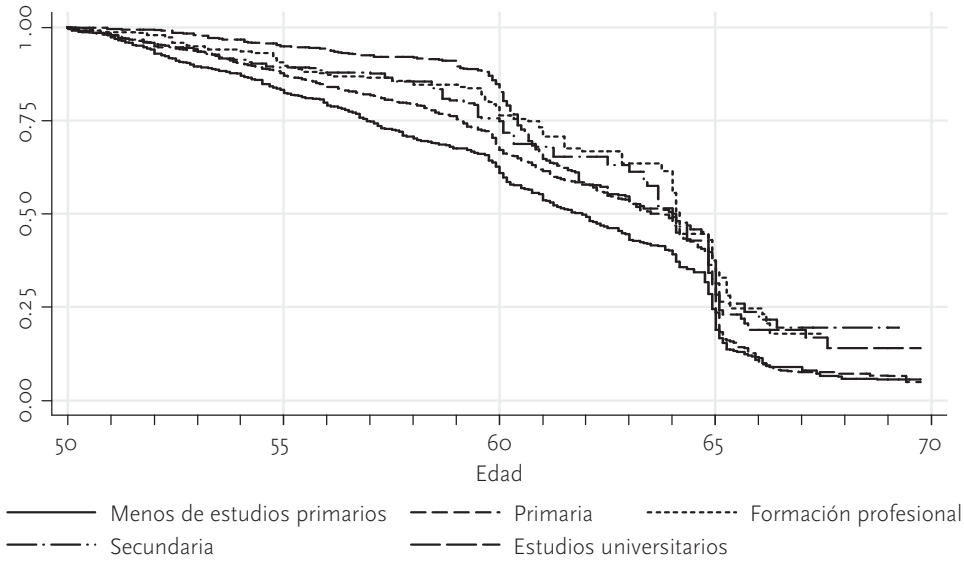
Curvas de supervivencia Kaplan-Meier, por niveles educativos (varones)



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA (2006).

Gráfico 4

Curvas de supervivencia Kaplan-Meier, por niveles educativos (mujeres)



Fuente: Elaboración propia a partir de EPA (2006).

vos resultan más pronunciadas que entre los hombres. No obstante, sólo al principio de la ventana de observación las mujeres con niveles educativos más elevados se jubilan a un ritmo más lento. Cuando cumplen sus primeros sesenta, muchas de estas mujeres muy cualificadas también se jubilan, de tal manera que a partir de los 60 manifiestan incluso una retención en el empleo menor que las mujeres con educación secundaria o formación profesional. Con respecto a este último grupo, el hallazgo es contrario al obtenido en el caso de los hombres: entre la edad de 60 y 64 años se jubila una proporción menor de mujeres con formación profesional que de mujeres con otros niveles educativos. La tasa de jubilación más rápida se aprecia consistentemente entre mujeres sin credenciales educativas.

8. Los determinantes del comportamiento de jubilación

El cuadro 2 muestra los resultados de un modelo exponencial constante a intervalos sobre el ritmo de salida del empleo de los varones entre 58 y 65 años. El primer modelo ilustra la importancia de la clase ocupacional a la hora de dar cuenta del momento de la jubilación. La clase de servicio superior muestra la tasa de transición (0.416)[12] más baja. Asimismo, la clase de servicio inferior se mantiene en el mercado de trabajo durante bastante más tiempo que otros asalariados y trabajadores (0.766). Los pequeños empresarios y los autónomos (incluyendo a los agricultores) también se jubilan tarde. En cambio, las clases ocupacionales restantes no difieren significativamente entre sí. Mientras estos hallazgos encajan *grosso modo* con la evidencia recogida por otros autores (Pérez 2006: 206; Sánchez 2003: 231), llama la atención la modesta tasa de transición a la jubilación de los trabajadores manuales cualificados, toda vez que suelen constar como un grupo de riesgo de salida temprana del empleo.

El segundo modelo introduce la longitud de la carrera laboral como variable que se modifica en

[12] Una tasa de riesgo menor que uno indica la salida más tardía del empleo; una tasa por encima de uno indica una jubilación anticipada.

el tiempo, junto con un conjunto de variables ficticias (*dummies*) relativas a trabajar o no en el sector público y a la situación familiar. Se observa que por cada año en el que un hombre ha trabajado, su propensión a jubilarse aumenta un 3 por cien (tasa de riesgo = 1.029). Esto es congruente con las expectativas, ya que un periodo contributivo más largo está asociado a mejores prestaciones por pensión y –al menos en trabajos manuales– a una salud más deteriorada. Los efectos de clase no se ven afectados sustantivamente por la inclusión de esta variable.

Ya se ha mostrado en investigaciones previas que los empleados del sector público se jubilan antes que los del sector privado (Bernardi y Garrido 2006), una pauta que puede obedecer en parte a efectos de composición de ese colectivo. En los resultados que aquí se presentan, el empleo en el sector público como tal no muestra ningún efecto significativo añadido al efecto de clase. Cabe concluir que, aunque, a primera vista, los empleados del sector público trabajan más tiempo que otros asalariados y trabajadores, ello se debe al hecho de que en este colectivo se encuentran relativamente pocos trabajadores de escasa cualificación. Por tanto, a diferencia de lo que se observa en otros países (OECD 2007), en España no se aprecian indicios de una jubilación más temprana entre los funcionarios españoles respecto de asalariados análogos en el sector privado.

Asimismo, la situación familiar de los entrevistados, incluyendo la situación de empleo del cónyuge, influye en el comportamiento de jubilación. Los hombres casados con esposa jubilada muestran una propensión a jubilarse mucho más elevada (1.573) que aquellos cuya pareja está activa (trabajando o desempleada). Análogamente la presencia de una mujer inactiva conduce también a una salida algo más temprana. Entre los hombres solteros, no encontramos diferencias significativas con respecto a la edad de jubilación.

En el tercer modelo se añade la rama de la industria en la que los trabajadores están (o estaban) empleados. Se aprecia que la salida temprana del mercado de trabajo es sustancialmente más frecuente en la industria pesada y especializada (automóviles, maquinaria, productos químicos…) que en la industria tradicional (textil, madera…). El hecho de que en la industria tradicional los esquemas de salida temprana sean menos relevantes que en otros sectores industriales explica parcialmente por qué los trabajadores manuales cualificados no son tan proclives a jubilarse tan tempranamente como en otros países. Los empleados del sector servicios se jubilan generalmente bastante tarde. Al mismo tiempo, la jubilación tardía es común en la agricultura, que neutraliza el efecto de clase esperable en el grupo de los agricultores. En cambio, el resto de efectos de clase permanecen básicamente estables.

El último modelo usa categorías de logro educativo en lugar de clase social. Curiosamente, no se observan diferencias significativas entre la mayor parte de los grupos. Sólo la educación universitaria se puede asociar con una salida marcadamente más tardía del mercado de trabajo. En comparación con los hallazgos descriptivos ya referidos, cabe concluir que la salida temprana de los hombres con formación profesional puede explicarse por sus carreras laborales más largas, a su vez consecuencia de su temprana entrada en el mercado de trabajo. Así pues, la educación adquiere menos poder explicativo que la clase social.

En cuanto a las mujeres, la imagen que se desprende de los datos recogidos en el cuadro 3 es bastante diferente por lo que hace a las diferencias de clase. Llama la atención que las profesionales de nivel inferior muestran una tendencia a salir antes de la población activa que las trabajadoras manuales. Además, las trabajadoras manuales cualificadas se jubilan más tempranamente que las menos cualificadas. Pero también se observan similitudes al comparar estos resultados con los obtenidos para los varones, concretamente en la salida relativamente tardía de las trabajadoras autónomas y las profesionales de la clase de servicio superior. En cambio, las mujeres que desempeñan ocupaciones intermedias se comportan de manera similar a las mujeres no cualificadas.

Como se aprecia también entre los hombres, los años de empleo aumentan el riesgo de salida en el segundo modelo (tasa de riesgo = 1.018). Los hallazgos correspondientes al sector público no varían con el género. Los efectos ya mencionados de la situación de pareja también se identifican en el comportamiento de jubilación de las mujeres españolas. De nuevo, un cónyuge jubilado aumenta significativamente la probabilidad de la jubilación propia, si bien el efecto parece más pequeño que en el caso de los hombres (tasa de riesgo de 1.303 vs. 1.573).

CUADRO 2

MODELO EXPONENCIAL CONSTANTE A INTERVALOS: EDAD DE SALIDA DEL EMPLEO (VARONES)

Transiciones	*Modelo 1*	*Modelo 2*	*Modelo 3*	*Modelo 4*
		Razones de riesgo		
CLASE (ESeC) (REF: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS)				
Profesionales de nivel alto	.416***	.440***	.400***	
Profesionales de nivel inferior	.766*	.898	.909	
Ocupaciones intermedias	.860	.869	.879	
Autónomos (con/sin empleados)	.512***	.535***	.540***	
Agricultores y pequeños propietarios agrícolas	.630***	.645***	.913	
Servicios/Comercio de nivel bajo	1.265	1.341**	1.279*	
Trabajadores manuales cualificados	1.058	1.096	1.033	
SECTOR PÚBLICO		1.015	1.513**	1.643**
AÑOS TRABAJADOS		1.029***	1.029***	1.027***
SITUACIÓN FAMILIAR (REF.: CASADOS, CÓNYUGE EMPLEADO)				
Casados, cónyuge jubilado		1.573***	1.477***	1.555***
Casados, cónyuge inactivo		1.227**	1.164*	1.231***
Divorciado		.947	.988	1.159
Viudo		1.075	1.080	1.127
No casado		1.170	1.215	1.315**
SECTOR (REF.: INDUSTRIA TRADICIONAL)				
Agricultura			.625***	.748**
Industria pesada			1.757***	2.056***
Otras industrias (alimentación, infraestructura)			1.145	1.230
Construcción			.814	.935
Comercio, transporte, servicios de hostelería			.903	.864
Servicios sociales			.586*	.703
Servicios de consumo			.769	.858
EDUCACIÓN (REF.: MENOS DE PRIMARIA)				
Primaria				1.050
Formación profesional				1.041
Educación secundaria				.968
Educación terciaria				.648***
Sujetos	4.028	4.028	4.028	4.028
Transiciones	1.740	1.740	1.740	1.740

Nota: *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01; riesgo de base no se muestra.
Fuente: EPA (2006), cálculos propios.

Los efectos relacionados con el sector de la actividad económica se acusan más que entre los hombres. En cualquier sector económico las mujeres parecen trabajar más tiempo que en la industria tradicional. En particular en el sector servicios, y también en la agricultura, se pone de manifiesto una menor propensión a la jubilación. El último modelo saca a la luz otro hallazgo curioso y contrario a la evidencia arriba expuesta: al incluir las categorías de educación en lugar de la clase, resulta que las mujeres con educación universitaria (controlando por los años de carrera laboral) no se jubilan más tarde que sus compañeras menos educadas. En cambio, las mujeres con un nivel educativo inferior a la primaria no parecen jubilarse especialmente pronto. Aparen-

Cuadro 3

Modelo exponencial constante a intervalos: edad de salida del empleo (mujeres)

Transiciones	*Modelo 1*	*Modelo 2*	*Modelo 3*	*Modelo 4*
		Razones de riesgo		
CLASE (ESeC) (REF: TRABAJADORES NO CUALIFICADOS)				
Profesionales de nivel alto	.172***	.155***	.123***	
Profesionales de nivel inferior	1.103	1.084	1.141	
Ocupaciones intermedias	.858	.875	.761	
Autónomos (con/sin empleados)	.664***	.681***	.641***	
Agricultores y pequeños propietarios agrícolas	.822	.762*	.682**	
Servicios/Comercio de nivel bajo	.927	.921	.985	
Trabajadores manuales cualificados	1.978***	1.967***	.1.179	
SECTOR PÚBLICO		.994	1.372*	1.454*
AÑOS TRABAJADOS		1.018***	1.019***	1.017***
SITUACIÓN FAMILIAR (REF.: CASADOS, CÓNYUGE EMPLEADO)				
Casados, cónyuge jubilado		1.303**	1.294**	1.309**
Casados, cónyuge inactivo		.989	1.045	1.102
Divorciado		1.92	1.141	1.257
Viudo		1.059	1.049	1.142
No casado		1.038	1.010	1.095
SECTOR (REF.: INDUSTRIA TRADICIONAL)				
Agricultura			.477***	.413***
Industria pesada			.740	.468
Otras industrias (alimentación, infraestructura)			.661	.657
Construcción			.603	.398**
Comercio, transporte, servicios de hostelería			.456***	.365***
Servicios sociales			.304***	.323***
Servicios de consumo			.357***	.349***
EDUCACIÓN (REF.: MENOS DE PRIMARIA)				
Primaria				.930
Formación profesional				.623*
Educación secundaria				.891
Educación terciaria				.938
Sujetos	1.698	1.698	1.698	1.698
Transiciones	763	763	763	763

Nota: *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01; riesgo de base no se muestra.
Fuente: EPA (2006), cálculos propios.

temente, el efecto de la educación sobre la edad de jubilación está mediado por la edad de entrada en el empleo. El hecho de que las mujeres con niveles educativos más altos tengan, a una edad determinada de la fase final de sus carreras laborales, menos años cotizados explica las diferencias educativas que se observan en el análisis bivariable.

9. La salida temprana involuntaria del mercado de trabajo

Una cosa es cuándo se jubila la gente, y otra bien distinta si podrían haber decidido seguir trabajando. El cuadro 4 trata de ilustrar las diferen-

CUADRO 4

INCIDENCIA DE LA SALIDA POR LA VÍA DEL DESEMPLEO Y DE LA INCAPACIDAD ENTRE JUBILADOS QUE SE JUBILAN ENTRE LOS 58 Y LOS 65 AÑOS, POR CLASE SOCIAL (EN PORCENTAJE)

Clase social (ESeC)	*VARONES*			*MUJERES*		
	Desempleo / Problemas en el puesto de trabajo	*Incapacidad / Problemas de salud*	*Total*	*Desempleo / Problemas en el puesto de trabajo*	*Incapacidad / Problemas de salud*	*Total*
Profesionales de nivel alto	10.5	8.4	18.9	( )	( )	( )
Profesionales de nivel inferior	5.9	15.6	21.5	3.8	14.9	18.7
Ocupaciones intermedias	16.8	6.3	23.1	33.5	12.3	45.8
Autónomos (Ø agricultura)	3.9	22.3	26.2	2.7	29.5	32.2
Agricultores	4.0	11.4	15.4	0.0	23.4	23.4
Servicios/Comercio de nivel bajo	16.9	13.1	30.0	20.9	19.4	40.3
Trabajadores manuales cualificados	18.0	26.2	44.1	29.1	31.0	60.1
Trabajadores no manuales en ocupaciones rutinarias	21.9	16.5	38.4	13.6	31.3	44.9
Total	**14.3**	**17.2**	**31.5**	**12.4**	**25.2**	**37.5**

Fuente: EPA (2006), cálculos propios (proporciones ponderadas; paréntesis vacíos = tamaño de la celda menor que 5).

cias sociales de grados de libertad en las decisiones de jubilación. Muestra específicamente el porcentaje de jubilados que salen del empleo bien por la vía del paro o de la incapacidad en función de la clase a la que pertenecen. La modalidad de salida se averigua en el módulo de la EPA de 2006 mediante una variable que indica el estado en que se encuentra o encontraba el entrevistado inmediatamente después de dejar el último empleo. Al objeto de incluir también a los trabajadores que se jubilan por discriminación basada en la edad, la categoría "desempleo" incorpora a los que mencionan problemas en el trabajo como razón fundamental para jubilarse. Por otra parte, aquellos que refieren problemas de salud como razón fundamental para abandonar el empleo se añaden a la categoría de "incapacidad".

Los datos muestran disparidades acusadas de clase con respecto a la proporción de trabajadores que se jubilan involuntariamente. Entre los hombres, los trabajadores manuales no cualificados constituyen la clase que se jubila más frecuentemente por la vía del paro, mientras que los trabajadores manuales cualificados muestran la incidencia más alta de problemas de salud como causa de la salida del empleo. Estos dos grupos de clase trabajadora son los que con mayor probabilidad afrontan problemas para extender sus vidas laborales. En cambio, la clase de servicios alta y la inferior lleva consigo los riesgos más bajos asociados a la última etapa de la vida laboral. Los empleados en ocupaciones intermedias también se encuentran en una situación relativamente cómoda, quizá porque sufren en menor medida situaciones de incapacidad. Los trabajadores de bajo nivel en el comercio y los servicios soportan un riesgo mayor de expulsión del mercado de trabajo. La situación de los autónomos y los agricultores es particular porque el desempleo apenas les afecta.

Las mujeres salen del mercado de trabajo más a menudo que los hombres por problemas de salud. En este sentido, muestran, en general, mayor vulnerabilidad que los hombres. Al mismo tiempo, las pautas de clase entre las mujeres son similares. La diferencia más importante se refiere a las ocupaciones intermedias. Mientras entre los

hombres este colectivo aparecía en situación de menos riesgo, las mujeres que ocupan estos puestos fundamentalmente administrativos se encuentran en una situación bastante desaventajada. A menudo salen del mercado de trabajo por la vía del desempleo. Si bien ello puede, en parte, obedecer a un uso instrumental del paro para acceder a la jubilación[13], es probable que a muchas de ellas les resultara difícil trabajar dos años más.

10. Conclusiones

En este artículo se ha analizado la EPA desde la perspectiva de las características socioeconómicas relacionadas con el momento de la jubilación, enfocando la atención no sólo en los hombres, como hasta ahora ha sido habitual, sino también en las mujeres. Los resultados son congruentes con algunos argumentos ya formulados por otros autores, pero también ponen de relieve fenómenos hasta el momento poco conocidos. Así, por ejemplo, sorprende que las mujeres no se jubilen mucho antes que los hombres, aun cuando (o quizá, porque) la proporción de mujeres empleadas después de cumplir 50 años es más baja. Durante la fase media de sus carreras laborales ha tenido lugar un proceso de selección potente, de tal manera que sólo un subgrupo de ellas continúa trabajando más allá de esa edad. Estas mujeres orientadas hacia el trabajo retribuido no se jubilan mucho más tarde que los hombres, si bien las pautas de estratificación social son, en su caso, notablemente diferentes. Al mismo tiempo, el análisis ha mostrado que las mujeres salen más frecuentemente del mercado de trabajo debido a largas enfermedades e incapacidades. En comparación con los hombres, esto hace más probable que las mujeres sufran reducciones en las prestaciones por pensión si se produce el proyectado retraso de la edad de jubilación.

Para los varones españoles, la hipótesis de las marcadas diferencias de clase en el momento de la jubilación queda confirmada por el análisis empírico. La clase de servicio se halla, en gran medida, protegida de los riesgos propios de la fase final de la carrera laboral. De este modo, neutralizados prácticamente por la clase ocupacional los factores de expulsión del mercado de trabajo, los comparativamente potentes incentivos al empleo "incrustados" en el sistema de pensiones se convierten en dominantes. Ello significa que los empleados con elevada cualificación son probablemente capaces de adaptar su comportamiento de jubilación al esquema modificado de ajuste actuarial. Por el contrario, los trabajadores manuales cualificados y no cualificados muestran una gran propensión a salir del mercado de trabajo tempranamente, afrontando un elevado riesgo de desempleo e incapacidad durante la fase final de sus carreras. Parece probable que estos dos grupos, como también en menor medida el amplio grupo de trabajadores de bajo nivel ocupados en el comercio y los servicios, se vean negativamente afectados por el retraso de la edad de jubilación.

Los autónomos y los pequeños propietarios, de igual modo que los agricultores, permanecen en el mercado de trabajo durante más tiempo que los empleados por cuenta ajena. Evidentemente, los mecanismos que provocan la salida temprana del mercado de trabajo no operan en el mismo sentido en el caso de los trabajadores autónomos. Si no es por razones de mala salud, estos trabajadores mantienen el empleo durante bastante tiempo. Su independencia de un empleador y la posibilidad de reducir gradualmente las horas de trabajo les permitirán verosímilmente adaptarse al retraso de la edad de jubilación.

En definitiva, el análisis desarrollado en estas páginas ha revelado que la propuesta gubernamental de retrasar la edad de jubilación de 65 a 67 años tendrá efectos distintos en función de la ocupación, empeorando muy probablemente las prestaciones de quienes desempeñan por cuenta ajena trabajos manuales (más o menos cualificados) o de bajo nivel. Ante semejante reforma del sistema de pensiones, el sacrificio de los trabajadores no se distribuirá, por tanto, de una manera equitativa, algo que convendría tener en cuenta a la hora de diseñar la política de retraso de la edad de jubilación.

[13] Las grandes empresas pagan con cierta frecuencia a una parte de sus trabajadores complementos para mejorar las prestaciones por desempleo o completarlas hasta alcanzar el nivel de las retribuciones previas a la salida del empleo. Estos complementos se perciben a menudo hasta acceder a la pensión de jubilación, o incluso durante toda la vida (Muñoz *et al.* 2007: 104).

Bibliografía

Alarcón Caracuel, M. R. (1998), "La reforma del sistema de pensiones en España", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 12: 21-33.

Alonso Benito, L. E. y L. Pérez Ortiz (2002), "Problemas actuales en el estudio de la jubilación y las edades del trabajo: la perspectiva sociológica", *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 1 (Extra): 115–150.

Bernardi, F. (2006), *Análisis de la historia de acontecimientos,* Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

Bernardi, F. y L. Garrido (2006), "Men's late careers and career exits in Spain", en: Blossfeld, H.-P.; Buchholz, S. y D. Hofäcker (Eds.), *Globalization, Uncertainty and Late Careers in Society,* Abingdon, Routledge: 119–139.

Blossfeld, H.-P.; Golsch, K. y G. Rohwer (2007), *Event History Analysis with Stata,* Mahwah (N.J), Lawrence Erlbaum Associates.

Chuliá, E. (2000), "El Pacto de Toledo y la política de pensiones", *ASP Research Papers,* 33(a), Madrid.

Cleves, M., Gould, W. y R. Gutiérrez (2002), *An Introduction to Survival Analysis Using Stata,* College Station, Stata Press.

De Vroom, B. y D. Bannink (2008), "Changing life courses and new social risks: The case of old age pensions", *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 10: 75-92.

Desdentado Bonete, A. y A. Durán Heras (2002), "Jubilaciones anticipadas y jubilaciones diferidas entre la política de empleo y las exigencias de control de gasto", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales,* 1 (Extra): 47-76.

Ebbinghaus, B. (2006a), "Die sozialen Risiken der neuen Alterssicherungssysteme", en: Rehberg, K. S. (Ed.) *Soziale Ungleichheit - Kulturelle Unterschiede, Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München 2004*, Frankfurt a.M., Campus: 473-488.

Ebbinghaus, B. (2006b), *Reforming Early Retirement in Europe, Japan, and the USA*, Oxford, Oxford University Press.

Erikson, R. y J. H. Goldthorpe (1992), *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies,* Oxford, Clarendon Press.

FEF [Fundación de Estudios Financieros] (2008), "Instrumentos financieros para la jubilación", *Papeles de la Fundación,* 24, Madrid.

Garrido, L. y E. Chuliá (2005), *Ocupación, formación, y el futuro de la jubilación en España,* Madrid, Consejo Económico y Social.

Goldthorpe, J. (2000), *On Sociology: Numbers, Narratives and the Integration of Research and Theory*, Oxford, Oxford University Press. (*De la Sociología. Números, narrativas e integración de la investigación y la teoría,* Madrid, CIS, 2010).

Hernández García, C. (2005), "Las cláusulas de jubilación forzosa en los convenios colectivos", *Boletín Económico de ICE*, 2830: iii–vii.

Kim, J. (2009), "Early retirement in the three types of welfare states", *Research on Aging*, 31: 520-548.

Lessenich, S. (1996), "España y los 'regímenes' de Estado del bienestar", *Revista Internacional de Sociología*, 13: 147-161.

Maldonado Molina, J. A. (2002), *La protección de la vejez en España: la pensión de jubilación*, Valencia, Tirant Lo Blanch.

Marcos Alsina, S. (2004), "La dinámica de las pensiones de incapacidad permanente para el trabajo en España: análisis empírico", *Cuadernos de Ciencias Económicas y Empresariales. Papeles de Trabajo*, 29 (Universidad de Málaga).

Martínez Pastor, J. I.; Bernardi, F. y L. Garrido Medina (2009), "Employment opportunities at entry into the labor market in Spain since the mid-1970s", en: Blossfeld, H.-P.; Kurz, K. ; Buchholz, S. y E. Bukodi (Eds.), *Young Workers, Globalization and the Labor Market: Comparing Early Working Life in Eleven Countries,* Cheltenham, Edward Elgar.

Muñoz, R.; Braña, F.; Esteve, F. y J. I. Antón (2007), *Extensión de la vida laboral o inserción temprana de jóvenes. Alternativas al sistema de pensiones,* Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

OECD (2003), *Ageing and Employment Policies: Spain,* París, OECD.

– (2005), *Pensions at a Glance. Public Policies across OECD Countries*, París, OECD.

– (2006), *Live Longer, Work Longer*, París, OECD.

– (2007), "Public sector pensions", *OECD Working Papers on Public Governance*, 2007/2, OECD, París.

Pérez Ortiz, L. (2006), "Trabajo y situación económica", en: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Ed.), *Las Personas Mayores en España. Informe 2006*, Madrid, IMSERSO: 193–242.

Polavieja, J. (2005), "Flexibility or polarization? Temporary employment and job tasks in Spain", *Socio-Economic Review,* 3: 233-258.

Rose, D. y E. Harrison (2007), "The European Socio-economic Classification: A New Social Class Schema for Comparative European Research", *European Societies,* 9: 459–490.

Sánchez Vera, P. (2003), "Empleo, flexibilidad de jubilación e ideología. Breve cronología del debate en España", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*: 221–239.

Sarasa, S. (2007), "Pensiones de jubilación en España: Reformas recientes y algunas consecuencias sobre el riesgo de pobreza", *Política y Sociedad*, 44: 87-99.

Scherer, P. (2002), "Age of withdrawal from the labour force in OECD countries", *OECD Labour Market and Social Policy Papers*, 49, OECD, París.

Spina Carrera, M. (2008), "La jubilación en la Ley 40/2007 de 4 de diciembre", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 74: 153-168.

Taylor-Gooby, P. (2004), "New risks and social change", en: Taylor-Gooby, P. (Ed.) *New Risks, New Welfare,* Oxford, Oxford University Press: 1–28.

Viebrok, H.; Himmelreicher, R. y W. Schmähl (2004), *Private Altersvorsorge statt Rente: Wer gewinnt, wer verliert?*, Münster, Lit.

¿Pensiones adecuadas y sostenibles?

Un análisis de la reforma del sistema de pensiones alemán y algunas conclusiones útiles para el debate español♦

ANTONIO BRETTSCHNEIDER*

RESUMEN

El sistema de aseguramiento para la vejez de la República Federal de Alemania ha experimentado en los últimos 20 años una transformación de gran alcance y relevancia en el contexto europeo. En este artículo se analizan desde la perspectiva de la política social las principales reformas del sistema de pensiones alemán, así como sus implicaciones respecto del doble objetivo de adecuación y sostenibilidad de las prestaciones. Se plantea asimismo la pregunta sobre si –y hasta qué punto– las reformas emprendidas en Alemania ofrecen algunas enseñanzas razonables y útiles para la reforma del sistema de pensiones español.

1. INTRODUCCIÓN

Los Estados sociales europeos se encuentran desde hace ya más de dos décadas en reconstrucción. En este contexto, la reforma de los sistemas de previsión social para la vejez ocupa un lugar muy destacado, dada la presión que el cambio demográfico ejerce sobre las finanzas públicas. Mientras países como Alemania ya han adoptado reformas estructurales de calado y gran alcance (Hinrichs 2005; Schmähl 2004), otros, como España, se han limitado hasta la fecha a introducir cambios graduales y paramétricos (Chuliá 2007; Natali y Rhodes 2007).

En el marco de la actual crisis económica, las reformas de las pensiones adquieren nuevo signo y significado. Así, por ejemplo, gobiernos como el español se encuentran sometidos a la presión de la Unión Europea y los mercados internacionales para reformar el sistema de pensiones dentro de un amplio plan de austeridad. A finales de enero de este año 2010, el Gobierno español presentó algunas propuestas en este sentido, provocando un intenso debate en la opinión pública. Entre las medidas más importantes discutidas este año se encuentran la prolongación del período de cálculo de la base reguladora de la pensión (según la normativa vigente, 15 años), el incremento del número mínimo de años para la obtención de una pensión contributiva y el retraso de la edad "legal" de jubilación de 65 a 67 años. La adopción de una estrategia reformista semejante supondría que la política de pensiones española entraría en una senda que, en gran medida, ya ha sido recorrida por el sistema de pensiones alemán; en cierto sentido, el sistema español se "alemanizaría".

Contra el fondo esbozado en las líneas previas, en este artículo se expone y analiza la evolución de la política de pensiones en Alemania, enfocando la atención en las principales reformas diseñadas y ejecutadas en el sistema de jubilación durante los últimos 20 años y sin perder de vista la reforma española. Interesa en particular la cuestión del posible aprendizaje político que puede derivarse del conocimiento de tales reformas emprendidas para garantizar la viabilidad financiera del sistema de pensiones alemán. Con este objetivo en mente, en la siguiente sección se plantean algunos criterios generales que han marcado la discusión europea sobre el desarrollo de las reformas de los sistemas de pensiones. En la ter-

♦ Traducción del original en alemán de Elisa Chuliá.

* Investigador del Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) y del Institut für Soziale Arbeit und Sozialpolitik (ISP) de la Universidad Duisburg-Essen (Antonio.brettschneider@uni-due.de).

cera sección se trazan las principales características del sistema de pensiones alemán, contrastándolas puntualmente con las que prevalecen en el sistema de pensiones español. Las reformas específicas del sistema alemán y sus efectos concretos en las prestaciones sociales de los pensionistas actuales y futuros son objeto de la cuarta y la quinta sección. En la sexta se efectúa una valoración global de la senda de desarrollo de la política de pensiones alemana, y finalmente se extraen algunas conclusiones para el debate español.

2. Los principales problemas a los que se enfrentan los sistemas de pensiones europeos y los desafíos que plantean sus reformas

Tanto en los estudios comparativos sobre los Estados del bienestar como en los debates políticos, la necesidad de efectuar amplias reformas de los sistemas nacionales de previsión social para la vejez se suele justificar en virtud de las cambiantes condiciones demográficas, económicas y sociales (Bonoli y Palier 2007). El cambio demográfico, en el que se combinan el fuerte descenso de las tasas de natalidad y el gran aumento de la esperanza de vida y del número de personas mayores, constituye, sin duda, la fuerza motriz de los esfuerzos nacionales de reforma de los sistemas de pensiones. Al tiempo que estos cambios cobraban vigor, en las últimas décadas se ha ido imponiendo la (nada novedosa) opinión promovida por economistas neoliberales y grupos de interés económicos según la cual, particularmente en los sistemas bismarckianos de seguridad social, las cotizaciones sociales representan una onerosa carga para los costes laborales que limita la competitividad de las empresas en los mercados globalizados, ralentiza el dinamismo económico de la sociedad de servicios y del conocimiento, y encarece o incluso impide la creación y el mantenimiento de puestos de trabajo. Conforme a esta opinión, los sistemas de reparto (*pay-as-you-go*) representan no sólo un problema fiscal de crecientes dimensiones para el equilibrio de los presupuestos estatales, sino también un obstáculo a los objetivos de política económica y laboral de los gobiernos.

Desde una perspectiva sociopolítica adquieren asimismo gran importancia los profundos cambios en las estructuras del trabajo y de la familia. En concreto, la lógica de los sistemas de protección de la Europa continental se basa en el modelo (ideal y cada vez más irreal) de "carreras laborales normales" (masculinas) y también "familias normales" tradicionales. El considerable aumento de la participación laboral de las mujeres y la rápida expansión desde los años noventa de formas de ocupación "atípicas", como, por ejemplo, el trabajo a tiempo parcial, el trabajo discontinuo y prestado a través de empresas de trabajo temporal, los empleos "menores"[1] o los "nuevos" autónomos obligan a plantearse en qué medida estos patrones biográficos y laborales pueden satisfacer necesidades de protección social y ofrecer una adecuada provisión de recursos en la vejez.

Esta concurrencia, muy esquemáticamente trazada, de desafíos demográficos, económicos y sociales configura la constelación típica del problema ante el que se encuentran los sistemas de pensiones europeo-continentales contributivos y de reparto. En el marco del Proceso de Lisboa, siguiendo el método abierto de coordinación, y con el objetivo último de proporcionar protección ante las contingencias derivadas de la vejez, la Unión Europea formuló a principios de esta década tres objetivos centrales que deben guiar las reformas nacionales (European Commission 2003):

– En primer lugar, es preciso asegurar la viabilidad financiera de los sistemas de pensiones, de manera que los efectos futuros del envejecimiento de la población no desestabilicen los presupuestos públicos ni conduzcan a una distribución injusta de los recursos entre las generaciones. El objetivo de "sostenibilidad fiscal" se vincula estrechamente con los criterios de Maastricht, orientados a la limitación del déficit y de la deuda pública.

– En segundo lugar, inspirándose en el principio de la adecuación social, se ha de procurar que los sistemas de pensiones cumplan los fines sociales establecidos, proporcionando a los jubilados y los familiares de ellos dependientes pensiones seguras y suficientes, y, junto con los

[1] Los empleos "menores" (*geringfügige Beschäftigung*) se refieren a los contratos con una retribución baja (como máximo 400 euros mensuales) y habitualmente de escasa duración temporal. Están sujetos a cotización, pero son objeto de una regulación específica. Según estimaciones oficiales (Bundesagentur für Arbeit), el número de estos puestos ascendía a 4,8 millones en febrero de 2010. Como referencia téngase en cuenta que la población activa se sitúa a principios del año 2010 ligeramente por debajo de los 40 millones, y el número de ocupados sujetos a obligación de cotizar a la seguridad social ronda 27.200.000.

servicios de salud y de cuidados de larga duración, condiciones vitales adecuadas. Esto significa que el conjunto de los servicios y las prestaciones sociales para los mayores no sólo deben evitar la pobreza en la vejez, sino también asegurar un nivel de vida "adecuado".

– Ello implica, en tercer lugar, una modernización de los sistemas de pensiones que mejore su capacidad de adaptación al cambio de las estructuras de los mercados de trabajo y los hogares, y facilite su adaptación a las necesidades cambiantes de la sociedad y los individuos. Un principio de este proceso de modernización consiste en conjugar la elevada flexibilidad laboral con el respeto y el cumplimento de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el empleo y la protección social.

Antes de analizar la senda de reformas seguida por el sistema de pensiones alemán en el contexto marcado por los desafíos y los objetivos descritos, a continuación se presentan algunas de sus características fundamentales sin cuyo conocimiento resultaría difícil valorar las reformas diseñadas e implantadas.

3. Principios básicos del sistema de pensiones alemán

La estructura actual y los principios rectores del sistema de pensiones alemán se remontan a la gran reforma de 1957, cuando –durante el Gobierno del canciller federal Konrad Adenauer– el seguro público de pensiones, creado en 1889, se estableció sobre una nueva base financiera, organizativa y de legitimidad. El principio rector de este seguro de pensiones es el de la "equivalencia de participación" (*Teilhabeäquivalenz*). Este concepto un tanto engorroso conjuga dos principios de reparto básicos: por una parte, el principio de participación de los pensionistas, en igualdad de derechos, en el desarrollo económico; por otra parte, el principio de la mayor equivalencia posible entre lo cotizado individualmente y la pensión. El primero se refiere al objetivo general de aseguramiento que subyace al sistema y a la dinamización de las pensiones, así como también a la distribución de los recursos financieros entre el colectivo de los empleados activos y el de los jubilados, mientras que el segundo hace referencia al cómputo del derecho de pensión individual y, por tanto, a la distribución dentro del colectivo de los jubilados.

Veamos, en primer lugar, la lógica del cálculo individual de la pensión. El núcleo de la identidad institucional del sistema alemán reside en su autodefinición –marcada por la sustitución de rentas y el rendimiento en tanto principios propios de la economía de mercado– como previsión individual organizada por el Estado (Ruland 2008). Conforme a esta lógica de aseguramiento, el margen de juego para la redistribución a través de la pensión pública de jubilación se halla estrechamente limitado. Los elementos de nivelación social que vayan más allá de la compensación solidaria del riesgo, típica de los seguros sociales, son ajenos al principio del seguro y, en consecuencia, no deben ser financiados con las cotizaciones de los asegurados, sino mediante los impuestos generales. El sistema de pensiones alemán no aspira, por tanto, a corregir a través de la política social la desigualdad de resultados distributivos y las diferencias entre trayectorias individuales en el mercado de trabajo. Antes bien, las desigualdades en la fase de empleo se trasladan, en gran medida, a la fase de la jubilación. Por esta razón, la pensión pública no reconoce un importe mínimo como "suelo", a diferencia del sistema español que sí lo hace a través de la pensión mínima y los complementos a mínimos. En Alemania, a las personas que carecen del derecho a una pensión pública o, teniéndolo, sólo consiguen una pensión de muy escasa entidad, se les remite al sistema de previsión social externo al seguro de pensiones y cuyo acceso requiere previamente una prueba de medios. Esta prestación (hasta 2002 denominado "asistencia social" [*Sozialhilfe*] y desde 2003 "seguro básico de vejez e invalidez" [*Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*]) complementa los ingresos mensuales hasta el considerado nivel "mínimo de subsistencia".

A diferencia de lo que ocurre en España, donde, en principio, para calcular la cuantía de la pensión se toman en consideración los 15 últimos años de la carrera de cotización (y, por lo general, los "mejores"), la pensión individual en Alemania se calcula sobre la base de la carrera laboral completa. El sistema alemán opera con los denominados "puntos de reintegro" (*Entgeltpunkte*): por cada año de empleo sujeto a obligación de cotizar, el asegurado obtiene –en función de la cuantía relativa de su salario bruto y de las cotizaciones que ingresa en el sistema de pensiones conforme

a su retribución– un número determinado de puntos, que se van sumando hasta completar su carrera de cotización. Los puntos de un año reflejan la relación entre la retribución laboral bruta (sujeta a cotización obligatoria) del individuo particular y la media de la retribución laboral bruta de todos los asegurados en ese mismo año. Así, un trabajador con un salario equivalente a la media nacional consigue, por cada año, justo un punto; un trabajador con un salario de 125 por cien de la media nacional obtiene, para ese año, 1,25 puntos, mientras que un trabajador cuyo salario se sitúa en el 75 por cien de esa media logra 0,75 puntos.

Por otra parte, en virtud de un conjunto de circunstancias compensatorias, los asegurados pueden obtener puntos adicionales. Así, a favor de los perceptores de prestaciones por desempleo financiadas mediante contribuciones (prestación por desempleo del tipo I) se ingresan cotizaciones al sistema de pensiones correspondientes a aproximadamente el 80 por cien de su retribución laboral previa (y financiadas mediante los recursos existentes por cotizaciones realizadas para el seguro de desempleo); en cambio, a los perceptores de la prestación por desempleo financiada mediante impuestos y sujeta a comprobación de medios (el seguro básico para personas en busca de empleo o la prestación por desempleo del tipo II) se les ingresa una cantidad lineal menor, que actualmente asciende a unos 40 euros mensuales, de tal manera que, por cada año en esta situación, consiguen en torno a 0,08 puntos de reintegro. Generan asimismo puntos para la futura pensión los tiempos acreditados dedicados a la formación y a la crianza de niños, los periodos de prisión en situaciones de guerra, de enfermedad, embarazo, prestación de cuidados a dependientes, así como el servicio militar y civil sustitutorio. El período mínimo de cotización al sistema de pensiones para obtener una pensión contributiva es en Alemania diez años menor que en España, es decir, se exigen sólo cinco años (incluidos los tiempos compensados antes mencionados). Si el asegurado se jubila antes del cumplimiento de la edad legal de jubilación, por cada mes anterior a esta última su pensión se ve reducida en 0,3 por cien (3,6 por cien al año); por cada mes de empleo y cotización por encima de la edad legal, obtiene un incentivo de 0,5 por cien.

La pensión mensual bruta del asegurado es el producto resultante de multiplicar la suma de puntos de reintegro por el denominado "valor actual de pensión" (*aktueller Rentenwert*, ARW), que constituye el elemento dinámico de la fórmula y se actualiza anualmente. La referencia normativa es la llamada "pensión estándar"; es decir, la pensión que obtiene un "pensionista estándar" (ficticio), con una carrera de cotización completa de 45 años y una retribución exactamente situada en la media. La "pensión estándar" asciende a aproximadamente el 70 por cien de la retribución neta media del empleado que se jubila (en activo y cotizando al sistema). Este porcentaje asegura (o debería asegurar) el mantenimiento del nivel de vida individual[2]. El "valor actual de pensión" asciende en estos momentos a 27,20 euros en los antiguos *Länder* (los de la República Federal de Alemania fundada en 1949), y a 24,13 en los nuevos. Un "pensionista estándar" obtiene, de esta manera, una pensión bruta de 45 puntos; es decir 45 x 27,20 euros (= 1224 euros) en los antiguos *Länder*, y 45 x 24,13 euros (= 1085, 85 euros) en los nuevos[3].

Así pues, además de la suma de puntos de retribución individuales, el "valor actual de la pensión" adquiere importancia crucial en el establecimiento inicial de la cuantía de la pensión y su posterior evolución durante la vejez (ya que las pensiones se revalorizan anualmente en función de ese valor). Conviene exponer con algo más de detalle la lógica de actualización de las pensiones y el objetivo general de garantizarlas. El objetivo distributivo de la dinamización de las prestaciones de jubilación en Alemania, tal como se fijó en la gran reforma de las pensiones de 1957, persigue la participación en pie de igualdad de los pensionistas en la evolución del bienestar social, medida a través de la evolución de los salarios de los empleados por cuenta ajena. En contraste con el caso español, en Alemania las pensiones no se ajustan a la inflación (prevista), sino a la evolución de los salarios brutos de los empleados cotizantes. A través de esta evolución paralela de salarios y pensiones se debe (o se debería) asegurar que el pensionista individual pueda mantener su nivel de vida y su posición relativa de rentas a lo largo de

[2] No obstante, con las reformas estructurales de los años 2001, 2004 y 2007 el nivel de la pensión se redujo masivamente, abandonando así también el objetivo de garantizar con la pensión pública un determinado nivel de vida, como se muestra más adelante.

[3] De esta cantidad bruta se deducen todavía las contribuciones obligatorias de los pensionistas para el seguro de enfermedad y cuidados; el importe neto de la pensión estándar se sitúa, pues, en torno a un 10 por cien por debajo del nivel de la pensión bruta. Téngase, además, en cuenta que el sistema alemán sólo paga doce mensualidades, en lugar de las catorce que paga el sistema español.

la fase completa de vejez, de modo que las pensiones no queden a la zaga del desarrollo del bienestar general en caso de que las rentas medias de los empleados superen la tasa de inflación.

Los principios rectores de las pensiones descritos en los párrafos anteriores permanecieron prácticamente inalterados hasta principios de los años noventa. Como se muestra en las próximas secciones, las reformas de los últimos 20 años han transformado significativamente el sistema en muchos aspectos. El principio de la mayor equivalencia posible entre la cotización y la prestación no sólo se ha mantenido, sino que se ha reforzado; en cambio, los principios de garantía de un determinado nivel de vida y de participación de los pensionistas en la evolución del bienestar social se han arrumbado o restringido hasta hacerlos casi irreconocibles.

4. La senda de reformas alemana

Los objetivos generales de las reformas

Las reformas de las pensiones acometidas en Alemania durante los últimos 20 años han perseguido dos objetivos centrales: por una parte, la descarga de costes laborales asumidos por los empresarios, estableciendo límites a la tasa de cotización; por otra parte, la descarga de los presupuestos públicos, recortando las subvenciones federales al sistema de pensiones financiadas mediante impuestos generales (Schmähl 2007; Brettschneider 2009). Si bien ambos objetivos han representado desde siempre criterios esenciales de la política de pensiones alemana, a partir de los años noventa han adquirido preeminencia.

Como es bien sabido, la reunificación alemana trajo consigo consecuencias financieras extraordinarias tanto para la economía alemana como para el sistema de seguridad social. La "unión social", es decir, la transferencia de las instituciones del Estado social germano-occidental a los nuevos *Länder* se financió fundamentalmente mediante los recursos existentes en las cajas de la seguridad social. De un golpe, 3,8 millones de pensionistas germano-orientales, que nunca habían cotizado al sistema de pensiones, quedaron integrados en él. Dado el elevado y creciente desempleo en los nuevos *Länder* durante los años noventa, los gastos adicionales a los que hubo de hacer frente el seguro de pensiones no se vieron contrarrestados por ingresos equiparables (a través de la incorporación de nuevos cotizantes). De este modo, el equilibrio financiero del sistema de pensiones se perturbó de manera duradera. Fueron necesarios aumentos significativos de la tasa de cotización aplicable a los salarios para subvenir los gastos corrientes en pensiones de jubilación.

Los inmensos costes fiscales del proceso de reunificación obstaculizaron la recuperación de la Alemania reunificada una vez superada la recesión global de 1992/93. En pocos años aumentaron significativamente el desempleo, los costes salariales, las cotizaciones sociales, las subvenciones federales y el déficit público. De ahí que, según la opinión mayoritaria entre los expertos, en los círculos políticos, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto, a lo largo de la última década del pasado siglo y la primera de éste Alemania se haya visto inmersa en una profunda crisis estructural.

En este contexto, los costes del Estado social, en general, y las crecientes tasas de cotización para financiar las pensiones, en particular, se percibieron cada vez más como un obstáculo a la competitividad de la economía alemana y, por tanto, como uno de los factores responsables del renqueante crecimiento económico. Al mismo tiempo fue consolidándose la opinión según la cual los abultados costes laborales explicaban el persistente desempleo, lastrando el factor trabajo, poniendo en peligro puestos existentes y dificultando la creación de otros nuevos. Se fue así generando una tensión creciente entre dos objetivos: el de garantizar el nivel de vida durante la vejez y el de integrar a los parados en el mercado de trabajo. Descargar a los empresarios reduciendo las cotizaciones para las pensiones adquirió en el debate público la categoría de un imperativo de justicia social y una exigencia para alcanzar la igualdad de oportunidades (Brettschneider 2009).

Por lo demás, las crecientes tasas de cotización se identificaron con una carga excesiva para las generaciones jóvenes y, por tanto, una violación de la "equidad intergeneracional". Este concepto se utilizó asimismo profusamente en el debate en torno al gran endeudamiento público y a la carga que habrían de soportar las generaciones futuras, como también para enfatizar la prioridad de consolidar los presupuestos públicos. Las

subvenciones federales a las pensiones de jubilación representan tradicionalmente la mayor partida de gasto público. Bajo la impronta cada vez más clara de las ideas sobre "inversión social", y la contraposición de gasto público consuntivo y de inversión, se argumentó que el Estado Social alemán corría el riesgo de desembolsar muchos recursos para cubrir gastos referidos al pasado, como las pensiones, y muy pocos para impulsar inversiones orientadas hacia el futuro, como el sistema educativo.

Estos debates –por mor de la brevedad aquí sólo brevemente perfilados– han conducido finalmente a que el objetivo del mantenimiento de pensiones públicas capaces de asegurar el nivel de vida haya perdido importancia respecto al objetivo general de contener los costes del sistema. Mientras las reformas de los años noventa todavía se circunscribieron a retoques paramétricos de las prestaciones, en el año 2001 se produjo un cambio de paradigma en la política de protección a la vejez (Hinrichs 2005; Schmähl 2004). El establecimiento de límites máximos a la tasa de cotización para financiar las pensiones (20 por cien en el año 2020, y 22 por cien en el año 2030) supuso el abandono de la hasta entonces vigente "política de ingresos en función de previsiones de gasto" y su sustitución por una prioridad del objetivo de tasas de cotización limitadas. Las reformas de los años 2004 y 2007 continuaron y profundizaron esta nueva senda de desarrollo de la política de pensiones alemana.

En conjunto cabe identificar tres vectores de reforma en las transformaciones que ha experimentado el seguro de pensiones alemán en los últimos años:

– El amortiguamiento de la subida de las pensiones y la reducción de su nivel medio, a través de modificaciones en la fórmula de actualización.

– El reforzamiento del principio de equivalencia, a través de la erosión progresiva de los mecanismos de compensación social que incorporaba el sistema.

– La prolongación del periodo de empleo sujeto a cotizaciones, a través de la elevación de los límites de edad de jubilación exenta de penalización, así como lucha contra la jubilación anticipada, mediante la supresión de las prestaciones contributivas en caso de aminoramiento de rentas.

Estos tres vectores de reforma serán objeto de descripción y análisis en los próximos apartados.

El descenso del nivel de la pensión como consecuencia de modificaciones en la fórmula de actualización

La fórmula de actualización de las pensiones ha sido modificada en repetidas ocasiones en el transcurso de los últimos 20 años. La Ley de Reforma de las Pensiones que entró en vigor el 1 de enero de 1992 (LRP92) alteró esta fórmula al establecer que las pensiones ya no se actualizarían anualmente conforme a la evolución de los salarios brutos, sino de los netos. Puesto que, como era previsible, los salarios netos han aumentado más lentamente que los salarios brutos, las pensiones también se han incrementado más despacio. La Ley de Reforma de las Pensiones aprobada cinco años después (LRP97) previó, además, la introducción de un factor demográfico en la fórmula de revalorización; tal factor debía reflejar el alargamiento del periodo de percepción de la pensión como consecuencia del aumento de la esperanza de vida media, atenuando así el incremento del gasto en pensiones. Sin embargo, tras las elecciones federales de 1998 se revocó gran parte de las previsiones de esta ley. En su lugar, el nuevo gobierno rojiverde (SPD y Alianza 90/Los Verdes) decidió dar una orientación política radicalmente nueva al sistema de protección de la vejez. Emergió entonces la idea central de reducir el nivel de prestaciones de jubilación con el fin de frenar el crecimiento de la tasa de cotización. Para compensar esta reducción del nivel de las pensiones se introdujo la previsión privada, capitalizada e incentivada por el Estado (la denominada "pensión Riester")[4]. La Ley de Recursos para la Vejez, de 21 de junio de 2001, estableció la nueva modalidad de previsión privada como opción voluntaria, si bien, según la expectativa declarada por quienes elaboraron la norma, una parte importante de los asegurados acabaría suscribiendo un contrato semejante de cobertura privada.

La Ley de Complementación de Recursos para la Vejez, de 21 de marzo de 2001, añadió un nuevo elemento a la fórmula de la pensión: el "factor de tasa de cotización" refleja la carga creciente que asumen los cotizantes a través de sus contribuciones para cubrir los seguros de previsión social de la vejez,

[4] Denominada así por Walter Riester, quien en el primer gobierno de coalición entre el Partido Socialdemócrata de Alemania (SPD) y Alianza 90/Los Verdes asumió la cartera de Trabajo y Asuntos Sociales.

conectándola con la revalorización anual de las pensiones. Se tiene así no sólo en cuenta la modificación de la tasa de cotización destinada a la pensión pública de jubilación, sino también la modificación de la denominada "proporción para la previsión social de la vejez" (*Altersvorsorgeanteil*, AVA). El AVA representa una proporción ficticia de la retribución bruta que un cotizante medio aporta a la "pensión Riester". Se supone una contribución determinada, que en el año 2002 quedó fijada en 0,5 por cien de la retribución bruta y que, según se previó, cada año iría creciendo al ritmo de 0,5 por cien, hasta llegar a 4 por cien en 2010[5] (la "escalera Riester")[6]. Este nuevo componente implica que la revalorización de la pensión se reduce aproximadamente un 0,6 por cien cada año hasta que se alcance aquel 4 por cien.[7]

En virtud de la Ley de Sostenibilidad de las Pensiones, aprobada en 2004, se añadió al "factor de tasa de cotización" un "factor de sostenibilidad" en la fórmula de cálculo de la pensión. Este nuevo factor refleja el cambio en el cociente entre pensionistas y cotizantes. A la luz de la evolución demográfica pronosticada, en el futuro se producirá un constante empeoramiento de esta relación recogida en el factor de sostenibilidad, que se plasmará en una correspondiente mengua del aumento anual de las pensiones. Se ha estimado que la introducción de este factor en el año 2004 podría suponer un freno al crecimiento del importe medio de las pensiones de más de siete puntos porcentuales (Ruland 2008: 839).[8]

El legislador quiso, sin embargo, evitar que a través del efecto conjunto de estos dos factores (el factor de tasa de cotización y el factor de sostenibilidad) las pensiones pudieran sufrir pérdidas en términos nominales. De ahí que la citada Ley de Sostenibilidad introdujera una cláusula de protección adicional, que garantiza que el efecto combinado de ambos factores no conduzca a una actualización negativa de las pensiones. Esta cláusula de protección, que impide, por tanto, materializar plenamente el efecto reductor intencionado con la introducción de tales factores, se modificó a través de la Ley de Ajuste de los Límites de Edad de Jubilación, de 2007, de tal manera que las reducciones de las pensiones no implementadas en aplicación de la cláusula de protección, se recobrarán en el futuro, siendo compensadas con aumentos de las pensiones por la evolución positiva de los salarios. Según prevé la legislación, a partir del año 2011 se procederá a dividir por la mitad los posibles aumentos de la pensión hasta haber recobrado todas las reducciones no efectuadas. A la nueva cláusula de protección modificada se le denomina ocasionalmente también factor de equilibrio o "factor de recobro".

Así pues, de manera simplificada, la fórmula de actualización de las pensiones a partir de 2011 se puede expresar del siguiente modo:

> *Valor actual de la pensión (nuevo) = valor actual de la pensión (antiguo) * factor del salario * factor de la tasa de cotización * factor de sostenibilidad * factor de recobro*

De esta fórmula se desprende con claridad que la actualización de la pensión se rige ya sólo en muy escasa medida por los salarios; los factores de freno incorporados a la fórmula harán que las pensiones evolucionen a la zaga de los salarios. Al mismo tiempo, la fórmula de actualización de la pensión se convierte en un "engendro técnico": para la mayoría de los ciudadanos (también para la mayoría de los políticos) se ha hecho completamente ininteligible. Dado que en los últimos años no se han aplicado todos los mencionados factores de freno y, por tanto, está pendiente la puesta al día de los efectos completos de esos mecanismos, cabe contar con que, a lo largo de la próxima década, el aumento anual de la cuantía nominal de las

[5] Este 4 por cien corresponde a la proporción de los ingresos brutos de un asegurado que se beneficie del máximo incentivo público al que tienen derecho quienes suscriben una "pensión Riester".

[6] Esta escalera se suspendió durante dos años (2008 y 2009), de tal manera que el porcentaje completo (4 por cien) se alcanzará en 2012.

[7] Cabe destacar que, a través de este procedimiento general, se atenúa la actualización de las pensiones para todos los pensionistas, independientemente de cuántos asegurados se adscriban efectivamente a la previsión privada y de la cantidad que destinen a ello. La reducción de los derechos futuros de pensión afecta, por tanto, también a los asegurados que carecen de previsión privada o quieren/pueden aportar a esta modalidad de ahorro para la vejez una cantidad de recursos por debajo de la máxima sujeta a subsidio público. Habida cuenta de que, casi diez años después de la introducción de este factor, gran parte de los asegurados todavía no ha suscrito una "pensión Riester", la medida resulta difícilmente justificable (Faik y Köhler-Rama 2009: 603).

[8] El factor de sostenibilidad no opera necesariamente siempre rebajando las pensiones: si los ingresos por cotizaciones a lo largo de un año aumentan más que los gastos en pensiones, por ejemplo en caso de una evolución positiva de la ocupación, el factor de sostenibilidad puede provocar una subida de las pensiones. Así ocurrió entre los años 2007 y 2009, cuando el factor de sostenibilidad indujo un aumento del importe de las pensiones calculado en 0,2 y 0,3 puntos porcentuales, respectivamente.

pensiones va a ser mínimo y éstas perderán mucho poder adquisitivo. En el año 2010, las pensiones no se aumentarán, tal como ha sucedido en los años 2004, 2005 y 2006, y en el año 2011, según los expertos, muy probablemente tampoco se producirá un incremento nominal. Se ha estimado que el nivel de la pensión bruta estándar entre 2000 y 2030 podría reducirse aproximadamente un 25 por cien (Schmähl 2007).

La reducción de la compensación social

La política de pensiones diseñada y ejecutada desde 1989 en Alemania permite hablar de un retroceso continuado del principio de compensación social en el que se inspiraba el seguro público de jubilación y de un correspondiente refuerzo del (ya dominante) principio de equivalencia. La LRP92 suprimió, para las altas en el sistema de pensiones causadas a partir de ese año, la "pensión por ingresos mínimos" (*Rente nach Mindesteinkommen*), que reconocía un valor mínimo –por tanto, independiente de la cuantía de la cotización– a los periodos de cotización obligatoria. La Ley de Fomento del Crecimiento y de la Ocupación de 1996 estableció recortes adicionales. Así, se restringió la valoración de los tiempos exentos de cotización, por ejemplo, los periodos de prisión en situaciones de guerra, de enfermedad y de desempleo sin prestación. Asimismo, la citada ley de 1996, como también la Ley de Sostenibilidad de las Pensiones de 2004 redujo sustantivamente la bonificación de las cotizaciones obligatorias durante los primeros cuatro años de empleo de un trabajador, mientras que también recortó la valoración de los periodos exentos de cotización durante la formación escolar y universitaria. A partir del 1 de enero de 2007 el ya de por sí escaso derecho a pensión de jubilación de los perceptores del seguro básico para personas en busca de empleo (prestación de desempleo de tipo II) se redujo de nuevo a la mitad (de 0,16 a 0,08 puntos de reintegro por año). Sirva como ilustración el siguiente ejemplo: en 2008, por un año de percepción de este seguro básico, se generó un derecho a pensión mensual de sólo 2,18 euros. Es evidente que esta regulación perjudica especialmente a los asegurados con biografías de empleo discontinuas.

No cabe de ningún modo infravalorar los efectos conjuntos de estos recortes pequeños y a menudo "disimulados", de este *creeping disentitlement*. Dependiendo de las trayectorias de empleo particulares, estas medidas pueden tener consecuencias de gran alcance para la cobertura de las necesidades de los futuros mayores.

La elevación de la edad de alta en el sistema de pensiones

En Alemania, como en otros países de Europa continental, hasta los años ochenta prevaleció una marcada cultura de jubilaciones anticipadas, promovida tanto por los gobiernos como por los agentes sociales con el fin de amortiguar de modo socialmente aceptable los cambios económicos estructurales que por entonces se verificaban. El instrumento de la jubilación anticipada también desempeñó un papel importante en el proceso de reunificación, dada la masiva destrucción de puestos de trabajo en la antigua República Democrática Alemana. Ya la primera legislación en pensiones tras la reunificación (LRP92) decidió promover un progresivo aumento de los límites de edad de jubilación para contrarrestar las jubilaciones anticipadas y retrasar lo más posible el abandono de la vida laboral. Desde entonces sigue siendo posible jubilarse anticipadamente, pero no sin sufrir una penalización de 0,3 por cien mensual (3,6 por cien anual). La Ley de Fomento del Crecimiento y de la Ocupación de 1996 supuso el arranque del proceso efectivo de elevación de la edad de jubilación. Al mismo tiempo se aceleró el vencimiento de las reglas que permitían nuevas altas en el sistema de pensiones antes de los 65 años y libres de penalización. La Ley de Sostenibilidad de las Pensiones imprimió todavía mayor ritmo a ese aceleramiento.

Con la Ley de Ajuste de los Límites de la Edad de Jubilación, de 2007, el Parlamento decidió finalmente elevar gradualmente, desde 2012 a 2029, la edad de jubilación "legal" (es decir, la que establece una carrera de cotización completa). Para los nacidos entre 1947 y 1958, la edad se eleva mes a mes: los nacidos en 1947 alcanzan una edad de 65 años y un mes; los nacidos en 1948, de 65 años y dos meses, y así sucesivamente. Para los nacidos entre 1959 y 1963, la elevación avanza a ritmo bimensual. La nueva edad de jubilación de 67 años rige para todos los asegurados nacidos desde 1964 (Cuadro 1). Cuando concluya el periodo de transición, la edad más temprana a la que será posible acceder a cualquier pensión de jubilación será 63 años (siendo la única excepción la pensión para asegurados con discapacitación grave, que se podrán jubilar a los 62 años). Por lo demás, el alta en el sistema se puede decidir individualmente de manera flexible dentro de un margen entre los 63 y los 67 años; ahora bien, el coste de esta deci-

sión puede suponer una penalización de hasta 14,4 por cien[9].

Las medidas adoptadas perjudican en particular a aquellos mayores cuyo estado de salud les dificulte seguir trabajando hasta los 67, o simplemente que pierdan antes de esa edad su puesto de trabajo. La cuestión realmente importante es si para la mayoría de los trabajadores mayores existe efectivamente la posibilidad de permanecer en el mercado de trabajo hasta alcanzar el límite de edad establecido para la jubilación, o si el retraso de esta edad traerá principalmente consigo la prolongación de los periodos de desempleo a edades avanzadas y el incremento de las penalizaciones.

Cuadro 1

Aumento de la edad de jubilación (según legislación aprobada en 2007)

Año de nacimiento del asegurado	*Aumento en número de meses*	*Edad de jubilación*	
		Año	*Mes*
1947	1	65	1
1948	2	65	2
1949	3	65	3
1950	4	65	4
1951	5	65	5
1952	6	65	6
1953	7	65	7
1954	8	65	8
1955	9	65	9
1956	10	65	10
1957	11	65	11
1958	12	66	0
1959	14	66	2
1960	16	66	4
1961	18	66	6
1962	20	66	8
1963	22	66	10
1964	24	67	0

Fuente: Ley de Ajuste de los Límites de la Edad de Jubilación, de 9 de marzo de 2007.

[9] Con el fin de amortiguar las dificultades para los asegurados con ocupaciones profesionales de muy larga duración y, por lo general, pesadas, se introdujo una nueva modalidad de acceso: la pensión para asegurados especialmente antiguos. Quien acredita 45 años de cotizaciones obligatorias por ocupación, trabajo asalariado, cuidado de dependientes, periodos de crianza de niños u otros periodos reconocidos puede, como hasta el momento, jubilarse sin sufrir penalizaciones.

5. Efectos actuales y futuros de las reformas acometidas

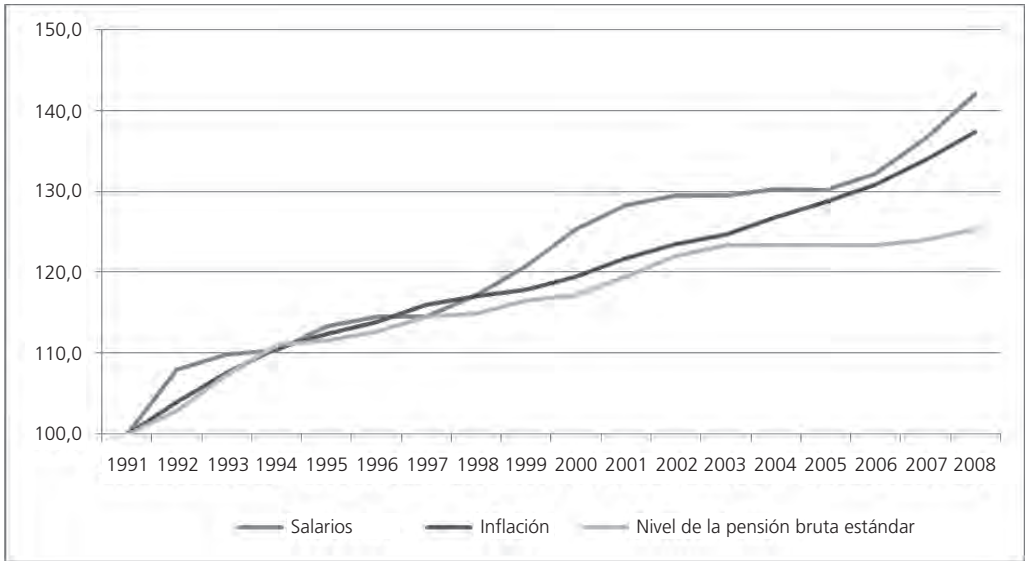
La evolución de las pensiones hasta el momento

Aun cuando muchos políticos y expertos todavía defienden el argumento de que "en lo fundamental" las pensiones alemanas siguen orientándose a los salarios, el principio de la evolución proporcional de pensiones y salarios se abandonó hace ya algún tiempo. Los sueldos y salarios han aumentado durante el periodo de 1991 a 2008 un 42 por cien en términos nominales. Puesto que, durante el mismo periodo, el índice de precios ha subido un 37,3 por cien, queda claro que sueldos y salarios en Alemania han ganado muy poco poder adquisitivo en los últimos veinte años. Pero una evolución más desfavorable que la de los sueldos y salarios se ha verificado en las pensiones. La pensión de jubilación "estándar" ha aumentado durante el mismo periodo un 25,3 por cien (Gráfico 1). Ello significa que las pensiones no sólo se han quedado irrecuperablemente atrás respecto de la evolución de los salarios, sino también que durante estos años han perdido poder adquisitivo. De hecho, la subida anual de las pensiones entre 1991 y 2008 se situó en tres ocasiones por encima de la inflación; en otras tres equivalió a ésta última, y once veces se situó por debajo. Por lo que hace a la revalorización de las pensiones, los pensionistas alemanes se encuentran, pues, en una posición significativamente peor que los pensionistas españoles. Al menos durante los últimos 20 años se habrían beneficiado notablemente de una actualización basada en la inflación (prevista y luego corregida), como la aplicada "automáticamente" a las pensiones españolas (que incluso se han revalorizado en términos reales).

La evolución mostrada hasta aquí se refiere a la pensión estándar. En realidad, el importe medio de las pensiones efectivamente reintegradas se sitúa claramente por debajo de esta magnitud. El cuadro 2 así lo confirma: la pensión bruta estándar alcanzó el 1 de julio de 2008 en los *Länder* de la antigua RFA 1.195 euros; la pensión neta estándar (es decir, deducidas las contribuciones obligatorias para el seguro de enfermedad y cuidados), 1.078 euros. En el caso de los varones pensionistas residentes en los *Länder* de la antigua RFA, la pensión de jubilación media se cifró ese mismo año en 970 euros, sólo en torno a un 90

Gráfico 1

Evolución de las retribuciones salariales, del índice de precios y del nivel de pensión bruta (Año base 1991 = 100)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos provistos por Statistisches Bundesant, DRV Bund (2009).

por cien del nivel de la pensión neta estándar. En las nuevas altas masculinas del año 2008 el importe de la pensión de jubilación media alcanzó 865 euros (aproximadamente un 80 por cien del nivel de la pensión neta estándar). Las deducciones por inicio anticipado de la jubilación introducidas en 1997 explican, en buena medida, estos resultados. Desde su introducción ha aumentado tanto el número de las pensiones penalizadas, como también el importe medio de las deducciones. En 2007, casi la mitad (46,2 por cien) de todas las nuevas altas de pensiones por jubilación sufrieron algún tipo de penalización. El número medio de los meses penalizados se situó en 38,4, lo que equivale a una penalización media de 11,52 por cien (Brussig 2010). Estas cifras demuestran que una parte importante de los ocupados tiene grandes dificultades para llegar a la edad de jubilación legal, por lo cual ha de aceptar pérdidas importantes de la pensión. La elevación de la edad de jubilación a los 67 años recrudecerá probablemente esta situación.

Los datos disponibles ponen también de manifiesto que, en particular, las mujeres de los *Länder* de la antigua RFA se hallan todavía lejos de conseguir una cobertura autosuficiente para la vejez. Además de registrar los periodos de cotización para la pensión (con diferencia) más breves, aportan cotizaciones de cuantía más baja, sobre todo por el trabajo a tiempo parcial y las retribuciones salariales más reducidas. Así pues, el modelo tradicional germano-occidental del *male breadwinner* (varón responsable del sustento familiar) continúa plasmándose en el nivel de las pensiones. Previsiblemente todavía habrán de pasar bastantes años hasta que esta situación cambie de manera ostensible. Según cálculos del Instituto Alemán para la Investigación Económica (*Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*), en el año 2030 el nivel medio de las pensiones de las mujeres germano-occidentales se situará, a pesar de su creciente participación en el mercado de trabajo y de la elevación de sus niveles de cualificación, todavía por debajo del nivel del seguro básico de vejez e invalidez (Geyer y Steiner 2010).

Con todo, los grandes perdedores de las reformas hasta ahora llevadas a cabo son los perceptores de pensiones por incapacidad. El importe medio de una nueva alta de pensión por incapacidad ha caído entre 2000 y 2008, en términos

Cuadro 2

Importe neto de las pensiones medias de jubilación en euros (2008)

	Antiguos Länder		*Nuevos Länder*	
	Hombres	*Mujeres*	*Hombres*	*Mujeres*
Pensión bruta estándar (1-7-2008)	1195		1050	
Pensión neta estándar (1-7-2008)	1078		950	
Importe medio neto de las pensiones causadas (31-12-2008)	970	473	1044	676
Importe medio neto de las nuevas altas 2008	965	449	902	667
Nivel de protección básica (Toda Alemania)	681			

Fuente: DRV Bund (2009), *Aktuelle Daten 2010*, 3; *Armuts- und Reichtumsbericht*: 333.

nominales, de 738 a 647 euros, es decir, un 12 por cien. Los pensionistas varones de los *Länder* de la antigua RFA son los que han tenido que soportar pérdidas más significativas (Cuadro 3). Como ocurre en el caso de las pensiones de jubilación, en el de las pensiones por incapacidad los recortes sustantivos obedecen a la introducción de penalizaciones en caso de anticipación del alta. El 96,4 por cien de las nuevas altas de pensiones por incapacidad reconocidas por primera vez en 2008 asumieron penalizaciones; las pensiones fueron recortadas un 10,4 por cien de media (Rische 2010)[10].

Desde una perspectiva de política social, esta evolución resulta muy problemática, toda vez que el debilitamiento de la protección pública por incapacidad sólo puede ser compensado muy precariamente mediante la previsión privada o empresarial. Puesto que las empresas aseguradoras privadas exigen por sus productos de previsión complementaria primas actuarialmente adecuadas, un aseguramiento privado contra el riesgo de invalidez para asegurados con un riesgo elevado de incapacidad es prácticamente impagable. Y puesto que las ocupaciones con elevado riesgo para la salud coinciden a menudo con actividades manuales que requieren comparativamente escasa cualificación y, por lo general, están peor retribuidas, la falla de protección abierta por las reformas de pensiones parece desproporcionada respecto del riesgo de incapacidad.

A la luz de los desarrollos descritos aquí cabe prever que, en el futuro, el riesgo de incapacidad vaya de la mano del riesgo de pobreza en la vejez, o que esta contingencia se cubra necesariamente mediante el seguro básico de vejez e invalidez. En 2008, aproximadamente un 8,8 por cien de las pensiones de incapacidad hubieron de ser complementadas con esta prestación básica (Rische 2010: 6), porcentaje que probablemente se verá sometido a una creciente presión al alza.

La evolución futura de las pensiones

Las decisivas transformaciones que ha experimentado el mercado de trabajo alemán resultan muy relevantes para la evolución del nivel de protección social, actual y futuro, de la vejez. Como consecuencia de una evolución de la ocupación durante años negativa, parecen haberse consolidado de manera estructural el desempleo masivo y, sobre todo, el desempleo de larga duración; sólo en la última fase expansiva (2006-2008)

[10] La mejora que se ha introducido progresivamente de la valoración de los periodos computables suaviza, en mayor o menor medida, el efecto de reducción de la pensión por penalizaciones, dependiendo de la biografía laboral individual y la edad a la que se cause el alta.

Cuadro 3

Importe medio de las nuevas altas de pensión por incapacidad (en euros)

	2000	*2008*	*Variación*
Hombres (antiguos *Länder*)	835	691	-17,24%
Hombres (nuevos *Länder*)	740	623	-15,81%
Mujeres (antiguos *Länder*)	613	605	-1,31%
Mujeres (nuevos *Länder*)	689	646	-6,24%
Media total	738	647	-12,33%

Fuente: Rische (2010).

mejoró un poco la situación del mercado de trabajo. El desempleo afecta especialmente a los trabajadores jóvenes y poco cualificados, y, de manera más acusada, a los residentes en los nuevos *Länder*, produciéndoles grandes huecos en sus biografías laborales. Paralelamente han aumentado mucho los empleos "atípicos" ("mini-trabajos" eventuales, empleos a tiempo parcial, trabajos temporales, contratos de empresas de trabajo temporal y "nuevos" autónomos). Las recientes reformas del mercado de trabajo, en particular las denominadas "Leyes Hartz", han contribuido a reforzar esta tendencia flexibilizando las condiciones laborales y promoviendo este tipo de empleos. A ello se añade que la dispersión retributiva en Alemania ha aumentado visiblemente desde la mitad de los años noventa. En concreto, el sector de bajos salarios ha crecido hasta convertirse en uno de los más grandes de Europa (Bosch et al. 2009). En 2005, el 22 por cien de los empleados por cuenta ajena percibían salarios definidos como "bajos". Hasta cierto punto, en el mercado de trabajo alemán prevalecen en la actualidad circunstancias comúnmente asociadas al mercado de trabajo de Estados Unidos.

La proliferación de biografías laborales interrumpidas y fases de ocupación atípica, unida al estancamiento de las retribuciones y a un nutrido sector de bajas retribuciones, ha conducido al aumento del número de personas que, por sus escasas cotizaciones, sólo adquieren derechos limitados a una pensión de jubilación. Se produce así una combinación fatal de los efectos de las reformas de pensiones, por una parte, y la evolución en el mercado de trabajo, por otra. Cada vez se consiguen menos puntos de reintegro para la pensión, y éstos, a medida que pasa el tiempo, tienen menos valor. Esta evolución puede resumirse de manera categórica en esta fórmula (Bogedan y Rasner 2008):

Mercado de trabajo * reforma de las pensiones = pobreza en la vejez

La situación aquí esbozada varía, no obstante, en función de la región, el sexo y el nivel de cualificación de los afectados, así como del año de nacimiento. Más concretamente, en los nuevos *Länder* se aprecia una mayor diferencia entre las cohortes de edad. Los actuales pensionistas de los nuevos *Länder,* que han pasado la mayor parte de su vida laboral en la extinta República Democrática Alemana, tienen, en virtud de la "política de pleno empleo" que mantenía el régimen comunista, biografías laborales comparativamente largas y continuadas, por lo cual pueden incluso hacer valer derechos a pensiones más elevadas que los pensionistas de los antiguos *Länder*. Sin embargo, esta relación cambiará de signo en un futuro no muy lejano. El desempleo en los nuevos *Länder* ha crecido significativamente desde 1990, manteniéndose invariablemente en un nivel más alto que en los antiguos. Sobre todo, las cohortes más jóvenes de los nuevos *Länder*, que en el momento de la reunificación se hallaban todavía al comienzo de su vida laboral, van a verse muy afectadas por la evolución del mercado de trabajo, manifestándose la crisis del empleo en sus propias biografías laborales. Cuanto más joven es la cohorte de edad, mayores son los huecos en las carreras laborales. De mantenerse en los nuevos *Länder* las circunstancias laborales actuales, se ha estimado que los varones nacidos entre 1967 y 1971 podrían estar 9,4 años desempleados durante su vida laboral, y las mujeres nacidas entre los mismos años, 13,3 años (Geyer y Steiner 2010).

Estos amplios huecos en las carreras laborales individuales tendrán su reflejo más intenso en los niveles de pensiones individuales a partir del año 2020. En conjunto, en los nuevos *Länder* hay que contar, tanto entre las mujeres como entre los hombres, con un retroceso medio muy significativo de los derechos de pensión. Ya actualmente se aprecia que sus derechos de pensión, comenzando por la cohorte de los nacidos entre 1947 y 1951, retroceden de manera clara y continuada (Frommert y Himmelreicher 2010). Ante esta evidencia cabe prever que en torno a un tercio de los

hombres y casi la mitad de las mujeres de los nuevos *Länder* que se jubilen a partir de 2030 recibirán una pensión pública por debajo del nivel del seguro básico (Geyer y Steiner 2010).

Los crecientes problemas de legitimación del sistema de pensiones

El escenario que se vislumbra a 20 años vista, cuando las reformas de las pensiones ya implantadas hayan surtido pleno efecto, es cuando menos inquietante. Es muy probable que el descenso continuado del nivel de las pensiones, el desmontaje sucesivo de los mecanismos de compensación social con los que contaba el sistema de prestaciones sociales y la elevación de los límites de edad para jubilarse sin penalización, unidos a la evolución del mercado de trabajo, conduzcan a un considerable aumento de la penuria en la vejez y obliguen a efectuar crecientes transferencias sociales. Parece claro que entre los jubilados aumentarán la desigualdad y la inseguridad de rentas.

Todo ello plantea, además, un problema de legitimación del sistema público de pensiones. En efecto, la aceptación de un sistema público basado en la obligatoriedad de la pertenencia al mismo requiere que los contribuyentes puedan partir de modo realista de una idea muy sencilla e intuitiva: la de que por sus contribuciones individuales recibirán durante la jubilación una contraprestación adecuada; más todavía en el caso de un sistema, como el alemán, cuya autolegitimación ha descansado tradicionalmente en una correspondencia bastante exacta entre contribución y prestación. En rigor, la reducción del nivel de las pensiones no entrará en contradicción con el principio de equivalencia, tan central en el sistema público de pensiones alemán, mientras se garantice una distancia suficiente entre el importe medio de la pensión y el nivel del seguro básico de vejez e invalidez (es decir, la prestación no contributiva de asistencia social). El sistema de pensiones se enfrentará, sin embargo, a un problema importante de legitimación cuando incluso los contribuyentes más antiguos obtengan una pensión pública del nivel de esa prestación básica, sujeta a prueba de medios, o incluso inferior a ella.

En el año 2008, un nuevo pensionista tenía que haber obtenido durante su vida laboral aproximadamente 28 puntos de reintegro para alcanzar, tras la deducción de las contribuciones obligatorias destinadas a cubrir el seguro de enfermedad y de cuidados de larga duración, una pensión pública neta del nivel del seguro básico de vejez e invalidez (Hauser 2009: 254). Con otras palabras, un trabajador con retribuciones equivalentes a la media nacional tenía que cotizar durante 28 años para alcanzar una pensión del nivel del seguro básico, mientras que un asegurado que, de media, hubiera ganado el 75 por cien del ingreso medio de todos los asegurados, tendría que haber trabajado y cotizado 37 años completos. Estos ejemplos muestran que, ya en el momento actual, a muchos asegurados, incluso en caso de haber efectuado contribuciones durante años, les es imposible acceder a una pensión por encima del umbral del seguro básico.

En 20 años esta situación se habrá agravado: en 2030 serán necesarios previsiblemente 34 puntos de reintegro para alcanzar el nivel del seguro básico (Steffen 2008). Significa esto que quienes se jubilen ese año tendrán que haber contribuido 45 años completos con al menos un 75 por cien del ingreso medio para conseguir una pensión contributiva del nivel del seguro básico. Teniendo en cuenta los rasgos antes apuntados del mercado de trabajo alemán (biografías laborales con huecos frecuentes y en aumento, dispersión creciente de salarios y aumento del sector de bajas retribuciones), es previsible que una parte considerable de los asegurados incumpla estas condiciones más rigurosas. Pero si las pensiones públicas no fueran capaces de evitar a un sector importante de asegurados la situación de necesidad que cubre el seguro básico, su justificación se pondría en cuestión. Sucede así que la sostenibilidad fiscal perseguida a través de las reformas de las pensiones llevadas a cabo en la última década podría convertirse, a medio plazo, en un golpe político de muerte para el sistema público de pensiones.

6. Valoración conjunta de la estrategia de reforma alemana

Al diseño y a la ejecución de las reformas de las pensiones alemanas durante los últimos 20 años subyacen motivaciones de tipo económico, fiscal y laboral. El objetivo de estabilizar la tasa de contribución se ha erigido en el criterio dominante y casi único de una política de pensiones sostenible. Los argumentos vinculados a las pensiones como una política social, orientada por tanto a fines tales como el de la garantía del bienestar o la promoción de la cohesión social, han sido omitidos o equiparados a objetivos de política de em-

pleo (mayor igualdad de oportunidades en el mercado de trabajo a través de más empleo y costes laborales más bajos). Pensando en la fórmula de "pensiones sostenibles y adecuadas", hay que constatar que las reformas de las pensiones en Alemania no han respetado el equilibrio entre estos dos principios, el de la sostenibilidad y el de la adecuación, basculando hacia el objetivo de la estabilidad fiscal en detrimento del objetivo de la adecuación social. Tampoco cabe hablar de una modernización del sistema de pensiones en el sentido de su adaptación a una estrategia de "flexiguridad". Las reformas de los últimos años han supuesto más bien un movimiento en la dirección exactamente contraria. El sistema de pensiones alemán sigue girando en torno al referente de una "biografía normal" (masculina), con 45 años de cotizaciones, y no ofrece respuesta alguna al problema de las biografías laborales "atípicas". En conjunto, se ha comprado la evitación preventiva de futuros déficit económicos y fiscales del sistema de pensiones al precio de la aceptación de déficit sociales acrecentados en el periodo de la vejez.

Sólo en los últimos tres o cuatro años han surgido con fuerza en el debate público las palabras clave "pobreza en la vejez" ligadas a una crítica de la estrategia de reforma elegida. Paralelamente, sobre el trasfondo de la crisis de los mercados financieros se ha producido un cierto desencanto respecto a los productos de previsión privada para la vejez. El problema radica, sin embargo, en la práctica imposibilidad de retroactivar las reformas hasta ahora emprendidas, responsables de los problemas futuros. Determinados grupos de interés vinculados con el sector empresarial y el sector financiero, decididos a evitar un retroceso de las reformas, advierten del riesgo de un relajamiento de los objetivos de contención de las cotizaciones y del riesgo de desandar los pasos de reforma dados hasta el momento. La política alemana, desde todos los partidos (excepto la formación política de izquierda *Die Linke*), lleva publicitando masivamente el cambio de paradigma de la política de pensiones, de tal modo que una reconsideración de las nuevas prioridades tan costosamente negociadas y establecidas en la política social provocaría problemas de credibilidad a casi toda la clase política del país.

La política de pensiones alemana se ha introducido de alguna manera en un callejón sin salida. Por una parte, por razones ideológicas permanece fiel tanto a los objetivos de fijación de las tasas de cotización recogidas en las leyes de pensiones como a una interpretación restrictiva del principio de equivalencia. Por otra parte, es probable que las dramáticas consecuencias de la senda de reformas emprendida se pongan de manifiesto en pocos años y conduzcan a reproches masivos de la sociedad si no se adoptan respuestas políticas adecuadas. La clase política alemana no saldrá de este dilema del que se ha hecho responsable sin vulnerar al menos uno de esos principios centrales de la política de pensiones.

En muchos sentidos, la política de pensiones alemana no está acometiendo las razones del problema, sino sólo aliviando sus síntomas. La supresión transitoria del "factor Riester" en los años 2008 y 2009, así como la "garantía de la pensión" que se ha hecho por primera vez efectiva en 2010 y conforme a la cual el nivel nominal de la pensión estándar no debe bajar en el futuro, representan de momento intentos insuficientes de suavizar algo las previsibles consecuencias de las reformas del sistema pensiones. En este punto se paga el error de haber separado los dos objetivos de sostenibilidad y adecuación. Sin duda, habría resultado más aconsejable incorporar desde el principio a las reflexiones sobre la reforma de las pensiones los aspectos de política distributiva y social, haciendo hincapié en la necesidad de equilibrar esos dos objetivos y modernizar genuinamente el sistema público de pensiones.

7. Algunas conclusiones para el debate sobre las pensiones en España

El análisis presentado hasta aquí sugiere que la senda de las reformas alemanas, que en última instancia puede crear una situación muy problemática desde una perspectiva de política social, no representa un buen ejemplo para la reforma del sistema español de pensiones. Cualquier reforma diseñada a largo plazo de un sistema de previsión social tiene que aspirar a conseguir no sólo viabilidad financiera, sino también aceptación política y social. Con reformas que aligeran la carga de los costes económicos para las empresas y las cuentas públicas, pero que conducen a una situación de desprotección para grandes grupos de población, el futuro del sistema de pensiones no podrá estar garantizado.

En concreto, de la experiencia alemana se pueden extraer al menos tres conclusiones para el debate español:

– La primera conclusión se refiere a los riesgos derivados de efectuar modificaciones en el mecanismo de actualización de las pensiones. La experiencia alemana muestra que hay pocas medidas que minen más la confianza de la población en el sistema de pensiones que manipulaciones discrecionales de este mecanismo por parte de los gobiernos. En particular, cuando estas medidas están vinculadas a problemas temporales de las cuentas públicas cuyas causas son ajenas al sistema de seguridad social, puede surgir la impresión fatal de una "política de pensiones en función de la situación de caja". Hasta ahora, los perceptores de pensiones en España han tenido en todo momento garantizado el mantenimiento de su poder adquisitivo mediante una norma de revalorización sencilla y transparente. Abandonar este compromiso clave del sistema español, aunque sea de manera excepcional y temporalmente limitada (como se ha previsto en el Real Decreto-Ley 8/2010) crea un precedente susceptible de dañar seriamente la credibilidad y la fiabilidad de la política de pensiones en general, dificultando así posibles reformas futuras.

– La segunda conclusión afecta al balance entre el principio de solidaridad y el principio de equivalencia en el sistema de pensiones. La experiencia alemana pone de relieve la importancia de asegurar que cambios eventuales en las técnicas de cálculo de la pensión, destinados a conseguir un mejor ajuste actuarial entre la pensión individual y el esfuerzo contributivo, no acaben perjudicando a quienes son más vulnerables en el mercado de trabajo. Por eso, la reforma laboral y la reforma del sistema de pensiones que se debaten en estos momentos en España deberían ser objeto de reflexión cuidadosa, relacionando una y otra, y examinando sus efectos recíprocos simultáneos y diferidos en el tiempo (no sólo de naturaleza fiscal, sino también social). Una intensa flexibilización del mercado de trabajo español, como demandan muchos expertos internacionales y nacionales, tendría que enmarcarse en una discusión más exigente sobre las estrategias conducentes a la "flexiguridad", y acompañarse, por ejemplo, de medidas de compensación en el sistema de pensiones.

– La tercera conclusión se refiere a cambios en la edad "legal" de jubilación. Incluso considerando razonable y necesario su retraso, cabe subrayar que el verdadero éxito de esta medida depende de que se den determinadas condiciones en el mercado de trabajo o que se promuevan a través de medidas de política laboral; fundamentalmente depende de que exista la posibilidad de que los mayores de 65 años sigan empleados en condiciones socialmente aceptables. Si no, con semejante medida se conseguiría poco más que un nuevo recorte de las pensiones, que redundaría en perjuicio de los más débiles. Sin embargo, tanto en Alemania como aún más en España, se aprecian carencias en la planificación a largo plazo de los recursos humanos de las empresas, en la configuración de puestos de trabajo atendiendo a criterios de edad y en el desarrollo eficaz de programas para la formación continua de los trabajadores, por citar sólo algunos ejemplos de políticas necesarias para facilitar una prolongación de la vida laboral.

A la luz de las experiencias de reforma de las pensiones en Alemania, cabe recomendar a los actores responsables de esta política en España que, dada la considerable complejidad del tema y sus múltiples ramificaciones, procedan en esta cuestión con sumo cuidado, examinando y valorando todas las posibles implicaciones, intentando alcanzar un amplio consenso social y renunciando a iniciativas de reforma unilaterales, unidimensionales (es decir, exclusivamente enfocadas hacia la consecución de la contención del gasto) e insuficientemente atentas a las diferentes implicaciones sociales a corto, medio y largo plazo.

Bibliografía

Bosch, G.; Weinkopf, C. y T. Kalina (2009), *Mindestlöhne in Deutschland. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Bonn, Friedrich- Ebert Stiftung.

Bogedan, C. y A. Rasner (2008), "Arbeitsmarkt x Rentenreformen = Altersarmut?", *WSI Mitteilungen,* 3/2008: 133-138.

Bonoli, G. y B. Palier (2007), "When past reforms open new opportunities: Comparing old age insurance reforms in Bismarckian welfare systems", *Social Policy and Administration*, 41: 555-573.

Brettschneider, A. (2008), "On the way to social investment? The normative recalibration of the German welfare state", *German Policy Studies,* 4, 2: 19-66.

Brettschneider, A. (2009), "Paradigmenwechsel als Deutungskampf. Diskursstrategien im

Umbau der deutschen Alterssicherung", *Sozialer Fortschritt,* 9-10: 189-199.

Brussig, M. (2010), "Fast die Hälfte aller neuen Altersrenten mit Abschlägen – Quote weiter steigend", *Altersübergangs-Report* 2010-01, Duisburg, Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ).

Chuliá, E. (2007): "Spain: between majority rule and incrementalism", en: Immergut, E.; Anderson, K.M. e I. Schulze (Eds.), *The Handbook of West European Pension Politics*, Oxford, Oxford University Press: 499-454.

European Commission (2003), *Adequate and Sustainable Pensions: Joint Report by the Commission and the Council*, Luxemburgo, Directorate-General for Employment and Social Affairs.

Frommert, D. y R. K. Himmelreicher (2010), "Sinkende Rentenanwartschaften – vor allem in den neuen Bundesländern. Analysen zur Entwicklung der Altersrenten in Deutschland", *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 43: 1-5.

Geyer, J. y V. Steiner (2010), "Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten", *DIW-Wochenbericht,* 11: 2-11.

Hauser, R. (2009), "Neue Armut im Alter", *Wirtschaftsdienst* 4: 248-256.

Hinrichs, K. (2005): "New Century – New Paradigm: Pension Reforms in Germany", en: Shinkawa, T. y G. Bonoli (Eds.), *Ageing and Pension Reform Around the World: Evidence from Eleven Countries*, Cheltenham, Edward Elgar: 47-73.

Natali, D. y M. Rhodes (2007), "The New Politics of pension reforms in continental Europe", en: Arza, C. y M. Kohli (Eds.), *The Political Economy of Pensions: Politics, Policy Models and Outcomes in Europe*, Londres, Routledge: 25-46.

Rische, H. (2010), "Die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos – Handlungsbedarf und Reformoptionen", *RV aktuell,* 1: 2-9.

Ruland, F. (2008), "Rentenversicherung", en: Maydell, B. von; Ruland, F. y U. Becker, *Sozialrechtshandbuch*, Baden-Baden, Nomos: 801- 875.

Schmähl, W. (2004), "Paradigm shift in German pension policy: measures aiming at a new public-private mix and their effects", en: Rein, M. y W. Schmähl (Eds.), *Rethinking the Welfare State – The Political Economy of Pension Reform.*, Cheltenham/ Northampton (MA), Edward Elgar: 153-204.

Schmähl, W. (2007), "Dismantling an earnings-related social pension scheme: Germany´s new pension policy", *Journal of Social Policy,* 36, 2: 319- 340.

Steffen, J. (2008), *Rente und Altersarmut. Handlungsfelder zur Vermeidung finanzieller Armut im Alter* (www.arbeitnehmerkammer.de/sozialpolitik/).

Envejecimiento y dependencia: la demanda de cuidados

ANTONIO ABELLÁN GARCÍA Y CECILIA ESPARZA CATALÁN*

RESUMEN

Este trabajo pretende dibujar el panorama de la dependencia entre las personas mayores en España y su demanda potencial de cuidados: dos de cada diez necesitan la ayuda de otra persona para la realización de actividades cotidianas. La edad elevada, ser mujer y tener bajos niveles de instrucción e ingresos se asocian al hecho de ser dependiente. La dependencia se halla asimismo estrechamente ligada a los hogares multigeneracionales. La mujer, como esposa o hija, desempeña la tarea principal de cuidado. La mitad de la demanda está cubierta; para aproximadamente un tercio adicional la ayuda es insuficiente o no recibe ninguna asistencia.

1. INTRODUCCIÓN

Este artículo se sitúa en la línea de investigación sobre dependencia a la que esta misma revista, *Panorama Social,* dedicó un número monográfico hace cinco años, con colaboraciones sobre el desarrollo del Estado del bienestar a través de la protección social de las personas dependientes, sobre las políticas públicas de atención y los detalles de esas políticas, incluyendo un análisis del Libro Blanco de la Dependencia, base de la abreviadamente denominada "Ley de Dependencia" que se aprobaría al poco tiempo[1] (2006). La dependencia sigue siendo un tema de alto interés social. De ahí que indagar en el marco conceptual y trasladar ese enfoque a cifras que presenten la dimensión del fenómeno a grandes rasgos revista, en estos momentos, gran interés. Ése es el propósito fundamental de esta colaboración.

La reciente puesta a disposición de los microdatos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD 2008) por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE) permite presentar ese escenario y dibujar con más precisión el panorama que se abre a los individuos, la familia y los responsables de las políticas sociales ante el incremento del número de personas de edad y el aumento de las limitaciones funcionales. Tras una delimitación y discusión conceptual de los términos relacionados con la salud funcional, se explica el método de obtención de las cifras de personas con discapacidad y dependencia. A continuación, se dibuja el perfil de los dependientes y se intenta ajustar un modelo de predicción o riesgo de caer en dependencia. Finalmente, se presenta la demanda de cuidados y el patrón de asistencia personal como respuesta a las situaciones de dependencia.

2. MARCO CONCEPTUAL DE LA DEPENDENCIA

La pérdida de la independencia funcional tiene importantes consecuencias en la calidad de vida de las personas, en su bienestar y equilibrio psicológico, en su red próxima, familiar y social, y en definitiva en el nivel político, por la respuesta

* Centro de Ciencias Humanas y Sociales (Consejo Superior de Investigaciones Científicas) (Antonio.abellan@cchs.csic.es y Cecilia.esparza@cchs.csis.es).

[1] Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOE 15-12-2006).

que se precisa a esas situaciones de necesidad. Una persona con problemas para manejarse por sí misma en el hogar, en el entorno o en tareas de cuidado personal, es decir, en la realización de actividades de la vida diaria, es una persona con discapacidad; si recibe ayuda o demanda asistencia, se considera dependiente. El marco conceptual recorre los dominios de discapacidad e incluye la delimitación o el alcance de la dependencia y una clasificación categórica de ésta (Gignac y Cott 1998) (Gráfico 1).

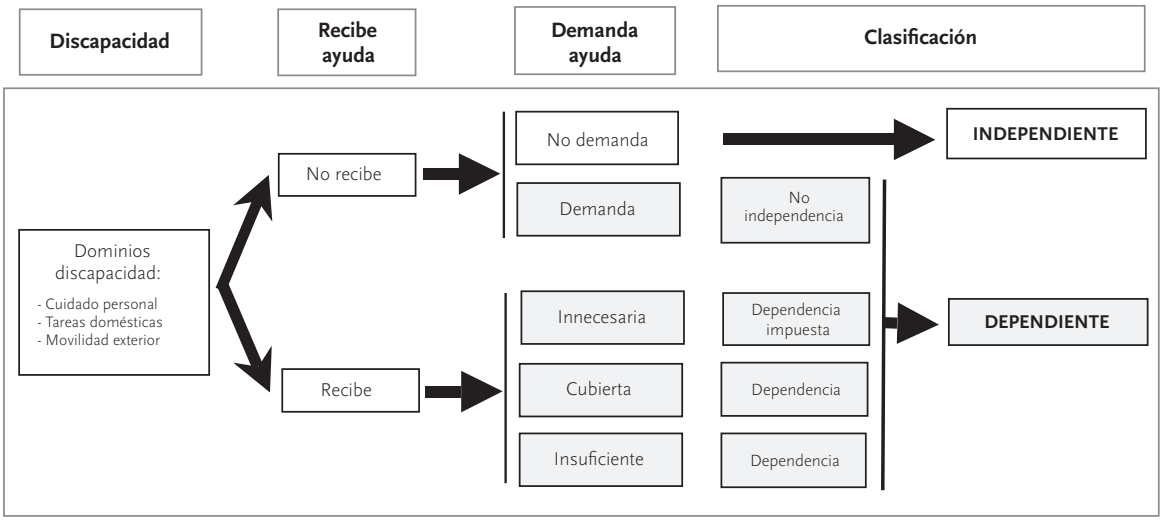
"Discapacidad" es la dificultad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, habituales para personas de similar edad y condición sociocultural. Es la expresión de una limitación funcional; la brecha existente entre las capacidades de la persona y las demandas del medio, es decir, lo que exige ese entorno para desarrollar adecuadamente las actividades cotidianas (Spector y Fleishman 1998; Puga y Abellán 2004; Querejeta 2004; Whiteneck 2005; Abellán y Esparza 2007).

La principal ventaja de definir y sistematizar medidas de limitación funcional reside en su habilidad para evaluar una amplia gama de capacidades físicas que identifican bien a los mayores en riesgo de caer en discapacidad y demandar asistencia. El conocimiento de la salud funcional aporta información que puede ser incorporada a estrategias de intervención social. Las medidas de habilidad funcional se usan normalmente en encuestas generales porque son relevantes socialmente y fácilmente interpretables. Como los problemas más graves afectan a muy poca población, los ítems que miden esta habilidad suelen reservarse para un conjunto definido, como el de personas mayores.

Los "dominios de discapacidad" pueden definirse de diversa forma. En la medición de grupo, de uso epidemiológico, suele utilizarse una lista de actividades de la vida diaria, con el fin de valorar la capacidad del individuo en su ejecución. Este artículo basa su delimitación de discapacidad en tres dominios de actividades, sin el desarrollo de las cuales no es posible disfrutar de independencia física, personal, en el hogar y en la comunidad. Estos dominios son: a) el cuidado personal, es decir, las actividades básicas de autocuidado precisas para mantener la independencia personal; b) las tareas domésticas, es decir, actividades instrumentales necesarias para desarrollar una vida independiente en el hogar; y c) la movilidad exterior. Aquellas personas que tienen dificultad funcional en alguna de estas actividades son consideradas personas con discapacidad (Verbrugge y Jette 1994; Ferrucci 1998;

Gráfico 1

Marco conceptual de la dependencia



Fuente: Elaboración propia.

Verbrugge, Yang y Juárez 2004; Stineman, Ross y Maislin 2005).

La "dependencia" hace referencia a la dificultad que obliga a la persona que la experimenta a solicitar, a veces, ayuda de otra para realizar esas actividades cotidianas. Para nuestro propósito, la dependencia se define como la incapacidad para desarrollar tareas específicas y la necesidad de ayuda de otra persona para su realización. Es decir, la definición se centra en el enfoque de la incapacidad funcional y en la naturaleza social de la dependencia, describiéndola como una situación en la que uno recibe atención de otros, o un estado en que un individuo confía en otros para que lo atiendan y para afrontar necesidades organizadas. Esta relación personal o social, inherente a la dependencia, es la que distingue a esta última de la discapacidad, que no siempre lleva consigo una situación de dependencia (Wilkin 1987; Baltes 1996; Barberger-Gateau *et al.* 2000).

Aunque la dependencia, genéricamente, puede ser dividida en varias categorías (física, psicológica, de conducta, emocional, económica o social) y provocada por varias causas (estadio del curso de vida, crisis o accidente, discapacidad proveniente de problemas de salud y deficiencias corporales, de personalidad o de expectativas sociales o culturales), las medidas que aquí se aplican al análisis de la dependencia de los mayores limitan su campo a las actividades de la vida diaria. Se dejan, por tanto, aparte otras dependencias, como las de apoyo financiero, las necesidades emocionales y de contacto social, las procedentes de causas psicológicas o las generadas por la estructura social. Por tanto, la categoría que interesa aquí es la de la dependencia física, causada por el estadio del curso de vida (vejez) y la discapacidad.

En cuanto al alcance de la dependencia, cabe efectuar una sencilla clasificación. Una persona con discapacidad puede recibir o no asistencia para satisfacer sus demandas. Cuando no recibe ni demanda, es "independiente", y por supuesto son independientes todas las demás personas de 65 o más años sin problemas funcionales. Si, en cambio, no recibe pero demanda, se considera que es "no independiente", sino dependiente potencial con demanda insatisfecha. Son éstos individuos con dificultades en las actividades cotidianas, pero que no reciben ayuda de otros porque no la tienen disponible por sus circunstancias personales o de convivencia, o porque no conocen la existencia de servicios formales de atención. Esta dificultad suele ir acrecentándose con el tiempo. La respuesta de los individuos puede producirse de diferentes formas, sustituyendo la tarea o modificando la forma de realizarla, aplazando o cambiando frecuencias.

Puede existir un pequeño grupo de personas mayores que reciben asistencia para actividades cotidianas, pero estrictamente no la precisan. Se trata de una "dependencia impuesta". Puede reflejar una sobreprotección de la persona, a veces consecuencia de una reagrupación familiar, tras la destrucción del hogar previo por fallecimiento de un cónyuge, o una reagrupación en previsión de futura dependencia; este tipo de dependencia también puede resultar favorecida por circunstancias específicas del entorno familiar más próximo.

Cuando la persona necesita ayuda y la recibe, es la situación más clara de "dependencia". Si recibe la ayuda que precisa y considera que satisface sus necesidades, se considera una demanda cubierta. En estos casos se suele estar reflejando la existencia de una red familiar o social estrecha y próxima, donde habitualmente se toman las decisiones y organiza la provisión de cuidados tanto formales como informales. Finalmente, existe otro grupo de dependientes que recibe ayuda, pero ésta es insuficiente.

En resumidas cuentas, es dependiente quien recibe ayuda (suficiente, insuficiente o innecesaria) y quien no recibiendo, la demanda. Por mor de la exhaustividad, el cuadro 1 contiene definiciones adicionales de discapacidad y dependencia.

3. Material y procedimiento de cálculo

La actual delimitación de personas con discapacidad y dependencia se basa en los microdatos de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) llevada a cabo por el INE en 2008. Es la tercera gran operación estadística sobre discapacidad. Sus antecedentes fueron la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías de 1986, y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999.

Las dos primeras utilizaron el marco conceptual de la discapacidad que construye la pri-

Cuadro 1

Otras definiciones de discapacidad y dependencia

• De acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM 1980) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), discapacidad es cualquier restricción o falta de habilidad (como consecuencia de una deficiencia) para realizar una actividad en la forma considerada normal para un ser humano (Imserso 1994).

• En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF 2001), el término discapacidad hace referencia al conjunto de los problemas en las estructuras corporales y en sus funciones (antiguas deficiencias de la clasificación de 1980), así como también a las limitaciones en la actividad (problemas para realización de actividades) y las restricciones en la participación (problemas para involucrarse en situaciones vitales), influidos por factores del entorno. La discapacidad es, por tanto, el aspecto negativo del funcionamiento (OMS 2001; Whiteneck 2005; Lafortune *et al.* 2007).

• La Ley de Dependencia (2006) define dependencia como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas, o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Art. 2).

• La definición recogida en la Ley de Dependencia sigue de cerca la del Consejo de Europa, que define dependencia como el estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Consejo de Europa 1998; Rodríguez Cabrero 2004: 8; Imserso 2004; León 2005).

Fuente: Elaboración propia.

mera clasificación de discapacidad (CIDDM, de 1980). La actual encuesta EDAD se ha realizado tras la publicación de la nueva clasificación (CIF, de 2001). No obstante, los responsables de EDAD decidieron dar a la encuesta una continuidad en la forma para aprovechar las anteriores y permitir las comparaciones, aunque la introducción de nuevos ítems y el difícil casamiento de unos y otros ciertamente dificulta esa tarea comparativa. Por otra parte, se debería trabajar por la comparabilidad con el nuevo baremo de dependencia que se introduce tras la aprobación de la Ley de Dependencia.

El trabajo de campo se desarrolló entre noviembre de 2007 y febrero de 2008. Se recogió información de todas las personas de los hogares seleccionados (1ª fase) y, en caso de existir alguna con discapacidad (de personas de 6 o más años) o limitaciones (de personas de 0 a 5 años), se pasó un cuestionario específico de discapacidad (2ª fase); si la persona en cuestión recibía cuidados, se completaba el cuestionario con un pequeño módulo de cuidadores principales. La muestra fue de 96.075 viviendas familiares, 258.187 registros totales, de los que 22.795 correspondían a personas con discapacidad, y 381 a niños con limitaciones. También se realizó la encuesta en centros e instituciones, una novedad respecto a las dos anteriores.

Los objetivos de EDAD consisten en estimar el número de personas con discapacidad, conocer el tipo de limitación, las características de las personas en situación de dependencia, e identificar necesidades y demandas de asistencia. Es una fuente apropiada para la finalidad de este artículo, que se organiza en torno a los siguientes tres temas.

• Medida de la discapacidad: Aunque la definición de la discapacidad ha evolucionado entre la primera y la segunda clasificación de la OMS, y la nueva EDAD adopta una definición

anclada en el modelo causal de la primera, la fuente de datos permite calcular la discapacidad tal como se ha definido en el apartado anterior, utilizando los dominios tradicionalmente examinados en la investigación sobre dependencia física o funcional (Gignac y Cott 1998; Béland y Zunzunegui 1999; Morán 1999; Alegre *et al.* 2005; Albarrán y Alonso 2006; Abellán y Esparza 2007).

Pero no todos los ítems o actividades de EDAD (44) son susceptibles de inclusión en nuestra definición, pues en la encuesta se incluyen deficiencias, limitaciones funcionales y actividades de la vida diaria propiamente dichas. Es importante reconocer explícitamente los dominios de actividades en que las personas tienen dificultad física, es decir, problemas funcionales. Como se ha dicho, los tres dominios para el cómputo de la discapacidad son: a) cuidado personal (incluye las tareas de levantarse/acostarse, vestirse, lavarse y cuidados básicos del cuerpo, control de necesidades biológicas, desplazarse dentro de la casa, control de prescripciones médicas, y comer y beber; b) tareas domésticas (incluye las tareas de organizar y realizar compras, preparar comidas y ocuparse de las tareas de la casa); c) movilidad exterior (incluye andar fuera de casa y desplazarse utilizando medios de transporte y se diferencia de las tareas de desplazamiento dentro de la casa, habitualmente entendidas como actividades básicas). A partir de esta definición, se han computado 14 actividades. Se considera persona con discapacidad a la que tenga problemas en la realización de alguna de ellas.

• Medida de la dependencia: Siguiendo el modelo conceptual, para calcular la dependencia se considera si la persona con discapacidad recibe ayuda y, en caso de no recibirla, si declara que la necesita. Se ha creado una variable intermedia que recoge la información sobre asistencia personal en cada una de las discapacidades consideradas.

En los centros (residencias y hospitales geriátricos), la dependencia se sobreentiende análoga a discapacidad, pues todas las personas con alguna limitación funcional reciben atención para actividades cotidianas (instrumentales, al menos) y, en su caso, para actividades básicas. Se ha calculado la población de 65 o más años de los centros residenciales, hospitales geriátricos y psiquiátricos, y otros centros.

• Medida de la severidad: La noción de severidad encierra dos cuestiones, un instrumento de medida y la naturaleza de la ayuda requerida. Es difícil clasificar a los individuos en dependientes o independientes, pues realmente la severidad es un continuo que va desde la total independencia para la realización de actividades hasta la total dependencia. Según la naturaleza de la ayuda necesaria para atender a un dependiente, la severidad puede variar; por ejemplo, realizar tareas de cuidados a un incontinente puede ser considerado más grave que ayudarle en tareas domésticas; a veces, la diferencia depende del esfuerzo físico: levantar a alguien es más pesado que asearle. También son criterios importantes la frecuencia y el tiempo invertido en la tarea, o incluso si se ha de realizar de noche o de día, o en otros horarios o calendarios diferentes. Del mismo modo, es difícil establecer el corte entre las categorías de independientes y dependientes y, dentro de esta última, por la gravedad de la situación.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el método empleado para el cálculo de la variable indicadora de la severidad implica los siguientes pasos:

A: Reducción de las dimensiones de las 14 actividades de la vida diaria consideradas mediante un análisis factorial. A partir de este análisis, las actividades se agrupan en tres conjuntos: autocuidados, tareas domésticas y movilidad.

B: Se suman los valores de gravedad, declarados por los individuos, en las variables o ítems que conforman cada uno de esos conjuntos.

C: Las puntuaciones obtenidas en el paso B se modifican para que tomen valores entre cero y uno.

D: Se asigna una ponderación a cada uno de los conjuntos, basada en el principio de mayor peso cuanto menor es el número de individuos afectados[2]. Para ello, en cada uno de los conjuntos se multiplican las puntuaciones obtenidas en el paso C por el número de individuos que las presentan. Se suma, a continuación, el resultado de cada una de esas multiplicaciones. El valor más pequeño de dicha suma en los tres conjuntos es

[2] Es decir, se acepta el principio de ordenamiento de las funciones sociobiológicas, de forma que las personas entran en discapacidad en aquellas que son más complejas o de rango superior, como las instrumentales, y más tarde en las más básicas y sencillas. También se parte de que hay más personas afectadas en las complejas y menos en las básicas (Katz y Akpom 1976; Dunlop *et al.* 1997).

tomado como referencia para el cálculo de las ponderaciones.

E: Se multiplica la puntuación de cada conjunto (obtenida en el paso C) por su correspondiente ponderación (obtenida en el paso D). El resultado de la variable indicadora de la severidad es la suma de dichos productos.

La severidad obtenida para cada individuo abarca una escala continua que va desde 0 a 1. Se han agrupado las puntuaciones siguiendo la guía de calificadores de la CIF (OMS 2001: 241): 0-0,04, ausencia de problema o problema insignificante; 0,05-0,24, severidad leve; 0,25-0,49, severidad moderada; 0,50-1, severidad grave (incluyendo total o completa). Para efectos de representación y tabulación se han integrado los dependientes con "ausencia de problemas" y con severidad leve.

La demanda de asistencia, su satisfacción en caso de recibir ayuda, y la respuesta a las necesidades de los dependientes se presenta en forma de patrón de cuidados; se obtiene directamente de la matriz de parentesco de los miembros del hogar y de la información del módulo de cuidadores de EDAD.

4. El perfil de los dependientes en España

Diferentes autores han intentado medir la discapacidad, su severidad y la dependencia de las personas mayores en España para ofrecer un panorama de los problemas funcionales. Palacios, Abellán y Esparza (2008) han recogido las principales estimaciones en un documento que se actualiza regularmente.

Las cifras generales

De las 7.358.726 personas mayores que hay en España, residiendo en viviendas familiares (2008), un 24,3 por cien pueden ser clasificadas como personas con discapacidad (1.789.036); de ellas, 1.474.481 han sido clasificadas como dependientes según el criterio adoptado en este trabajo, o sea, un 20 por cien de todos los mayores, u ocho de cada diez personas con discapacidad. Esos dependientes reciben ayuda personal (1.371.631), o no la reciben pero la están demandando (102.850) (Gráfico 2). Hay que añadir 203.130 personas dependientes residentes en alojamientos colectivos (residencias, hospitales geriátricos) de los que se ha podido conocer su edad.

Factores de riesgo y características sociodemográficas

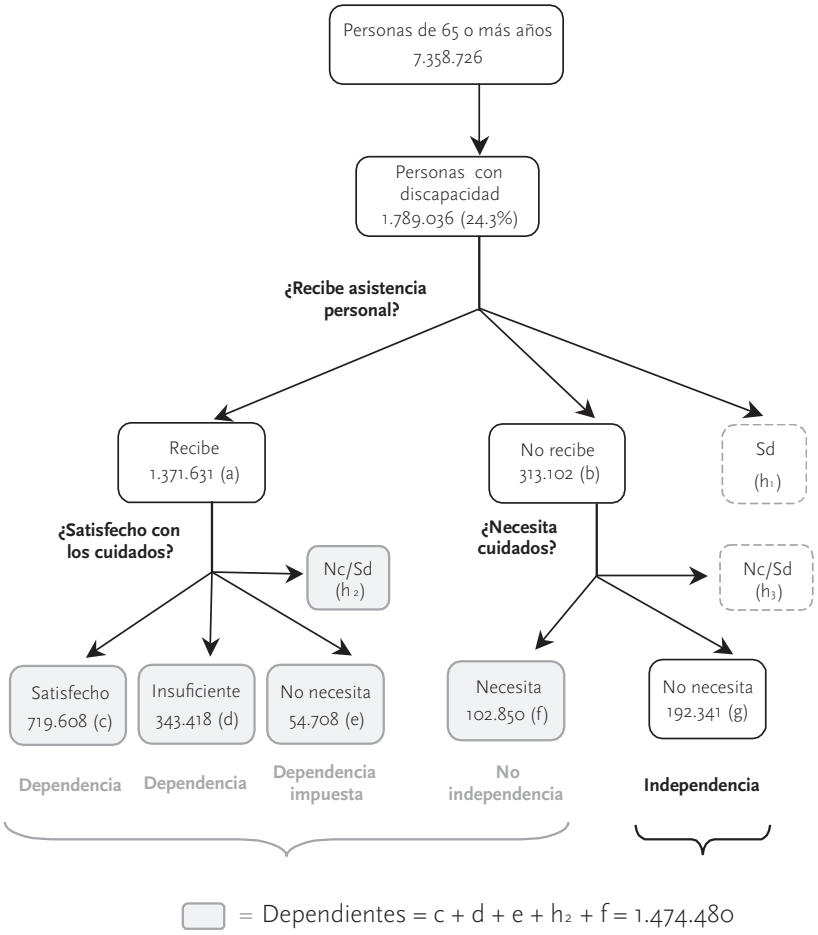
Para tratar de profundizar en las características de los dependientes se ha ajustado un modelo de regresión logística, con la variable "ser dependiente" o no, cuyos resultados se presentan en el cuadro 2. Se incluyeron en el modelo los posibles factores o determinantes de las situaciones de dependencia. La probabilidad de ser dependiente aumenta en las mujeres respecto de los hombres, suponiendo iguales el resto de características. La edad es un factor de dependencia de primer orden: la progresión es muy notable según se van cumpliendo años; hay hasta 3,7 veces más riesgo de ser dependiente con 80 o más años que entre los mayores más jóvenes. La viudez, con tasas de dependencia de 31,3 por cien, que doblan a las de los dependientes casados (14,5 por cien), significa un riesgo añadido, pues traduce otras formas de convivencia, generalmente rentas más reducidas, hallándose además más extendida entre las mujeres (Cuadro 3).

El nivel de instrucción es un factor estrechamente asociado a la dependencia: cuanto menor es el nivel educativo alcanzado, mayor es el riesgo de ser dependiente. Numerosos estudios indican que un alto nivel de instrucción se asocia con bajos niveles de discapacidad y dependencia, en todas las edades, y especialmente entre los mayores. El nivel de estudios permite actuar de diferentes formas ante situaciones de dependencia; normalmente traduce mayores oportunidades en la vida, mejores trabajos y renta más alta, mejores estándares y condiciones de vida y menores riesgos de enfermedad o de conductas poco saludables. Es decir, educación y estatus socioeconómico están ligados e implican una menor probabilidad de entrar en discapacidad; además, si se padece, también se tienen más recursos para atenuar su impacto. Un menor nivel de instrucción quizá signifique haber tenido una procedencia de familia humilde, que no favoreció una carrera escolar y que supuso la entrada temprana en el mercado de trabajo o en papeles reproductivos (mujeres), no completando la formación escolar básica, y menores oportunidades de buenos empleos.

Aunque el nivel de instrucción de las personas mayores ha venido incrementándose en las últi-

Gráfico 2

Marco conceptual de la dependencia



Nota: Personas en viviendas familiares. Nc/Sd: no contesta y sin datos: h1 = 104.303; h2=253.895; h3=17.912.
Los dependientes que residen en centros geriátricos (residencias, hospitales) ascienden a 203.130 personas.
Fuente: INE, EDAD (2008) microdatos.

mas décadas, por desaparición de las cohortes más antiguas con niveles más bajos, todavía existe una elevada proporción de mayores analfabetos (8,8 por cien) y con estudios básicos incompletos (39,6 por cien). Entre los dependientes estas cifras son mayores, 15,3 y 47,0 por cien, respectivamente.

Severidad y convivencia

Se estima que un 13,2 por cien de los dependientes sufren una severidad insignificante, menos del 5 por cien de la escala de severidad, y un 28,7 por cien leve o escasa. Pero más de la mitad presenta problemas moderados o graves. La severidad de las situaciones aumenta con la edad; los octogenarios duplican la proporción respecto de los dependientes más jóvenes. Los viudos, los que tienen estudios incompletos o son analfabetos, y los que perciben su estado de salud como "malo" o "muy malo" suelen situarse en la parte alta de la escala de severidad.

La severidad de la dependencia, la organización de los cuidados, otras circunstancias personales (edad, estado civil, condiciones de salud) y la

Cuadro 2

Riesgo de dependencia entre las personas de 65 o más años

		Odds Ratio
Sexo	Varón	1
	Mujer	1,863
Edad	Entre 65 y 79 años	1
	80 o más años	3,732
Estado civil	Casado/a	1
	No casado/a	1,532
Tipo de hogar	Unipersonal	1
	Pareja	1,673
	Multigeneracional	2,048
	Otro tipo	2,429
Estudios	Estudios secundarios o superiores	1
	Estudios primarios	1,217
	Analfabetos/Sin estudios	1,844
Ingresos mes	Más de 2.000 euros	1
	Entre 1.000 y 2.000 euros	1,034
	Menos de 1.000 euros	1,212

Nota: Todos los *odds ratio* son significativos, p<0,001.
Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

existencia de una red familiar estrecha condicionan la forma de convivencia de los dependientes. Existe una estrecha asociación entre ser dependiente y el tipo de hogar; hasta dos veces mayor es la dependencia en hogares multigeneracionales, y 2,4 veces en hogares de otro tipo (generalmente con empleada de hogar).

En relación con el estado conyugal, el tipo de hogar define la posibilidad de ayuda y traduce muchas veces las situaciones de dependencia. Ser casado se asocia a menor riesgo de ser dependiente; de hecho, muchas pequeñas limitaciones son superadas (a veces ignoradas ante una encuesta) cuando se vive en pareja. En cambio, residir en un hogar multigeneracional o de otro tipo se asocia fuertemente con ser dependiente. El 40,6 por cien de los dependientes viven en hogares multigeneracionales, generalmente en casa de/con una hija. También suelen residir en otro tipo de hogar, con otros familiares o más bien con algún empleado o alguna empleada en el hogar (13,3 por cien). En cambio, la forma de convivencia más frecuente entre los mayores españoles es el hogar en pareja ("nido vacío"); el 37,1 por cien de ellos reside en este tipo de hogar.

La existencia de los hogares multigeneracionales con dependientes descubre el fenómeno de la reagrupación familiar (habitualmente, hacia casa de una hija o a la propia casa del dependiente) cuando uno de los cónyuges desaparece y el superviviente presenta problemas funcionales, o en previsión de que se presenten. Esa forma de convivencia es un indicador adicional de la posible sobrecarga soportada por ese tipo de hogar. También revela, por otra parte, la fuerza de la red familiar más próxima, pilar en que se basan las transferencias entre generaciones en España (Puga, Abellán y Sancho 2006; Imserso 2006).

Ocurre, además, que no sólo en los hogares multigeneracionales hay más personas en situación de dependencia, sino que la severidad de sus situaciones es mayor; lo mismo sucede en los hogares de otro tipo, generalmente viviendo con empleada de hogar que realiza tareas de cuidado y otras labores domésticas. Por el contrario, en los hogares solitarios es donde la proporción de dependientes severos es menor, como es lógico, por las grandes dificultades de vivir solos.

Cuadro 3

Distribución de los dependientes de 65 o más años, según el grado de severidad de la dependencia y diversas variables sociodemográficas y de percepción de la salud

	Leve/Sin dificultad	*Moderada*	*Grave o total*	*Dependientes*	*Personas de 65 y más años*
	Porcentajes horizontales			*% Vertical*	*% Vertical*
Sexo					
Varón	42,9	25,2	30,2	28,0	42,7
Mujer	41,5	25,5	31,9	72,0	57,3
Edad					
Entre 65 y 79 años	52,2	25,0	21,4	47,3	72,9
80 o más años	32,6	25,9	40,4	52,7	27,1
Tipo de hogar					
Unipersonal	55,0	27,4	16,3	19,8	19,1
Pareja	52,0	24,4	21,8	26,3	37,1
Multigeneracional	33,9	25,3	40,0	40,6	34,9
Otro tipo	26,9	25,0	46,5	13,3	8,9
Estado civil					
Soltero/a	42,3	28,0	28,9	7,0	7,3
Casado/a	47,8	24,3	26,4	42,5	59,0
Viudo/a	36,3	26,2	36,3	49,1	31,6
Separado/a-Divorciado/a	55,0	22,1	23,0	1,5	2,1
Nivel de estudios					
Analfabetos/Sin estudios	39,3	25,8	33,6	62,3	48,4
Estudios primarios	44,9	24,7	29,1	26,3	32,1
Estudios secundarios	51,1	25,0	23,6	7,7	12,6
Estudios superiores	46,5	25,9	25,3	3,5	6,8
Estado de salud percibida					
Buena/Muy buena	52,0	24,8	21,5	12,8	
Regular	52,0	27,0	19,4	43,5	
Mala/Muy mala	28,5	24,1	46,5	43,4	
TOTAL	**41,9**	**25,4**	**31,4**	**1.474.480**	**7.358.726**

Nota: No se incluye en la tabla el 1,2% de los individuos para los que no se dispone de información sobre su gravedad. Tampoco se incluye la distribución de gravedad de las categorías 'no contesta' o 'sin datos' de las variable de cruce. Por ello, los porcentajes no suman 100. No se recoge el estado de salud de las personas de 65 o más años, puesto que no aparece en los microdatos, aunque se preguntó al conjunto de la población.

Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Actividades cotidianas y enfermedades asociadas a la dependencia

Las limitaciones funcionales que padece el mayor número de dependientes afectan a las actividades instrumentales, las necesarias para mantener una cierta independencia en el hogar. Más de un millón de mayores (siete de cada diez dependientes) tienen dificultades para ocuparse de las tareas de casa, para realizar las compras y para la movilidad que implican, para moverse fuera del hogar (andar) o utilizar un medio de transporte. El siguiente tipo de problemas se caracterizan por impedir la independencia de la persona; denotan una mayor gravedad, pues no permiten la independencia personal. Se trata de las actividades de autocuidado (lavarse, cuidados básicos del cuerpo, vestirse). Las

últimas, las que aquejan a menos personas, pero son más graves, afectan al control de esfínteres y a las tareas de comer y beber (Gráfico 3).

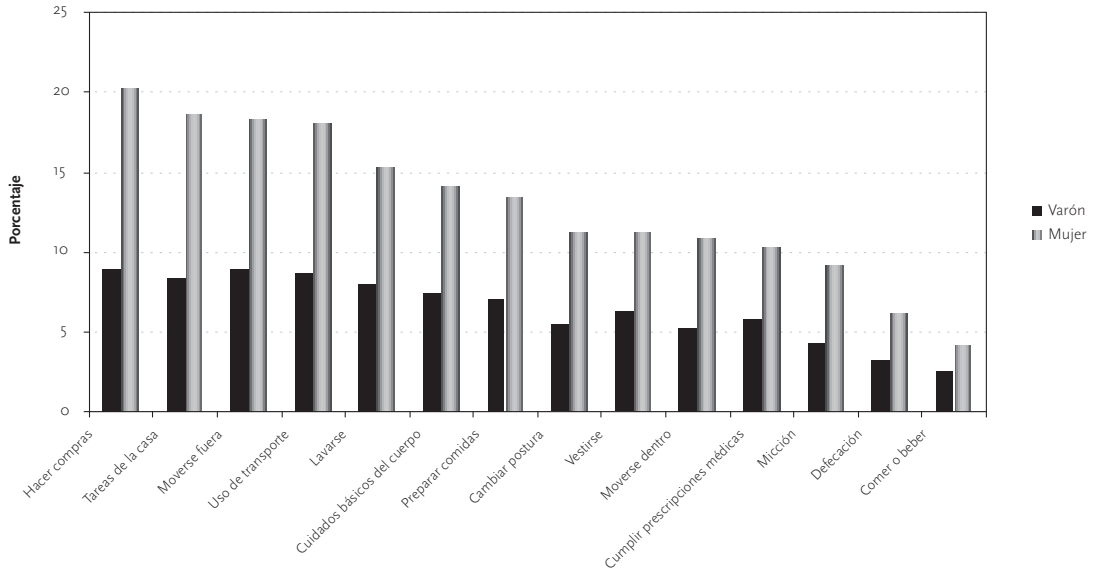
Las limitaciones funcionales están asociadas a la prevalencia de alguna enfermedad concreta. A falta de estudios en los que se detallen las causas, los datos aportados por EDAD proveen información preliminar sobre cómo los cambios en discapacidad por edad, de un lado, y la naturaleza de las limitaciones, de otro, parecen estar relacionados con determinadas condiciones de salud y, por tanto, pueden ser prevenidos en parte, o tratados en el caso de enfermedades diagnosticadas.

Dentro de los problemas osteomusculares, la artritis/artrosis es la enfermedad diagnosticada (o la dolencia crónica declarada) más frecuente entre los dependientes y, en general, entre las personas con discapacidad y entre los mayores; prácticamente dos tercios de los dependientes (65,6 por cien) la declaran: un 25,7 por cien señala también artritis reumatoide (Gráfico 4). Un 17,9 por cien señala problemas de corazón (infarto de miocardio, cardiopatías isquémicas). Un tercer grupo de importancia lo constituyen las demencias: un 10,6 por cien de los dependientes tiene diagnosticado Alzheimer, y un 8,2 por cien adicional otras demencias; también se asocia discapacidad a depresión, que declaran un 26,7 por cien de los dependientes. Los accidentes cerebrovasculares son a menudo causa de discapacidad severa; una historia de hipertensión y otros problemas vasculares están asociados a riesgo futuro de accidentes cerebrovasculares y de discapacidad; un 14,5 por cien de los dependientes declara haber sufrido este tipo de patología. Las severidades más agudas están más relacionadas con las demencias y los accidentes cerebrovasculares.

En los centros residenciales (residencias para personas mayores, hospitales geriátricos, etc.) viven más mujeres que hombres, en una proporción de 70-30, y las tasas de dependencia femeninas son más altas que las de mujeres en viviendas familiares y que las de varones. El nivel de instrucción entre residentes dependientes es más bajo que en el resto de la población (64,9 por cien no tienen estudios o son analfabetos) (Cuadro 4).

Gráfico 3

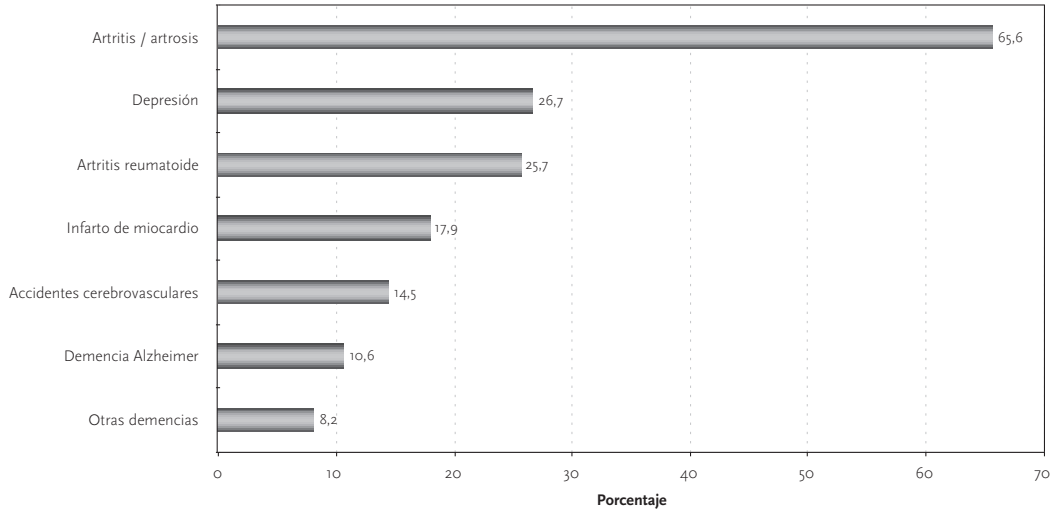
Limitaciones funcionales de los dependientes de 65 o más años (en las 14 actividades de la vida diaria consideradas), por sexo



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Gráfico 4

Porcentaje de dependientes con distintas enfermedades diagnosticadas



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Las residencias se están constituyendo en centros de recepción de las situaciones de dependencia más severa, generalmente asociada al padecimiento de alguna demencia; más de la mitad de los internos con dependencia la sufren en grado máximo. Esos casos suelen significar la mayor carga de cuidado en el hogar familiar, un criterio para la institucionalización del mayor. Destaca sobremanera la proporción de dependientes con enfermedad nerviosa o mental: aproximadamente una cuarta parte (25,6 por cien) tiene diagnosticada alguna demencia; otro 18,2 por cien, Alzheimer, y un 12,1 por cien depresión.

5. La satisfacción de la demanda de cuidados

La demanda de cuidados constituye una condición de la dependencia; es la dimensión social de la necesidad de asistencia por razón de limitación funcional. En función de la demanda de cuidados y su grado de satisfacción, las personas con discapacidad se pueden clasificar en:

a) Dependientes con demanda de cuidados personales cubierta y satisfactoria: 48,8 por cien (719.609 personas)

b) Dependientes que demandan cuidados: 30,3 por cien (446.267 personas); de ellos, con demanda no cubierta pero necesaria (102.850), y con demanda cubierta pero insuficiente (343.418).

c) Demanda innecesaria o dependencia impuesta: 3,7 por cien (54.709 personas).

Aparte de estos demandantes, 192.341 (el 10,8 por cien de todas las personas con discapacidad) están clasificados como personas con discapacidad pero independientes en su manejo, es decir, que no demandan asistencia personal. Existe un nutrido grupo de personas que, en el momento en el que se desarrolló la encuesta, declararon (ellos mismos o las personas de referencia del hogar) tener discapacidad, pero no completaron el módulo específico de discapacidad, o que, aun siendo dependientes, no ofrecieron datos sobre demanda de cuidados[3].

Las situaciones de mayor gravedad suelen estar cubiertas con ayuda personal (54,8 por cien); pero un 38,7 por cien de los clasificados en esta

[3] Es posible la existencia de dependientes con demanda satisfecha, insuficiente o necesaria que han sido clasificados con dependencia leve o insignificante de acuerdo a nuestro método de asignación de severidad.

Cuadro 4

La dependencia de los mayores en los centros residenciales geriátricos

	Leve/Sin discapacidad	*Moderada*	*Grave o total*	*Dependientes*
	Porcentajes horizontales			*% Vertical*
Sexo				
Varón	27,9	24,1	47,0	27,3
Mujer	19,0	19,7	59,4	72,7
Estado civil				
Soltero	25,9	25,1	47,8	25,3
Casado	19,7	18,5	60,9	12,2
Viudo	19,6	19,3	59,1	59,3
Separado/divorciado	30,5	25,1	43,9	2,8
Nivel de estudios				
Analfabetos/Sin estudios	19,9	19,9	58,2	64,9
Estudios primarios	24,8	22,9	51,3	24,9
Estudios secundarios	24,6	26,2	48,3	6,4
Estudios superiores	34,1	16,6	49,3	2,0
Estado de salud percibido				
Buena/Muy buena	35,4	25,6	37,3	32,4
Regular	20,3	23,1	54,8	40,0
Mala/Muy mala	6,9	12,0	79,6	27,0
Le han diagnosticado depresión				
Sí	21,9	20,5	56,5	12,1
No	21,4	20,9	56,0	87,6
Le han diagnosticado demencia de tipo Alzheimer				
Sí	4,6	9,7	83,8	18,2
No	25,2	23,4	49,9	81,6
TOTAL	**21,4**	**20,9**	**56,0**	**203.130**

Nota: No se incluye en la tabla el 1,6% de los individuos para los que no se dispone de información sobre su gravedad. Tampoco se incluye la distribución de gravedad de las categorías "no contesta" o "sin datos" de las variables de cruce. No se incluye un pequeño porcentaje de mayores entre 65 y 79 años imposible de identificar en los microdatos.
Fuente: INE, EDAD (2008).

categoría reconocen insuficiencia en la satisfacción de sus demandas porque no reciben ayuda o consideran insuficiente la que reciben.

En consonancia con la mayor presencia de dependientes en los hogares multigeneracionales, la demanda de cuidados personales está más cubierta que en otros tipos de hogares. El crecimiento del otro tipo de hogar (con persona dedicada a tareas domésticas y cuidados personales), en el que ha jugado un papel importante la inmigración, coincide con que en ese tipo de hogar se encuentra la mayor proporción de demanda cubierta. La dependencia impuesta se aprecia también en mayor medida en los hogares multigeneracionales y en pareja, mientras que se halla poco representada en los hogares de otro tipo (por presencia de servicio doméstico en muchos casos) o en los unipersonales.

El patrón de cuidados

El patrón de cuidados de las personas con discapacidad y dependencia ya ha sido definido previamente (Puga, Abellán y Sancho 2006; Puyol y Abellán 2006; Imserso 2006; Abellán, Castejón y Esparza 2007). Este modelo descubre alguno de los

principales problemas en la organización y provisión de cuidados: la importancia del cuidado informal, la permanencia del modelo a lo largo de años, la primacía de la mujer en un papel tradicional, el de cuidadora, y una estrecha relación con el tipo de convivencia, así como también el escaso papel de la ayuda formal pública o privada (aunque ambas crecientes). En el momento de realizar la encuesta aún no se había desarrollado la Ley de Dependencia ni su catálogo de prestaciones, por lo que es imposible conocer mediante esta encuesta los efectos de la aplicación de la nueva norma en los cuidados; en todo caso, la red familiar sigue jugando un papel importante, fundamental.

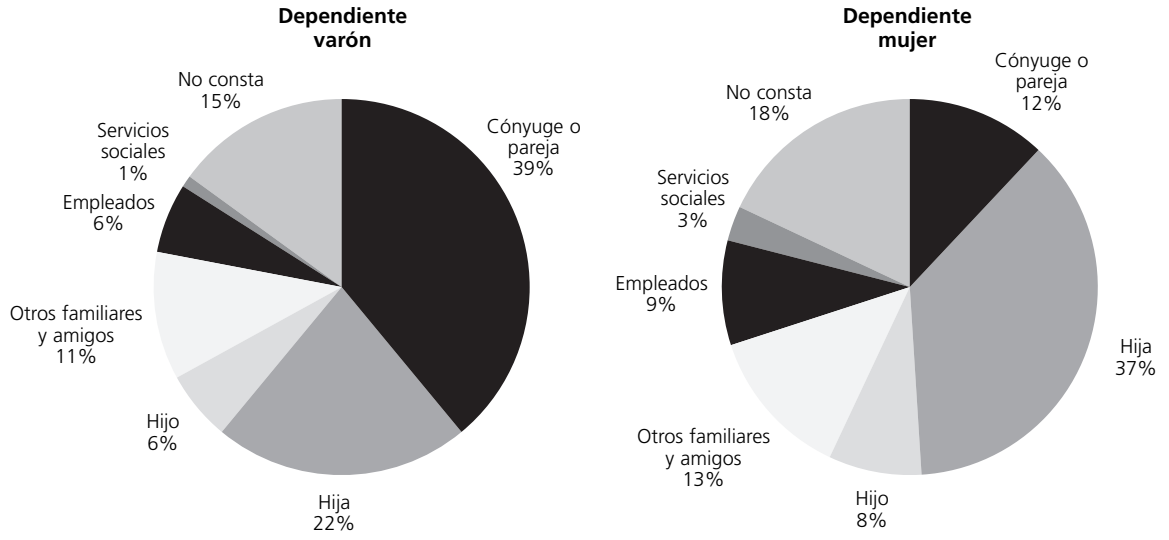
La mujer dependiente es cuidada principalmente por su hija (35,6 por cien de los casos), y a continuación por su marido (12,5 por cien), si está casada; el hijo lo hace en el 8,1 por cien de los casos y un porcentaje similar (9,2 por cien) es cuidado por una empleada de hogar, doméstica interna o que presta servicio desde fuera del hogar (Gráfico 5).

En cambio, el varón dependiente es cuidado ante todo por su mujer (39,2 por cien) o por su hija (22,0 por cien), desde dentro del hogar o desde fuera; en menor proporción por el hijo (5,6 por cien). Los servicios sociales desempeñan un papel modesto, tanto en este escenario como cuando es la mujer la persona dependiente.

Se repite el modelo tradicional, con la mujer como responsable principal de la tarea de cuidados. La distinta situación conyugal y de convivencia de varones y mujeres dependientes explica en parte este patrón de cuidado; también la menor implicación del esposo. Generalmente, el varón dependiente suele tener más edad que la mujer y, por tanto, una mayor probabilidad de necesitar ayuda para una limitación funcional. Muchas mujeres, por su mayor esperanza de vida, suelen sobrevivir al marido, y cuando llega la dependencia han de recurrir a la red familiar, principalmente a la hija, que asume la tarea en desigual reparto con sus hermanos varones, por lo que se repite el esquema de género. No obstante, en los últimos años se está observando una tendencia a una mayor participación de los varones en tareas de cuidado, en parte debido a una mayor longevidad que les hace sobrevivir y afrontar situaciones de enfermedad crónica y discapacidad de su mujer, y en parte al ir aceptando tareas de cuidado en un proceso de "desfeminización" de algunos papeles en la vejez (tareas en casa, cuidado de nietos, acompañamientos, etc.).

Gráfico 5

Persona que cuida, según el sexo de la persona mayor dependiente



Fuente: INE, EDAD (2008). Población en viviendas familiares. Elaboración propia a partir de los microdatos.

La forma de convivencia

La transferencia del recurso "cuidado" hacia los dependientes presenta una significativa diferenciación según convivencia. Es un indicador de las situaciones de carga soportada por algunos hogares y la expresión más clara de que los dependientes viven y son cuidados en su red familiar más próxima.

En los hogares solitarios, la ayuda a los dependientes procede de la hija (29,0 por cien de las situaciones), de otros familiares, empleados de hogar (12,9 por cien) y los servicios sociales (9,7 por cien). En los hogares en los que la persona dependiente vive en pareja, cuida el cónyuge (57,3 por cien), y muy secundariamente la hija; los servicios sociales sólo aparecen como cuidadores principales en el 1,2 por cien de los casos.

En los hogares multigeneracionales, como ya se ha puesto de relieve, es donde vive el mayor número de personas con discapacidad. En ellos, la hija (51,9 por cien de los casos) o el hijo (13,0 por cien) son los responsables del cuidado. En esos hogares es donde la mujer suele desarrollar diferentes papeles, prestando cuidados, llevando a cabo tareas domésticas, asumiendo la responsabilidad de hijos no emancipados y posiblemente participando en el mercado de trabajo. Los servicios sociales carecen de relevancia en estas situaciones (0,4 por cien). Esto demuestra que las políticas públicas de atención a los dependientes se siguen basando realmente en la solidaridad y el esfuerzo de esta red familiar, y en especial en la mujer de edad intermedia.

En otro tipo de hogares, sin estructura conyugal o filial, el 38,7 por cien de los dependientes son cuidados por otros familiares (hermanos, sobrinos, etc.), y el 30,0 por cien por empleados de hogar, generalmente desempeñando tareas domésticas y de cuidado personal. Tampoco en este tipo de hogar los servicios sociales adquieren significación.

6. Conclusiones

De entre los datos expuestos y los argumentos desarrollados en este artículo, cabe subrayar los siguientes a modo de síntesis:

– Persona dependiente es aquella que tiene limitación funcional para desarrollar actividades de la vida diaria y necesita la ayuda de otra persona para su realización. Esta definición se mueve en el ámbito de la salud funcional.

– Las personas con discapacidad pueden ser clasificadas en independientes (no necesitan ni reciben ayuda) o dependientes; entre estas últimas las hay con demanda cubierta, con demanda insuficientemente cubierta, con "dependencia impuesta", y que no reciben ayuda pero la demandan.

– La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), desarrollada por el INE en 2008, es una fuente de datos apropiada para el cálculo de la dependencia, si bien es cierto que la dificultad de comparación con las anteriores operaciones estadísticas sobre discapacidad limita su alcance.

– Una de cada cinco personas de 65 o más años es dependiente; es decir, 1.474.481 personas necesitan la ayuda de otra para intentar mantener su autonomía personal, en el hogar o en la comunidad.

– Se ha creado un indicador de severidad, basándose en la naturaleza de la limitación funcional padecida y en la frecuencia de su prevalencia, que clasifica a las personas dependientes en diferentes grados: un 41,9 por cien sufre severidad leve (o su dependencia es insignificante); un 25,4 por cien, moderada, y un 31,4 por cien, grave o total.

– Entre los principales riesgos o factores asociados con el de ser persona dependiente se encuentran la edad, el bajo nivel de instrucción y de ingresos, ser mujer y no estar casado/a. Se aprecia una estrecha asociación entre el tipo de hogar multigeneracional y la incidencia de la dependencia.

– Un 30,3 por cien de los dependientes mayores (446.267 personas) no tienen cubiertas sus necesidades de ayuda o éstas sólo están insuficientemente cubiertas.

– El patrón de cuidados repite un modelo de ayuda informal, con la familia como red de apoyo fundamental. La carga más importante de la dependencia se soporta en los hogares multigeneracionales, con las hijas asumiendo un papel destacado de apoyo. La participación de los servicios sociales en este tipo de hogar, que presenta las dependencias más graves, es muy escasa.

– Las políticas públicas de atención a la dependencia siguen basando su estrategia de

actuación en la solidaridad familiar. Los efectos de la nueva Ley de Dependencia, y su desarrollo reglamentario, no recogidos plenamente en esta encuesta, se irán verificando en los próximos años.

Bibliografía

Abellán García, A. y C. Esparza Catalán (2007), "¿Qué es la dependencia? Geografía y prospectiva de la dependencia en España". *Análisis Local*, 70, 1: 7-19.

Abellán García, A.; Castejón Villarejo, P. y C. Esparza Catalán (2007), "La dependencia en las personas mayores", *Sociedad y Utopía*, 30: 133-145.

Albarrán Lozano, J. y P. Alonso González (2006), "Clasificación de las personas dependientes a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, *Revista Española de Salud Pública,* 80: 349-360.

Alegre Escolano, A. *et al.* (2005), "Tasa de dependencia de la población española no institucionalizada y criterios de valoración de la severidad", *Revista Española de Salud Pública,* 79: 351-363.

Baltes, M.M. (1996), *The Many Faces of Dependency in Old Age*, Cambridge, Cambridge University Press.

Barberger-Gateau, P.; Rainville, C.; Letenneur, L. y J.F. Dartigues (2000), "A hierarchical model of domains of disablement in the elderly: a longitudinal approach", *Disability and Rehabilitation,* 22, 7: 308-317.

Béland, F. y M.V. Zunzunegui (1999), "Predictors of functional status in older people living at home", *Age and Ageing,* 28: 153-159.

Consejo de Europa (1998), Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la Dependencia (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf).

Dunlop, D.D. *et al.* (1997), "Disability in activities of daily living: Patterns of change and hierarchy of disability", *American Journal of Public Health,* 87, 3: 378-383.

Ferrucci, L. *et al.* (1998), "Constant hierarchic patterns of physical functioning across seven populations in five countries", *The Gerontologist,* 38, 3: 286-294.

Gignac, M. A. M. y CH. Cott (1998): "A conceptual model of independence and dependence for adults with chronic physical illness and disability", *Social Science and Medicine,* 47, 6: 739-753.

Imserso (1994), *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM, 1980),* Madrid.

– (2004), *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España,* Madrid.

– (2006), *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*, Madrid (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-aproposito-01.pdf)

INE, *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)*, 2008 (Inebase. Microdatos. Ficheros de sintaxis disponibles en: (www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html).

Katz, S. y A. Akpom (1976), "A measure of primary sociobiological functions", *International Journal of Health Services,* 6, 3: 493-507.

Lafortune, G.; Balestat, G. y Disability Study Expert Group (2007), "Trends in severe disability among elderly people", *OCDE Health Working Papers* 26, (www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf).

León, M. (2005), "La atención a las personas en situación de dependencia en España: una aproximación crítica al Libro Blanco de la Dependencia", *Panorama Social,* 2: 34-44.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (www.imsersomayores.csic.es/documentos/legislacion/normas/doc-3383.pdf).

Morán Alaez, E. (1999), "Estimación de la población dependiente y sus características sociodemográficas", en: Rodríguez Cabrero, G. (Coord.), *La protección social de la dependencia*, Madrid, Imserso: 111-161.

OMS (2001), *CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud,* Madrid, Imserso (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf).

Palacios Ramos, E.; Abellán García, A. y C. Esparza Catalán (2008), "Diferentes estimaciones de la discapacidad y dependencia en España", *Informes Portal Mayores* 56, (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-estimaciones-11.pdf).

Puga González, M.D. (2001), *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*, Alcobendas, Fundación Pfizer.

Puga González, M.D. y A. Abellán García (2004), *El proceso de discapacidad*, Alcobendas, Fundación Pfizer.

Puga, M.D.; Abellán, A. y M.T. Sancho (2006), "Mayores y familia en la sociedad actual", en: Fundación Encuentro, *Informe España 2006*, Madrid: 261-333.

Puyol Antolín, R. y A. Abellán García (Coords.) (2006), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid, Mondial Assistance (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/abellan-envejecimiento-01.pdf).

Querejeta González, M. (2004), *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*, Madrid, Imserso (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/querejeta-discapacidad-01.pdf).

Rodríguez Cabrero, G. (2004), "Protección social de la dependencia en España", *Laboratorio de Alternativas* 44/2004, Madrid, Fundación Alternativas (www.imsersomayores.csic.es/ documentos/documentos/rodriguez-proteccion-02.pdf

– (2005), "La protección social de las personas dependientes como desarrollo del Estado del bienestar en España", *Panorama Social,* 2: 21-33.

Spector, W.D. y J.A. Fleishman (1998), "Combining activities of daily living with instrumental activities of daily living to measure functional disability", *Journals of Gerontology, Social Sciences*, 53B, 1: S46-S57.

Stineman, M.G.; Ross, R.N. y G. Maislin (2005), "Functional status measures for integrating medical and social care", *International Journal of Integrated Care,* 5, 21: 1-10.

Verbrugge, L.M. y A.M. Jette (1994), "The disablement process", *Social Science and Medicine*, 38, 1: 1-14.

Verbrugge, L.M.; Yang, L.S. y L. Juárez (2004), "Severity, timing and structure of disability", *Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine,* 49: 110-121.

Whiteneck, G. (2005), "Conceptual models of disability: Past, present and future", en: Institute of Medicine, *Workshop on Disability in America. A New Look*, Washington D. C., The National Academies Press.

Wilkin, D. (1987), "Conceptual problems in dependency research", *Social Science and Medicine,* 24, 10: 867-873.

El envejecimiento de la población como reto y oportunidad para la política económica y social

Néboa Zozaya* y Elisa Díaz Martínez**

Resumen

La población española es una de las más envejecidas de los países de la OCDE, y las proyecciones muestran la consolidación de esta tendencia en las próximas décadas. En este artículo, tras definir y perfilar el envejecimiento de la población, se analizan los posibles efectos de este hecho demográfico a nivel macro y microeconómico, enfocando la atención en sus implicaciones sobre el sistema de protección social, pero también valorando la oportunidad que representa para algunos sectores de la economía relacionados con la atención a la dependencia y la innovación. Se exponen, asimismo, las repercusiones del envejecimiento sobre la organización de las familias españolas y, finalmente, se plantean algunas recomendaciones para afrontar con éxito el reto del envejecimiento a medio y largo plazo. Entre estas últimas destacan las orientadas a introducir reformas estructurales que fomenten la productividad a través de la innovación, los cambios en el sistema de pensiones, las mejoras de la eficiencia del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia, así como otras medidas que favorezcan la conciliación de la vida laboral y familiar.

1. Introducción

El envejecimiento poblacional es uno de los principales desafíos a los que se enfrentan las economías desarrolladas, junto con la lucha contra el cambio climático, el progreso tecnológico, el estancamiento de la productividad y la globalización. Este reto requiere de un modelo de crecimiento económico que incorpore tres dimensiones básicas: la educación y la formación, la investigación y el desarrollo, y la innovación en sentido amplio; la sostenibilidad medioambiental de bajo consumo en carbono para afrontar el cambio climático; y la sostenibilidad social que garantice el pleno empleo, la igualdad de oportunidades y la cohesión social. Esta es la visión de la Comisión Europea para la próxima década, tal y como se refleja en el borrador de la Estrategia para el Crecimiento y el Empleo, *Europa 2020* (European Commission 2010)[1].

El envejecimiento de la población tiene importantes repercusiones sobre la política presupuestaria y social. Por otro lado, también representa una oportunidad para la innovación de las empresas, ofreciendo la posibilidad de crear nuevos servicios y productos. Más en concreto, el envejecimiento tiene un impacto en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión, el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, los impuestos y las transferencias intergeneracionales. En el ámbito social, el envejecimiento de la población influye en la composición familiar, la demanda de vivienda, los movimientos migratorios y la necesidad de servicios de salud.

Este artículo analiza, para el caso español, los grandes retos en política presupuestaria y social relacionados con las estimaciones de envejecimiento de la población. Con este propósito general, en el segundo apartado se presentan los

* Oficina Económica del Presidente del Gobierno, Gobierno de España (mnzozaya@presidencia.gob.es).

** Kozmetsky Center of Excellence in Global Finance, St. Edward's University (elisad@stedwards.edu).

[1] Sobre estas tres dimensiones básicas véanse los parágrafos 165 y ss. y 217 y ss.; 208 y ss.; y 123 y ss.

indicadores que miden el envejecimiento y se pone de manifiesto el mayor envejecimiento relativo de España con respecto a los países de su entorno. Posteriormente, en el tercer apartado, se estudia la situación socioeconómica de la población mayor de 65 años en comparación con otros países europeos, analizando además el grado de cobertura de las ayudas públicas y la incidencia de enfermedades que sufre este colectivo. El cuarto apartado gira en torno a las repercusiones del envejecimiento sobre el crecimiento económico y el sistema de protección social, análisis basado en las proyecciones realizadas por la Comisión Europea. Se analizan también las posibles repercusiones de este hecho a nivel microeconómico, enfocando la atención en las familias (y la posible carga que para ellas supone) y las empresas (y las oportunidades de negocio que abre). Finalmente, las conclusiones recogen algunas recomendaciones sobre la dirección que deberían tomar las políticas públicas para afrontar el reto del envejecimiento en un futuro próximo.

2. El envejecimiento de la población como hecho consolidado en los países desarrollados

La población mundial está envejeciendo más rápidamente que en ningún otro momento de la historia. Según la Organización de las Naciones Unidas, la edad media de la población mundial es hoy de 29,1 años. Después de décadas de estancamiento, en los últimos 20 años ha aumentado en cinco años hasta situarse en esa cifra. Naciones Unidas estima que esta pauta se mantendrá durante las próximas décadas como resultado de dos factores: la reducción de las tasas de fertilidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer (United Nations 2009).

Tras la Segunda Guerra Mundial se produjo en Europa y Estados Unidos un aumento sin precedentes en la natalidad, el denominado *baby-boom*. Esta pauta se moderó sustancialmente durante las últimas décadas, ocasionando desequilibrios en la pirámide poblacional, sobre todo a partir de 2010, cuando se empiezan a jubilar las generaciones nacidas en la postguerra.

Por otra parte, durante el siglo pasado, los avances tecnológicos y sanitarios de los países desarrollados han propiciado un avance sin precedentes en la esperanza de vida, que ha pasado de unos 50 años en 1900 a 79,1 en 2007 (OECD 2009). Las mejores condiciones de vida incrementaron además la supervivencia de niños y jóvenes, y la población mundial pasó de 1.600 millones en 1900 a 6.800 millones en 2009. En los últimos años, la población mundial en su conjunto ha cumplido el criterio definitorio de envejecimiento establecido por Naciones Unidas: que al menos el 7 por cien de la población tenga más de 65 años. Según este organismo, el número de personas mayores de 65 años se ha multiplicado por tres en los últimos 50 años y volverá a triplicarse en los próximos 50 (United Nations 2009).

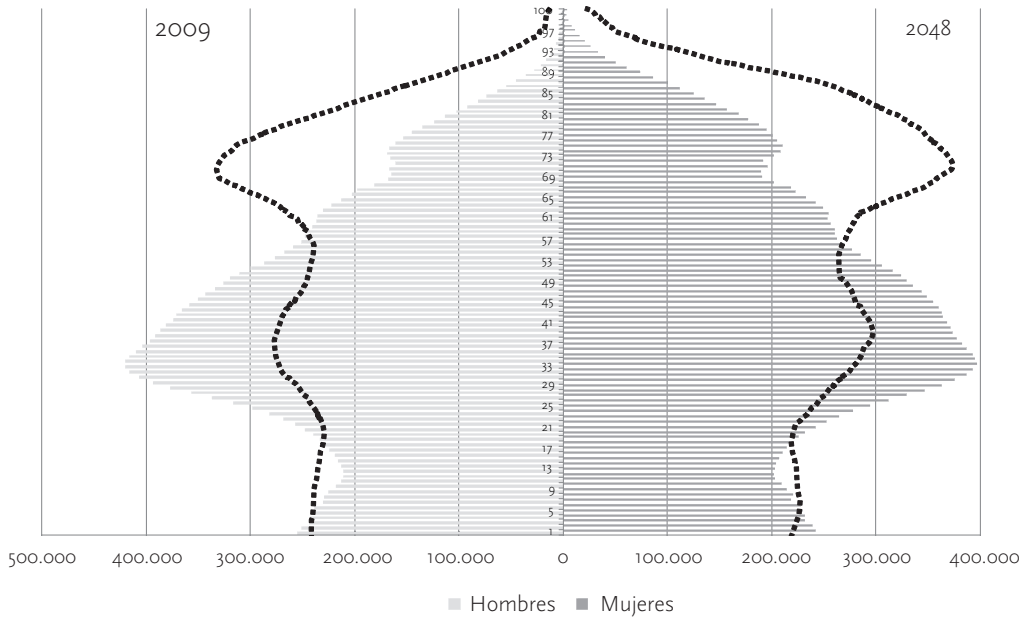
Las proyecciones indican que en 2050 la población mundial será de 9.300 millones de personas, debido fundamentalmente al crecimiento poblacional en los países en desarrollo. Sin embargo, en los países desarrollados la población total se mantendrá constante (con un crecimiento estimado del 2,4 por cien hasta 2050), produciéndose un importante envejecimiento paulatino.

Las estimaciones para la Unión Europea confirman este patrón de envejecimiento. Menores tasas de mortalidad en el pasado y en el futuro ocasionarán que la edad mediana pase de 40 años en 2009 a 48 en 2060. Los mayores de 65 años doblarán sobradamente el número de menores de 15. La población europea de más de 65 años casi se duplicará, pasando de 85 millones a 151 en 2060, y la población europea de más de 80 se triplicará al pasar de 22 a 61 millones. Esto, unido a una menor tasa de fecundidad, supondrá que la tasa de reemplazo pasará de 1,52 en 2008 a 1,66 en 2060, lejos del 2,1, considerado como la tasa de reemplazo natural.

En España, la esperanza de vida total pasó de 69,8 en 1960 a 81,0 en 2007, y se estima que en 2048 será de 84,3 años para los hombres (6,6 años más) y de 89,9 para las mujeres (5,8 años más). Más aún, la esperanza de vida a los 65 años de los varones crecerá 4,2 años, y la de las mujeres 4,5 años. Por otro lado, se estima que el número medio de hijos por mujer pase de 1,4 en 2007 hasta 1,71 en 2048 (INE 2010). Como consecuencia de la reducción del número de mujeres en edad fértil, este aumento de la tasa de fecundidad no sería suficiente para evitar el descenso en el número absoluto de nacimientos en las próximas dos décadas.

Gráfico 1

Desplazamiento de la pirámide poblacional española entre 2009 y 2048



Fuente: Proyecciones de población del INE (www.ine.es).

Según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), España, como el resto de los países de su entorno, va a seguir registrando un proceso de envejecimiento poblacional en las próximas décadas. Así se aprecia con claridad en las pirámides de población del gráfico 1.

España, por tanto, a pesar del ligero repunte reciente de la tasa de fecundidad, se enfrenta a décadas de envejecimiento de la población por el alargamiento de la esperanza de vida, en virtud del cual aumentará el peso de la población mayor de 65 años con respecto a la población total. En concreto, según estimaciones del INE, la población de 65 o más años pasará de 7,6 a 15,3 millones, y la total de 45,8 a 48 millones. Esto significa que la población de 65 o más años se duplicará en 2049 y constituirá cerca de un tercio de la total (31,9 por cien). Es más, como muestra el gráfico 2, la población más anciana, esto es, la de 80 o más años, se multiplicará por 2,6 entre 2009 y 2049, haciéndose el envejecimiento de la población aún más significativo.

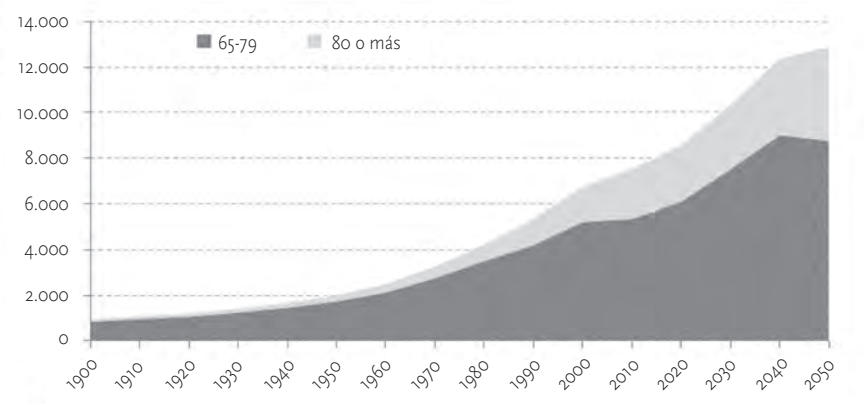
Por otra parte, Eurostat estima que en 2060 habrá en España más de ocho personas en edad de no trabajar (por ser muy jóvenes o muy mayores) por cada diez entre 16 y 64 años, una proporción superior a Europa, tal y como se observa en el gráfico 3.

La estimación prevista para la tasa de dependencia incide lógicamente en la política de pensiones. Según las estimaciones de EUROSTAT, si la edad de jubilación se mantiene en 65 años, la ratio de dependencia en España pasará del 24 por cien actual al 59 por cien en 2060, superando la media europea a partir de 2039. Si la edad de jubilación se situara en los 70 años, se reduciría el cociente, pero aun así alcanzaría valores elevados (44 por cien) en 2060 (Gráfico 4).

En este contexto, la inmigración es un fenómeno que puede adquirir gran importancia, suavizando el envejecimiento del país receptor (aunque acentuando el de los países emisores). El perfil medio del immigrante en España y en los países desarrollados es el de una persona joven, por lo que la immigración incorpora población en edad de trabajar en el corto plazo, pero pensionistas en el largo plazo. España fue

Gráfico 2

Evolución de la población española de 65 o más años entre 1900 y 2050

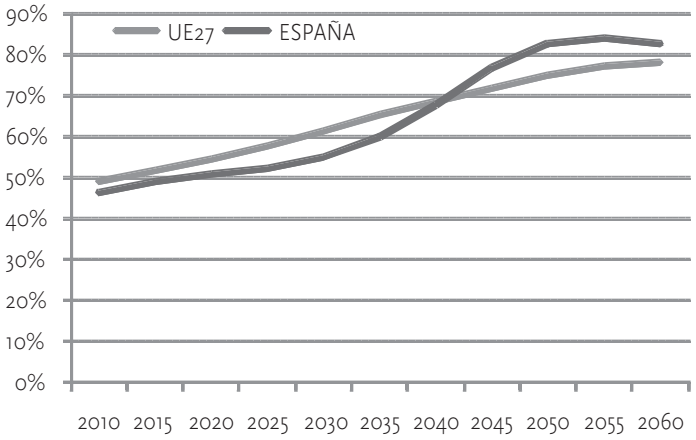


Fuente: INE (www.ine.es).

el país europeo con mayor entrada de inmigrantes durante la primera década del siglo XXI, y se estima que será uno de los países con mayor inmigración, llegando a los 11,6 millones de inmigrantes en 2060 (cifra que representaría cerca de una cuarta parte de la población estimada para ese año). Se calcula que el flujo anual de inmigrantes a países de la UE puede pasar de de 1.680.000 en 2008 (0,33 por cien de la poblacion de la UE) a 800.000 personas en 2060 (0,16 por cien de la población de la UE). El gráfico 5 muestra la contribución de la inmigración a la pirámide poblacional española, según las proyecciones del INE (que estiman una entrada de 400.000 inmigrantes anuales en 2048).

Gráfico 3

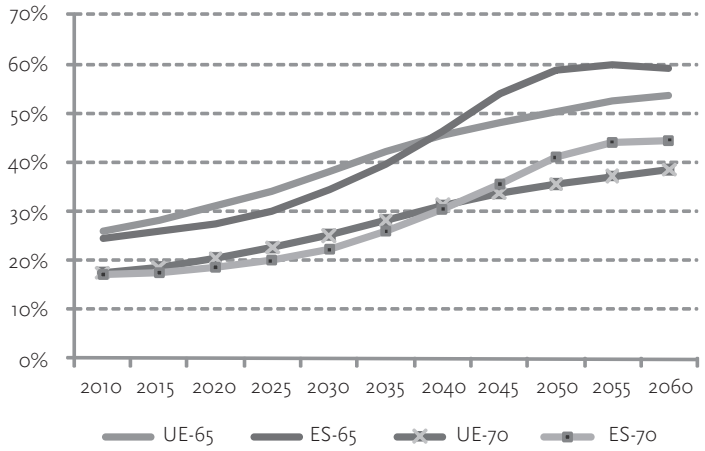
Ratio de personas en edad de no trabajar (menores de 16 y mayores de 64) sobre la población en edad de trabajar (16-64), España y UE-27



Fuente: Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

Gráfico 4

Tasa de dependencia: ratio de personas en edad teórica de jubilación (sea ésta los 65 o 70 años) sobre la población en edad de trabajar (16-64 o 16-69), España y UE



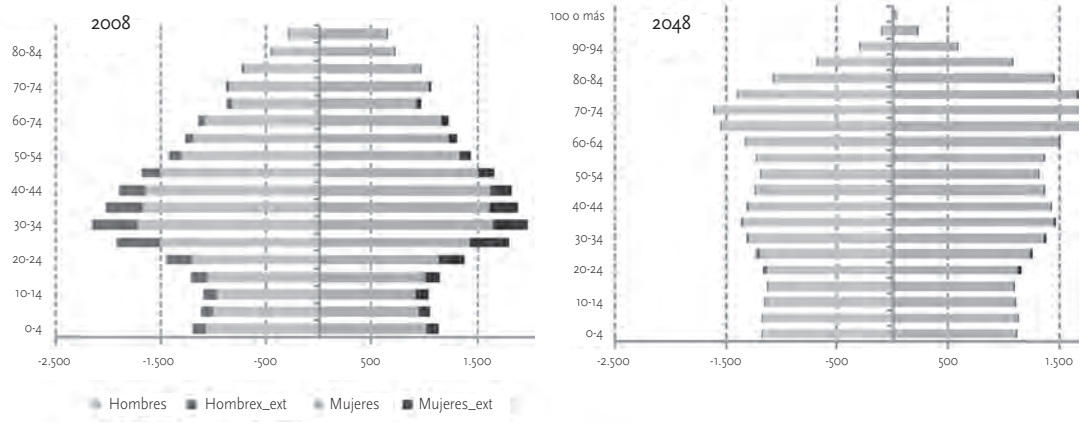
Fuente: Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

3. Situación socioeconómica de la población mayor de 65 años en España

En España, la situación socioeconómica de la población en edad de jubilación ha ido mejorando a lo largo del tiempo. Por un lado, ello se debe al aumento de la esperanza de vida a los 65 años (que en 2007 se cifraba ya en 20 años), así como al tratamiento de las enfermedades crónicas, lo que permite vivir más tiempo y en mejores condiciones de salud, beneficiándose además de un sistema sanitario gratuito y prácticamente uni-

Gráfico 5

Contribución de la inmigración a la pirámide poblacional española



Fuente: Proyecciones de población del INE (www.ine.es).

versal. Asimismo, desde 2006 el Estado provee de un sistema de atención a las personas en situación de dependencia, que beneficia mayoritariamente a los ancianos.

Por otro lado, el sistema de pensiones asegura unas rentas mínimas a las personas en edad de jubilación que hayan cotizado un determinado número de años a la Seguridad Social, o a sus familias. Estas rentas han ido crecido a lo largo del tiempo, en consonancia con la mayor formación y remuneración laboral de las nuevas altas en el sistema de pensiones.

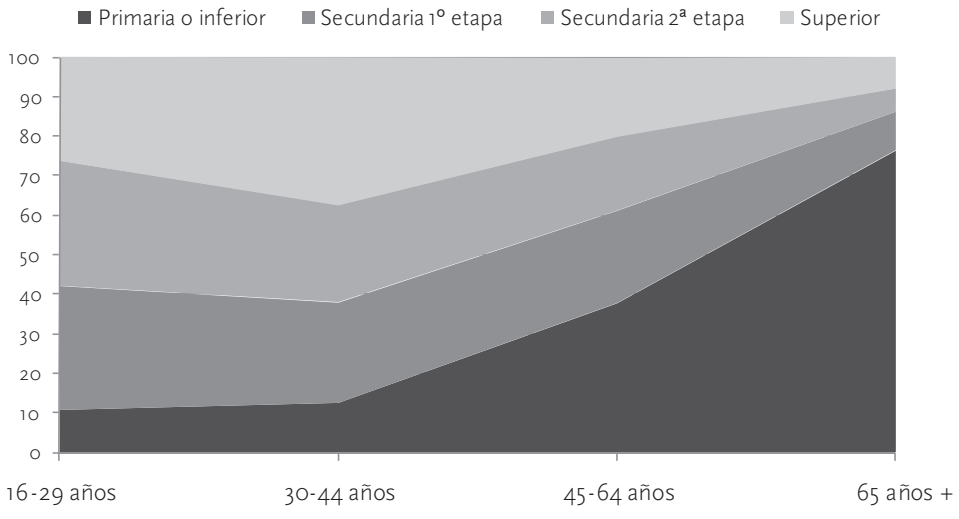
El colectivo de los mayores de 64 años asciende actualmente en España a 7,7 millones de personas, de las cuales el 57 por cien son mujeres, porcentaje que alcanza el 64 por cien en la franja de 80 o más años (INE 2010). Respecto a su nivel educativo, es inferior al de las actuales cohortes en edad de trabajar. Tres cuartas partes de estos mayores carecen de estudios secundarios, y sólo un 8 por cien cuenta con estudios superiores (un 5 por cien en el caso de las mujeres), lo que contrasta con el resto de cohortes de edad. Así, la población de 45 a 64 años, que se jubilará entre 2011 y 2029, presenta un mayor nivel educativo medio: un 20 por cien ha superado estudios universitarios o de formación profesional superior (23 por cien en el caso de los hombres), tal como se refleja en el gráfico 6.

Un mayor nivel educativo está asociado a puestos de trabajo más cualificados y, en media, de mayor remuneración. Así, el mayor nivel educativo de la población también se ve reflejado en las distintas pensiones de jubilación. De hecho, la pensión media de jubilación de las altas en el sistema de Seguridad Social es de 1.111 euros mensuales en 2009, mientras que las bajas estaban percibiendo, en media, 812 euros mensuales.

Aunque, como es bien sabido, la edad legal de jubilación está establecida en los 65 años, en España la edad media de salida del mercado de trabajo se sitúa en los 62,6 años, dos más que la media europea. La tasa de empleo de la población en edad inmediatamente anterior a la jubilación (55-64 años) se ha ido incrementando a lo largo del tiempo, pasando del 32 por cien en 1995 al 47 por cien en 2008, niveles muy similares a los europeos. Su tasa de paro ronda el 7,3 por cien (por encima de la UE27). Sin embargo, en el caso de las mujeres, la proporción de amas de casa es la más elevada de la UE15 (54 por cien), muy por encima de otros países, como por ejemplo Suecia (2,1 por cien).

Gráfico 6

Distribución de la población española, por máximo nivel de formación alcanzado y grupo de edad (2008)



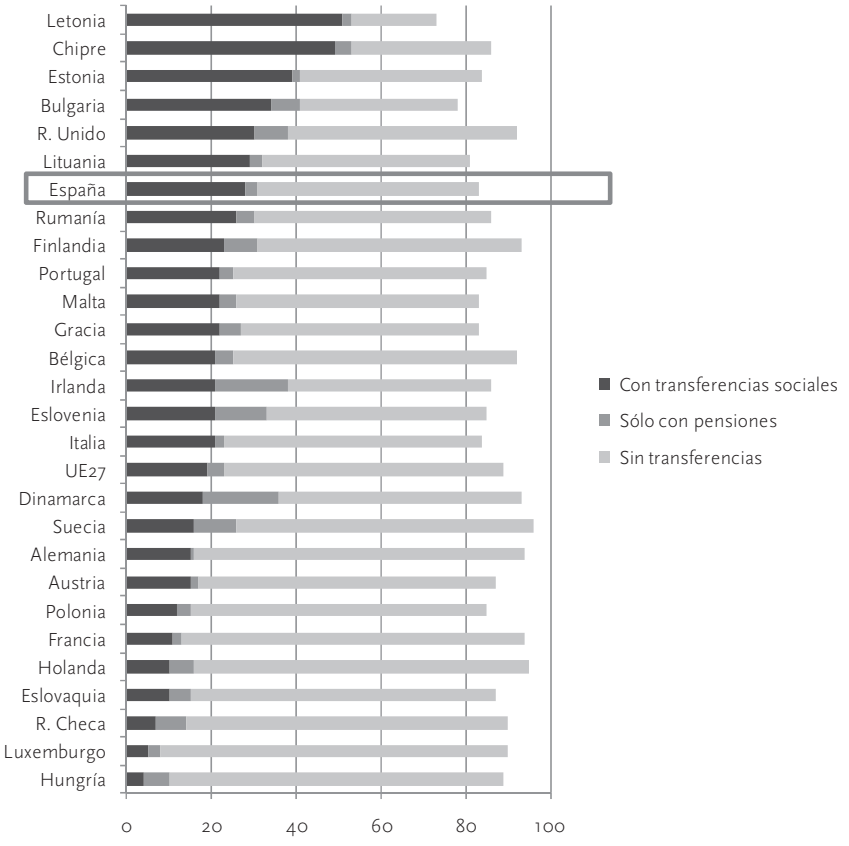
Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INE (www.ine.es).

Un dato significativo y preocupante arroja la encuesta europea SHARE, de acuerdo con la cual dos tercios (66 por cien) de la población española mayor de 50 años desea jubilarse lo antes posible, lo que constituye la proporción más alta de Europa, junto con Polonia, en contraste con otros países como Bélgica, Dinamarca, Suecia o Suiza, con valores por debajo del 35 por cien (Börsch-Supan 2008). Este dato sugiere la mala calidad del empleo de este colectivo.

En cuanto a su nivel de ingresos, es significativamente inferior al conjunto de la población. El 45 por cien de los hogares en los que la persona de referencia es un mayor de 65 o más años años cuenta con unos ingresos inferiores a 14.000 euros anuales; y el 26 por cien, inferiores a 9.000 euros. Los correspondientes porcentajes para el total de los hogares españoles son notablemente inferiores: 26 por cien y 13 por cien, respectivamente. Relacionado con ello, el grupo de mayores de 64 años es también el que afronta un mayor riesgo de pobreza relativa, medida ésta como la población que se encuentra por debajo del 60 por cien de la mediana de ingresos disponibles a nivel nacional. Si no se tienen en cuenta las transferencias sociales, la tasa de riesgo de pobreza del colectivo de mayores supera el 80 por cien (como también ocurre a nivel europeo). Sin embargo, el 97,9 por cien de estos hogares recibe algún tipo de prestación social. Con todo, esta compensación no consigue reducir la tasa de riesgo de pobreza de España tanto como las de otros países europeos (Gráfico 7).

Gráfico 7

Tasa de riesgo de pobreza en los mayores de 64 años antes y después de las transferencias sociales (2008)



Fuente: Eurostat (http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

Así, teniendo en cuenta las transferencias sociales, en España el 28 por cien de la población mayor se encuentra en riesgo de pobreza, riesgo que afecta más a las mujeres que a los hombres, como permite apreciar el gráfico 8. En cambio, para la población menor de 65 años, la tasa de riesgo de pobreza ascendió en 2008 al 18 por cien, y de manera más equilibrada entre géneros. En resumen, mientras la población mayor de 65 supone el 16 por cien de la población nacional, representa el 23 por cien de la población en riesgo de pobreza.

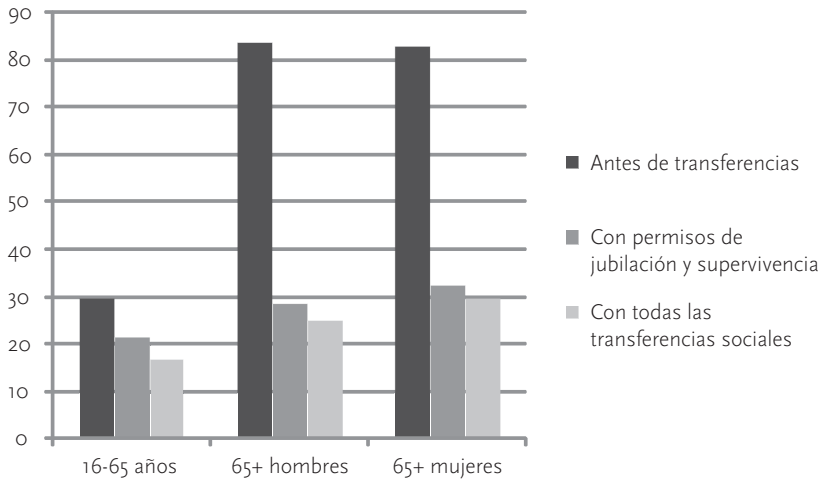
En relación con la salud de la población mayor y su consumo de servicios sanitarios, evidentemente éste es el colectivo con peor salud autodeclarada, y el que mayor uso hace de tales servicios. El 62 por cien de los mayores declara tener alguna enfermedad (frente al 32 por cien de la población nacional total), y tres cuartas partes se ven limitados por la enfermedad, declarándose una cuarta parte gravemente limitada. Por su parte, y atendiendo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), el 36 por cien de los mayores de 64 años manifestó que su salud era mala o muy mala, un porcentaje diez puntos superior a la media europea. En cambio, la mitad de los hombres mayores definió su salud como buena, en tanto que sólo un tercio de las mujeres de estas edades afirmó disfrutar de una salud buena o muy buena.

Así pues, y tal como refleja el gráfico 9, según avanza la edad, aumentan las percepciones negativas, y también las diferencias entre varones y mujeres. Aplicando a los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 un modelo logístico binomial, en el que la variable dependiente es "declarar un estado de salud bueno o muy bueno", se obtienen además los siguientes resultados: ser mujer influye negativamente sobre el estado de salud; educación y problemas de salud están inversamente relacionados, lo que puede contribuir a explicar las diferencias por sexo en la salud subjetiva; por otra parte, pertenecer a una clase social alta influye positivamente en la percepción media de la salud, al contrario de lo que ocurre si la clase social es baja, mientras que estar desempleado implica una menor probabilidad de gozar de buena salud; finalmente, estar al cuidado de personas mayores también influye negativamente, a lo que probablemente contribuye el hecho de que los cuidadores suelen ser personas de elevada edad.

En cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, según la Encuesta Nacional de Salud de 2006, un 43 por cien de los mayores de 65 años ha acudido al médico en las dos últimas semanas, frente al 29 por cien del resto de la población, mientras que un 37 por cien de todas las altas hospitalarias corresponden a personas mayores, siendo las enfermedades más frecuentes de este

Gráfico 8

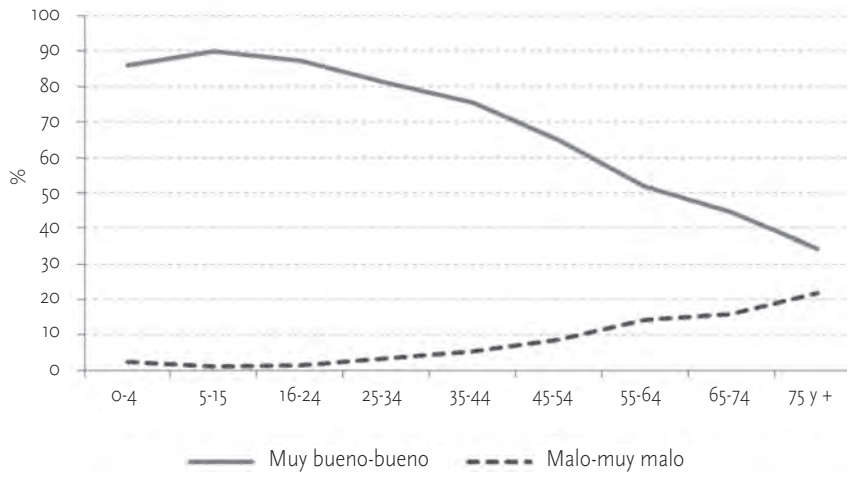
Tasa de riesgo de pobreza antes y después de las transferencias sociales, por grupos de edad y sexo (España, 2008)



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INE (www.ine.es).

Gráfico 9

Estado de salud declarado, por grupos de edad (España, 2006)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006, INE (www.ine.es).

colectivo las circulatorias (23 por cien), las respiratorias (14 por cien), las digestivas (13 por cien) y el cáncer (11 por cien) (INE 2006).

4. Repercusiones del envejecimiento de la población en el crecimiento económico, la sostenibilidad de la protección social y la organización de la familia

Repercusiones en el crecimiento económico

A nivel macroeconómico, se estima que el envejecimiento poblacional tendrá repercusiones negativas en el crecimiento del PIB a largo plazo. De acuerdo con las proyecciones de la Comisión Europea, la UE pasará de crecer a un ritmo del 2,4 por cien entre 2007 y 2020 a uno del 1,7 por cien entre 2021 y 2030, y del 1,3 por cien entre 2041 y 2060.[4] Las estimaciones para España son del 3 por cien entre 2007 y 2020, del 1,8 por cien entre 2021 y 2030, y del 1,2 por cien entre 2041 y 2060, ocupando una posición intermedia en la UE27, concretamente el puesto decimocuarto en el periodo 2041-2060. Las previsiones de crecimiento para España son menos favorables en términos de crecimiento per cápita del PIB, dado el mayor envejecimiento relativo de la población. En este caso, ocuparía la decimooctava posición europea en el periodo comprendido entre 2041 y 2060 (European Commission 2009).

Por otro lado, y desde una perspectiva microeconómica, el envejecimiento poblacional puede ofrecer a las empresas nuevas oportunidades de negocio, aprovechando las ventajas de una franja de población muy numerosa que ha ido ganando en independencia familiar y capacidad económica, y que está modificando las actividades de su tiempo de ocio. Esto podría repercutir favorablemente en el mercado de la alimentación, la cultura, el deporte, la hostelería, el transporte, el textil o las tecnologías de la información y la comunicación.

Las administraciones públicas también pueden contribuir a generar empleo en el sector privado, por ejemplo, con iniciativas como el Programa

[4] Los supuestos de las proyecciones de la Comisión Europea incluyen un crecimiento de la tasa de poblacion activa hasta el 74 por cien; un aumento de la tasa de empleo hasta el 65 por cien; una reducción de la tasa de paro hasta el 5,7 por cien; un aumento de 20 puntos en la participacion laboral de las mujeres de 55-64 años y de 10 puntos entre los varones; un aumento de la productividad total de los factores del 1,1 por cien, y una mayor participacion del empleo a tiempo parcial.

de Vacaciones del IMSERSO, que genera o mantiene 13.000 puestos de trabajo directos y 85.000 puestos indirectos durante la temporada baja. Asimismo, el sector de los cuidados asistenciales puede beneficiarse del envejecimiento poblacional, sobre todo en el momento actual de desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia. De hecho, los datos de trabajadores afiliados a la Seguridad Social muestran que las actividades de servicios sociales sin alojamiento son las que más empleo han generado durante 2009 (un 46 por cien, o 78.000 personas), frente a la caída media del 6,5 por cien en el empleo (1.174.000 personas). Asimismo, el sector de servicios de alojamiento ha generado 13.900 empleos en 2009 (un 5,6 por cien más que en 2008), y el sector de asistencia en establecimientos residenciales 9.800 empleos (un 5,3 por cien más), como muestra el gráfico 10. El envejecimiento tendrá asimismo un impacto considerable en el sector sanitario, que deberá adecuar su tamaño a la demanda, tanto pública como privada, de atención. En cuanto al sector de la investigación y desarrollo (I+D+i), que también ha generado empleo durante 2009, alberga importantes oportunidades de negocio en la cohorte de mayores, por ejemplo, con aplicaciones innovadoras en el ámbito de la salud, la biotecnología, la accesibilidad o las tecnologías de información y comunicación (TIC).

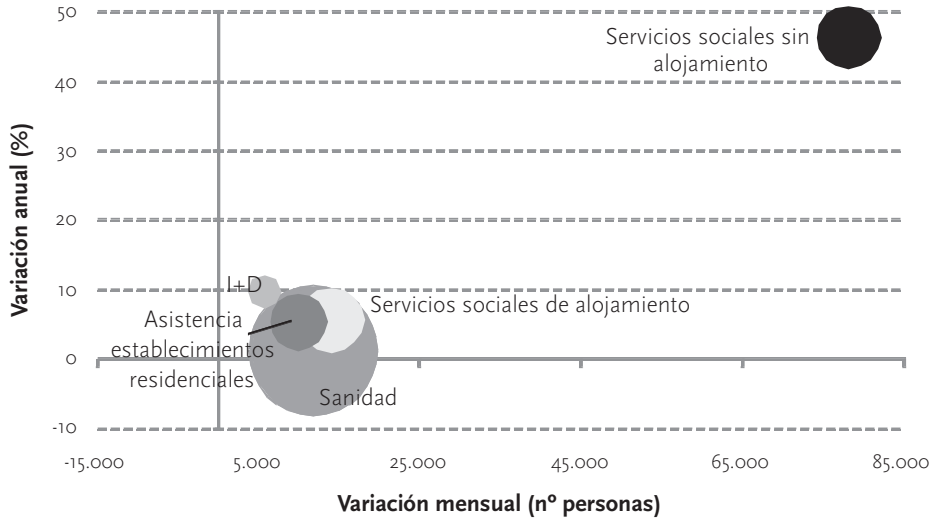
Repercusiones en el sistema de protección social: pensiones, asistencia sanitaria y dependencia

Como consecuencia del envejecimiento de la población en Europa, y en especial en España, se prevé que aumentará la presión sobre el sector público para proveer transferencias y servicios de apoyo a la población mayor de 65 años. Dada la pirámide de población estimada para 2060, la Comisión Europea espera que el envejecimiento de la población incremente el gasto público de todos los Estados miembro. En concreto, se prevé que el gasto público derivado del envejecimiento de la población aumente el 4,75 por cien del PIB de aquí a 2060 en el conjunto de la UE, y en más de cinco puntos en la zona del euro (European Commission 2009: 4). Según la Comisión Europea, España se encuentra en el grupo de países que experimentarán el mayor aumento del gasto público, que podría rondar los nueve puntos del PIB. El aumento del gasto público obedecerá fundamentalmente al incremento del gasto en pensiones, asistencia sanitaria y cuidados de atención a las personas dependientes.

Respecto a las pensiones, el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años ten-

Gráfico 10

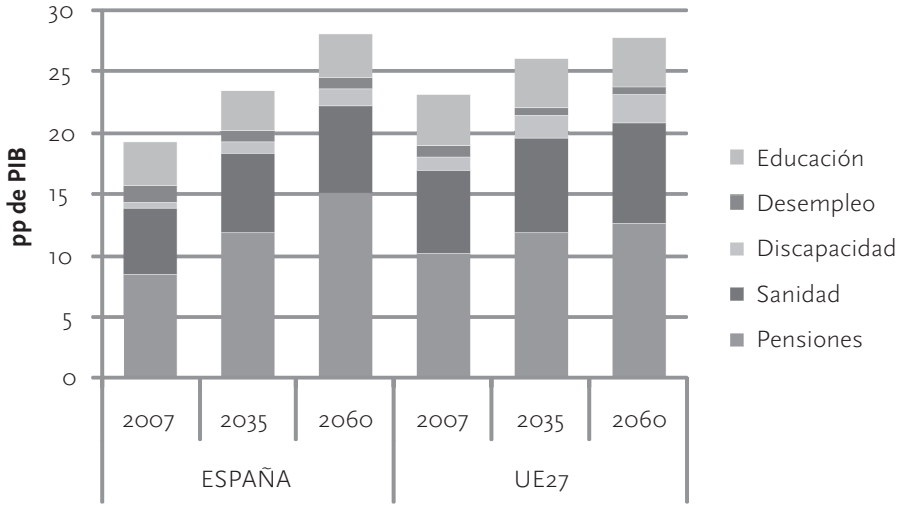
Variación (2008-2009) en el número medio de afiliados a la Seguridad Social en algunos sectores



Nota: El tamaño de la burbuja denota la magnitud del sector.
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Seguridad Social (www.seg-social.es).

Gráfico 11

Evolución del gasto público relacionado con el envejecimiento, por tipo de gasto, expresado en puntos porcentuales de PIB (España y la UE27, 2007, 2035 y 2060)



Fuente: European Commission (2009).

drá un efecto directo sobre el presupuesto para pensiones. Actualmente, alrededor del 50 por cien de los europeos sigue activo a los 60 años de edad. La Comisión Europea está promoviendo la reforma del sistema de pensiones de los Estados miembros para garantizar la sostenibilidad de las cuentas. Como resultado, casi todos los países han endurecido los requisitos para optar a una pensión pública, aumentando la edad de jubilación y restringiendo las jubilaciones anticipadas. El objetivo de las reformas europeas en marcha consiste en aumentar de manera paulatina la tasa de actividad de los trabajadores de más edad. El Gobierno español ha planteado recientemente una posible reforma en el sistema de pensiones consistente en el retraso de la edad de jubilación hasta los 67 años, y que debe ser consensuada por los firmantes del Pacto de Toledo.

El envejecimiento de la población también afectará previsiblemente al gasto público de la UE en asistencia sanitaria. Conforme a las estimaciones de la Comisión Europea, esta partida aumentará 1,5 puntos del PIB hasta 2060. Es claro que la población mayor consume más servicios sanitarios que la población más joven, puesto que la probabilidad de sufrir enfermedades degenerativas y crónicas aumenta con la edad. En la mayoría de los países de la UE, el gasto sanitario per cápita aumenta año a año muy poco hasta la edad de 55, y a partir de esta edad lo hace rápidamente, triplicándose para las personas de 80 o más años. Es interesante destacar que la investigación de la última década ha puesto de manifiesto que el gasto sanitario aumenta mucho durante el año o los dos años previos al fallecimiento de una persona, independientemente de su edad (The Economist 2009). Estos gastos sanitarios previos al fallecimiento representan gran parte del gasto sanitario per cápita. Como la gente fallece mayoritariamente después de los 65, la asociación entre envejecimiento y gasto sanitario es meridiana.

Ahora bien, debido al progreso tecnológico y a la innovación, el envejecimiento poblacional puede suponer tanto mayores como menores gastos sanitarios: las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento requieren muchos recursos, pero, a la vez, suponen un diagnóstico precoz y tratamientos más precisos y con mayores índices de efectividad. Luego, aunque según las estimaciones de la mayoría de los organismos internacionales, el envejecimiento conlleva un aumento del gasto sanitario, hay otras variables como la innovación, el desarrollo tecnológico y la potenciación de la

medicina preventiva que pueden tener efectos contrarios y que demandan cambios en la concepción de la medicina geriátrica y en la atención a los mayores.

En concreto, la medicina preventiva se revela como una variable de gran interés y potencial efecto de contención del gasto sanitario. La política sanitaria europea, incluida la española, está haciendo un especial énfasis en el fomento de la prevención a través de la medicina preventiva y la educación en hábitos de vida saludable. En concreto, el programa de la Presidencia Española de la UE durante el primer semestre de 2010 cuenta entre sus objetivos prioritarios la innovación en la salud pública, el apoyo a los programas preventivos (entre ellos, el de la lucha contra la obesidad), la promoción de la salud electrónica o *e-health*, la seguridad alimentaria y de los medicamentos, así como también la investigación en enfermedades crónicas y degenerativas (Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación 2010).

Finalmente, la edad muestra una correlación positiva con la necesidad de cuidados especiales. Con la edad aumenta la proporción de personas que no pueden vivir solas o sin una atención especial debido a problemas de movilidad física o a enfermedades degenerativas como la demencia. Según estimaciones de la OCDE, entre el 10 y el 20 por cien de las personas mayores de 65 años necesitan atención a la dependencia con un coste de entre un 1 y un 2 por cien del PIB (The Economist 2009). En España, en torno al 20 por cien de la población mayor de 65 años requiere de atención a la dependencia (INE 1999). Los cuidados a las personas en situación de dependencia supondrán, según la Comisión Europea, un aumento de 1,25 por cien del PIB de aquí a 2060.

Una consecuencia del aumento de este colectivo será la necesidad de profesionalización del sector y de reforzamiento de la infraestructura de asistencia. Esto, a su vez, afectará al mercado de trabajo, puesto que se liberará mano de obra, en su mayoría femenina, que llevaba a cabo el cuidado informal y se demandará la formación de profesionales de la dependencia. Para España, el *Libro Blanco de la Dependencia* estima que la creación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia supondrá alrededor de 330.000 empleos hasta 2015.[5] Otros estudios estiman la creación directa de 200.000 empleos (Labeaga 2005). Hasta la fecha, la puesta en marcha de la abreviadamente denominada "Ley de Dependencia" ha generado 105.000 empleos, según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, de los cuales el 94 por cien corresponde a mujeres. Los nuevos puestos de trabajo se crean en respuesta al lanzamiento de los programas de atención a la dependencia, así como por la incorporación al mercado de trabajo de los cuidadores informales (Díaz, Ladra y Zozaya 2009), beneficiando a colectivos con especiales dificultades de inserción laboral (mujeres, trabajadores con poca cualificación, jóvenes buscando su primer empleo, desempleados de larga duración y desempleados mayores de 45 años).

[5] Puede descargarse este documento en la página web del IMSERSO (www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf).

Repercusiones en la familia: la organización de los hogares

La población europea mayor de 65 años vive principalmente en hogares familiares (Eurostat 2001). En general, el tipo de hogar mayoritario en Europa es el formado por una pareja, seguido del hogar unipersonal. El 41,8 por cien de los españoles mayores de 65 años vive en pareja, el 21,4 por cien solos y el 31 por cien con sus hijos. El caso español presenta algunas diferencias con la media europea. Los españoles mayores de 65 años constituyen menos hogares unifamiliares, ya que, en ausencia del cónyuge, gran parte vive con los hijos. En efecto, España, Grecia y Portugal encabezan la lista de países con una menor proporción de hogares unipersonales; Dinamarca se encuentra en el otro extremo de la clasificación para esta franja de edad con un 50 por cien de hogares unipersonales.

A la hora de analizar el efecto del envejecimiento de la población en la constitución de los hogares españoles, interesa estudiar si la situación económica de los mayores de 65 años puede explicar en parte que éstos opten más que la mayoría de los europeos por vivir con familiares. Los datos europeos muestran que España es uno de los países con una mayor diferencia de rentas entre mayores y menores de 65 años (Pérez Ortiz 2009). Dado que la posición económica de los mayores de 65 años depende, en gran medida, de los ingresos por pensiones, conviene plantearse qué supone, en términos de ingresos, para este segmento de la población pasar de percibir rentas por el trabajo a ingresos por pensiones. Como se desprende del cuadro 1, la tasa de reemplazo en España (definida como el cociente entre los ingre-

sos por pensiones y las rentas del trabajo al final de la vida activa) presenta un valor muy parecido a la media de la UE-15: 0,48 vs. 0,50. Por tanto, no parece que este descenso de los ingresos pueda explicar cabalmente la diferente composición que los hogares de los mayores de 65 años registran en España.

La Encuesta Financiera de las Familias (Banco de España 2007) permite completar el análisis de la situación económica de los mayores. Esta publicación proporciona datos sobre la distribución de los activos reales y financieros de los hogares, su endeudamiento y su relación con otras variables socio-demográficas. El cuadro 2 muestra el endeudamiento de los hogares, según la edad del cabeza de familia. Se observa que el cociente de deuda sobre la riqueza bruta del hogar va disminuyendo conforme aumenta la edad. El nivel de endeudamiento mayor lo soportan los menores de 35 años, y el menor los mayores de 75 años. Parece, por tanto, que el nivel de endeudamiento podría explicar en parte que haya más mayores viviendo con sus hijos en España que en el resto de Europa, pero más bien como una respuesta a una necesidad financiera de los menores de 35 años.

También puede resultar interesante introducir en este análisis la edad a la que los jóvenes abandonan el hogar de la familia de origen. En este sentido, la edad de emancipación de los jóvenes españoles, aunque decreciente en los últimos años, es superior a la media europea (INJUVE 2008). La decisión de emanciparse está relacionada con la autonomía financiera pero, sobre todo, con las posibilidades de movilidad social. Como concluye Bernardi (2007: 52) "…parte del retraso en la emancipación familiar de los jóvenes [españoles frente a europeos] se debe al hecho de que ha crecido el umbral mínimo de nivel de vida aceptable y, a la vez, las oportunidades de movilidad social no son tan buenas como fueron las de sus padres".

Los datos muestran que si el 31 por cien de los mayores de 65 años vive con sus hijos, el 82 por cien de ellos lo hace en su propio hogar y el 18 por cien restante en casa de los hijos. Este último porcentaje aumenta hasta el 39 por cien en el extremo de la escala de edades, esto es, entre los mayores de 85 años. Luego, la tardía emancipa-

Cuadro 1

Tasa de reemplazo agregada (cociente entre las rentas de las pensiones de las personas de 65 a 74 años y los ingresos del trabajo de las personas de 50 a 59 años) (2006)

	Hombres	*Mujeres*	*Total*
UE 15	0.53	0.46	0.5
Alemania	0.48	0.49	0.46
Austria	0.65	0.6	0.65
Bélgica	0.46	0.4	0.42
Dinamarca	0.37	0.39	0.37
España	0.51	0.5	0.48
Finlandia	0.46	0.47	0.47
Francia	0.61	0.53	0.58
Grecia	0.57	0.49	0.49
Holanda	0.48	0.51	0.43
Irlanda	0.35	0.48	0.35
Italia	0.64	0.46	0.58
Luxemburgo	0.59	0.63	0.65
Portugal	0.67	0.57	0.59
Reino Unido	0.42	0.45	0.44
Suecia	0.63	0.53	0.6

Fuente: EUROSTAT (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/), extraído el 1 de Febrero de 2010.

Cuadro 2

Endeudamiento de los hogares españoles: medidas de carga de la deuda de los hogares con deudas pendientes (2005)

	Ratio de deuda/ Riqueza bruta del hogar	
	Mediana (%)	*% Hogares con ratios superiores al 75%*
Todos los hogares	17.2	11.1
Menores de 35 años	40.3	21.5
De 35 a 44 años	19.6	10.4
De 45 a 54 años	12.9	8.5
De 55 a 64 años	6.9	5.1
De 65 a 74 años	7.3	8.5
De 75 o más años	4.2	2.1

Fuente: Banco de España (2007), *Encuesta Financiera de las Familias 2005: métodos, resultados y cambios entre 2002 y 2005*. Boletín estadístico del Banco de España, nº 7.

ción de los jóvenes españoles podría explicar en parte la convivencia con los padres en el hogar de estos últimos, aunque la necesidad de convivir con los hijos se hace más necesaria para los padres con edades muy avanzadas. Estos sencillos datos ponen de manifiesto que la mayor convivencia en España frente a la media de Europa entre padres mayores de 65 años e hijos podría ser, en parte, el resultado de las necesidades económicas y de las aspiraciones de movilidad social de los más jóvenes. Este análisis parcial debe incluir otras dos variables que, intuitivamente, adquieren también un poder explicativo: el cuidado de los nietos y la falta de autonomía personal de los mayores.

En Europa, alrededor del 40 por cien de los abuelos se encargan del cuidado de sus nietos. Como se aprecia en el cuadro 3, España, junto con Italia y Grecia, presenta uno de los porcentajes más elevados de abuelos que se hacen cargo de sus nietos diariamente; porcentaje que, como es lógico, disminuye con la edad de los abuelos.

Respecto a la autonomía personal de los mayores, el cuadro 4 recoge datos que apuntan a la ausencia de diferencias significativas entre el tipo de hogar en el que viven los mayores y su estado de salud percibido (sería interesante analizar de forma comparada indicadores de discapacidad). Independientemente del estado de salud, alrededor del 20 por cien vive en hogares unipersonales, el 40 por cien en pareja, el 25 por cien en su casa con sus hijos, y el 4 por cien en casa de sus hijos.

Los datos presentados en este apartado no permiten, por tanto, afirmar la existencia de una relación directa entre envejecimiento de la población y una mayor convivencia de mayores de 65 años con sus hijos. La evidencia muestra que, efectivamente, en comparación con Europa, en España se da una mayor proporción de hogares compuestos por mayores de 65 años y sus hijos, pero esto podría ser el resultado de necesidades financieras de los hijos, así como de un especial apoyo en el cuidado de los nietos. No obstante, los datos indican que a partir de los 85 se duplica la proporción de hogares en los que los ancianos viven en casa de sus hijos, por lo que el paulatino aumento de la esperanza de vida podría repercutir en la composición de los hogares españoles.

5. Conclusiones y recomendaciones

La población española ha envejecido más rápidamente que la europea y el proceso de envejecimiento se agudizará en el futuro, lo que repercutirá en un mayor gasto público asociado al envejecimiento y en una ralentización del crecimiento económico. Por ello, habría que tomar medidas para asegurar la sostenibilidad del sistema de prestaciones sociales, tanto el de pensiones como el sanitario, reforzando al mismo tiempo la natalidad y la productividad laboral.

Cuadro 3

Cuidado diario de alguno de los nietos de la población mayor de 65 años, por sexo y edad

Pais	*Total*	*65-74 años*	*75-84 años*	*85 y más años*	*Total*	*65-74 años*	*75-84 años*	*85 y más años*
Alemania	4	4.5	3.1	0	4.7	6.5	2.5	0
Austria	2.9	3.9	0.9	0	3.4	5	1.5	0
Bélgica	4.5	6.3	1.9	0	4.8	6.7	2.3	0
Dinamarca	0.9	1.6	0	0	0.5	1	0	0
España	8.5	10.5	6.2	1.7	9.3	15	3.2	2
Francia	3.2	4.6	1.4	0	3.3	5.6	0.9	0
Grecia	9.9	12	6.9	2.5	11.3	14.6	8.1	3.8
Holanda	2	2.6	1	0	1.7	2.3	1	0
Italia	8.5	9.8	5.9	4	10.7	14.4	5.2	0
Suecia	1.4	1.7	1.2	0	1.6	2.5	0.4	0
Suiza	2.2	2.1	3	0	4.3	6.6	2.2	0

Fuente: SHARE (2004), *Survey of Health, Aging and Retirement in Europe* (www.share-project.org).

Cuadro 4

Formas de convivencia de los mayores de 65 años según estado de salud

	Tipo de hogar					
Estado de salud percibido	*Unipersonal*	*Pareja*	*Multigeneracional en su casa*	*Multigeneracional en casa de hijo/a*	*Otro tipo*	*NS/NC*
Bueno o muy bueno	20.8	45.2	25.2	3.4	5	0.4
Regular	23.4	42	2407	3.9	5.5	0.5
Malo o muy malo	23.4	37.8	25.9	5.3	7	0.6
NS/NC	50	50	0	0	0	0

Fuente: IMSERSO-CIS (2006), *Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Estudio 2.647.

En primer lugar, y como recomendación general, hay que hacer hincapié en la necesidad de aportar más información y más datos al debate social. Sólo ello permitirá que las decisiones en materia de política social se hagan con el mayor consenso posible y buscando la estabilidad en el tiempo.

La UE ha hecho una serie de recomendaciones para hacer frente a los retos que supone una población más envejecida. Todas estas recomendaciones tienen como objetivo final aumentar el empleo y la productividad y reformar los sistemas de pensiones, sanidad y atención a la discapacidad. Reformas estructurales que mejoren la productividad favorecerán la generación de recursos públicos que garanticen las pensiones, pero tales reformas también deben orientarse a la disminución de la tasa de pobreza de los ancianos. Por otro lado, introducir cambios en el funcionamiento del sistema de pensiones en la línea de retrasar la edad jubilación, desincentivar las jubilaciones anticipadas, ajustar la cuantia de las pensiones a los años cotizados y asociar las ayudas por viudedad u orfandad al nivel de ingresos, puede tener un impacto positivo sobre la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo. El Gobierno de España está debatiendo actualmente, en el seno del diálogo social, posibles refomas en estos ámbitos. En este sentido, el retraso de la edad de jubilación hasta los 67 a partir de 2013 representaría una medida en la buena dirección, ya que parece razonable que esta edad de salida del mercado de trabajo se ajuste a los incrementos en la esperanza de vida y al retraso en la incorporación a ese mercado por el aumento de los años de formación educativa.

La atención a la dependencia supondrá gran parte de la presión sobre el gasto público en las próximas décadas. De ahí que resulte indispensable continuar el desarrollo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, mejorando su eficacia y eficiencia, y aumentando la cooperación entre las distintas administraciones. En concreto, es necesario avanzar en dos frentes. Por un lado, debe mejorarse la cooperación público-privada en la provisión de los servicios de atención para minimizar la posible pérdida de eficiencia derivada de un número elevado de empresas de pequeño tamaño o la duplicación de servicios. Por otro lado, las administraciones deberían considerar prestar más ayudas en servicios frente a ayudas monetarias, lo cual redundaría en una profesionalización del sector y en una mayor calidad del servicio. Conviene, por otra parte, estudiar las experiencias de otros países que están debatiendo la creación de un seguro (público, privado o mixto) obligatorio para la dependencia.

El tercer bloque de medidas susceptibles de atenuar algunos de los efectos del envejecimiento se vincula a las políticas de fomento de la conciliación de la vida familiar y laboral. Un mayor equilibrio entre estas dos dimensiones supondría un uso más eficiente de los recursos de las familias, así como un alivio en la carga asistencial sobre los ancianos. Además, las mejoras de conciliación provocarían presumiblemente incrementos en la natalidad en el medio plazo, que podrían suavizar los efectos del envejecimiento en el largo plazo. Y finalmente, la innovación debe seguir siendo un objetivo fundamental en todo tipo de nuevas medidas y actuaciones, tanto públicas como privadas. La innovación supone aumentos en la productividad y, por tanto, en la riqueza de los países, además de permitir el desarrollo de nuevos servicios y prestaciones que atiendan a nuevas demandas.

Bibliografia

Banco de España (2007), "Encuesta Financiera de las Familias (EFF) 2009: métodos, resultados y cambios entre 2002 y 2005", *Boletín Económico* 12/2007.

Bernardi, F. (2007), "Movilidad social y dinámicas familiares. Una aplicación al estudio de la emancipación familiar en España", *Revista Internacional de Sociología,* 48: 33-54.

Börsch-Supan, A. (2005), *Health, Ageing and Retirement in Europe. First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Börsch-Supan, A. *et al.* (2008), *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension,* Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging.

Díaz, E.; Ladra, S. y N. Zozaya (2009), *La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales,* Madrid, Laboratorio de la Fundación Alternativas, Documento de trabajo 143/2009.

European Commission (2009), *Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, Luxemburgo, Office for Official Publications of the European Communities.

– (2010), *Europe 2020. A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth and Jobs,* (Comunicación de la Comisión, Bruselas, 3 de marzo).

Eurostat (2001), *Population and Social Conditions*. *Population Census. National Level Census 2001 Round* (http://epp.eurostat.ec.europa.eu).

Imserso-CIS (2004), *Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores en España* (Estudio CIS 4.597), Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

– (2006), *Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores en España* (Estudio 2.647)*,* Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

INE (1999), *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

– (2006), *Encuesta Nacional de Salud (ENS),* Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

– (2010), *Proyección de la población española a largo plazo, 2009-2049,* Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

INJUVE (2008), *Informe Juventud en España,* Madrid, Observatorio de la Juventud.

Labeaga, J. M. (2005), *Efectos macroeconómicos del Sistema Nacional de Dependencia,* Madrid, FEDEA.

Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2010), *Programa de la presidencia española del Consejo de la Unión Europea, 1 de enero a 31 de junio de 2010* (www.eu2010.es/export/sites/presidencia/comun/descargas/programa_ES.PDF).

Ministerio de Sanidad y Política Social (2008), *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por CC.AA. Informe 2008*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Norwegian Social Science Data Services (2006), *European Social Survey* (www.europeansocialsurvey.org/).

OECD (2009), *Health at a Glance 2009*, París, OECD.

Pérez Ortiz, L. (2009), *Las personas mayores en España. Informe 2008*, Madrid, IMSERSO.

SHARE (2004), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (www.share-project.org/).

The Economist (2009), *Healthcare strategies for an ageing society*, Londres, The Economist Intelligence Unit Limited.

United Nations (2006), *World Population Ageing 1950-2050*, Nueva York, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

– (2009), *World Population Ageing 2009*, Nueva York, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

World Values Survey (1981-2008), *World Values Survey Association* (www.worldvaluessurvey.org).

Entre tradición e innovación: los programas de la Obra Social "la Caixa" para las personas mayores

Jaime Lanaspa*

El Programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa" es un signo de identidad de la institución. Se trata de uno de sus programas más antiguos y tradicionales. Sus orígenes se remontan a principios del siglo XX, con los homenajes a la vejez instituidos por el fundador de "la Caixa", Francesc de Moragas. Pero, al mismo tiempo, representa uno de los programas más modernos y dinámicos, que ha adaptado sus contenidos a las nuevas necesidades sociales siguiendo la vocación de servicio a la comunidad.

La evolución que el Programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa" ha experimentado en los últimos años podría resumirse de la siguiente forma: la idea de envejecimiento ha cambiado, y hoy en día la vejez se contempla como una experiencia positiva vinculada al ciclo vital. Los términos "envejecimiento activo", "autonomía", "independencia", "calidad de vida" y "esperanza de vida saludable" se han incorporado al lenguaje cotidiano y revelan un cambio de actitud en sectores de la población cada vez más amplios.

Para la Obra Social "la Caixa", este cambio de perspectiva no ha supuesto ninguna novedad. En los años setenta, cuando se replantearon las actividades que llevaba a cabo en favor de las personas mayores, la idea del envejecimiento activo entró a formar parte naturalmente de su filosofía. La Obra Social "la Caixa" potenció una red de centros de mayores, destinada a convertirse en una referencia en el ámbito social. Más allá de las necesidades asistenciales y de ocio, se pensó en ofrecer a las personas mayores estímulos para potenciar el bienestar físico, mental y social. Al mismo tiempo se crearon mecanismos para favorecer la participación en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, capacidades y deseos, a nivel individual y colectivo. Los usuarios se implicaron en la gestión de los centros que, progresivamente, empezaron a realizar actividades a favor de la comunidad, y se convirtieron en lugar de encuentro para las familias y diferentes colectivos, desde personas con discapacidad a inmigrantes. En los últimos años se han desarrollado proyectos específicos para favorecer la seguridad, la protección y los cuidados a las personas que necesitan apoyo, siguiendo con una antigua vocación asistencial de la Obra Social "la Caixa".

Estos proyectos coinciden con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que encuentran plasmación en su Programa "Envejecimiento y Ciclo Vital". En la Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el año 2002, la OMS presentó un marco general en el que desarrollar planes de acción a favor de la salud y el envejecimiento activo. La Obra Social "la Caixa" ha sido, pues, pionera en este ámbito.

1. El siglo de las personas mayores

La posibilidad de llegar a la vejez constituye una conquista del siglo XX. Hoy en día provoca sorpresa e incredulidad descubrir cómo en 1900, hace poco más de un siglo, la esperanza de vida de los españoles era de 34,8 años. En 1940, se situaba en 50,1 años. A partir de ahí, se ha producido un salto exponencial. En 1998, según datos del Instituto

* Director Ejecutivo de la Obra Social "la Caixa".

Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida se había doblado respecto a 1900: 78,5 años, y desde entonces no ha parado de crecer. En la última década ha aumentado en 24 meses: 77 años para los hombres y 83,4 para las mujeres. El aumento de la calidad de vida, la mejora de los servicios sociosanitarios, los nuevos tratamientos y métodos de diagnóstico se encuentran en la base de este avance espectacular.

El aumento de esperanza de vida se traduce en un nuevo perfil de la pirámide demográfica. En enero del 2009 residían en España 7.780.830 personas mayores de 65 años, el 16,7 por cien del total de la población, estimada en 46.661.950 habitantes. Está previsto que estas cifras aumenten en los próximos años. Hacia 2020 llegará a la jubilación la llamada "generación del *baby boom*", los nacidos en el periodo de desarrollo económico de la postguerra, entre 1957 y 1977, durante el cual se verificó un fuerte aumento de la natalidad. Entre esos años nacieron casi 14 millones de niños, 4,5 millones más que en los 20 años siguientes, y 2,5 más que en los 20 anteriores. Según las previsiones del INE, en 2050 las personas mayores de 65 años representarán el 43 por cien de la población española.

Estas cifras plantean un reto para los servicios sociales y para las entidades que, como la Obra Social "la Caixa", realizan su labor de manera complementaria a las instituciones públicas.

2. Una nueva idea del envejecimiento

El aumento de esperanza de vida ha venido acompañado de un cambio en la percepción que las personas mayores tienen de sí mismas. En la actualidad, cuando una persona llega a la edad de jubilación, tiene por delante uno de los periodos más largos de su existencia que, en algunos casos, puede llegar a 30 o 35 años. Las condiciones físicas y mentales son cada vez mejores. Muchas de estas personas pueden llevar una vida plena e independiente. Frente a la visión de la vejez como una etapa de deterioro y pérdida de facultades, surge una nueva imagen, relacionada con la mejora de la calidad de vida y el desarrollo de nuevos métodos asistenciales. La vejez aparece como un periodo de cambios y posibilidades que se puede gozar en plenitud.

Según el *Boletín sobre Envejecimiento* de 2007 realizado por Elena del Barrio, socióloga del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO, los mayores aparecen, en contra de los estereotipos, como personas activas que dedican buena parte de su tiempo libre a participar en actividades de su comunidad y ayudar en el entorno familiar. Otra idea relativamente nueva que se va abriendo paso apunta a que el empleo del tiempo libre de manera satisfactoria incide directamente en la calidad de vida de las personas. Tener los recursos necesarios para poder emplear el tiempo de manera productiva y satisfactoria para el individuo repercute en ámbitos afectivos, psicológicos y sociales. De ahí la demanda, cada vez mayor, de una oferta de actividades y servicios para las personas mayores. Según un estudio del Centro de Investigaciones Sociológicas, en torno a dos terceras partes de la población española consideran prioritarias las políticas destinadas a este colectivo.

Desde el punto de vista sociosanitario también se han producido cambios importantes. Lo que hasta hace poco era una intuición, basada en la experiencia, hoy es una realidad probada científicamente: la actividad física, mental y social regenera y potencia las capacidades cerebrales. Los estudios sobre neuroplasticidad (la capacidad de las neuronas de conectarse entre sí y crear redes complejas) han abierto nuevas perspectivas que vienen a reforzar una idea de siempre: mantenerse activo ayuda a vivir más y mejor.

Sabiduría, bienestar, experiencia y tolerancia son algunos de los valores que las personas mayores pueden aportar a la sociedad. Para ello es importante mantenerse en buena forma. Prevenir es la clave.

3. El Programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa" ante los nuevos retos sociales

A esta nueva realidad, esbozada en los anteriores párrafos, se ha ido adaptando el Programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa". Tiene como misión contribuir a promover el envejecimiento activo y saludable y la autonomía personal de las personas mayores, prevenir la dependencia y mejorar la calidad de vida. En la actualidad, el Programa se articula en dos líneas complementarias, que dan lugar, a su vez, a dos programas denominados "Envejecimiento activo" y "Atención y prevención de la dependencia", cuyos objetivos más destacados son los siguientes:

Envejecimiento activo:

- Contribuir al desarrollo de un envejecimiento activo y saludable.
- Impulsar la participación social.
- Promover las relaciones intergeneracionales.
- Fomentar las relaciones sociales.
- Contribuir a la información y a la formación continua.
- Acercar a las personas mayores a las tecnologías de la información y la comunicación.

Atención y prevención de la dependencia:

- Fomentar la autonomía y contribuir a retrasar los procesos que puedan comportar una pérdida o disminución de las capacidades por el envejecimiento, a través de la estimulación integral de las áreas sensorial, motriz y cognitiva.
- Contribuir a mantener la red de relaciones personales.
- Mejorar la calidad de vida de los cuidadores, de las personas en situación de dependencia y sus familias.

Los cuadros 1, 2 y 3 recogen las principales cifras relativas al Programa de Personas Mayores, atendiendo a sus dos líneas de actuación.

Cuadro 1

Programa de personas mayores en cifras (2009)

- 605 centros: 69 propios y 536 en convenio con Administraciones Públicas
- 525 CiberCaixa en centros de personas mayores
- 6 CiberCaixa en centros penitenciarios
- 4.813.482 beneficiarios

Fuente: Obra Social "La Caixa".

Cuadro 2

Línea de actuación "Envejecimiento activo" en cifras (2009)

Informática y comunicación
- 3.708 talleres
- 53.869 participantes

Mayores lectores
- 848 talleres
- 11.877 participantes

Conferencias: Salud y bienestar / Alimentación, vida y cultura / Hábitos del sueño
- 98 conferencias
- 27.238 participantes

Otras actividades

Salud y bienestar
- 4.533 actividades
- 238.740 participantes

Asociacionismo y voluntariado
- 4.036 voluntarios

CiberCaixa solidarias
- 2.194 participantes en centros de personas mayores
- 226 participantes en centros penitenciarios

Fuente: Obra Social "La Caixa".

Cuadro 3

Línea de actuación "atención y Prevención de la dependencia" en cifras (2009)

El reto de la autonomía
- 2.224 talleres organizados en 342 centros
- 32.568 participantes
- 92 microbuses

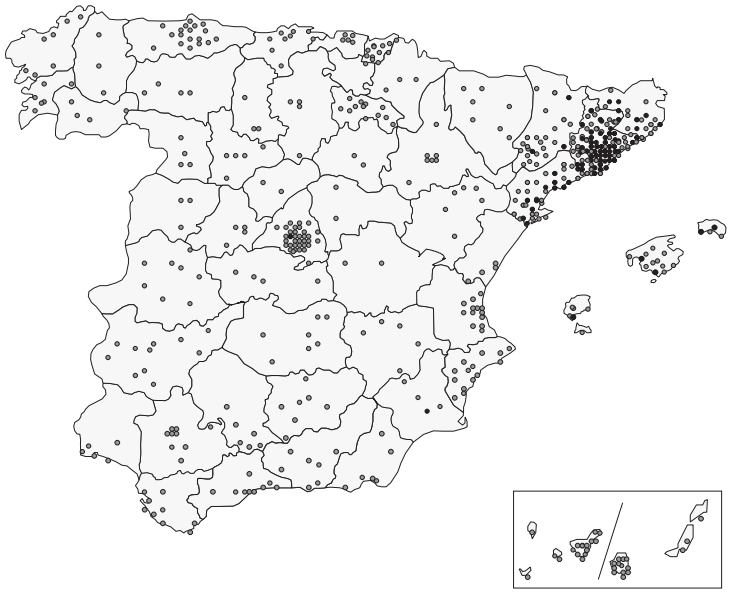
Un cuidador. Dos vidas
- 393 talleres
- 7.393 participantes
- 7.334 llamadas telefónicas
- 165.160 guías distribuidas

4. Una red de equipamientos para las personas mayores

Para desarrollar estas dos líneas de actuación, la Obra Social "la Caixa" cuenta con una red de centros, 69 propios y 536 conveniados con distintas Administraciones Públicas: consejerías de bienestar social y ayuntamientos (Mapa 1). Los centros propios de la Obra Social "la Caixa" están gestionados por asociaciones de personas mayores, que desarrollan una participación social activa. Todos estos centros de mayores se articulan como una red viva, equilibrada y bien

Mapa 1

Programa de Personas Mayores de la Obra Social "la Caixa": Implementación del programa "Envejecimiento activo"



Centros propios:	69
Centros en convenio:	536
Andalucía	61
Aragón	23
Asturias	23
Illes Balears	22
Canarias	33
Cantabria	10
Castilla la Mancha	26
Castilla y León	33
Catalunya	209
Extremadura	23
Galicia	23
La Rioja	12
Madrid	40
Murcia	4
Navarra	6
Euskadi	20
Valencia	35
Ceuta y Melilla	2
TOTAL CENTROS:	605

Fuente: Obra Social "La Caixa".

integrada en el entorno, facilitando el contacto y los intercambios de información y de actividades.

En Madrid y en Murcia, la Obra Social de "la Caixa" cuenta, además, con equipamientos de nueva generación dedicados a las personas mayores: CentroCaixa. Sus usuarios disponen de talleres y espacios de salud, aula de informática, mediateca y cibercafé, salas de exposiciones, zonas de tertulia y lectura. Participan en cursos y talleres de informática, encuentros, charlas y coloquios en los que grupos de voluntarios aportan sus conocimientos, habilidades sociales y de resolución de conflictos; asisten asimismo a diversas actividades de divulgación en temas de ciencia y medio ambiente, pintura y habilidades artísticas, literatura, artes escénicas, música y arquitectura, así como también sobre las grandes cuestiones de actualidad de nuestro tiempo. En CentroCaixa también se fomentan las relaciones intergeneracionales, aprovechando las vacaciones escolares de Navidad y verano.

5. El programa "Envejecimiento activo"

En colaboración con diferentes Administraciones Públicas y asociaciones de mayores, el programa "Envejecimiento activo", que se desarrolla en toda España, engloba seis líneas de actuación: (1) Informática y comunicación, (2) Asociacionismo y voluntariado, (3) Mayores lectores, (4) Salud y bienestar, (5) Alimentación, vida y cultura y (6) Hábitos del sueño.

Informática y comunicación: La Obra Social "la Caixa" ha sido pionera en la divulgación de la informática y las nuevas tecnologías entre las personas mayores. Con más de 400.000 beneficiarios/usuarios, los cursos de informática han contribuido a derribar una barrera y abrir nuevas posibilidades de información y comunicación para las personas mayores. También en este campo se ha seguido una evolución tendente a lograr cada vez una mayor autonomía de las personas mayores. De las CiberCaixa se pasó a las Mediatecas y Cibercafés, donde el contacto es mucho más abierto. Paralelamente se han desarrollado recursos para el aprendizaje de la informática especialmente dirigidos a las personas mayores: guías de iniciación a la informática y al uso de Internet, fotografía digital, herramientas de presentación, recursos de gestión (hojas de cálculo y bases de datos) y edición de video digital. Las CiberCaixa de los centros de mayores abren sus puertas a grupos de edades diversas para que los niños y los mayores puedan compartir espacios y actividades, y así promover las relaciones intergeneracionales. La informática es un motivo de interés común, un medio de exploración y descubrimiento.

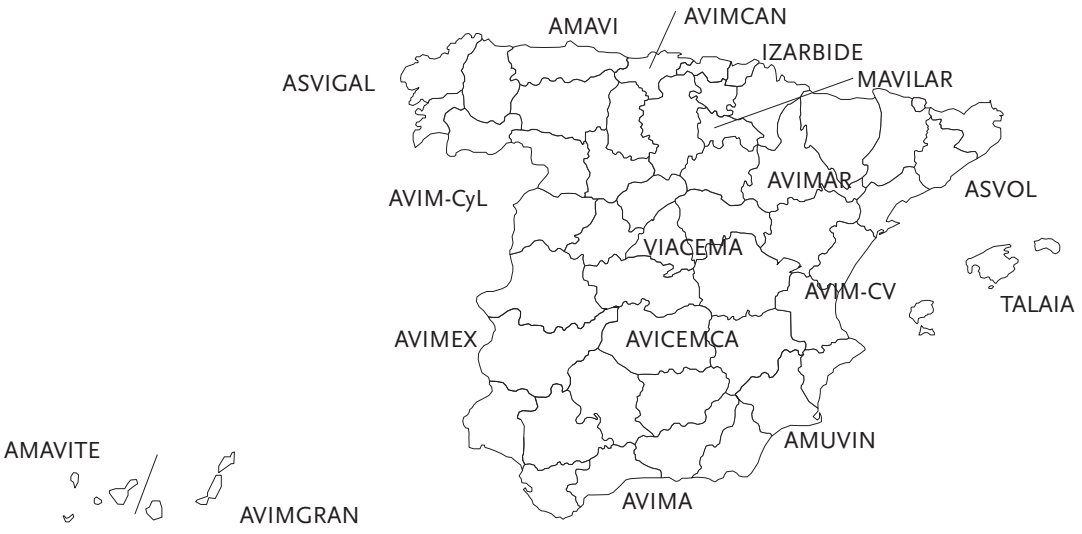
Asociacionismo y voluntariado: Uno de los objetivos de la Obra Social "la Caixa" consiste en impulsar el voluntariado de las personas mayores para promover su integración social y el desarrollo de un rol activo que les haga sentirse útiles y les permita contribuir a mejorar el bienestar de su entorno. Para ello ha facilitado la incorporación de las personas mayores a la enseñanza de la informática, de tal manera que los conocimientos adquiridos puedan también repercutir en beneficio de la comunidad. Más de una docena de asociaciones de voluntarios en informática operan en todo el territorio español (Mapa 2). En las CiberCaixa Solidarias estos voluntarios acercan las tecnologías de la información y la comunicación a colectivos como inmigrantes, discapacitados físicos y/o psíquicos, internos en centros penitenciarios y otros colectivos desfavorecidos. A los inmigrantes, el conocimiento de programas informáticos y de Internet les puede resultar útil para la búsqueda de un puesto de trabajo. En el caso de los internos en centros penitenciarios se busca evitar la soledad y el aislamiento, así como favorecer la reinserción sociolaboral creando un espacio de relación en el que las personas mayores puedan transmitir su experiencia y sus valores.

Mayores lectores: Un nivel alto de actividades sociales tiende a estimular la actividad física y mental, favorece el desarrollo de una salud mejor y una vida más longeva. Bajo esta premisa nació el programa "Mayores lectores", un taller de lectura que pretende contribuir a la promoción de la autonomía personal y al envejecimiento activo y creativo. La lectura sirve para prevenir y frenar el deterioro social, cognitivo, físico y funcional, ayudando a mejorar la comunicación frente al aislamiento y a la soledad.

El programa aspira a desarrollar los hábitos de lectura y fomentar el placer de leer; y al mismo tiempo, estimular y ejercitar aspectos cognitivos como la atención, la memoria, la creatividad o la imaginación. También se favorecen las relaciones humanas, se fomenta el debate y se practica la conversación.

Mapa 2

Programa "Envejecimiento activo": Asociaciones de personas mayores que desarrollan tareas de voluntariedad en informática



Fuente: Obra Social "La Caixa".

En los últimos años se han desarrollado talleres y grupos de debate sobre temas y contenidos objeto de las obras leídas, utilizando el diálogo como medio de comunicación y desarrollo, al tiempo que fomentando la creación del sentimiento de grupo. El taller puede dar pie a que el grupo organice alguna actividad relacionada con lo leído, con el autor, con el argumento o con la época en la que se desarrolla la acción del libro.

Salud y bienestar: Conocer el cuerpo y la mente es el primer paso para poder desarrollar una vida activa y plena. Descubrir las potencialidades y limitaciones permite organizar el propio tiempo y la vida. Conferencias y talleres ayudan a favorecer el desarrollo personal, la formación y el papel activo de las personas mayores, mientras animan a incorporar hábitos de vida saludables que mejoran el proceso de envejecimiento.

Alimentación, vida y cultura: La media española de las personas mayores mal nutridas, que viven en su domicilio, oscila entre un 3 y un 5 por cien, mientras que la media en hospitales y residencias queda por encima. El propósito del programa "Alimentación, vida y cultura" consiste en transmitir conocimientos, costumbres y valores vinculados a la alimentación y a la salud, al objeto de mejorar la nutrición de los mayores; y ello se lleva a cabo en tres ejes principales: alimentación saludable (conceptos básicos relacionados con una alimentación saludable y satisfactoria), nutrición y envejecimiento (alimentos adecuados para la estimulación cerebral, el mantenimiento de la capacidad cognitiva y la movilidad) y elementos culturales, tradiciones y costumbres (cambios alimentarios relacionados con la transformación de la sociedad y todos los valores culturales y sociales que rodean la comida).

Hábitos del sueño: Como es bien sabido, la calidad de vida de las personas está estrechamente relacionada con la calidad del sueño. Está demostrado que dormir bien ayuda a vivir más y mejor. El insomnio es una patología frecuente en las personas mayores. Un número importante de éstas toma somníferos para resolver los problemas de insomnio, que pueden comportar déficit cognitivo y afectar a las habilidades funcionales y al sistema inmunológico. El programa "Hábitos del sueño" informa y ofrece recursos a las personas mayores para mejorar la calidad de su descanso nocturno, evitar alteraciones del sueño y un consumo excesivo de fármacos. Para ello, la modificación de hábitos y comportamientos es la terapia más eficaz.

Vive el envejecimiento activo: Las principales piezas de este programa son un libro y un DVD que

explican de manera clara y asequible el proceso de envejecimiento cerebral y sus implicaciones, con pautas para disfrutar de esta etapa de la vida de forma participativa, dinámica y saludable. Se trata de proporcionar a las personas interesadas una referencia rigurosa que, de manera comprensible y razonada, fomente hábitos saludables y ayude a derribar algunos de los lugares comunes y mitos sobre el envejecimiento que todavía hoy perviven, y, al mismo tiempo, a prevenir el deterioro cognitivo y las demencias, contribuyendo a su detección precoz. El programa se basa en un planteamiento participativo que pone el acento en los derechos y las capacidades de las personas mayores, y no sólo en sus necesidades.

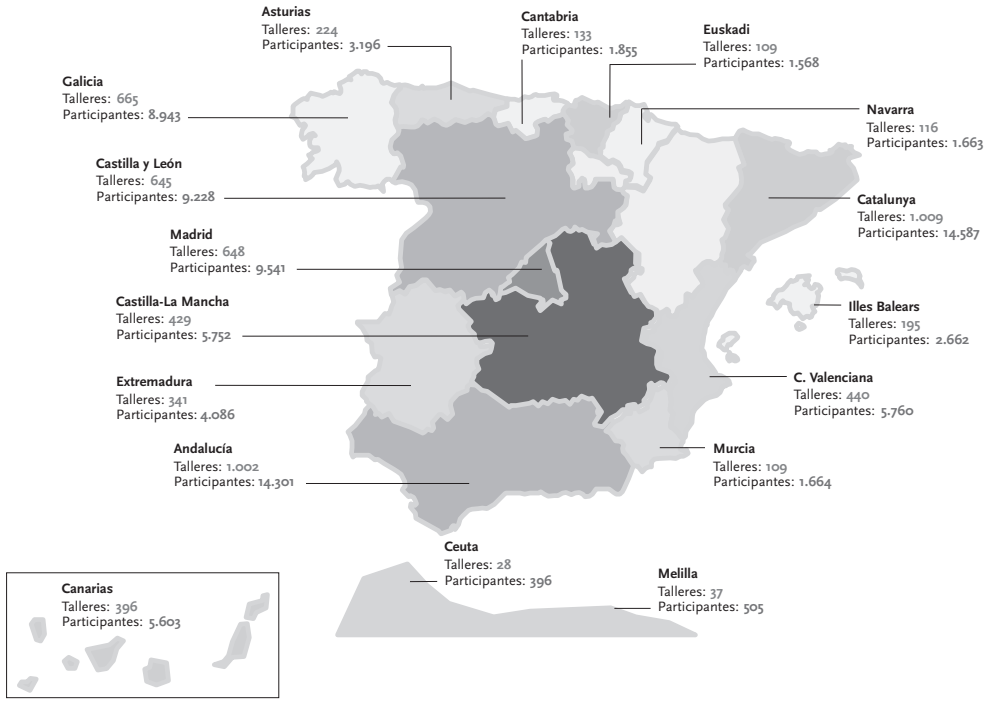
6. El programa "Atención y prevención de la dependencia"

Con el objetivo de favorecer la autonomía de las personas que padecen algún tipo de fragilidad y de aliviar a sus familiares, la Obra Social "la Caixa" ha desarrollado en gran parte de las comunidades autónomas una línea de atención a personas dependientes. Los participantes en este programa disponen de talleres de estimulación y de un servicio de transporte adaptado, con una flota de microbuses que los trasladan a los lugares en los que se realizan las actividades. Junto a esta línea de actuación, denominada "El reto de la autonomía", destaca otra orientada a la promoción de actividades a favor de los cuidadores familiares y que lleva por nombre "Un cuidador. Dos vidas".

El reto de la autonomía: Esta línea de actuación gira en torno a un programa de talleres de atención psicosocial para reforzar habilidades y capacidades mediante ejercicios de estimulación psicomotriz, cognitiva, sensorial y relacional que ayudan a incorporar hábitos saludables y prevenir la dependencia. En los últimos años se han ofrecido en todo el territorio español cientos de talleres (Mapa 3), dirigidos específicamente a personas mayores frágiles: las que empiezan a tener dificul-

Mapa 3

Programa "Atención y prevención de la dependencia": *El reto de la autonomía*



Fuente: Obra Social "La Caixa".

tades para desarrollar alguna de las actividades básicas de la vida diaria (alimentación, vestido, higiene o locomoción). Además de perseguir el objetivo de optimizar las facultades y favorecer la autonomía personal, aspira a que las personas mayores mantengan la red de relaciones familiares y sociales. El programa dispone de un servicio de transporte adaptado que permite trasladar a los mayores con dificultades de movilidad o con movilidad reducida a los centros en los que se realizan los talleres.

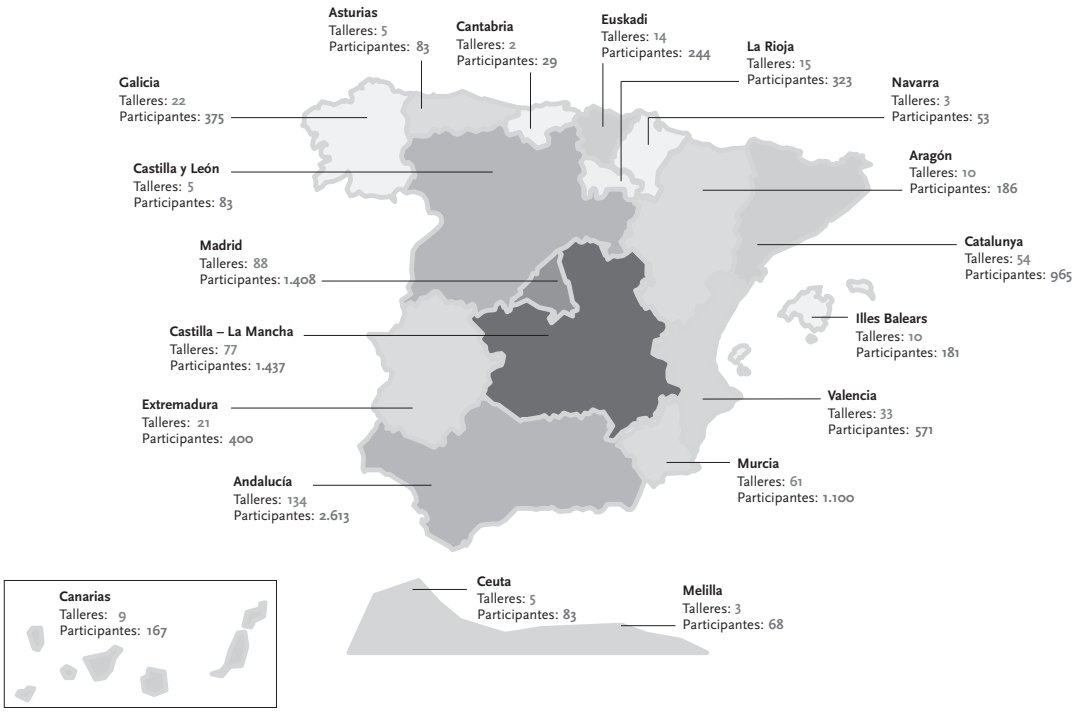
Un cuidador. Dos vidas: Este programa comprende talleres y materiales dirigidos a los cuidadores familiares (no profesionales) de personas en situación de dependencia, realizados en colaboración con diversas Administraciones Públicas, federaciones y confederaciones de asociaciones de personas mayores, con Alzheimer, Parkinson o esclerosis múltiple. Se trata de reforzar la labor que realizan las familias y aportar recursos y conocimientos prácticos que contribuyan a una mejora de la calidad de vida del cuidador familiar y de la persona con dependencia. Conforme a este propósito, se ha publicado el KitCaixa *Un cuidador. Dos vidas*, con guías de consulta dirigidas al cuidador y a la persona cuidada. Se realizan, además, talleres presenciales en los que se ofrecen técnicas, consejos y explicaciones de los conceptos de la Guía del Cuidador, potenciando así su aplicación y utilización (Mapa 4). Los participantes en este programa cuentan asimismo con un servicio telefónico gratuito y permanente que facilita información sobre el contenido de las guías y sobre los servicios y recursos de su zona, resolviendo dudas y ofreciendo soporte emocional.

7. Un tema clave: la vivienda

La Obra Social "la Caixa" concibe sus actuaciones de manera transversal, dedicando atención a los nuevos problemas sociales. El acceso a la

Mapa 4

Programa "Atención y prevención de la dependencia": *Un cuidador. Dos vidas*



Fuente: Obra Social "La Caixa".

vivienda no es un problema exclusivo de las personas mayores, pero les afecta especialmente. El programa "Vivienda asequible" que impulsa la Obra Social "la Caixa" tiene como objetivo facilitar una vivienda digna a dos colectivos, los jóvenes menores de 35 años y las personas mayores de 65. Las viviendas, de una y dos habitaciones, se ofrecen a las personas mayores por un periodo de cinco años –prorrogables a petición del interesado– y en régimen de alquiler a unos precios sensiblemente inferiores a los de mercado. Dentro de dicho programa, "la Caixa" dispondrá de 4.000 viviendas en régimen de alquiler con rentas inferiores a las de protección oficial.

* * *

En el mundo actual, sometido a cambios tan rápidos, las personas que conservan activa la mente y se esfuerzan en aprender cosas nuevas y mantenerse al día, experimentan una vejez más gratificante. Con las variadas actividades expuestas en este artículo, la Obra Social "la Caixa" renueva su compromiso con las personas mayores y afronta los retos de una nueva época en la que su papel social será cada vez más decisivo.

Obra Social Caixa Galicia: intervención innovadora en respuesta a las demandas sociales de los mayores

José Luis Méndez López*

Caixa Galicia ha marcado siempre entre las prioridades de su Obra Social la atención al colectivo de personas mayores a través de programas que, en cada momento histórico, han sido innovadores y que se encuentran en permanente evolución. Su mayor impacto se produce en Galicia, comunidad que presenta un índice de envejecimiento cinco puntos superior al del resto de España. "Envejecimiento activo", "Asistencia a la dependencia", "Investigación y formación gerontológica" son las líneas actuales de trabajo de Caixa Galicia con los mayores.

Obra Social de Caixa Galicia interviene en el ámbito de las personas mayores con actuaciones que afrontan el proceso de envejecimiento como un tiempo de cambios, tratando de dar respuesta a las nuevas necesidades que presentan las personas que conforman ese sector poblacional. Identificar esas necesidades, diseñar una oferta adecuada y acercar física y psicológicamente las soluciones a este grupo de población de edad avanzada es nuestro principal objetivo.

Así, desde una actuación complementaria a la de los poderes públicos y la sociedad civil para llegar a todos los rincones de Galicia, y a través de innovadoras estrategias de intervención, Caixa Galicia ha desarrollado varias líneas de actuación. Para aquellos que se ven mayores, pero lo aceptan bien, que son vitalistas y mantienen una auto-percepción de salud buena, la propuesta de Obra Social de Caixa Galicia es la promoción de acciones enmarcadas en la línea del "Envejecimiento activo". A los que se sienten muy mayores, presentan limitaciones físicas para realizar determinadas tareas y perciben negativamente su salud, se les ofrece dispositivos de atención inscritos en la línea de la "Asistencia a la dependencia". Asimismo, para garantizar la calidad en la atención social y sanitaria de estos mayores, es preciso que los actuales o futuros trabajadores se sometan a planes de formación que les permitan adaptarse a los cambios experimentados en la dinámica del sector y en el perfil de los usuarios, y consecuentemente en las prácticas empresariales y clínicas; Obra Social de Caixa Galicia da estas respuestas a través de la línea de actuación "Investigación y formación gerontológica".

Todas estas acciones no sólo se justifican por razones de necesidad social, sino también por su contribución a la generación de empleo y ahorro público. Esta perspectiva puede aportar una nueva visión de la vejez y el envejecimiento como fenómeno portador de aspectos positivos.

1. Envejecimiento activo

Galicia es una de las regiones europeas en las que el envejecimiento demográfico es más acusado. Así, casi el 23 por cien de la población es mayor de 65 años, varios puntos por encima de la media española, constituyendo un grupo más numeroso que el de los menores de quince años. La esperanza de vida de los varones supera los 75 años, y la de las mujeres, los 82 años.

El hecho de vivir más años y con más calidad de vida es muy positivo. Además, las personas

* Director General de Caixa Galicia.

mayores siguen siendo un importante apoyo para sus familias (tanto ofreciendo ayuda financiera a sus hijos como colaborando en el cuidado de los pequeños de la casa) y una gran fuente de solidaridad, puesto que muchas asociaciones no gubernamentales cuentan con gran cantidad de voluntarios mayores que comparten su tiempo con quienes más lo necesitan.

Obra Social de Caixa Galicia tiene como uno de los principales objetivos en el área de las personas mayores autónomas e independientes la mejora de su calidad de vida, la ocupación del tiempo libre, así como la promoción de la integración social y la participación de este colectivo en la sociedad. En este marco de actuación se ubica el programa "Envejecimiento activo" que se desarrolla a través de los diez Centros de Mayores con los que Caixa Galicia cuenta en la región (A Coruña, Ferrol, Santiago de Compostela, Lugo, Ourense y Pontevedra, Betanzos, Pontedeume, Monforte y Viveiro).

Estos Centros de Mayores ofrecen un amplio abanico de servicios y programas: desde cursos de italiano hasta talleres de risoterapia, pasando por una multitud de opciones, como talleres de manejo del móvil e internet, de retoque fotográfico por ordenador, hasta actividades tales como musicoterapia, taichi, yoga, relajación y ayuda contra los trastornos del sueño, o práctica de habilidades sociales. Cada socio puede encontrar aquello que mejor se adecua a sus aspiraciones, reforzando así la idea de que la jubilación es el principio de una etapa, un momento para disfrutar de los amigos, de la familia, de aficiones, de nuevos proyectos, para seguir siendo útil a la sociedad aprovechando la gran experiencia de los años.

Nuestros Centros cuentan con amplia base social, plasmada en los 41.000 socios a los que atienden. En la medida en que se proponen incentivar la autonomía y la participación de los mayores en la sociedad actual, llenándolos de oportunidades de realización personal, se sitúan en la avanzadilla del deseable cambio social y cultural que impulsa el envejecimiento de la población. En estos Centros es posible ver a mayores que, a los 60, a los 70 y a los 80 años, no sólo "chatean" en el bar, sino también frente al ordenador; asimismo colaboran en proyectos solidarios, imparten un cursillo o intervienen en una obra de teatro. Dan así vida a nuestros Centros de Mayores, que, a su vez, les responden ofreciéndoles servicios eficientes y decenas de modos gratificantes y creativos para disfrutar de su tiempo libre, ayudándoles a ser partícipes de los vertiginosos cambios que vivimos y no sólo "sufridores" de los mismos. Esta es la filosofía de "envejecimiento activo" que mueve a la Obra Social de Caixa Galicia y que trata de poner en práctica implicando, cada vez más, a los usuarios de los servicios que presta y a los profesionales que trabajan con y para las personas mayores. La participación es clave en el funcionamiento de estos engranajes, como lo es también el cuidado de las relaciones sociales, punto fuerte de la vida de los Centros. El objetivo no es otro que el de que cada nuevo/a asociado/a se sienta satisfecho con lo que se encuentra en los Centros: con sus compañeros/as, con las actividades en las que puede implicarse, con las instalaciones y los servicios.

Hay socios de 55 años y los hay que rozan los 100. La oferta ha de adaptarse a todos y así se hace, como prueban las cifras: 15.000 plazas en las 130 diferentes actividades programadas y alrededor de 40.000 personas en iniciativas como charlas, encuentros, excursiones y viajes. Sólo en 2009, más de 1.000 personas se asociaron a los centros.

Entre los campos de acción más novedosos en los que se enmarcan las actividades de los Centros, merece la pena destacar tres: el voluntariado, las nuevas tecnologías y el cuidado del medio ambiente. Caixa Galicia es consciente de la importancia del movimiento del voluntariado en la construcción de un mundo mejor para todos. Por eso, la mayoría de los programas de voluntariado en el ámbito de las personas mayores se despliegan a través de la red propia de equipamientos para ellas mismas. Desde estos Centros se promueven actividades y programas que favorecen el encuentro de mayores con otros mayores y con otros grupos de edad, y a través de estos intercambios y actividades se generan y se cubren las necesidades afectivas y se desarrolla la autoestima y el sentimiento de competencia de los mayores. Y es importante tener presente que estos aspectos –la afectividad, la relación interpersonal y la autoestima– se hallan íntimamente relacionados con el grado de integración social y familiar, y con la implicación de los mayores como agentes de voluntariado social. Estos programas de ayuda y solidaridad con personas necesitadas de atención se realizan por mayores que prestan apoyo desinteresado a otros mayores beneficiarios. Abarcan actividades asistenciales, de servicios sociales, cívicas, educativas, culturales, científicas, deportivas, sanitarias…

En segundo lugar, Obra Social de Caixa Galicia, a través de su red de Centros de Mayores, ha trabajado para poner las nuevas tecnologías de la comunicación al alcance de los mayores a los que la era de internet ha llegado en una etapa bastante tardía de sus vidas. A través de las ciberaulas se les ofrece la posibilidad de disfrutar de los avances que se han producido, ayudándoles a evitar quedar "descolgados" del acceso a las tecnologías. Con acceso gratuito a internet y asesorados por profesores, pueden aprender a utilizar herramientas y recursos como el escáner, la impresora, las enciclopedias multimedia, etcétera. Desde el año 2000, en el que se instalaron las primeras ciberaulas en los Centros de Mayores, la participación en los cursos de formación (básica y de perfeccionamiento en el uso de internet, del correo electrónico y de retoque fotográfico) se ha ido incrementando, alcanzando en 2009 la cifra de casi 2.000 personas personas. Por otra parte, al finalizar el año, 9.400 socios hicieron uso de los servicios de libre acceso a sus instalaciones informáticas.

Por último, los Centros de Mayores llevan años desarrollando actividades diversas en torno a la protección del medio ambiente, y tratando de reforzar la conciencia ecológica entre sus socios, de hacerles ver que todos ellos tienen la responsabilidad y la posibilidad de reducir la contaminación ambiental y el calentamiento del planeta. Así, en los Centros se vienen desarrollando diversas actividades, como jornadas de comunicación y educación ambiental, talleres de reciclado de papel y elaboración de jabón a partir de aceites, charlas de colaboración ciudadana o recogida de pilas, medicamentos y papel. Asimismo, se han puesto en marcha programas de educación medioambiental conjuntos, en los que participa toda la red de Centros de Mayores de Obra Social, y entre los que cabe destacar "Operación Carballo" "A fotografía é o máis natural" y "O Magosto no Caurel".

2. Asistencia a la dependencia

Obra Social de Caixa Galicia ha invertido en la creación de centros sociosanitarios, garantizando una gestión profesionalizada y la calidad de las prestaciones, así como favoreciendo la accesibilidad a la provisión de cuidados adecuados a través de ayudas económicas a personas con recursos insuficientes. Se estima que unas 150.000 personas mayores gallegas dependen físicamente de otras para poder vivir y aproximadamente el 20 por cien de los mayores de 65 años viven solos. Galicia se encuentra, además, entre las comunidades autónomas españolas en las que las personas mayores disfrutan de un menor poder adquisitivo, con los menores importes de la pensión media de jubilación. Los octogenarios, que constituyen el grupo de población que más ha crecido en la última década, aún no cuentan con una oferta suficiente de servicios geroasistenciales.

Durante estos últimos años, Obra Social de Caixa Galicia ha participado en la construcción y explotación de centros gerontológicos; en su implantación a través de un instrumento muy novedoso, el Fondo Social Caixa Galicia, y en la gestión de varios de estos centros mediante la empresa Euxa Servicios Sociosanitarios, en la que participa la sociedad Eulen, uno de los principales operadores geroasistenciales del país. Hoy la entidad cuenta con unas 500 plazas residenciales para mayores, ofertadas desde los dos centros gerontológicos de A Coruña, y de los localizados en Vigo y Narón.

A través de convenios firmados entre Caixa Galicia y los ayuntamientos donde están ubicados los centros geroasistenciales, y mediante una fórmula novedosa de ayuda directa, se permite que personas mayores con insuficientes recursos, en situación de dependencia o no, puedan acceder a las plazas de un centro de estas características, con la ventaja de obtener una reducción considerable del precio de la plaza. La aportación para la cofinanciación de estancias beneficia a casi 300 residentes.

El cambio en el modo de vida de las familias, en particular la incorporación de la mujer al trabajo y su consiguiente menor disponibilidad para cumplir la función cuidadora que con anterioridad venía desempeñando, ha conducido al desarrollo de nuevos servicios sociales, enmarcados en una política de atención comunitaria al ciudadano, que eviten o retrasen su ingreso en un centro residencial. Uno de estos nuevos servicios es el de teleasistencia domiciliaria. En este contexto, y con el objetivo de dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestros clientes, nació "Caixa Galicia Asistencia", un servicio de teleasistencia domiciliaria, prestado por Eulen Servicios Sociosanitarios, que Caixa Galicia ofrece a sus clientes en condiciones muy ventajosas.

3. Investigación y formación gerontológica

Galicia se encuentra por debajo de la media de oferta de servicios sociosanitarios, tanto de iniciativa pública como privada, que atiendan las demandas del grupo de gente mayor con patologías crónicas y problemas de autonomía, como son la asistencia domiciliaria, los centros de día y las residencias, los apartamentos tutelados o el acogimiento familiar.

El progresivo envejecimiento poblacional, las nuevas demandas de atención ajustadas a las necesidades específicas de las personas mayores y, más concretamente, la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, abren márgenes de actuación creciente a los profesionales del ámbito socio-sanitario y a aquellas entidades que intervienen con estos sectores de población. El desarrollo normativo de la mencionada Ley va acompañado de la generación de muchos recursos que supondrán, sin duda alguna, la implantación de nuevas plataformas asistenciales, la construcción de los equipamientos necesarios y la contratación de profesionales bien cualificados para prestar las atenciones adecuadas y cumplir los objetivos previstos.

Se cifra en varios cientos de miles el número de profesionales necesarios para satisfacer actualmente la demanda de expertos en la atención gerontológica y geriátrica, así como para corregir el diferencial de desempleo que tiene España en este sector con respecto a la media de la Unión Europea: según algunas estimaciones, el 11 por cien de desempleo en nuestro país se debe al déficit en el sector de servicios de proximidad sociosanitarios. Esos futuros trabajadores necesitarán planes de formación específicos, de forma que se garantice la calidad de la asistencia que se ofrecerá a las personas dependientes.

Obra Social de Caixa Galicia fomenta la formación y el empleo en el ámbito geroasistencial mediante el diseño de un conjunto de acciones formativas propias para contribuir a la actualización, el reciclaje y la preparación de calidad de perfiles profesionales demandados en la intervención sociosanitaria con personas mayores. El objetivo consiste en adaptarse a los cambios experimentados en el sector y a las necesidades de los usuarios, y consecuentemente, en avanzar en el desarrollo de mejores prácticas empresariales y clínicas. A este objetivo trata de dar cumplimiento la programación de acciones de formación ocupacional gestionadas a través del Plan Nacional de Formación e Inserción Laboral e impartidas en el Centro de Enseñanzas Profesionales Superiores de Caixa Galicia, como centro homologado. Este Centro trabaja para cubrir una necesidad existente en el mercado y conseguir un incremento de la competencia, la empleabilidad y las posibilidades de inserción laboral de los trabajadores desocupados. En efecto, entre los colectivos a los que preferentemente van dirigidas estas medidas a favor del empleo se encuentran las personas desempleadas de larga duración y aquellas con especiales dificultades de acceso al empleo, como es el caso de las mujeres.

También se ha puesto en marcha una iniciativa pionera en Galicia: el primer curso de Asistente Personal. Se trata de una formación que pretende poner en valor en el mercado sociosanitario esta figura profesional, un perfil recogido en la Ley de Dependencia, pero que aún no ha sido desarrollado. Por otro lado, la Escuela Internacional de Gerontología (EIG) , creada por Caixa Galicia en el ámbito de su Obra Social y dentro del Programa de Mayores de la misma, propone una oferta formativa de alta calidad, diseñada para contribuir a la mejora de la formación de los profesionales de servicios y centros de atención a las personas mayores.

La EIG es la escuela de verano del ámbito de la gerontología más importante en la actualidad y en ella participan destacados profesionales y especialistas de todo el mundo. Su programa formativo se compone de una serie de cursos intensivos en torno a diversos temas relacionados con la gerontología y el ámbito sociosanitario, incorporando la más innovadora experiencia nacional e internacional. Los cursos de la EIG proporcionan a los participantes una visión profunda y específica sobre los aspectos más relevantes que afectan a las personas mayores. El formato de esta institución permite asimismo componer un programa personalizado y adaptado a las necesidades de cada participante.

Aparte de su contribución a la formación a través de la EIG, Caixa Galicia colabora con distintas instituciones en la promoción de eventos, foros de debate, jornadas y seminarios, donde expertos y profesionales gerontólogos orientan a los asis-

tentes sobre el diseño de actuaciones que atienden las emergentes demandas sociales relacionadas con el envejecimiento y la dependencia. Pero la intervención social y la formación deben asimismo acompañarse de acciones encaminadas a un mejor conocimiento de la realidad sobre la que se opera. Por ello, Obra Social de Caixa Galicia desarrolla y participa en proyectos de investigación en colaboración con universidades, como el proyecto "Memoria en movimiento" de la Universidad de Vigo, o el proyecto de telegerontología de la Universidad de A Coruña. En los últimos meses se han realizado también las siguientes publicaciones: *Envejecimiento saludable y feliz* de José Antonio Flórez Lozano, y *Ética y dependencia* de José Ramón Amor Pan.

* * *

En definitiva, el programa de mayores que desarrolla Obra Social de Caixa Galicia es reflejo de lo que la entidad es: una caja de ahorros gallega que tiene que estar al lado de un colectivo tan relevante para Galicia como es el conformado por los mayores, y trabajar para que sigan siendo independientes y activos, trasladarles prácticas y consejos para mejorar el ocio, la salud y la calidad de vida, erradicar los estereotipos negativos asociados al concepto de vejez, favorecer la integración en la sociedad y, sobre todo, reconocer la contribución que han realizado a lo largo de su vida.

Caja Segovia y "sus mayores": desafíos ante el envejecimiento de la población de Segovia

Atilano Soto*

Cuestiones de concepto

La cuestión del envejecimiento representa, curiosamente, un "problema" relativamente reciente en la historia de la humanidad, surgido con gran fuerza ante el significativo aumento de la esperanza de vida de la que goza nuestra especie desde el siglo pasado. En un tiempo relativamente corto, la expectativa de vida en los países industrializados ha pasado de los 35 o 40 años a los 79 para los hombres, y los más de 82 años para las mujeres. Nunca en la ya milenaria trayectoria del mundo han existido grupos sociales con un porcentaje tan elevado de personas mayores. Tal circunstancia comporta la adopción de nuevas actitudes que, superando los fines de una sociedad excesivamente competitiva, adopte principios humanitarios y solidarios para mejorar la calidad de vida en la edad avanzada. Para quienes trabajamos en instituciones implicadas en estos principios, un primer desafío consiste en definir el objetivo de ese empeño, es decir, caracterizar al grupo receptor de todos los programas y actividades que desarrollamos en función de sus necesidades y demandas.

En 1984 se admitió, internacional y convencionalmente, que "anciano" es toda persona mayor de 65 años de edad, límite que viene a coincidir con la edad de jubilación hasta ahora habitual en la mayoría de los países occidentales. Sin embargo, es obvia la gran variabilidad de presentación de los cambios morfológicos y fisiológicos debidos al envejecimiento, así como también la aparición de un gran colectivo de prejubilados con una edad anterior a aquélla –que ni ellos ni nadie identifica con "ancianos"–. "Tercera edad" tampoco es un concepto que pueda recoger adecuadamente a un colectivo tan variado y tan distinto en necesidades de toda índole, mientras que los términos "cuarta edad" –casi por completo desechado– y "vejez" van arrinconándose para calificar únicamente a las edades más avanzadas, en las que el estado del organismo se encuentra ya muy deteriorado.

En Caja Segovia nos referimos a todo este colectivo, con todo el afecto y respeto, como "nuestros mayores", expresión que se ha asumido como propia desde la celebración del *Año Internacional de las Personas Mayores* en 1999. Contemplamos en este grupo tanto a los jubilados de hecho como a los prejubilados, entendiendo que son colectivos que deben interactuar y para los que deben llevarse a cabo acciones con alternativas que se ajusten, no a cada edad, sino a cada situación presente y futura, contribuyendo a la calidad de vida que merecen en todos los ámbitos.

Perfiles de la población segoviana

De acuerdo con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2049 España contará con una población realmente envejecida; el crecimiento natural de los españoles dará un resultado negativo a partir de 2020 y la población mayor de 64 años representará un 30 por cien del total de la población española, casi un tercio de los 48 millones de habitantes estimados para 2049.

* Presidente del Consejo de Administración de Caja Segovia.

A lo alarmante de estos datos estadísticos se unen unas no menos preocupantes circunstancias de futuro: para entonces, por cada 10 personas en edad laboral, existirán probablemente otras 9 inactivas, ya sean menores de edad o mayores de 64 años. La nota positiva de tan desalentadoras noticias es la prolongación de la esperanza de vida en el grupo de los mayores de 80 años, una inercia que viene manifestándose desde hace 50 años y que progresa al ritmo de los avances en medicina, de la mejora en la calidad de vida, de la concienciación de los ciudadanos en temas de salud y de la práctica ausencia de mortandades epidemiológicas o extraordinarias.

La capital y la provincia de Segovia no son ajenas en el momento presente a ese proceso de envejecimiento paulatino de la población, planteando en su evolución unas características específicas que comparten, no obstante, algunas otras provincias en similares circunstancias históricas y presentes. A pesar de la enorme repercusión que para Segovia supuso el éxodo rural de los años sesenta, que en un sentido amplio afectó también a la capital, y del que todavía se resiente, en términos globales el aumento poblacional de la demarcación es halagüeño y, según el diagnóstico dibujado por el INE, Segovia seguirá creciendo durante el próximo decenio. Ahora bien, no abandonará el furgón de cola de los territorios españoles que figuran en los censos con menos de 200.000 habitantes, integrado por las provincias de Soria, Teruel, Segovia, Ávila, Palencia y Zamora. Con todo, Segovia fue durante los años 2007 y 2008 la provincia de Castilla y León que más habitantes ganó en términos relativos; un crecimiento que tiene visos de mantenerse, al menos, hasta 2018, año para el que, según se ha pronosticado, contará con 12.872 residentes más, superando la barrera de los 170.000 habitantes.

Sin embargo, este esperanzador futuro no responderá, según las previsiones, a un aumento de la natalidad, sino al fenómeno de la inmigración –a pesar del freno que la crisis actual ha supuesto para esta tendencia– y a la vecindad de Madrid, factores ambos favorecedores de nuevos asentamientos. Este último factor se está viendo reforzado por la mejora de las comunicaciones, impulsada por iniciativas como la variante de la autopista A6 que llega hasta las puertas de Segovia capital, o el tren de alta velocidad, que ofrece una rápida y cómoda comunicación tanto con Madrid, como con Valladolid, las dos ciudades próximas de mayor magnitud; un buen ejemplo de asentamientos urbanísticos orientados hacia los vecinos de más allá del Guadarrama es la localidad de El Espinar, cuyo censo ha ido ganando en saldo cada año.

Frente a estas inercias positivas, la natalidad, por el contrario, experimentará muy posiblemente un lento retroceso, parejo a un aumento en el índice de fallecimientos. Se dibuja, por tanto, en el horizonte un crecimiento vegetativo negativo, o lo que es lo mismo, un mayor número de defunciones que de nacimientos durante el periodo.

Por otro lado, estas líneas directrices de la evolución de la población segoviana no son homogéneas en la actualidad y, previsiblemente, no lo serán en el futuro, manifestándose notables desequilibrios en todo el territorio segoviano. Así, la natalidad y, por tanto, la población infantil y joven que garantiza el crecimiento demográfico se manifiesta con mayor intensidad en la capital, seguida a bastante distancia de los núcleos rurales más importantes. Por el contrario, las pequeñas poblaciones de entre 250 y 2.000 habitantes pierden población con gran rapidez, a la vez que registran los máximos índices de envejecimiento, superando las personas mayores de 65 años, en muchos casos, ese tercio de la población que el INE pronosticaba a nivel nacional para el año 2049. Este fenómeno se manifiesta palpablemente en zonas como el noreste de la provincia, pero también es aplicable a la propia capital, puesto que existe un gran contraste entre las altas concentraciones de mayores en el centro histórico (incluyendo su parte extramuros) y barrios como el Cristo del Mercado, La Albuera y San José, y otros lugares en los que la población joven se halla más concentrada, por ejemplo, en el barrio de Nueva Segovia. Ajustándose a los indicadores generales, dentro de esa población mayor de 65 años son las mujeres las que destacan por su mayor esperanza de vida.

Desafíos de una etapa vital

Hace algunos años, en 1998, la primera convocatoria de "Becas de Investigación Caja Segovia" otorgó una de sus ayudas al equipo integrado por Sara García Cuesta, Víctor Manuel Díaz Benito y María Mar Angón Gregorio para realizar su estudio *Salud y ancianidad en Segovia*. La beca fue acompañada de la publicación de la investigación, editada por Caja Segovia. En esta publicación se recogen de manera amplia muchos de los retos que han de afrontar nuestros mayores en esta nueva etapa de la vida y que, hoy día, por mucho que el colec-

tivo de los mayores evolucione al ritmo de la sociedad, siguen estando plenamente vigentes en muchos de sus aspectos.

En los últimos años, el fenómeno de las jubilaciones anticipadas ha cambiado radicalmente el concepto, el panorama y la actitud ante esta fase de la vida, de tal manera que la jubilación ya no viene a ser sinónimo de "ancianidad". Bien es verdad que, en ocasiones, la jubilación conduce a una suerte de "muerte civil" o depresión, motivada, además de por una reducción de los ingresos, por un cierto aislamiento y una disminución de la autoestima. Se observa incluso un aumento en las tasas de mortalidad de los varones en torno a los 65 años. No obstante, es preciso señalar que las actitudes ante este umbral de la vida van cambiando; se habla a veces de "vejez social" –aquella que marca el abandono de la vida laboral– para distinguirla de la "vejez física", que llega mucho tiempo después; ambos momentos implican habitualmente necesidades diferentes, ya que hoy día, a la edad del retiro, se puede contar con la perspectiva de una vida más larga y mejor que la de anteriores generaciones.

De otro lado, no existe un límite preciso que pueda diferenciar ambas etapas en una edad concreta, dado que los cambios ligados al envejecimiento se pueden detectar a distintas edades, según los individuos. Inciden en ello múltiples factores ligados a la genética, al ambiente y a la forma de vida que ha seguido y sigue la persona. Es, por tanto, normal que se observen discrepancias entre la llamada "edad cronológica" (aquella que el individuo tiene por su fecha de nacimiento) y la "edad fisiológica" (la que aparenta tener por su estado de salud física, funcional y psicológica); otros matices pueden aportar, según los interesantes trabajos de la Dra. Elisabeth Herrero i Vila y del Dr. Jordi Esquirol i Caussa, la "edad biológica" (la que se corresponde con el estado funcional de nuestros órganos, comparados con patrones estándar para una edad) y la "edad funcional" (y que alude a la capacidad para mantener los roles personales y la integración del individuo en la comunidad, para lo cual es necesario conservar unos niveles razonables de capacidad física y mental). En definitiva, la cuestión es compleja, diversa y se encuentra en constante evolución, según parámetros sociales (mercado laboral), médicos, personales, culturales, etcétera.

La soledad representa otro de los desafíos que deben afrontar los mayores, siendo la compañía una de las carencias que más manifiesta esta población en las encuestas nacionales. Ese sentimiento de soledad se acrecienta con la edad y con la consiguiente dependencia en el desempeño de actividades cotidianas. Poco ayuda en ello el concepto actual de "familia", tan diferente de la idea tradicional, que décadas atrás comenzó a cambiar: los miembros de la unidad familiar se han reducido, los roles familiares se han modificado, la estrechez de los lazos familiares se ha relajado, los descendientes se han dispersado y el arraigo al lugar de nacimiento se va perdiendo, hecho este último que contribuye tanto al desarraigo del mayor –cuando se ve obligado a cambiar su lugar de residencia–, como a su aislamiento –cuando vive, sobre todo, en zonas rurales–.

La enfermedad y el deterioro, así como la angustia ante la idea de envejecer, forman parte de los estereotipos y también de las realidades de esta etapa vital más vulnerable. El envejecimiento forma parte de la existencia de todos los seres vivos, pudiendo definirse como un conjunto de cambios que afectan a los sistemas orgánicos que sostienen la vida y que se manifiestan a consecuencia del paso del tiempo tanto en lo morfológico y funcional, como en el plano fisiológico y bioquímico. Cabe afirmar que las enfermedades que más comúnmente llevan a nuestros mayores a los hospitales no difieren mucho de las que afectan a otros adultos: infecciosas (aparato respiratorio y urinario), digestivas, parasitarias, tumores (muy frecuentes, provocados por los cambios inmunitarios de la edad), traumáticas y enfermedades del aparato circulatorio. Demencia senil, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson y otras se señalan entre las de tipo degenerativo cerebral.

El riesgo de exclusión sigue latente, aunque el aumento del sector poblacional constituido por los mayores ha provocado un considerable interés en él: la política, el mercado, la publicidad, las ofertas culturales y de ocio, etc. se dirigen a este colectivo con las propuestas más dispares. Sin embargo, las personas que superan los 80 años, aquellas que tienen más dificultades para acceder a todas estas opciones, demandan otro tipo de ayudas que, a veces, chocan con el aislamiento poblacional, la carestía económica de determinados servicios y el desamparo. A todo ello se une el efecto de ciertos tópicos con los que la sociedad rechaza o margina la vejez, como expresión de inutilidad, ausencia de luces, pobreza, torpeza, conservadurismo, debilidad, tozudez…, duros calificativos con frecuencia bien alejados de la realidad.

Los servicios sociales en Segovia

En mayo de 1997 se constituyó el Observatorio Socioeconómico de Segovia, una entidad en la que están integradas buena parte de las instituciones segovianas: el Ayuntamiento, Caja Segovia, la Cámara de Comercio e Industria, la Universidad de Valladolid, la Diputación Provincial, la Federación Empresarial, la Junta de Castilla y León, así como la Subdelegación del Gobierno de Segovia. Sus fines, desde entonces, han sido la investigación, recopilación y difusión de información de carácter socioeconómico referida a la provincia de Segovia y su entorno. Precisamente uno de los estudios acometidos está dedicado monográficamente, tal como indica su título, a los *Servicios Sociales para la Atención a Personas Mayores en la Provincia de Segovia*. En él se detalla la amplia y compleja red de instituciones que prestan estos servicios en nuestra demarcación, fruto de la investigación de Juan Carlos Fernández González.

Las diferentes necesidades sociales de nuestros mayores, en constante crecimiento, se cubren en Segovia por distintas instituciones públicas, entre ellas la Junta de Castilla y León y la Diputación Provincial de Segovia, así como por algunos ayuntamientos de la provincia, incluido el de la capital; a estas instituciones se suma la iniciativa privada, de la que forman parte un heterogéneo abanico de entidades que van desde instituciones religiosas a la propia Caja Segovia.

Los establecimientos residenciales para mayores constituyen el servicio social más conocido y difundido, prestando sus servicios tanto a válidos como a aquellos con algún tipo de invalidez (semiválidos) y asistidos (los que necesitan ayuda para prácticamente todas las actividades). Castilla y León puede llevar a gala el hecho de ser la comunidad autónoma mejor dotada, con diferencia, a nivel nacional, hallándose Segovia por encima de la media de la comunidad en la relación entre el número de habitantes mayores de 65 años y el número de plazas en residencias geriátricas. Su titularidad es mayoritariamente pública –a cargo de las instituciones mencionadas, a las que se añaden aquellas organizadas desde la Iglesia a través de órdenes religiosas y organizaciones como Cáritas– aunque, cada vez más, se incrementa el número de residencias privadas. Su ámbito de actuación suele ser, por lo general, provincial, acogiendo tanto a los mayores de la propia localidad donde se ubican, como a los del resto de la comarca o de la provincia, si bien algunas residencias privadas aceptan a personas procedentes de otras provincias como Madrid o Valladolid.

Aspecto destacado de esta iniciativa es su incidencia en el mundo laboral a través de los puestos de trabajo que se generan en este ámbito, puesto que es el servicio que más empleados necesita para prestar sus servicios. Es éste un factor importante para una provincia que no dispone de un gran tejido empresarial: personal de limpieza, cocina, jardinería, mantenimiento, personal médico, enfermería, profesionales de la rehabilitación, etc., colaborando en estas residencias, constituyen un elemento de dinamización económica para los municipios en los que se hallan ubicadas. El personal médico, debido a su coste, sólo está disponible en las residencias públicas de cierta entidad; el resto dispone de este servicio sólo a tiempo parcial en función del número de residentes, o cuenta con la visita del médico de atención primaria de la localidad. Por lo que se refiere al personal de enfermería y auxiliar, las residencias en su totalidad tienen la obligación de disponer de un número mínimo, dependiendo de las plazas ocupadas; a estos especialistas se unen los fisioterapeutas, que se ocupan de la rehabilitación de los mayores, y los terapeutas ocupacionales para fomentar la sociabilidad y el ocio.

Además de por la dedicación –exclusiva o compartida– de sus servicios médicos, estas residencias se distinguen por diversos factores. Las condiciones salariales de sus trabajadores difieren de unas a otras, prefiriendo estos profesionales el ámbito de las residencias públicas, en las que disponen de remuneraciones más altas, mejores horarios laborales, mayor estabilidad, etc. Un segundo aspecto es la finalidad de estos centros, algo que afecta al bolsillo de nuestros mayores, ya sean sin ánimo de lucro (residencias públicas) o con él (residencias privadas); son muy distintas las aportaciones económicas que los residentes han de afrontar en uno u otro caso, dependiendo igualmente de la categoría a la que pertenezcan (válidos, semiválidos o asistidos). También difieren las residencias en el grado de ocupación: las públicas se hallan ocupadas al 100 por cien, con notables listas de espera, en tanto que las privadas registran valores entre el 80 y el 85 por cien, con un incremento en los meses de verano. A pesar de ello, el estudio del Observatorio Socioeconómico de Segovia, a partir de la encuesta realizada en diferentes centros, valora el trato y la

asistencia en las residencias privadas por encima de las públicas.

La conclusión a la que llega el estudio de Fernández González acerca de los establecimientos residenciales en la provincia de Segovia es que deben potenciarse aún más, especialmente en el ámbito público, a fin de favorecer a un colectivo en continuo incremento, con unos recursos económicos habitualmente limitados.

Otro servicio es el de los centros de estancias diurnas, en los que se atiende a los mayores en horario de día, regresando éstos a sus domicilios a dormir. En ellos realizan especialmente actividades sociosanitarias de rehabilitación, ocio, culturales y de alimentación, contando en algunos casos con plazas específicas para enfermos de Alzheimer. Tal y como informa la Junta de Castilla y León, de la que dependen estos centros, con alguna excepción de titularidad privada, "las estancias diurnas son una de las principales medidas de atención a las personas mayores y contribuyen decisivamente a facilitar la permanencia de los mayores en su entorno familiar, evitando el desarraigo. Resultan de especial importancia en el medio rural, ya que contribuyen a evitar el despoblamiento de los pequeños núcleos"; al mismo tiempo hay que añadir que este servicio descarga a la familia de la tensión y el desgaste físico y emocional que algunas enfermedades como el Alzheimer o el Parkinson pueden generar en el núcleo familiar.

Segovia cuenta, igualmente, con viviendas tuteladas –que algunas fuentes cifran en cinco– cuyo objetivo radica en la permanente atención y supervisión de los mayores que disfrutan de este régimen, permitiéndoles vivir de forma independiente. Este servicio cuenta con una gran acogida, como se aprecia en la lista de espera ante el insuficiente número de plazas. En tales viviendas, la atención sanitaria se garantiza a través de los centros de salud de cada localidad, recibiendo igualmente la visita periódica de asistentes sociales que supervisan la convivencia y el correcto funcionamiento de cada vivienda. Existen pisos de este tipo de titularidad pública –compartida en algún caso con Cruz Roja– y privada. Aunque no demasiado conocido por la sociedad segoviana, su extensión por toda la provincia podría ser bienvenida, dado que se trata de una alternativa que permite a los mayores que se puedan valer por sí mismos, pero que, a la vez, no quieren estar solos ni acudir a una residencia, gozar de su independencia con la seguridad de estar en todo momento atendidos, toda vez que estas viviendas cuentan con un servicio de teleasistencia.

Otro servicio interesante es el de ayuda a domicilio que, aunque encaminado fundamentalmente a las personas mayores, se dirige también a otro tipo de usuarios como discapacitados y niños pequeños. Este programa incluye todas aquellas actuaciones que se realizan en el propio domicilio de estas personas, atendiendo necesidades de carácter personal (hacerles compañía, llevar a cabo gestiones fuera de la casa, visitas al médico, etc.) y doméstico (tareas del hogar tales como limpieza, cocina, plancha, etc.), así como de su entorno, apoyando a las familias; se trata también de una alternativa, como en el caso de los centros de estancias diurnas, que mantiene a sus usuarios integrados en su propio medio. Cáritas, Cruz Roja, el Ayuntamiento de Segovia o la Diputación Provincial son instituciones que sostienen esta iniciativa, superando con creces el número de usuarios los 1.400, lo que da idea de su aceptación por parte de este colectivo.

El programa de teleasistencia atañe también a otros grupos de población además de a los mayores, estando cubierto por el Ayuntamiento y la Diputación Provincial de Segovia a través de Cruz Roja. Su finalidad consiste en movilizar los recursos de urgencias sanitarias o sociales ante toda llamada procedente de cualquier punto de la geografía segoviana. Sus usuarios están en torno al millar, lo que pone de relieve su amplia aceptación. Como en la oferta de servicios antes mencionada, los usuarios han de hacer aportaciones económicas, si bien éstas no llegan a ser tan gravosas como las que han de afrontar en las residencias, especialmente en las privadas.

Finalmente, talleres y aulas dan respuesta a necesidades formativas y de ocio, de gran interés para esta población. Cubren un amplio abanico de actividades que buscan favorecer la dinámica de grupos, mejorar la vida asociativa, facilitar la integración del anciano, estimular sus capacidades y, en un sentido amplio, su calidad de vida. Dado el aumento de la esperanza de vida y las inquietudes de todo tipo que se generan en la sociedad, en general, y en este colectivo, en particular, estos programas constituyen un núcleo de actividades en continuo crecimiento y evolución que deben mantenerse y aumentarse, dada su necesidad y receptividad; el Ayuntamiento de Segovia, la Diputación Provincial, Cáritas y la Obra Social y Cultural de Caja Segovia llevan años embarcados en esta gratificante tarea.

Caja Segovia y su implicación con el colectivo de mayores

Teniendo en cuenta los datos actuales y las proyecciones demográficas de Segovia, las características propias del colectivo de los mayores, así como las peculiaridades –necesidades cubiertas y carencias– de los servicios sociales de su área de acción, Caja Segovia ha diseñado un extenso programa de proyectos y acciones que dan servicio a este grupo desde dos grandes áreas: la financiera –a través de una amplia red de oficinas y de otras iniciativas concretas– y la social –desde la Obra Social y Cultural de Caja Segovia–.

En Segovia capital y provincia se cuentan un total de 32.112 pensionistas. El área financiera de Caja Segovia tiene contabilizadas 22.668 pensiones en toda la red de oficinas. En agradecimiento a la confianza que depositan en nosotros al domiciliar su pensión, los mayores de 60 años pueden pertenecer al Club Senior de Caja Segovia y beneficiarse de servicios tales como el sorteo mensual de una pensión extra de 600 euros, el anticipo de la pensión con una antelación de cinco días a través de cajeros automáticos, el ahorro derivado de no tener que abonar diversas comisiones (mantenimiento, administración, gastos de correo, etc.), el acceso a servicios de orientación para la salud (servicio telefónico y a través de video-llamada gratuitos para consultas sobre temas médicos, jurídicos, sociales, psicológicos, nutricionales y dietéticos atendidas por profesionales) y de teleasistencia (a un precio muy razonable) y a determinados descuentos en la adquisición de algunos servicios. Además, a través del Club Senior pueden también pertenecer al "Club de los 60" de la Junta de Castilla y León y participar en el programa de viajes subvencionados convocados por la propia Caja, así como en las actividades y propuestas de la Obra Social y Cultural de Caja Segovia.

De otro lado, preocupada por el riesgo de exclusión financiera de este colectivo en zonas poco pobladas, Caja Segovia ha habilitado dos autobuses-oficinas, tecnológicamente conectados en tiempo real vía satélite, que permiten hacer todo tipo de operaciones y que llegan a 67 localidades con poblaciones inferiores a los 200 habitantes en las que, lógicamente, no existen oficinas permanentes, evitando a las personas mayores sus desplazamientos a otras localidades. Esta alternativa ofrece asimismo la posibilidad de conectarse a Internet para realizar consultas particulares y un servicio de biblioteca.

A medio camino entre la actividad financiera y la propiamente social se encuentran las celebraciones de la "Fiesta de la Caja", fruto de la colaboración de la red de oficinas de Caja Segovia y de su Obra Social y Cultural. Esta fiesta se celebró el pasado año en 59 centros, participando en ellas casi 3.800 personas pertenecientes a la capital y a 48 localidades de la provincia.

Mucho más amplio es aún el radio de acción que se cubre desde la Obra Social y Cultural de Caja Segovia. De allí parten proyectos de muy variado signo para personas mayores de 50 años, jubilados y pensionistas, clientes de la entidad. Tales proyectos dinamizan y dotan de contenidos sustantivos a la Red de Centros de Caja Segovia, compuesta por 130 unidades, unas como obra propia y otras en colaboración. Ese centenar largo de centros, repartidos por toda la provincia, se integran en los programas anuales "Senior".

Por poner un ejemplo, el pasado año 2009 se desarrollaron en esta Red de Centros 256 actividades, con una participación de en torno a 21.000 personas, pertenecientes a 160 poblaciones. A través de estas actividades se han potenciado aspectos físicos e intelectuales que favorecen el envejecimiento activo y saludable, así como el bienestar y la participación social de los mayores. Y es que estos programas obedecen a una inquietud principal de Caja Segovia que se resume en favorecer el envejecimiento activo y saludable, la integración de los mayores en la comunidad en la que viven, las relaciones intergrupales e intergeneracionales, así como también la captación y formación de colaboradores y voluntarios como apoyo de los proyectos y actividades interconectados.

Entre las actividades y programas que se despliegan a lo largo del año por toda la provincia destacan proyectos como "Vida saludable", iniciado en 1999 con motivo de la celebración del Año Internacional de las Personas Mayores. Orientado a mantener el cuerpo y la mente en forma, este programa ha desarrollado talleres con monitores especializados o con la colaboración de voluntarios pertenecientes al colectivo de los mayores. Entre sus contenidos cabe destacar los siguientes: talleres de salud (motricidad, aquagym, yoga, pilates, relajación y estimulación, potenciación de la memoria, musicoterapia), talleres culturales (inglés, teatro, arte...), exposiciones y charlas utilizando medios audiovisuales y talleres creativos (artesanales y de transmisión de conocimiento, contando con la colaboración de voluntarios mayores: óleo, costura, bolillos, mimbre, artesanía del encaje,

esgrafiado, pirograbado y talla de madera). Aparte de esta oferta, se presta apoyo y se potencia a grupos socioculturales (entre ellos, la "Rondalla Caja Segovia" y la "Coral del Hogar Centro", con actuaciones en la capital y la provincia), así como también a asociaciones que persiguen fines muy distintos en todo el ámbito provincial. Otros grupos sociales específicos afectados por problemas muy concretos se han beneficiado de jornadas informativas y de sensibilización diversas, entre ellas las celebradas bajo el título "Terapias del bienestar", "La mujer de ayer y de hoy" y "La inclusión socio-laboral de personas con discapacidad intelectual" (actividad esta última que incluyó la exposición de trabajos realizados por los participantes en los talleres ocupacionales, talleres intergeneracionales y teatro).

En este mismo ámbito de fomento de la vida saludable se inscribe el "Plan de Promoción de Actividad Física para Personas Mayores", con el objetivo de prevenir o retrasar las dolencias comunes a causa de la edad. En el marco de este plan se han realizado diferentes acciones que han llegado a 155 localidades, con una participación de más de 3.500 personas. El plan también ha respaldado la dotación de elementos motrices en once centros de nuestra red y la adquisición de material de apoyo para actividades motrices monitorizadas en tres localidades. Vinculada asimismo a este plan, la firma de un convenio de colaboración con la Federación de Jubilados de Segovia supone el apoyo de Caja Segovia a su programa de gimnasia (con el que en 2009 se llegó a 153 localidades y a 2.340 personas).

Una novedad en este ámbito se produjo también en 2009 con la firma de un convenio de colaboración con la Fundación del Colegio de Médicos de Segovia para financiar una particular "Universidad de la Salud", que tiene el objetivo de promover el cuidado y la mejora de la calidad en la atención sanitaria mediante el desarrollo de actividades de información, formación e investigación. Ello posibilitó la realización en 2009 de 37 charlas generales y de 35 específicas sobre la Gripe A, que llegaron a 31 localidades, con una participación de aproximadamente 1.600 personas.

Además de las ya citadas iniciativas, en respuesta al deseo de favorecer la integración, diversas jornadas de apoyo a grupos, colaboradores y voluntarios se celebran a lo largo de todo el año con el objetivo de valorar e impulsar la labor realizada por los colaboradores de la Red de Centros de Caja Segovia, fundamental en la dinamización de actividades, mejorando al mismo tiempo la comunicación entre los grupos. En este mismo sentido integrador, convivencial, pero también de encuentro con la cultura están los viajes y visitas culturales a ciudades, comarcas y museos que recorren cada año rutas por la Comunidad de Castilla y León, Madrid y otros puntos de la geografía nacional.

Pero si en la Obra Social y Cultural de Caja Segovia hay una actividad que reúne encuentro, convivencia e integración, esta es el "Día de Campo y Paz". Cada año se celebra este encuentro en una localidad de nuestra provincia; Segovia, Prádena, Cuéllar, Navafría, El Espinar, Coca, San Rafael, Riaza, Hornuez, Parque de Robledo, Cantalejo, La Pinilla, Lastras de Cuéllar y muchas otras ya han sido en años pasados sede de estos "Días de Campo y Paz". La última de estas tradicionales jornadas de convivencia, ya por su XXIV edición, se celebró el 2 de julio de 2009 en la Pradera del Hospital, ubicada en La Granja de San Ildefonso, para todos los clientes jubilados y pensionistas de Caja Segovia. Hubo allí oportunidad de degustar paella y participar en un variado programa, que incluyó actividades de animación y espectáculos para entretenimiento y diversión de los asistentes, desde pasacalles a actuaciones musicales. Paralelamente, durante todo el día, ofrecieron sus originales artículos los puestos de un mercadillo y se realizaron visitas al Centro Nacional del Vidrio, así como al Palacio y los Jardines del Real Sitio. Además de aquellas personas que se desplazaron por sus propios medios, otras 5.347 lo hicieron en más de un centenar de autobuses habilitados por Caja Segovia, procedentes de 230 localidades de la provincia, alcanzándose así una cifra que superó los 6.000 participantes.

Otro grupo importante de actividades y programas se insertan en el proyecto de los Centros Si@ (Servicio de Internet y Nuevas Tecnologías), surgido en el año 2000 dentro de una profunda renovación de la Red de Centros para adecuarlos a los cambios sociales y a las nuevas inquietudes de la población. La era de la información y la comunicación se abría y sigue abriéndose paso a través de los avances tecnológicos; fue por ello que Caja Segovia puso desde entonces, al alcance de los mayores, los medios humanos y técnicos necesarios para facilitar el acceso a la información de servicios, recursos y temas de interés para mayores. De este modo, la Obra Social de Caja Segovia ofrece alternativas diferentes, entretenidas y a la vez formativas para el aprovechamiento del tiempo libre y de ocio, dirigidas a las personas mayores, los nuevos

jubilados y a quienes se aproximan a la etapa de jubilación. Se promueve así, acompañando a este colectivo en la utilización y el conocimiento de las nuevas tecnologías, la adaptación de los mayores a un cambio social de gran magnitud, como es el provocado por la expansión de las nuevas tecnologías en la vida cotidiana. En concreto, se trata de ayudar a conocer a los mayores las utilidades de estas tecnologías, a perder el "miedo", el recelo y la inseguridad que a menudo les provocan y a encontrar nuevas opciones a su tiempo de ocio. En la actualidad están en funcionamiento 33 centros de estas características, 5 en la capital y 28 en la provincia de Segovia.

La actividad formativa e informativa de Caja Segovia con los mayores también se ha llevado a cabo a través de publicaciones dirigidas y a veces confeccionadas por este colectivo. Así, por ejemplo, en el año 1.999 (declarado Año Internacional de las Personas Mayores), a propósito de la Conmemoración del V Centenario del nacimiento de Andrés Laguna, segoviano universal, traductor y comentarista de la obra de Dioscórides Anazarbeo sobre botánica y plantas medicinales, la Obra Social y Cultural de Caja Segovia puso en marcha los "Talleres de Plantas Medicinales". En ellos participaron más de 600 mayores de diferentes localidades, interesados en conocer la gran variedad de plantas existente en la provincia, así como sus propiedades y aplicaciones. La culminación del trabajo supuso la recopilación de más de 70 especies medicinales, de las cuales se seleccionaron las más interesantes y representativas para dar contenido a una "Guía de Plantas Medicinales", ya por su segunda edición, cuyos textos e ilustraciones fueron cuidados por sus autores para que el resultado fuera un manual práctico y sencillo de comprender para todos.

* * *

Hasta aquí quedan resumidas las principales acciones que han dado respuesta a los desafíos que el envejecimiento de la población segoviana ha venido planteándonos en los últimos años. En Caja Segovia sabemos que hay mucho por hacer, hemos de adelantarnos a problemas venideros con recursos y profesionalidad, pero sin perder algo consustancial a nuestras acciones: el amor y el respeto hacia aquellos que nos precedieron. Nuestra obligación como Obra Social es anticiparnos a las necesidades de nuestra sociedad y de nuestros mayores, integrándoles en ese "dividendo social" que distingue y dota de sentido específico a las cajas de ahorros.

PANORAMASOCIAL

Números publicados

2005

N.º 1. España 2005: Debates y procesos sociales
N.º 2. Dependencia y autonomía personal: Dilemas y compromisos

2006

N.º 3. Infancia y juventud: Nuevas condiciones, nuevas oportunidades
N.º 4. Envejecimiento y pensiones: La reforma permanente

2007

N.º 5. El medio ambiente a principios del siglo XXI: ¿Crisis o adaptación?
N.º 6. La reforma de la Universidad: Vectores de cambio

2008

N.º 7. Las claves de la sanidad futura: Investigación y gestión
N.º 8. Inmigrantes en España: Participación y convivencia

2009

N.º 9. Tercer Sector y voluntariado
N.º 10. Familias en transformación

2010

N.º 11. Envejecimiento, adaptación y cambio social

PUBLICACIONES DE LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Últimos números publicados:

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

N.º 123. Fondos estructurales y convergencia regional
N.º 124. La reforma del mercado de trabajo

PERSPECTIVAS DEL SISTEMA FINANCIERO

N.º 97. Tarjetas de pago
N.º 98. La MiFID y el mercado español de instrumentos financieros

PANORAMA SOCIAL

N.º 9. Tercer sector y voluntariado
N.º 10. Familias en transformación

ECONOMÍA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

N.º 22. Galicia y Norte de Portugal. Claves económicas de una eurorregión

CUADERNOS DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

N.º 215. ¿Recuperación en primavera?
N.º 216. Previsiones a la carta

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

En INTERNET: http://www.funcas.es/

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Caballero de Gracia, 28. 28013 Madrid. Teléf. 91 596 54 81
suscrip@funcas.es

AÑO 2010

Deseo suscribirme a:

	Euros
☐ *Papeles de Economía Española*	55,00
Números sueltos	17,00
☐ *Perspectivas del Sistema Financiero*	48,00
Números sueltos	17,00
☐ *Cuadernos de Información Económica*	66,00
Números sueltos	13,00
☐ *Panorama Social* (dos números)	25,00
Números sueltos	15,00
☐ *Estudios de la Fundación* (un ejemplar)	13,00

(más gastos de envío)

El pago lo efectuaré:

☐ Contra reembolso del primer envío ☐ Giro postal núm. ..... ☐ Cheque bancario

Nombre o razón social .....

Profesión, actividad o departamento .....

Domicilio ..... Teléfono .....

Ciudad ..... C.P. ..... Provincia o país .....

Fecha ..... Correo electrónico .....

☐ Domiciliación bancaria

Muy Sres. míos: Ruego carguen hasta nuevo aviso los recibos que les presentará LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS a mi nombre en la siguiente Cuenta Corriente o Libreta de ahorros:

Firma o sello,

Entidad	Oficina	DC	Núm. de Cuenta

Para mayor rapidez envíe su pedido por FAX: 91 596 57 96

Pedidos e información:

FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Caballero de Gracia, 28
28013 Madrid

Teléfono: 91 596 54 81

Fax: 91 596 57 96

suscrip@funcas.es

www.funcas.es

P.V.P.: 15 € (IVA incluido)

ISSN 1699- 6852

9 771699 685007