

PANORAMA SOCIAL



RETOS DEMOGRÁFICOS



Fecundidad y longevidad
Salud y calidad de vida de los mayores
Cambios familiares y solidaridad intergeneracional
Inmigración y mercado de trabajo
Nueva emigración
Áreas urbanas en transición

COLABORAN:

Josep Bernabeu-Mestre, Amand Blanes, Teresa Castro-Martín,
Alberto Del Rey, Andreu Domingo, María Eugenia Galiana-Sánchez,
Juan Manuel García González, Rafael Grande, Antonio López Gay,
Teresa Martín-García, Pau Miret Gamundi, María Miyar Busto,
Tania Paniagua, María Sánchez-Domínguez, Aida Solé-Auró,
Jeroen Spijker, Eva María Trescastro-López y Pilar Zueras

Cecabank, el acento en lo que **importa**

Así nace Cecabank. Nuestra mirada al futuro que pone el acento en lo que verdaderamente importa. La profesionalidad, madurez y solvencia de años de experiencia en servicios financieros especializados y globales, nos dan la clave de dónde poner el peso en nuestro trabajo. En Cecabank estamos preparados para demostrar lo que nos diferencia.

**Servicios financieros Tesorería Medios tecnológicos y servicios de pago
Consultoría financiera y servicios de apoyo**

PRIMER SEMESTRE. 2016

PANORAMA SOCIAL



RETOS DEMOGRÁFICOS





PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS (*Presidente*)
JOSÉ MARIA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN (*Vicepresidente*)
FERNANDO CONLLEDO LANTERO (*Secretario*)
MIGUEL ÁNGEL ESCOTET ÁLVAREZ
AMADO FRANCO LAHOZ
MANUEL MENÉNDEZ MENÉNDEZ
PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA
ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ
VICTORIO VALLE SÁNCHEZ
GREGORIO VILLALABEITIA GALARRAGA

PANORAMA SOCIAL

Número 23. Primer semestre. 2016

CONSEJO DE REDACCIÓN

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA (*Director*)
ELISA CHULIÁ RODRIGO (*Editora*)
VÍCTOR PÉREZ-DÍAZ
ANTONIO JESÚS ROMERO MORA
VICTORIO VALLE SÁNCHEZ

PEDIDOS E INFORMACIÓN

Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.
Teléfono: 91 596 54 81
Fax: 91 596 57 96
Correo electrónico: publica@funcas.es

Impreso en España
Edita: Funcas
Caballero de Gracia, 28, 28013 Madrid.

© FUNCAS. 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
Maquetación: Funcas
Imprime: CECABANK

Las colaboraciones en esta revista reflejan exclusivamente la opinión de sus autores, y en modo alguno son suscritas o rechazadas por Funcas.

Índice

-
- 5 | PRESENTACIÓN
-
- 11 | La fecundidad en España: entre las más bajas del mundo y sin muchas perspectivas de recuperación
TERESA CASTRO-MARTÍN Y TERESA MARTÍN-GARCÍA
-
- 27 | Una extraordinaria longevidad femenina... ¿pero hasta cuándo?
JUAN MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ
-
- 43 | La salud de los europeos mayores de 80 años
AÍDA SOLÉ-AURÓ
-
- 63 | Transición epidemiológica-nutricional y cambios demográficos en la España contemporánea
EVA MARÍA TRESCASTRO-LÓPEZ, MARÍA EUGENIA GALIANA-SÁNCHEZ Y JOSEP BERNABEU-MESTRE
-
- 73 | Familia y bienestar en la salud: la experiencia de las madres del *baby-boom* en España
MARÍA SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ
-
- 91 | Cambios en los hogares y en la familia: España en el siglo XXI en el contexto europeo
PAU MIRET GAMUNDI
-
- 109 | El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico
JEROEN SPIJKER Y PILAR ZUERAS

-
- 125 | Inmigración y mercado de trabajo en España: del *boom*
a la Gran Recesión
RAFAEL GRANDE, TANIA PANIAGUA Y ALBERTO DEL REY
-
- 141 | La continuidad de los flujos migratorios en tiempos de crisis
MARÍA MIYAR BUSTO
-
- 157 | La nueva emigración española: ¿una generación perdida?
ANDREU DOMINGO Y AMAND BLANES
-
- 179 | El advenimiento de las regiones metropolitanas maduras en España:
retos demográficos y socioeconómicos en un nuevo contexto urbano
ANTONIO LÓPEZ GAY

Presentación

Las poblaciones europeas comparten algunos procesos demográficos –muy baja fecundidad, trayectorias de vida prolongadas, estructuras envejecidas, creciente diversidad de hogares– que generan preocupaciones y han inspirado un vivo debate en los últimos años, llevando a la demografía a cada mesa de desayuno. Los motivos de preocupación son bien conocidos (sostenibilidad de sistemas de solidaridad intergeneracional –como pensiones o servicios sanitarios–, disminución de la población europea, creciente vulnerabilidad familiar). Pero las dinámicas demográficas que supuestamente justifican estas alarmas no siempre son bien conocidas. Las evidencias científicas sobre la evolución prospectiva de estos procesos rara vez alimentan estos debates y en escasas ocasiones se ofrece una visión conjunta de dinámicas que, necesariamente, interactúan entre sí. Con esta ambición nace este número monográfico de *Panorama Social*, coordinado por **Juan Manuel García González** (Universidad Pablo de Olavide) y **Dolores Puga** (Consejo Superior de Investigaciones Científicas).

En 2015 por primera vez las defunciones superaron los nacimientos en la población española. Gracias a la inercia demográfica heredada del siglo XX, en forma de estructura etárea (*baby-boom*), algunos países europeos todavía mantienen –o han mantenido hasta fechas muy recientes– crecimientos demográficos positivos, tras treinta años de fecundidad bajo el nivel de reemplazo. Pero esa inercia está casi exhausta en toda Europa. Sabemos que la baja fecundidad ha venido para quedarse; la pregunta es: ¿cómo de baja?

Lo cierto es que pocas generaciones nacidas en Europa tras los años 30 del pasado siglo se han reemplazado a sí mismas. En la reproducción de las generaciones europeas juegan un papel fundamental las migraciones; se ha estimado que desde mediados de los años 80 se mueven a Europa occidental cerca de un millón de migrantes internacionales al año de media, si bien las migraciones son muy cíclicas, con fuertes oscilaciones durante el período. A ello se une una tendencia al incremento de poblaciones transnacionales que desarrollan sus trayectorias de vida a través de distintos lugares de residencia, como resultado de procesos de causalidad acumulativa. La movilidad de la población adulta puede ser especialmente relevante en un escenario de poblaciones altamente envejecidas.

Las poblaciones europeas han ganado 2,5 años de vida cada década, una tendencia extraordinariamente estable durante los últimos 150 años. Se acumulan evidencias de que el ritmo al que la mortalidad aumenta con la edad, definido por Gompertz como inevitable, se modera a edades muy longevas, lo que dificulta prever la duración máxima de la vida. Ello ha llevado a la investigación demográfica a hacerse dos grandes preguntas: ¿cuáles son los límites de la vida humana? y ¿cuántos de los años de vida ganados son años saludables y libres de discapacidad?

La primera Transición Demográfica, con el aumento de la supervivencia y el descenso de la natalidad, deja una herencia de poblaciones envejecidas. La segunda Transición Demográfica –que trae consigo cambios en la formación y disolución de hogares y en los hábitos repro-

ductivos— deja poblaciones más diversas en sus formas de convivencia. Este escenario plantea algunas hipótesis sobre la creciente diversificación del cuidado a individuos en ambos extremos del curso de vida.

Frente a estas preguntas, tenemos algunas certezas. La mayor parte del envejecimiento de las poblaciones del siglo XXI ya está escrito en las estructuras por edades actuales. Aunque el conjunto de la población del mundo está envejeciendo, el proceso se ralentizará hacia mediados de siglo, cuando todas las generaciones sean producto de regímenes de fecundidad moderados. Mientras tanto, en Europa occidental la llegada a la vejez del *baby-boom* acelerará el proceso de envejecimiento entre 2020 y 2070.

Reconocidos expertos responden a estas cuestiones, entre otras, en este número de *Panorama Social* sobre los retos demográficos que afrontan las poblaciones europeas.

El primer artículo, de **Teresa Castro-Martín** y **Teresa Martín-García** (Consejo Superior de Investigaciones Científicas), explora las razones que han llevado a España a ser uno de los países con una de las menores tasas de fecundidad del mundo. Desde el final del *baby boom*, las sucesivas generaciones de mujeres españolas han ido teniendo cada vez menos hijos y cada vez más tarde, un fenómeno que recorre todos los estratos sociales. Las autoras indican asimismo que se ha dado un aumento notable de las parejas que toman la decisión deliberada de no tenerlos. No obstante, las mujeres y parejas españolas desean tener hijos y desean tener más hijos de los que finalmente tienen, pero existen múltiples barreras institucionales, socio-económicas y culturales que aumentan los costes directos e indirectos de la fecundidad. La inmigración, por su parte, apenas ha tenido efecto en una recuperación de la fecundidad, que parece poco previsible en el corto y el medio plazo. En cualquier caso, se aboga por un modelo de corresponsabilidad de padres y madres en la crianza de los hijos y una redistribución más equitativa de los costes asociados entre las familias y la sociedad.

A la singular baja tasa de fecundidad de la sociedad española le acompaña una extraordinaria longevidad. **Juan Manuel García González** (Universidad Pablo de Olavide) analiza la evolución de la esperanza de vida en España durante las últimas décadas, que en el caso de las muje-

res la han llevado a situarse como una de las más altas del mundo. Se constata que la brecha entre varones y mujeres es considerable, si bien está ocurriendo un hecho sin precedentes: los varones la han ido recortando desde mediados de los años noventa. Este cambio de tendencia se ha sustentado principalmente en una mejora de la mortalidad de los varones frente a las mujeres en todas las edades excepto en las edades avanzadas, donde ellas siguen manteniendo la hegemonía. El autor se plantea si ese proceso de convergencia se seguirá dando en los próximos años y lo pone en consideración frente a dos grandes factores de riesgo comportamentales tradicionalmente masculinos, el alcohol y el tabaco, que se han ido haciendo comunes entre las mujeres. Sus efectos en la mortalidad por tumores, que ha crecido apreciablemente, podrían ser determinantes en la disminución de la diferencia de esperanza de vida entre mujeres y varones.

En el tercer artículo, **Aida Solé-Auró** (Universitat Pompeu Fabra) pone el acento en la creciente esperanza de vida de los mayores europeos, un grupo de población cada vez más numeroso y que ha experimentado una transformación evidente desde mediados del siglo XX. La autora se pregunta por la salud y la calidad de vida que se tiene en las edades avanzadas y analiza si existen diferencias entre catorce países de Europa a través de diversos indicadores de salud física y mental. Si bien la esperanza de vida a los 80 años es relativamente similar, se constata la existencia de una gran heterogeneidad entre esos países en las características de las personas que alcanzan esas edades, especialmente en los factores generadores de discapacidad. Los diferentes niveles de tabaquismo, obesidad, sobrepeso y desempeño funcional, y las distintas prevalencias de algunas enfermedades, como la diabetes, los derrames cerebrales y las enfermedades pulmonares, determinan en gran medida los variables niveles de discapacidad, salud y bienestar de los europeos de edades avanzadas.

Eva María Trescastro-López, María Eugenia Galiana-Sánchez y **Josep Bernabeu-Mestre** (Universidad de Alicante) reflexionan sobre la relación entre los patrones de salud y enfermedad, y los procesos transicionales que ha experimentado la población española desde mediados del siglo XX. Desde el marco de la transición epidemiológica-nutricional, los autores describen el evidente cambio en los hábitos alimentarios de las

generaciones que vivieron los años de posguerra y final del franquismo –caracterizados por unas necesidades poco y mal cubiertas– y de aquellas que han crecido al abrigo de la democracia, generaciones sobrealimentadas y con dietas hipercalóricas. Esta transformación del comportamiento alimentario ha tenido un doble efecto. Por un lado, se ha desterrado la malnutrición en España, símbolo del progreso económico y social del país. Pero, por otro, han aumentado los niveles de obesidad y sobrepeso, lo que ha conllevado una creciente prevalencia de algunas enfermedades crónicas. Se hace necesaria una reflexión sobre las consecuencias que la alimentación y la nutrición tienen sobre la calidad de vida y el bienestar de los españoles, especialmente entre las personas de edades avanzadas. La recuperación de la dieta mediterránea y de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables se torna esencial para hacer frente a este importante reto.

En el quinto artículo, **María Sánchez-Domínguez** (Universidad Carlos III de Madrid) estudia la salud de las madres del *baby boom*, las generaciones más fecundas del siglo XX que hoy son protagonistas en el envejecimiento de la población española. La autora ofrece una panorámica de su estado de salud, y se plantea cómo se relaciona la composición del grupo familiar con la calidad de su envejecimiento. Las madres del *baby boom*, cuidadas y cuidadoras a la par, consideran a la familia como pieza clave de su bienestar en la vejez. Ahora bien, las diferencias de su estado de salud objetivo y subjetivo están condicionadas por sus rasgos sociodemográficos, en especial con el nivel educativo. Además, la autora resalta la importancia de la hipótesis darwiniana de supervivencia, de modo que las mujeres con mejor salud en la infancia son aquellas que gozan de mayor bienestar en la vejez. Por último, una comparativa internacional muestra el buen estado de salud de este grupo poblacional con respecto a otros países europeos, lo que completa el análisis previo de Solé-Auró.

El cambio que han experimentado los hogares españoles en las últimas décadas es abordado por **Pau Miret Gamundi** (Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona). Tres cuartas partes de la población española viven en familia, mientras que el resto vive en un hogar multipersonal. Hasta finales del siglo XX eran mayoritarios los hogares de pareja con hijos; sin embargo, el debilitamiento de este tipo de formación familiar y el envejeci-

miento de la población han provocado que este tipo de hogar haya perdido su preponderancia en el siglo XXI. De hecho, los hogares de parejas sin hijos y los hogares unipersonales se han triplicado y quintuplicado, respectivamente. En Europa se da una estructura de hogares similar, si bien los países del sur y del este presentan diferencias con los países de la Europa central, donde la extensión de la convivencia con hijos es más reducida. El autor señala como elemento clave de las diferencias europeas la heterogeneidad de las pautas de emancipación juvenil.

Jeroen Spijker y **Pilar Zuera** (Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona) analizan si se ha producido una externalización del cuidado familiar a las personas mayores con discapacidad. Dados el aumento de la supervivencia y de la longevidad, es muy previsible que crezca el número de personas que requieran una atención personal. Tradicionalmente el cuidado de las personas mayores se ha desarrollado en el núcleo familiar y ha estado desempeñado en su mayor parte por mujeres. Ahora bien, el cambio del papel de la mujer en la sociedad española ha transformado estas pautas de cuidados informales. Los autores evidencian que el cambio de modelo se está dirigiendo a una externalización y diversificación del cuidado, aunque el familismo siga siendo mayoritario. Apuntan además la necesidad de avanzar en la igualdad de género tanto en el cuidado informal como en el cuidado formal.

En el octavo artículo se estudia la situación de los inmigrantes en el mercado de trabajo antes y después de la crisis económica. Según muestran **Rafael Grande**, **Tania Paniagua** y **Alberto del Rey** (Universidad de Salamanca), los inmigrantes han supuesto una inyección a las cifras de población activa, si bien se han concentrado en determinados sectores de actividad y en puestos bajos de la escala ocupacional. Los autores constatan que esta situación se ha transformado a raíz de la crisis económica. Así, el desempleo ha aumentado claramente al mismo que tiempo que la presencia de mujeres se ha intensificado en el mercado laboral. Ahora bien, los inmigrantes con mayor nivel educativo y aquellos que llevan más tiempo de residencia en España han soportado mejor los dañinos efectos de la crisis, manteniendo niveles más altos de ocupación. También se han dado diferencias por zona de procedencia: el efecto de la crisis ha sido menor entre los asiáticos y los trabajadores pro-

cedentes de países desarrollados. Sin embargo, los autores señalan la necesidad de profundizar en el análisis de la estructura del mercado laboral por ocupación y, también, de las condiciones de trabajo.

María Miyar Busto (Universidad Nacional de Educación a Distancia) complementa el artículo anterior mediante el estudio de los flujos migratorios a España desde el inicio de la Gran Recesión. Las características de estos flujos se han mantenido en líneas generales, aunque se han producido algunos cambios en la procedencia y en las estrategias migratorias. En primer lugar, se ha producido un aumento de llegadas de asiáticos y de europeos de fuera de la Unión Europea. En segundo lugar, han descendido las migraciones basadas en las redes de apoyo más débiles, acercándose más a los parientes próximos. En tercer lugar, ha disminuido la probabilidad de estar activo tras la llegada, especialmente si esta se produce a un hogar donde los residentes migrantes llevan residiendo mucho tiempo. Estos resultados sugieren que los flujos no se corresponden con procesos netos de reagrupación familiar, sino que esencialmente se mantienen las migraciones para la incorporación a la población activa. Por último, la autora señala que los datos más recientes apuntan a una tercera fase de las migraciones en España.

Tras estos dos artículos centrados en la inmigración, **Andreu Domingo y Amand Blanes** (Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona) enfocan la atención en la emigración. Los flujos de salida han aumentado desde el inicio de la crisis económica tanto entre los españoles como entre los extranjeros. A pesar de los datos, los autores plantean ciertas dudas acerca de las motivaciones y estrategias para salir. Por un lado, ponen el acento en que las emigraciones de españoles no se encuentran solo entre los jóvenes de alto nivel educativo, sino que también hay otras que no deben menospreciarse. Por otro lado, plantean que la emigración es a la par una estrategia de resiliencia y un resultado de la redundancia, lo que les lleva a afirmar que las emigraciones no parten de estrategias individuales, sino que son fruto de un proceso de reproducción social en el marco coyuntural de la crisis.

El monográfico se cierra con un artículo de **Antonio López Gay** (Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona) que

versa sobre los retos demográficos y socioeconómicos de las regiones metropolitanas de España. En el último medio siglo, las regiones metropolitanas han experimentado una transición hacia una madurez urbana y demográfica basada en tres elementos. Primero, una parálisis urbanística, produciéndose un descenso en la creación neta de hogares. Segundo, un cambio en los patrones territoriales, pasando de la suburbanización a una movilidad residencial más compleja y con una superposición de movimientos intramunicipales, descentralizadores, reurbanizadores y de periferia a periferia. Y tercero, la existencia de una gran heterogeneidad a microescala dentro de las áreas urbanas, en las que los nuevos patrones de movilidad residencial pueden desempeñar un papel clave para reducir o aumentar la segregación sociodemográfica.

Las evidencias aportadas por los autores de este número de *Panorama Social* muestran que, más que ante una crisis demográfica, estamos ante un cambio demográfico. Las poblaciones longevas, la baja fecundidad, las estructuras envejecidas, el fin del crecimiento demográfico y una nueva fase de la movilidad han venido para quedarse. Lejos de ser una mala noticia es el resultado de una historia de éxito, el éxito alcanzado por las poblaciones humanas en su proceso reproductivo. Mientras en el pasado eran necesarios muchos nacimientos para compensar altas tasas de mortalidad, las poblaciones europeas evolucionaron durante algo más de un siglo hacia un escenario en el que hacen falta muy pocos nacimientos para sustituir a una población que sobrevive durante trayectorias de vida muy prolongadas. La mayor eficiencia reproductiva se traduce necesariamente en poblaciones menos jóvenes: con menos niños y con más viejos.

No obstante, las lecturas que se derivan de este escenario no siempre están apegadas a la evidencia acumulada. El futuro demográfico, en la mayoría de sus aspectos, es mucho más incierto de lo que las proyecciones con un único escenario dan a entender. Imagínense lo difícil que hubiese sido prever la Europa del año 2000 en 1950. Las proyecciones demográficas —impeccables técnicamente— exigen hipotetizar sobre el futuro comportamiento de dinámicas altamente cambiantes, como las migraciones. Como resultado, por ejemplo, las proyecciones oficiales de la población española en 2050 variaron en nada menos que seis millones de habitantes entre las realizadas en 2009 y las realizadas en 2012. Ade-

más, el *feedback* forma una parte no explícita de las proyecciones, pero inherente a ellas. A ello hay que añadir que muchas de las conclusiones que habitualmente se derivan del nuevo escenario demográfico suponen la estabilidad de circunstancias actuales no necesariamente estables –como el límite de inicio de la ‘vejez’, los patrones de actividad por edad y género o los saldos migratorios–, lo que es mucho suponer. Por ejemplo, el vínculo entre el mercado de trabajo y los factores demográficos en Europa es débil, con una amplia infrautilización de la capacidad productiva de sus poblaciones (desempleo, inactividad femenina, jubilaciones tempranas).

Ello no implica que el cambio demográfico no plantee retos a nuestras sociedades, retos que los autores de este número han ido desgranando. Así, la descendencia efectiva de las parejas sigue muy por debajo de sus deseos reproductivos, y lo hace en todos los estratos sociales. La creciente diversidad de hogares implica retos para el cuidado de los más frágiles y para sus consecuencias en equidad, de individuos y hogares. El extraordinario aumento de la duración de la vida ha permitido prolongar algunos tiempos a lo largo del curso de vida (los de formación, por ejemplo), y ofrece una oportunidad sin igual de ‘recolocar’ otros (trabajo productivo/reproductivo, ocio) a lo largo de las prolongadas trayectorias de vida de las que son pioneras las actuales generaciones de mayores. Pero para ello es necesario hacer frente a las importantes diferencias sociales y generacionales en la salud con la que se disfruta esa ganancia en años de vida. Por lo que hace a los flujos inmigratorios, cambian –volumen, orígenes, motivaciones– pero no desaparecen, y la movilidad transnacional de jóvenes de alto nivel educativo es solo una parte de los actuales flujos emigratorios, dibujando la entrada en una nueva fase migratoria. Por último, no hemos de olvidar el papel que la movilidad de la población juega en la generación de segregación social y en la configuración de los espacios de vida del mañana.

La fecundidad en España: entre las más bajas del mundo y sin muchas perspectivas de recuperación

TERESA CASTRO-MARTÍN Y TERESA MARTÍN-GARCÍA*

RESUMEN*

En España la tasa de fecundidad lleva ya casi tres décadas por debajo de 1,5 hijos por mujer, y desde 2011, en torno a 1,3 hijos, un nivel que se sitúa entre los más bajos del mundo. En este artículo se analizan los rasgos distintivos de la fecundidad en España y las barreras que existen para reducir la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad alcanzada. También se aboga por una mayor corresponsabilidad de padres y madres en la crianza de los hijos y una redistribución más equitativa de los costes asociados a los hijos entre familias y sociedad.

1. INTRODUCCIÓN

España, con un índice sintético de fecundidad¹ de 1,32 hijos por mujer en 2014, se sitúa entre los países con fecundidad más baja, tanto en el contexto europeo como en el contexto mundial. No se trata de un fenómeno coyuntural, ni siquiera reciente, ya que la tasa de fecundidad cruzó el umbral de reemplazo generacional² (2,1 hijos por mujer) en 1981 y se ha situado por debajo de 1,5 hijos durante las tres últimas déca-

* Instituto de Economía, Geografía y Demografía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC (teresa.castro@csic.es; teresa.martin@cchs.csic.es).

das. Tampoco parece que vaya a ser una situación transitoria, ya que las últimas proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE) asumen que el nivel de fecundidad permanecerá por debajo de 1,3 hijos en los próximos 50 años (INE, 2015).

La persistencia de un nivel muy bajo de fecundidad durante un periodo prolongado tiene importantes consecuencias demográficas. Por una parte, conlleva la disminución progresiva del total de población –una tasa de fecundidad de 1,3 hijos en una población estable implica

* Este artículo es una versión actualizada basada en el estudio Castro-Martín, T. y Martín-García, T. (2013), "The fertility gap in Spain: late parenthood, few children and unfulfilled reproductive desires", en G. Esping-Andersen (Coord.), *The fertility gap in Europe: singularities of the Spanish case*, Barcelona: Obra Social La Caixa. El estudio se inscribe dentro del proyecto europeo *Families and Societies* (FP7/2007-2013, grant agreement 320116) [www.familiesandsocieties.eu] y del proyecto del Plan nacional I+D+i *El rol de los hombres en la dinámica familiar desde una perspectiva internacional* (CSO2013-43482-R) [www.menrolesproject.com].

¹ El índice sintético de fecundidad indica el número de hijos que tendría una mujer al final de su vida fértil si su comportamiento reproductivo se correspondiera a las tasas de fecundidad específicas por edad de un año determinado. En este artículo utilizaremos "índice sintético de fecundidad" y "tasa de fecundidad" indistintamente.

² El nivel de reemplazo generacional se refiere al nivel de fecundidad necesario para asegurar que las sucesivas generaciones de nacidos sean sustituidas por otras de igual tamaño: alrededor de 2,1 hijos por mujer. Si se mantuviese ese nivel de fecundidad, la población se mantendría estable en el tiempo.

que, en ausencia de migración, esa población se reducirá a la mitad en tan solo 50 años-. Por otra parte, un nivel muy bajo de fecundidad tiene importantes repercusiones en la estructura de edad de la población, el ritmo de envejecimiento demográfico y el tamaño de la futura población económicamente activa. Aunque el envejecimiento de la población es un proceso inevitable e irreversible en las sociedades demográficamente avanzadas, una fecundidad muy por debajo del nivel de reemplazo acelera la velocidad de este proceso. Mientras que un proceso de envejecimiento relativamente lento permite a las instituciones y al Estado de bienestar adaptarse a la nueva dinámica demográfica, un cambio demasiado rápido en la estructura de edad plantea importantes retos para el mercado de trabajo, los sistemas de pensiones y los mecanismos de protección social. De ahí que la fecundidad muy baja y las transformaciones demográficas que conlleva se hayan convertido en una preocupación prioritaria en muchas sociedades y tengan una presencia creciente en el debate político internacional (Comisión Europea, 2005; Naciones Unidas, 2015a).

Además de las repercusiones que tiene un nivel muy bajo de fecundidad en la configuración demográfica y socioeconómica de la sociedad futura, también es importante tener en cuenta las repercusiones a nivel micro, para los individuos y las parejas. Cuando la tasa de fecundidad se sitúa muy por debajo de las preferencias y aspiraciones de las personas, esto refleja la existencia de un déficit de bienestar (Esping-Andersen, 2013). Los datos sobre intenciones reproductivas que recoge el *Eurobarómetro* de 2011 confirman que la preferencia por los dos hijos está muy consolidada en España. No obstante, España es uno de los países de la Unión Europea donde se observa una mayor distancia entre el número medio de hijos deseados (1,9) y el número medio de hijos que realmente se tienen (1,3) (Testa, 2014).

2. ¿ES ESPAÑA UN CASO ATÍPICO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL?

La fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, que hace unas décadas era un rasgo exclusivo de las sociedades económicamente avanzadas, es cada vez más habitual en el con-

texto mundial. Según la División de Población de Naciones Unidas, en el período 2010-2015, un total de 83 países –cuya población representa el 46 por ciento de la población mundial– tenían una tasa de fecundidad por debajo de 2,1 hijos por mujer. En 2050, se estima que serán 120 países –un 69 por ciento de la población mundial– los que tengan una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (Naciones Unidas, 2015b).

Un nivel de fecundidad en torno o por debajo de los dos hijos, por tanto, será la norma a nivel global en las próximas décadas, excepto en el continente africano. Sin embargo, una tasa de fecundidad por debajo de 1,3 hijos, un nivel que los demógrafos han denominado “fecundidad ultrabaja” (*lowest-low fertility*) (Billari y Kohler, 2004) es bastante excepcional. En el período 2010-2015, son muy pocos los países del mundo con una tasa de fecundidad en torno o inferior a 1,3 hijos, y estos se concentran en el sur de Europa (España, Grecia, Portugal), el este de Europa (Hungría, Polonia), y en el Asia oriental (Corea del Sur, Singapur, Hong Kong) (Naciones Unidas, 2015b).

En cuanto al escenario europeo contemporáneo, la mayoría de países presentan tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo, pero también hay países que han logrado estabilizar su fecundidad en un nivel próximo a los dos hijos. Hoy en día, el mapa de la fecundidad muestra una configuración regional completamente distinta a la que prevaleció en Europa durante buena parte del siglo XX. Los países europeos del norte y del oeste, que habían sido los precursores del descenso de la fecundidad, presentan en la actualidad tasas de fecundidad próximas al nivel de reemplazo. En Bélgica, Francia, Holanda, Irlanda, Reino Unido y los países nórdicos, la tasa de fecundidad se sitúa en el rango 1,7-2 hijos por mujer. Sin embargo, los países del sur y del este de Europa, que habían llegado con retraso a la transición demográfica, presentan en la actualidad unas tasas de fecundidad muy bajas (alrededor de 1,3 hijos por mujer).

Son muchos los factores sociales, económicos e institucionales que contribuyen a esta nueva configuración regional. En general, la fecundidad tiende a ser más elevada en aquellas sociedades donde el acceso al empleo es más fácil, donde los costes y el cuidado de los niños son compartidos entre las familias y el Estado –y también equitativamente entre ambos proge-

nitores-, y donde las políticas sociales promueven la igualdad de género y la conciliación de la vida laboral y familiar. La distancia entre los niveles de fecundidad del norte y sur de Europa se ha ampliado en los últimos años a raíz de la crisis económica, ya que el descenso reciente de la fecundidad ha sido más pronunciado en los países más golpeados por la crisis, especialmente en el sur de Europa (Sobotka, Skirbekk y Philipov, 2011).

la tasa de fecundidad de España alcanzaba su mínimo histórico (1,15 hijos por mujer en 1998), el nivel más bajo del mundo en aquel entonces. Estos niveles tan bajos de fecundidad en la década de los noventa estaban en gran parte relacionados con el rápido aumento de la edad a la maternidad y, por tanto, se asumía que serían transitorios.

Con el inicio del siglo XXI, la fecundidad se recuperó en la mayoría de los países desarrollados (Bongaarts y Sobotka, 2012). España no fue una excepción: el número medio de hijos por mujer pasó de 1,15 en 1998 a 1,46 en 2008. Son varios los factores que contribuyeron a esta recuperación: la mejora del empleo, la ralentización del retraso del primer hijo y la llegada de inmigrantes jóvenes con una fecundidad más alta que la población autóctona (Castro-Martín y Rosero-Bixby, 2011). La mejora de las políticas de conciliación trabajo-familia también parece haber jugado un papel importante en la recuperación de la fecundidad en el contexto europeo (Luci-Greulich y Thévenon, 2013).

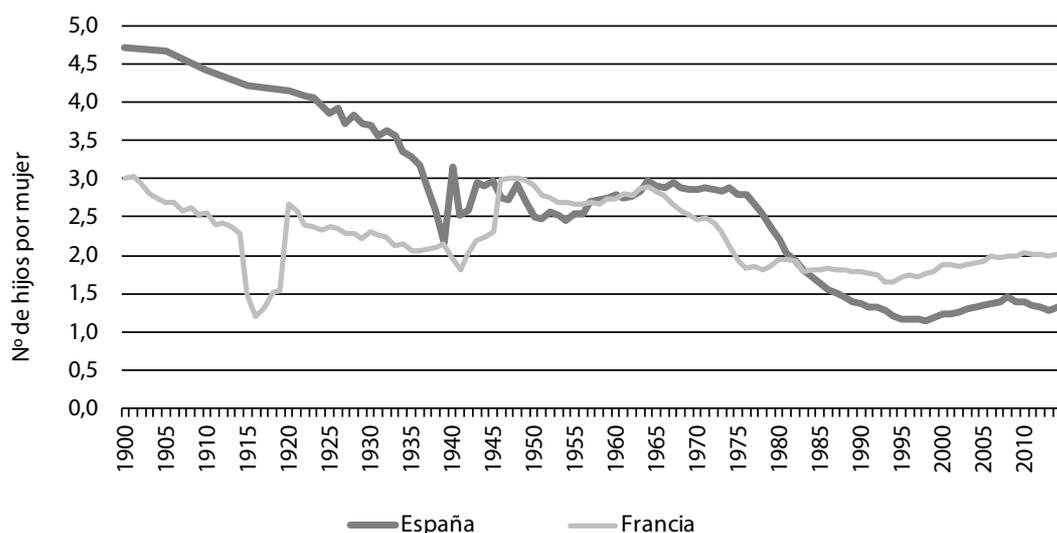
Esta recuperación, sin embargo, se truncó con la crisis económica. El deterioro de la situa-

3. LA TRAYECTORIA RECIENTE DE LA FECUNDIDAD

Durante todo el siglo XX, España experimentó una reducción progresiva de la fecundidad, solo interrumpida excepcionalmente durante el *baby boom* de la década de los sesenta y principios de los setenta. A mediados de los años 70, la tasa de fecundidad en España estaba en torno a los 2,8 hijos por mujer, bastante por encima de la media europea (2,1), pero a partir de este momento experimentó un rápido descenso (gráfico 1). Tan solo dos décadas después,

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD, ESPAÑA Y FRANCIA, 1900-2014



Fuentes: Carreras y Tafunell (Coord.), Estadísticas Históricas de España, siglos XIX-XX; INEbase; Eurostat.

ción económica a partir de 2008 ha tenido efectos negativos en los flujos migratorios, en la formación de parejas, en las políticas sociales de apoyo a la familia y también en la fecundidad en todo el ámbito europeo, pero sobre todo en los países más afectados por la crisis del sur de Europa (Lanzieri, 2013). En el período 2008-2014, la tasa de fecundidad en España descendió de 1,46 a 1,32 hijos por mujer, y volvió a situarse entre las más bajas del mundo³.

Los ciclos económicos siempre han tenido un impacto visible en la fecundidad de los países occidentales. Tener un hijo supone un compromiso a largo plazo y es una decisión que se suele aplazar en tiempos de incertidumbre laboral y económica. No obstante, el efecto de las recesiones económicas suele ser transitorio. Aunque se posponen los nacimientos durante el periodo de crisis, la fecundidad final de las generaciones no suele verse afectada (Cherlin *et al.*, 2013). Sin embargo, en el caso de España, y en general en

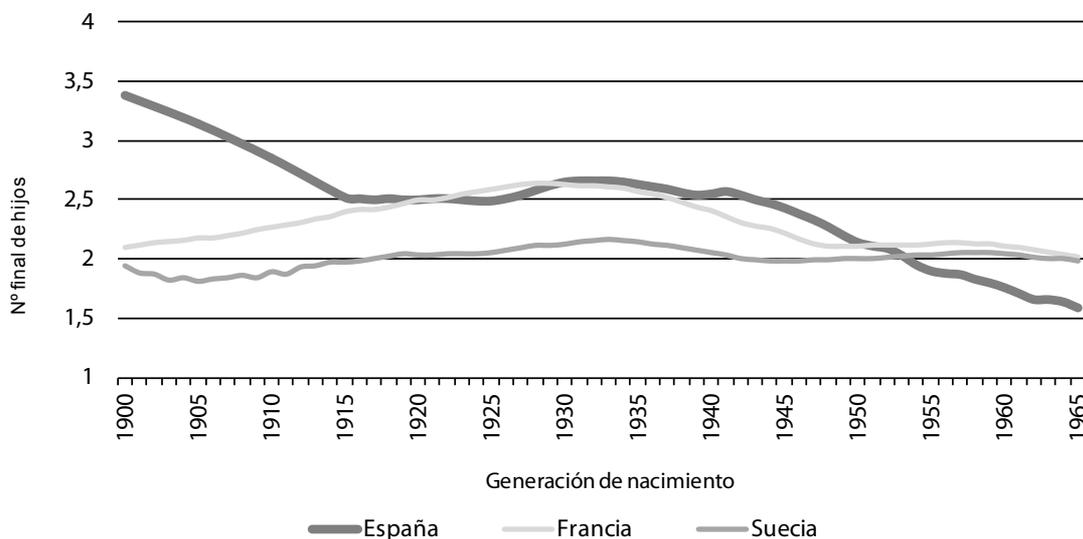
todos los países del sur de Europa, que ya partían de unos niveles muy bajos de fecundidad, es posible que la crisis deje una huella más duradera en la fecundidad. El aplazamiento transitorio de muchos nacimientos puede haberse transformado en definitivo por la larga duración de la crisis (Castro Martín *et al.*, 2015).

4. LA EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD DESDE UNA ÓPTICA GENERACIONAL

Si examinamos la fecundidad desde una perspectiva longitudinal, su trayectoria descendente es también evidente. A diferencia del índice sintético de fecundidad, que es un indicador coyuntural, la descendencia final de generaciones sucesivas es un indicador que no se ve afectado por alteraciones en el calendario

GRÁFICO 2

DESCENDENCIA FINAL SEGÚN GENERACIÓN DE NACIMIENTO, MUJERES NACIDAS EN 1900-1965



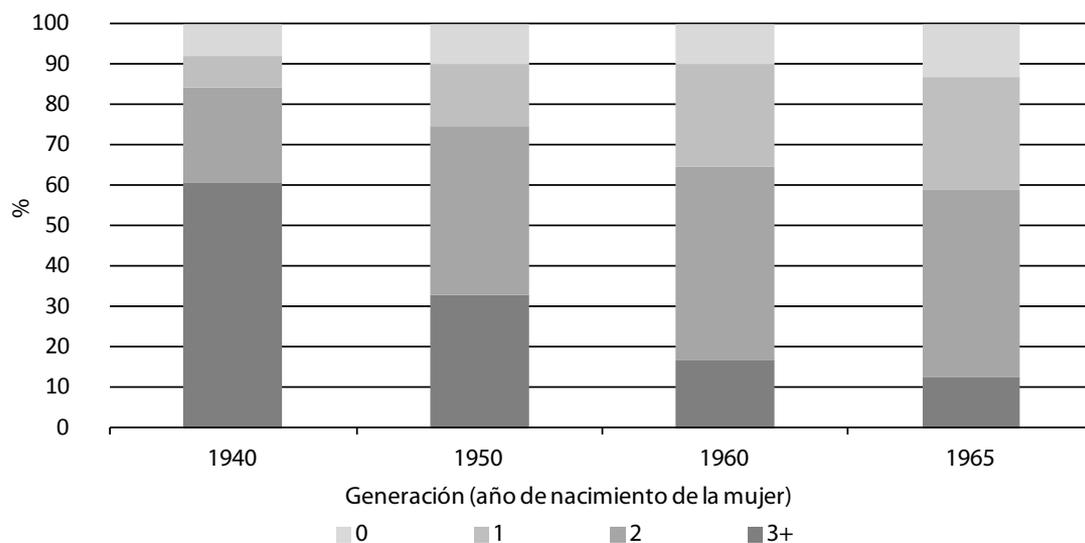
Fuente: INED, Developed countries database <http://www.ined.fr/en/pop_figures/developed_countries/developed_countries_database/>

³ En algunas comunidades autónomas, como Asturias, Canarias o Galicia, la tasa de fecundidad se situó en 2013-2014 en torno a un hijo por mujer.

reproductivo. No obstante, un inconveniente importante es que la descendencia final solo puede calcularse para las generaciones que han

GRÁFICO 3

NÚMERO FINAL DE HIJOS DE LAS GENERACIONES DE MUJERES NACIDAS EN 1940-1965



Fuentes: Eurostat e INE.

completado su etapa reproductiva. En el gráfico 2 podemos observar que en países como Suecia la descendencia final se ha mantenido sorprendentemente estable alrededor de dos hijos para todas las generaciones nacidas en el siglo XX. En España, en cambio, se observa una reducción notable del número final de hijos: mientras que las mujeres nacidas en 1900 tuvieron una media de 3,4 hijos, las nacidas en 1965 registraron una media de 1,6 hijos a lo largo de su vida. Según una estimación reciente, la descendencia final de la generación de españolas nacidas en 1975 es todavía más baja: 1,4 hijos (Myrskylä, Goldstein y Cheng, 2013).

El descenso del número medio de hijos de una generación puede deberse a una proporción creciente de mujeres que no tienen hijos y/o a una disminución del número de hijos por mujer. En las últimas décadas han aumentado las personas y parejas sin hijos (Seiz, 2013). Para algunas personas, no tener hijos es una elección deliberada, aunque la mayoría de encuestas sobre intenciones reproductivas muestran que la proporción de personas que declaran no desear hijos es relativamente pequeña (generalmente por debajo del 5 por ciento) (Testa, 2012). Para otras personas,

la decisión de tener hijos se va aplazando hasta reunir unas condiciones personales, familiares y laborales óptimas que permitan asumir los costes directos e indirectos de un hijo, pero este aplazamiento puede llegar a ser indefinido si las condiciones apropiadas tardan en alcanzarse (Tanturri *et al.*, 2015).

El porcentaje de mujeres que no han tenido hijos al final de su vida reproductiva ha aumentado del 9 por ciento entre las nacidas en 1940 al 13 por ciento entre las nacidas en 1965. Este porcentaje es bastante inferior al observado en otros países europeos, como Austria o Reino Unido, donde el porcentaje de mujeres nacidas en 1965 sin descendencia final se sitúa en torno al 20 por ciento. Sin embargo, un estudio reciente documenta un incremento significativo en los niveles de infecundidad definitiva de las españolas y estima que, muy probablemente, una de cada cuatro mujeres nacidas en 1975 no tendrá hijos cuando alcance los 50 años de edad (Esteve, Devolver y Domingo, 2016).

En el gráfico 3 puede verse la distribución por número final de hijos de varias generaciones de españolas que han completado su etapa

reproductiva. La proporción de familias numerosas ha experimentado una fuerte caída: solo el 12,5 por ciento de las mujeres nacidas en 1965 tenía tres o más hijos, en comparación con el 60,7 por ciento de las mujeres nacidas en 1940. Por otro lado, el porcentaje de mujeres nacidas en 1965 con un solo hijo (27,6 por ciento) –y por tanto el número de niños que crecen sin hermanos– casi cuadruplica al de las nacidas en 1940 (7,4 por ciento). En general, en cada generación sucesiva disminuye la proporción de mujeres con dos o más hijos. La incidencia de la transición al segundo hijo es precisamente el factor que distingue a los países con fecundidad muy baja de los países con fecundidad moderadamente elevada en el contexto europeo. En España, a pesar de que las aspiraciones reproductivas se sitúan de forma generalizada en torno a los dos hijos, la transición al segundo hijo muchas veces no se materializa.

de la maternidad y la paternidad (Sobotka, 2004). A nivel individual, el retraso del primer hijo se asocia a un menor número final de hijos, ya que a las parejas les quedan menos años para tener los hijos que desean, y la fertilidad femenina y masculina disminuye con la edad. Asimismo, cuanto más tiempo viva una persona o una pareja sin hijos, mayor es la probabilidad de que revise a la baja sus intenciones reproductivas a causa de la competencia de otros intereses vitales. No obstante, a nivel de sociedad, una edad media avanzada al primer hijo no siempre se traduce en una tasa de fecundidad muy baja. En muchos países europeos, como Francia, Holanda o Suecia, la edad media de las mujeres al primer hijo se sitúa alrededor de los 30 años y, sin embargo, la tasa de fecundidad está en torno a los dos hijos.

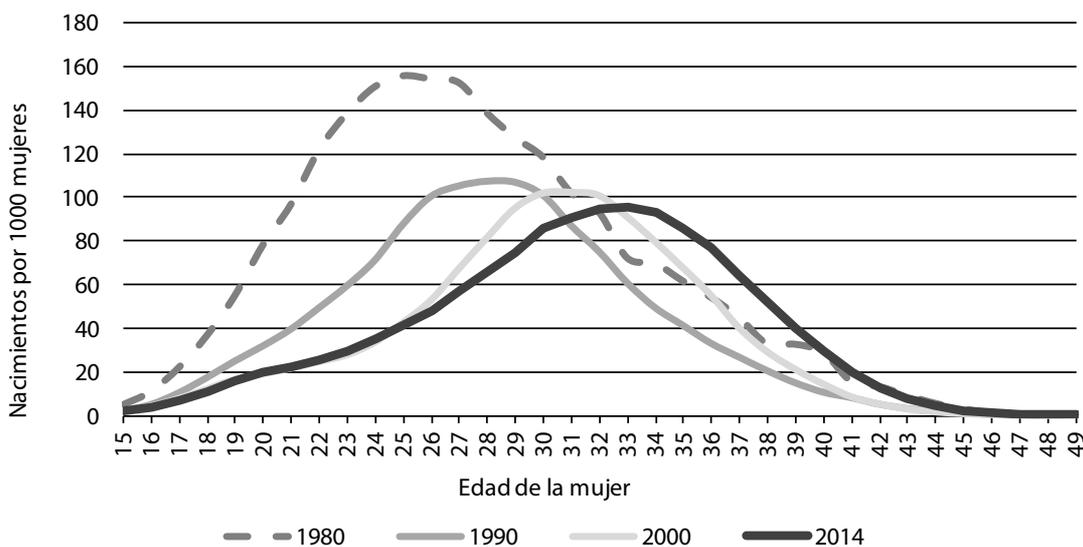
España se encuentra actualmente entre los países del mundo en los que las mujeres son madres a una edad más tardía (OCDE, 2011). En el período 1980-2014, la edad media del primer hijo ha aumentado de 25 a 30,6 años entre las mujeres y de 30,1 a 33,9 años entre los hombres. El gráfico 4 muestra cómo el calendario de la fecundidad se ha ido desplazando progresivamente hacia edades cada vez más avanzadas durante las tres últimas décadas. En este período, la mater-

5. EL CRECIENTE RETRASO DE LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

El descenso de la tasa de fecundidad guarda una estrecha relación con el retraso progresivo

GRÁFICO 4

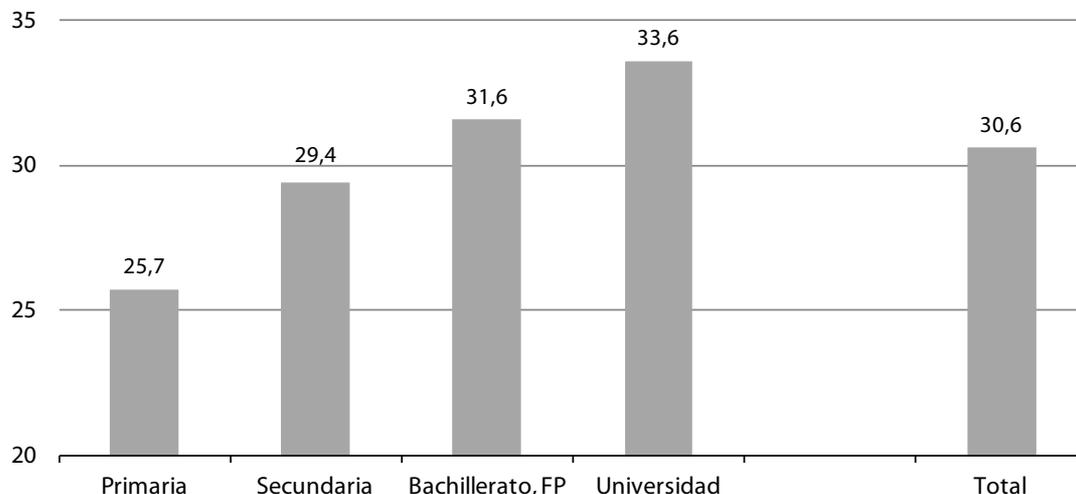
TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD, 1980-2014



Fuente: INEbase.

GRÁFICO 5

EDAD MEDIA DE LA MADRE AL PRIMER HIJO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO, 2014



Fuentes: INE, microdatos de nacimientos.

idad adolescente ha pasado a ser marginal y la tasa de fecundidad de las mujeres menores de 25 años ha disminuido considerablemente. La edad en la que se concentran un mayor número de primeros nacimientos ha pasado a situarse en 31-32 años y los primeros nacimientos de mujeres de 35 y más años actualmente representan el 27,8 por ciento del total. Aunque la tasa de fecundidad de las mujeres de 40 y más años sigue siendo baja, la proporción de primeros nacimientos de estas madres “tardías” se ha multiplicado por más de seis en las dos últimas décadas: ha pasado de 0,9 por ciento en 1996 a 5,8 por ciento en 2014. El retraso a la hora de tener hijos también es evidente en el caso de los hombres. En 2014, casi la mitad (44,6 por ciento) de los primeros nacimientos correspondía a padres mayores de 35 años.

El aplazamiento de la maternidad fue inicialmente un fenómeno encabezado por las mujeres con alto nivel educativo y alto potencial de ingresos. Sin embargo, con el tiempo, el retraso del primer hijo se ha extendido a todos los estratos sociales, aunque todavía persisten algunas diferencias. En 2014, la edad media al primer hijo era de 33,6 años para las mujeres con

estudios universitarios, 31,6 años para las mujeres que habían completado el bachillerato, y 29,4 años para las mujeres que no prosiguieron su formación después de los estudios de secundaria obligatorios. El gráfico 5 muestra que el patrón de maternidad tardía está generalizado en la sociedad española y que la única excepción la constituyen las mujeres con tan solo estudios primarios, un grupo relativamente reducido y socialmente vulnerable.

La tendencia hacia el retraso progresivo de la maternidad implica que una proporción creciente de mujeres empieza a plantearse tener un hijo a edades en las que, desde un punto de vista estrictamente biológico, la fertilidad disminuye rápidamente. Los estudios del ámbito médico tienden a subrayar las consecuencias adversas de la maternidad tardía para la salud de la madre y del recién nacido. Las complicaciones del embarazo, abortos, partos prematuros o bajo peso al nacer son algunos de los problemas potenciales que aumentan con la edad de la madre (Luke y Brown, 2007). Los estudios sociológicos, en cambio, tienden a hacer hincapié en los aspectos positivos de la maternidad tardía, como mayor estabilidad familiar, mayores recursos económi-

cos y menor impacto en las trayectorias profesionales de madres y padres. Algunos estudios demográficos recientes también han documentado repercusiones positivas en la educación y salud de los hijos, como consecuencia de la mejora de las condiciones de la sociedad con el tiempo (Barclay y Myrskylä, 2016).

Las técnicas de reproducción asistida (TRA) han contribuido a ampliar significativamente la capacidad reproductora de la mujer, si bien con limitaciones, ya que el índice de éxito de dichas técnicas disminuye significativamente con la edad. España, junto con Francia y Alemania, se halla entre los países europeos con mayor utilización de las técnicas de reproducción asistida. Según los datos disponibles, se estima que aproximadamente el 3 por ciento de todos los niños nacidos en España han sido concebidos gracias a las TRA (De Mouzon *et al.*, 2010). La extensión en el uso de las TRA ha contribuido al rápido aumento de partos múltiples: del 2,5 por ciento del total de partos en 1996 se ha pasado al 4,5 por ciento en 2014.

6. LA HUELLA DE LA INMIGRACIÓN EN LA FECUNDIDAD

El fenómeno de la inmigración internacional, que adquiere importancia, sobre todo, a partir de mediados de los años noventa, ha contribuido notablemente a la transformación de la realidad económica, social y cultural de España, al tiempo que su huella es cada vez más evidente en todos comportamientos demográficos, incluida la fecundidad. Las estadísticas de nacimientos de 2014 indican que aproximadamente uno de cada cinco recién nacidos en España (el 21,8 por ciento) tienen un padre o una madre extranjeros, lo que implica que la sociedad española del futuro tendrá una configuración más plural y multicultural.

Con una afluencia anual neta de más de 600.000 extranjeros en el período 2000-2008, España se convirtió en uno de los principales países receptores de inmigración de Europa. La proporción de población nacida en el extranjero aumentó rápidamente del 2,3 por ciento en 2000 al 13,5 por ciento en 2009, y el saldo migratorio positivo fue responsable de más del 90 por ciento del crecimiento poblacional. Posteriormente, la

crisis económica provocó un descenso de flujos inmigratorios y un aumento de flujos emigratorios, por lo que el saldo migratorio se tornó negativo a partir de 2010. La evolución del volumen de nacimientos ha seguido una trayectoria paralela a la evolución de la migración. Tras varias décadas de descenso ininterrumpido, el número anual de nacimientos aumentó considerablemente, pasando de 365.193 en 1998 a 519.779 en 2008. Este rápido aumento de nacimientos se explica en gran parte por el incremento de mujeres inmigrantes en edades reproductivas. A partir de 2009, sin embargo, se reanuda la tendencia descendente.

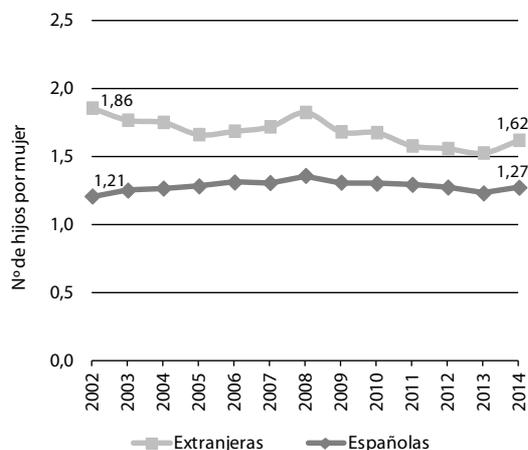
Aunque la población inmigrante tiene un impacto importante en el volumen de nacimientos y, por tanto, en el crecimiento natural de la población, su impacto en la tasa de fecundidad del país de acogida es bastante modesto. Por ejemplo, Castro-Martín y Rosero-Bixby (2011) estimaron que la contribución de la población inmigrante al índice sintético de fecundidad de España en 2004-2006 fue del 6,6%. Esta contribución relativamente reducida se debe a que la población extranjera representa una proporción relativamente pequeña del conjunto de la población en edad fértil, y también a que las tasas de fecundidad de las mujeres extranjeras han experimentado un descenso progresivo.

El gráfico 6a muestra que la tasa de fecundidad de las mujeres extranjeras residentes en España disminuyó de 1,86 hijos en 2002 a 1,62 hijos en 2014, una cifra superior a la de las mujeres autóctonas (1,27 hijos), pero no obstante baja. Este descenso puede atribuirse, en parte, a cambios que afectan a la composición de la población extranjera: una elevada proporción de inmigrantes recientes proceden de países del este de Europa, con unas tasas de fecundidad muy bajas. Por otro lado, a medida que aumenta el tiempo de residencia en el país de acogida, la tasa de fecundidad de la población inmigrante tiende a converger con la de la población autóctona.

Aunque la contribución de la población inmigrante al índice sintético de fecundidad de España ha sido relativamente modesta, es importante señalar que el calendario reproductivo de las mujeres inmigrantes es más temprano que el de las españolas (gráfico 6b). En 2014, por ejemplo, la edad media al primer hijo era de 27,5 años entre las mujeres de nacionalidad extranjera, y

GRÁFICO 6a

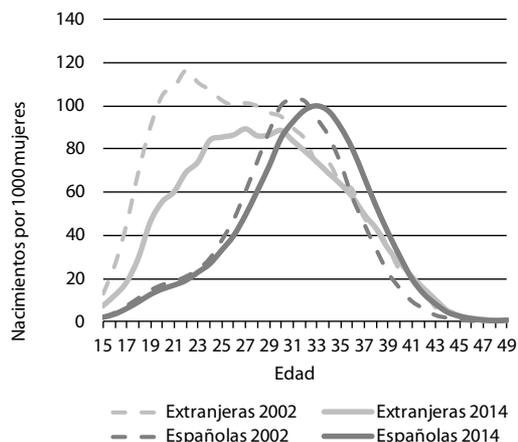
ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDAD PARA MUJERES DE NACIONALIDAD ESPAÑOLA Y EXTRANJERA, 2002-2014



Fuente: INEbase.

GRÁFICO 6b

TASAS DE FECUNDIDAD POR EDAD PARA MUJERES DE NACIONALIDAD ESPAÑOLA Y EXTRANJERA, 2002 Y 2014



Fuente: INEbase.

de 31,1 años entre las españolas. Este calendario reproductivo más temprano ha contribuido a ralentizar el aumento en la edad media a la maternidad en el conjunto de la sociedad española.

Una cuestión importante, a efectos de prever el escenario demográfico futuro, es si el diferencial de fecundidad entre la población inmigrante y autóctona, por modesto que sea, perdurará en el tiempo. Aunque todavía es pronto para analizar las pautas reproductivas de la segunda generación de origen inmigrante, ya que es mayoritariamente muy joven, un estudio reciente muestra que la generación intermedia –mujeres que migraron a España durante su infancia con sus familias– tiene unas pautas de fecundidad muy similares a las españolas (González-Ferrer *et al.*, 2015).

7. NUEVOS CONTEXTOS FAMILIARES DE LA FECUNDIDAD

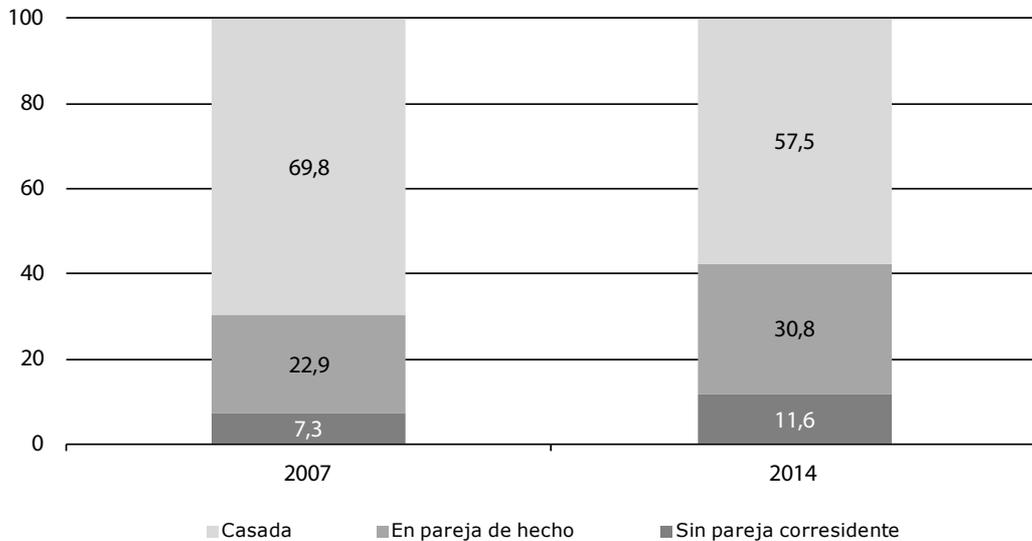
No solo ha descendido la fecundidad hasta niveles muy bajos, sino que el contexto familiar en el que se tienen los hijos se ha transformado considerablemente en las últimas décadas. El

porcentaje de nacimientos no matrimoniales pasó del 9,6 por ciento en 1990 al 42,5 por ciento en 2014, un nivel similar al promedio de la UE-28, aunque todavía inferior al observado en los países nórdicos o Francia. Este notable aumento de los nacimientos no matrimoniales se explica sobre todo por el comportamiento reproductivo de las parejas de hecho. En 2014, los nacimientos de parejas de hecho representaban el 72,6 por ciento de los nacimientos no matrimoniales, y el 30,8 por ciento del total de nacimientos. Estas cifras sugieren que la cohabitación en España se ha convertido en un contexto socialmente aceptado para tener y criar hijos (Dominguez-Folgueras y Castro-Martín, 2013). Sin embargo, la legislación familiar y las políticas públicas todavía no se han adaptado plenamente a esta transformación (Sánchez Gassen y Perelli-Harris, 2015).

Se ha vinculado a menudo el descenso de matrimonios y la inestabilidad creciente de las parejas –casadas y no casadas– con una baja tasa de fecundidad. Sin embargo, los datos de los países europeos apuntan en la dirección opuesta: actualmente la tasa de fecundidad es más elevada en los países donde la incidencia de la cohabitación, de la fecundidad fuera del matrimonio y de las separaciones conyugales es también más alta (Sobotka y Toulemon, 2008). Aunque algu-

GRÁFICO 7

PORCENTAJE DE NACIMIENTOS DE MADRES CASADAS, EN PAREJA DE HECHO Y SIN PAREJA, 2007 Y 2014



Fuentes: INE, microdatos de nacimientos.

nas de estas asociaciones a nivel macro podrían ser espurias, lo que hacen es poner de manifiesto que la importancia decreciente del matrimonio, la difusión de la cohabitación y la inestabilidad creciente de la vida en pareja no desembocan necesariamente en tasas de fecundidad muy bajas.

Las estadísticas han ido adecuándose a la nueva realidad familiar. Desde 2007, por ejemplo, el registro de nacimientos no solo incluye el estado civil de los padres, sino también información sobre si las madres no casadas forman parte de una pareja de hecho. Si comparamos los datos de 2007 y 2014 (gráfico 7), observamos un aumento importante del porcentaje de nacimientos de parejas de hecho: de 22,9 por ciento a 30,8 por ciento. También hay que señalar que, aunque la mayoría de nacimientos no matrimoniales se produce en el seno de una pareja de hecho y, por tanto, en un contexto familiar análogo al de una pareja casada, también hay un porcentaje no trivial de nacimientos de madres que no conviven con una pareja en el hogar y que, por tanto, conformarán un núcleo familiar monoparental. En 2014, los nacimientos de madres "sin pareja" representaban un 27,4 por ciento

del conjunto de nacimientos no matrimoniales y un 11,6 por ciento del total de nacimientos. En este grupo de madres probablemente confluyen un grupo de mujeres con embarazos no planificados y otro de "madres solteras por elección". Aunque no contamos con estadísticas oficiales sobre si estos hijos están legalmente reconocidos por el padre biológico, podemos recurrir a un indicador indirecto: si se declara o no información sobre el padre en el registro del nacimiento. En 2014, se registra la edad del padre en el 81,6 por ciento de los nacimientos de madres que no conviven en pareja, un nivel muy superior al del pasado, por lo que podemos asumir que ha aumentado el grado de reconocimiento y compromiso con sus hijos por parte de los padres que no conviven con la madre en el momento del parto.

8. ALGUNOS OBSTÁCULOS QUE INHIBEN LA FECUNDIDAD

Entre los factores socioeconómicos que favorecieron el descenso de la fecundidad durante buena parte del siglo XX, se encuentran

el espectacular avance educativo de las mujeres y el rápido aumento de su incorporación al mercado laboral. Sin embargo, en el siglo actual, el impacto de la educación y, sobre todo, de la participación laboral femenina en la fecundidad ha cambiado de magnitud e incluso de signo respecto al pasado.

La relación entre nivel educativo y número final de hijos sigue siendo negativa en la mayoría de los países europeos. No obstante, en los países nórdicos este efecto negativo se ha ido atenuando e incluso se ha invertido recientemente (Kravdal y Rindfuss, 2008). El hecho de que el efecto de la educación sobre la fecundidad sea ahora neutro o incluso positivo en los países escandinavos se suele atribuir a las políticas de apoyo a madres y padres trabajadores y a la red universal de escuelas infantiles. En los países donde existen más dificultades para alcanzar una conciliación satisfactoria entre vida laboral y familiar, como los del sur de Europa, las mujeres con estudios universitarios tienen una mayor probabilidad de no tener hijos y una menor probabilidad de tener un segundo hijo que las mujeres con un nivel educativo inferior (Klesment *et al.*, 2014).

La correlación tradicionalmente negativa entre participación femenina en el mercado laboral y nivel de fecundidad se torna positiva, a nivel macro, a mediados de los años ochenta. Desde entonces, son los países con un mayor nivel de empleo femenino los que tienen un nivel de fecundidad más próximo al nivel de reemplazo. Una explicación de esta transformación es que la mayoría de las sociedades con elevados niveles de empleo femenino han introducido una serie de medidas relacionadas con la organización del trabajo y los servicios de atención a la infancia que permiten compaginar vida laboral y crianza de hijos. No obstante, a nivel micro o individual, la asociación entre empleo femenino y fecundidad no es uniforme, sino que varía para distintos países y para distintas generaciones (Matysiak y Vignoli, 2008). En el caso de España, las generaciones más jóvenes de mujeres muestran un elevado índice de participación laboral, similar al de otros países europeos y muy cercano al de los hombres –en 2015, la tasa de actividad para el grupo de edad 30-34 era de 87,7 por ciento entre las mujeres, y de 95,5 por ciento entre los hombres–. El tradicional modelo familiar de “varón sustentador/mujer cuidadora”, dominante durante buena parte del siglo XX, ha sido susti-

tuido por el modelo de “dos sustentadores económicos”, aunque la transición al modelo de “dos sustentadores/dos cuidadores” es todavía incompleta (González y Jurado, 2015). En esta nueva organización familiar, la participación laboral femenina ha pasado de ser un obstáculo a ser un requisito previo a la hora de plantearse tener un hijo. Numerosos estudios recientes vinculan desempleo e inestabilidad laboral entre las mujeres con un nivel muy bajo de fecundidad (Adsera, 2011). Asimismo, las estimaciones de fecundidad de Eurostat para las mujeres españolas en función de su situación laboral en 2011 eran de 1,91 hijos para las mujeres con empleo, y 0,80 hijos para las mujeres sin empleo (Lanzieri, 2013).

Se ha señalado anteriormente que las preferencias y aspiraciones reproductivas son muy similares hoy en día en todos los países europeos. El número medio de hijos deseados se ha mantenido alrededor de dos en las dos últimas décadas, tanto en los países con una fecundidad moderadamente alta, como Francia, como en los países con una fecundidad muy baja, como España (Sobotka y Beaujouan, 2014). El hecho de que en España la fecundidad actual se aleje tanto de las preferencias declaradas apunta a la existencia de barreras importantes que impiden hacer realidad las aspiraciones reproductivas.

La persistencia de una fecundidad muy baja es normalmente consecuencia de múltiples factores institucionales, socioeconómicos y culturales que elevan los costes directos e indirectos de tener hijos. Entre estos factores se encuentran las dificultades de acceso al empleo, a la estabilidad en el empleo y a la vivienda, los bajos salarios en los estadios iniciales de la trayectoria laboral, la asimetría en la distribución de los costes (de oportunidad y de tiempo) asociados a los hijos entre hombres y mujeres, la disponibilidad de escuelas infantiles de calidad, la organización de horarios laborales y escolares, y las políticas públicas de apoyo a las familias, a la conciliación y a la infancia. Podemos agrupar los principales obstáculos que dificultan la satisfacción de las preferencias reproductivas personales en tres grandes grupos: las condiciones laborales, el marco institucional de políticas sociales y el grado de igualdad en las relaciones de género (Esping-Andersen, 2013).

El contexto laboral condiciona en buena medida las decisiones reproductivas. Dado que la consecución de cierta estabilidad laboral se

ha convertido en un requisito importante, tanto para hombres como para mujeres, a la hora de plantearse tener un/otro hijo, las elevadas tasas de desempleo y de temporalidad en el empleo que afectan a un gran número de adultos jóvenes son obstáculos fundamentales que inhiben la formación familiar y la procreación. Numerosos estudios constatan que las personas que tienen incertidumbre sobre el trabajo y los ingresos tienden a posponer la decisión de tener un hijo (Kreyenfeld, Andersson y Pailhé, 2012). España tiene una tasa de temporalidad en el empleo de las más elevadas de Europa: en torno al 25 por ciento para el conjunto de la población empleada en 2015 –casi el doble del promedio en la UE-28– y en torno al 50 por ciento para edades inferiores a 30 años. En este escenario de temporalidad laboral generalizada en las edades potenciales de formar una familia, no es de extrañar que las decisiones que suponen un compromiso a largo plazo, como es la de tener hijos, se aplacen hasta alcanzar una situación económica estable.

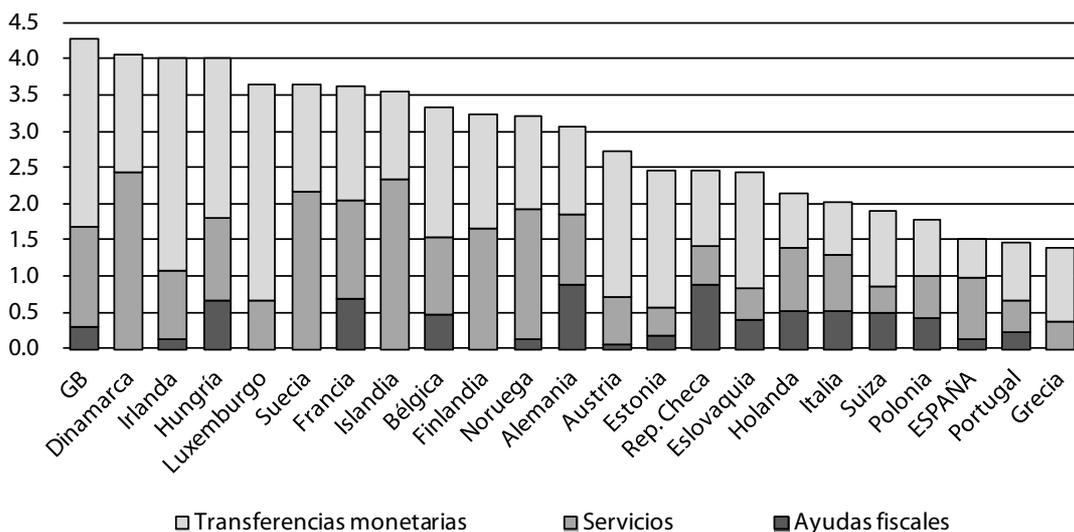
En varios países europeos, los empleos a tiempo parcial suponen una estrategia transitoria para conciliar la vida laboral y el cuidado

de hijos pequeños, que facilita la reincorporación al empleo a tiempo completo después de un tiempo. En el caso de España, sin embargo, gran parte de los empleos a tiempo parcial son empleos de escasa cualificación, bajos ingresos, condiciones laborales precarias y, a menudo, con horarios laborales atípicos en el sector servicios. Además, los empleos a tiempo parcial tienden a reforzar un modelo de especialización de roles de género en el que las mujeres son cuidadoras principales y aportan ingresos secundarios al hogar.

El marco institucional y político también condiciona las decisiones y el comportamiento reproductivo (Baizán, 2016). En España, las políticas de apoyo a las familias, a la conciliación y a la crianza de hijos nunca han ocupado un lugar prioritario en la agenda política. El gasto público en prestaciones familiares –tomando en cuenta transferencias monetarias, ayudas fiscales y servicios– ha sido siempre muy inferior al de la mayoría de países europeos (gráfico 8), y la distancia se ha agrandado todavía más en años recientes como consecuencia de las políticas de austeridad en el gasto público. La duración del permiso de maternidad retribuido es de dieciséis semanas,

GRÁFICO 8

GASTO PÚBLICO EN PRESTACIONES FAMILIARES (PORCENTAJE DEL PIB, 2011)



Fuente: OECD Family Database <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>

alrededor de la media en la UE, aunque inferior al de muchos países. Desde 2007, la duración del permiso de paternidad es de dos semanas, pero su ampliación progresiva a cuatro semanas, propuesta en la Ley de Igualdad de 2007, se ha aplazado *sine die* con la crisis económica. Otros países europeos, en cambio, están avanzando en la dirección de impulsar la corresponsabilidad de padres y madres en el cuidado de los hijos a través de permisos de paternidad de mayor duración e intransferibles. En Islandia, por ejemplo, los permisos después de un nacimiento incluyen tres meses para la madre, tres meses para el padre y tres meses a dividir entre padre y madre como deseen. El sistema español de licencias parentales también contempla excedencias no retribuidas hasta que el niño/a cumpla tres años para ambos progenitores, pero solo un 6 por ciento de los titulares fueron hombres en el año 2014.

El número de escuelas infantiles ha aumentado de forma importante desde mediados de los años noventa, pero la demanda todavía excede a la oferta y los costes suelen ser elevados. Mientras que de tres a cinco años la escolarización es prácticamente universal, en 2012-2013 solo el 44 por ciento de los niños menores de tres años asistía a una escuela infantil (Baizán, 2016). Baizán (2009) muestra que la disponibilidad de plazas en escuelas infantiles tiene un impacto favorable en la fecundidad, que es visible tanto en la transición al primer hijo como en los sucesivos.

Por último, la igualdad de género está adquiriendo una centralidad creciente en las decisiones reproductivas, ya que condiciona la distribución de los costes del cuidado de hijos. Numerosos estudios recientes constatan una correlación positiva entre igualdad de género y tasa de fecundidad (Neyer, Lappegård y Vignoli, 2013). La distribución de roles dentro del hogar, aunque comience siendo bastante igualitaria, suele volverse más asimétrica cuando llega el primer hijo (González y Jurado, 2015), y esto puede condicionar la fecundidad posterior. Varios estudios han documentado que cuanto mayor es la implicación del padre en los cuidados del primer hijo, más probable es que una pareja tenga un segundo hijo (Broadmann, Esping-Andersen y Güell, 2006). Esping-Andersen y Billari (2015) defienden que cuando la igualdad de género pasa a ser normativamente dominante en una sociedad, podemos prever una recuperación de la fecundidad.

9. CONCLUSIONES

Todos los países europeos han experimentado una importante caída de su tasa de fecundidad en el último medio siglo. Sin embargo, mientras que en algunos países, como Francia o los países escandinavos, el nivel de fecundidad parece haberse estabilizado en torno a los dos hijos, en España la tasa de fecundidad lleva ya casi tres décadas por debajo de 1,5 hijos y desde 2011 en torno a 1,3 hijos, un nivel que se sitúa entre los más bajos del mundo. La persistencia de un nivel tan bajo de fecundidad durante un período prolongado conlleva un rápido proceso de envejecimiento demográfico y, por tanto, tiene importantes repercusiones para la organización de la sociedad del futuro. Dado que el sistema de bienestar está estructurado sobre la base de la solidaridad intergeneracional, la estructura de edad de la población y, en concreto, la relación numérica entre cotizantes y receptores de prestaciones es un elemento clave en su sostenibilidad. Además, un nivel muy bajo de fecundidad no solo condiciona la evolución colectiva de la sociedad, sino también las trayectorias de vida privadas, ya que pone de manifiesto la frustración de las aspiraciones reproductivas de muchas personas y parejas.

Según la última encuesta de Naciones Unidas sobre políticas relacionadas con la población, el 27 por ciento de los países del mundo han puesto en marcha políticas orientadas a aumentar el nivel de fecundidad (Naciones Unidas, 2013). La Unión Europea también considera la fecundidad muy baja como un reto crucial para Europa y aboga por promover y mejorar el apoyo a las familias, el bienestar infantil, la conciliación trabajo-familia y la igualdad de género, para que individuos y parejas puedan llevar a cabo con éxito sus proyectos reproductivos (Comisión Europea, 2005).

La diversidad existente en los niveles de fecundidad de los países europeos sugiere que en algunas sociedades se dan unas condiciones más favorables para tener los hijos que en otras. Entre las barreras que existen en España para la formación de familias hemos destacado tres: el mercado laboral –caracterizado por alto desempleo, alta temporalidad y falta de flexibilidad–, la desigualdad de género –que hace recaer en la mujer una gran parte de los costes de la reproducción– y la escasez de políticas públicas

que redistribuyan la responsabilidad privada y pública en la crianza de los hijos.

¿Es posible la recuperación de la fecundidad? Aunque no es previsible que España remonte el umbral de reemplazo generacional a medio o largo plazo, sí debería ser posible pasar de un nivel de fecundidad muy bajo a otro moderadamente bajo, y reducir así la brecha entre fecundidad deseada y real. Para ello, las políticas públicas deberían abordar de manera eficaz el problema del desempleo, la precariedad laboral y la dificultad de compaginar trabajo y familia, evitando centrar el debate de la conciliación en las mujeres e incorporando a los hombres. A través de las políticas públicas también se tendrían que redefinir las responsabilidades privadas y colectivas con respecto a la infancia, promover la corresponsabilidad en los cuidados de hombres y mujeres –por ejemplo, aumentando los permisos de paternidad–, y redistribuir de forma más equitativa los costes asociados a la crianza de los hijos –sobre todo, en las primeras edades– entre las familias y la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

ADSERA, A. (2011), "Where are the babies? Labor market conditions and fertility in Europe", *European Journal of Population*, 27(1): 1-32.

BAIZÁN, P. (2009), "Regional childcare availability and fertility decisions in Spain", *Demographic Research*, 21-27: 803-842.

— (2016), "The policy context of fertility in Spain: Towards a gender-egalitarian model?", en R. R. Rindfuss, y M. K. Choe (eds.), *Low fertility, institutions, and their policies: Variations across industrialized countries*, Springer (en prensa).

BARCLAY, K., y M. MYRSKYLÄ (2016), "Advanced maternal age and offspring outcomes: Causal effects and countervailing period trends", *Population and Development Review*, 42(1): 69-94.

BILLARI, F. C., y H. P. KOHLER (2004), "Patterns of low and very low fertility in Europe", *Population Studies*, 58(2): 161-176.

BONGAARTS, J., y T. SOBOTKA (2012), "A demographic explanation for the recent rise in

European fertility", *Population and Development Review*, 38(1): 83-120.

BROADMANN, S.; ESPING-ANDERSEN, G., y M. GÜELL (2007), "When fertility is bargained: Second births in Denmark and Spain", *European Sociological Review*, 23(5): 599-613.

CARRERAS, A., y X. TAFUNELL (coord.) (2005), *Estadísticas Históricas de España, siglos XIX-XX*, Bilbao, Fundación BBVA.

CASTRO-MARTÍN, T., y L. ROSERO-BIXBY (2011), "Maternidades y fronteras. La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España", *Revista Internacional de Sociología*, 69(M1): 105-137.

CASTRO-MARTÍN, T.; MARTÍN-GARCÍA, T.; ABELLÁN, A.; PUJOL, R., y D. PUGA (2015), "Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española", *Panorama Social*, 22: 65-82.

CHERLIN, A.; CUMBERWORTH, E.; MORGAN, S. P., y C. WIMER (2013), "The effects of the great recession on family structure and fertility", *Annals AAPSS*, 650: 214-231.

COMISIÓN EUROPEA (2005), *Confronting demographic change: A new solidarity between the generations*, Brussels, COM(2005)94.

DE MOUZON, J. et al. (2010), "Assisted reproductive technology in Europe, 2006: Results generated from European registers by ESHRE", *Human Reproduction*, 25: 1851-1862.

DOMÍNGUEZ-FOLGUERAS, M., y T. CASTRO-MARTÍN (2013), "Cohabitation in Spain: No longer a marginal path to family formation", *Journal of Marriage and Family*, 75(2): 422-437.

ESPING-ANDERSEN, G. (Coord.) (2013), *El déficit de natalidad en Europa: La singularidad del caso español*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

ESPING-ANDERSEN, G., y F. C. BILLARI (2015), "Re-theorizing family demographics", *Population and Development Review*, 41(1): 1-31.

ESTEVE, A.; DEVOLDER, D., y A. DOMINGO (2016), "La infecundidad en España: tic-tac, tic-tac, tic-tac!!!", *Perspectives Demographiques*, 1: 1-4 (<http://ced.uab.es/es/difusion/butlleti-perspectives-demografiques/>).

GONZÁLEZ, M. J., y T. JURADO (eds.) (2015), *Padres y madres corresponsables. Una utopía real*, Madrid, La Catarata.

GONZÁLEZ-FERRER, A.; SEIZ, M.; CASTRO-MARTÍN, T., y T. MARTÍN-GARCÍA (2015), "Studies on partnership dynamics among immigrants and their descendants: Spain", *Families And Societies Working Paper*, 13 (<http://www.familiesandsocieties.eu>).

INE (2015), *Proyecciones de la población de España 2014-2064, Metodología*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

KLESMENT, M.; PUUR, A.; RAHNU, L., y L. SAKKEUS (2014), "Varying association between education and second births in Europe: Comparative analysis based on the EU-SILC data", *Demographic Research*, 31(27): 813-860.

KRAVDAL, Ø., y R. R. RINDFUSS (2008), "Changing relationships between education and fertility: A study of women and men born 1940-1964", *American Sociological Review*, 73(5): 854-873.

KREYENFELD, M.; ANDERSSON, G., y A. PAILHÉ (2012), "Economic uncertainty and family dynamics in Europe", *Demographic Research*, 27-28: 835-852.

LANZIERI, G. (2013), "Towards a 'baby recession' in Europe? Differential fertility trends during the economic crisis", *Statistics in Focus*, 13-2013, Eurostat, Luxemburgo.

LUCI-GREULICH, A., y O. THÉVENON (2013), "The impact of family policy packages on fertility trends in developed countries", *European Journal of Population*, 29(4): 387-416.

LUKE, B., y M. B. BROWN (2007), "Elevated risks of pregnancy complications and adverse outcomes with increasing maternal age", *Human Reproduction*, 22(5): 1264-1272.

MATYSIAK, A., y D. VIGNOLI (2008), "Fertility and women's employment: a meta-analysis", *European Journal of Population*, 24(4), 363-384.

MYRSKYLÄ, M.; GOLDSTEIN, J. R., y Y. A. CHENG (2012), "New cohort fertility forecasts for the developed world: rises, falls, and reversals", *Population and Development Review*, 39(1): 31-56.

NACIONES UNIDAS (2013), *World population policies 2013*, Nueva York, United Nations Population Division.

— (2015a), *United Nations expert group meeting on policy responses to low fertility*, (<http://www.un.org/en/development/desa/population/events/expert-group/24>).

— (2015b), *World population prospects: the 2015 revision*, Nueva York, United Nations Population Division.

NEYER, G.; LAPPEGÅRD, T., y D. VIGNOLI (2013), "Gender equality and fertility: Which equality matters?", *European Journal of Population*, 29: 245-272.

OCDE (2011), *Doing better for families*, París, OECD Publishing.

SÁNCHEZ GASSEN, N., y B. PERELLI-HARRIS (2015), "The increase in cohabitation and the role of union status in family policies: A comparison of 12 European countries", *Journal of European Social Policy*, 25(4): 431-449.

SEIZ, M. (2013), "Voluntary childlessness in southern Europe: The case of Spain", *Population Review*, 52(1): 110-128.

SOBOTKA, T. (2004), "Is lowest-low fertility explained by the postponement of childbearing?", *Population and Development Review*, 30(2): 195-220.

SOBOTKA, T., y E. BEAUJOUAN (2014), "Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe", *Population and Development Review*, 40(3): 391-419.

SOBOTKA, T.; SKIRBEKK, V., y D. PHILIPPOV (2011), "Economic recession and fertility in the developed world", *Population and Development Review*, 37(2): 267-306.

SOBOTKA, T., y L. TOULEMON (2008), "Changing family and partnership behavior: Common trends and persistent diversity across Europe", *Demographic Research*, 19-6: 85-138.

TANTURRI, M. L.; MILLS, M.; ROTKIRCH, A.; SOBOTKA, T.; TAKÁCS, J.; MIETTINEN, A.; FALUDI, C.; KANTSÁ, V., y D. NASIRI (2015), "Childlessness in Europe", *Families And Societies Working Paper*, 32 (<http://www.familiesandsocieties.eu>).

TESTA M. R. (2012), "Family sizes in Europe: evidence from the 2011 Eurobarometer survey", *European Demographic Research Paper*, 2, Vienna Institute of Demography.

Una extraordinaria longevidad femenina...¿pero hasta cuándo?

JUAN MANUEL GARCÍA GONZÁLEZ*

RESUMEN*

La esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años en España se ha doblado en los últimos cien años. Además, la brecha entre varones y mujeres aumentó constantemente hasta finales del siglo XX, años en los que empezó a disminuir con cierto ritmo. En este artículo se analizan las causas demográficas y comportamentales que han determinado el aumento inicial de esa diferencia y el actual recorte por parte de los varones. Además, se reflexiona sobre el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, dos factores de riesgo que podrían afectar a la evolución futura de la duración de la vida de los ciudadanos españoles.

1. INTRODUCCIÓN

Nunca me canso de repetir las palabras de Leonard Hayflick, reconocido profesor de anatomía, experto en envejecimiento y uno de los fundadores del prestigioso National Institute

* Departamento de Sociología, Universidad Pablo de Olavide (jmgargon@upo.es).

• Este artículo se inscribe dentro del proyecto I+D+i "Asimilación laboral e integración social en flujos migratorios Sur-Sur y Sur-Norte. El caso de América Latina y el Caribe" (Ref. CSO2014-57410-JIN), financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

on Aging (NIA), en una conferencia ante un buen puñado de jubilados estadounidenses en 1988: "Sólo hay una y única causa de muerte a las edades avanzadas. Y no es más que la edad avanzada. Y no podemos hacer frente a la edad avanzada" (Hayflick, 1988). Y me gusta ponerla por escrito para evidenciar lo equivocado que estaba.

No hay duda de que es una tautología muy evidente: la gente suele morir cuando es más vieja. No hay más que pensar en la común expresión popular "morir de viejo". Puntualicemos: nadie muere de viejo. O al menos nadie que haya sido real. Morimos siempre por alguna causa, pero entre ellas nunca se encuentra la vejez como tal. Envejecer, un proceso que prácticamente comienza desde que nacemos, alcanza a ciertas edades un estado que llamamos vejez. Esta situación de ser "viejos", "mayores" o "ancianos" –denominaciones todas con cierta carga social que dejo otorgar al lector– ha sido, además, un estado que ha ido cambiando de rango etario generacionalmente acorde a las transformaciones sociodemográficas que ha ido experimentando la sociedad española: especialmente cambios en la salud (Solé-Auró, 2016; Jones *et al.*, 2014; Abellán y Pujol, 2013) y en la esperanza de vida (García, 2014, 2015; Blanes, 2007).

A pesar de la crítica, en algo sí que acertaba Hayflick: cada vez mueren más personas en las

edades avanzadas. Debemos añadir: y además, esas edades avanzadas extienden sus fronteras cada vez más lejos. Por lo tanto, en general la población mundial vive más tiempo y se muere más tarde (Oeppen y Vaupel, 2002): es el triunfo de la longevidad, un logro humano sin precedente alguno en la historia que ha tenido como consecuencia un notable aumento del volumen de personas en edades avanzadas y, consecuentemente, un progresivo envejecimiento poblacional. Hay una gran evidencia empírica de tres procesos que rebaten las posiciones derivadas y análogas a las de Hayflick: la mortalidad ha descendido a las edades avanzadas y muy avanzadas (Rau *et al.*, 2008; Kannisto, 1994), la esperanza de vida, salvo catástrofes médicas, humanas o ambientales, ha crecido en todo el mundo (Mathers *et al.*, 2015; Vallin y Meslé, 2010), y la mortalidad, sobre todo en las edades avanzadas, ha demostrado tener gran plasticidad ante cambios sociales, políticos y sanitarios (Robine, 2003).

Si bien optimistas, también debemos ser cautos, ya que nos encontramos, por un lado, en un momento demográfico en el que las mejoras son cada vez más difíciles de conseguir y, por otro, en una situación de inestabilidad política y económica que, de diferentes maneras, ya está afectando a la salud y a la longevidad de algunas poblaciones demográficamente avanzadas (véanse, entre muchos otros, Castro-Martín *et al.*, 2015; Tapia-Granados, 2014; Stuckler *et al.*, 2011; Kentikelenis *et al.*, 2011).

El caso de España no es en absoluto ajeno a este contexto de envejecimiento de la población, de cambios en la salud de las personas mayores y, especialmente, de aumento de la longevidad. Con la intención de explorar las repercusiones de las interrelaciones de estos tres procesos en la sociedad española, este artículo plantea estudiar para su período más reciente, desde 1970 a la actualidad, 1) las tensiones entre vivir más-vivir peor y vivir menos-vivir mejor, 2) la transformación de la longevidad, 3) las diferencias en la duración de la vida entre varones y mujeres, 4) los factores que podrían estar detrás de la brecha de género y, finalmente, 5) los retos demográficos derivados de estos fenómenos a los que se debe enfrentar España en el futuro próximo. Para realizar los análisis asociados he utilizado datos de tablas de mortalidad para España de 1908 a 2014 procedentes del Human Mortality Database (HMD, 2016).

2. EN SOLO UN SIGLO ESPAÑA HA DOBLADO SU ESPERANZA DE VIDA

A principios de siglo XX la esperanza de vida al nacimiento en España apenas superaba los 40 años de media. En 2014 (último año disponible) ese mismo indicador se ha elevado a casi 83 años. Es decir, los españoles que nacieron en 2014 esperan vivir más del doble que sus paisanos de hace cien años. Jim Vaupel, investigador del Max Planck Institute of Demographic Research, suele empezar algunas de sus conferencias con la siguiente anécdota matemática (que he tomado amablemente prestada): es como si cada década hubiésemos ganado casi cuatro años de esperanza de vida al nacimiento; o como si cada año hubiéramos conseguido casi cinco meses más; o, y aquí acaban estas comparaciones, como si mientras en la hora escasa que tarden en leer este artículo ganaran veintitrés minutos de esperanza de vida al nacimiento. Dejando a un lado el chascarrillo numérico, las cifras resultan extraordinarias: una auténtica revolución en la longevidad.

Ahora bien, esta revisión de la longevidad estaría sesgada si no se diferenciara por sexo. La realidad y evolución demográficas de la longevidad y de su mortalidad asociada presentan unos rasgos diferenciales entre varones y mujeres que son precisos tener en cuenta para comprender en plenitud cuál ha sido el devenir de la duración de la vida en cualquier población. Además, estas tendencias han cambiado a lo largo del tiempo y, sin ánimo de revelar el final, el caso español ha experimentado una incipiente metamorfosis que cabe tomar en consideración.

Para situarnos conceptualmente, por longevidad se entiende la duración de la vida en una doble dimensión, 1) duración media, medida generalmente con la esperanza de vida al nacimiento, y 2) duración máxima, que indica que mucha más gente alcanza edades avanzadas cada vez más altas y que se mide por indicadores estructurales de población e indicadores demográficos como esperanzas de vida a edades avanzadas o la edad modal de muerte (Meslé, 2011: 352-353).

En estos términos, la longevidad española ha experimentado una enorme transformación.

Para describir la panorámica de la longevidad en España, analizo a continuación tres indicadores básicos: esperanzas de vida al nacimiento, esperanzas de vida condicionadas para edades avanzadas y edad modal de muerte.

En primer lugar, la esperanza de vida al nacimiento en 1908 era de 42,27 años para las mujeres y de 40,41 años para los varones (gráfico 1). La población española estaba marcada por una alta mortalidad infantil (que afecta enormemente a este indicador) y por una incidencia de enfermedades infecciosas y parasitarias que lastaban la salud y la vida de los niños, jóvenes y adultos (Gómez-Redondo, 1992). En 2014, en cambio, las cifras son harto diferentes: 85,61 y 80,09 años para mujeres y varones, respectivamente, una esperanza de vida que ahora está condicionada en su mayor parte por los cambios en mortalidad en las edades avanzadas. Esta conversión, verdaderamente espectacular, nos sitúa en el pódium mundial de la esperanza de vida al nacimiento femenina.

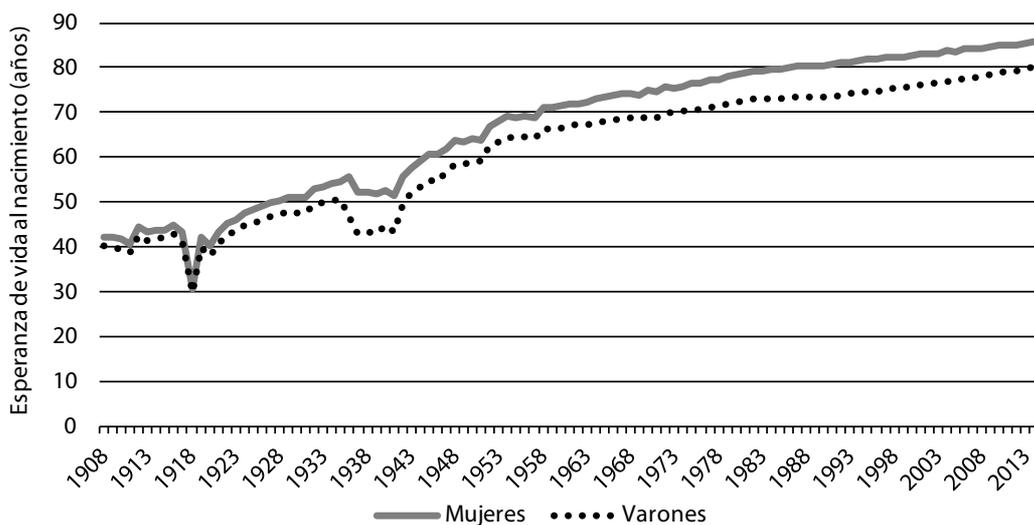
Para eliminar el efecto de la mortalidad prematura, describamos en segundo lugar las esperanzas de vida condicionadas a sobrevivir

a las edades 65, 80 y 90 años (denotadas $e_x, x > 0$, véase gráfico 2). La esperanza de vida a los 65 años ha pasado de 10,5 años en 1908 (10,8 y 10,2, mujeres y varones) a más de 21 años en 2014 (22,9 y 19,0), de modo que, al igual que al nacimiento, la duración media de la vida desde esa edad, considerada por muchos como el inicio de la vejez, se ha doblado. Por su parte, a los 80 años el aumento ha sido de 5,3 (5,6 y 4,9) a casi 10 años (10,5 y 8,7), es decir, que igualmente casi se ha doblado. Por último, la esperanza de vida a los 90 años ha pasado de 3,6 (4,1 y 3,6) a 4,7 años (5,0 y 4,3), un incremento más modesto, pero muy notable dado el punto de partida. Se vislumbra también cómo las diferencias por sexo se han agrandado secularmente, aspecto en el que se profundiza más adelante.

En tercer lugar, la edad modal de muerte a la adultez (M) es el indicador más relevante para medir la longevidad de una población (Kannisto, 2001). Se define como la edad a la que fallecen un mayor número de individuos en una tabla de mortalidad (sin tener en cuenta la mortalidad infantil, que marca otra moda). Mide muy bien la longevidad porque se centra en la duración de la vida de aquellos que no han padecido

GRÁFICO 1

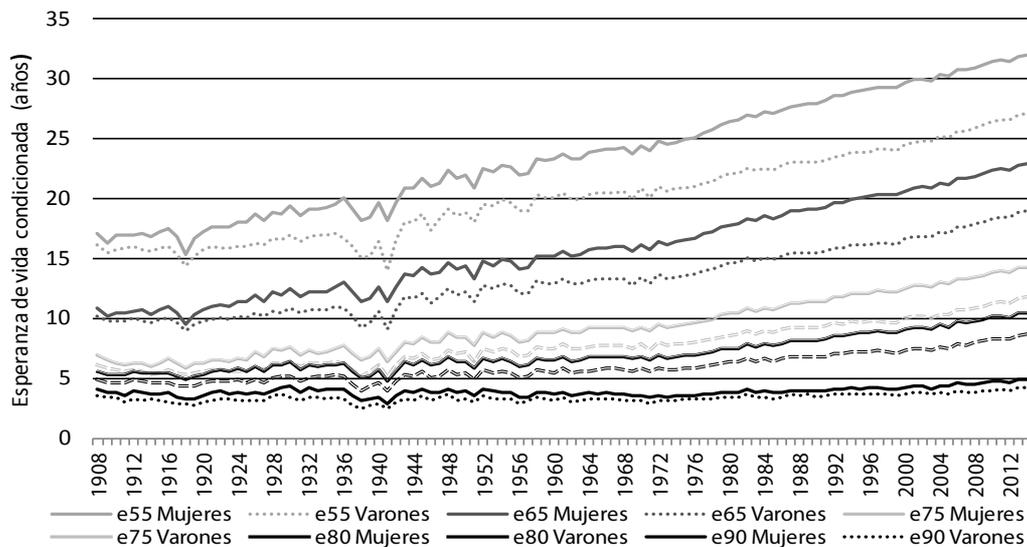
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO EN ESPAÑA, POR SEXO (1908-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

GRÁFICO 2

ESPERANZA DE VIDA A LOS 55, 65, 75, 80 Y 90 AÑOS EN ESPAÑA, POR SEXO (1908- 2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

CUADRO 1

EDAD MODAL DE MUERTE (M) Y ESPERANZA DE VIDA A LA EDAD DE MUERTE EN ESPAÑA, POR SEXO (1970-2014)

| Año | Edad modal de muerte (M) | | |
|----------------------|--------------------------|---------|-------------|
| | Mujeres | Varones | Ambos sexos |
| 1970 | 82,75 | 78,54 | 78,55 |
| 1975 | 82,9 | 76,22 | 82,45 |
| 1980 | 84,63 | 80,66 | 82,5 |
| 1985 | 85,51 | 80,13 | 84,67 |
| 1990 | 86,58 | 82,29 | 84,76 |
| 1995 | 86,6 | 81,72 | 86,05 |
| 2000 | 88,02 | 82,79 | 87,21 |
| 2005 | 89,14 | 83,43 | 87,54 |
| 2010 | 90,41 | 85,76 | 88,52 |
| 2014 | 90,38 | 87,07 | 89,42 |
| Diferencia 2014-1970 | 7,63 | 8,53 | 10,87 |

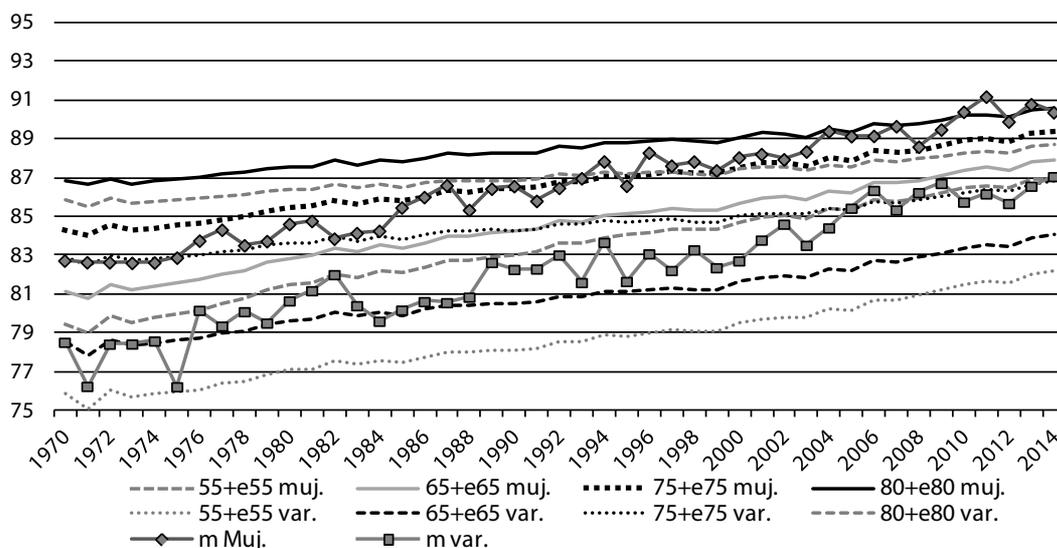
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

una muerte “prematura”, sino que fallecen en las edades en las que “tienen que” fallecer, dados los rasgos de la mortalidad de la población¹. Dados los problemas de redondeo de edades de fallecimiento existentes en España hasta la década de los setenta del siglo XX (García y Grande, 2016; García, 2015), es recomendable calcular *M* solamente desde 1970 (cuadro 1). Así, la edad modal de muerte ha aumentado en casi once años desde 1970 hasta 2014; es decir, la edad a la que fallecían más personas en España en 1970 fue de unos 78,5 años, mientras que en 2014 es de casi 90. Al diferenciar por sexo, las mujeres también se encuentran en vanguardia. Es más, si comparamos la tendencia española con la de otros países de baja mortalidad (Horiuchi *et al.*, 2013; Ouellette y Bourbeau, 2011; Canudas-Romo, 2008; Cheung y Robine, 2007), podemos comprobar que la evolución del crecimiento de *M* ha sido similar en cifras, pero en España se ha producido a un ritmo mucho más acelerado y, por consiguiente, en un período temporal considerablemente más corto.

¹ Algunos autores lo han llamado gráficamente la “cumbre de la edad avanzada” o *death heap*; por ejemplo, Horiuchi *et al.* (2013).

GRÁFICO 3

EDAD MODAL DE MUERTE ADULTA (M) Y TOTALES DE ESPERANZAS DE VIDA CONDICIONADAS ($55+e_{55}$, $65+e_{65}$, $75+e_{75}$, $80+e_{80}$) EN ESPAÑA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

Una opción para visualizar este cambio en la longevidad en España consiste en representar conjuntamente la edad modal de muerte con los totales de las esperanzas de vida condicionadas a ciertas edades, es decir, sumándoles la edad x a cada esperanza e_x (Horiuchi *et al.*, 2013). Dado que las segundas no se ven afectadas por la mortalidad a edades jóvenes y adultas, sino que solo se determinan a partir de la mortalidad a las edades avanzadas, cabe esperar que tendencialmente los totales de esperanzas de vida condicionadas sean similares a M . ¿Ocurre así en la población española? No exactamente. Como se ve en el gráfico 3, M aumenta de una forma más abrupta que $55+e_{55}$, $65+e_{65}$, $75+e_{75}$ ó $80+e_{80}$, que crecen a un ritmo más lento. Al compararlo con una simulación de desplazamiento de la mortalidad a edades avanzadas, Horiuchi *et al.* (2013) comprobaron que el patrón español era similar en otros países de baja mortalidad, por lo que las tendencias que se muestran en el gráfico 3 deben reflejar características generales de las esperanzas de vida condicionadas y de la edad modal de muerte, siendo este un mejor indicador del desplazamiento de la mortalidad a edades cada vez más avanzadas (especialmente porque no está sujeto a la constante de la edad condicionada).

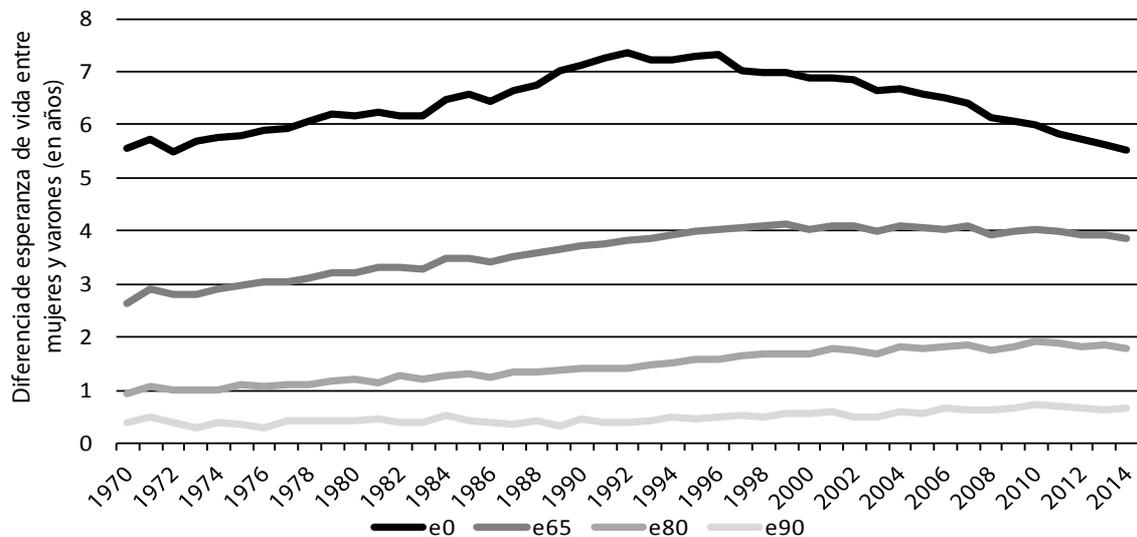
3. LOS VARONES ESTÁN AVANZANDO MÁS QUE LAS MUJERES

Por diversas razones sociales y biológicas, las mujeres siempre han estado a la vanguardia de la longevidad. La población española no ha sido un caso diferente y, como se ha visto en el apartado anterior, sus esperanzas de vida siempre se han situado por encima de las de los varones. Tan es así que la brecha de duración de la vida entre ambos sexos ha ido aumentando secularmente. Por poner el ejemplo de la esperanza de vida al nacimiento, la distancia pasó de menos de dos años en 1908 a más de siete en los años noventa, cuando alcanzó su máximo histórico. Cabe preguntarse si esta tendencia va a continuar en el futuro próximo con la misma consistencia o si bien se ha producido algún cambio que pueda afectarle.

Para comenzar, describamos la situación desde 1970 (gráfico 4). Al nacimiento, las diferencias entre mujeres y varones en la esperanza de vida al nacer y a diferentes edades avanzadas

GRÁFICO 4

DIFERENCIA EN LA ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO, A LOS 65, A LOS 80 Y A LOS 90 AÑOS ENTRE MUJERES Y VARONES EN ESPAÑA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

se incrementaron hasta 1995, año en que empezaron a descender paulatinamente. En cambio, a los 65, 80 y 90 años las distancias han sido menos acusadas, aunque desde finales de los años noventa también se ha observado una ligera estabilización, especialmente a los 65 años. Cabe preguntarse por qué ha podido darse este recorte tan relevante, sobre todo en la esperanza de vida al nacimiento, y se hace necesario clarificar qué papel ha desempeñado cada edad en ese cambio.

Para poder responder a esa cuestión, utilizo la técnica de descomposición de la esperanza de vida (Arriaga, 1984) con la metodología de Andreev, Shkolnikov y Begun (2002). Esta técnica permite descomponer en segmentos la mortalidad asociada a cualquier cambio entre dos esperanzas de vida, con el fin de averiguar las contribuciones que cada edad (o causa de muerte, que no se calcula en este artículo) aporta al cambio en la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres. Básicamente se trata de comparar el cambio en la tasa de mortalidad para cada edad y su incidencia en la contribución a la diferencia de la esperanza de vida por sexo. Con la intención de evitar los posibles sesgos que pudieran introducir años con sucesos excepcio-

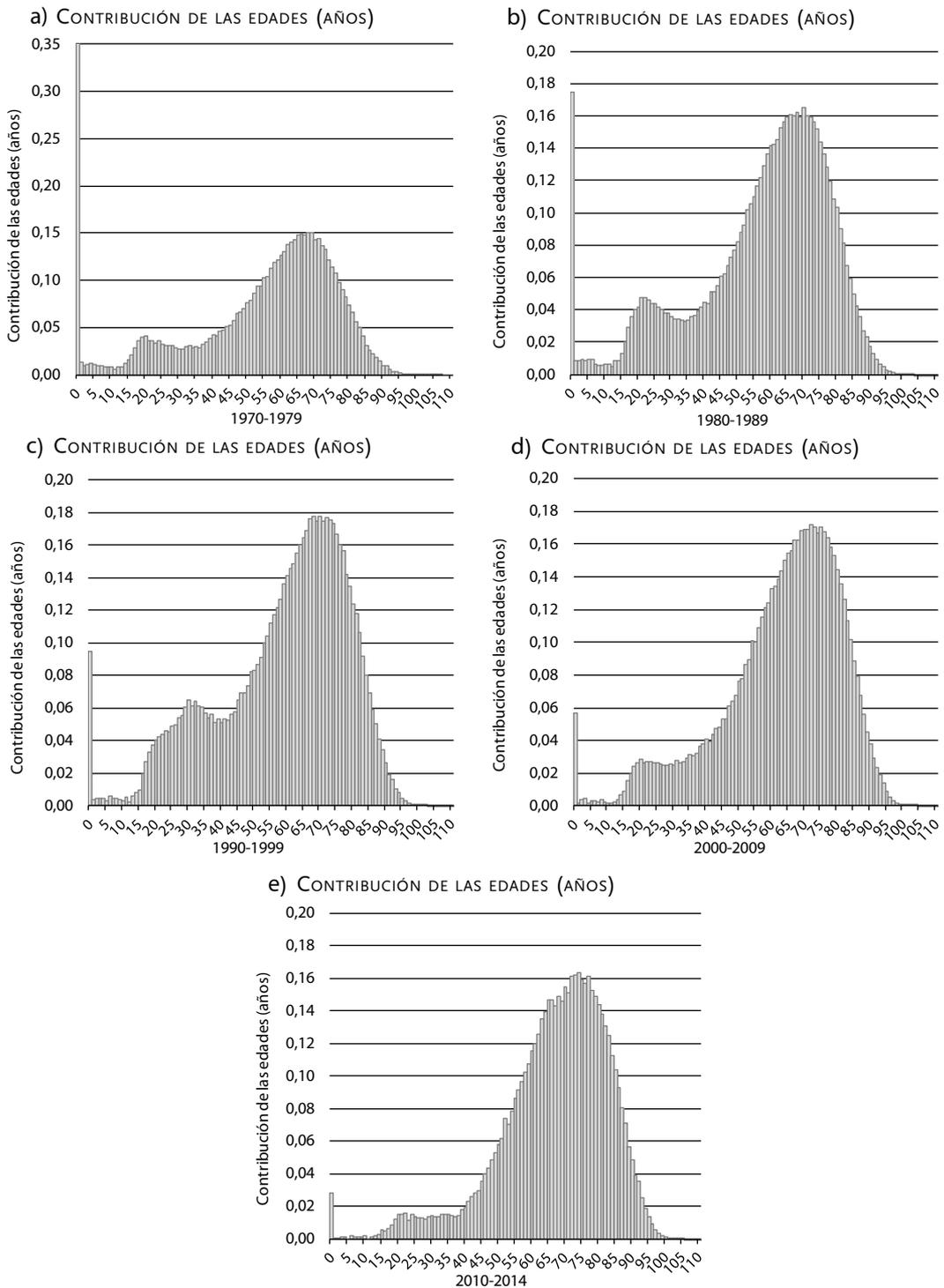
nales (como olas de calor, picos de alta incidencia de accidentes de tráfico o drogas, entre otros), se han calculado las tasas por décadas. Además, se han obviado las edades mayores de 100 años (generalmente favorables a los varones, posiblemente por un efecto estructura de bajo tamaño poblacional).

Planteado el marco metodológico, el cambio en las contribuciones por edad a la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres desde 1970 hasta la actualidad puede estudiarse desde dos perspectivas entrelazadas: por edad y por calendario.

En primer lugar, las contribuciones por edad han evolucionado con el cambio de una década a otra (gráfico 5), lo que analizo en tres grandes grupos de edad. Primero, las contribuciones de la mortalidad infantil han ido disminuyendo paulatinamente. En 1970 significaba aún un 6 por ciento de la contribución total a la brecha, porcentaje que desciende a menos del 1 por ciento en el siglo XXI (cuadro 2). De la misma manera ha ocurrido con la mortalidad de 1 a 15 años, cuya contribución a la brecha entre sexos desde la década de los noventa ya es menor al 1 por ciento. Segundo, también ha descendido

GRÁFICO 5

CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES, POR DÉCADAS (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

CUADRO 2

CONTRIBUCIONES RELATIVAS DE GRANDES GRUPOS DE EDAD A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA ENTRE MUJERES Y VARONES, POR DÉCADAS (1970-2014)

| <i>Grupo de edad</i> | <i>1970-79 (5,82)</i> | <i>1980-89 (6,48)</i> | <i>1990-99 (7,18)</i> | <i>2000-09 (6,55)</i> | <i>2010-2014 (5,74)</i> |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 0 | 6,09 | 2,7 | 1,32 | 0,87 | 0,49 |
| 1 a 15 | 2,58 | 1,84 | 0,99 | 0,78 | 0,44 |
| 16 a 39 | 13,09 | 14,05 | 16,53 | 9,97 | 5,52 |
| 40 a 64 | 37,86 | 37,16 | 34,29 | 33,89 | 31,5 |
| 65 a 79 | 32,89 | 34,42 | 34,82 | 37,61 | 40,13 |
| 80 a 89 | 6,88 | 8,93 | 10,78 | 14,64 | 18,39 |
| 90+ | 0,6 | 0,9 | 1,27 | 2,23 | 3,54 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

la contribución de la mortalidad de los jóvenes adultos de 16 a 39 años, si bien es reseñable un repunte hasta el 16,5 por ciento en la década de los noventa, que analizamos más adelante. Ya en la actualidad apenas supone una contribución del 5 por ciento. Y tercero, en cuanto a la contribución de las edades avanzadas, se aprecia que, por un lado, la mortalidad de los mayores jóvenes (de 65 a 79 años) ha ido creciendo del 33 por ciento en los setenta al 40 por ciento en este último lustro; y por otro –y estos son datos mucho más sustantivos–, la contribución relativa de los mayores de 80 a 89 años se triplica, mientras que la de los mayores de 90 años se multiplica por seis.

En segundo lugar, se comprueba el efecto calendario con la variabilidad de las contribuciones por edad de una década a otra (gráfico 6). De esta manera se mide el efecto que cada edad ha tenido para agrandar o encoger la diferencia de esperanza de vida entre varones y mujeres al pasar de una década a otra: si el valor se encuentra por debajo de cero, la mejora ha sido mayor en los varones y, por lo tanto, contribuye a estrechar la brecha; por el contrario, si el valor se encuentra por encima de cero, la mejora ha sido mayor en las mujeres y, por lo tanto, contribuye a aumentar la brecha.

Veamos cada cambio de década. De los años setenta a los ochenta, las únicas contribuciones al estrechamiento de la brecha provienen

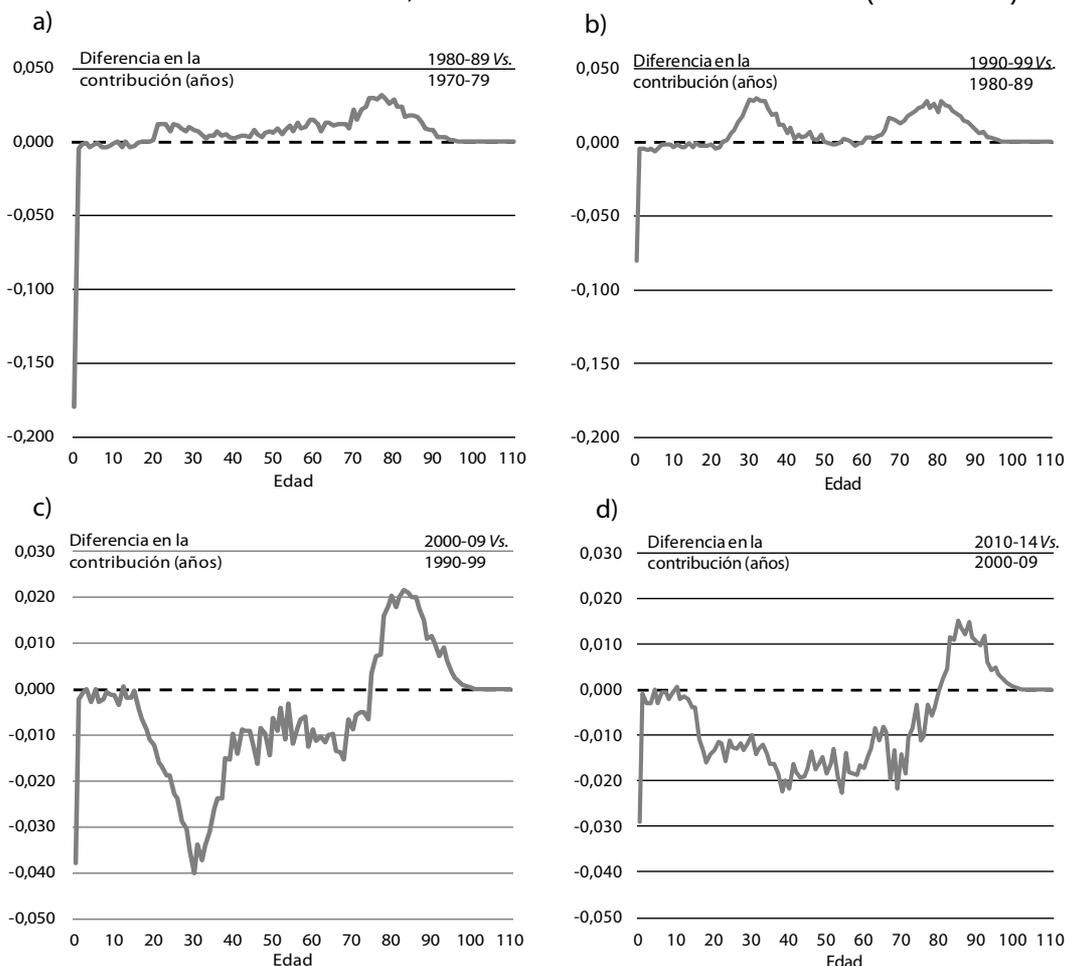
de la mortalidad infantil y juvenil, mientras que a partir de los 20 años, y especialmente entre los 60 y los 85 años, se observa un aumento de la contribución de la edad a la generación de la brecha. Se ve cómo hay un leve repunte en las edades de 20 a 30 años, consecuencia, como se explica más adelante, de los factores de riesgo negativos asociados a los jóvenes varones durante la década de los años ochenta: accidentes de tráfico, drogadicción y enfermedades relacionadas (caso del VIH/sida), y siniestralidad laboral.

El paso de los años ochenta a los años noventa estuvo condicionado por dos componentes. Por un lado, la coyuntura negativa de los varones (ya observada en el anterior cambio de década) se refleja en el cambio de contribuciones de los 20 a los 40 años, inmensamente favorables a las mujeres. Por otro lado, los considerables avances de las mujeres en la supervivencia de 60 a 100 años con respecto a los varones, que contribuyen en medio año al aumento de la brecha.

En el paso de los años noventa a la primera década del siglo XXI se da un vuelco a la situación. Durante el primer lustro de los noventa la brecha entre varones y mujeres alcanza unos máximos en torno a los 7,3 años, y a partir de 1996 comienza a disminuir ostensiblemente. Esta inversión de la tendencia es fascinante desde el punto de vista demográfico, ya que rompe con el aumento sostenido de la diferencia de esperanza de vida al nacimiento que se había dado durante todo el

GRÁFICO 6

CAMBIO PRODUCIDO EN LAS CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES DE UNA DÉCADA A OTRA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016).

siglo XX. Así, con el cambio de milenio los varones recortan más de 0,6 años. Como se ve en el gráfico 6c, la mejora de la mortalidad de los varones con edades entre 15 y 75 años es notablemente mayor que la de las mujeres, contribuyendo a disminuir la brecha en 0,87 años. Frente a ello, la mortalidad de las mujeres tiene un mejor comportamiento que la de los varones de los 76 a los 100 años, lo que hace aumentar la brecha de esperanza de vida en 0,29 años. La mala posición de salida con la que partían los varones de 1990 a 1999, tras la debacle de los años ochenta y las secuelas de los noventa, jugó muy a favor del recorte de la ventaja. Ahora bien, cabe preguntarse si esta inversión de tendencia se ha mantenido en el tiempo.

La respuesta es afirmativa. En el paso de la primera década del siglo XXI al lustro 2010-2014 la tendencia no solo se ha mantenido, sino que se ha acentuado. Entre ambos periodos los varones han recortado 0,81 años, dos décimas más que en el cambio de década anterior. El rango etario de recortes por parte de los varones se amplía desde los 10 a los 80 años, edades cuya mejora de la mortalidad con respecto a las mujeres consigue reducir la brecha de esperanza de vida al nacimiento en 0,92 años, un dato espectacular para tan poco tiempo. Las mujeres, por su parte, siguen a la vanguardia de la mortalidad en las edades más avanzadas, si bien han comprimido el intervalo de edad en el que superan a los varones de los 80 a los 100

años, cuyas contribuciones aumentan la diferencia en apenas 0,15 años.

El resumen de estas dos perspectivas nos deja cuatro sucesos destacables en la evolución de la brecha de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y varones de 1970 a 2014. En primer lugar, la mejora de la mortalidad infantil siempre ha sido favorable a los varones. En segundo lugar, el muy calamitoso período de 1985 a 1995 para los varones de 20 a 40 años se tornó en muy beneficioso a partir de entonces, superando con creces las pérdidas previas. En tercer lugar, el siglo XXI trajo consigo una mejora de la mortalidad de los varones (con respecto a las mujeres) de los adultos-mayores y de los mayores-jóvenes, un hecho significativo de su avance en la transición de la mortalidad. Y en cuarto lugar, las mujeres han aumentado la brecha frente a los varones, gracias a su posición preponderante en las edades avanzadas; sin embargo, se ha comprimido el rango etario en el que mejoran con respecto a los varones.

4. POSIBLES EXPLICACIONES AL ESTRECHAMIENTO DE LA BRECHA DE ESPERANZA DE VIDA ENTRE MUJERES Y VARONES

¿Qué hay detrás de este entramado de cifras? Se pueden inferir dos ideas. En primer lugar, se ha producido una traslación de las contribuciones de las edades más jóvenes a las edades avanzadas, un hecho que ya habían puesto de manifiesto Blanes (2007) y García (2015), entre otros, lo que es un síntoma manifiesto de las mejoras en la mortalidad prematura de la población española. En segundo lugar, los datos aportados aquí ofrecen una primera información sobre dónde han mejorado más las mujeres respecto a los varones (aquellos grupos de edad que aumentan su contribución a la brecha, como son las edades avanzadas) y dónde han mejorado más los varones respecto a las mujeres (aquellos grupos de edad que disminuyen su contribución, como son los niños, los jóvenes y los adultos).

El resultado indica la posición de cada sexo en la transición de la mortalidad. Por un lado, los varones se encuentran indudablemente por detrás de las mujeres, pero están empezando a disminuir su mortalidad prematura (hasta los 64

años) con respecto a ellas. En todo caso, esto no significa que las mujeres lo estén “haciendo mal” en esas edades, sino que los varones lo están “haciendo mejor”. O mejor dicho, los varones no se están comportando tan mal como antes a esas edades: la mortalidad por conductas individuales y potencialmente evitables ha disminuido muchísimo, en especial la relacionada con los accidentes de tráfico (Gómez-Redondo, 1995), la drogadicción y las enfermedades asociadas con ella, como el VIH/sida (Vallin, Meslé y Valkonen, 2001), y la siniestralidad laboral (López, 2002) durante los años ochenta y principios de los noventa, situación que se revierte a finales de los noventa y ya en el siglo XXI (Gómez-Redondo y Boe, 2005). Además, las mujeres consiguieron las mejoras más importantes a esas edades años atrás, de modo que, en términos relativos respecto a los varones, les resulta más complicado disminuir su mortalidad. Por otro lado, el panorama que hay en las edades avanzadas cambia las tornas. De nuevo, las mujeres se sitúan en la vanguardia de la supervivencia, pero en este caso mucho más por delante. Las contribuciones de los 65 años en adelante favorecen a las mujeres, lo que significa que la mortalidad femenina a esas edades está descendiendo a un ritmo bastante superior que la masculina. Otra vez se evidencia que ambos sexos lo están “haciendo bien”, ya que disminuye la mortalidad de ambos grupos, pero el ritmo de descenso femenino es mucho mayor que el masculino.

En este sentido han jugado un papel fundamental tres factores. Primero, la mayor prevalencia del tabaquismo en los varones ha tenido un efecto devastador en la mortalidad por tumores y las enfermedades respiratorias, que ha superado en gran medida a la mortalidad femenina, cuyas generaciones de mayores de 65 años en el período estudiado han presentado bajas tasas de consumo de tabaco (Peto *et al.*, 2006). Así, la mayor mortalidad por tumores de la población masculina ha sido el principal motor del aumento del *gap* de esperanza de vida al nacimiento entre mujeres y varones, al menos hasta inicios del siglo XXI (García, 2015; Blanes, 2007). Segundo, la demográficamente llamada “revolución cardiovascular” ha sido un generador de esperanza de vida para ambos sexos desde 1970 hasta la actualidad (García, 2013), si bien las mejoras relativas han sido mayores para varones y, además, ha ido perdiendo importancia a lo largo del tiempo (García, 2015). Su efecto se debe probablemente a una combinación de factores demográficos, ya sea por el efecto cohorte

de generaciones que han vivido en condiciones duras y de escasez (González *et al.*, 2006; Van Poppel y Liefbroer, 2005) o por efectos biológicos provenientes de la estancia intrauterina del feto (Barker, 2008) o en la infancia (Barker *et al.*, 1989). Ahora bien, respecto a la brecha de esperanza de vida por sexo el efecto ha sido diferencial. Las ganancias relativas han sido notablemente mayores para los varones, especialmente en la década de los años ochenta, cuando supusieron casi el 80 por ciento de la contribución para estrechar la brecha, un porcentaje que se redujo en las dos décadas posteriores hasta aproximadamente un 20 por ciento (García, 2015; Blanes, 2007). Se produce de nuevo una traslación temporal de ganancias de esperanza de vida por la reducción de la mortalidad cardiovascular: las mujeres consiguieron sus grandes contribuciones un par de décadas antes que los varones, que comenzaron a alzar el vuelo cuando ellas ya habían realizado sus grandes avances. En todo caso, no hay que menospreciar esos notables procesos de mejora masculina en las edades avanzadas. Y tercero, la contribución de las causas externas ha sido desigual a lo largo de las décadas: en los años ochenta favoreció notablemente al aumento de la diferencia entre varones y mujeres, mientras que en las dos siguientes décadas se ha convertido en el principal factor explicativo de la disminución.

5. A LOS 65 AÑOS LA BRECHA DE ESPERANZA DE VIDA POR SEXO TAMBIÉN SE ACORTA, PERO MENOS

Al replicar estos cálculos para la esperanza de vida condicionada a los 65 años, se elimina el efecto que pudiera tener la mortalidad prematura en la duración de la vida, lo cual permite obtener un indicador de longevidad más fiable. No obstante, debemos ser conscientes de que, en general, la esperanza de vida al nacimiento sigue siendo el indicador de uso más común, por lo que aquí se presenta una revisión más concisa de la evolución de la brecha en la esperanza de vida entre mujeres y varones a la edad de 65 años desde 1970 hasta la actualidad (2014).

Durante el final del siglo XX, la brecha no hizo más que aumentar, pasando de una diferen-

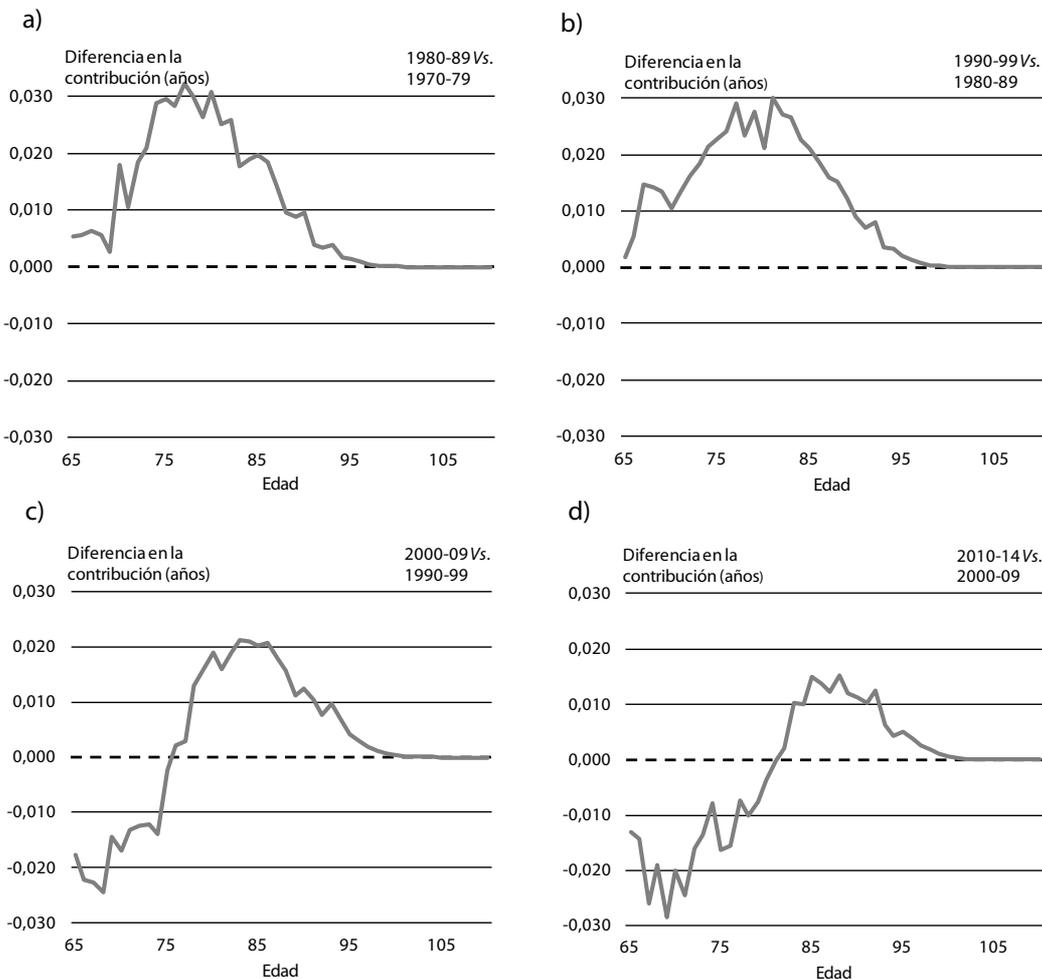
cia favorable a las mujeres de 2,63 años en 1970 a un máximo de 4,12 en 1999. Desde entonces se ha producido una tendencia análoga a la observada en la esperanza de vida al nacimiento: una disminución sostenida durante los últimos quince años, situándose la brecha de 2014 en 3,87 años. Si bien este descenso ha sido de solo 0,25 años y se ha dado de una manera muy leve, esta desaceleración y el posterior decremento suscitan mucho interés, que debe, no obstante, acompañarse de altas dosis de prudencia.

Los factores del cambio en la brecha se pueden ver de nuevo desde el cambio en las contribuciones por edad: en el conjunto del período, las mujeres presentan mejores tasas de mortalidad desde los 90 años, mientras que los varones registran mayores ganancias relativas de los 65 a esos 90 años. Si se descompone la brecha por el cambio producido entre décadas, tarea más coherente dada la diversidad generacional, se observan dos grandes procesos (gráfico 7). Primero, desde los años setenta a los ochenta, y desde los ochenta a los noventa, el cambio en las contribuciones ha sido favorable a incrementar la brecha de la esperanza de vida a los 65 años a favor de las mujeres. Y segundo, desde los noventa a la primera década del siglo XXI, y desde esta al siguiente lustro, se ha producido una diversificación de las contribuciones que ha resultado en la leve disminución de la brecha: las mujeres dejan de ser dominantes en el cambio en las contribuciones. En el primer cambio de década (2000-2010), los varones mejoran relativamente a las mujeres de los 65 a los 75 años, mientras que a partir de entonces ese rango aumenta de los 65 a los 80 años.

De los datos se desprenden asimismo dos conclusiones. En primer lugar, se ha dado una inversión de la tendencia previa: en los últimos veinte años, la supervivencia de los varones de 65 a 80 años ha mejorado a la de las mujeres de ese mismo rango de edad. De nuevo esto no significa que las mujeres estén aumentando su mortalidad a esas edades, sino que los varones la están disminuyendo en mayor medida que las mujeres. Por lo tanto, a la luz de los datos disponibles, se está produciendo una transformación en la posición de cada sexo en la transición de la mortalidad. En segundo lugar, las contribuciones por causa de muerte son muy similares a las que había en la esperanza de vida al nacimiento, con una clara prevalencia de los tumores y las enfermedades respiratorias entre los varones (de

GRÁFICO 7

CAMBIO PRODUCIDO EN LAS CONTRIBUCIONES DE LAS EDADES SIMPLES A LA DIFERENCIA DE ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO ENTRE MUJERES Y VARONES DE UNA DÉCADA A OTRA (1970-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de HMD (2016)..

nuevo asociada al tabaquismo), que incrementan la brecha, y un peor desempeño relativo de la mortalidad cardiovascular entre las mujeres, que la disminuye.

6. ¿HACIA UN CAMBIO DE TENDENCIA? REFLEXIONES Y RETOS DEMOGRÁFICOS FUTUROS

Desde finales del siglo XX la brecha de esperanza de vida se ha recortado notable-

mente al nacimiento y levemente a los 65 años. Esta evolución de las diferencias de esperanza de vida entre varones y mujeres tanto al nacimiento como a los 65 años muestra que en los últimos veinte años se ha producido un cambio de tendencia y que, probablemente, nos encontramos ante un nuevo escenario de la duración de la vida en España. Es lo que parece haber ocurrido en otros países de baja mortalidad con grandes similitudes con la población española, como es Francia (Meslé, 2004, 2006), así como en la mayoría de países de la OCDE (Liu *et al.*, 2012), con la sobresaliente excepción de Japón, el líder mundial en esperanza de vida.

Ahora bien, a pesar de las similitudes con otros países y de las evidencias que se presentan en este artículo, se impone la prudencia a la hora de evaluar el caso español y, sobre todo, es preciso reflexionar profundamente antes de proyectar esta evolución observada al futuro próximo.

La metamorfosis de la brecha entre mujeres y varones en la esperanza de la vida de la población española se establece sobre dos pilares. Por un lado, las mejoras de la mortalidad de los varones desde el nacimiento hasta los 75-80 años han superado a las correspondientes mejoras de las mujeres. Por otro, y relacionado con lo anterior, los varones han reducido ostensiblemente su mortalidad por causas externas y enfermedades cardiovasculares, si bien aún siguen algo por detrás de las mujeres en cuanto a la mortalidad por tumores.

De estos dos factores resultan dos reflexiones en las que debe primar la cautela. En primer lugar, aún debe confirmarse que la mortalidad de los varones a las edades avanzadas siga disminuyendo más que la de las mujeres a las edades que marcan la juventud y la etapa adulta y, sobre todo, habrá que comprobar el grado de convergencia entre los más mayores, especialmente a partir de los 80 años: ¿mejorarán los varones más que las mujeres o consolidarán estas su posición de vanguardia en las edades más avanzadas? En todo caso, se espera que ambos sexos sigan mejorando su mortalidad a todas las edades.

En segundo lugar, es conveniente prestar mucha atención a la evolución de la mortalidad por tumores, que es la que más está aumentando su importancia relativa en el cambio de la esperanza de vida en España (Gómez-Redondo, García y Faus, 2014), por supuesto atendiendo a cada tipo de tumor, con sus características específicas. En este sentido, gran parte de la mortalidad por tumores se debe a comportamientos que, en ocasiones, están asociados al sexo y a las cohortes a las que pertenecen los afectados. Así, las mujeres nacidas de 1950 a 1970, que en la actualidad tienen entre 45 y 65 años, han experimentado un proceso de masculinización de dos factores de riesgo.

Por un lado, ha aumentado su consumo de alcohol (Instituto de la Mujer, 2006); aunque se ha propuesto una hipótesis de convergencia similar a la que se ha dado en el tabaquismo, realmente aún se observan diferencias muy

importantes entre varones y mujeres (Galán, González y Valencia-Martín, 2014), muy probablemente debidas a factores sociales y culturales relacionados con la asunción patriarcal del rol doméstico de la mujer, cuyas tareas serían incompatibles con el consumo de alcohol (Wilsnack *et al.*, 2000). Hay que destacar que en 2011 se produjeron en España más de 23.000 muertes relacionadas con el alcohol, de las que el 70 por ciento fueron de varones. Una buena noticia es, sin duda, el descenso de la mortalidad relacionada con el consumo alcohol, tanto para varones como para mujeres, desde 1981 hasta 2009, con un ligerísimo repunte desde 2010, si bien la mortalidad directamente atribuible al alcohol se ha mantenido estable durante todo el siglo XXI (Pulido *et al.* (2014).

Por otro lado, el consumo de tabaco prácticamente se ha igualado para las generaciones que aún no han cumplido los 60 años (Peto *et al.*, 2006), lo que podría tener un efecto muy acusado en la mortalidad por enfermedades asociadas al tabaquismo, esencialmente el cáncer de pulmón, tráquea, bronquios y laringe, cuyas tasas de mortalidad para las mujeres de 65 años o más son muy reducidas en términos absolutos y en términos relativos con respecto a los varones (Gómez-Redondo, García y Faus, 2014). Sin embargo, desde 2001 la mortalidad atribuible al tabaquismo ha descendido entre los varones y ha aumentado entre las mujeres (Banegas *et al.*, 2011; Hernández-García, Saénz-González y González-Celador, 2010). Por poner un ejemplo, en el año 2012 se atribuyeron al tabaquismo en España más de 70.000 muertes, un 15 por ciento del total, cifras que han ido aumentando en general en los últimos 20 años, sobre todo entre los varones (Gutiérrez-Abejón *et al.*, 2015). Dados estos antecedentes, es razonable pensar que para cuando las mujeres fumadoras de las cohortes de 1955 en adelante lleguen a las edades avanzadas, en las que suele darse la mayor incidencia de la mortalidad asociada al tabaquismo, se producirá un aumento significativo de esas tasas de mortalidad. Habrá que estar pendientes de esta evolución que, sin duda, tendría un destacado efecto en la brecha de esperanza de vida entre varones y mujeres. A pesar de ello, hay datos esperanzadores para el largo plazo, con una disminución de la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes (Ariza *et al.*, 2014; Villalbí *et al.*, 2012).

Todo lo expuesto hasta aquí conduce lógicamente a plantearse dos preguntas finales. Una,

¿va a seguir creciendo la esperanza de vida de la población española como hasta ahora? Y dos, ¿se va a seguir dando el proceso de convergencia de la duración de la vida de varones y mujeres? No hay respuestas tajantes a ninguna de las dos cuestiones, pero la experiencia acumulada indica que lo más probable es que se mantengan estas pautas que, en el caso de la esperanza de vida, muestra una regularidad secular, y en el caso de la brecha por sexo, parece dibujar un nuevo escenario de acercamiento de los varones a las mujeres. Ahora bien, estas respuestas merecen la consideración de tentativas, toda vez que la evolución de estas variables depende de la evolución de las condiciones sociosanitarias y los perfiles epidemiológicos de la sociedad y la población españolas.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A., y R. PUJOL (2013), "Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos", *Informes envejecimiento en red*, 1, julio (<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>).

ANDREEV, E. M.; SHKOLNIKOV, V. M., y A. Z. BEGUN (2002), "Algorithm for decomposition of differences between aggregate demographic measures and its application to life expectancies, healthy life expectancies, parity-progression ratios and total fertility rates", *Demographic Research*, 7: 499-5922.

ARIZA, C.; GARCÍA-CONTINENTE, X.; VILLALBÍ, J. R.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F.; PÉREZ, A., y M. NEBOT (2014), "Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años", *Gaceta Sanitaria*, 28(1): 25-33.

ARRIAGA, E. E. (1984), "Measuring and explaining the change in life expectancies", *Demography*, 21(1): 83-96.

BANEGAS, J. R. et al. (2011), "Smoking-attributable Deaths in Spain, 2006", *Medicina Clínica*, 136(3): 97-101.

BARKER, D. (2008), "The intrauterine origins of cardiovascular disease", *Acta Paediatrica*, 82: 93-9.

BARKER, D.; OSMOND, C.; WINTER, P.; MARGETTS, B., y S. J. SIMMONDS (1989), "Weight in infancy and death from ischaemic heart disease", *Lancet*, 334: 577-80.

BLANES, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX: Análisis demográfico y territorial*, Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.

CANUDAS-ROMO, V. (2008), "The modal age at death and the shifting mortality hypothesis", *Demographic Research*, 19: 1179-1204.

CASTRO-MARTÍN, T.; MARTÍN-GARCÍA, T.; ABELLÁN, A.; PUJOL, R., y D. PUGA (2015), "Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española", *Panorama Social*, 22: 43-60.

CHEUNG, S. L. K., y J. M. ROBINE (2007), "Increase in common longevity and the compression of mortality: The case of Japan", *Population studies*, 61(1): 85-97.

GALÁN, I.; GONZÁLEZ, M., y J. L. VALENCIA-MARTÍN (2014), "Patrones de consumo de alcohol en España: un país en transición", *Revista Española de Salud Pública*, 88(4): 529-540.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2013), "Contribuciones de la mortalidad cardiovascular a la esperanza de vida de la población española de 1980 a 2009", *Revista Española de Cardiología*, 66(11): 848-853.

— (2014), "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148: 39-60.

— (2015), *La transformación de la longevidad en España de 1910 a 2009*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M., y R. GRANDE (2016), "Calidad de las estadísticas de mortalidad a edades avanzadas en España", en *XI Congreso de la Asociación de Demografía Histórica*, (en prensa), junio 2016, Cádiz (España).

GÓMEZ REDONDO, R. (1992), *La mortalidad infantil española en el siglo XX*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

— (1995), "Vejez prolongada y juventud menguada en España, 1970-1990", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72: 79-108.

GÓMEZ-REDONDO, R., y C. BOE (2005), "Decomposition analysis of Spanish life expectancy at birth: Evolution and changes in the components by sex and age", *Demographic Research*, 13: 521-546.

GÓMEZ-REDONDO, R.; GARCÍA GONZÁLEZ, J. M., y A. FAUS (2014), "Changes in Mortality at Older Ages: the Case of Spain (1975-2006)", en ANSON, J., y M. LUY (eds.), *Mortality in an International Perspective*, Berlín, Springer.

GONZÁLEZ, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; NOLASCO, A.; PINA, J. A., y M. J. MEDRANO (2006), "El hambre en la Guerra Civil y la mortalidad por cardiopatía isquémica: una perspectiva desde la hipótesis de Barker", *Gaceta Sanitaria*, 20: 360-7.

GUTIÉRREZ-ABEJÓN, E.; REJAS-GUTIÉRREZ, J.; CRIADO-ESPEGEL, P.; CAMPO-ORTEGA, E. P.; BREÑAS-VILLALÓN, M. T., y N. MARTÍN-SOBRINO (2015), "Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012", *Medicina Clínica*, 145(12): 520-525.

HAYFLICK, L. (1988), "The Likely Health, Longevity, and Vitality of Future Cohorts of Mid-Life and Older Persons", conferencia celebrada en la *American Association of Retired People (AARP)*, Washington DC, 28 de agosto.

HERNÁNDEZ GARCÍA, I.; SÁENZ GONZÁLEZ, M. C., y R. GONZÁLEZ-CELADOR (2010), "Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006", *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(1): 23-33.

HORIUCHI, S.; OUELLETTE, N.; CHEUNG, S. L. K. y J. M. ROBINE (2013), "Modal age at death: lifespan indicator in the era of longevity extension", *Vienna Yearbook of Population Research*: 37-69.

HUMAN MORTALITY DATABASE (2016), *Period lifetables. Spain* (<http://www.mortality.org/>).

INSTITUTO DE LA MUJER (2007), *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

JONES, O. R. et al. (2014), "Diversity of ageing across the tree of life", *Nature*, 505(7482): 169-173.

KANNISTO, V. (1994), "Reductions in mortality at advanced ages: Several decades of evidence from 27 Countries", *Population and Development Review*, 20: 793-809.

— (2001), "Mode and Dispersion of the Length of Life", *Population*, 13: 159-171.

KENTIKELIS, A.; KARANIKOLOS, M.; PAPANICOLAS, I.; BASU, S.; MCKEE, M., y D. STUCKLER (2011), "Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy", *Lancet* 378(9801): 1457-1458.

LIU, Y.; ARAI, A.; KANDA, K.; LEE, R. B.; GLASSER, J., y H. TAMASHIRO (2013), "Gender gaps in life expectancy: Generalized trends and negative associations with development indices in OECD countries", *European Journal of Public Health*, 23(4), 563-568.

LÓPEZ JIMÉNEZ, A. (2002), "Youth in the 1990s and youth in the 1960s in Spain: Intergenerational dialogue and struggle", en EDMUNDS, L. y B. S. TURNER (eds.), *Generational consciousness, narrative, and politics*, Maryland, Rowman and Littlefield.

MATHERS, C. D.; STEVENS, G. A.; BOERMA, T.; WHITE, R. A., y M. I. TOBIAS (2015), "Causes of international increases in older age life expectancy", *The Lancet*, 385(9967): 540-548.

MESLÉ, F. (2004), "Écart d'espérance de vie entre les sexes: les causes du recul de l'avantage féminin", *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52 (4): 333-352.

— (2006), "Recent improvements in life expectancy in France: men are starting to catch up", *Population* (english edition), 61(4): 365-387.

— (2011), "Longevité", en MESLÉ, F.; TOULEMON, L., y J. VÉRON, *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, Paris, INED: 352-353.

OEPPEL, J., y J. W. VAUPEL (2002), "Broken limits to life expectancy", *Science*, 296(5570): 1029-1031.

OUELLETTE, N., y R. BOURBEAU (2011), "Changes in the age-at-death distribution in four low mortality countries: A nonparametric approach", *Demographic Research*, 25: 595-628.

PETO, R. et al. (2006), *Mortality from smoking in developed countries. 1950-2000. Spain*, (2ª ed.), Oxford, Oxford University Press.

PULIDO, J.; INDAVE-RUIZ, I.; COLELL-ORTEGA, E.; RUIZ-GARCÍA, M.; BARTROLI, M., y G. BARRIO (2014), "Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol", *Revista Española de Salud Pública*, 88(4): 493-513.

RAU, R.; SOROKO, E.; JASILIONIS, D., y J. W. VAUPEL (2008), "Continued reductions in mortality at advanced ages", *Population and Development Review*, 34(4): 747-768.

ROBINE, J. M. (2003), "Life Course, environmental change, and life span", *Population and Development Review*, 29: 229-238.

SOLÉ-AURÓ, A. (2016), "La salud de los europeos mayores de 80 años", *Panorama Social*, 23.

STUCKLER, D.; BASU, S.; SUHRCKE, M.; COUTTS, A., y M. MCKEE (2011), "Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data", *Lancet*, 378(9786): 124-125.

TAPIA, J. A. (2014), "La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?", *Salud colectiva*, 10(1): 81-91.

VALLIN, J., y F. MESLÉ (2010), "Espérance de vie: peut-on gagner trois mois par an indéfiniment?", *Population et Sociétés*, 473: 1-3.

VALLIN, J.; MESLÉ, F., y T. VALKONEN (2001), *Trends in mortality and differential mortality*, Bruselas, Council of Europe.

VAN POPPEL F., y A. C. LIEFBROER (2005), "Living conditions during childhood and survival in later life: study design and first results", *Historical Social Research / Historische Sozialforschung*, 30: 265-85.

VILLALBÍ, J. R.; SUELVES, J. M.; GARCÍA-CONTINENTE, X.; SALTÓ, E.; ARIZA, C., y C. CABEZAS (2012), "Cambios en la prevalencia del tabaquismo en los adolescentes en España", *Atención Primaria*, 44(1): 36-42.

WILSNACK R. W.; VOGELTANZ, N. D.; WILSNACK S. C.; HARRIS T. R.; AHLSTROM S.; BONDY, S. et al. (2000), "Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns", *Addiction*, 95: 251-65.

La salud de los europeos mayores de 80 años

AÏDA SOLÉ-AURÓ*

RESUMEN*

Las personas que ya han alcanzado los 80 años viven ahora más que nunca. La salud desempeña un papel importante para comprender cuánto tiempo y con qué calidad de vida se vivirá. Este artículo analiza la salud de los europeos de edades avanzadas en catorce países industrializados a través de muestras representativas a nivel nacional. Aunque aquellos países con mayor esperanza de vida femenina a los 80 años (Francia y Suiza) presentan una mayor supervivencia a esa edad, no es en ellos donde los mayores tienen mejor salud. Los españoles de edades más avanzadas registran una esperanza de vida mayor que los residentes en los países nórdicos, pero también más problemas funcionales, mayor obesidad y más síntomas depresivos. Las características de los europeos de 80 y más años se diferencian notablemente en formas que pueden afectar a su salud y bienestar.

1. INTRODUCCIÓN

A medida que la esperanza de vida ha aumentado, aproximándose a la "cuarta edad", vivir bien hasta los 80 años se ha convertido en la norma (Baltes y Mayer, 1998; Laslett, 1991). Es, por lo tanto, crucial estudiar el envejecimiento de la población, un desafío social fundamental,

* Universitat Pompeu Fabra, Barcelona (aida.sole@upf.edu).

para enfrentarnos adecuadamente a un posible incremento de años de vida con problemas de salud a lo largo del ciclo vital (Solé-Auró y Alcáñiz, 2015). En este artículo se examinan las diferencias en la salud de la población mayor de 80 años en catorce países europeos. Las muestras entrevistadas incluyen a personas nacidas antes de 1934 en Europa, un grupo con experiencias vitales muy diversas. Son, además, generaciones cuya infancia se desarrolló antes de que los antibióticos estuvieran disponibles de manera regular; hombres y mujeres que estaban en la flor de la vida durante la Segunda Guerra Mundial y la Guerra Civil Española, y que experimentaron el período de creciente prosperidad económica de posguerra. La diversidad entre esos mayores de 80 años es enorme. Algunos vivieron circunstancias mucho más difíciles durante la guerra; otros pertenecieron a sociedades más rurales y agrarias;

* Este artículo usa datos de las olas 1, 2, 3 de SHARE (SHARELIFE), 4 y 5 (DOIs: 10.6103/SHARE.w1.260, 10.6103/SHARE.w2.260, 10.6103/SHARE.w3.100, 10.6103/SHARE.w4.111, 10.6103/SHARE.w5.100). La recogida de datos de SHARE fue financiada principalmente por la Comisión Europea a través de FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812) y FP7 (SHARE-PREP: N°211909, SHARE-LEAP: N°227822, SHARE M4: N°261982). Se agradece también la financiación adicional del Ministerio de Educación e Investigación de Alemania, el National Institute of Aging de Estados Unidos (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGH4_04-064) y varias instituciones nacionales (véase www.share-project.org).

la prosperidad económica difirió entre países y afectó de manera distinta en función de la edad; los patrones familiares eran distintos, por lo que la probabilidad de que estén envejeciendo con un cónyuge y con (varios) hijos también difiere. Los niveles educativos de esas cohortes varían asimismo de forma sustancial entre países, de modo que también lo hace la propensión a haber desempeñado trabajos manuales o profesionales, y a vivir en un área rural o urbana. Con tal diversidad de historias de vida, podríamos esperar que la población en la “cuarta edad” tuviera diferentes condiciones de salud en los distintos países europeos, en función de la diversidad de sus vidas y comportamientos o hábitos de salud, de sus situaciones familiares y de hogar; una diversidad debida tanto a diferencias históricas como de conductas actuales de la población y de políticas de cada país.

Dado este contexto, este artículo pasa revista a múltiples dimensiones de la salud de las personas de 80 años y más que viven en catorce países europeos para los que se han armonizado los datos de encuestas recientes¹. Las dimensiones de la salud investigadas incluyen funcionalidad, enfermedad y prevalencia de factores de riesgo. La disponibilidad de indicadores de salud comparables permite examinar diferencias nacionales en este grupo de edad y cómo la variabilidad dentro y entre países se observa tanto a nivel de país como a factores individuales. Los catorce países europeos incluidos en la quinta ola de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe, SHARE)*, completada en noviembre de 2013 y cuyos datos se analizan en este artículo, son los siguientes: Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Holanda, Eslovenia, España, Suecia y Suiza².

2. DIFERENCIAS EUROPEAS EN ESPERANZA DE VIDA ENTRE LAS PERSONAS EN EDADES AVANZADAS

La esperanza de vida es una medida resumen del nivel de la mortalidad. La variabilidad en

¹ Véase Solé-Auró y Crimmins (2013) para un análisis similar, pero utilizando datos de un decenio anterior a los utilizados aquí.

² Para más detalles, véase Malter y Börsch-Supan (2015).

la esperanza de vida al nacimiento y a las edades avanzadas en Europa está bien documentada. Estudios recientes han señalado el éxito en el incremento de la esperanza de vida en edades adultas en países como Francia, España e Italia, y el relativamente pobre desempeño de Dinamarca, Bélgica y Holanda (para mujeres). Estas tendencias han dado lugar a nuevos “líderes” en esperanza de vida en Europa y a una creciente brecha entre los países con las esperanzas de vida más altas y más bajas (Glei, Meslé y Vallin, 2010; Crimmins, Preston Cohen, 2011b; Rau et al., 2008; Meslé y Vallin, 2006).

Los *rankings* nacionales en esperanza de vida a edades avanzadas difieren un poco de aquellos a edades más jóvenes o al nacer. En particular, la actual esperanza de vida al nacimiento en España es una de las más altas del mundo (está entre las diez primeras) y se desenvuelve bastante bien a partir de los 80 años. El cuadro 1 muestra la esperanza de vida a los 80 años utilizando las tablas de mortalidad más recientes, disponibles en el *Human Mortality Database* (HMD) (HMD, 2016) para los catorce países de interés. Francia es el líder en esperanza de vida después de los 80 años entre mujeres, mientras que Holanda lo es entre los varones. En general, la esperanza de vida en los países del sur de Europa es más alta que en los del norte de Europa. Dos países de Europa del Este (República Checa y Estonia) presentan las esperanzas de vida más bajas. España se clasifica en las primeras posiciones entre esos catorce países: la cuarta tanto en varones como en mujeres. Todas las esperanzas de vida a esta edad se encuentran dentro de un rango relativamente pequeño: para los varones, la diferencia entre el “líder”, Holanda, y el peor clasificado, República Checa, es de aproximadamente un año y medio. Para las mujeres, la diferencia entre Francia y la República Checa (primer y último país) es de 2,28 años.

En los países de baja mortalidad, la duración modal de la vida se aproxima a los 91 años para las mujeres y a los 86 para los varones (Robine y Jagger, 2016). La actual esperanza de vida a edades avanzadas refleja las condiciones de mortalidad presentes, pero las personas en ese rango de edad han estado expuestas a diferentes circunstancias a lo largo de sus vidas, lo que resulta en menores niveles de supervivencia a edad avanzada para las cohortes que nacieron antes que las actuales. Las diferencias en la supervivencia por cohortes a edades avanzadas reflejan la selectividad de la cohorte, lo que

CUADRO 1

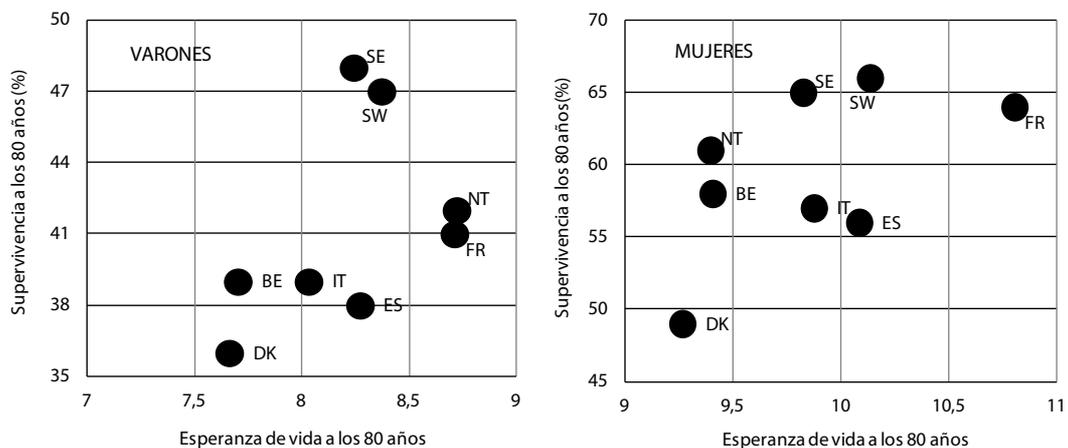
ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS POR SEXO

| País | Total | Varones | Posición | Mujeres | Posición | % supervivientes a los 80 años 80 de la cohorte de 1931 | |
|-----------------|-------|---------|----------|---------|----------|--|---------|
| | | | | | | Varones | Mujeres |
| Austria | 9,14 | 8,22 | 6 | 9,72 | 7 | .. | .. |
| Bélgica | 8,74 | 7,7 | 11 | 9,4 | 8 | 39 | 58 |
| República Checa | 8,03 | 7,17 | 14 | 8,52 | 14 | .. | .. |
| Dinamarca | 8,94 | 7,66 | 12 | 9,26 | 12 | 36 | 49 |
| Estonia* | 8,38 | 7,19 | 13 | 8,86 | 13 | .. | .. |
| Francia* | 9,99 | 8,71 | 2 | 10,8 | 1 | 41 | 64 |
| Alemania*** | 8,79 | 7,92 | 9 | 9,29 | 11 | .. | .. |
| Italia** | 9,15 | 8,03 | 8 | 9,87 | 5 | 39 | 57 |
| Luxemburgo | 9,45 | 8,05 | 7 | 10,28 | 2 | .. | .. |
| Holanda** | 8,72 | 8,72 | 1 | 9,39 | 9 | 42 | 61 |
| Eslovenia | 8,79 | 7,71 | 10 | 9,35 | 10 | .. | .. |
| España** | 9,35 | 8,27 | 4 | 10,08 | 4 | 38 | 56 |
| Suecia | 9,15 | 8,24 | 5 | 9,82 | 6 | 48 | 65 |
| Suiza*** | 9,45 | 8,37 | 3 | 10,13 | 3 | 47 | 66 |

Fuentes: Esperanza de vida: Human Mortality Database: Año más reciente disponible: 2014; *2013; **2012; ***2011. Cohorte de supervivencia: Human Mortality Database: Último año disponible: 1933 para Suecia; 1932 para Francia; 1931 para Bélgica, Italia, Holanda, España; y 1930 para Suiza. Datos no disponibles para Austria, República Checa, Estonia, Alemania, Luxemburgo y Eslovenia.

GRÁFICO 1

ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS Y PORCENTAJE DE SUPERVIVENCIA A LOS 80 AÑOS



Notas: BE – Bélgica. DK – Dinamarca. ES – España. FR – Francia. IT – Italia. NT – Holanda. SE – Suecia. SW – Suiza.

Fuente: HMD (2016).

podría estar relacionado con las condiciones de salud entre la población superviviente. Existen diferencias nacionales en la probabilidad de que las personas que pertenecen a cohortes nacidas a inicios del siglo XX vivan hasta los 80 años. En los países donde sobrevivió menos población a la vejez, los supervivientes podrían ser substancialmente más robustos que en los países donde la supervivencia fue más común (Crimmins, 2001; Vaupel *et al.*, 1998). Las tablas de mortalidad de cohorte no están disponibles tan fácilmente como las de período; no obstante, están disponibles en el HMD para ocho países. La probabilidad de que las mujeres nacidas en 1931 alcancen 80 años es casi el 60 por ciento en la mayoría de países: más alta en Suiza (66 por ciento), Suecia (65 por ciento) y Francia (64 por ciento), y más baja en Dinamarca (49 por ciento), España (56 por ciento) e Italia (57 por ciento). Por su parte, solo alrededor de un tercio de los varones de esa cohorte sobrevivió hasta los 80 años. De nuevo, la cifra es más alta para los varones en Suecia (48 por ciento) y Suiza (47 por ciento), y más baja en Dinamarca (36 por ciento), España (38 por ciento) e Italia (39 por ciento). Esto indica que la selectividad es mucho mayor entre los mayores varones que entre las mujeres, y en los países del sur de Europa y Dinamarca. Sin embargo, no hay relación significativa entre los niveles nacionales de esperanza de vida a los 80 años y la probabilidad de sobrevivir a esa edad para los ocho países de los que tenemos datos (gráfico 1).

3. DIFERENCIAS EUROPEAS EN SALUD ENTRE LAS PERSONAS EN EDADES AVANZADAS

Examinamos las diferencias en salud, si las diferencias en salud son similares a las diferencias en esperanzas de vida y si hay dimensiones de la salud en las que las diferencias nacionales varían del patrón encontrado en la esperanza de vida a nivel europeo. Los más mayores están en una fase de sus vidas en la que los procesos de envejecimiento se pueden acelerar, con mayores riesgos de contraer enfermedades, y con más condiciones que llevan a la fragilidad y a la dependencia. Dado que las condiciones de salud son normalmente buenos predictores de la mortalidad, podríamos esperar que los países con mayor mortalidad tuvieran condiciones de salud más adversas. El examen de las diferencias de salud

entre países europeos no muestra clasificaciones similares en las distintas dimensiones de salud (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2011a). Por ejemplo, Jagger *et al.* (2008), basando su análisis en la Unión Europea, encontraron más variación en la duración de la esperanza de vida saludable que en la esperanza de vida, indicando así la variabilidad en salud en esta dimensión.

Los enlaces entre los indicadores de salud y mortalidad podrían ser más complejos en poblaciones a esas edades muy avanzadas en las que se trata a mucha gente de enfermedades crónicas y la mortalidad es común. Dado que la salud de las poblaciones depende de cómo adquieren las personas un problema de salud y cuánto tiempo viven con él, es posible que los países con mayor supervivencia a las condiciones susceptibles de atención médica presenten niveles más altos de morbilidad en caso de más tratamiento. Además, un número de enfermedades que son causas principales de pérdida de funcionalidad y discapacidad a las edades avanzadas, como las artritis, no son enfermedades letales (Crimmins, Kim y Solé-Auró, 2011a).

Los comportamientos y hábitos de salud a lo largo de la vida tienen el potencial de explicar algunas de las diferencias nacionales en salud y mortalidad. Por ejemplo, el patrón histórico de empezar y dejar de fumar varía de país a país, explicando así las diferencias nacionales (Preston, Gleit y Wilmoth, 2010; Lugo *et al.*, 2013). Asimismo, a pesar de los altos niveles de desarrollo económico, en comparación con el resto del mundo, y de unas poblaciones familiarizadas con los perjuicios del tabaco, las naciones europeas con altos ingresos difieren en su prevalencia e intensidad. Por ejemplo, de acuerdo con una gran encuesta llevada a cabo en diecisiete países europeos por Lugo *et al.* (2013), las tasas de tabaquismo entre los adultos de 80 y más años eran del 10 por ciento entre los varones y del 7 por ciento entre las mujeres. Además, la prevalencia del tabaquismo entre los mayores de 65 años era más alta en el este y el norte de Europa, y más baja en el oeste y el sur de Europa para los varones. La más alta se encontraba en el norte de Europa para las mujeres.

Las experiencias de los más mayores en términos de tabaquismo podrían reflejar tendencias de hace muchas décadas. Para esta generación, sus experiencias durante la Segunda Guerra Mundial, o durante la Guerra Civil para la pobla-

ción española, podrían ser incluso más importantes que los comportamientos de tabaquismo en sus países. Durante las décadas pasadas, todos los países han sufrido un peso creciente de este problema, pero en diferentes momentos y con tasas diversas (Alley, Lloyd y Shardell, 2011). Por otro lado, las diferencias en las tasas de obesidad entre los europeos varían entre las personas en edades avanzadas (Solé-Auró y Crimmins, 2013). Dado que la obesidad está asociada con el aumento de las limitaciones funcionales, la discapacidad y otras enfermedades, en general, con una peor calidad de vida y, quizás, la mortalidad, el exceso de peso podría traer consigo peores condiciones de salud en una serie de dimensiones.

tenerse en cuenta a la hora de examinar la significación estadística de los resultados. En todos los países hay más mujeres que varones. Además, la forma de administración de SHARE fue mediante encuestas personales.

Por último, solo una pequeña fracción de sujetos se entrevistaron y se incluyeron como población institucionalizada, incluidos así en nuestro análisis. Hay distintas proporciones de población mayor institucionalizada, variando de los porcentajes más bajos que encontramos en Eslovenia (0,88 por ciento), Italia (1,95 por ciento) y Estonia (2,62 por ciento), a los más altos de Holanda (12,0 por ciento), Bélgica (13,3 por ciento) y Luxemburgo (16,2 por ciento), lo que podría afectar a nuestros resultados.

4. DATOS E INDICADORES DE SALUD

4.2. Indicadores de salud

4.1. Datos

Nuestra principal fuente es SHARE (Börsch-Supan, 2015), una base de microdatos panel –única en Europa– de salud, estatus socioeconómico y redes sociales y familiares que provee información comparable y armonizada de diferentes países europeos. Nuestro análisis usa información de la quinta ola de SHARE para individuos de 80 y más años de catorce países. Todos estos países han realizado encuestas a sus poblaciones mayores de 50 años que proveen datos a nivel individual de indicadores de salud, factores de riesgo y bienestar para muestras representativas a nivel nacional. Debido a su diseño muestral, SHARE permite análisis comparables de condiciones de salud, circunstancias familiares y características socioeconómicas (Börsch-Supan, 2008). Se usan ponderaciones para proporcionar estimaciones de las poblaciones nacionales. Los análisis se realizaron con la versión 13 de STATA (StataCorp).

La encuesta SHARE contiene numerosos indicadores de salud que miden la salud física y la salud mental basada en autoevaluaciones. Se examinan aquí indicadores de problemas funcionales y discapacidad, enfermedades, síntomas depresivos y comportamientos/hábitos de salud. La quinta ola de SHARE también proporciona un indicador de capacidad de funcionalidad física.

Los tamaños muestrales varían por países: España y Estonia tienen las muestras más amplias (1.126 y 791 sujetos, respectivamente) y Luxemburgo la más pequeña (167). El tamaño de muestra total para los mayores de 80 años es de 7.558 (3.125 varones y 4.463 mujeres). Esta variación en los tamaños muestrales debe

Los problemas funcionales y la discapacidad son particularmente importantes para las personas en edades avanzadas. Las autoevaluaciones de los problemas funcionales se miden usando respuestas a preguntas sobre las dificultades en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). La funcionalidad respecto a ABVD indica las dificultades para llevar a cabo al menos una de las seis actividades que representan habilidades de autocuidado: vestirse (incluyendo ponerse calcetines y zapatos), caminar por una habitación, bañarse y ducharse, comer, entrar y salir de la cama, e ir al baño. Por su parte, la funcionalidad por AIVD indica dificultades a la hora de realizar alguna de las siete actividades que representan habilidades para vivir de forma independiente: usar un mapa, preparar una comida caliente, comprar comida, hacer llamadas telefónicas, tomar medicamentos, hacer trabajos de casa o del jardín, y gestionar el dinero.

Asimismo, se analiza un indicador de medida del rendimiento funcional que también representa fuerza, equilibrio y movilidad: la *fuerza de agarre*. El valor de las medidas de rendimiento reside en que la tarea es similar para todos los participantes y en que los resultados no deberían verse influidos por las percepciones individuales. Si bien se podría esperar que las autoevaluaciones de habilidades funcionales y de medidas del rendimiento estuvieran relacionadas, ambas proveen un indicador comparable entre países (Jo, Schechtman y Cress, 1996). Debemos, sin embargo, tener en mente la importancia de los factores culturales en la organización y presentación de las pruebas, así como también las diferencias en las condiciones del hogar y en el cuidado de los mayores en los diferentes países, que podrían estar relacionadas con las medias nacionales y de rendimiento (Jeune *et al.* 2006). Las medidas de la fuerza de agarre en cada mano se registraron con un dinamómetro. Este aparato fue ajustado a la mano del entrevistado mientras estaba de pie; la fuerza de agarre se midió entonces cuando el entrevistado sostenía el dinamómetro con un ángulo de 90 grados. Se tomaron dos medidas en cada mano, alternando entre izquierda y derecha. Los entrevistados que habían tenido cirugía reciente, dolor o inflamación no completaron esta medición. Partiendo de esta medición, hemos construido una variable dicotómica que se basa en el valor máximo, de modo que se divide a la población entre aquellos con una fuerza de agarre débil (menos de 36 kg para varones y menos de 21 kg para mujeres) y robusta (36 kg o más para varones y 21 kg o más para mujeres).

Por otra parte, la información de la presencia de seis enfermedades crónicas se recoge a través de la siguiente pregunta: "¿Le ha dicho el médico que tiene alguna de estas enfermedades?", entre las que figuran enfermedades del corazón, hipertensión, derrame cerebral, diabetes, enfermedades del pulmón y cáncer.

La presencia de *síntomas depresivos* es un indicador fundamental de bienestar psicológico. SHARE, que recolecta esa información, emplea la escala EURO-D. En nuestro análisis, la presencia de síntomas depresivos aparece cuando se indica tener cuatro o más de los doce ítems que aparecen en esa escala: depresión, pesimismo, pensamientos suicidas, culpa, sueño, interés, irritabilidad, fatiga, falta de apetito, concentración y placer, y ganas de llorar.

Las conductas de salud se miden mediante indicadores de sobrepeso y obesidad, tabaquismo e ingesta de alcohol. Las autoevaluaciones de altura y peso se convierten en un índice de masa corporal (IMC) que se categoriza en sobrepeso (25-29,99) y obesidad (≥ 30). El indicador de tabaquismo tiene en cuenta si los entrevistados fuman actualmente o si lo han hecho anteriormente de manera habitual. Por último, se categoriza a las personas entre bebedores y no bebedores, siendo la categoría de referencia "no bebedor", esto es, entrevistados que no hayan bebido nada de alcohol en los últimos tres meses.

5. RESULTADOS

5.1. Características de los europeos mayores de 80 años

El cuadro 2 ofrece una amplia caracterización de la muestra de personas de 80 años y más por sexo y país. La media de edad es muy similar en cada país, encontrándose la más alta en España (85,0 años), y la más baja en la República Checa (83,9). La proporción de mujeres en esas muestras varía del 62,2 por ciento en España al 75,5 por ciento de Estonia. Dado que las muestras tienen una composición diferencial por varones y mujeres y que, además, todos los indicadores de salud difieren por sexo, se presentan todas las diferencias de salud y socioeconómicas por sexo. Entre las mujeres de 80 años y más, en todos los países hay una menor proporción de casadas en comparación con los varones. El matrimonio es poco frecuente en Estonia (solo el 14,0 por ciento de las mujeres están casadas), en República Checa (17,5 por ciento) y Austria (18,8 por ciento); en cambio, donde más se da es en Suecia (38,4 por ciento) y Luxemburgo (34,0 por ciento). En muchos países, dos tercios de los varones de 80 y más años están casados: es más probable en España (74,2 por ciento) y Austria (71,6 por ciento), y menos probable en Italia (63,4 por ciento). Además, es probable que el nivel de apoyo social de los mayores difiera notablemente por género y por país en Europa.

El nivel educativo más alto lo registran los alemanes, con menos de un 10 por ciento de varo-

CUADRO 2

CARACTERÍSTICAS DE LOS MAYORES DE 80 AÑOS QUE VIVEN EN COMUNIDAD. MUESTRAS POR PAÍS

| País | N | Edad media | % Mujeres | Casados | | % menos que secundaria | |
|-----------------|-------|------------|-----------|---------|---------|------------------------|---------|
| | | | | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Austria | 490 | 84,7 | 67,3 | 71,6 | 18,8 | 19,6 | 39,0 |
| Bélgica | 715 | 84,6 | 65,1 | 69,1 | 31,9 | 47,7 | 51,5 |
| República Checa | 545 | 83,9 | 67,2 | 64,7 | 17,5 | 8,0 | 30,0 |
| Dinamarca | 430 | 84,6 | 63,8 | 68,0 | 31,6 | 21,3 | 56,2 |
| Estonia | 783 | 84,0 | 75,5 | 64,5 | 14,1 | 29,3 | 34,4 |
| Francia | 679 | 84,6 | 65,1 | 69,6 | 25,4 | 60,5 | 78,8 |
| Alemania | 451 | 84,4 | 65,2 | 69,1 | 28,7 | 1,9 | 9,5 |
| Italia | 527 | 84,4 | 64,4 | 63,5 | 27,8 | 94,6 | 88,3 |
| Luxemburgo | 167 | 84,3 | 65,0 | 71,4 | 34,0 | 34,9 | 80,2 |
| Holanda | 417 | 84,8 | 65,7 | 65,4 | 28,6 | 27,8 | 65,4 |
| Eslovenia | 368 | 84,0 | 71,9 | 60,8 | 20,1 | 29,1 | 47,1 |
| España | 1,120 | 85,0 | 62,2 | 74,2 | 26,4 | 86,4 | 92,4 |
| Suecia | 576 | 84,4 | 62,4 | 68,7 | 38,4 | 46,7 | 57,3 |
| Suiza | 320 | 84,5 | 65,4 | 64,9 | 23,6 | 20,7 | 42,5 |
| <i>Total</i> | 7.588 | 84,5 | 64,7 | 68,4 | 27,2 | 48,3 | 65,2 |

Notas: Todos los análisis están ponderados. Casados: hemos considerado personas casadas a aquellas que viven con su pareja. % menos que secundaria se refiere a personas que se encuentran en la escala 0-2 de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (0-2: menos que secundaria).

Fuente: SHARE 2014.

nes y mujeres con un nivel por debajo de educación secundaria. El alto nivel educativo en este grupo de edad es relativamente único en toda Europa. Los hombres checos constituyen el único grupo con menos personas en la categoría educativa más baja (8,0 por ciento); sin embargo, el 30 por ciento de las mujeres checas tienen un nivel por debajo de educación secundaria. Por otra parte, tanto en España como en Italia casi toda la muestra de este grupo de edad tiene un nivel de formación inferior a la educación secundaria.

5.2. La salud de los europeos de más de 80 años

Enfermedades

Cabe plantear tres cuestiones relacionadas con la prevalencia de enfermedades en los países europeos:

(1) *¿En qué países padecen los mayores más enfermedades?* Los países de Europa del Este

(República Checa, Eslovenia y Estonia) muestran los valores más altos de enfermedades coronarias, tanto en varones como en mujeres (cuadro 3). Igualmente para varones y mujeres, la República Checa presenta el nivel más alto de hipertensión (52,5 por ciento para varones y 67,8 por ciento para mujeres), seguido de los varones de Alemania y Dinamarca (51,8 por ciento y 48,9 por ciento) y las mujeres de Estonia y España (64,3 por ciento y 58,6 por ciento). Los derrames cerebrales son más prevalentes entre los varones austríacos, seguidos de los suecos y los alemanes; por su parte, las mujeres que más reportan haber sufrido un derrame cerebral son las checas, las austríacas y las suecas. En el caso de la diabetes, los varones de Italia, la República Checa y Francia registran el nivel más alto (24,6 por ciento; 24,5 por ciento y 24,4 por ciento, respectivamente), mientras que los países que lideran la clasificación femenina son la República Checa (26,2 por ciento) y Suecia (26,1 por ciento), seguidos de Alemania y Eslovenia. En cuanto a las enfermedades pulmonares, los varones holandeses (14,7 por ciento) y los españoles (14,0 por ciento) ocupan las posiciones más destacadas; en el caso de las muje-

CUADRO 3

PREVALENCIA DE ENFERMEDADES POR GÉNERO. PERSONAS DE 80 Y MÁS AÑOS

| <i>País</i> | <i>Enfermedades del corazón</i> | <i>Hipertensión</i> | <i>Derrame cerebral</i> | <i>Diabetes</i> | <i>Enfermedades pulmonares</i> | <i>Cáncer</i> |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|--------------------------------|---------------|
| <i>Panel A: Varones</i> | | | | | | |
| Austria | 21,1 | 45,3 | 13,8 | 11,4 | 7,6 | 8,2 |
| Bélgica | 30,8 | 29,8 | 5,2 | 15,3 | 11,1 | 11,4 |
| República Checa | 37,4 | 52,2 | 9,4 | 24,5 | 4,5 | 7,3 |
| Dinamarca | 26,3 | 48,9 | 8,2 | 10,7 | 9,5 | 13,2 |
| Estonia | 34,9 | 47,4 | 8,3 | 9,6 | 11,9 | 10,9 |
| Francia | 24,2 | 35,5 | 7,5 | 24,4 | 9,8 | 7,0 |
| Alemania | 29,0 | 51,8 | 12,2 | 20,3 | 11,3 | 16,7 |
| Italia | 22,1 | 49,8 | 7,7 | 24,6 | 11,5 | 5,7 |
| Luxemburgo | 14,3 | 37,1 | 7,1 | 18,6 | 11,4 | 10,0 |
| Holanda | 19,6 | 21,1 | 6,9 | 12,7 | 14,7 | 12,9 |
| Eslovenia | 35,3 | 45,9 | 7,9 | 10,5 | 12,5 | 4,0 |
| España | 19,7 | 43,5 | 2,9 | 20,2 | 14,0 | 6,5 |
| Suecia | 22,4 | 45,8 | 13,5 | 15,7 | 3,0 | 17,0 |
| Suiza | 17,3 | 41,4 | 3,3 | 8,5 | 5,2 | 4,9 |
| <i>Total</i> | 24,4 | 44,2 | 8,2 | 20,9 | 10,9 | 9,7 |
| <i>Panel B: Mujeres</i> | | | | | | |
| Austria | 18,7 | 56,4 | 14,5 | 15,5 | 5,8 | 3,2 |
| Bélgica | 19,2 | 47,9 | 7,4 | 11,2 | 5,8 | 6,6 |
| República Checa | 26,3 | 67,8 | 15,7 | 26,2 | 3,6 | 4,5 |
| Dinamarca | 16,7 | 57,1 | 6,1 | 9,8 | 9,6 | 7,1 |
| Estonia | 29,2 | 64,3 | 9,8 | 12,7 | 6,0 | 3,7 |
| Francia | 20,5 | 42,0 | 5,6 | 10,5 | 9,5 | 6,0 |
| Alemania | 19,7 | 58,2 | 12,2 | 18,4 | 6,9 | 9,7 |
| Italia | 19,1 | 50,0 | 7,9 | 13,9 | 6,0 | 9,7 |
| Luxemburgo | 23,7 | 37,1 | 5,2 | 13,4 | 14,4 | 10,3 |
| Holanda | 21,2 | 42,8 | 8,9 | 11,7 | 10,0 | 7,0 |
| Eslovenia | 28,6 | 57,3 | 6,0 | 15,8 | 6,8 | 2,1 |
| España | 22,7 | 58,6 | 3,3 | 26,1 | 4,2 | 1,1 |
| Suecia | 20,2 | 52,9 | 13,4 | 14,1 | 8,0 | 10,2 |
| Suiza | 13,0 | 45,5 | 3,7 | 7,7 | 7,2 | 3,3 |
| <i>Total</i> | 20,3 | 51,8 | 8,2 | 15,9 | 7,0 | 7,0 |

Nota: Todos los análisis están ponderados.

Fuente: SHARE 2014.

res de ese rango de edad, las luxemburguesas (14,4 por ciento) y las danesas (10,0 por ciento) encabezan el *ranking*. Por último, el 17,0 por

ciento de los suecos y el 16,7 por ciento de los alemanes afirman haber padecido cáncer; por su parte, las mujeres que en mayor proporción

dicen haberlo sufrido son las luxemburguesas (10,3 por ciento) y las suecas (10,2 por ciento).

(2) *¿En qué países padecen los mayores menos enfermedades?* Entre los mayores de 80 años, las mujeres y varones de Suiza, los varones de Luxemburgo y las mujeres de Dinamarca son los que indican en menor medida haber padecido enfermedades del corazón. En el caso de la hipertensión, los menos afectados son los varones de Holanda y Bélgica; y las menos afectadas, las francesas y luxemburguesas. Los derrames cerebrales son menos probables en España y Suiza. La diabetes, en cambio, es menos prevalente entre los varones suecos y estonios, y entre las mujeres danesas. Las enfermedades pulmonares presentan menor porcentaje entre los varones checos y suecos, y las mujeres españolas. Finalmente, el nivel de cáncer más bajo se observa en Suiza y Eslovenia.

(3) *¿Tienen los países con mayor esperanza de vida a los 80 años menor prevalencia de enferme-*

dades? A priori, a esta edad es difícil saber qué podemos esperar de la relación entre las tasas nacionales para las distintas enfermedades y la esperanza de vida. Si la incidencia de la aparición de la enfermedad fuera la misma en todos los países, pero el tratamiento de las condiciones crónicas fuera diferente, de modo que la vida se extendiera más en unos países que en otros, entonces una mayor esperanza de vida podría estar más relacionada con más enfermedades (Solé-Auró *et al.*, 2015). También es posible que la relación pudiera variar por enfermedad al cambiar la susceptibilidad de las enfermedades tratadas. Los coeficientes de correlación de Pearson del nivel de esperanza de vida a los 80 años, por un lado, y las correlaciones entre la probabilidad de sobrevivir a los 80 años y la prevalencia de enfermedades, por otro, se muestran en el cuadro 4. Estas correlaciones están basadas en una muestra más reducida de países (catorce u ocho), por lo que solo son meramente indicativas de lo que podría ser la relación. Sin embargo,

CUADRO 4

CORRELACIONES ENTRE ESPERANZA DE VIDA A LOS 80 AÑOS, PORCENTAJE DE SUPERVIVENCIA A LOS 80 AÑOS Y PREVALENCIA DE ENFERMEDADES Y PROBLEMAS FUNCIONALES ENTRE MUJERES Y VARONES DE 80 AÑOS Y MÁS

| | Varones | | | | Mujeres | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------|--------------------------------------|--------|--------------------------|--------|--------------------------------------|--------|
| | Esperanza de vida (n=14) | | % supervivientes a los 80 años (n=8) | | Esperanza de vida (n=14) | | % supervivientes a los 80 años (n=8) | |
| <i>Enfermedades crónicas</i> | | | | | | | | |
| Enfermedades del corazón | -0.77 | (0.00) | -0.48 | (0.23) | -0.42 | (0.13) | -0.10 | (0.82) |
| Hipertensión | -0.56 | (0.04) | -0.08 | (0.86) | -0.74 | (0.00) | -0.65 | (0.08) |
| Derrame cerebral | -0.13 | (0.66) | 0.32 | (0.44) | -0.56 | (0.04) | 0.23 | (0.58) |
| Diabetes | 0.07 | (0.81) | -0.30 | (0.48) | -0.32 | (0.26) | -0.24 | (0.57) |
| Enfermedades pulmonares | 0.11 | (0.70) | -0.73 | (0.04) | 0.45 | (0.11) | 0.11 | (0.79) |
| Cáncer | -0.02 | (0.95) | 0.17 | (0.69) | 0.13 | (0.66) | 0.02 | (0.96) |
| <i>Salud física</i> | | | | | | | | |
| ABVD | -0.23 | (0.43) | -0.66 | (0.08) | -0.04 | (0.89) | -0.48 | (0.23) |
| AIVD | -0.27 | (0.35) | -0.79 | (0.02) | -0.08 | (0.78) | -0.51 | (0.20) |
| <i>Desempeño funcional</i> | | | | | | | | |
| Fuerza de agarre débil | -0.24 | (0.42) | -0.37 | (0.37) | 0.03 | (0.93) | -0.07 | (0.89) |
| <i>Hábitos de salud</i> | | | | | | | | |
| Fumar actualmente | 0.14 | (0.64) | -0.11 | (0.79) | 0.04 | (0.88) | 0.05 | (0.90) |
| Fumar alguna vez | 0.39 | (0.17) | -0.53 | (0.18) | 0.02 | (0.96) | -0.37 | (0.37) |
| Sobrepeso | -0.38 | (0.18) | 0.16 | (0.71) | -0.62 | (0.02) | 0.13 | (0.76) |
| Obesidad | -0.54 | (0.05) | -0.16 | (0.71) | -0.72 | (0.00) | -0.38 | (0.36) |
| No beber | -0.28 | (0.33) | -0.28 | (0.50) | -0.24 | (0.41) | -0.16 | (0.71) |
| <i>Síntomas depresivos</i> | 0.09 | (0.76) | -0.55 | (0.16) | 0.46 | (0.10) | -0.18 | (0.66) |

Nota: Significatividad entre paréntesis.

Fuente: SHARE 2014.

ninguna de ellas es demasiado robusta, lo que sugiere que no hay mucha relación entre la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades entre los mayores de los países europeos. No obstante, sí que se descubre una pista que apunta a que los países con niveles más altos de enfermedades del corazón e hipertensión (y derrames cerebrales en el caso de las mujeres) presentan una esperanza de vida más baja y una menor supervivencia a los 80 años para las mujeres con hipertensión.

Funcionalidad

La propensión a sufrir dificultades funcionales en las ABVD y las AIVD también varía por sexo y entre países. Según se aprecia en el gráfico 2, los suizos son los que presentan menores problemas funcionales de cualquier tipo, y los españoles los que más, seguidos de los italianos. Por su parte, los checos y los belgas tienen una prevalencia relativamente alta de dificultades en las AIVD. En general, los países con más dificultades en ABVD ostentan también mayores dificultades en las AIVD (coeficiente de correlación de 0,83 para varones, y de 0,93 para mujeres).

La correlación entre ABVD y AIVD a nivel individual es también alta (0,76). Así, mientras que los países en los que se observan niveles altos de dificultades en las ABVD y las AIVD no son aquellos con una esperanza de vida más corta, hay indicios de una relación negativa entre

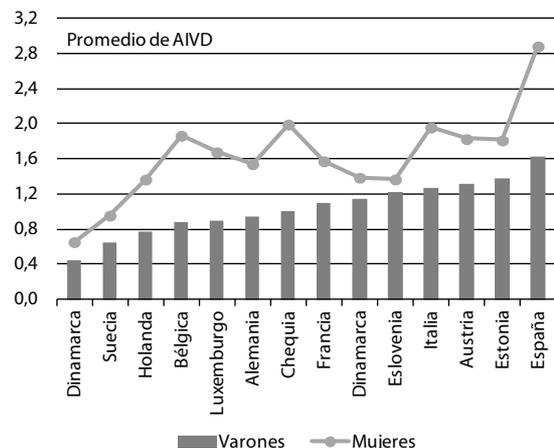
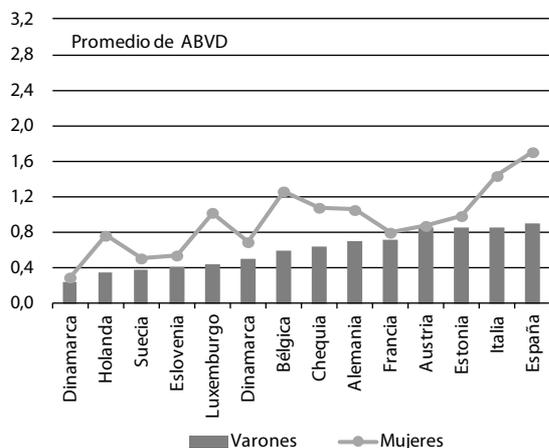
el nivel nacional de probabilidad de supervivencia a los 80 años y el nivel de disfunciones en ABVD y AIVD, que, además, es más robusta para las mujeres (cuadro 4).

Como se señaló anteriormente, las encuestas incluyeron información sobre la fuerza de agarre para proporcionar indicadores de funcionalidad más independientes de las autoevaluaciones. La prevalencia de una débil fuerza de agarre resultó alta en España e Italia (entre las mujeres) y Francia (entre los varones) (gráfico 3); en cambio, resultó baja en Suecia, Austria y Luxemburgo entre las mujeres, y en Suecia, Dinamarca y Holanda entre los varones. Además, en todos los países se comprobó que la fuerza de agarre débil es más prevalente entre los varones que entre las mujeres.

Los indicadores basados en el rendimiento y las autoevaluaciones de dificultades funcionales correlacionan razonablemente bien con las autoevaluaciones de problemas funcionales. Los niveles nacionales de fuerza de agarre débil correlacionan robustamente con otras medidas de funcionalidad (0,66 para dificultades en ABVD y 0,55 para dificultades en AIVD entre los varones; 0,71 y 0,72 entre las mujeres). A nivel individual, en el conjunto de datos agregados, las correlaciones entre la presencia de problemas en ABVD y AIVD y la fuerza de agarre débil son de 0,17 y 0,21 para varones, y de 0,25 y 0,29 para mujeres, respectivamente.

GRÁFICO 2

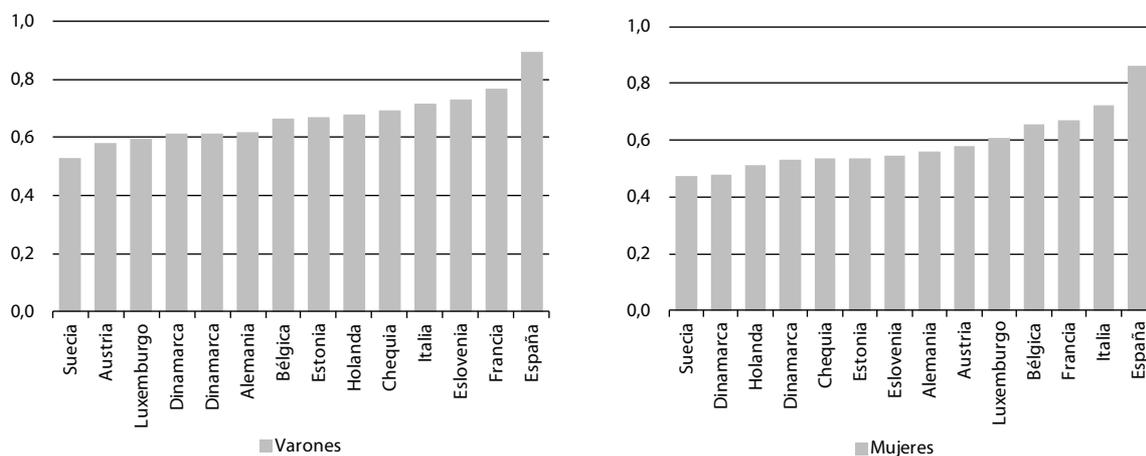
NÚMERO MEDIO DE ABVD Y AIVD POR SEXO Y PAÍS



Fuente: SHARE 2014.

GRÁFICO 3

PORCENTAJE DE PERSONAS CON FUERZA DE AGARRE DÉBIL POR SEXO



Fuente: SHARE 2014.

En los países con altas prevalencias de fuerza de agarre débil en varones se da una menor probabilidad de supervivencia a los 80 años, lo que significaría que en los países en los que residen mayores con mejor funcionalidad aumenta la probabilidad de llegar a esa edad.

Hábitos saludables y síntomas depresivos

Una de las principales hipótesis sobre las diferencias de salud entre países se centra en la existencia de diferentes niveles de factores de riesgo y de hábitos. El tabaquismo varía notablemente por sexo y por países (cuadro 5). El hábito de fumar entre las personas de edades avanzadas es muy común en Dinamarca y Suiza, tanto entre varones como entre mujeres (18,4 por ciento y 9,4 por ciento; y 18,2 por ciento y 11,3 por ciento, respectivamente). De hecho, los varones mayores daneses y suizos tienen tres veces más propensión a fumar que los españoles del mismo grupo de edad (7,4 por ciento); el factor se eleva hasta 40 al comparar las mujeres mayores suizas con respecto a las españolas (0,3 por ciento), destacando España como el país con menor prevalencia de tabaquismo entre los mayores de 80 años. Casi la mitad de los varones en este rango de edad han fumado alguna vez, situación excepcional en Austria (44,8 por ciento), la República Checa (30,8 por ciento), Eslovenia (39 por ciento) y Suecia (45,4 por ciento); en estas cohortes, el nivel más alto se encuentra en Holanda, con un porcentaje de mayores que han fumado alguna

vez cercano al 80 por ciento. Además, la mitad de la cohorte de mujeres danesas ha fumado alguna vez en su vida, hecho excepcional en España (4,9 por ciento), Eslovenia (7,7 por ciento) y Estonia (8,5 por ciento).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad también varía por sexo y entre países. Entre el 45 y el 66 por ciento de los varones mayores de 80 años padecen sobrepeso en la mayoría de países, siendo los países de Europa del este (Estonia, República Checa y Eslovenia) los que presentan las tasas más altas. Estos mismos países, seguidos de Alemania (14,7 por ciento) y España (14,3 por ciento), también lideran el *ranking* de obesidad en Europa; en cambio, en los últimos puestos se encuentran Holanda (4,0 por ciento) y Dinamarca (6,3 por ciento). En general, las mujeres en este grupo de edad tienen una menor probabilidad de padecer sobrepeso que sus compatriotas varones; la República Checa y Estonia son las excepciones a esta generalización. Estos dos últimos países, junto a España y Holanda, registran las tasas más altas de obesidad femenina. Al contrario, las mayores danesas presentan menores niveles de sobrepeso, mientras que las mayores francesas e italianas son menos propensas a ser obesas.

El consumo de alcohol difiere igualmente por sexo en toda Europa. Las personas mayores no bebedoras son más frecuentes en España (62,8 por ciento de varones y 90,7 por ciento

CUADRO 5

PREVALENCIA DE COMPORTAMIENTOS/HÁBITOS DE SALUD Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS INDIVIDUALES A LOS 80 AÑOS

| País | Panel A: Varones | | | | | |
|-----------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|----------|---------------------|
| | Fumar actualmente | Fumar alguna vez | Sobrepeso (IMC≥25) | Obesidad (IMC≥30) | No beber | Síntomas depresivos |
| Austria | 6,8 | 44,8 | 51,2 | 8,4 | 23,9 | 22,7 |
| Bélgica | 5,4 | 65,0 | 53,4 | 11,8 | 26,9 | 29,0 |
| República Checa | 3,6 | 30,8 | 66,2 | 16,2 | 33,3 | 24,3 |
| Dinamarca | 18,4 | 69,3 | 44,5 | 6,3 | 9,7 | 19,5 |
| Estonia | 8,9 | 61,7 | 61,7 | 18,7 | 52,4 | 44,8 |
| Francia | 7,5 | 59,9 | 61,4 | 14,0 | 21,7 | 37,8 |
| Alemania | 5,7 | 56,6 | 60,7 | 14,7 | 27,3 | 23,9 |
| Italia | 7,6 | 54,7 | 46,4 | 9,6 | 49,9 | 47,0 |
| Luxemburgo | 5,7 | 52,9 | 57,1 | 14,3 | 20,0 | 26,5 |
| Holanda | 8,4 | 77,8 | 49,5 | 4,0 | 22,2 | 16,7 |
| Eslovenia | 2,2 | 39,0 | 64,6 | 20,7 | 41,4 | 28,0 |
| Suecia | 7,4 | 63,8 | 51,0 | 14,3 | 62,8 | 29,9 |
| Suiza | 3,3 | 45,4 | 45,2 | 8,5 | 27,9 | 20,0 |
| Educación baja | 18,2 | 58,7 | 56,5 | 9,4 | 12,9 | 20,3 |
| <i>Total</i> | 7,2 | 58,1 | 54,8 | 12,4 | 35,8 | 32,2 |
| | Panel B: Mujeres | | | | | |
| Austria | 5,9 | 17,9 | 48,1 | 10,6 | 53,9 | 39,2 |
| Bélgica | 2,6 | 17,0 | 45,0 | 15,0 | 46,8 | 44,3 |
| República Checa | 4,1 | 11,1 | 64,0 | 23,8 | 71,0 | 57,4 |
| Dinamarca | 9,4 | 48,7 | 42,8 | 14,4 | 25,2 | 26,0 |
| Estonia | 1,4 | 8,5 | 62,3 | 27,8 | 84,1 | 59,0 |
| Francia | 4,0 | 15,1 | 44,1 | 9,7 | 44,2 | 53,0 |
| Alemania | 5,3 | 14,5 | 52,7 | 19,7 | 47,8 | 36,5 |
| Italia | 3,6 | 15,5 | 45,7 | 9,7 | 79,1 | 65,3 |
| Luxemburgo | 3,1 | 22,7 | 55,7 | 16,5 | 44,3 | 43,0 |
| Holanda | 7,4 | 30,6 | 53,7 | 18,4 | 49,2 | 27,3 |
| Eslovenia | 1,4 | 7,7 | 51,2 | 15,8 | 60,9 | 42,4 |
| España | 0,3 | 4,9 | 47,0 | 18,6 | 90,7 | 62,0 |
| Suecia | 3,3 | 27,3 | 43,0 | 12,4 | 38,8 | 33,8 |
| Suiza | 11,3 | 21,1 | 45,8 | 10,9 | 34,7 | 33,3 |
| <i>Total</i> | 4,0 | 15,2 | 48,0 | 14,5 | 59,7 | 49,6 |

Fuente: SHARE 2014.

de mujeres); los porcentajes de no bebedores a esas edades avanzadas también son comparativamente elevados entre los varones estonios (52,4 por ciento) y las mujeres italianas (79,1 por

ciento). En el otro extremo, la bebida es más común entre los varones y las mujeres danesas, con una proporción de no bebedores de un 9,7 por ciento y un 25,2 por ciento, respectivamente.

La ausencia de síntomas depresivos es un potente indicador de bienestar; por lo demás, la depresión también puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades. La mayoría de las investigaciones indican que las mujeres reconocen una mayor prevalencia de enfermedades y circunstancias que, aunque no mortales, sí que son debilitantes o graves, como la depresión (Kok *et al.*, 2012). Así, en este grupo de edad encontramos una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres. Esta prevalencia es alta en Italia (47,0 por ciento y 65,3 por ciento para varones y mujeres) y Estonia (44,8 por ciento y 59,0 por ciento); lo es también en el caso de las mujeres españolas (62,0 por ciento). En cambio, estas tasas son relativamente bajas en Dinamarca, Holanda, Suecia y Suiza, tanto para los varones como las mujeres mayores.

Las correlaciones entre los niveles nacionales de esperanza de vida a los 80 años y los hábitos de salud son relativamente bajas; de hecho, solo el porcentaje de sobrepeso y obesidad –y de forma moderada– presentan una correlación inversa significativa (excepto en el sobrepeso de varones). Por otra parte, las correlaciones entre la probabilidad de supervivencia a los 80 años y los comportamientos de riesgo para la salud son negativas de forma consistente, si bien sin significatividad estadística. Esto proporciona un apoyo a la idea de que los factores que incrementan la supervivencia a los 80 años podrían no ser los mismos que los que promueven la supervivencia después de esa edad.

Análisis multivariante de los resultados individuales sobre la salud de los mayores europeos

¿Con qué robustez se pueden predecir los resultados individuales en salud y calcular las diferencias nacionales remanentes cuando se controla por nivel educativo, comportamientos/hábitos de salud y síntomas depresivos? Para empezar a situar esta pregunta, examinamos una serie de regresiones logísticas para el conjunto de los catorce países estudiados en las que las variables dependientes son la presencia de enfermedades. Mostramos los resultados de dos modelos de ecuaciones: el modelo 1 (M1), con edad, sexo y país de residencia, persigue averiguar si las diferencias nacionales en salud se mantienen al controlar por edad y sexo; el modelo 2 (M2), que añade al M1 los comportamientos/hábitos de salud, los síntomas depresivos y el nivel educativo, observa

el efecto de estas variables en la presencia de enfermedad a nivel individual y, además, examina si su inclusión modifica el efecto del país de residencia. En estas ecuaciones, el país que se omite (la referencia) es España, que tiene el tamaño muestral más grande, de modo que los coeficientes del país de residencia muestran si hay una diferencia con respecto a la población mayor española.

España solo muestra niveles significativamente más altos de enfermedades coronarias que Suiza, y significativamente más bajos que tres países de Europa del este (cuadro 6). Algunos países pasan a ser significativamente diferentes cuando se añaden variables de control en el segundo modelo (Bélgica, Francia, Alemania y Luxemburgo), mientras que Suiza deja de serlo. El resto de países presentan niveles similares de enfermedades coronarias que España. La hipertensión es asimismo más alta en España que en otros cinco países. Los coeficientes de los países cambian muy poco al añadir los factores de comportamientos/hábitos de salud, los síntomas depresivos y el nivel educativo; además, Suiza y la República Checa dejan de arrojar resultados significativos. España aparece como el país con niveles más bajos de derrame cerebral, excepto Suiza, en el modelo con variables de control, y excepto Luxemburgo y Suiza en el modelo sin variables de control. En cuanto a la diabetes, los españoles presentan niveles superiores que los mayores en el resto de países (excepto la República Checa, Alemania e Italia). Al incluir las variables de control, la mayoría de países se asemejan a España, con las excepciones de Bélgica, Dinamarca, Estonia, Holanda y Suiza. En el caso de las enfermedades pulmonares, solo la República Checa arroja niveles más bajos que España al controlar por tabaquismo y otros factores de riesgo para la salud, pero esas diferencias desaparecen cuando se remueven esas variables. Tanto con las variables de control por comportamientos/hábitos de salud como sin ellas, las enfermedades pulmonares son más prevalentes en España que en Holanda y Luxemburgo. Por último, casi todos los países tienen tasas de cáncer superiores a las españolas (excepto Austria, Eslovenia y Suiza).

Como era de esperar, la mayoría de los factores de riesgo para la salud se relacionan con la prevalencia de algunas enfermedades. El hecho de haber fumado alguna vez incrementa la probabilidad de sufrir un ataque al corazón o una enfermedad pulmonar entre los mayores. La dirección

CUADRO 6

ODDS RATIOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁFICAS, HÁBITOS DE SALUD Y PAÍS DE ENTREVISTA POR PRESENCIA DE ENFERMEDAD ENTRE LAS PERSONAS DE 80 Y MÁS AÑOS

| Variables explicativas | Enfermedades del corazón | | Hipertensión | | Derrame cerebral | | Diabetes | | Enfermedades Pulmonares | | Cáncer | |
|--|--------------------------|---------|--------------|---------|------------------|----------|----------|---------|-------------------------|---------|---------|---------|
| | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 | M1 | M2 |
| N | 7,546 | 5,073 | 7,546 | 5,073 | 7,546 | 5,073 | 7,546 | 5,073 | 7,546 | 5,073 | 7,546 | 5,073 |
| <i>Características sociodemográficas</i> | | | | | | | | | | | | |
| Edad | 1,05*** | 1,05** | 0,95*** | 0,94*** | 1,01 | 1,00 | 1,00 | 0,98 | 1,02 | 0,99 | 1,00 | 0,99 |
| Varón | 0,76** | 0,67** | 1,43*** | 1,40** | 0,99 | 0,90 | 0,72** | 0,70** | 0,60*** | 0,50*** | 0,69 | 0,61** |
| País | | | | | | | | | | | | |
| Austria | 0,90 | 1,29 | 0,96 | 1,07 | 5,16*** | 1,24*** | 0,53*** | 0,72 | 0,82 | 1,24 | 1,60 | 2,60** |
| Bélgica | 1,13 | 1,61* | 0,61*** | 0,65** | 2,20** | 4,04*** | 0,46*** | 0,57** | 0,98 | 1,11 | 2,82*** | 4,12*** |
| República Checa | 1,66** | 2,69*** | 1,40** | 1,26 | 4,95*** | 1,08*** | 1,12 | 1,13 | 0,49** | 0,53 | 1,82* | 2,31* |
| Dinamarca | 0,94 | 1,57 | 1,02 | 1,17 | 2,29** | 4,56*** | 0,36*** | 0,45** | 1,24 | 1,85 | 3,21*** | 4,72*** |
| Estonia | 1,75*** | 2,37*** | 1,22 | 1,14 | 3,24*** | 6,64*** | 0,45*** | 0,43*** | 1,03 | 1,21 | 1,88** | 2,53** |
| Francia | 1,04 | 1,56* | 0,57*** | 0,51*** | 2,07** | 4,31*** | 0,59** | 0,68 | 1,26 | 1,29 | 2,11** | 2,25** |
| Alemania | 1,12 | 1,91** | 1,09 | 0,99 | 4,32*** | 8,91*** | 0,76 | 0,97 | 1,10 | 1,26 | 4,32*** | 5,88*** |
| Italia | 0,95 | 1,35 | 0,85 | 0,71 | 2,64*** | 4,62*** | 0,69 | 0,69 | 1,02 | 1,19 | 2,82** | 4,35*** |
| Luxemburgo | 0,97 | 1,65* | 0,50*** | 0,53*** | 1,94 | 5,08*** | 0,58** | 0,77 | 1,85** | 2,55** | 3,56*** | 5,09*** |
| Holanda | 0,96 | 1,39 | 0,47*** | 0,57** | 2,79*** | 9,29*** | 0,44*** | 0,45** | 1,56* | 2,70*** | 3,11*** | 3,57*** |
| Eslovenia | 1,72** | 2,36*** | 0,96 | 1,06 | 2,20** | 5,14*** | 0,55*** | 0,68 | 1,14 | 1,68 | 0,87 | 1,59 |
| Suecia | 0,99 | 1,81 | 0,87 | 0,93 | 4,84*** | 11,31*** | 0,55*** | 0,67 | 0,77 | 1,08 | 4,53*** | 6,17*** |
| Suiza | 0,63** | 1,23 | 0,67** | 0,68 | 1,14 | 2,13 | 0,28*** | 0,46** | 0,83 | 0,66 | 1,25 | 1,70 |
| Educación baja | | 1,02 | | 1,08 | | 1,00 | | 1,11 | | 1,01 | | 1,09 |
| <i>Hábitos de salud</i> | | | | | | | | | | | | |
| Fumar actualmente | | 1,01 | | 0,67 | | 0,25*** | | 0,83 | | 1,32 | | 0,90 |
| Fumar alguna vez | | 1,34* | | 1,24 | | 1,23 | | 1,20 | | 1,56** | | 1,03 |
| Sobrepeso | | 0,90 | | 1,40** | | 1,00 | | 1,28 | | 0,70* | | 0,63 |
| Obesidad | | 1,24 | | 1,49** | | 0,81 | | 2,87*** | | 1,41 | | 0,59 |
| No beber | | 1,35* | | 0,83 | | 1,14 | | 1,08 | | 1,12 | | 1,12 |
| Depresión | | 1,63*** | | 1,84*** | | 1,98*** | | 1,60*** | | 2,45*** | | 1,49* |
| Pseudo-R ² | 0,01 | 0,03 | 0,03 | 0,05 | 0,03 | 0,06 | 0,01 | 0,05 | 0,01 | 0,05 | 0,03 | 0,05 |

Notas: M1: Modelo 1. M2: Modelo 2. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1. Fuente: SHARE 2014.

de algunas de las otras relaciones queda menos clara. Por ejemplo, fumar en la actualidad se relaciona inversamente con los derrames cerebrales,

y no beber lo hace directamente con las enfermedades del corazón. Es posible que la renuncia al alcohol sea una consecuencia del diagnóstico

CUADRO 7

ODDS RATIOS DE LAS REGRESIONES LOGÍSTICAS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, HÁBITOS DE SALUD, PROBLEMAS FUNCIONALES, ENFERMEDADES Y PAÍS DE ENTREVISTA POR PRESENCIA DE DIFICULTAD EN ABVD Y AIVD ENTRE LAS PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS

| Variables explicativas | ABVD | | AIVD | |
|--|---------|---------|---------|---------|
| | M1 | M2 | M1 | M2 |
| N | N= 7545 | N= 4194 | N= 7545 | N= 4194 |
| <i>Características sociodemográficas</i> | | | | |
| Edad | 1,17*** | 1,13*** | 1,16*** | 1,12*** |
| Varón | 1,58*** | 1,37 | 2,12*** | 2,13*** |
| País | | | | |
| Austria | 0,71** | 1,99** | 0,70** | 2,63*** |
| Bélgica | 0,92 | 2,98*** | 0,65*** | 1,75** |
| República Checa | 1,08 | 1,72 | 0,82 | 1,60 |
| Dinamarca | 0,44*** | 1,85* | 0,44*** | 1,57 |
| Estonia | 0,85 | 1,41 | 0,83 | 1,64* |
| Francia | 0,70** | 2,27*** | 0,63*** | 1,51* |
| Alemania | 0,72** | 1,95* | 0,50*** | 1,69* |
| Italia | 1,35 | 2,93*** | 0,80 | 1,24 |
| Luxemburgo | 0,64** | 1,87* | 0,52*** | 1,05 |
| Holanda | 0,40*** | 1,32 | 0,54*** | 2,13*** |
| Eslovenia | 0,34*** | 1,01 | 0,47*** | 1,06 |
| Suecia | 0,30*** | 0,97 | 0,31*** | 0,94 |
| Suiza | 0,25*** | 1,14 | 0,27*** | 1,11 |
| Educación baja | | 1,04 | | 1,97*** |
| <i>Hábitos de salud</i> | | | | |
| Fumar actualmente | | 1,11 | | 0,95 |
| Fumar alguna vez | | 0,78 | | 1,02 |
| Sobrepeso | | 1,50* | | 1,37* |
| Obesidad | | 2,69*** | | 2,38*** |
| No beber | | 1,54** | | 1,23 |
| Depresión | | 2,05*** | | 2,48*** |
| <i>Desempeño funcional</i> | | | | |
| Fuerza de agarre | | 2,27*** | | 3,07*** |
| Enfermedades crónicas | | | | 1,29 |
| Enfermedades del corazón | | 1,28 | | |
| Hipertensión | | 1,09 | | 1,00 |
| Derrame cerebral | | 1,56 | | 1,98*** |
| Diabetes | | 1,66*** | | 1,98*** |
| Enfermedades pulmonares | | 1,34 | | 1,60** |
| Cáncer | | 1,01 | | 1,19 |
| Pseudo-R ² | 0,09 | 0,15 | 0,90 | 0,19 |

Notas: M1: Modelo 1. M2: Modelo 2. *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Fuente: SHARE 2014.

de enfermedad coronaria. Esta también podría ser una posible explicación a los altos niveles de síntomas depresivos que se observan en quienes sufren enfermedades de cualquier tipo. Por su parte, el nivel educativo no afecta a los resultados. En el conjunto de datos, el pseudo R^2 indica que solo una pequeña proporción de la varianza en la prevalencia de las enfermedades se explica por alguna de esas variables.

A través de un modelo logístico similar cabe examinar la robustez de las predicciones de presencia de dificultades en las ABVD y las AIVD de la muestra de datos conjunta de personas mayores, añadiendo enfermedad y desempeño funcional a las ecuaciones previamente desarrolladas para predecir la presencia de enfermedad. Este modelo asume que la pérdida de habilidades en ABVD y AIVD se relaciona con los efectos combinados de tener una enfermedad, con la pérdida de funcionalidad, los comportamientos/hábitos de salud y los datos demográficos. La inclusión del país de residencia permite ver cómo la discapacidad en ABVD y AIVD entre las personas mayores difiere entre países. En primer lugar, se hace controlando por edad y sexo (modelo 1); posteriormente, se añaden los comportamientos/hábitos de salud, habilidad funcional y enfermedades (modelo 2).

Al controlar por edad y sexo, la mayoría de países presentan niveles de dificultades en las ABVD y las AIVD más bajos que España (el país de referencia, que se omite del modelo) (cuadro 7 – modelo 1). Cuando se controla por comportamientos/hábitos de salud, habilidad funcional y enfermedades, se invierten todas las diferencias en la prevalencia de dificultades en las ABVD y las AIVD (cuadro 7 – modelo 2): la mitad de los países presentan mayores niveles de dificultad en las ABVD que España, y seis países también los presentan en el caso de las AIVD. El resto de países no muestran diferencias respecto a España.

La varianza explicada en el funcionamiento en las ABVD y las AIVD por problemas en el desempeño de tareas, enfermedades y comportamientos/hábitos de salud es mucho mayor que cuando solo se controla por país de residencia. En el conjunto de datos, el 15 por ciento y el 19 por ciento de la presencia de dificultades en las ABVD y las AIVD se explican cuando se añaden esas variables. Las variables significativamente más relevantes que explican la discapacidad entre los mayores europeos son los indicadores

de desempeño (fuerza de agarre débil), sobrepeso y obesidad, depresión, y en el caso de las AIVD, haber padecido diabetes, derrame cerebral o enfermedad pulmonar.

6. CONCLUSIONES

El *ranking* de esperanza de vida por sexo entre los países difiere en función de la edad. Entre los mayores europeos, esta clasificación la lideran Francia, Holanda (para varones), Luxemburgo (para mujeres) y Suiza. Españoles e italianos de edades avanzadas tienden a tener una mayor esperanza de vida que los habitantes de los países del norte de Europa. La probabilidad de llegar a esas edades se ha relacionado con la participación en la Segunda Guerra Mundial (y la Guerra Civil, en el caso de España). Suiza y Suecia, que fueron países neutrales, son los únicos cuya probabilidad de alcanzar los 80 años es sustancialmente mayor. Daneses, italianos y españoles presentan, en cambio, menores probabilidades de llegar a esa edad, posiblemente debido a las condiciones que padecieron en su niñez. Además, parece que hay poca relación entre la probabilidad nacional por cohorte de llegar a los 80 años y el promedio de duración de la vida tras alcanzar los 80 años.

También las características de las personas mayores de 80 años difieren notablemente entre países en formas significativas para sus vidas. Las mujeres mayores de Austria y Estonia tienen menores probabilidades de estar casadas. Los varones mayores españoles son los que presentan una mayor probabilidad de estar casados, que de hecho multiplica por tres a la de las mujeres españolas. Las mujeres mayores suecas son las que con mayor probabilidad están casadas. Estos patrones de organización familiar tan diferentes pueden derivarse asimismo de la experiencia de la Segunda Guerra Mundial (y de la Guerra Civil y la posguerra en España), y probablemente estén relacionados con la actual demanda de cuidados formales.

Mientras que Alemania es el país con un mayor nivel educativo en su conjunto, el de las personas mayores en España e Italia es menor que el de los mayores del norte de Europa. En este sentido, contar con una alta proporción de población mayor con bajo nivel educativo podría

influir en cómo se proporciona y se recibe cuidado médico.

Los hábitos de salud son también bastante diferentes entre las personas mayores de los países estudiados. El tabaquismo en las edades avanzadas aparece extremadamente alto en países del norte y del centro de Europa, como Dinamarca y Suiza, mientras que constituye un hábito casi inexistente para las mujeres españolas, eslovenas y luxemburguesas. Por otro lado, la obesidad es mucho más común entre los mayores de Europa del Este. Estos comportamientos y hábitos se relacionan con las diferencias internacionales en la prevalencia de enfermedades crónicas. Junto a otros países, España registra los valores más bajos de enfermedades coronarias, derrames cerebrales y cáncer; contar con una alta proporción de personas que nunca han fumado podría incrementar esas probabilidades entre sus mayores. Las enfermedades pulmonares solo son en Luxemburgo más prevalentes que en España (también en Holanda tras controlar por hábitos de salud). Los individuos con algunas de esas enfermedades suelen tener síntomas depresivos, lo que se podría explicar como una reacción bien a la enfermedad, bien a la causa que ha provocado esa enfermedad. Las variables más consistentes que explican la discapacidad entre las personas en edad avanzada son los indicadores de desempeño funcional, el sobrepeso y la obesidad, la depresión y el haber sufrido un derrame cerebral, diabetes o enfermedad pulmonar.

Las evidencias de esta investigación no pueden asegurar que las diferencias de esperanza de vida a los 80 años entre los países europeos se relacionen totalmente con las diferencias de salud, pero sí parcialmente. Franceses y daneses no parecen presentar niveles consistentemente más bajos de enfermedad, discapacidad y buen funcionamiento. Por otro lado, los suizos suelen clasificarse en la media de varios indicadores de salud (por ejemplo, hipertensión o consumo actual de tabaco). Por supuesto, hay que tener en cuenta que la muestra de Suiza es pequeña y que, además, podrían darse tasas de respuesta más bajas en la quinta ola de la encuesta SHARE que las observadas en anteriores olas. Los mayores de la Europa meridional que han estado experimentando vidas más largas a las edades avanzadas no parecen tener mejor salud: de hecho, a menudo se clasifican entre los países con peores indicadores de discapacidad y funcionalidad.

Incluso las encuestas armonizadas como SHARE establecen limitaciones a la hora de usar datos. No se han empleado escalas idénticas en todos los países para medir los síntomas depresivos; por lo demás, los entrevistados pueden informar de esos síntomas de forma diferente en cada país. Dentro de SHARE, sin embargo, esas disimilitudes no parecen arrojar diferencias en los datos de presencia de síntomas depresivos (Kok *et al.*, 2012). Otra limitación reside en la decisión de considerar la población mayor institucionalizada, si bien no todas las muestras nacionales incluyen una buena representación de ese grupo. La variación en la proporción de población institucionalizada podría afectar a los resultados en la prevalencia de problemas funcionales, enfermedades y condiciones de salud, reforzando las diferencias (Andersen-Ranberg *et al.*, 2005; Huber *et al.*, 2009). Por ejemplo, dado que la institucionalización es menor en los países del sur y el este de Europa, en comparación con Holanda, Suecia y Suiza, los problemas de funcionalidad de los que se informan podrían ser todavía más altos en los países de Europa oriental o meridional. Por último, la no respuesta también introduce una limitación importante (información aún no disponible); incluso aunque hayamos aplicado pesos calibrados para mitigar este inconveniente, algunas diferencias podrían resultar de la variación en los porcentajes de no respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

ALLEY, D.; LLOYD, J., y M. SHARDELL (2011), "Can obesity account for cross-national differences in life expectancy trends?", en E. CRIMMINS; S. PRESTON, y B. COHEN (wds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources. Panel on understanding divergent trends in longevity in high-income countries*, Washington, DC, The National Academies Press: 164-192.

ANDERSEN-RANBERG, K.; PETERSEN, I.; ROBINE, J.M., y K. CHRISTENSEN (2005), "Who are the oldest-old?", en A. BORSCH-SUPAN (coord.); A. BRUGIAVINI; J. HENDRIK; J. MACKENBACH; J. SIEGRIST, y G. WEBER (eds.), *First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA): 35-40.

BALTES, P.B., y K.U. MAYER (1998), *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100*, Cambridge,

Cambridge University Press (<http://worldcat.org>. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511586545>).

BÖRSCH-SUPAN, A. (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 (MEA), Mannheim.

— (2015), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC. Data set* (DOI: 10.6103/SHARE.w5.100).

CRIMMINS, E.M. (2001), "Mortality and health in human life spans", *Experimental Gerontology*, 36: 885-897.

CRIMMINS, E.M.; KIM, J.K., y A. SOLÉ-AURÓ (2011b), "Gender differences in health: Results from SHARE, ELSA and HRS", *The European Journal of Public Health*, 21(1): 81-91.

CRIMMINS, E.M.; PRESTON, S.H., y B. COHEN (2011a), *Explaining divergent levels of longevity in high-income countries. Panel on understanding divergent trends in longevity in high-income countries*, Washington, DC, National Research Council of the National Academies, National Academies Press.

CUTLER D.M., y E.L. GLAESER (2010), "Why do Europeans smoke more than Americans?" (2010), National Bureau of Economic Research, *Working Paper* 12124.

GLEI, D.A.; MESLÉ, F., y J. VALLIN (2010), "Diverging trends in life expectancy at age 50: A look at causes of death", en E. CRIMMINS; S. PRESTON, y B. COHEN (eds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources. Panel on understanding divergent trends in Longevity in high-income countries*, Washington D.C., National Academies Press.

HUBER, M.; RODRIGUES, R.; HOFFMANN, F.; GASIOR, K., y B. MARIN (2009), *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Viena, Austria:

HUMAN MORTALITY DATABASE, 2016 (disponible en <http://www.mortality.org/>).

JAGGER, C.; GILLIES, C.; MOSCONE, F.; CAMBOIS, E.; VAN OYEN, H.; NUSSOLDER, W.; ROBINE, J-M., y E. TEAM

(2008), "Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: A cross-national meta-regression analysis", *Lancet*, 372: 2124-2131.

JEUNE, B.; SKYTHE, A.; COUNIL, A.; GRECO, V.; GAMPE, J.; BERARDELLI, M.; ANDERSEN-RANBERG, K.; PASSARINO, G.; DEBENEDICTIS, G., y J-M.ROBINE (2006), "Handgrip strength among nonagenarians and centenarians in three European regions", *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61A(7): 707-712.

JO, J.; SCHECHTMAN, K., y E. CRESS (1996), "The relationship between physical performance measures and independence in instrumental activities of daily living. The FICSIT Group. Frailty and Injury: Cooperative studies of intervention trials", *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(11): 1332-1341.

KOK, R.; AVENDANO, M.; BAGO D'UVA, T., y J. MACKENBACH (2012), "Can reporting heterogeneity explain differences in depressive symptoms across Europe?", *Social Indicators Research*, 105: 191-210.

LASLETT, P. (1991), *A fresh map of life : The emergence of the Third Age*, Cambridge, Mass: Harvard University Press.

LUGO, A.; LA VECCHIA, C.; BOCCIA, S.; MURISIC, B., y S. GALLUS (2013), "Patterns of smoking prevalence among the elderly in Europe", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9): 4418-4431.

MALTER, F., y A. BÖRSCH-SUPAN (eds.) (2015), *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*, Munich, MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.

MESLÉ, F., y J. VALLIN (2006), "Diverging trends in female old-age Mortality: The United States and The Netherlands versus France and Japan", *Population and Development Review*, 32 (1): 123-145.

PRESTON, S.H.; GLEI, D.A., y J.R. WILMOTH (2010), "Contributions of smoking to international differences in life expectancy", en E. M. CRIMMINS; S. H. PRESTON, y B. COHEN (eds.), *International differences in mortality at older ages: Dimensions and sources*, Washington, DC, The National Academies Press: 103-131.

RAU, R.; SOROKO, E.; JASILIONIS, D., y J.W. VAUPEL (2008), "Continued reductions in mortality at advanced ages", *Population and Development Review*, 34 (4): 747-768.

ROBINE, J-M. (2011), "Age patterns in adult mortality", en R.G. ROGERS y E.M. CRIMMINS (eds.), *International Handbook of Adult Mortality*, Vol 2., Amsterdam, Springer: 207-226.

ROBINE, J-M., y C. JAGGER (2016), "Health expectancies", en J. P. MICHEL *et al.* (ed). *Oxford Textbook of Geriatric Medicine* (3ª ed.), en prensa.

SOLÉ-AURÓ, A., y M. ALCÁÑIZ (2015), "Are we living longer but less healthy? Trends in mortality and morbidity in Catalonia (Spain), 1994-2011", *European Journal of Ageing*, 12(1): 61-70.

SOLÉ-AURÓ, A., y E.M. CRIMMINS (2013), "The oldest old health in Europe and the United States", *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 33(1): 1-33.

SOLÉ-AURÓ, A.; MICHAUD, P.C.; HURD, M., y E.M. CRIMMINS (2015), "Disease incidence and mortality among older Americans and Europeans", *Demography*, 52(2): 593-611.

SVAUPEL J.W.; CAREY, J.R.; CHRISTENSEN, K.; JOHNSON, T.E.; YASHIN, A.I.; HOLM, N.V.; IACHINE, I.A.; KANNISTO, V.; KHAZAEI, A.A.; LIEDO, P.; LONGO, V.D.; ZENG, Y.; MANTON, K.G., y J.W. CURTSINGER (1998), "Biodemographic trajectories of longevity", *Science*, 280 (1998): 855-860.

Transición epidemiológica-nutricional y cambios demográficos en la España contemporánea

EVA MARÍA TRESCASTRO-LÓPEZ, MARÍA EUGENIA GALIANA-SÁNCHEZ Y JOSEP BERNABEU-MESTRE*

RESUMEN*

Durante la segunda mitad del siglo XX la sociedad española completaba su transición demográfica, epidemiológica y sanitaria, y se alcanzaban los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia. Sin embargo, este proceso ha venido acompañado de nuevos retos como el envejecimiento poblacional y la elevada prevalencia de patologías crónicas no transmisibles. En este artículo se analiza la relación entre alimentación, nutrición y salud, y se reflexiona sobre el papel que puede jugar la mejora de los patrones alimentarios para garantizar un envejecimiento saludable y autónomo, así como también sobre el interés que ofrece el marco explicativo de la transición epidemiológica-nutricional.

1. INTRODUCCIÓN

Para poder entender las dinámicas que marcaron los patrones de salud y enfermedad de la población española a lo largo del siglo XX, puede resultar útil reflexionar sobre la interacción entre dinámicas de salud y procesos transicionales (gráfico 1).

* Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante (eva.trescastro@ua.es, galiana@ua.es, josep.bernabeu@ua.es).

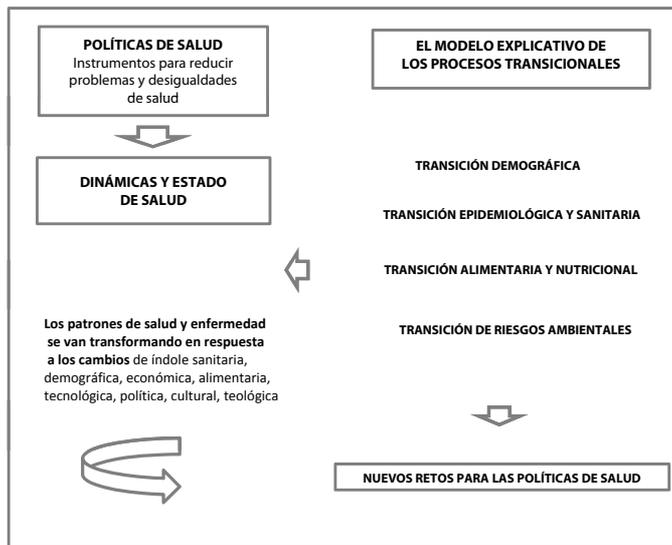
A lo largo de la segunda mitad del siglo XX, al mismo tiempo que la sociedad española completaba su transición demográfica y consolidaba su transición sanitaria y epidemiológica, se alcanzaban los mejores indicadores de salud y bienestar de su historia. Sin embargo, pese a todos aquellos avances, los años finales de la pasada centuria y los primeros años del siglo XXI se han acompañado de la aparición de nuevos retos demográficos y epidemiológicos que pueden cuestionar muchos de aquellos adelantos.

En los años noventa del pasado siglo, la población española iniciaba una nueva etapa transicional ligada a la realidad de una sociedad cada vez más envejecida y a un destacado descenso de la fecundidad (Menacho, Cabré y Domingo, 2002). Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida se produjo un incremento progresivo del grupo de mayores de 65 años, al mismo tiempo que disminuían los grupos de edad más jóvenes. Los octogenarios, y en particular las octogenarias, fueron adquiriendo un progresivo protagonismo, a la par que lo hacía su vulnerabilidad física y social (Gómez, 2011). La

* Este trabajo se ha elaborado en el marco de los proyectos de investigación "Programa Prometeo II/2014/ 015" para grupos de investigación de excelencia de la Generalitat Valenciana y "El contexto internacional de las políticas de nutrición y alimentación de la España del desarrollismo (1959-1975) (HAR2014-51859-C2-2-P), del Ministerio de Economía y Competitividad.

GRÁFICO 1

PROCESOS TRANSICIONALES, POLÍTICAS SANITARIAS Y DINÁMICAS DE SALUD



Fuente: Elaboración propia (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015a).

segunda fase de la transición demográfica nos ha aportado el reto sociosanitario de compatibilizar longevidad y autonomía personal en un contexto de modificación de las estructuras familiares y de los sistemas informales de cuidados, así como de un progresivo aumento de las cargas de enfermedades crónicas no transmisibles a medida que vivimos más años (Casado, 2011).

La transición epidemiológica, por su parte, estableció un nuevo patrón de morbilidad-mortalidad dominado por la patología de naturaleza crónica y degenerativa. Los avances en la longevidad de la población se han convertido en el aspecto más definitorio de los cambios aportados por la transición epidemiológica en la España de las décadas finales del siglo XX (Blanes, 2007). Al finalizar dicho siglo, el patrón de mortalidad de la población española estaba dominado por las causas no transmisibles, llegando a alcanzar más del 90 por ciento de las defunciones. En las edades maduras y avanzadas, el peso que tradicionalmente habían tenido las enfermedades transmisibles se vio reducido de forma paulatina a partir de mediados del siglo XX, hasta representar el 3 por ciento de las muertes en los adultos-maduros, y el 5 por ciento en los ancianos. A grandes rasgos, la evolución del patrón de morbilidad-mortalidad consistió en el control de las causas transmisibles a mediados del siglo XX,

y, en una segunda fase, a partir de los años setenta, en la progresiva reducción del peso de las enfermedades del aparato circulatorio y el creciente protagonismo de los tumores (Blanes, 2007).

Como se ha podido comprobar, en términos de dinámicas de salud nos enfrentamos a una prevalencia de patologías crónicas no transmisibles que influyen considerablemente en los niveles de bienestar y calidad de vida de la población. En este contexto, la estrecha relación entre alimentación, nutrición y salud nos lleva a reflexionar sobre el papel clave que puede jugar la mejora de los patrones de alimentación y nutrición para garantizar un envejecimiento saludable y autónomo y a valorar el interés que ofrece el marco explicativo de la transición epidemiológica-nutricional.

2. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL

Cuando se habla de transición epidemiológica-nutricional, nos estamos refiriendo a los cambios en los comportamientos alimentarios y estilos de vida, y a su impacto en indicadores y estados de

salud y nutricionales (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015a). Esta perspectiva permite valorar el efecto de la nutrición sobre la salud, la relación entre dieta y enfermedad, y la relación entre el consumo de alimentos y el desarrollo de determinadas patologías.

A lo largo del siglo XX, la población europea consolidó la última etapa de la transición epidemiológica-nutricional que se había iniciado a finales del siglo XVIII (Nicolau y Pujol, 2011). En España, fue al final de la década de los setenta del siglo XX cuando, con un cierto retraso en relación con los países de la Europa occidental, la mayoría de la población fue capaz de cubrir de forma satisfactoria los requerimientos de energía, proteínas y de la mayor parte de micronutrientes, y mostrar un perfil calórico que se ajustaba casi perfectamente a las recomendaciones de los organismos internacionales (Abuhazim 2010; Marrodán, Montero y Cherkaoui, 2012; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b). A finales del siglo XX, sin embargo, se inició una nueva etapa en la que el consumo de dietas basadas en grasas saturadas, azúcares e hidratos de carbono derivó en un aumento de la obesidad y de las enfermedades degenerativas. En la actualidad, nos encontramos en la última etapa del modelo transicional, caracterizada por la necesidad de fomentar el consumo de dietas equilibradas y saludables que permitan controlar las enfermedades y los problemas de la etapa anterior, disfrutando así de una vida más larga y de mayor calidad (Popkin, 1993). Veamos a continuación cómo tuvo lugar dicho proceso en el caso español.

3. LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL Y EL FINAL DE LOS PROBLEMAS DE MALNUTRICIÓN POR DEFECTO

Una vez superado el período autárquico de la posguerra, en la década de los sesenta se inició un proceso de desarrollo económico no exento de desigualdades y caracterizado por una falta de homogeneidad que también afectaba a la cuestión alimentaria (Germán, 2009). Los estudios realizados sobre la alimentación de la población española desde la Escuela de Bromatología entre 1956 y 1961 ponían de manifiesto que un 10 por ciento de la población mostraba un aporte caló-

rico insuficiente, mientras que un 40 por ciento consumía un exceso de calorías. La ingesta de proteínas totales era adecuada; la mayor proporción de proteínas continuaba siendo de origen vegetal, pero se mantenían importantes déficits en vitaminas B2 (64 por ciento de la población), A (49 por ciento de la población) y C (33 por ciento de la población), calcio (30 por ciento) y ácido nicotínico (26 por ciento). Se apreciaba un claro gradiente socioeconómico en el consumo de proteínas animales y vitaminas, siendo los estratos peor alimentados el peonaje agrícola y los obreros industriales (Varela, Moreiras y Carvajal, 1968). Por su parte, en las encuestas rurales de alimentación y nutrición que se llevaron a cabo en los años 1962-1969, no se apreciaba un déficit calórico proteico en las medias de consumo de la población, pero se seguía constatando que, en aquellos ambientes rurales, la mayor parte de las proteínas eran de origen vegetal, con una baja ingesta de calcio, que afectaba a la mayor parte de la población. Se estimaron déficits en vitamina A y B2 en amplios segmentos sociales (Varela, García y Moreiras, 1970; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

Al inicio de la década de 1960, la diversidad de situaciones que encerraba la geografía nacional era evidente, pero el problema no era la falta de recursos, salvo en un reducido número de familias; el reto estaba en educar a la población para que supiera qué alimentos debían adquirir con sus recursos y cuáles eran útiles para una alimentación correcta (De Palacios, 1964; Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

A raíz de algunos de los convenios y acuerdos internacionales que firmó el régimen franquista, en 1954 se puso en marcha el Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición (SEAN), un organismo destinado a distribuir la llamada Ayuda Social Americana, y más concretamente encargado del reparto de leche entre los escolares españoles. Además, en 1961 se iniciaron las actividades del Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (EDALNU), gracias a la ayuda técnica de la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y el soporte económico de UNICEF (Esplugues-Pellicer y Trescastro-López, 2012; Trescastro-López, Galiana-Sánchez y Bernabeu-Mestre 2012; Trescastro-López, Bernabeu-Mestre y Galiana-Sánchez 2013; Trescastro-López y Trescastro-López, 2013). El objetivo del Programa

EDALNU era mejorar el nivel nutricional de las familias españolas a través de la promoción de mejores hábitos alimentarios. Entre las actuaciones concretas, junto a las llevadas a cabo en los comedores escolares, hay que destacar la distribución del botellín de leche en las escuelas como complemento alimenticio.

Gracias a estas y otras iniciativas (Trescastro-López *et al.*, 2014), fue al final de la década de los setenta cuando, como ya se ha indicado, la mayor parte de la población española pudo cubrir sus requerimientos de energía, proteínas y micronutrientes y ajustar su ingesta a las recomendaciones sobre alimentación saludable de la época.

4. LOS EFECTOS NO DESEADOS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA-NUTRICIONAL: LA EMERGENCIA DE LA PANDEMIA DE OBESIDAD

Lejos de mantenerse aquella situación, idónea desde el punto de vista epidemiológico-nutricional, unos años después, en la década de los ochenta, el panorama nutricional se hallaba marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares simples y grasas. La dieta hipercalórica se había convertido en un factor de riesgo para la salud. España fue evolucionando desde un patrón de consumo basado fundamentalmente en cereales, legumbres, aceite de oliva, grasa de cerdo, patatas, frutas, hortalizas, pescados y huevos, hacia un aumento del consumo de carne, leche y productos lácteos, con un descenso importante del consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono, grasas vegetales, cereales y patatas (Serra y Bautista, 2007; Garrobou y Cussó, 2009).

En realidad, al mismo tiempo que se habían ido resolviendo los problemas de desnutrición propios de la etapa pretransicional, fueron apareciendo los problemas posttransicionales ligados a la sobrealimentación (dietas hipercalóricas, mayor consumo de grasas de origen animal y de azúcares libres, o menor ingesta de alimentos ricos en fibra, entre otros) y que explicarían una parte importante de los cambios que acompañaron a la transición epidemiológica española (Blanes, 2007).

Como señalaban Villalbí y Maldonado (1988: 128-129) en su análisis de la transición

nutricional experimentada por la población española entre la década de 1940 y la de 1980, la dieta de los españoles habría pasado de una importante presencia de carencias alimentarias en la posguerra, con aportes proteicos insuficientes y déficit en calcio, hierro y vitaminas A y B2, a un panorama nutricional marcado por la ingesta de un exceso de calorías, azúcares y grasas, dando lugar a una dieta hipercalórica que empezaba a vislumbrarse como un problema sanitario. El panorama trazado por Villalbí y Maldonado todavía empeoraba más al considerar la aparición de formas de vida más sedentarias y con menores necesidades calóricas, mientras la ingesta calórica aumentaba y repercutía en un aumento de sobrepeso y obesidad (SP/OB). Según diversas estimaciones, las calorías de la dieta media se habían incrementado en un 10 por ciento desde 1965 a 1979, y el consumo de grasas, en un 20 por ciento, a expensas, sobre todo, de las de origen animal (Varela, Moreiras y Carvajal, 1988; Rodríguez Artalejo *et al.*, 1996).

El consumo histórico de ácidos grasos saturados había sido bajo en España. Hasta la década de los sesenta la mayor parte de las proteínas de la dieta eran de origen vegetal (Cussó y Garrobou, 2007: 90-95); por el contrario, en los años ochenta, la mayor parte de estas proteínas eran de origen animal, y el consumo de grasas saturadas había aumentado notablemente. Mientras que amplios segmentos de la población en edad madura habían tenido históricamente una dieta baja en grasas saturadas, las generaciones más jóvenes consumían dietas ricas en dichas grasas, y su riesgo cardiovascular pasaba a ser mayor al alcanzar edades más avanzadas. En 1991 las grasas ya aportaban el 42 por ciento de la energía, la misma proporción que los hidratos de carbono. Además, destacaba el excesivo consumo de las proteínas de origen animal: 65 por ciento de la cantidad de proteína consumida por persona y día, muy por encima del 50 por ciento recomendado (Cussó y Garrobou, 2007: 97). Sin embargo, uno de los rasgos más característicos de la transición nutricional española es el menor incremento de muertes por enfermedades cardiovasculares, a pesar del incremento de consumo de grasas. Es lo que se conoce como "la paradoja española", resultado de la sinergia y el antagonismo de factores de riesgo y factores protectores, como ocurre con el elevado consumo de aceite de oliva (Moreno, Sarría y Popkin, 2002).

El cambio en el comportamiento alimentario de la población española, asociado al

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADULTOS (ESPAÑA, 1987-2012)

| Exceso ponderal (SP+OB) | ENS 1987 | | ENS 2006 | | ENS 2012 | |
|-------------------------|-----------------------|--|-----------------------|------------|-----------------------|------------|
| | Adultos 18 años y más | | Adultos 18 años y más | | Adultos 18 años y más | |
| | Exceso ponderal % | | Sobrepeso % | Obesidad % | Sobrepeso % | Obesidad % |
| Hombres | -- | | 44,7 | 15,6 | 45,1 | 18,0 |
| Mujeres | 5 | | 29,4 | 15,2 | 28,1 | 16,0 |

Fuente: Elaboración propia.

aumento del bienestar socioeconómico, tuvo un impacto positivo al reducir los problemas vinculados con la malnutrición por defecto, además de mostrar un efecto beneficioso sobre el crecimiento infantil y juvenil, que se reflejó, entre otros indicadores, en el aumento de la estatura (Trescastro-López *et al.*, 2014). Sin embargo, la evolución hacia un estilo de vida caracterizado por el estrés, el sedentarismo y un descenso en la actividad física y, por tanto, en el gasto energético, a la vez que un consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples o sodio, y calóricamente densos, han comportado un aumento del sobrepeso y la obesidad (SP/OB) y el incremento de problemas de salud, como la diabetes, determinados tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares (Moreno, Sarría y Popkin, 2002; Quiles *et al.*, 2008), encontrándonos ante una creciente prevalencia de problemas asociados a la malnutrición por exceso.

En España, las cifras de SP/OB se aceleraron a partir de la década de 1980. De acuerdo con datos proporcionados por la *Encuesta Nacional de Salud* (ENS), en 1987 se situaba en torno

al 5 por ciento, cuando según la misma Encuesta del año 2006 el 52,45 por ciento de la población presentaba exceso de peso, afectando a los hombres en un 60,3 por ciento, y a las mujeres en un 44,6 por ciento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Sin embargo, estas cifras han continuado en aumento y en la última ENS del año 2012, el 53,7 por ciento de la población presentaba exceso de peso (SP/OB), afectando a los hombres en un 63,15 por ciento, y a las mujeres en un 44,18 por ciento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012) (cuadro 1). Se trata, en cualquier caso, de cifras globales que no contemplan ni el nivel socioeconómico ni el educativo, dos variables que ejercen una notable influencia en su desarrollo (Marrodán, Montero y Cherkaoui, 2012: 61).

El problema es similar e incluso más preocupante entre la población infantil y adolescente (cuadro 2). El estudio Paidos publicado en 1985 mostraba un 4,9 por ciento de exceso ponderal entre los escolares españoles de 6 a 12 años; en el estudio Enkid, elaborado entre 1998 y el año 2000, el porcentaje de obesos en el grupo de 2 a 24 años de edad ascendía al 13,9 por ciento.

CUADRO 2

EVOLUCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN NIÑOS-ADOLESCENTES EN ESPAÑA, 1985-2011

| Exceso ponderal (SP+OB) | Estudio Paidos | | Estudio Enkid | | Estudio ALADINO | |
|-------------------------|-------------------|--|----------------|------------|-----------------|------------|
| | 1985 | | 1998-2000 | | 2010-2011 | |
| | Edad 9-12 años | | Edad 2-24 años | | Edad 6-9 años | |
| | Exceso ponderal % | | Sobrepeso % | Obesidad % | Sobrepeso % | Obesidad % |
| Niños | -- | | 16 | 21,7 | 13,9 | 20,2 |
| Niñas | 49 | | 13,1 | 9,8 | 13,8 | 14,8 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recogidos en el trabajo de Marrodán, Montero y Cherkaoui (2012: 61-62).

A pesar del esfuerzo, quizás insuficiente, que ha supuesto la estrategia NAOS (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad), la tendencia al aumento del exceso ponderal no parece frenarse, aunque sí tiende a estabilizarse.

El exceso nutricional propio de la etapa postransicional y los cambios en los estilos de vida (menor actividad física, que, por tanto, precisa un menor gasto energético) explican el incremento de patologías como la obesidad, la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, las afecciones cardio y cerebrovasculares, así como determinados tipos de cáncer (principalmente de mama, próstata y colon) (Bernabeu-Mestre, Esplugues-Pellicer y Trescastro-López, 2011). Estos efectos no deseados de la transición epidemiológica-nutricional se agravan en la población anciana. Se ha llegado a estimar que aproximadamente el 40 por ciento de las personas mayores presentan algún tipo de alteración nutricional, como malnutrición calórico-proteica, déficit selectivo de vitaminas u oligoelementos, inadecuado aporte hídrico y obesidad (Martín, 2002: 23), por lo que este grupo de población aumenta su riesgo de déficit nutricional. En el caso de la población anciana se combina una paradójica carencia alimentaria: por una parte, un incremento de la obesidad por exceso de alimentación y, por otra, un mayor riesgo de desnutrición asociada al proceso de envejecimiento (Martín, 2002).

5. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LOS RETOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Como se ha podido comprobar en el apartado anterior, las cuestiones alimentarias y nutricionales pueden jugar un papel relevante en el mantenimiento de unos estándares de calidad de vida óptimos en la población general, y en las personas mayores en particular. Resulta evidente la necesidad de fomentar el consumo de dietas equilibradas y saludables que permitan controlar las enfermedades y los problemas derivados de una mala alimentación, disfrutando así de una vida más larga y de mayor calidad. La gastronomía, entendida como la ciencia que aporta los conocimientos necesarios para la elección de los alimentos más convenientes y como el arte de conseguir el agradable condimento de estos

y su presentación en la mesa, proporciona elementos clave a la hora de conseguir este objetivo. El conocimiento gastronómico ha mostrado una importante evolución y se ha convertido en uno de los principales retos del siglo XXI por su carácter esencial para la salud de las personas, por su influencia en el comportamiento social, y, muy probablemente, por haber sabido hacer de la necesidad virtud, por lo que el comer (o la obligación fisiológica de nutrirse) está hoy más que nunca relacionado con la posibilidad de saber hacerlo y disfrutarlo (Bernabeu-Mestre, 2016).

En el momento actual no se come solo por salud, también se come por placer, y, sobre todo, se come de acuerdo con unos hábitos alimentarios (Ansón y Varela, 2007). En el momento de programar una dieta, aunque sea correcta desde el punto de vista nutricional, si no se tienen en cuenta el placer y los hábitos, es decir, la gastronomía, muy probablemente se fracasará. La alimentación de calidad es aquella que, además de ser nutricionalmente adecuada, variada y saludable, adquiere también la dimensión de “palatable y adaptada a los gustos y necesidades de los consumidores” (Bernabeu-Mestre, 2016).

En los países desarrollados nunca habíamos tenido acceso a una variedad tan grande de alimentos como en la actualidad, pero, aun así, los productos estandarizados y las nuevas formas de restauración colectiva gozan cada vez de mayor aceptación, mientras va ganando terreno la desestructuración de los hábitos alimentarios (Bernabeu-Mestre, 2016). Por todo ello debemos ser capaces de conjugar la salubridad y la calidad en la alimentación que promocionemos; en este contexto, la Dieta Mediterránea (DM) se presenta como un patrón alimentario que reúne todas estas características.

Sin embargo, la DM se enfrenta actualmente a tres grandes problemas: el abandono progresivo de los hábitos alimentarios propios, la desaparición de los referentes patrimoniales, y la globalización y estandarización del gusto. Podemos afirmar que el modelo dietético que representa la DM es actualmente más un propósito que una realidad en la mayoría de los países de la cuenca mediterránea (Alonso, 2011). Según datos del Estudio ENRICA, la puntuación media en la escala de adherencia a la dieta mediterránea es escasa. Ello obedece a la emergencia de una “dieta mediterránea evolucionada” resultante de la incorporación, en las últimas décadas,

de un alto consumo de carne y otros productos ricos en grasa animal, así como de alimentos ricos en azúcares (UAM, 2010).

En nuestro caso, la necesidad de recuperar el modelo alimentario de referencia que representa la DM se ha convertido en una prioridad y en una reivindicación desde hace décadas. El reto consiste en readaptar a las actuales circunstancias algunos de los valores que configuraban aquel modelo mediterráneo de vida que nos permitió completar la transición nutricional y alimentaria, y poder alcanzar los parámetros del ideal de la DM. Si comparamos las actuales recomendaciones nutricionales con las propiedades de la DM, podemos observar que existe una gran complementariedad. A las ventajas que aporta la DM tradicional, por su bajo contenido en ácidos grasos saturados y alto en mono insaturados, así como en carbohidratos complejos y fibra, hay que añadir los beneficios cardiovasculares, por el contenido en antioxidantes, vitaminas y minerales (Serra y Bach, 2012). Entre las pautas que se han propuesto para conseguir esta readaptación figura la necesidad de recuperar los recetarios tradicionales populares, analizarlos y conocer sus virtudes y defectos desde el punto de vista nutricional, corrigiéndolos cuando resulte conveniente, tal como ocurre con la reducción de la proporción de grasas en los casos en que resultan excesivas, o con el cuidado de la presentación (Quiles, 1994; Zapata, 2003).

Se trata de un proceso de recuperación y adaptación de la DM que debe ser liderado por el sector público a través de políticas de alimentación y nutrición y de campañas orientadas hacia la mejora de la educación en alimentación y nutrición, pero al que también se tienen que incorporar sectores claves en el ámbito de la alimentación, como la industria agroalimentaria, aportando sus cuotas de responsabilidad social, y otros agentes involucrados en la restauración colectiva.

6. UNAS REFLEXIONES FINALES

En términos de alimentación y nutrición, la experiencia española confirma cuestiones ya conocidas: la mejora de los niveles de vida o, al menos, del poder adquisitivo, va acompañada habitualmente de aspiraciones gastronómicas más sofisticadas; pero el deseo de comer mejor

no siempre se corresponde con una alimentación y nutrición adecuadas. De acuerdo con el modelo europeo-occidental, en una primera etapa se superaron los problemas de desnutrición que explicarían, en buena medida, el patrón epidemiológico dominado por las enfermedades infecciosas que caracterizó la etapa pretransicional (Sánchez Verdugo, 1948). A partir de la década de 1960, el proceso de transición alimentaria y nutricional estuvo marcado por la evolución hacia unas condiciones y un estilo de vida caracterizado por el estrés, el sedentarismo y el descenso en la actividad física y, por tanto, en el gasto energético, a la vez que por un consumo cada vez mayor de alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares simples o sodio, y calóricamente densos, lo que comportó, desde el punto de vista epidemiológico-nutricional, un aumento imparable del sobrepeso y la obesidad y un incremento de problemas de salud como la diabetes, determinados tipos de cáncer o las enfermedades cardiovasculares (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez y Trescastro-López, 2015b).

En los últimos años, las tendencias dietéticas que acabamos de describir se han acentuado, y aunque se ha producido un mayor consumo de frutas, este se ha visto contrarrestado con un descenso del de verduras y legumbres (Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2012). Si a todo esto sumamos que el ejercicio físico que realiza la población española es insuficiente (situándose por debajo de la media europea), tenemos muchas de las claves para explicar por qué la obesidad y el sobrepeso, muy relacionados con el sedentarismo, han llegado a alcanzar cifras tan alarmantes.

Los retos demográficos –envejecimiento y aumento de la longevidad– y epidemiológicos ante los que se encuentra la población española, muchos de estos últimos asociados a las consecuencias de una alimentación y nutrición inadecuadas, aconsejan revertir la tendencia que muestra la transición epidemiológica-nutricional y recuperar hábitos alimentarios y estilos de vida saludables como los que representa la dieta mediterránea.

BIBLIOGRAFÍA

ABUHAZIM, A. (2010), *Transición nutricional y alimentaria en España*, Madrid, Bubok Publishing.

AGENCIA ESPAÑOLA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA (2012), *Presentación de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética Española (ENIDE)* (de: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/Presentacion_ENIDE.pdf).

ALONSO, E. (2011), "Patrones de dieta actual en el mundo mediterráneo", en ALONSO, E.; VARELA, G., y D. SILVESTRE (coords.), *¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI?*, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez Cuétara: 39-54.

ANSÓN, R., y G. VARELA (2007), *Gastronomía saludable*, León, Editorial Everest.

BERNABEU-MESTRE, J. (2016), "Alimentación y población: los retos epidemiológicos de la transición nutricional española", en *Monografía colectiva de homenaje al Profesor Vicente Gozálviz Pérez*, Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante (en prensa).

BERNABEU-MESTRE, J.; ESPLUGUES-PELLICER, J. X., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2011), "Nutrición y envejecimiento", en R. GÓMEZ (coord.), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Alianza Editorial: 183-198.

BERNABEU-MESTRE, J.; GALIANA-SÁNCHEZ, M. E., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2015a), "Procesos transicionales y dinámicas de salud en la España de la segunda mitad del siglo XX", en E. PERDIGUERO (ed.), *Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática*, Alicante, Universidad Miguel Hernández: 19-30.

- (2015b). "De la faim et la dénutrition à l'obésité et la malnutrition: la transition épidémiologique et nutritionnelle de la population", en *Consommateurs et consommations XVII-XXIe siècles. Regards franco-espagnols*, Alicante/Perpignan, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alicante: 303-328.

BLANES, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX (tesis doctoral)*, Barcelona, Departament de Geografia, Facultat de Filosofia i Lletres, Universitat Autònoma de Barcelona.

CASADO, D. (2011), *Afrontar la discapacidad, el envejecimiento y la dependencia*, Madrid, Editorial CCS, Colección: Intervención social.

Cussó, X., y R. GARROBOU (2007), "La transición nutricional en la España contemporánea: las variaciones en el consumo de pan, patatas

y legumbres", *Investigaciones de Historia Económica*, 7: 69-100.

DE PALACIOS, J. M. (1964), *Estado nutritivo de nuestros niños*, Madrid, Ministerio de Educación Nacional/ Servicio Escolar de Alimentación y Nutrición.

ESPLUGUES-PELLICER, J. X., y E. M. TRESCASTRO-LÓPEZ (2012), "El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición: cuando la alimentación española era satisfactoria (1961-1972)", en J. M. COMELLES, y M. GRACIA (eds.), *Alimentación, Salud y Cultura*, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili: 423-439.

GARRABOU, R., y X. CUSSÓ (2009), "Dieta mediterránea y transición nutricional moderna en España", en L. G. GERMÁN ZUBERO (coord.), *Economía alimentaria en España durante el siglo XX*, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: 25-63.

GERMÁN, L. G. (Coord.) (2009), *Economía alimentaria en España durante el siglo xx*, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.

GÓMEZ, R. (coord.) (2011), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Alianza Editorial.

MARRODÁN, M.; MONTERO, P., y M. CHERKAOUI (2012), "Transición nutricional en España durante la historia reciente", *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 32 (suplemento 2): 55-64.

MARTÍN, A. (2002), "Epidemiología de las alteraciones nutricionales en el anciano", en M.A. RUBIO (dir.), *Manual de alimentación y nutrición en el anciano*, Barcelona, Masson: 23-29.

MENACHO, T.; CABRÉ, A. M., y A. DOMINGO (2002), "Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX", *Mediterráneo Económico (Procesos migratorios, economía y personas*, número coordinado por Manuel Pimentel), 1: 121-138.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2006), *Encuesta Nacional de Salud* (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/encuestaNacionalSalud2006.pdf>).

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES e IGUALDAD (2012), *Encuesta Nacional de Salud* (<http://>

www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf.

MORENO, L.; SARRÍA, A., y B. M. POPKIN (2002), "The nutrition transition in Spain: A European Mediterranean country", *European Journal of Clinical Nutrition*, 56(10): 992-1003.

NICOLAU, R., y J. PUJOL (2011), "Aspectos políticos y científicos del Modelo de Transición Nutricional: evaluación crítica y nuevas perspectivas", en J. BERNABEU, y J. LL. BARONA (eds.), *Nutrición, Salud y Sociedad. España y Europa en los siglos XIX y XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència. Universidad de Valencia: 19-57.

POPKIN, B. M. (1993), "Nutrition patterns and transitions", *Population and Development Review*, 19:138-157.

QUILES, J. (1994), *Els nostres menjars saludables*, València, IVESP.

QUILES, J. et al. (2008), "Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención", *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 14(3): 142-149.

RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. et al. (1996), "El consumo de alimentos y nutrientes en España en el período 1940-1988. Análisis de su consistencia con la dieta mediterránea", *Medicina Clínica*, 106: 161-168.

SÁNCHEZ VERDUGO, J. (1948), "Cambios en la mortalidad proporcional por grupos de edades y causas en lo que va de siglo", *Revista de Sanidad e Higiene Pública*: 808-829.

SERRA, LL., y A. BACH (2012), "Mediterranean diet and public health nutrition: Future and challenges", en A. GARCÍA y G. VARELA (coords.), *Hot topics in nutrition and public health*, Madrid, Fundación Tomás Pascual y Pilar Gómez Cuétara: 77-89.

SERRA, LL., e I. BAUTISTA (2007), "La nutrición en España", en V. CLIMENT et al., *Como vivíamos: alimentos y alimentación en la España del siglo XX*, Madrid, Lunweg editores/ MAPA/ Fundación Triptolemos: 177-196.

TRECASCRO-LÓPEZ, E.M. et al. (2014), "Malnutrición y desigualdades en la España del franquismo; el impacto del complemento alimenticio

lácteo en el crecimiento de los escolares españoles (1954-1978)", *Nutrición Hospitalaria*, 29(2): 227-236.

TRECASCRO-LÓPEZ, E. M.; BERNABEU-MESTRE, J., y M. E. GALIANA-SÁNCHEZ (2013), "Nutrición y Salud Pública: políticas de alimentación escolar en la España contemporánea (1931-1978)", *Asclepio*, 65 (2), p026 (<http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2013.26>).

— (2012), "El Programa de Educación en Alimentación y Nutrición (1961-1982) y la capacitación de las amas de casa como responsables del bienestar familiar", *Nutrición Hospitalaria*, 27(4): 955-963.

TRECASCRO-LÓPEZ, E. M., y S. TRECASCRO-LÓPEZ (2013), "La educación en alimentación y nutrición en el medio escolar: el ejemplo del Programa EDALNU", *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 17(2): 84-90.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID, DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA y SALUD PÚBLICA (FACULTAD DE MEDICINA) (2010), *Estudio de nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA)* (http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/11/17/21/3a4a4254-d025-45d1-b8d4-40a42c0f852f.pdf).

VARELA, G.; GARCÍA, D., y O. MOREIRAS (1970), *La nutrición de los españoles. Diagnóstico y recomendaciones*, Granada, Instituto de Desarrollo Económico.

VARELA, G.; MOREIRAS, O., y B. CARVAJAL (1968), *Evolución del estado nutritivo y de los hábitos alimentarios de la población española*, Madrid, Fundación Española de Nutrición.

VILLALBÍ, J. R., y R. MALDONADO (1988), "La alimentación de la población en España desde la posguerra hasta los años ochenta: una revisión crítica de las encuestas de nutrición", *Medicina Clínica*, 90: 127-130.

ZAPATA, Z. (2003), "Problemática actual de la alimentación rural y posibilidades de recuperación", en J. M. MARTÍNEZ (ed.), *Historia de la alimentación rural y tradicional. Recetario de Almería*, Almería, Instituto de Estudios Almerienses: 17-28.

Familia y bienestar en la salud: la experiencia de las madres del *baby boom* en España

MARÍA SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ*

RESUMEN*

Uno de los aspectos clave del proceso de envejecimiento tiene que ver con las familias que conviven y/o atienden a las personas en edades avanzadas. En España, donde buena parte de los mayores conviven con sus familiares o son atendidos directamente por ellos, el papel de la red familiar es determinante para una comprensión cabal del proceso de envejecimiento y de la salud autopercebida y objetiva de los mayores. Este artículo ofrece una panorámica general sobre cuál es el estado de salud de las madres del *baby boom*, que son hoy las protagonistas del proceso de envejecimiento de la sociedad española.

1. INTRODUCCIÓN

España es uno de los casos paradigmáticos de Estado de bienestar propio del sur de Europa,

* Universidad Carlos III de Madrid, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas (mariasan@clio.uc3m.es).

* Este trabajo forma parte del proyecto de investigación, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad-FEDER "Familia y envejecimiento en España" (CSO2014-53903-C3-3-R); y del proyecto "Población, familia y envejecimiento en el mundo contemporáneo: dimensiones de un proceso en marcha" (S2015/HUM-3321) cofinanciado por el Fondo Social Europeo. Versiones preliminares de este trabajo han sido presentadas en Corea del Sur (IUSSP), Chicago (SSHA) y en la Universidad de Umeå (Suecia), junto con David Reher, Miguel Requena y Alberto Sanz, a los que nuestro mi más profundo agradecimiento. También agradezco las útiles sugerencias recibidas por parte de Alfonso Notario, médico del Hospital Universitario de Leganés (España).

que se caracteriza por la presencia de lazos familiares fuertes, lo que sitúa a la familia en el centro de la atención sanitaria y protección social a los miembros dependientes del hogar (Reher, 1998; Fuentes y Callejo, 2011). Como otras sociedades del sur de Europa, la española ha presentado históricamente un perfil familiar, caracterizado por una mayor concentración doméstica, una mayor proporción de hogares numerosos, un número relativamente elevado de hogares complejos y una menor propensión de los ancianos a vivir solos (Requena, 2001). Y lo que tal vez es más importante, poderosas inercias históricas han hecho que la solidaridad familiar siga siendo reconocible tras haber experimentado el impacto de los procesos de modernización económica y social.

El reto que en la actualidad plantea el cuidado y la atención de los mayores es muy distinto a como fue en el pasado. Por un lado, el proceso de envejecimiento está dando lugar a un mayor número de personas necesitadas de cuidado durante un período más largo de sus vidas. Por otro lado, la incorporación masiva de las mujeres al mercado laboral plantea un reto para la eficacia y sostenibilidad del cuidado de los mayores, ya que cada vez menos mujeres, que son las que tradicionalmente se han hecho cargo de estas tareas, están disponibles para tomar responsabilidad completa de su cuidado. La intersección de estas dos dinámicas –aumento de la demanda de cuidado y disminución en las potenciales cui-

dadoras— es lo que se ha identificado como ‘crisis del cuidado’ (Hochschild, 1995). Como respuesta a esta crisis del cuidado, durante la última década ha habido toda una serie de reformas legales que han tratado de aliviar la carga que supone a las familias el envejecimiento de la población. Un momento decisivo fue la introducción en el año 2006 de la Ley de Dependencia española¹. Esta ley reconoció el cuidado de los ancianos como un derecho universal, garantizando una amplia cobertura de las necesidades crecientes de atención. La Ley de Dependencia representó un cambio de paradigma: “el supuesto abandono de que la familia era la principal proveedora de bienestar de los dependientes” (CES, 2011; Ibáñez y León, 2013). Sin embargo, la implementación de este sistema fue interrumpido por la crisis financiera de 2008. Como resultado de ello, la disposición actual de los servicios y prestaciones de transferencia de dinero en efectivo solo satisfacen una proporción limitada de la demanda de atención (Rodríguez y Marbán, 2013). La persistencia de la institución familiar como eje vertebrador del cuidado y de la atención a las personas mayores nos sitúa, por tanto, en la premisa de que a la familia le corresponde un papel importante de cara a la situación de la salud y del bienestar de los ancianos que ya están experimentando el envejecimiento de la población (Moor *et al.*, 2013; Reher, 2015; Sánchez-Domínguez y Serrano, 2015); en concreto, a las madres del *baby boom*, objeto de estudio de este artículo. Las madres del *baby boom* (mayores de 64 años en la actualidad), que en otro tiempo fueron las protagonistas de uno de los fenómenos demográficos sin precedentes en la historia demográfica del siglo XX en España, son hoy las protagonistas del proceso de envejecimiento de la sociedad española.

Recientes estudios han señalado que la familia es una fuente de apoyo que promueve tanto el bienestar subjetivo como el grado de satisfacción que manifiestan los mayores con respecto a sus vidas y previenen o mitigan los trastornos emocionales asociados a la vejez (García *et al.*, 2005; Zunzunegui *et al.*, 2001). Al hilo de estas investigaciones, este artículo se propone describir en qué medida la composición del grupo familiar, así como sus intervenciones, traducidas mayormente en contribución emocional, apoyo y cuidados, afectan a la calidad del

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

envejecimiento de las madres del *baby boom* en España. Para ello se ha empleado la salud auto-percibida, un indicador general subjetivo del estado de salud que refleja la percepción que tienen las personas sobre su bienestar físico, emocional, psicológico y sociocultural. También se suele emplear como indicador que mide el grado de satisfacción de las personas con los servicios públicos de atención y cuidado a los mayores (Girón, 2010). La pregunta de investigación concreta es: “¿qué tan importante es el cuidado de la familia y la ayuda que reciben las madres del *baby boom* para su salud autopercebida, o, dicho de otro modo, para el bienestar físico, mental o emocional de estas mujeres?”.

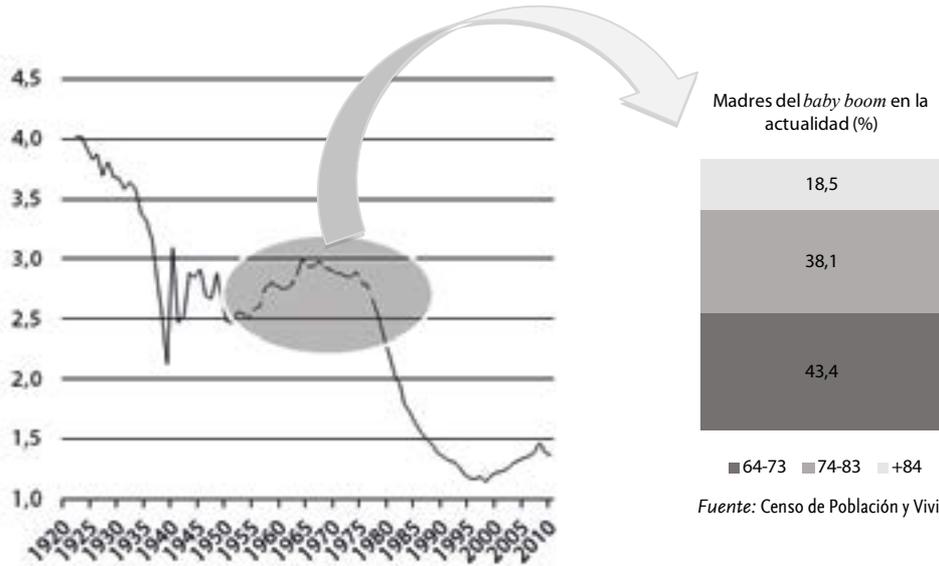
2. EL *BABY BOOM* EN ESPAÑA

España constituye un ejemplo interesante tanto por el contexto histórico como por el modo en que se produjo el *baby boom*. Si bien es cierto que la Segunda República Española (1931-1939) situó a España al mismo nivel que los países más equitativos en cuanto a la igualdad de género, la guerra y su desenlace alteraron el curso de los acontecimientos. La Constitución de 1931 representó un cambio importante en la situación de las mujeres. Desde el punto de vista de la familia, se introdujo una legislación liberal e igualitaria (matrimonio civil). La Guerra Civil puso fin a esta evolución, y la dictadura autoritaria a partir de 1939 impuso normas sociales, políticas y religiosas conservadoras muy estrictamente. Pese a todo ello, a partir de finales de los años cincuenta se produjo en España un proceso de cambio económico y social. En los años sesenta y setenta, aumentó la escolarización y el nivel de riqueza, iniciándose una aproximación a otros países avanzados de Europa. En 1975 España se encontraba preparada para la profunda transformación política y social que catalizó la muerte del dictador. Los años sesenta y primeros setenta, que constituyeron una fase de transición económica en el marco de un sistema político dictatorial, proporcionaron un telón de fondo muy interesante para el *baby boom* en España.

Volviendo atrás, en la década de 1930 la fecundidad era bastante alta, aunque comenzó a disminuir rápidamente (gráfico 1). “En el período alrededor y justo después de la Guerra Civil (1936-1945)” resultó muy difícil saber exacta-

GRÁFICO 1

EL BABY BOOM EN ESPAÑA (TASAS DE FECUNDIDAD, 1920-2010)



Fuente: Developed Countries Database, INED.

mente lo que estaba sucediendo con la fecundidad. Superado ese tumultuoso período, los nacimientos siguieron descendiendo hasta aproximadamente 1950, cuando se produjo un cambio de tendencia. Al principio, los aumentos en el número de nacidos fueron modestos, pero a finales de 1950, y especialmente en la década de 1960, se aceleró el *baby boom*. La fecundidad en España se mantuvo alta hasta 1977-1978, cuando el *baby boom* dio paso al *baby bust*.

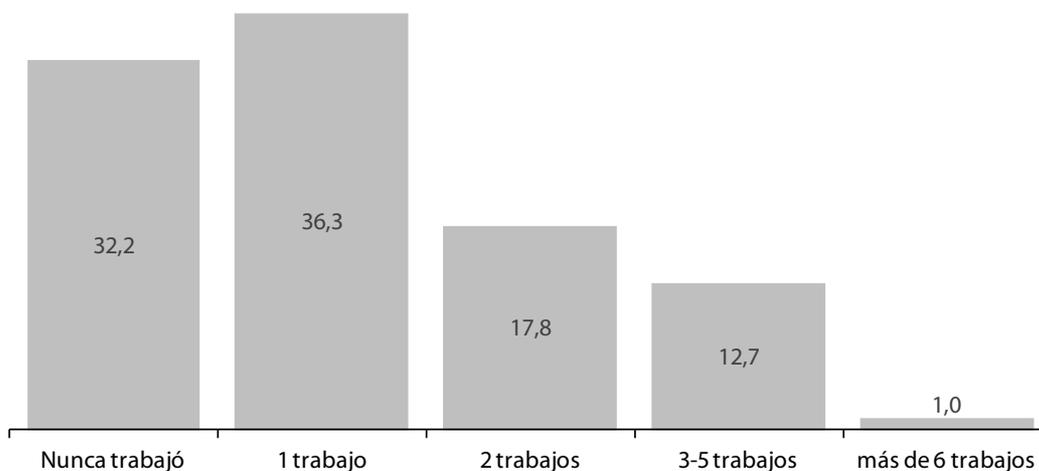
El *baby boom* se produjo como consecuencia del auge del matrimonio. Durante este período aumentó el número de parejas que se casaban a edades cada vez más tempranas. La combinación de una edad más temprana en el matrimonio, de una disminución en el celibato permanente y de una contracepción imperfecta (Reher *et al.*, 2013) "implica que una proporción más grande de la población está expuesta a la concepción durante más años" (van Bavel y Reher, 2013), y ello no solo porque las mujeres se casaban antes, sino también porque el número de años que eran sexualmente activas aumentó. El incremento en los matrimonios fue el producto de un optimismo vital generalizado durante este período. Había buenas razones para este optimismo.

Como ya se ha apuntado, a pesar de las dificultades de la posguerra, el desarrollo arrancó a finales de la década de 1950, con la posterior modernización y apertura de la economía y el creciente dinamismo de la sociedad. El período de 1955 y 1975 se caracteriza por una intensa transformación económica y social. A pesar del régimen político, eran tiempos buenos para formar una familia. Cuando se inició el *baby boom*, España seguía siendo un país en desarrollo y sumamente tradicional. Las mujeres raramente participaban en el mercado laboral (gráfico 2), excepto antes de su matrimonio o antes del nacimiento del primer hijo (Sánchez-Domínguez y Lundgren, 2015).

Las madres del *baby boom* también tenían un nivel de estudios bajo. La expansión educativa no se inició en España hasta mediados de la década de 1950, provocada por un creciente nivel de industrialización. El analfabetismo descendió del 23 por ciento en 1940 al 12 por ciento en 1970, y al mismo tiempo aumentaba la proporción de mujeres con títulos universitarios (Martínez, 2006; Bernardi y Requena, 2008). La expansión de la educación superior, sin embargo, solo llegó a las clases medias y trabajadoras en la década de 1970, cuando el *baby boom* prácti-

GRÁFICO 2

NÚMERO DE TRABAJOS EN LA VIDA DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM* (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 3 (2010).

camente ya había llegado a su fin. Por lo tanto, la expansión del sistema educativo afectó principalmente a los *baby boomers*, no a sus madres. El fin de la dictadura (1975) trajo consigo la legalización de los métodos de control de la natalidad, así como la ley del divorcio en el año 1981, cuando las madres del *baby boom* ya habían finalizado su período reproductivo. Todos estos elementos acompañaron el fin del *baby boom* y el inicio del *baby bust*.

El periodo del *baby boom* español fue protagonizado por las mujeres nacidas entre 1920 y 1952. La mayor parte de la historia reproductiva de las mujeres que en la actualidad son mayores de 84 años se produjo entre los años 1935 y 1955, en la primera fase del *baby boom*; las mujeres de entre 74 y 83 años tuvieron sus vidas reproductivas en los años del auge de la fecundidad, entre 1950 y 1975; y, finalmente, las mujeres de 64 a 73 años son aquellas que participaron en la fase final del *baby boom* y fueron las pioneras del subsiguiente descenso de la fecundidad, con historias reproductivas que abarcan el período 1965-1990.

En la actualidad, las madres del *baby boom* representan el 21 por ciento de la población femenina total española (4,9 millones). Dentro

de este grupo, dos de cada diez mujeres son mayores de 84 años, cuatro de cada diez tienen entre 74 y 83 años, y dos de cada cinco, entre 64 y 73 años de edad (gráfico 1, panel derecho). Por tanto, esas madres ya forman parte de la población mayor española.

3. FUENTES DE DATOS Y CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

La fuente de datos principal para este estudio es la Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust*. La encuesta se llevó a cabo entre enero y abril del año 2012, con fecha de referencia de 1 de marzo de 2012². La muestra total, representativa a nivel nacional, se compone de un total de 1.021 entrevistas realizadas a mujeres mayores de 60 años de edad (64 en la actualidad). Esta encuesta se diseñó con el objetivo

² Esta encuesta se realizó dentro del proyecto "El *baby boom*: nuevas perspectivas y nuevos retos. Una iniciativa de investigación"(CSO2011-24625), dirigido por David Reher.

de recabar información sobre los diferentes factores que influyeron en las estrategias matrimoniales y reproductivas de las mujeres españolas durante el *baby boom*, pero también incluye toda una serie de aspectos relacionados con la situación actual de la mujer, en concreto, sobre su estado de salud y de bienestar. De este modo, la encuesta ofrece datos de carácter sociodemográfico (historia matrimonial y reproductiva), información sobre situación coresidencial, sobre el estado de salud de la mujer, sobre su experiencia laboral, y sobre ciertas actitudes y valores relacionados con la función asistencial de la familia.

Además, se emplean datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (SHARE, sus siglas en inglés), cuyo principal objeto de estudio es ahondar en las condiciones de vida de la población de edad avanzada en Europa. Esta encuesta se ha llevado a cabo en oleadas sucesivas (2004, 2006-2007, 2008-2009, 2011 y 2013) e incluye datos sobre un amplio elenco de países europeos (el número de países varía según la oleada). En cada uno de estos años, personas mayores de 50 años de edad fueron entrevistadas con el fin de conocer su estado de vida actual, su relación con la familia y la forma en que interactúan con ella. Estas oleadas también contienen una amplia información acerca de las principales características sociodemográficas de los entrevistados, su salud y su bienestar general. En este artículo se emplean datos tanto de la tercera como de la cuarta oleada (Börsch-Supan, 2010 y 2013). La tercera oleada, SHARELIFE (2008-2009), difiere de las otras oleadas en tanto que vincula los datos micro (individuales) sobre toda la vida de los encuestados con los datos macro (institucionales). Permite así evaluar el efecto total de las intervenciones del Estado de bienestar en la vida del individuo.

Las variables que constituyen la base descriptiva de este artículo son las que a continuación se detallan.

- La *salud autopercebida*. Esta variable es un registro subjetivo de la salud percibida de la mujer en los últimos doce meses. La pregunta en ambas fuentes de información es la siguiente: "En los últimos doce meses, ¿cómo definiría su estado de salud?". Las respuestas posibles son: "muy bueno", "bueno", "regular", "malo" o "muy malo". En función del ámbito de análisis, nacional o internacional, se manejan dos agrupacio-

nes diferentes. La descripción del estado de salud a nivel nacional se agrupa en cuatro categorías: "muy bueno", "bueno", "regular" y "malo" (esta última categoría engloba "malo" y "muy malo"). La comparativa internacional, con el fin de simplificar la interpretación, hace uso de una variable dicotómica: "salud autopercebida positiva" [SPP] ("muy buena/buena") y "salud autopercebida negativa" [SPN] ("regular/mala/muy mala").

- La *contribución de la red familiar a la salud y al bienestar de las mujeres*. La pregunta es la siguiente: "En los últimos 10-15 años, ¿en qué medida considera que ha contribuido a su salud y bienestar general cualquiera de los miembros de su familia?". Las respuestas posibles son: "bastante", "poco" y "nada". Esta información se complementa con otra variable dicotómica que recoge si la persona se encuentra satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema.
- La *salud objetiva* se mide a través de los principales problemas de salud de las madres del *baby boom*.

Finalmente, se incluye información específica sobre la *situación coresidencial* de las madres del *baby boom* así como sobre su *nivel de estudios*, su *salud en la infancia* y la *región de residencia*. El nivel de estudios permite estimar si existe o no una situación de desventaja en cuanto a la salud percibida de estas mujeres.

La edad de las mujeres es un elemento clave a la hora de interpretar las distribuciones en función de su estado civil actual, de su nivel de estudios y de su situación de convivencia (cuadro 1). En cuanto al estado civil, tres de cada cinco mujeres de entre 64 y 73 años se encuentran casadas en el momento de la encuesta, mientras que el número de las mujeres viudas aumenta conforme lo hace la edad de las mujeres. El peso de las mujeres separadas y divorciadas es muy bajo, dado que el divorcio no fue aprobado en España hasta el año 1981 y solo las mujeres más jóvenes pudieron acceder a él (9 por ciento). En los niveles de educación también se ve cierto efecto de selección relacionado con la edad y con la expansión de la educación en España. El 70 por ciento de las mujeres más jóvenes no pasaba de los estudios primarios, cifra que aumenta nota-

CUADRO 1

ALGUNAS DISTRIBUCIONES BÁSICAS DE LA ENCUESTA ESPAÑOLA SOBRE EL *BABY BOOM* Y EL *BABY BUST*

| <i>Edad</i> | 64-73 | 74-83 | 84+ | Total |
|--------------------------------|-------|-------|------|-------|
| Tamaño muestral | 407 | 342 | 272 | 1021 |
| % | 39,9 | 33,5 | 26,6 | 100,0 |
| Estado civil | | | | |
| Soltera | 7,6 | 5,8 | 5,9 | 6,6 |
| Cohabitando | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,6 |
| Casada | 60,9 | 45,0 | 23,9 | 45,7 |
| Separada/divorciada | 9,1 | 3,2 | 1,1 | 5,0 |
| Viuda | 20,9 | 45,9 | 69,1 | 42,1 |
| Educación | | | | |
| Primaria o menos | 70,0 | 84,8 | 87,4 | 79,6 |
| Secundaria | 20,8 | 10,9 | 9,6 | 14,5 |
| Universidad | 9,2 | 4,4 | 3,0 | 5,9 |
| Situación coresidencial | | | | |
| Vive en residencia | 0,0 | 0,0 | 7,7 | 2,1 |
| Vive sola | 19,7 | 37,1 | 42,3 | 31,5 |
| Vive con familiares | 80,3 | 62,0 | 46,7 | 65,2 |
| Vive con otras personas | 0,0 | 0,9 | 3,3 | 1,2 |
| Relación de parentesco | | | | |
| Con ascendientes | 4,6 | 1,9 | 0,0 | 3,0 |
| Con su marido | 53,3 | 57,1 | 37,4 | 51,6 |
| Con hijos/nietos | 35,4 | 34,3 | 44,2 | 36,7 |
| Con otros parientes | 6,7 | 6,7 | 18,4 | 8,8 |

Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

blemente en las mujeres que tienen más de 74 años en la actualidad. Paralelamente, se observa cierta expansión de la educación secundaria y universitaria entre las más jóvenes de ese colectivo, aunque siguen siendo una minoría. La situación coresidencial se relaciona claramente con el ciclo vital. A medida que aumenta la edad, lo hace también la propensión de las mujeres a vivir solas, en una residencia de mayores o con otras personas. Con el paso del tiempo, las mujeres van perdiendo a los familiares con los que convivían, en especial su pareja, y, por otro lado, las mejoras en la salud y en el sistema de pensiones les permiten mantener su autonomía a edades avanzadas. Esta situación contrasta claramente con las más jóvenes, las cuales conviven mayoritariamente con sus parejas, hijos o nietos y, en menor proporción, con sus padres (4,6 por ciento), seguramente como sus cuidadoras.

4. EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL BIENESTAR DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

La vejez está generalmente asociada con el deterioro, la pasividad o la tristeza. No obstante, existen numerosas evidencias empíricas que contradicen las representaciones negativas asociadas a esta fase del ciclo vital. Los mayores tienen un alto nivel de satisfacción vital, bienestar y felicidad (Lacey y Ulbel, 2006). También poseen múltiples recursos y fortalezas personales, como la adaptabilidad al cambio y la capacidad de afrontar situaciones de pérdida de vínculos, fundamentalmente, por la muerte de los seres queridos, amigos o vecinos. La pérdida del cónyuge, si bien siempre dolorosa, lo es especialmente más en el caso de las madres del *baby*

boom, pues la mayoría de ellas ha convivido toda su vida con el que fue, en la mayor parte de los casos, su primer 'novio'. La pérdida de familiares y amigos a lo largo de la vejez podría traducirse en una vida social escasa y de apoyos familiares insuficientes, lo que podría derivar en situaciones de aislamiento social y soledad. Esta situación la experimentarían más las mujeres que los varones, dada su mayor longevidad. Los gráficos 3 y 4 revelan una realidad muy diferente. Primero, el gráfico 3 muestra el muy elevado nivel de satisfacción de las madres del *baby boom* con respecto a la contribución de su red de apoyo informal a su propio bienestar emocional y físico.

Destaca la importancia atribuida a la familia en cuanto proveedora de bienestar general y fuente de buena salud (90 por ciento). También hay un elevado grado de satisfacción en cuanto a la ayuda que reciben cuando tienen problemas (84 por ciento) y sobre el tiempo que pasan con su familia (78 por ciento), por lo que las situaciones de aislamiento personal y social quedarían descartadas cuando miramos a la realidad social de estas mujeres en España.

Segundo, el gráfico 4 muestra la relación entre la contribución de la familia a la salud y

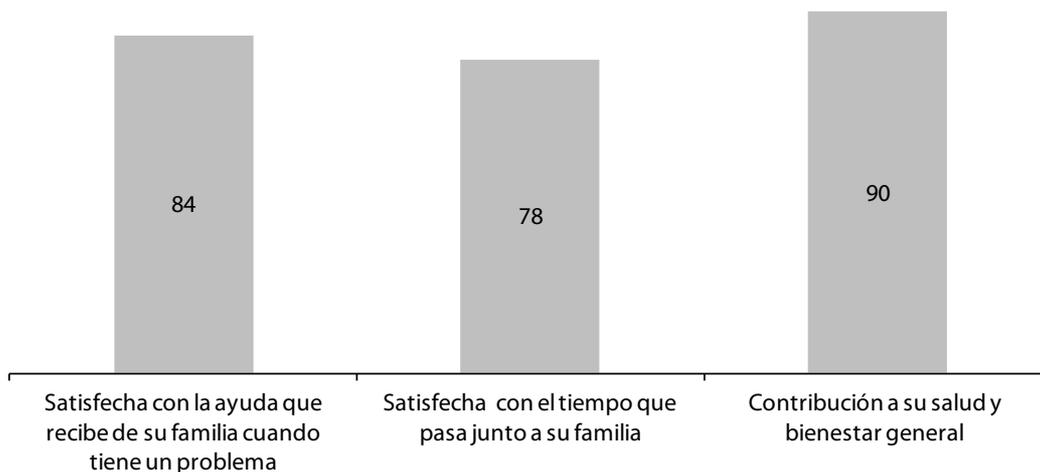
al bienestar de la mujer en función de su situación corresidencial actual. El mayor grado de satisfacción con la contribución de las relaciones familiares a la salud de las mayores españolas se encuentra entre las mujeres que conviven con sus familiares y que viven solas, seguido de aquellas mujeres que viven en residencias de mayores o con otras personas que no son familiares.

Este indicador nos está ofreciendo la constatación de la importancia de lo que venimos hablando hasta ahora: a la familia le corresponde un papel muy importante de cara a la forma en que se desarrolla el envejecimiento individual, puesto que los vínculos familiares son una fuente importante de bienestar emocional en la última etapa del ciclo vital.

Cabe preguntarse si estos vínculos familiares fuertes son una peculiaridad del caso español o si, por el contrario, es una realidad generalizada en las mayores que residen en los países de nuestro entorno europeo. Con el fin de esclarecer este interrogante hemos recurrido a los datos de la cuarta oleada de SHARE (2011) (gráfico 5). Esta encuesta preguntó a los mayores europeos sobre si habían recibido ayuda por parte de su red informal cuando tuvieron un problema de salud,

GRÁFICO 3

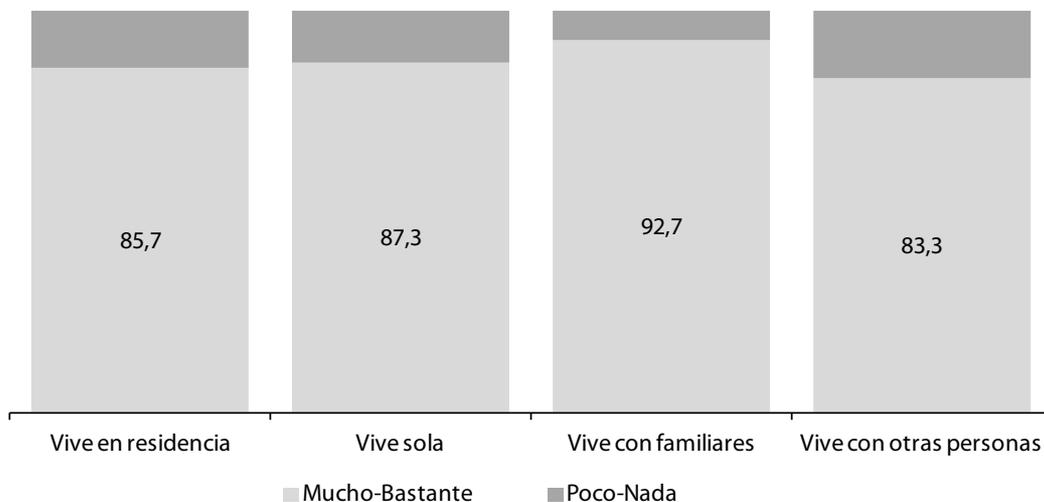
EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR "MUY SATISFECHAS" CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

GRÁFICO 4

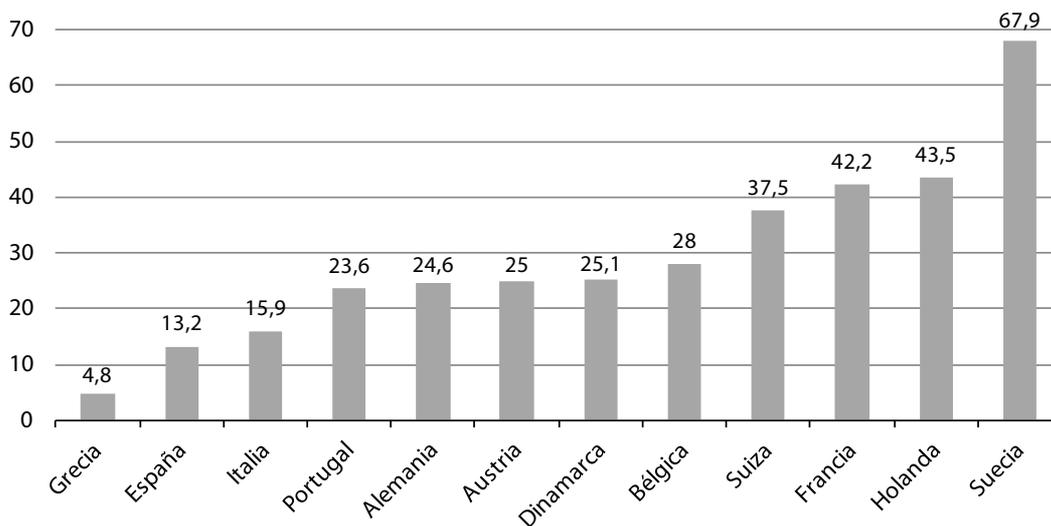
EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR MUY/BASTANTE O POCO/NADA SATISFECHAS CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS, EN FUNCIÓN DE LA SITUACIÓN CORRESPONDIENTE



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 5

PORCENTAJES DE MUJERES NACIDAS ANTES DE 1957 QUE NO RECIBIERON AYUDA (MONETARIA O DE CUIDADOS) POR PARTE DE SU FAMILIA O AMIGOS CUANDO TUVIERON UN PROBLEMA DE SALUD



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

ya fuera ayuda monetaria o ayuda en forma de cuidados y atención. En general, podríamos decir que conforme avanzamos desde el sur europeo hacia los países nórdicos, el porcentaje de mujeres mayores que nunca han recibido ayuda de su red informal aumenta considerablemente. Siete de cada diez mujeres suecas afirmaban no haber recibido nunca ayuda, frente a una de cada diez mujeres españolas. Grecia, Italia y Portugal son, junto con España, los países europeos en los que el papel de la familia destaca por su centralidad en cuanto a la provisión de cuidados informales a las mujeres mayores. En el otro extremo se sitúan Suecia, Holanda, Francia y Suiza, que son los países europeos en los que la presencia de la red familiar se disipa en lo concerniente al cuidado de los mayores. El resto de países europeos se sitúa en posiciones intermedias, con porcentajes que oscilan entre el 25 por ciento y el 28 por ciento de mujeres que nunca recibieron ayuda familiar en caso de enfermedad.

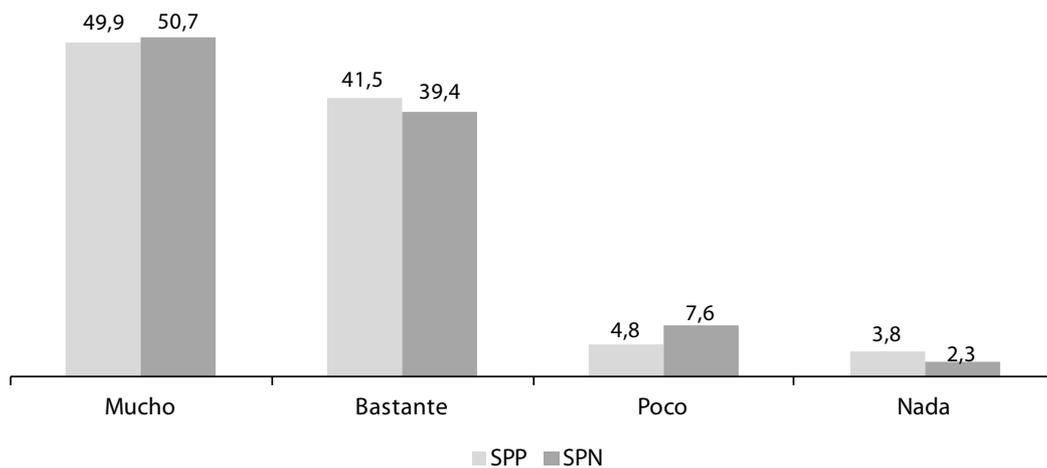
Estos datos ofrecen información sobre los diferentes Estados de bienestar que existen en Europa. Los países del sur de Europa tienen Estados de bienestar “familistas”, en referencia a la centralidad que la institución familiar tiene en la

estructura social y en los mecanismos de protección social (Pérez-Díaz *et al.*, 2010). Esta centralidad conlleva un bajo nivel de provisión pública de servicios de atención de los mayores y la existencia de unas normas culturales en virtud de las cuales se espera que sean las propias familias las que satisfagan estas necesidades básicas de los mayores (Moreno y Bruquetas, 2011). Suecia, que representa el modelo nórdico de Estado de bienestar, cuenta con una amplia provisión pública para el cuidado de mayores y con una política de subsidios de impuestos muy generosa (Fahlén, Hobson y Sánchez-Domínguez, 2015). Esta es la razón subyacente a la baja incidencia de la ayuda recibida por parte de la familia. En el norte europeo, el Estado, y no la familia, es quien satisface las necesidades de atención y cuidado de los mayores.

La centralidad de la red familiar de cuidado y atención de los mayores es un componente esencial de la salud autopercebida de las madres del *baby boom* en España. El gráfico 6 muestra que, independientemente de cuál sea el estado de salud autopercebido de las mujeres, la familia es una fuente de bienestar para ellas. Tanto si la salud subjetiva es positiva como negativa, el

GRÁFICO 6

EL VALOR DE LA FAMILIA PARA LAS MADRES DEL *BABY BOOM*: PORCENTAJE DE MUJERES QUE DECLARAN ESTAR MUY/BASTANTE O POCO/NADA SATISFECHAS CON RESPECTO A LA CONTRIBUCIÓN DE SU FAMILIA AL BIENESTAR DE ELLAS, EN FUNCIÓN DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA.



Nota: SPP: “salud autopercebida positiva” (muy bueno/bueno); SPN: “salud autopercebida negativa” (regular/malo/muy malo).

Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

50 por ciento de las mujeres afirman que la familia tiene un efecto fundamental sobre su salud, y el 40 por ciento que ese efecto es bastante positivo. Entre las mujeres para las que la familia es poco o nada importante, el 8 por ciento y el 3 por ciento consideran que su salud no es buena, respectivamente.

5. LA PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES DEL BABY BOOM: SALUD AUTOPERCIBIDA Y SALUD OBJETIVA

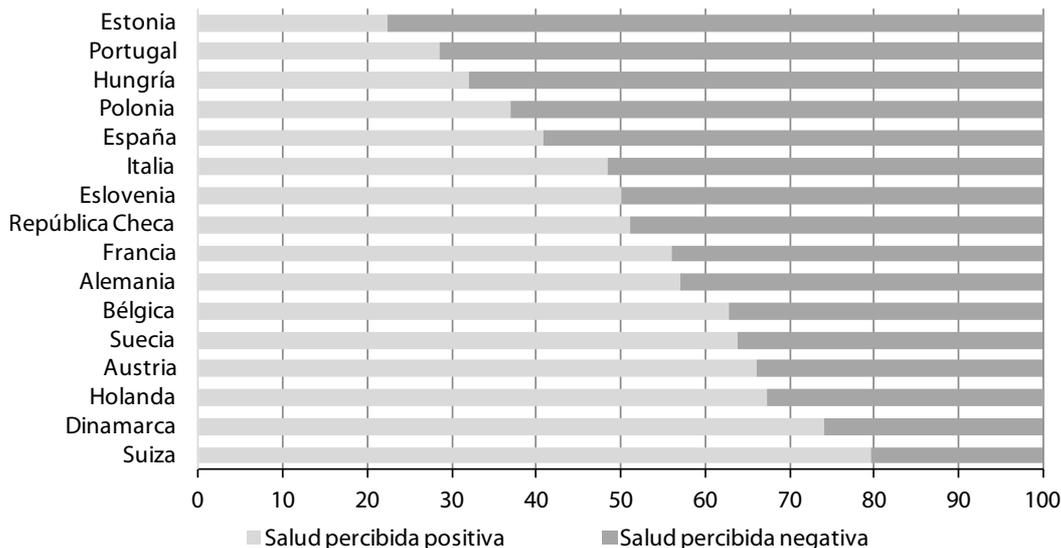
La salud autopercebida es un indicador relevante a la hora de estimar el grado de éxito con el que una sociedad afronta el envejecimiento de su población. La Organización Mundial de la Salud entiende la salud como algo más que la ausencia de enfermedad, y la define como un continuo biológico, psicológico y social, lo que implica también valoraciones subjetivas de la salud, el bienestar mental y las relaciones sociales. En consecuencia, la salud subjetiva es un aspecto importante en el diagnóstico clínico

de las personas mayores sanas y enfermas, o en las personas mayores con limitaciones funcionales (Dominick *et al.*, 2002; Cipher y Clifford, 2004; Gabriel y Bowling, 2004). Este indicador es también relevante para la vida independiente de las personas mayores, así como para su situación médica objetiva, como veremos más adelante (Pinquart, 2001). Por otra parte, la salud subjetiva es un predictor significativo para la depresión, la hospitalización y la mortalidad en las personas mayores.

El gráfico 7 ofrece una primera aproximación a la salud percibida de las mayores españolas en comparación con las europeas. En general, la salud percibida en Europa es positiva: alrededor de cuatro de cada ocho mujeres califican su salud como “excelente” (5 por ciento total de Europa), “muy buena” (13 por ciento) o “buena” (34 por ciento). Sin embargo, cuando descendemos a nivel de país, las diferencias emergen. Las ancianas que encabezan el *ranking* de mejor salud autopercebida en el continente europeo son las que proceden de Europa central (Suiza: 80 por ciento), Holanda, Austria, Bélgica, Alemania y Francia (con porcentajes que oscilan entre el 56 por ciento y el 67 por ciento) y de los

GRÁFICO 7

SALUD AUTOPERCIBIDA ENTRE LAS MUJERES MAYORES EN EUROPA (2011)



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

países escandinavos (Dinamarca: 74 por ciento, y Suecia: 64 por ciento). Por el contrario, las mujeres que en mayor proporción consideran mala su salud son las oriundas de los países mediterráneos, junto con las residentes en los nuevos Estados miembros de la Unión Europea.

España, junto con Italia y Portugal, muestra un bajo índice de salud positiva, en comparación con otros países del norte de Europa (Portugal: 29 por ciento, España: 41 por ciento, e Italia: 48 por ciento). Las mujeres que mayor desventaja comparativa tienen en la salud percibida son las que pertenecen a los Estados miembros que ingresaron en la Unión Europea entre el año 2004 y 2006, con valores que oscilan entre el 22 por ciento (Estonia) y el 51 por ciento (República Checa). No es este el lugar más adecuado, ni se dispone aquí de espacio suficiente, para discutir estos cuatro patrones. No obstante, conviene subrayar que en la base de estas diferencias descansa la importancia y el desarrollo diferencial de los Estados de bienestar en Europa, a los que ya hemos hecho mención en líneas anteriores.

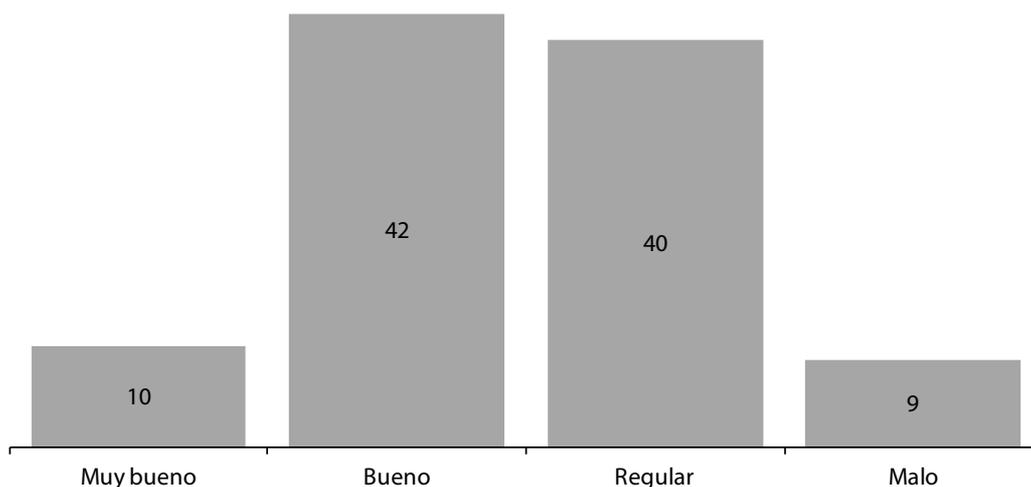
Parte de la explicación de por qué España ocupa una posición relativamente baja se rela-

ciona con la alta proporción de mujeres que manifiestan tener una salud que ni es buena ni es mala, sino "regular" (gráfico 8). Como veremos, esta percepción está relacionada con los problemas de salud objetivos de las mayores españolas.

Cuando se pregunta a las mujeres entrevistadas sobre la percepción de su estado de salud, se aprecia que la distribución se divide más o menos en dos partes bastante igualadas. Aproximadamente la mitad de las mujeres piensan que su estado de salud es muy bueno (10 por ciento) o bueno (42 por ciento) (SPP), mientras que la otra mitad considera su estado de salud como regular (40 por ciento) o malo (8 por ciento) (SPN). Ello se debe al efecto de selección de la edad ya apuntado. Conforme avanza su edad, menor es el grado de satisfacción que muestran las mujeres con respecto a su estado de salud. Estas diferencias podrían explicarse por una mayor proporción de viudas entre las mujeres.

Si bien la percepción de la salud es una variable de opinión, lo cierto es que tiene una altísima correspondencia con la realidad objetiva de estas mujeres. El gráfico 9 muestra la relación entre salud autopercebida y número de problemas de salud. Las mujeres con una peor

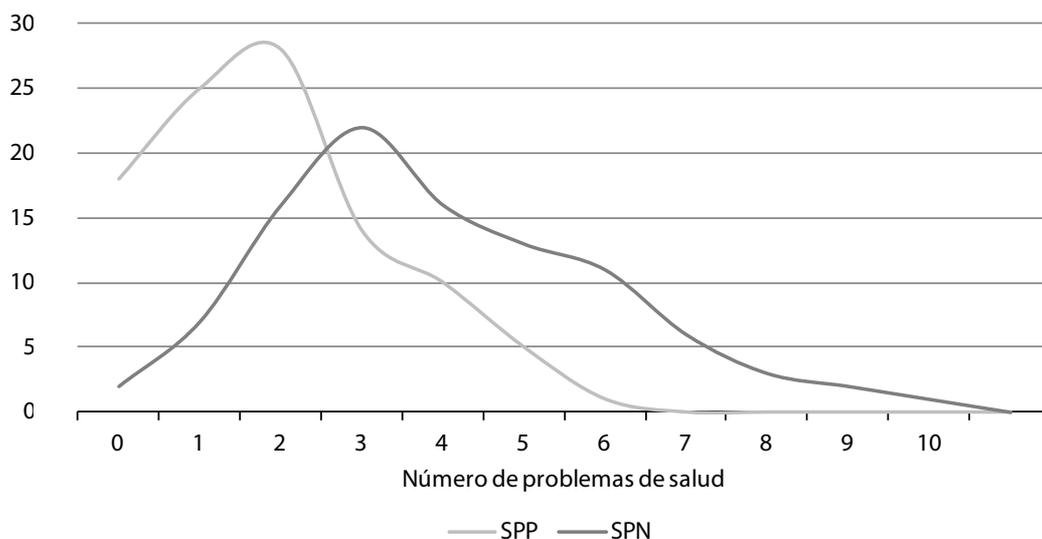
GRÁFICO 8

SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MADRES DEL *BABY BOOM*

Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 9

SALUD AUTOPERCIBIDA Y NÚMERO DE PROBLEMAS DE SALUD



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

percepción de su estado de salud actual muestran claramente un mayor número de problemas de salud (el número medio de problemas de salud para las que tienen peor salud es de 4). Por el contrario, entre las mujeres con mejor salud (número medio de problemas de salud: 1,94) la salud autopercebida es más positiva. La distribución del número de problemas se corresponde muy bien con la percepción del estado de salud de las mujeres, por lo que cabe afirmar que ambas variables son muy similares, e incluso intercambiables, y apuntan claramente en una misma dirección en cuanto a su interpretación.

Una parte de este estudio presta atención a la influencia de problemas de salud concretos sobre el estado de salud de las mujeres (gráfico 10). En este sentido, según la encuesta, los principales problemas de salud que afectan a estas mujeres son, en primer lugar, la osteoartritis (68 por ciento de las mujeres la padecieron en el último año), seguida, a cierta distancia, por la hipertensión (45 por ciento) y el colesterol (29 por ciento), ambas enfermedades relacionadas, a su vez, con las cardiovasculares. En cuarto al orden de importancia, llama la atención una serie de problemas con un peso menor, pero relevante, pues afectan a más de un 15 por ciento de las entrevistadas,

como los problemas oculares (21 por ciento), la diabetes (19 por ciento), la incontinencia (19 por ciento), las cefaleas (18 por ciento) y la depresión (17 por ciento). Con la excepción de la osteoartritis, que produce dolores poliarticulares que en ocasiones pueden ser discapacitantes para quien los padece, los siguientes siete principales problemas de salud no son discapacitantes per se de la actividad física o emocional (salvo la depresión) en la vida de las mujeres (sin tener en cuenta los estadios evolutivos de dichas patologías). Esta es la razón explicativa de la relación inversa entre problema de salud (salud objetiva) y salud autopercebida positiva (gráficos 10 y 11). Es decir, los principales problemas de salud suelen asociarse con un estado positivo de salud autopercebida.

Los problemas digestivos y las enfermedades reumáticas son las principales causas de la mala percepción de la salud femenina. Ambos grupos de enfermedades tienen una incidencia continua sobre la salud de las mujeres y su vida cotidiana, por lo que se entiende bien su influencia en la percepción de una mala salud. Después, otros problemas, como las enfermedades cardiovasculares, la depresión, las enfermedades de la sangre y la hipertensión, también inciden negativamente en la percepción de la salud. Se

GRÁFICO 10

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD (PORCENTAJE)

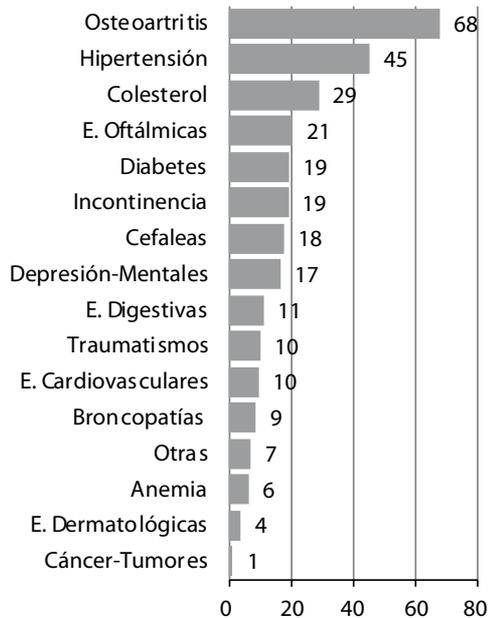
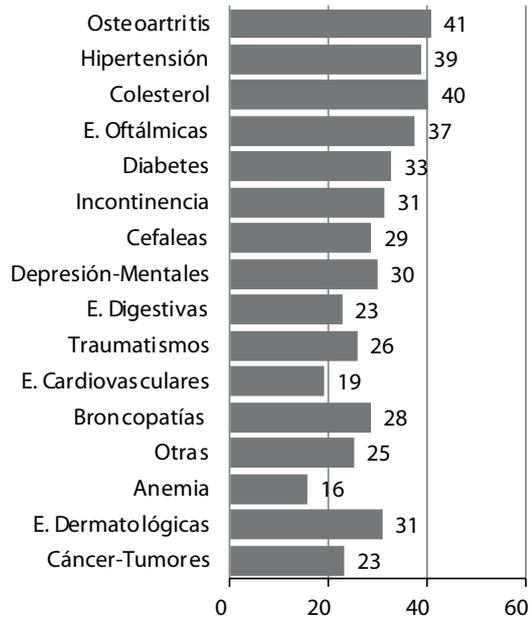


GRÁFICO 11

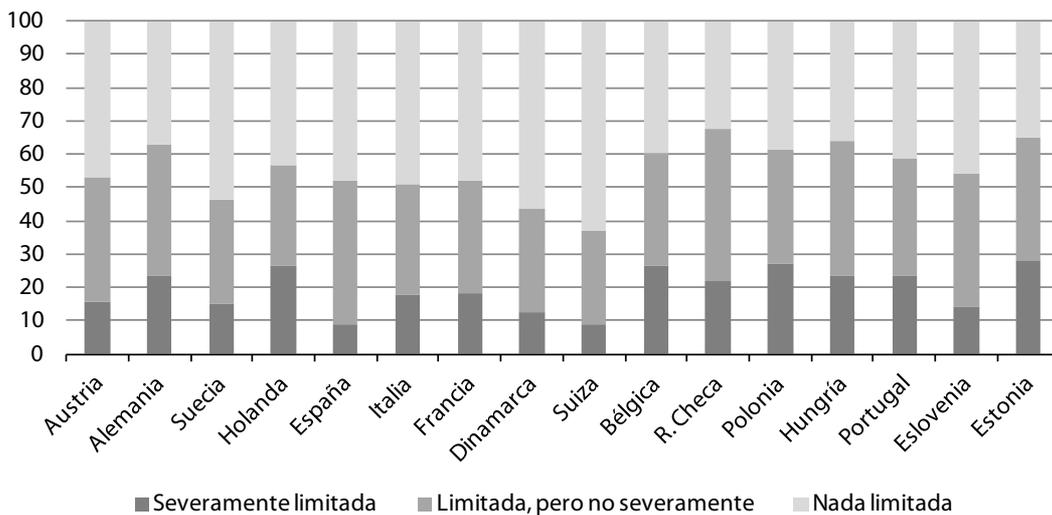
SALUD PERCIBIDA POSITIVA EN FUNCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD (PORCENTAJE)



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 12

SALUD AUTOPERCIBIDA DE LAS MADRES DEL BABY BOOM



Nota: El gráfico se ha construido a partir de la información proporcionada por las mujeres europeas nacidas antes de 1957.

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa, oleada 4 (2011).

trata, en buena medida, de problemas de salud relacionados entre sí y que exigen cierto control y atención continuos por parte de los pacientes, lo que posiblemente explica su carga negativa para la percepción de la salud de las mujeres mayores.

El buen estado de salud autopercibido por parte de las mayores españolas, independientemente de la enfermedad que padezcan, queda confirmado en el gráfico 12. España es uno de los países europeos, junto con los países escandinavos y Suiza, que registran menores proporciones de mujeres “gravemente limitadas” o “limitadas” en su vida diaria por cuestiones relacionadas con la salud.

A medida que los adultos envejecen, su salud funcional puede plantear ciertos problemas en la vida cotidiana. Problemas relacionados con la flexibilidad de la cadera y el equilibrio pueden hacer que sea difícil, por ejemplo, entrar y salir de la bañera. Algunos mayores también pierden fuerza a medida que envejecen, lo que les puede dificultar el levantar peso, como las bolsas del supermercado. Incluso una persona con una buena salud subjetiva y objetiva buena podría sufrir problemas de salud funcional, entendida esta como la capacidad de realizar

de un modo autónomo todas las actividades de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, ir al baño, el aseo y la alimentación). El gráfico 12 muestra que en España la salud de este tipo es muy robusta, pues solo un 9% de las mujeres declararon estar muy seriamente limitadas en su actividad cotidiana. En suma, cabe afirmar que la salud subjetiva, la salud objetiva y salud funcional coinciden, lo que da cuenta del buen estado de salud de las madres del *baby boom*.

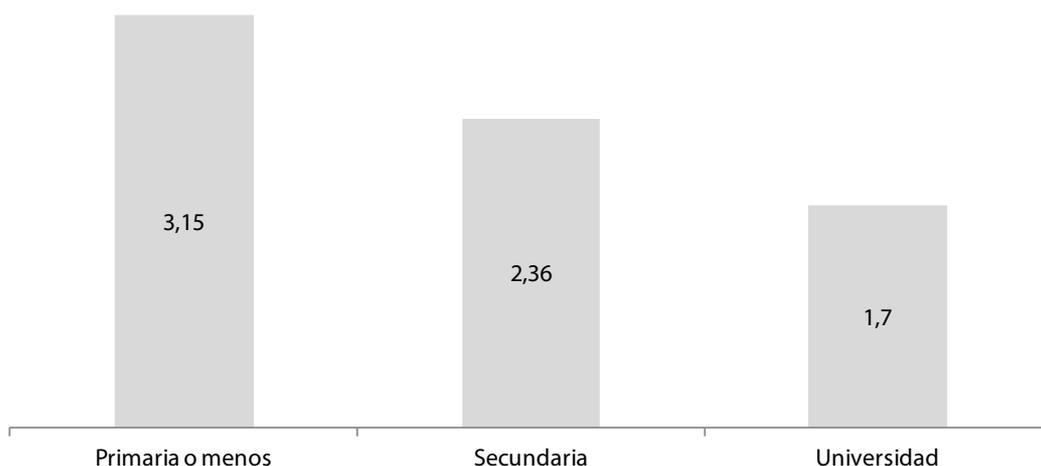
5.1. Predictores objetivos de la salud

La necesidad y la demanda de evidencias que informen y apoyen el proceso de elaboración de políticas públicas de cuidado y atención a los mayores en España requiere una exploración sobre cuáles son los principales determinantes sociales, o predictores objetivos, de la salud. Aquí se destacan tres aspectos clave de la vida y de las circunstancias de las madres del *baby boom* que influyen sobre su salud: el nivel educativo, la salud en la infancia y la región de residencia.

El nivel educativo pone de manifiesto el carácter protector que la formación y la educa-

GRÁFICO 13

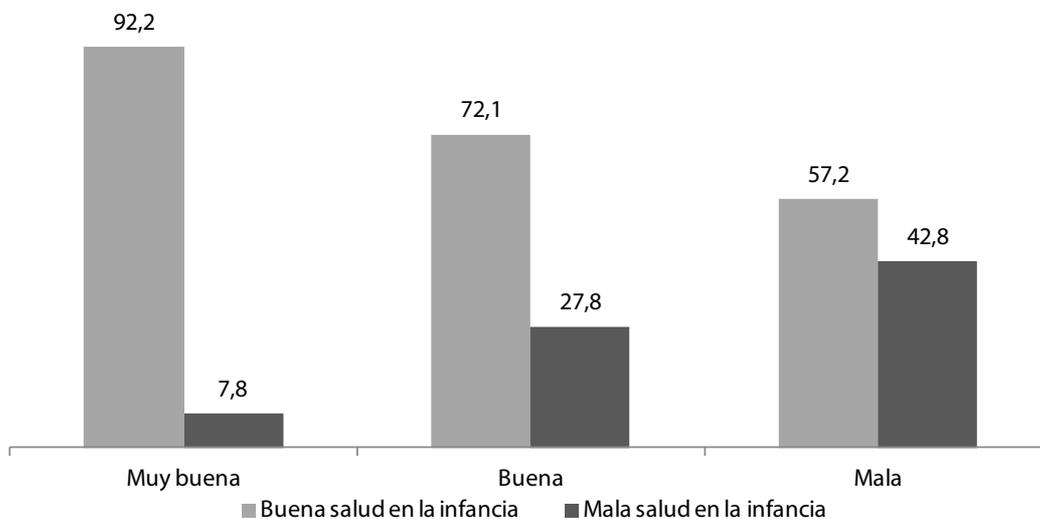
MEDIA DE PROBLEMAS DE SALUD, EN FUNCIÓN DEL NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Encuesta Española sobre el *baby boom* y el *baby bust* (2012).

GRÁFICO 14

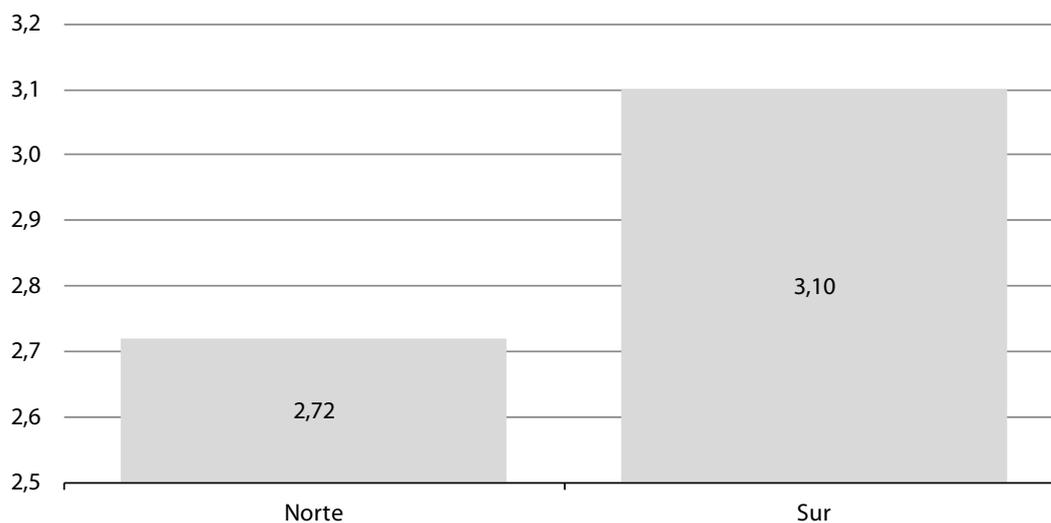
SALUD AUTOPERCIBIDA, EN FUNCIÓN DE LA SALUD EN LA INFANCIA



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

GRÁFICO 15

NÚMERO MEDIO DE PROBLEMAS DE SALUD, EN FUNCIÓN DE LA REGIÓN DE RESIDENCIA



Fuente: Encuesta Española sobre el baby boom y el baby bust (2012).

ción tienen sobre la salud de las madres del *baby boom*. El nivel de salud subjetiva empeora claramente para las mujeres con menor nivel educativo (gráfico 13). Aunque no se incluyen en este trabajo, los datos de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa* (2011) muestran que la relación positiva entre el nivel de estudios y la buena salud es especialmente importante en aquellos países, como España, donde la expansión educativa se ha producido recientemente. Por el contrario, en países como Suecia, donde el nivel educativo de las mujeres aumentó hace ya varias décadas, el efecto de la educación sobre la salud es menos evidente.

Los primeros años de vida constituyen otro factor importante a la hora de determinar el buen estado de salud de una sociedad concreta. Haber pasado por situaciones de pobreza social y económica durante la infancia, como es el caso de las madres del *baby boom* que vivieron sus primeros años de vida durante la Guerra Civil y la posguerra, es determinante en la salud adulta de estas mujeres. Una forma de aproximarnos a esta realidad es por medio del análisis de la salud en su infancia en relación a la salud percibida en el momento actual. El gráfico 14 ilustra la existencia de una clara relación positiva entre estas dos variables, en tanto que las diferencias observadas muestran que las mujeres que actualmente declaran tener mejor salud son las que, en su infancia, también tuvieron una incidencia menor de enfermedades.

Por último, España se ha caracterizado, sobre todo en el pasado, por la existencia de diferencias económicas y sociales de cierta importancia entre el norte y sur peninsular. Los resultados muestran que las mujeres mayores que viven en el norte del país presentan un menor número de problemas de salud cuando se las compara con las mujeres que viven en el sur. Este resultado tiene que ser tomado con cautela. Una correcta interpretación de esta dimensión de la salud requiere un análisis multivariado más complejo que el sencillo ejercicio bivariado presentado aquí y que explore con mayor detalle las explicaciones que se puedan encontrar detrás de este patrón.

6. A MODO DE SÍNTESIS

En este artículo se ha analizado el papel que la red familiar tiene como fuente de bienes-

tar físico, emocional y mental para las mujeres que experimentaron el fenómeno del *baby boom* en España y que, dada su edad, son un claro exponente del proceso de envejecimiento de la sociedad española en la actualidad. La centralidad otorgada a la familia en este artículo se debe a las características intrínsecas de la propia sociedad española. El Estado de bienestar en España se ha construido alrededor de la premisa de que la familia es la institución central en el cuidado y la protección social de sus miembros dependientes. A la familia le corresponde, y le corresponderá, un papel determinante de cara a la situación de la salud y del bienestar de los mayores. Una y otro dependen en buena medida, tanto en su vertiente subjetiva como objetiva, de la relevancia que la familia tiene para la mujer mayor; en el caso de España, donde la mayor parte de las mujeres viven con sus familiares o dependen de la ayuda de estos para llevar adelante su vida cotidiana, conviene tener muy en cuenta estas características familiares a la hora de diseñar políticas de intervención pública que tengan por objeto a este colectivo de la población. En este sentido, las variables descritas aquí pueden ayudar a explicar cómo se está produciendo el proceso de envejecimiento y cuál es la situación de las madres del *baby boom* en relación a su salud tanto subjetiva como objetiva.

La salud y el bienestar de las mujeres mayores pueden verse afectados en el corto y medio plazo dependiendo de la intensidad de la red de contactos, del nivel de estudios, de si residen en el norte o en el sur del país, o de si padecieron enfermedades en su infancia. Estos y otros elementos intervienen en la percepción que las personas mayores tienen sobre su estado de salud y sobre cómo valoran los problemas que afectan a su vida cotidiana.

Al analizar la relación de la situación de bienestar de las mujeres mayores y el papel que estas atribuyen a la familia, los resultados han confirmando ampliamente esta premisa: las madres del *baby boom* confieren una importancia fundamental a la red familiar como garante de su bienestar, tanto subjetivo como objetivo, en la vejez. Las mujeres mayores españolas muestran claramente una predilección por la existencia y frecuencia de contactos familiares y los consideran importantes. Los problemas de salud y la salud autopercebida asociada a estos problemas ponen de manifiesto la importancia que la familia tiene como factor de protección o disminu-

ción de los síntomas asociados a esos problemas. Las enfermedades que limitan las actividades de las mujeres y que requieren un constante seguimiento se perciben como las que más negativamente influyen en la salud de las mujeres y su bienestar. A la luz de los resultados obtenidos, cabe afirmar que la salud autopercibida tiene una clara relación con el número de problemas de salud, y ambas variables proporcionan información valiosa para estudiar la salud y el bienestar de las personas mayores en relación a la centralidad de la familia.

El nivel educativo aparece como un factor fuertemente explicativo de protección para una buena salud. Las mujeres con menor nivel educativo presentan un mayor número de problemas de salud, mientras que las que tienen mayor nivel de estudios gozan de mejor salud. Ello podría estar relacionado con una mayor intensidad de contactos familiares y una mejor valoración de la relevancia que estos tienen para su situación de bienestar. Sin duda, el nivel educativo favorece el mantenimiento de unas relaciones familiares que se convierten en elemento de protección y bienestar para las mujeres mayores. Por otro lado, la salud en la infancia parece funcionar como una protección genético-hereditaria importante a la hora de disminuir los problemas de salud en la actualidad. Los resultados regionales, según los cuales las mujeres del norte del país tienen una mejor salud que las mujeres que residen en el sur de España, sugieren la necesidad de incluir comparaciones entre distintas sociedades acerca del papel de la familia y de otras variables sobre el bienestar y la salud de las personas mayores a nivel territorial.

BIBLIOGRAFÍA

BERNARDI, F., y M. REQUENA (2008), "El sistema educativo", en REQUENA, M., y J. J. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ (eds.), *Tres décadas de cambio social en España*, Madrid, Alianza: 241-264.

BÖRSCH-SUPAN, A. (2010), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 3 – SHARELIFE*, Release version: 1.0.0. SHARE-ERIC, Data set (DOI: 10.6103/SHARE.w3.100).

— (2013), *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4*, Release

version: 1.1.1. SHARE-ERIC, Data set (DOI: 10.6103/SHARE,w4.111).

CES (2011), *Tercer informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*, Madrid, CES.

CIPHER, D. J., y P. A. CLIFFORD (2004), "Dementia, pain, depression, behavioral disturbances, and ADLs: Toward a comprehensive conceptualization of quality of life in long-term care", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8): 741-748.

DOMINICK, K. L.; AHERN, F. M.; GOLD, C. H., y D. A. HELLER (2002), "Health-related quality of life among older adults with activity-limiting health conditions", *Journal of Mental Health and Aging*, 9(1): 43-54.

FAHLÉN, S.; HOBSON, B., y M. SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ (2015), "What do private markets in domestic services do? Widening the gap in inequalities in Spain and Sweden", presentado en la Reunión Internacional RC19, Bath, septiembre.

FUENTES, F. J. M., y M. B. CALLEJO (2011), *Inmigración y Estado de bienestar en España*, Barcelona, Obra Social, Fundación la Caixa.

GABRIEL, Z., y A. BOWLING (2004), "Quality of life from the perspectives of older people", *Ageing and Society*, 24(05): 675-691.

GARCÍA, E.; BANEGAS, J.; PÉREZ-REGADERA, A.; CABRERA, R., y F. RODRÍGUEZ-ARCALEJO (2005), "Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain", *Quality of Life Research*, 14(2): 511-520.

GIRÓN DAVIÑA, P. (2010), *Los determinantes de la salud percibida en España*, (<http://eprints.ucm.es/11024/>).

HOSCHSCHILD, A. R. (1995), "The culture of politics: Traditional, postmodern, cold-modern, and warm-modern ideals of care", *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 2(3): 331-346.

IBÁÑEZ, Z., y M. LEÓN (2013), "Resisting the crisis at what cost? *Migrant care workers in private households*", en ANDERSON, B., e I. SHUTES (eds.), *Migration and care labour: Theory, policy and politics*, Londres, Palgrave Macmillan: 110-129.

LACEY, H. P.; SMITH, D. M., y P. A. UBEL (2006), "Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan", *Journal of Happiness Studies*, 7(2): 167-182.

MARTÍNEZ PASTOR, J. I. (2006), "La homogenia educativa de las nuevas mujeres españolas", *Revista Internacional de Sociología*, 64(43): 69-94.

MOOR, N.; DE GRAAF, P. M., y A. KOMSTER (2013), "Family, welfare state generosity and the vulnerability of older adults: A cross-national study", *Journal of Aging Studies*, 27: 347-357.

MORENO FUENTES, F. J., y C. M. BRUQUETAS (2011), *Inmigración y Estado de Bienestar en España*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

NETUVELI, G.; WIGGINS, R. D.; HILDORN, Z.; MONTDOMERY, S. M., y D. BLANE (2006), "Quality of life at older ages: Evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1)", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(4): 357-363.

PÉREZ-DÍAZ, V.; CHULIÁ, E.; LÓPEZ NOVO, J. P., y B. ÁLVAREZ-MIRANDA (2010), "Catholicism, social values and the welfare system in Spain", *ASP Research Paper*, 102(b) (<http://asp-research.com/sites/default/files/pdf/Asp102.pdf>).

PINQUART, M. (2001), "Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis", *Psychology and Aging*, 16(3): 414-426.

REHER, D. S. (1998), "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts", *Population and Development Review*, 24(2): 203-234.

— (2015), "Baby booms, busts, and population ageing in the developed world", *Population studies*, 69(sup1): S57-S68.

REHER, D.; REQUENA, M.; SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., y A. SANZ-GIMENO (2013), "Reproductive behavior during the baby boom in Spain", presentado en la XXVII IUSSP, Bussan, agosto.

REQUENA, M. (2001), "Los hogares en Europa, con especial referencia a España", en INE, *Condiciones de vida en España y en Europa. Estudio basado en el Panel de Hogares de la Unión Europea* (PHOGUE). Años 1994 y 1995, Madrid, INE: 31-74.

RODRÍGUEZ CABRERO, G., y V. MARBÁN (2013), "Long-term care in Spain: Between family care

tradition and the public recognition of social risk", en RANCIA C., y E. PAVOLI (eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe*, Nueva York, Springer Science and Business Media: 201-220.

SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., y A. S. LUNDGREN (2015), "The marriage boom: Spanish and Swedish women making sense of marriage during the marriage boom", *The History of the Family*, 20(1): 69-85.

SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ, M., e I. SERRANO (2015), "The Spanish welfare state and the financial crisis: a step backward for gender equality", presentado en el European Consortium for Gender and Politics, Uppsala University, Suecia, junio.

VAN BAVEL, J., y D. REHER (2013), "The baby boom and its causes: What we know and what we need to know", *Population and Development Review*, 39(2): 257-288.

ZUNZUNEGUI, M. V.; BELAND, F., y A. OTERO (2001), "Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain", *International Journal of Epidemiology*, 30(5): 1090-1099.

Cambios en los hogares y en la familia: España en el siglo XXI en el contexto europeo

PAU MIRET GAMUNDI*

RESUMEN

Este artículo presenta la composición del hogar en España, delineando su evolución en el último cuarto del siglo XX, dibujando su estructura actual y comparándola con la realidad en la Europa contemporánea. Se trabaja con la *Encuesta de Población Activa* (1976-2015), el *Censo de Población de 2011* y las encuestas de la fuerza de trabajo estandarizadas a escala europea (2013). Los cambios más destacados en España han sido la pérdida de la mayoría de los hogares con pareja e hijos en favor de aquellos con una pareja sin hijos o una persona sola. Este panorama se extiende similarmente por Europa.

1. UNA EXPLOSIÓN DE HOGARES, 1975-2015

Un hogar se define por la convivencia que, en la inmensa mayoría de los casos, es el reflejo de vínculos de parentesco. Por ello, en este artículo se va a caracterizar la unidad doméstica por la presencia o ausencia en su seno de relaciones familiares, en concreto, por la existencia de vínculos de pareja o de filiación. Para poder seguir el hilo del análisis, se precisan algunas definiciones en la categorización de la estruc-

* Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona (pmiret@ced.uab.cat).

tura interna de los hogares, que se ha dividido en seis categorías. El tipo de hogar más sencillo es el formado por una sola persona (hogar unipersonal), seguido por aquel en que conviven personas a las que no une ninguna relación ni de pareja ni de filiación (multipersonal sin núcleo). Si se da una relación de filiación pero no la hay de pareja, el hogar será definido como monoparental: padre o madre (pero no ambos) con alguno de sus hijos. Si hay alguna pareja, pero no hay hijos de la misma, el hogar será caracterizado como de pareja sola. La presencia de una pareja con alguno de sus hijos definirá el hogar como de pareja e hijos. Finalmente, si además de una pareja e hijos convive en el hogar el padre o la madre de alguno de los miembros de la pareja principal, este será denominado como un hogar de tres generaciones.

Hechas las presentaciones, se muestra la evolución de la estructura de los hogares en España entre 1977 y 2015. Así, el gráfico 1 expone el volumen de cada una de estas estructuras domésticas con la periodicidad trimestral que permite la fuente de datos ahora utilizada: la *Encuesta de Población Activa* (EPA). Lo primero que llama la atención es la explosión en el número de hogares, pues se pasó de nueve a diecisiete millones ente 1977 y 2008, nivel que se ha mantenido hasta la actualidad. El progresivo crecimiento en el número de hogares en España ha sido una constante en la segunda mitad del siglo XX,

tendencia que incluso se ha incrementado a principios del XXI, perdiendo fuerza tras la crisis económica (Módenes y López-Colás, 2014).

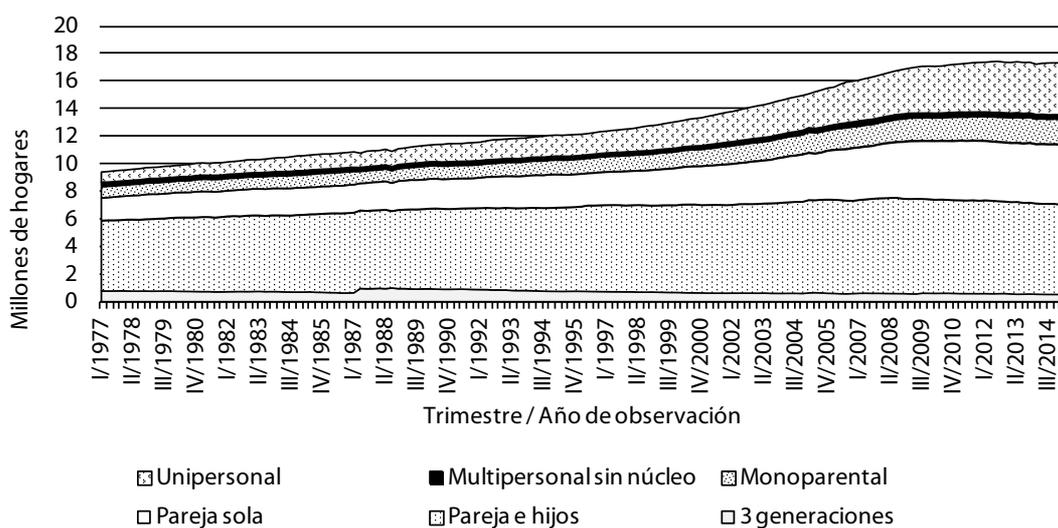
Por ende, la presencia relativa de cada tipo de hogares también ha experimentado una fuerte mutación, aunque se mantenga el *ranking* general en la importancia de cada estructura. En efecto, el hogar más habitual en España siempre ha sido el compuesto por una pareja más sus hijos, pero mientras que en el último cuarto del siglo XX este se mantenía en mayoría, en el siglo XXI ha continuado siendo el más habitual, pero ya no el mayoritario: en concreto, su presencia ha perdido diez puntos porcentuales durante la actual centuria, y en la actualidad un 37 por ciento de los hogares están compuestos por la familia nuclear clásica: una pareja con sus hijos. En volumen, los hogares con un núcleo principal formado por una pareja más sus hijos eran alrededor de 4,5 millones a mediados de los setenta, incrementando paulatinamente su presencia hasta casi los 7 millones de 2008, punto en que empezaron a disminuir habiendo descendido en medio millón en 2015. Resulta cuanto menos curioso que este tipo de familia perdiera su tremenda importancia coincidiendo con la crisis económica, hecho

del que puede inferirse la fuerza del factor migratorio en estos números: mientras que el mayor aumento en números absolutos y relativos de las parejas con hijos coincide con un crecimiento neto de los hogares, debido a la inmigración, del 40-50 por ciento (Módenes y López-Colás, 2014), su caída coincide con el reverso en las pautas migratorias y el retorno a pautas más emigratorias (Domingo y Recaño, 2010).

¿Qué tipo de estructuras domésticas han tomado el relevo? Fundamentalmente dos: la unipersonal, que viene siendo cada vez más importante durante toda la ventana de observación, y la compuesta de pareja sin hijos, cuyo aumento se circunscribe al siglo XXI. En breve se desvelarán los componentes demográficos que subyacen a estos cambios en la estructura de los hogares, pues su crecimiento puede ser debido tanto a procesos de emancipación juvenil (ya fuere con la creación de un hogar donde se viva solo o en pareja aún sin hijos) como a una etapa doméstica en edad madura, una fase familiar creada por la viudedad o de nido vacío, con todos los hijos –de haberlos habido– emancipados. En global, se registra que el número de hogares con un núcleo conyugal sin hijos ha pasado de

GRÁFICO 1

NÚMERO ABSOLUTO DE HOGARES SEGÚN ESTRUCTURA (ESPAÑA, 1977-2015)



Fuente: Elaboración a partir de la EPA (1977-2015).

1977 a 2015 de 1,5 a 4,4 millones, y el de hogares unipersonales de 700 mil a 3,8 millones: los primeros se han triplicado, los segundos se han quintuplicado; y su presencia relativa ha pasado respectivamente del 17 al 25 por ciento, y del 8 al 22 por ciento. En definitiva, actualmente un cuarto de los hogares en España están formados por una pareja sin hijos, y otro cuarto son unipersonales: un cambio substancial en el primer caso y espectacular en el segundo. ¿Envejecimiento de la población o nuevas pautas de emancipación?

La presencia en España de las demás estructuras domésticas no ha seguido la tendencia que pronosticaban las teorías de la modernidad. Así, por ejemplo, los hogares monoparentales (compuestos por una madre o un padre –pero no ambos– con su descendencia) han pasado de constituir algo menos del 10 por ciento a alcanzar este nivel sin apenas sobrepasarlo. Veremos en un recorrido posterior por Europa que la familia monoparental está mucho más presente en otros países, pero en España se ha incrementado poderosamente, sumando en la actualidad un millón más a los 800 mil hogares monoparentales que había a mediados de los años setenta. En el siguiente apartado se observará la edad de los

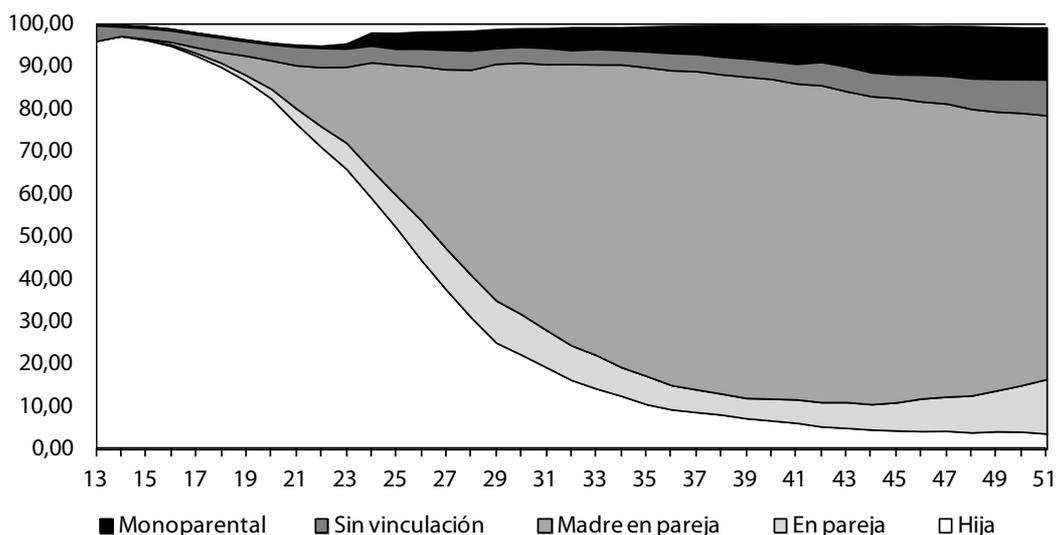
padres de familias monoparentales respecto a sus hijos.

Por otro lado, también la presencia de hogares con tres generaciones tenía cada vez menor presencia relativa, pasando de un 10 por ciento a finales de los ochenta a un 4 por ciento a partir de 2008. De este dato cabe inferir que la crisis económica que estamos padeciendo interrumpió el descenso de este tipo de hogares, pero no incrementó su número, como habría sido previsible ante la explosión de la precariedad y de la inestabilidad laboral. En números absolutos, sin embargo, se llegó a un máximo de un millón de hogares extensos a finales del siglo XX, pero este número ha ido reduciéndose progresivamente en la nueva centuria, cayendo hasta los seiscientos mil.

Finalmente, los hogares multipersonales sin núcleo, pues no hay relaciones ni de filiación ni de pareja en el hogar, han sido y son los de menor presencia relativa en España, manteniéndose durante todo el período 1977-2015 entre un 2 y un 3 por ciento del total de hogares. Podrían haber constituido una vía tanto en procesos alternativos de emancipación juvenil (formando

GRÁFICO 2

TIPO DE HOGAR POR EDAD (ESPAÑA, MUJERES NACIDAS ENTRE 1961 Y 1965)



Fuente: Elaboración a partir de la EPA (1977-2015).

un hogar entre un grupo de pares que deciden convivir para reducir gastos comunes) como en respuesta al envejecimiento (con la población mayor optando por la misma solución, en vez de vivir sola), pero en ambos casos el hogar unipersonal le ha ganado la partida. Así, los hogares sin núcleo familiar se han mantenido en España en algo más de trescientos mil.

En 1977, punto de inicio de la ventana de observación, las cohortes nacidas en 1961-1965 habían cumplido los 15 años, y en 2015, último punto temporal, habían superado los 50 años. El gráfico 2 representa la reconstrucción de las estructuras domésticas para las componentes femeninas de estas cohortes de edad. La inercia en la formación de los hogares en España aparece reflejada claramente en estas pautas, en que la inmensa mayoría de la población femenina se encontraba en posición o bien filial (ocupando la posición de hijas cuando eran jóvenes) o bien biparental (ocupando la posición de parejas y posibles madres cuando eran adultas).

De estos estados domésticos se desprende que, tras una tardía y no universal emancipación de los jóvenes, se producía la constitución de la pareja y la llegada de los hijos. En efecto, todo parece indicar que una parte de los componentes de estas generaciones nunca llegaron a emanciparse o lo hicieron a edades bien retrasadas: un 25 por ciento de estas generaciones habían abandonado el domicilio familiar a los 21 años si eran mujeres, y a los 24 años si eran varones; la mitad lo habían hecho a los 25 y los 27 años respectivamente, y había que llegar a los 29 años en las mujeres, y a los 33 años en los hombres, para que estas pautas reflejasen que un 75 por ciento de las y los jóvenes habían abandonado la casa de los padres.

Un porcentaje nada desdeñable de personas nacidas a principios de los años sesenta convivieron en pareja sin hijos durante gran parte de su curso vital, pues este tipo de hogar abarcó para estas generaciones entre un 5 y un 10 por ciento de la población. Un área que no aparece reflejada en el gráfico 2 corresponde a quienes convivían en pareja, pero también con sus padres, porcentaje que llegaba al 5 por ciento alrededor de los 21 años y que reflejaba la formación de hogares extensos en las primeras etapas de la juventud.

Pero sin duda la posición dominante era la de núcleo biparental: a los 29 años convivían así

la mitad de las mujeres (la mitad de los hombres a los 32 años), y a los 40 años era el hogar de tres cuartas partes de las mujeres (los varones nunca alcanzaron semejante proporción). Un rasgo mayoritariamente femenino era la monoparentalidad, que se incrementa paulatinamente con la edad hasta llegar a un 12 por ciento a los 50 años (en los hombres era diez puntos porcentuales inferior). Finalmente, los hogares sin filiación ni relaciones de pareja también aumentan con la edad, llegando a un máximo del 8 por ciento en las mujeres y del 10 por ciento en los hombres.

2. QUIÉN CONVIVE DÓNDE

La extensa fotografía realizada tras la operación censal de 2011 va a permitir presentar la estructura demográfica de quiénes conviven en cada tipo de hogar. Además, con esta base de datos se pueden diferenciar los hogares multipersonales sin ningún tipo de relación de parentesco (hogares no familiares) y, en el caso de las mujeres, desvelar si no se convive con hijos porque nunca se han tenido. La muestra se compone de 4.107.465 individuos enmarcados en 1.621.643 unidades domésticas, representando a 46,5 millones de personas residentes en España que conviven en unos dieciocho millones de hogares.

Se radiografían a continuación cuatro tipos de hogar: pareja con hijos, pareja sin hijos, monoparentales y unipersonales. Para acompañar a cada radiografía (así como a las posteriores comparativas europeas), sobre las pirámides de estructura de hogar se pueden construir unos indicadores sintéticos que ayudan a la clasificación de la importancia de los distintos patrones de hogar presentes en un territorio determinado en un año determinado: se trata de imaginar una población que viviese cien años ubicada en los modelos de hogar y en la posición familiar que se están describiendo. Por lo tanto, se calcula un indicador porcentual que mide el número de años que un individuo pasaría en cada estructura de convivencia si el patrón a lo largo de su vida fuera el que se refleja en la información extraída para un año concreto. Puede interpretarse entonces de dos formas: cuánto tiempo pasaría en cada tipo de hogar si se viviera cien años; o como el porcentaje de años en que se residiría en cada estructura de hogar delineada.

En primer lugar, algo más de uno de cada tres hogares están constituidos por una pareja con sus hijos, y en este tipo de hogar convive aproximadamente la mitad de la población (cuadro 1). Por la evolución que se acaba de relatar se sabe que este tipo de hogar era, no hace tanto, el mayoritario en España, pero que ha pasado a constituir el más habitual. La posición de cada persona en el hogar se presenta a la derecha del cuadro 1, en función de si forman parte del núcleo principal o de si son ajenos a él. En los hogares formados por una pareja e hijos, las personas fuera del núcleo apenas representan un 1 por ciento, pues en un 55 por ciento de los casos son miembros de la pareja, y en un 44 por ciento componen el grupo de la prole.

La imagen de las parejas con hijos (gráfico 3) es la de cónyuges que tienen alrededor de 45 años (aunque con una tremenda dispersión, pues la edad del núcleo parental oscila entre los 20 y los 90 años). Sus hijos son pequeños (de alrededor de tres años), jóvenes (de alrededor de 20 años) e incluso ya mayorcitos (alrededor de 40 años). La pirámide refleja un gran equilibrio entre sexos, pues el número de padres es similar al de madres, y el de hijos varones es muy semejante al de hijas. Las parejas homosexuales representan un 0,08 por ciento del total, un 62,5 por ciento de ellas formadas por mujeres. En estos

hogares predominan aquellos en que la pareja tenía sólo un hijo en casa (47,1 por ciento), seguidos de cerca de las parejas con dos hijos (44,5 por ciento), y muy lejos quedan los hogares con una familia biparental de tres (7,3 por ciento) o más hijos (1,1 por ciento): un panorama que coincide con las pautas de fecundidad de las generaciones en España (Miret, 2015a).

A través indicador porcentual, se estima que, a juzgar por la pirámide del gráfico 3, un varón pasa en promedio 22,1 años como hijo en un núcleo biparental, y 22,6 años como padre en el mismo tipo de hogar; unos valores que en el caso de una mujer residente en España serían respectivamente 2 y 1,5 años menos, explicándose tal diferencia de género por la emancipación más temprana de la mujer y la constante histórica en la distancia entre la edad de los cónyuges.

En 2011, las mujeres nacidas entre 1961 y 1965 tenían entre 45 y 49 años, por lo que constituyen un ejemplo de la situación de la población femenina en la plenitud de su fase de formación familiar. El hogar claramente mayoritario entre ellas se hallaba formado por la pareja e hijos: un 61 por ciento estaban conviviendo en este tipo de hogar en el momento en que se realizó el Censo.

CUADRO 1

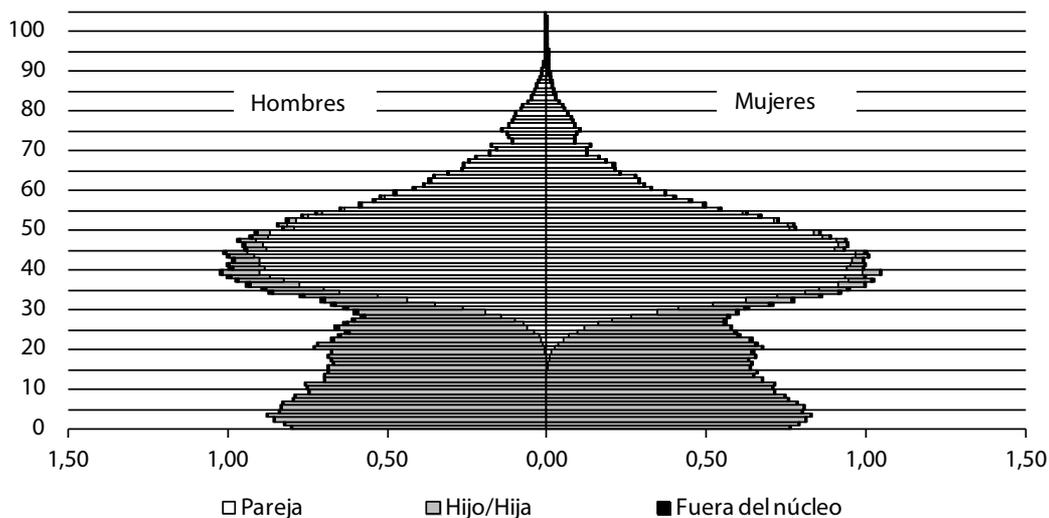
TIPO DE HOGAR Y ROL DE SUS MIEMBROS: ESPAÑA, 2011 (PORCENTAJE)

| | Hogares | Individuos | Parejas | Padre o Madre | Hijo/a | Ajenas al núcleo | Total |
|-------------------|-----------|------------|---------|---------------|--------|------------------|--------|
| Pareja e hijos | 35,79 | 51,98 | 54,90 | | 44,13 | 0,97 | 100,00 |
| Pareja sin hijos | 23,80 | 19,67 | 95,70 | | | 4,30 | 100,00 |
| Monoparentales | 10,27 | 10,09 | | 40,33 | 55,43 | 4,25 | 100,00 |
| Unipersonales | 23,76 | 9,38 | | | | | |
| Trigeneracionales | 3,28 | 6,19 | 41,53 | 9,37 | 35,46 | 13,64 | 100,00 |
| No nucleares | 2,08 | 1,83 | | | | | |
| No familiares | 1,02 | 0,87 | | | | | |
| Total | 100,00 | 100,00 | | | | | |
| n | 1.621.643 | 4.107.465 | | | | | |

Fuente: Elaboración a partir de la muestra del Censo de Población de 2011.

GRÁFICO 3

POBLACIÓN EN HOGARES DE PAREJA CON HIJOS (ESPAÑA, 2011)



Fuente: Elaboración a partir de la muestra del *Censo de Población de 2011*.

En todo momento se está tratando con información transversal, tomada en un instante temporal, a partir del cual imaginar la dinámica subyacente con la ayuda de una de las variables que marcan el paso del tiempo de manera más insolente: la edad. En este sentido, la estructura doméstica que se acaba de mostrar (pareja con hijos) proviene de, o se transforma en, la siguiente estructura en el *ranking* de presencia, a saber, la pareja sin hijos. En efecto, por una parte, la formación de una unidad conyugal es habitualmente el pistoletazo de salida en la dinámica familiar y, por otra, el nido se queda vacío cuando todos los polluelos han volado, quedando los padres otra vez solos. Un 24 por ciento de los hogares en España en 2011 contienen un núcleo principal formado por una pareja sin hijos, y en ellos reside un 20 por ciento de la población, no perteneciendo ésta en un 4 por ciento de los casos al núcleo conyugal que define el hogar; es decir, un 96 por ciento de los individuos en hogares definidos por la existencia en su seno de una pareja sin hijos son miembros de la pareja (cuadro 1).

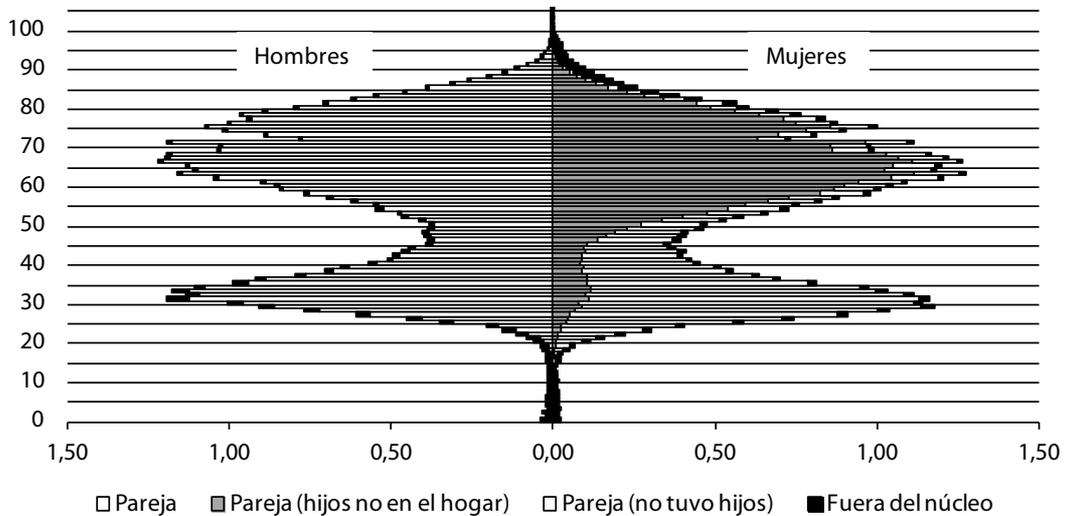
En segundo lugar, la pirámide de la población que convive en pareja sin hijos presenta una estructura bimodal (gráfico 4), conforme a la cual las de mayor edad tienen alrededor de 65 años

y las más jóvenes alrededor de 33 años. En el *Censo de 2011* se preguntó a las mujeres si habían tenido hijos, por lo que solo para ellas (no para ellos) se puede estimar si convivir con la pareja, pero sin hijos, respondía a un patrón vital hasta el momento, o si bien era fruto de que los hijos ya habían abandonado el nido. Así se infiere que la inmensa mayoría de las menores de 45 años que convivían solo con su pareja no habían tenido hijos. En contraste, las mayores de 50 años conviviendo en el mismo tipo de hogar los habían tenido, pero ya estaban emancipados.

A partir de los 45 años puede considerarse que la fecundidad es definitiva, por lo que el número de hijos tenidos por las mujeres que conviven en pareja mayores de esta edad puede estimarse como su descendencia final. En este sentido, la información que ofrece el Censo es muy sustanciosa: entre las parejas que ahora se encuentran conviviendo en pareja sin hijos y en las que la mujer tiene más de 45 años, la posición más habitual es la de quienes han tenido dos hijos (39 por ciento), seguida por la de quienes han tenido tres hijos (19 por ciento) y, a continuación, la de quienes no han tenido ninguno (16 por ciento) o solo uno (13 por ciento). No hay que olvidar que las mayores emparejadas y

GRÁFICO 4

POBLACIÓN EN HOGARES DE PAREJA SIN HIJOS (ESPAÑA, 2011)



Fuente: Elaboración a partir de la muestra del *Censo de Población de 2011*.

ahora sin hijos en el hogar fueron protagonistas del *baby-boom*, por lo que también destacan las que tuvieron cuatro hijos (8 por ciento) o incluso cinco o más (5 por ciento).

Prever el futuro de las estructuras domésticas es difícil, pero algunos elementos se encuentran en el presente: en este sentido es significativo que un 88 por ciento de las parejas sin hijos en el hogar en las que la mujer tiene entre 30 y 39 años nunca los ha tenido. Su comportamiento reproductivo a corto término es aún una incógnita, pero de los registros de nacimientos hasta la actualidad puede deducirse un cambio histórico sustancial: las mujeres nacidas en 1970-74 no han tenido hijos en un 20 por ciento, y su descendencia final más habitual se mantiene en dos hijos (42 por ciento), aunque el hijo único ha dejado de ser un patrón insignificante, ya que un 28 por ciento se han quedado en esta cota. El 10 por ciento restante lo componen quienes, entre estas generaciones, cumplen con el criterio de familia numerosa, con tres o más hijos (Miret, 2015a).

Si se realiza la operación de estimación del tiempo pasado en este modelo de hogar, se observa que los hombres pasan un 24 por ciento de su curso de vida conviviendo en pareja sin

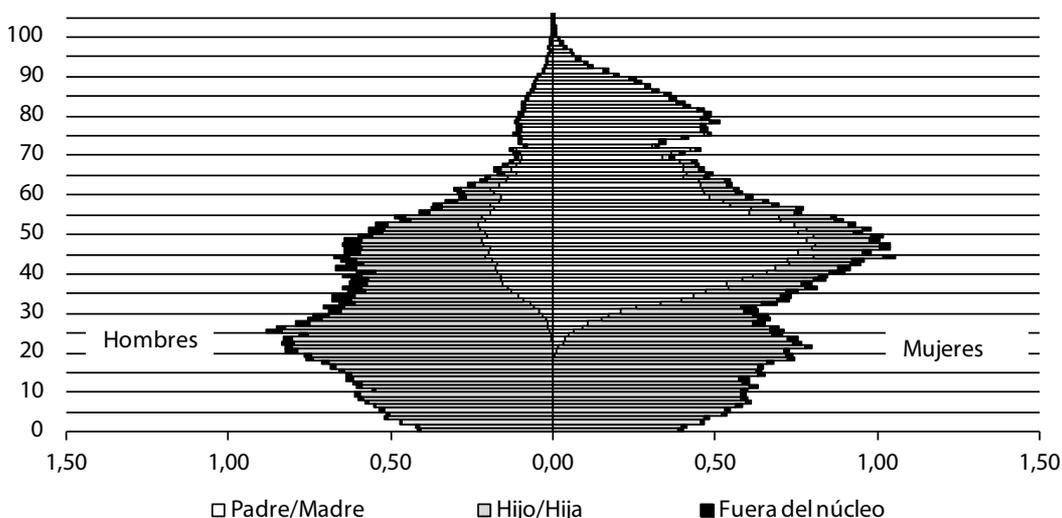
hijos en casa, lo que supone que un varón promedio en España pasa casi la mitad de su existencia conviviendo con su pareja (la mitad con hijos, la otra mitad sin ella). Para la mujer, a la que se ha preguntado si ha tenido o no hijos, se alcanza a saber que ha pasado un 5,8 por ciento de su curso de vida con una pareja sin tener hijos, y un 17,5 por ciento de ella en la situación que se conoce popularmente como de "nido vacío". En total, ellas han estado en posición de pareja un 43,9 por ciento de su vida (2,7 puntos porcentuales menos que los varones).

Al centrarse en la generación femenina de las nacidas entre 1961 y 1965, como se viene haciendo, se comprueba que este modelo de pareja sin hijos representaba en 2011 un 10 por ciento, y que la mitad de estas mujeres nunca habían tenido hijos, por lo que su convivencia había sido en situación de infecundidad.

En tercer lugar, en esta escala de presencia de estructuras domésticas cabe remarcar que un 10 por ciento tanto de los hogares como de la población contienen un núcleo monoparental: un padre o una madre pero ninguna pareja en el hogar. La población que convive tiene el rol en un 40 por ciento de madre (o de padre, pero en una

GRÁFICO 5

POBLACIÓN EN HOGARES MONOPARENTALES (ESPAÑA, 2011)



Fuente: Elaboración a partir de la muestra del *Censo de Población de 2011*.

menor cantidad) y en un 55 por ciento de hijo o hija (cuadro 1). La madre tiene alrededor de 45 años entre las más jóvenes de estos hogares o alrededor de 80 años entre las de mayor edad (gráfico 5). Puede suponerse que la dirección de la dependencia es completamente opuesta, puesto que mientras las más jóvenes están cuidando de sus hijos pequeños, es probable que sean los hijos e hijas quienes deban cuidar de sus madres en los hogares donde esta es muy mayor. Mientras que la dinámica que subyace en el primer patrón está relacionada con procesos de separación o divorcio, en el segundo cabe buscar la causa a la par en procesos de viudedad de las mayores y de soltería de los/las más jóvenes, que encuentran en el hogar monoparental una situación de simbiosis. Por tanto, cualquier análisis que se dirija a los hogares monoparentales debería tomar en consideración que se trata de una estructura doméstica de significado muy heterogéneo.

En efecto, en este caso la pirámide se encuentra desequilibrada en su cara femenina, pues los hogares monoparentales capitaneados por un hombre son minoritarios, ya que las mujeres son más longevas y se quedan habitualmente con los hijos en caso de separación. En el surgi-

miento de este tipo de hogar los cambios demográficos más importantes han sido el incremento de las tasas de divorcio y la extensión de la esperanza de vida. España tiene uno de los índices de divorcio más altos de la Unión Europea y los hombres tienden a unirse de nuevo mucho más que las mujeres (Solsona, 2015). Por otro lado, la esperanza de vida libre de discapacidad o en buena salud es muy similar entre hombres y mujeres, lo que implica que la mayor longevidad femenina lleva consigo también más tiempo en situación de dificultades de salud para las mujeres (Gutiérrez-Fisac *et al.*, 2013). Ambas tendencias incidirían en la constitución de hogares monoparentales, pero aun así no superan –como se ha visto– el 10 por ciento en España, por debajo de la realidad de otros países, como se verá en el siguiente apartado.

En efecto, la presencia de hogares monoparentales en España es relativamente escasa: mientras que en situación de padre conviviendo con sus hijos (sin pareja) un varón tiene una probabilidad de pasarse un 3 por ciento de su vida, para una mujer esta probabilidad asciende a un 7,9 por ciento, más del doble. Desde el punto de vista de la posición filial, el indicador porcentual indica que, si se vivieran cien años, la vida en

un núcleo monoparental como hijo (varón) se extiende a 5,1 años y la de hija a 4,4 años.

Si seguimos a la generación femenina de las nacidas entre 1961 y 1965, se ve que convivían con alguno de sus hijos, pero sin pareja, en un 11 por ciento, siendo la condición más habitual tras la de núcleo conyugal con hijos, y situándose un punto por encima de la de hogar de pareja sola. También entre las mujeres de esta cohorte el tamaño de familia más común era de dos hijos (48 por ciento), seguidas por aquellas que solo tuvieron un hijo (32 por ciento) y por la de las que tuvieron tres (14 por ciento).

En cuarto lugar, el último tipo de hogar radiografiado a través de una pirámide es el unipersonal (gráfico 6), que suponía un 24 por ciento del total de hogares en España en 2011, y en el que residía un 9 por ciento de la población (cuadro 1). Se trata de una distribución asimétrica por género y edad, puesto que en el viven mujeres octogenarias (que en la mayoría de los casos han tenido hijos, pero ya no conviven con ellas), y varones jóvenes de 35 años (que a juzgar por sus coetáneas femeninas no han tenido

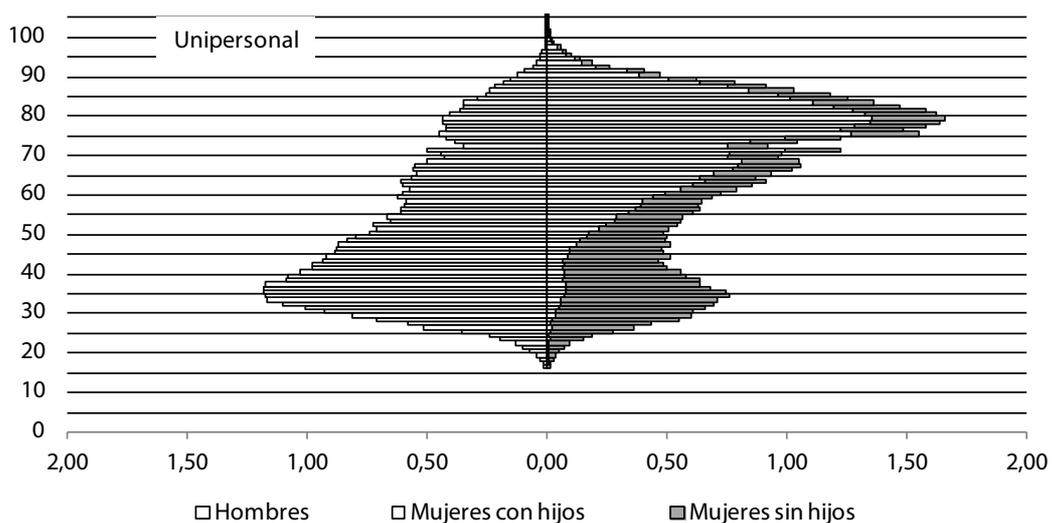
hijos –aunque a ellos nadie les ha preguntado–). En definitiva, mientras que la soledad entre las mujeres responde probablemente a la viudedad y a la emancipación de los hijos, la de los varones se debe a procesos de emancipación y de separación conyugal. Con todo, esta estructura por edad también presenta un notable volumen de hombres mayores y de mujeres jóvenes que –según sabemos respecto a ellas– mayoritariamente no han tenido hijos: así, un 95 por ciento de las mujeres que viven solas entre los 25-30 años no han tenido hijos; en contraste, esta proporción es del 20 por ciento entre las mujeres mayores de 70 años que viven solas.

En total, el promedio para un varón de vivir solo es de un 10 por ciento a lo largo de todo su curso vital, y el de una mujer supera este valor en cinco puntos porcentuales (curiosamente la esperanza de vida femenina supera a la masculina justamente en estos cinco años).

Cabe destacar aquí que la probabilidad de convivir en un hogar monoparental es significativamente menor en los países del sur de Europa que en la Europa central o nórdica, y en todo el continente existe una menor proporción de

GRÁFICO 6

POBLACIÓN EN HOGARES UNIPERSONALES (ESPAÑA, 2011)



Fuente: Elaboración a partir de la muestra del Censo de Población de 2011.

hogares unipersonales en función del número de hijos que se han tenido, con una sola excepción a esta regla: la probabilidad de convivir en hogar unipersonal es menor si solo se ha tenido un hijo que si se han tenido dos (Miret y Zuera, 2015).

El Censo de 2011 permite ser aún más específico en el tipo de hogar en el que se vive, pues recoge asimismo si existe algún tipo de vínculo familiar más allá de los conyugales o de filiación, así como también el número de generaciones que residen en el hogar. Pero todo este tipo de estructuras, no nucleares familiares o con tres o más generaciones, quedan relegadas a una última posición (cuadro 1): un 3 por ciento de las unidades domésticas tienen más de dos generaciones en su interior (conviviendo en ellas un 6 por ciento de la población), un 2 por ciento de la población convive en el 2 por ciento de los hogares no nucleares, pero que contienen algún vínculo familiar, y un 1 por ciento de los hogares son multipersonales y no familiares (conviviendo en ellos un 1 por ciento de la población).

En definitiva, la inmensa mayoría de los hogares en España en la actualidad son o bien mononucleares o bien unipersonales, sin que otro tipo alternativo como los multipersonales no nucleares tengan una presencia demasiado destacada.

3. HOGAR Y FAMILIA EN EUROPA

Para realizar una panorámica de la tipología de los hogares en Europa se va a utilizar el equivalente de la EPA (*Labour Force Survey*) para aquellos países que provean información sobre las relaciones de pareja y de filiación en el hogar. Para el año 2013 (último publicado), supone una muestra de 1.721.764 hogares en 25 países, cuyo análisis permite conocer hasta qué punto cabe hablar de homogeneidad europea en las estructuras domésticas. Para aligerar la explicación, se comparan con España los países europeos con un volumen poblacional de más de cincuenta millones de habitantes, a saber, Reino Unido, Francia, Italia, Alemania y Polonia. No obstante, acompaña a estos países una nutrida representación de toda la Europa del sur (Portugal, Grecia, Malta y Chipre), central (Irlanda, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Austria) y oriental (Chequia, Eslovaquia, Hungría, Rumanía, Bulgaria, Croacia

y Eslovenia), además de las repúblicas bálticas (Estonia, Letonia y Lituania). En definitiva, en esta revista a las estructuras domésticas en Europa solo se echa a faltar a los países nórdicos.

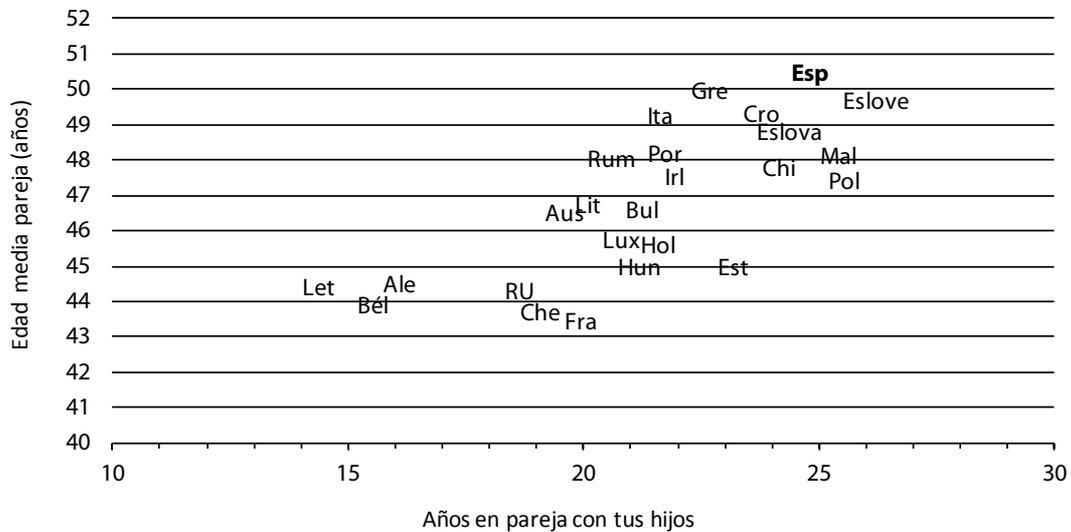
En el conjunto de Europa, las estructuras de hogar más habituales son las de una pareja con hijos y las unipersonales (un 30 por ciento de cada una), seguidas a poca distancia de la de una pareja sin hijos en su interior (27 por ciento): en definitiva, prácticamente nueve de cada diez hogares son de este tipo. También los hogares de núcleo monoparental son significativos, pero con mucha menos presencia, pues alcanzan un 9 por ciento del total. Los hogares de mayor complejidad tienen una presencia minoritaria: así, el compuesto por algún padre, una pareja y los hijos de esta última llegan a un 2 por ciento (por lo que en esta descripción los añadiremos a la categoría de pareja e hijos); el del grupo de pares sin relación alguna de filiación o pareja representan un 1,7 por ciento; los de tres generaciones (pero sin ninguna pareja completa en el hogar), un 0,56 por ciento (que uniremos a los monoparentales), y el 0,01 por ciento de los hogares muestran una pareja más alguno de los padres de los cónyuges (que uniremos a los hogares formados por un núcleo conyugal sin hijos). Tras estas primeras pinceladas, no parece que España destaque mucho, pero sí se dibuja una gran heterogeneidad de formas de convivencia en Europa.

Para establecer las diferencias que se encuentran, se utiliza el indicador porcentual o de años vividos por cada cien en cada tipo de hogar que se vio en anterior apartado. ¿Dónde se sitúa España en Europa en relación al tiempo que se pasa en cada una de las estructuras domésticas que estamos observando? También aquí se combina la posición familiar (hijo o hija, miembro de un núcleo conyugal, padre o madre, o fuera del núcleo familiar) con la estructura del hogar en que se reside.

La estructura más habitual es la de pareja e hijos, un patrón que muestra una distribución unimodal, por lo que se puede elaborar tanto un indicador de intensidad (número de años que se conviviría en pareja con algún hijo en cada país para un individuo que viviera cien años) como un indicador de calendario, a saber, la edad media de los miembros de la pareja (gráfico 7). Desde esta perspectiva, Letonia, Bélgica y Alemania, junto con Reino Unido, República Checa y Francia, constituyen los países en los que se pasa menos

GRÁFICO 7

AÑOS DE CONVIVENCIA EN PAREJA CON HIJOS Y EDAD MEDIA DE LA PAREJA SEGÚN PAÍS



Nota: Códigos de los países, en negrita: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chequia, Chipre, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Reino Unido y Rumanía.

Fuente: Elaboración a partir de la Encuesta de la fuerza de trabajo de Eurostat, ciclo 2013.

tiempo en convivencia con pareja e hijos, y en los que esta convivencia ocurre más temprano: en concreto, transcurren como media en esta estructura de convivencia alrededor de 15 años en el primer grupo de países, y en torno a 20 años en el segundo, a una edad media de alrededor de 44 años para ambos conjuntos. En concreto, y por género, no existe diferencia en Alemania (con una media para ambos sexos de 16 años en un hogar conviviendo con pareja e hijos), se da una distancia de un año en Francia (las mujeres pasan 18,8 años en este tipo de hogar, los hombres un año más) y de 1,5 años en el Reino Unido (donde los hombres pasan 19 años en esta estructura de convivencia, y las mujeres 17,5).

En contraste, los españoles son los que pasan más tiempo de vida viviendo con pareja e hijos, circunstancia que tiene lugar más tarde en el curso de vida: pasan como media 25 años en esta situación y a una edad media entre la pareja de 51 años. Siguen muy de cerca esta posición los países del sur de Europa (Portugal, Grecia e Italia), a los que se une el polo de ascendencia católica formado por Irlanda y Polonia. También estarían

en este conjunto de cuantiosos años pasados en pareja con hijos, junto con una tardía edad media de los miembros de la pareja, países situados en Europa del Este: Rumanía, Eslovenia, Eslovaquia y Croacia. Chipre y Malta se encuentran asimismo en esta situación. Resulta paradójico comprobar que mientras los habitantes de países de alta fecundidad, como el Reino Unido o Francia, pasan poco tiempo en una estructura de convivencia de pareja e hijos, los del área de baja fecundidad del sur de Europa pasan más tiempo en esta estructura doméstica.

Si atendemos a la diferencia entre géneros, la diferencia entre los años transcurridos como padre o como madre en un núcleo conyugal para estos países predominantemente católicos es muy superior a la registrada en los otros países (siempre con un indicador menor en la mujer), en especial en Polonia, donde la distancia es de 5,3 años (estando los varones durante 28,8 años en un hogar de pareja e hijos), pero también en España (con una distancia de 3,1 años, y un indicador para los hombres de 26,1 años) y en Italia (con unos indicadores de 2,6 años de diferencia,

y, para los varones, un tiempo de 25,6 años residencia con su pareja e hijos).

Una variable explicativa clave en la extensión de la convivencia de la pareja con los hijos es la edad de emancipación de estos: cuanto más tarde dejan el domicilio familiar, mayor es el tiempo que los padres conviven con sus hijos. En los últimos párrafos de este apartado se abordará esta importante cuestión.

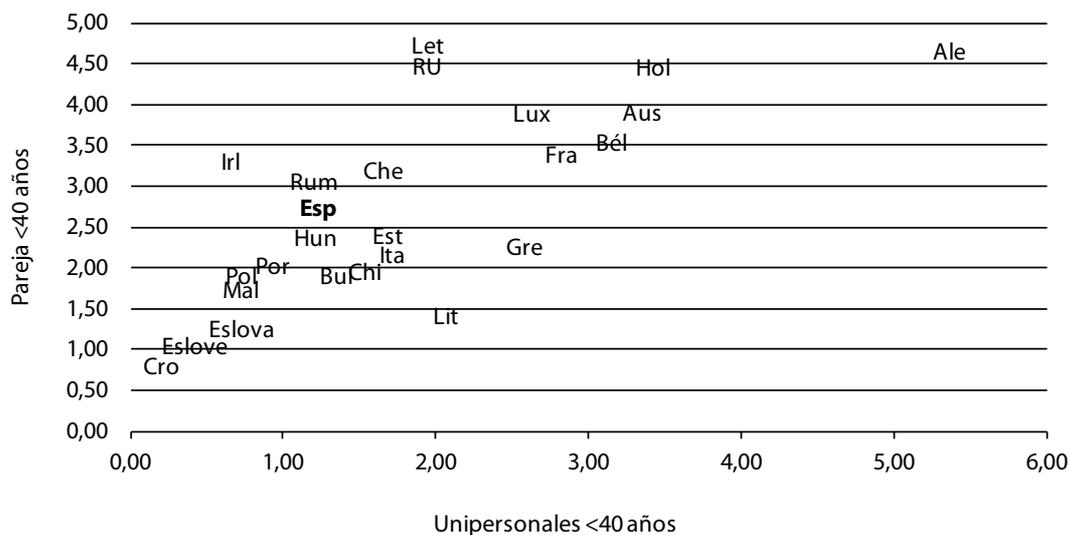
Mientras que la pareja con hijos es la estructura de un 30 por ciento de los hogares europeos, se observa una proporción idéntica de hogares unipersonales, que es muy similar a la de pareja sin hijos (27 por ciento). Estos dos tipos de hogares no presentan una distribución unimodal por edad, sino que la misma es bimodal: el patrón muestra una concentración antes de los 40 años, fruto de las pautas de emancipación, y otra para la población de 40 o más años, causada muy probablemente por fases familiares ulteriores a que los hijos dejen el domicilio familiar. Si cruzamos los indicadores durante la juventud, obtenemos el gráfico 8; si lo hacemos durante la madurez, se dibuja el gráfico 9. Hay que anotar que los años transcurridos en la primera fase de curso de vida son mucho menos que los vividos en etapas familiares más avanzadas.

Del gráfico 8 se infieren los distintos patrones de emancipación a través de la residencia en solitario o en pareja, formándose una escala que discurre entre la práctica inexistencia de estas pautas en Croacia, Eslovenia y Eslovaquia, y la tremenda importancia de la misma principalmente en Alemania (donde se vive en promedio durante 5,5 años en un hogar unipersonal y 4,5 en pareja sin hijos durante la etapa juvenil del ciclo vital) y, en menor medida, en Holanda, Austria, Luxemburgo, Bélgica y Francia (en este último país estos indicadores son de 3,3 y 3,6 años, respectivamente, en hogares unipersonales y en pareja), Letonia y el Reino Unido (este último país, con 2,0 años en hogar unipersonal y 4,6 en pareja sin hijos).

En todos los demás países observados en el continente europeo estos dos tipos de hogares brillan por su ausencia. Por ejemplo, en España, vivir en un hogar unipersonal durante la juventud es una situación relativamente testimonial (1,2 años de promedio), mientras que la convivencia en pareja sin hijos se extiende un poco más (2,8 años); en Italia, estos indicadores son parecidos (en concreto de 1,7 y 2,2 años, respectivamente), así como en Polonia, donde se vive durante la juventud un año en hogar unipersonal, y 1,9 con la pareja.

GRÁFICO 8

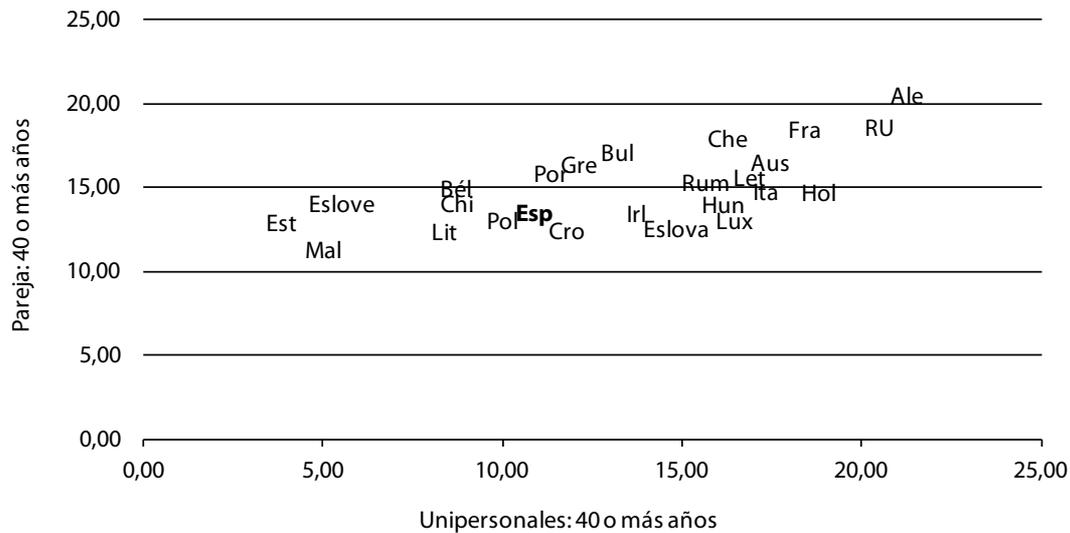
AÑOS EN PAREJA SIN HIJOS Y EN HOGAR UNIPERSONAL ENTRE LOS MENORES DE 40 AÑOS



Fuente: Elaboración a partir de la Encuesta de la fuerza de trabajo de Eurostat, ciclo 2013.

GRÁFICO 9

AÑOS EN PAREJA SIN HIJOS Y EN HOGAR UNIPERSONAL CON 40 O MÁS AÑOS



Fuente: Elaboración a partir de la Encuesta de la fuerza de trabajo de Eurostat, ciclo 2013.

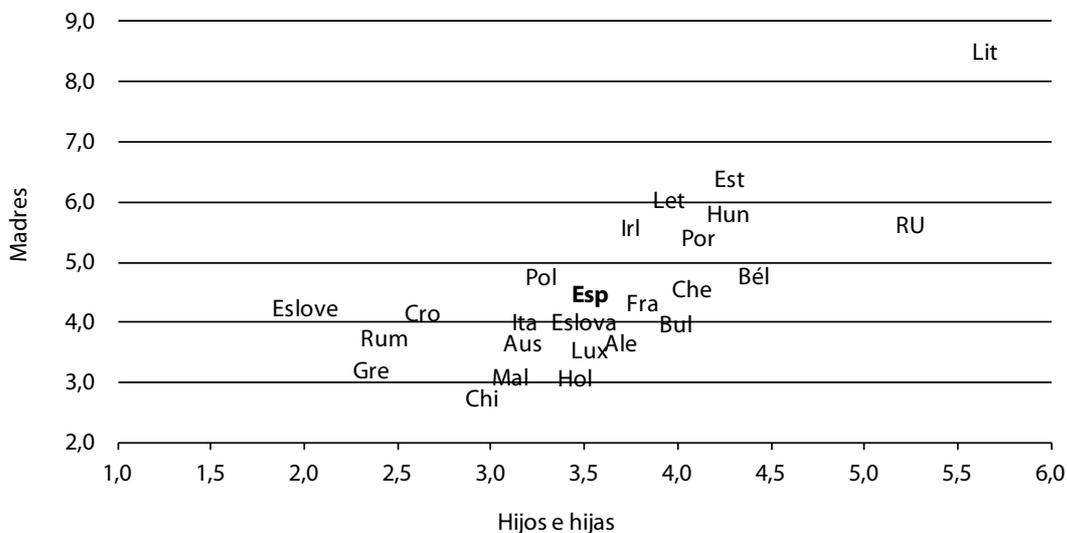
En definitiva, este tipo de hogares están mucho más presentes entre la juventud del área francesa y anglosajona que entre la del sur y este de Europa.

Con todo, este tipo de estructuras domésticas están más vivas con la población mayor de 40 años (gráfico 9). La primera sorpresa que procura el gráfico 9 estriba en el tremendo parecido con el gráfico 8, pues la presencia de parejas sin hijos y de hogares unipersonales entre los menores y mayores de 40 años está fuertemente relacionada, aunque la longitud de estos tipos de hogar entre los más mayores se extiende mucho más en el curso vital de los individuos. Así, de nuevo, Estonia, Eslovenia y Malta constituyen el área donde estos hogares escasean más entre los adultos, hallándose más extendidos a lo largo del curso vital en Alemania (en que se pasa en promedio 21,7 años en un hogar unipersonal, y 19,6 conviviendo en pareja sin hijos), Reino Unido (20,5 y 18,5 años, respectivamente) y Francia (19,6 y 19,2 años). Un punto intermedio lo ostenta Italia (donde se vive en un hogar unipersonal más allá de los 40 años una media de 17,4 años, y en pareja sin hijos, una media 14,8 años), España (10,9 y 13,6 años, respectivamente) y Polonia (11,0 y 13,0 años).

La siguiente estructura que aparece como significativa en los hogares europeos es la monoparental, cuyos miembros en posición de padres o madres también se distribuyen de manera bimodal, con un pico en las edades adultas, otro en las más mayores y un valle de transición entre ambos patrones que discurre entre los 60 y los 70 años. En los hogares definidos por un núcleo monoparental se considera que la posición dependiente se da en los hijos e hijas que conviven con una madre o un padre que tiene menos de 70 años de edad (si tiene más de 70 años, no queda tan claro quién ocupa la posición dependiente). Aunque también hay hogares capitaneados por hombres, la inmensa mayoría lo son por mujeres: por ello, en el gráfico 10 se presenta el cruce entre el número de años pasado por las madres como cabezas de familia monoparental con el número de años pasados por hijos e hijas jóvenes en este tipo de estructura doméstica. Se observa de esta manera que la monoparentalidad es una situación de convivencia que destaca fundamentalmente en Lituania y, en menor medida, en Estonia, Letonia, Hungría, Portugal, Irlanda y el Reino Unido (donde hijos e hijas pasan en esta situación vital durante 5,3 años de su vida, y en que las madres cuidan solas de sus retoños en promedio durante 5,8 años). España se encuentra en una situación

GRÁFICO 10

TIEMPO DE MATERNIDAD Y DE FILIACIÓN EN UN HOGAR MONOPARENTAL



Fuente: Elaboración a partir de la Encuesta de la fuerza de trabajo de Eurostat, ciclo 2013.

intermedia (3,6 años como hijos, 4,5 años como madres en un hogar de familia monoparental), con unos indicadores que comparte, en gran parte, de los países europeos, entre ellos, Francia (4,2 y 4,5 años, respectivamente), Italia (3,4 y 3,6), Polonia (3,5 y 4,8) y Alemania (3,8 como hijos y 3,4 años como madres en hogar monoparental).

La emancipación de la juventud, su entrada en el mundo adulto, supone por definición la constitución de un nuevo hogar. Su contrario, la permanencia en el hogar paterno en posición de hijo o hija, constituye así un indicador de dependencia. A través de este indicador se infirió en otro escrito que la emancipación más temprana tiene lugar en los países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Finlandia, Noruega e Islandia), donde antes de cumplir los 21 años ha abandonado el domicilio familiar un 25 por ciento de la juventud, y con menos de 23 años ya se ha emancipado la mitad. Se trata de la zona que no se ha podido reflejar en esta investigación, puesto que la fuente de datos no recoge la vinculación familiar en el hogar para estos países. En el otro polo se sitúa Grecia, cuyos indicadores correspondientes son 28 y 33 años. España se sitúa más cerca de Grecia que del norte de Europa, pues mientras que un 25 por ciento de sus jóvenes están

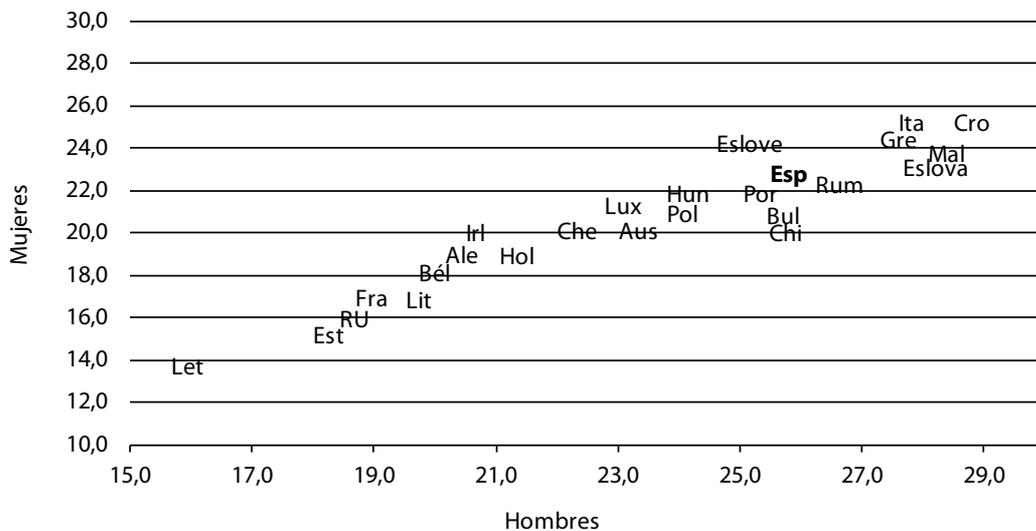
emancipados a los 25 años (por lo que tres cuartas partes continúan conviviendo a esta edad con sus padres), hay que esperar a los 29,5 años para situar la mediana (Miret, 2015b).

Al añadir el número de años en posición de hijo dependiente en una estructura monoparental con aquellos pasados en un hogar biparental, y separando a hombres y mujeres, se estima la edad de emancipación por países (a través de la estimación del promedio de años que se ha pasado conviviendo como hijo o hija con uno o ambos padres). Como muestra el gráfico 11, para todos los países, esta edad es menor entre las mujeres que entre los hombres.

El área europea donde más tarde se emancipan los jóvenes, puesto que dejan de convivir con alguno de sus padres, con alrededor de 31 años si son varones y con alrededor de 27 si son mujeres, es la compuesta por Italia (30,9 y 27,5 como edades medias a la emancipación respectivamente), Croacia, Grecia, Malta y Eslovaquia. España (con una estimación de la emancipación a los 29,3 años para los hombres, y 26,1 años para las mujeres) se encontraría en un segundo grupo junto con Portugal, Eslovenia, Rumanía, Bulgaria y Chipre. Un tercer

GRÁFICO 11

AÑOS EN POSICIÓN DE HIJO CONVIVIENDO CON AMBOS PADRES, POR PAÍSES



Fuente: Elaboración a partir de la Encuesta de la fuerza de trabajo de Eurostat, ciclo 2013.

grupo lo constituyen Hungría, Polonia, Austria, Luxemburgo y la República Checa. A continuación aparecen Alemania (donde los hombres dejan de convivir con sus padres a los 24,5 años, y las mujeres a los 21,7 años), Irlanda, Holanda y Bélgica. Casi sin solución de continuidad se encuentra a Francia (24,4 y 21,6 años, respectivamente) y al Reino Unido (24,2 y 21,3 años), junto con Lituania y Estonia. Finalmente, Letonia destaca por registrar los indicadores de emancipación más temprana: los hombres dejan de convivir con sus padres a los 20,3 años, y las mujeres a los 17,1 años, es decir, en una fase vital de extrema juventud desde el punto de vista del sur de Europa.

4. CONCLUSIONES

Comenzaba un texto sobre los cambios familiares en España con una frase que sentenciaba que la mayoría de la población española vive en familia (Flaquer, 1990). Hoy en día se puede concretar que tres cuartas partes de la población española conviven en un hogar unifamiliar y el cuarto restante reside prácticamente en su totalidad en un hogar unipersonal. No

obstante, la composición de los hogares unifamiliares ha cambiado su contenido, aunque su forma continúa en gran medida siendo la misma: diversas etapas de la familia nuclear, ya sea una pareja, un núcleo biparental o una persona sola tras la emancipación de sus hijos y la separación o muerte de su pareja. Además, los cambios que sorprenden hoy en día han tenido lugar paulatinamente, sin brusquedades.

El último cuarto de siglo XX y los primeros lustros del XXI han sido dominados en España por el hogar compuesto por una pareja con sus hijos, aunque esta estructura ha perdido su presencia mayoritaria en la nueva centuria por el crecimiento exponencial de otro tipo de hogares relacionados con el debilitamiento de la formación familiar clásica y con el envejecimiento de la población, a saber, el hogar compuesto por una pareja sin hijos y los hogares unipersonales. Los hogares compuestos por una pareja sin hijos han triplicado su presencia, en tanto que los unipersonales se han quintuplicado. En España actualmente, cuatro de cada diez hogares son de pareja con hijos; una cuarta parte, de pareja sin hijos, y otro cuarta parte, unipersonales. El resto están compuestos fundamentalmente por hogares de núcleo monoparental y un pequeño grupo se

halla formado por hogares habitados por personas sin relación familiar entre ellas.

Si se construye una cohorte ficticia que a lo largo de su curso de vida presente los patrones de hogar observados en el *Censo de 2011*, casi un cuarto de la vida de esa cohorte discurriría viviendo solamente con su pareja: en concreto, así sería en un 24 por ciento del tiempo de los varones y en un 23 por ciento del tiempo de las mujeres. Casi la mitad del tiempo lo pasarían dentro de un núcleo biparental, bien como hijo (22 por ciento) o hija (21 por ciento), o bien como padre (23 por ciento) o madre (21 por ciento). La siguiente estructura de hogar más común sería la que implicara vivir solo (10 por ciento) o sola (15 por ciento), y a continuación vendría el hogar monoparental, en el que pasan en posición de hijo un 5 por ciento del tiempo los varones, y en posición de hija un 4 por ciento las mujeres, mientras que, como padre en un núcleo monoparental, transcurriría un 3 por ciento del tiempo de curso vital, y como madre, un 8 por ciento.

También a lo ancho de Europa, la estructura doméstica más habitual es la formada por una pareja con sus hijos, la familia nuclear clásica. A juzgar por los patrones observados, este tipo de estructura doméstica se extiende muchos más años durante el curso vital de la población de Europa del sur (destacando España, como el país en que más tiempo se pasa con la pareja e hijos) y la del este. En el otro polo, la Europa central destaca por su reducida extensión del tiempo de convivencia de la pareja con hijos, así como por la juventud de la pareja que conforma el núcleo principal: por ejemplo, en Alemania, el Reino Unido y Francia, esta pareja tiene alrededor de 44 años (frente a los 50 del promedio en España), y el tiempo transcurrido en esta estructura doméstica oscila entre los 16 y los 20 años (frente a los 25 que dura en España). Ello sugiere que, en Europa central, el esfuerzo de cuidado a los hijos que realiza una pareja en el interior del hogar es mucho menor, siempre en comparación con la Europa del este y meridional.

De manera complementaria, los hogares unipersonales y los formados por una pareja sin hijos tienen mucha mayor presencia entre la juventud en Europa central que en el resto del continente. En contraste, en las fases ulteriores del curso familiar, aunque estas estructuras domésticas mantienen su extensión en Europa central, se encuentran también con asiduidad en la Europa del sur y del este.

Sobre la familia monoparental cabe destacar que los adalides son los países bálticos, acompañados a cierta distancia de Irlanda, el Reino Unido, Hungría y Portugal. En todos los demás, la monoparentalidad como definitoria del hogar ocupa un lugar minoritario como estructura doméstica, lo que no significa que sea insignificante.

Uno de los factores clave en el tipo de hogar en Europa son las pautas de emancipación juvenil, que suponen un severo contraste en el continente, pues nada tiene que ver la temprana emancipación de la Europa báltica y central con la tardía salida del hogar de origen (es decir, de la casa de los padres) en la Europa mediterránea.

BIBLIOGRAFÍA

DOMINGO, A., y J. RECAÑO (2010), "La inflexión en el ciclo migratorio internacional en España: impacto y consecuencias demográficas", en E. AJA; J. ARANGO, y J. OLIVER (eds.), *La inmigración en tiempos de crisis. Anuario de la inmigración en España (edición 2009)*, CIDOB-Edicions Bellaterra: 182-207.

FLAQUER, F. (1990), *Permanencia y cambio en la familia española*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Colección Estudios y Encuestas, n.18.

GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; SUÁREZ, M.; NEIRA, M., y E. REGIDOR (2013), *Esperanzas de vida en salud en España 2006-2011. Años de vida saludable en España y sus comunidades autónomas*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (http://www.msssi.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Vida_Salud_2006_2011.pdf).

MIRET, P. (2015a), "Changing fertility patterns in Spain: later timing and increasing infertility", en M. GAS AIXENDRI (eds.), *Family and sustainable development*, Thomson Reuters-Aranzadi: 95-122.

— (2015b), "Sociodemografía de las edades", en C. TORRES ALBERO (ed.), *España 2015, situación social*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas: 140-147.

MIRET, P., y P. ZUERAS (2015), "Bienestar y patrones residenciales de la población que

envejece y no convive en pareja. Europa occidental, 2004-2011", *Revista Internacional de Sociología*, 73(3): e017 (DOI: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2015.73.3.e017>).

MÓDENES, J. A., y J. LÓPEZ-COLÁS (2014), "Cambio demográfico reciente y vivienda en España: ¿hacia un nuevo sistema residencial?", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148: 103-134.

SOLSONA, M. (2015), "Divorcio, generaciones y género", en C. Torres ALBERO (ed.), *España 2015, situación social*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas: 117-126.

El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico

JEROEN SPIJKER Y PILAR ZUERAS*

RESUMEN*

Analizamos la cobertura de cuidados de la población mayor de 64 años con necesidad asistencial y su fuente de provisión, distinguiendo el cuidado formal e informal, ya sea provisto desde dentro o desde fuera del hogar. Partimos de la hipótesis de que a pesar de las transformaciones sociales y políticas hacia una sociedad con más igualdad de género que incluye el desafío del sistema tradicional y feminizado del cuidado, los patrones de cuidado a los mayores dependientes en España han cambiado muy poco desde el comienzo de este siglo, recayendo principalmente en manos de la familia.

longevidad y una baja tasa de fecundidad, suponen retos en diversas esferas sociales y políticas, entre ellas la provisión de cuidado de larga duración a las personas mayores con necesidades asistenciales. Este aspecto es de particular interés en España, donde el sistema de bienestar tiene una cobertura limitada, que además se ha visto recortada a raíz de la crisis económica, y donde la responsabilidad del cuidado de las personas dependientes y los mayores recae, en gran medida, sobre la familia y, en la práctica, sobre sus miembros femeninos.

Debe plantearse, por tanto, el reto que supone el desequilibrio entre un previsible aumento de la demanda de cuidados a los mayores y la disminución de su red de parientes si no se producen cambios efectivos en la organización y provisión del cuidado de larga duración. En un lado de la balanza se sitúa la demanda de cuidados, resultado de las dinámicas demográficas y de las tendencias de salud y discapacidad y, en el otro lado, la disponibilidad de parientes, en la que, además de las dinámicas demográficas, entran en juego cambios sociales, como el incremento de la participación laboral femenina y de la tasa de divorcio.

La Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia) pretendía dar respuesta a la necesidad social de reestruc-

1. INTRODUCCIÓN

Las actuales dinámicas demográficas que experimentan tanto España como numerosos países occidentales, que conjugan una creciente

* Centre d'Estudis Demogràfics, Barcelona (jspijker@ced.uab.es; pzueras@ced.uab.es).

* Este trabajo se ha realizado en el marco de los proyectos "¿Con quién viviré y quién me cuidará? Determinantes actuales y futuros de las pautas de convivencia y de dependencia de la población mayor" (CSO2014-60113-R) y "Acicates en la prolongación de la vida laboral: salud, formación y formas de convivencia" (CSO2013-48042-R), financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad. Además, Jeroen Spijker es investigador en el marco del programa Ramón y Cajal (RYC-2013-14851).

turar la organización de la atención a las personas dependientes en un escenario de cambio familiar y social. Aunque su implementación ha sido limitada respecto a sus objetivos iniciales, al verse afectada por la recesión económica que se desencadenó poco después de su entrada en vigor, sin duda, ha supuesto avances.

En este contexto, el objetivo del artículo es examinar si ha habido un proceso de externalización del cuidado de la familia a través del análisis de dos aspectos principales de la atención personal a los mayores con discapacidad: la satisfacción de la necesidad de cuidados en función de la discapacidad y la estructura del hogar de la persona que requiere de asistencia; y la organización del cuidado formal e informal y la participación de la familia en el cuidado de sus mayores.

Para alcanzar este objetivo analítico utilizaremos distintas fuentes de datos: la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES 1999), la *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*, realizada en 2008 (EDAD 2008) –ambas elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE)–, y dos de las cinco oleadas de la *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE 2006 y 2013). Todos los datos se refieren únicamente a la población mayor de 65 años con discapacidad y residente en hogares, dejando fuera de observación a la población institucionalizada. La naturaleza de las fuentes es diversa y no permite una comparación entre las dos ediciones de las encuestas de discapacidad y la SHARE. Los datos de EDDES y EDAD ofrecen información sobre la recepción de cuidados e identifican al cuidador principal que los provee, mientras que los datos de SHARE facilitan información sobre la recepción de cuidados y sobre la participación en la asistencia de todas las fuentes de cuidado que proveen atención personal, considerando la participación del cuidado informal, ya sea desde el interior o el exterior del hogar, y del cuidado formal. Así, aunque no sean comparables entre ellas, su análisis nos permite averiguar si ha habido un proceso de externalización de los cuidados desde el interior de la familia y del hogar. El análisis de las encuestas de discapacidad posibilita la identificación de los posibles cambios en la cobertura, provisión de cuidados y participación de la familia tras un año de implantación de la Ley de Dependencia, y el análisis de las dos ediciones de SHARE ofrece la posibilidad de estudiar la distribución de los patrones de cui-

dado y su reciente evolución desde un año antes de hacerse efectiva la ley.

2. UNA CRECIENTE DEMANDA DE CUIDADOS EN UN ESCENARIO DE CAMBIO DEMOGRÁFICO, FAMILIAR Y SOCIAL

Los aspectos que configuran la demanda de cuidados son el aumento de la longevidad y el tamaño de las generaciones que alcanzan las edades avanzadas, en las que aumenta la probabilidad de necesitar ayuda para el funcionamiento en la vida cotidiana, así como la prevalencia de discapacidad y su severidad. La proporción de personas mayores sin discapacidad, definida como la dificultad para realizar actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD) y básicas (ABVD), disminuye con la edad, de manera que aproximadamente una de cada tres personas en el umbral de los 80 años manifiesta alguna discapacidad (Abellán *et al.*, 2015)¹. Actualmente la población que está a punto de alcanzar esas edades pertenece a las generaciones que nacieron durante la Guerra Civil española, cohortes menos numerosas que las que les precedieron y las que les sucedieron. El volumen de población anciana crecerá sustantivamente cuando las generaciones nacidas entre 1960 y 1975 lleguen a engrosar ese grupo de edad. Para eso quedan aún 30 años y las características de esas generaciones de mayores serán distintas de las de las generaciones que hoy viven su vejez: habrán disfrutado de mejores condiciones de vida desde su infancia y se habrán beneficiado de la expansión educativa y de las mejoras de protección social y sanitarias.

Estas mejoras se ven muy bien reflejadas en el aumento de la supervivencia y la esperanza de vida experimentado en los últimos cien años, y a cualquier edad. Por ejemplo, en 1919, año en que entró en vigor la primera ley de jubilación que establecía la edad de retiro en 65 años –que no se ha modificado hasta recientemente–, la probabilidad promedio de sobrevivir desde el nacimiento hasta esa edad era del 32 por ciento, mientras que actualmente (2013) es del 90 por ciento (algo superior para las mujeres y algo infe-

¹ Según datos de 1999 y 2008 para población residente en hogares; no incluye, por tanto, población que vive en residencias u otras instituciones.

rior para los hombres). En este período, la esperanza de vida al nacer ha aumentado para las mujeres de 42,3 a 85,6 años, y para los hombres de 39,9 a 80,0 años, posicionando a España como segundo país del mundo (tras Japón) con mayor esperanza de vida (HMD, 2016; INE, 2016; OMS, 2016). Aunque a principios del siglo XX las mejoras fueron causadas por la reducción de la mortalidad infantil y juvenil, a partir de la década de los setenta se asistió a un significativo e inesperado avance en la supervivencia de la población caracterizado por el rápido descenso de la mortalidad en la población anciana y la progresiva concentración de las ganancias de esperanza de vida en edades cada vez más avanzadas, propiciado por el descenso de mortalidad cardiovascular y de las enfermedades crónicas (Olshansky y Ault, 1986; Blanes, 2007; García González, 2014). Como consecuencia, la esperanza de vida a la edad de 65 años prácticamente se había doblado en 2013, rozando los 23 años para las mujeres y alcanzando 19,0 años para los hombres, comparado con 10,4 y 10,0 años respectivamente en 1919. Sin embargo, no hay evidencia clara de que el aumento de la esperanza de vida de la población mayor haya venido acompañada de un aumento proporcional en los años de vida sin discapacidad (EHLEIS, 2015; Abellán *et al.*, 2015).

La discapacidad se refiere a la dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, que se pueden considerar en dos categorías: las actividades básicas y las instrumentales. La limitación para realizar las actividades básicas, o de autocuidado, necesarias para la supervivencia (comer, levantarse y acostarse, lavarse, vestirse, el control urinario y fecal, y desplazarse dentro de la vivienda) supone una mayor dependencia y precisa de una atención con mayor presencia y dedicación horaria que la necesidad de ayuda para las actividades instrumentales (por ejemplo, preparar la comida, hacer la compra y las tareas domésticas, utilizar el transporte público, etcétera). De acuerdo con el reciente estudio de Abellán *et al.* (2015), a pesar de una ligera mejora de la discapacidad menos grave (la que afecta a las actividades instrumentales, y entre una y dos actividades básicas), la prevalencia de la discapacidad en los mayores de 65 años aumentó entre 1999 y 2008 debido al sobrevejecimiento de la población mayor, mostrando una menor prevalencia antes de los 80 años y un aumento a partir de los 88 años. En concreto, respecto a 1999, en 2008 la discapacidad que afecta las actividades instrumentales desciende a todas las edades y la

prevalencia de discapacidad en una o dos actividades básicas es menor hasta el umbral de los 85 años. Sin embargo, la prevalencia de discapacidad más severa, que acumula dificultad para realizar entre tres y seis actividades básicas, es ligeramente superior para la población menor de 80 años y más importante entre los de más edad, y especialmente entre las personas mayores de 90 años, nacidas antes de 1918 (Abellán *et al.*, 2015).

Estas tendencias demográficas y de discapacidad sugieren que, a corto plazo, la demanda de cuidados crecerá debido a un incremento del número de personas que alcancen edades avanzadas y del aumento de la proporción de personas entre los más ancianos que acumulan discapacidad severa relativa al autocuidado, que requiere, además, de una atención personal intensa. La provisión de estos cuidados puede proceder de fuentes formales (servicios profesionales públicos o privados) o informales, que se pueden también complementar. En España, el peso de los cuidados informales, generalmente provistos en el entorno familiar, ha sido muy importante (IMSERSO, 2005). Por ello son relevantes los cambios familiares que inciden en la disponibilidad de parientes, y en particular descendientes, potencialmente responsables del cuidado de los familiares ancianos dependientes.

La reducción de miembros de la familia, fruto de la disminución del número de hijos que tienen las mujeres y de la creciente proporción de mujeres que no tienen ninguno puede poner en riesgo el actual sistema de cuidados. El cambio es sustantivo, como veremos. Las mujeres nacidas entre 1930 y 1945, que hoy cuentan con edades comprendidas entre los 70 y los 85 años, fueron las que protagonizaron el *baby boom*: tuvieron de media 2,5 hijos y solo poco más del 10 por ciento de ellas no tuvo descendencia; en cambio, las que nacieron después de los años sesenta han ido reduciendo progresivamente su fecundidad por debajo de 1,7 hijos por mujer, mientras aumentaba de forma abrumadora la proporción de la infecundidad: una de cada cuatro mujeres nacidas en 1970 no tiene hijos (Devolder, 2015). De manera que mientras los mayores que hoy en día se encuentran en el umbral de edad en el que empiezan a aparecer problemas de salud o discapacidad que requieren de cuidados disponen de una mayor red familiar de descendientes, sus hijos, las generaciones más llenas, nacidas entre 1960 y 1975 –que tendrán entre

70 y 85 años en 2045– contarán con una red familiar sustancialmente más pequeña en su vejez, y muchos de ellos no habrán tenido descendencia, y ni siquiera vivirán en pareja. Este descenso de fecundidad ocurrió, además, durante un período de modernización social en que se legalizó el divorcio y aumentó el número de familias monoparentales. Estas transformaciones demográficas son especialmente relevantes en los países del sur de Europa, donde el apoyo a los mayores se fundamenta, no solo social sino también institucionalmente, en la red familiar, y donde el alcance de los servicios públicos de cuidado es reducido (Albertini y Mencarini, 2014).

Finalmente, cabe destacar el aumento de participación laboral protagonizado por las sucesivas generaciones de mujeres que, a pesar de las recesiones económicas sufridas durante los últimos cuarenta años, no han dejado de incorporarse cada vez en mayor proporción al mercado laboral. Esa tendencia es parte de un cambio social hacia una sociedad con más igualdad de género que incluye el desafío del sistema tradicional y feminizado del cuidado. Sin embargo, la conciliación entre el trabajo productivo y el cuidado, a menudo en combinación con el cuidado de la propia familia, puede ser difícil. Por ejemplo, en 2008 había más de un millón de cuidadores informales de personas de 65 o más años, y uno de cada cinco declaraba que las exigencias del trabajo de cuidado le impedían trabajar fuera de casa. A pesar de variaciones regionales, en términos generales las mujeres eran las prestadoras de tres de cada cuatro horas de los cuidados informales provistos a las personas mayores, cuyo valor monetario se estimaba entre un 2,29 por ciento y un 3,79 por ciento del PIB de 2008 (Oliva *et al.*, 2011).

3. HACIA UN CAMBIO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La masiva incorporación de la mujer al mercado laboral, conjuntamente con las transformaciones asociadas a los cambios del modelo familiar y de convivencia, impulsaron la revisión por parte del primer Gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero del sistema de atención a las personas con dependencia en España. La Ley de Dependencia, que entró en vigor el 1 de enero de 2007, representó un paso importante hacia el desarrollo de un nuevo sistema de cuidados al

promover la autonomía personal y la atención de las personas que dependen de los demás como resultado de las limitaciones físicas y/o mentales, reconociendo el carácter universal de las prestaciones y el derecho a acceder a ellas en igualdad de condiciones para todas las personas mayores o con discapacidad que necesitan ayuda para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (Martínez-Buján, 2011). Esto implicaba garantizar una cantidad adecuada de recursos y servicios, incluyendo la prevención y la promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y centros residenciales para satisfacer la creciente demanda como consecuencia del envejecimiento de la población.

Este nuevo sistema de cuidado, llamado el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), también fue diseñado para reducir la carga de los familiares que asumen el papel de cuidador principal. En la medida en que estos cuidadores son predominantemente mujeres, la aplicación de la Ley suponía también un paso adelante para reducir las diferencias de género, tanto en el ámbito personal como en el empleo, ya que podía facilitar el empleo (a tiempo completo) de las mujeres con algún familiar con necesidades asistenciales. En la práctica, la implementación de la Ley no parece haber contribuido a externalizar el cuidado del entorno familiar, ya que la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (recogida en el artículo 14.4) supone casi la mitad de las prestaciones otorgadas a los beneficiarios (Correa y Jiménez-Aguilera, 2016). Sin duda, esta medida ha contribuido a dignificar el trabajo de algunas cuidadoras que no participaban en el mercado laboral, pero su carácter excepcional se ha extendido mucho más de lo que preveía la Ley.

Si bien la prestación de servicios de atención a las personas dependientes aún se consideraba una responsabilidad familiar, limitándose las administraciones públicas a proporcionar servicios de cuidados de larga duración solo a las personas con un alto grado de dependencia y cuando los ingresos de la familia fueran insuficientes para proporcionar dicha atención, el desarrollo del SAAD constituyó una mejora. Como era de esperar, la demanda inicial fue abrumadora: miles de personas necesitaban recursos para poder hacer frente a su pérdida de autonomía. Se podría decir que, durante al menos los

primeros tres años, la mayoría de las necesidades se cubrían con los diferentes servicios que se ofrecían (el número de beneficiarios a 1 de enero de 2012 superaba los 750.000; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

Sin embargo, en 2012, cuando la crisis económica se intensificó, el Gobierno central introdujo ajustes muy severos en el SAAD como una manera de reducir el gasto público y avanzar en el cumplimiento de los objetivos de consolidación fiscal. Estos recortes dieron lugar a un menor número de solicitudes presentadas, evaluadas y aceptadas, así como a una disminución del número de personas consideradas con el más alto nivel de dependencia (Genaro, 2014). La transferencia nuevamente de la carga del cuidado a las personas dependientes y sus familias también implicaba una refamiliarización y reprivatización de lo que se había logrado durante los cinco años anteriores (Rodríguez Cabrero, 2007). En definitiva, el devenir de la crisis frenó los avances que introducía el SAAD hacia un nuevo sistema de cuidados, obligando a unos ajustes que operan en sentido contrario a las tendencias demográficas en curso.

4. ¿HACIA UN CAMBIO EN EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ARTICULACIÓN DEL CUIDADO?

La demanda de cuidados debe tener en cuenta no solo el volumen de personas con necesidad asistencial, sino también el nivel de discapacidad o dependencia que presentan, pues en función de este requerirán de una atención más o menos intensa, siendo la ayuda para las ABVD la que mayor presencialidad e intensidad exigen. Como hemos anunciado, las fuentes que utilizamos contienen distinta información y abordan la medición de la discapacidad de manera diferente. Con la finalidad de distinguir una demanda de cuidado más exigente y al mismo tiempo poder comparar entre encuestas, hemos simplificado en dos categorías las medidas de discapacidad, considerando tanto el tipo de actividades de la vida cotidiana para cuya realización los entrevistados manifiestan una dificultad como la acumulación de discapacidad para varias actividades de autocuidado. La primera categoría de discapacidad distingue a las personas que declaran dificultad para llevar a cabo las AIVD y/o una ABVD; la segunda, a las que manifiestan dificultad en al

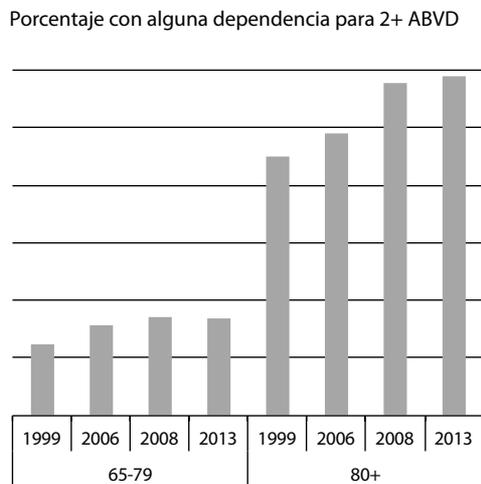
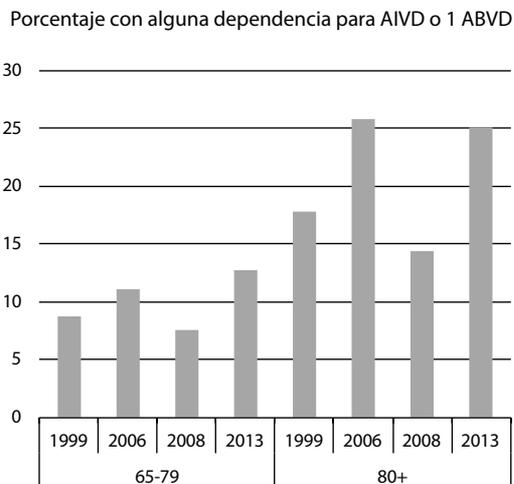
menos dos de las ABVD consideradas². Cuando el tamaño muestral de la encuesta lo permite, también distinguimos entre hombres y mujeres, y entre grupos de edad, analizando los mayores más jóvenes (65-79 años) y los más ancianos (80 o más años). Como se puede observar en el gráfico 1, EDDES y EDAD presentan un nivel de dependencia para AIVD o una ABVD más bajo que SHARE, además con una ligera mejora entre 1999 y 2008 para las edades de 65-79. Por otro lado, la comparabilidad entre las fuentes parece más consistente en cuanto a la categoría más severa de dependencia. Según los resultados, un 6 por ciento de la población entre 65 y 79 años tenía alguna dependencia para dos o más ABVD en 1999, aumentando a 8 por ciento en 2008, igual proporción que en 2013. Entre la población de 80 o más años dicha proporción creció más claramente, del 23 por ciento en 1999 al 29 por ciento en 2013 (también si consideramos por separado las encuestas EDDES y EDAD y las dos ediciones de SHARE). Cabe recordar que a lo largo de este artículo nos referimos a la población residente en hogares, es decir, que la población institucionalizada, que presumiblemente presenta un mayor nivel de discapacidad y dependencia, no está contemplada en los resultados.

Examinamos, a continuación, la evolución de los cuidados entre 1999 y 2008, un año después de entrar en vigor la Ley de Dependencia, esperando observar una mayor cobertura asistencial y signos de externalización del cuidado provisto por la familia. En línea con los resultados del reciente estudio de Abellán *et al.* (2015), el cuadro 1 muestra que no solamente la prevalencia de dependencia para llevar a cabo las AIVD o una ABVD disminuyó ligeramente para ambos sexos y grupos de edad (a diferencia del gráfico 1, proporcionamos aquí los resultados por sexo), sino también la cobertura de cuidado. Sin embargo, llama la atención que, en cada grupo de edad, los mayores de más edad y las mujeres reciben cuidado personal en mayor proporción (por ejemplo, 71 por ciento de los hombres y 76 por ciento de las mujeres de 80 o más años

² Las encuestas utilizadas recogen información sobre la dificultad para llevar a cabo alguna de las siguientes actividades cotidianas por problemas físicos, mentales, emocionales o de memoria. Se han considerado seis ABVD (vestirse, andar por una habitación, bañarse o ducharse, comer, levantarse o acostarse y usar el aseo/control de esfínteres) y tres AIVD (preparar la comida, hacer la compra y hacer las tareas de casa). Las encuestas EDDES y EDAD disponen, además, de información sobre el nivel de severidad en la dificultad para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Sin embargo, como dicha información no se preguntó en la encuesta SHARE, no la analizamos aquí.

GRÁFICO 1

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN MAYOR CON DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD), POR EDAD (SEGÚN FUENTES Y MOMENTOS DIFERENTES)



Fuentes: EDDDES (1999), EDAD (2008) y SHARE (2006 y 2013).

en 2008). En cambio, la cobertura asistencial de aquellos que tienen dificultades para llevar a cabo dos o más ABVD es similar en 2008 y en 1999, a pesar del aumento en la prevalencia en este nivel de dependencia (por ejemplo, en 2008, entre el grupo de los mayores de 80 años, casi un 20 por ciento de los hombres y un 34 por ciento de las mujeres tenían dificultades para realizar dos o más ABVD, pero, respectivamente, el 89 por ciento y el 92 por ciento recibieron ayuda personal).

¿Quiénes proporcionan este cuidado? Las encuestas de discapacidad EDDDES (1999) y EDAD (2008) aportan información sobre la recepción de cuidados personales e instan al entrevistado a identificar a una persona como cuidador principal. Se debe mencionar que, de los mayores que reciben asistencia personal, alrededor de un 9 por ciento en 1999 y de un 18 por ciento en 2008 no identifican a un cuidador principal. Sin embargo, cuanto más severa es la dependencia y más edad tiene la persona, más probable es que se identifique a quien procura el cuidado principal (por ejemplo, no identifican a la persona cuidadora solo un 5 por ciento de los hombres mayores de 80 años y un 6 por ciento de las mujeres con alguna dependencia en dos o más ABVD, frente a 60 por ciento de las mujeres de 65-79 años con alguna discapacidad no cualificada como una

dependencia). El hecho que la relación entre cuidador y receptor no siempre resulte captada por la encuesta puede deberse a diversos motivos: que la persona reciba asistencia profesional, del servicio público o privado; que el cuidado no siempre sea provisto por el mismo individuo; que reciba cuidado informal de diversas personas que se turnan para atenderla en momentos diferentes, o de diversas fuentes (informal y formal) de manera complementaria. Esto podría ser el porqué del mayor porcentaje observado en 2008, poco después de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, que financió ayudas a domicilio.

Según nuestros resultados, las personas que vivían solas en 1999 fueron las que menor cobertura de cuidados presentaban, una situación que empeoró en 2008 (cuadro 2). A pesar de su necesidad, hasta el 44 por ciento de las personas con dificultades para dos o más ABVD carecía de cuidados. Tampoco era muy elevada la cobertura entre las personas que vivían solas con su pareja y tenían dependencias instrumentales o en una ABVD. En cambio, aquellas que vivían en otros hogares con su pareja y/o hijos (pareja con hijos, monoparental y otros hogares donde conviven con el cónyuge o un hijo) tenían generalmente mejor cubierta su necesidad asistencial en 1999 y 2008, con pocos cambios entre los dos

CUADRO 1

PROVISIÓN DE CUIDADO PERSONAL A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS AVD EN FUNCIÓN DE SU SEVERIDAD, POR SEXO, EDAD Y PERÍODO (ESPAÑA, 1999 Y 2008)

| | <i>Hombres</i> | | | | <i>Mujeres</i> | | | |
|---|----------------|------|------------|------|----------------|------|------------|------|
| | <i>65-79</i> | | <i>80+</i> | | <i>65-79</i> | | <i>80+</i> | |
| | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 |
| <i>Porcentaje con alguna discapacidad sin dependencia</i> | 12,1 | 7,1 | 18,1 | 10,8 | 10,7 | 5,7 | 12,2 | 6,7 |
| Porcentaje que recibe cuidados | 7,3 | 6,1 | 8,1 | 9,9 | 12,4 | 9,4 | 11,2 | 13,0 |
| Porcentaje (de 1) que no identifica el cuidador principal | 2,4 | 40,7 | 0,0 | 36,4 | 1,8 | 59,5 | 3,6 | 51,0 |
| <i>Porcentaje con alguna dependencia para AIVD o 1 ABVD</i> | 5,4 | 5,3 | 13,9 | 11,3 | 11,3 | 9,4 | 19,8 | 16,2 |
| Porcentaje que recibe cuidados | 64,5 | 58,9 | 79,7 | 71,3 | 70,1 | 62,3 | 84,3 | 75,9 |
| Porcentaje (de 1) que no identifica al cuidador principal | 25,4 | 30,0 | 14,9 | 22,8 | 14,8 | 40,6 | 9,3 | 22,8 |
| <i>Porcentaje con alguna dependencia para 2+ ABVD</i> | 4,9 | 6,3 | 17,4 | 19,8 | 7,2 | 10,3 | 25,2 | 34,0 |
| Porcentaje que recibe cuidados | 83,0 | 82,2 | 91,0 | 89,1 | 77,6 | 80,3 | 92,1 | 91,6 |
| Porcentaje (de 1) que no identifica al cuidador principal | 5,2 | 13,3 | 6,2 | 4,9 | 4,9 | 18,0 | 4,7 | 5,8 |

Fuentes: EDDDES (1999), EDAD (2008).

años. La cobertura en la categoría restante, que incluye a personas mayores que no viven solas, pero tampoco con pareja ni hijos, se redujo entre los dos periodos, salvo entre los hombres de 65-79 años; sin embargo, en 2008 entre un 81 por ciento (mujeres de 65-79 años) y un 93 por ciento (hombres de 80 o más años) de estas personas con dependencia en dos o más ABVD recibían atención personal.

Con la Ley de Dependencia se esperaba observar un aumento en la participación del cuidado provisto desde fuera del hogar, y, además, de carácter formal para aliviar la carga de cuidado provisto por la familia. En el cuadro 3 se puede apreciar que no se cumplió esta expectativa en todas las situaciones de dependencia. Entre 1999 y 2008 la proporción de cuidado provisto dentro del hogar (es decir, por personas corresidentes) aumentó en ambos grupos de edad y niveles de dependencia, alcanzando el 72 por ciento entre los mayores jóvenes con problemas en actividades instrumentales o una AVBD, y el 81 por ciento entre aquellos de la misma edad con problemas en dos o más ABVD. Entre los de mayor edad, el porcentaje es respectivamente 60 por ciento y

76 por ciento. Aunque este resultado va en cierto modo en contra de la esperada externalización del cuidado, se debe recordar que la proporción de personas que no identificó un cuidador principal fue en 2008 mucho mayor que en 1999 para aquellas con problemas en AIVD o una ABVD. En cambio, en la categoría con dependencia para dos o más ABVD, la proporción de cuidadores familiares (y también los informales no familiares) dentro del hogar disminuyó ligeramente para ambos grupos de edad, aunque todavía suponía el 95 por ciento y 91 por ciento del total de cuidadores corresidentes de personas de 65-79 y 80 o más años, respectivamente. Al mismo tiempo, la proporción de empleados corresidentes se incrementó en más del doble.

En cuanto a los cuidadores ajenos al hogar, la proporción de los que son familiares aumentó entre los dos periodos hasta situarse en alrededor de dos de cada tres para aquellos con un nivel de dependencia más grave, y de seis de cada diez para aquellos con un nivel menor de dependencia. La proporción de cuidadores informales no familiares perdió peso y también la de los empleados. Sin embargo, aumentó la de cuidadores pro-

CUADRO 2

PROVISIÓN DE CUIDADO PERSONAL A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD PARA LAS AVD EN FUNCIÓN DE LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR DONDE RESIDEN, POR SEXO, EDAD Y PERÍODO (ESPAÑA, 1999 Y 2008)

| | <i>Hombres</i> | | | | <i>Mujeres</i> | | | |
|---|----------------|------|------------|------|----------------|------|------------|------|
| | <i>65-79</i> | | <i>80+</i> | | <i>65-79</i> | | <i>80+</i> | |
| | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 |
| <i>AIVD o 1 ABVD</i> | | | | | | | | |
| Unipersonal | 70,7 | 49,9 | 93,1 | 74,9 | 69,1 | 54,1 | 81,8 | 69,9 |
| Pareja sola | 61,2 | 55,7 | 71,4 | 61,2 | 67,8 | 62,4 | 79,6 | 66,3 |
| Monoparental y otros hogares con pareja y/o hijos | 68,1 | 62,5 | 84,3 | 84,7 | 72,1 | 69,6 | 86,4 | 86,1 |
| Otros sin pareja ni hijos | 61,1 | 77,9 | 77,9 | 60,4 | 73,1 | 59,0 | 87,9 | 79,2 |
| Total | 64,5 | 58,9 | 79,7 | 71,3 | 70,1 | 62,3 | 84,3 | 75,9 |
| <i>2+ ABVD</i> | | | | | | | | |
| Unipersonal | 56,3 | 60,3 | 85,7 | 78,9 | 65,8 | 62,1 | 86,2 | 85,0 |
| Pareja sola | 83,6 | 83,0 | 86,8 | 87,3 | 71,1 | 79,6 | 91,4 | 90,2 |
| Monoparental y otros hogares con pareja y/o hijos | 85,5 | 85,3 | 93,5 | 92,1 | 87,1 | 89,3 | 94,5 | 95,9 |
| Otros sin pareja ni hijos | 84,2 | 87,6 | 97,9 | 92,6 | 84,1 | 81,4 | 90,9 | 87,3 |
| Total | 83,0 | 82,2 | 91,0 | 89,1 | 77,6 | 80,3 | 92,1 | 91,6 |

Fuentes: EDDDES (1999), EDAD (2008).

venientes de los servicios sociales, un cambio que puede ser fruto de la Ley de Dependencia. El descenso sustancial de la proporción de cuidadores empleados no corresidentes no parece deberse solamente al aumento en el uso de los servicios sociales, sino también al fuerte aumento de cuidadores no familiares procedentes del extranjero (de 26 por ciento en 1999 a 90 por ciento en 2008; resultados no mostrados aquí), quienes, además, frecuentemente optan por corresidir con la persona dependiente, arreglo que puede ser más conveniente para la persona que requiere cuidado a la vez que, en ocasiones, para el cuidador. Según los resultados, en 2008 alrededor de la mitad de los cuidadores empleados para atender a personas con un nivel alto de dependencia también vivían con aquellas.

La familia, por tanto, proveía el 80-90 por ciento del cuidado de los mayores con discapacidad. Para identificar a los miembros de la familia que asumen el rol de cuidador principal introducimos la variable de la relación de parentesco

del cuidador principal, analizándola por grupos de edad y por severidad, pero solamente para el año 2008, ya que no hubo muchos cambios temporales en cuanto a la estructura de parentesco. Tal como se puede observar en el gráfico 2, esposos y esposas con apenas diferencias de género desempeñan un papel importante cuando la persona dependiente es menor de 80 años: alrededor de un 40 por ciento del total en ambos niveles de dependencia. De hecho, no es el nivel de discapacidad la variable que establece diferencias en cuanto a quién se dedica al cuidado, sino la edad de la persona que lo requiere. Ello indica que la pareja es la opción más obvia para ejercer el cuidado, en parte favorecido por la convivencia. Sin embargo, con más edad aumenta la probabilidad de enviudar y, como consecuencia, que otro familiar asuma la tarea de cuidado. Son, sobre todo, las hijas quienes reemplazan la presencia del cónyuge cuidador. En efecto, las hijas asumen un papel primordial (45 por ciento), seguido con distancia del de otros familiares (10 por ciento), el hijo (9 por ciento) y la nuera (8 por ciento cuando

CUADRO 3

**ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DEPENDENCIA, POR EDAD Y PERÍODO
(ESPAÑA, 1999 Y 2008)**

| | AIVD o 1 ABVD | | | | 2+ AVD | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 65-79 | | 80+ | | 65-79 | | 80+ | |
| | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 | 1999 | 2008 |
| <i>Porcentaje cuidado provisto dentro del hogar</i> | 61,5 | 72,3 | 56,0 | 59,8 | 76,8 | 80,5 | 73,8 | 76,2 |
| Informal familia | 97,2 | 97,7 | 93,4 | 92,2 | 96,1 | 95,2 | 94,0 | 90,8 |
| Informal – otro | 1,0 | 1,2 | 4,5 | 1,0 | 1,4 | 0,5 | 2,4 | 1,6 |
| Formal – empleado | 1,6 | 1,1 | 1,5 | 6,8 | 1,9 | 4,2 | 3,2 | 7,7 |
| Formal – servicios sociales | 0,3 | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 0,6 | 0,0 | 0,4 | 0,0 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| <i>Porcentaje cuidado provisto fuera del hogar</i> | 38,5 | 27,7 | 44,0 | 40,2 | 23,2 | 19,5 | 26,2 | 23,8 |
| Informal familia | 57,2 | 59,9 | 58,9 | 62,2 | 62,9 | 67,1 | 55,7 | 66,7 |
| Informal – otro | 7,5 | 6,8 | 5,0 | 2,5 | 5,3 | 3,8 | 5,5 | 3,1 |
| Formal – empleado | 27,8 | 19,7 | 23,7 | 18,8 | 22,7 | 21,2 | 29,6 | 21,4 |
| Formal – servicios sociales | 7,5 | 13,7 | 12,4 | 16,4 | 9,0 | 7,9 | 9,2 | 8,8 |
| Total | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| <i>Cuidado – Total</i> | 100,0 |
| Informal – familia | 81,8 | 87,2 | 78,2 | 80,2 | 88,4 | 89,7 | 83,9 | 85,0 |
| Informal – otro | 3,5 | 2,7 | 4,7 | 1,6 | 2,3 | 1,2 | 3,2 | 1,9 |
| Formal – empleado | 11,7 | 6,3 | 11,2 | 11,6 | 6,7 | 7,5 | 10,1 | 11,0 |
| Formal – servicios sociales | 3,1 | 3,8 | 5,8 | 6,6 | 2,6 | 1,5 | 2,7 | 2,1 |
| Número de cuidadores principales (con relación conocida) | 247.871 | 154.778 | 181.628 | 165.412 | 234.955 | 309.312 | 270.865 | 494.708 |

Fuentes: EDDES (1999), EDAD (2008).

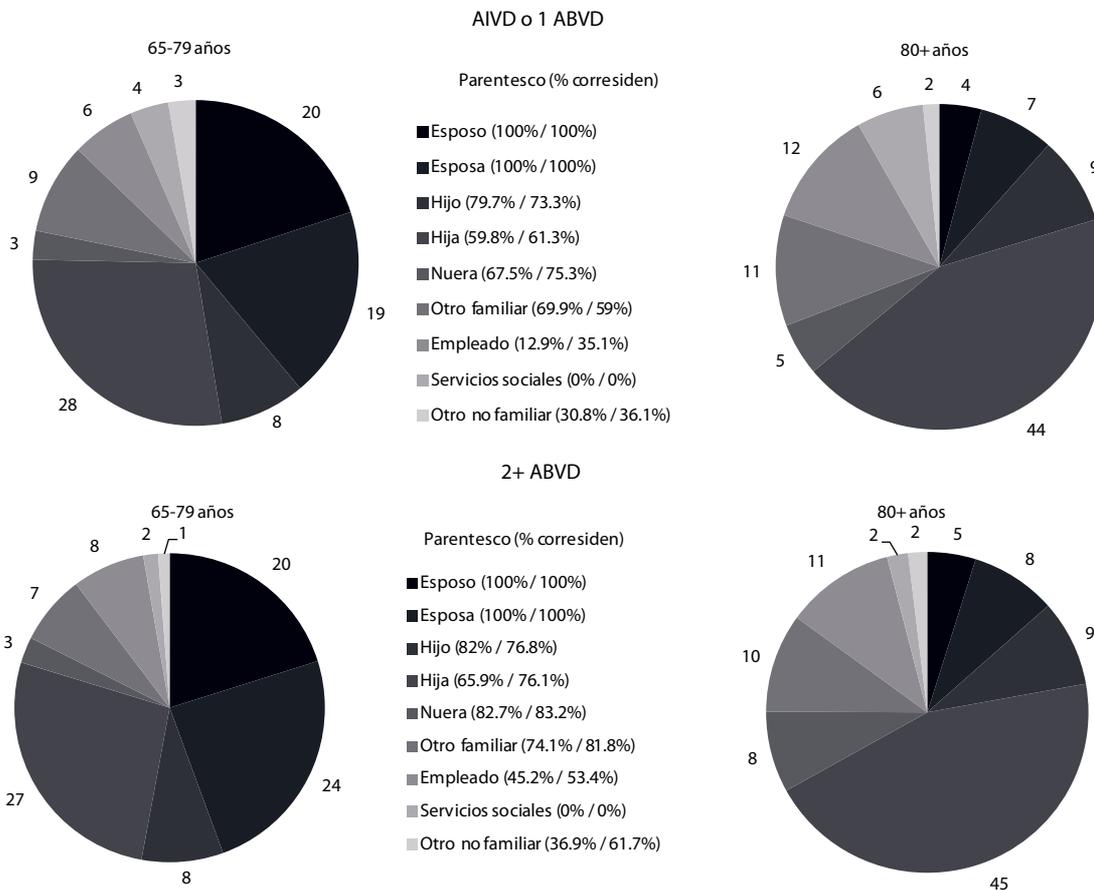
la dependencia es más grave, y 5 por ciento cuando se trata de AIVD/1ABVD). A pesar de que los hijos y las nueras juegan un papel menos importante que las hijas en términos absolutos, es mayor la proporción de los que conviven con la persona con discapacidad. También se puede observar que la probabilidad de que un cuidador familiar corresida con la persona a la que cuida aumenta con la severidad de la dependencia y la edad de la persona con discapacidad (salvo para los hijos varones). Por último, cabe destacar que, después de las hijas, los empleados son los cuidadores que tienen mayor peso relativo entre las

personas con discapacidad de 80 o más años y, cuando se trata de una persona mayor con dos o más discapacidades de ABVD, alrededor de la mitad corresiden con ella.

En definitiva, a pesar del aumento en la proporción de personas mayores de 65 años con limitaciones para llevar a cabo dos o más ABVD, en 2008 la cobertura de cuidados pudo mantenerse entre las personas con mayor necesidad asistencial. Por otro lado, la cobertura se redujo entre aquellos con “solo” problemas en AIVD o una ABVD, pero cuando se desagrega por tipolo-

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES SEGÚN LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA A LA QUE CUIDAN, EDAD DE LA PERSONA QUE REQUIERE CUIDADO Y SU CONDICIÓN DE RESIDENCIA (PORCENTAJE)



Fuente: EDAD (2008).

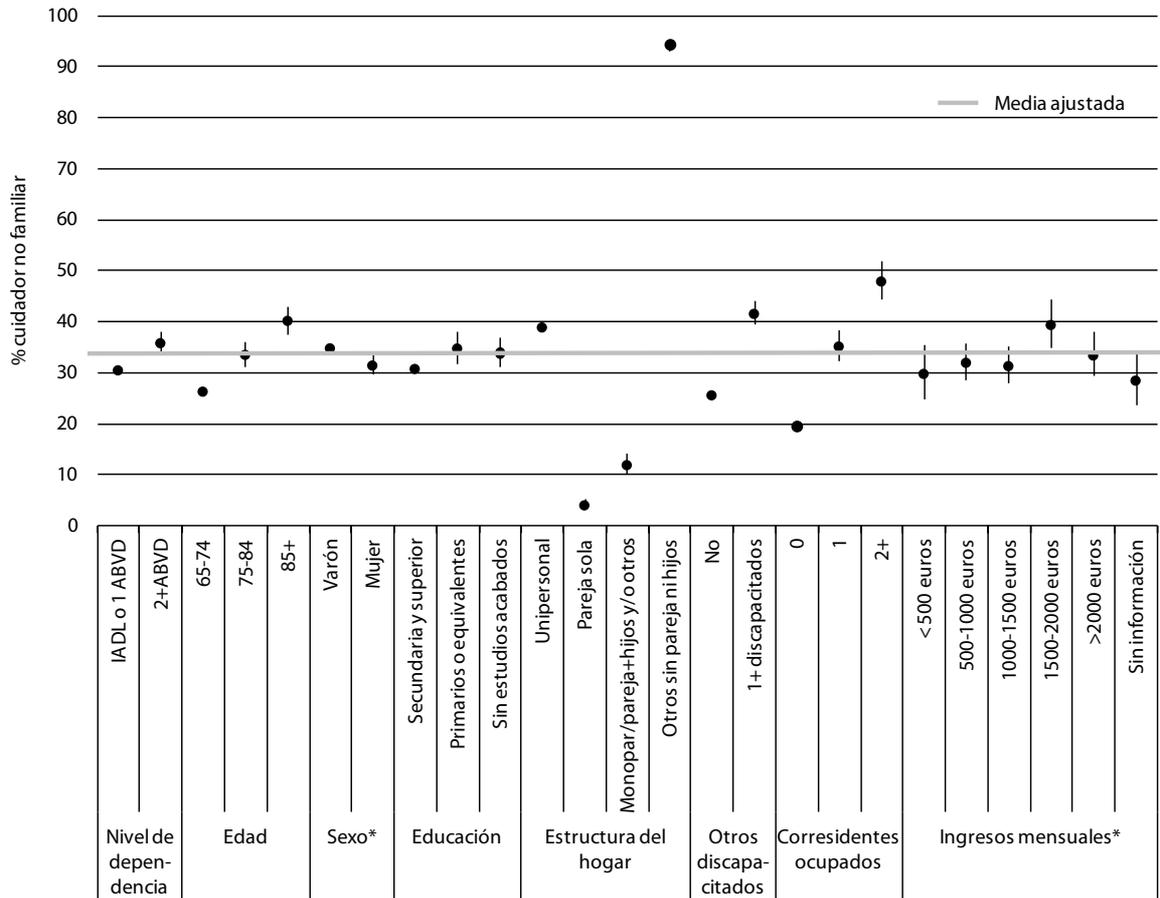
gía de hogar se observa que ese descenso ocurrió entre quienes viven solos o en hogares sin núcleo conyugal o filial, precisamente los grupos de población más vulnerables por disponer de menos recursos económicos. Por ejemplo, a pesar de su menor tamaño, el 42 por ciento de hogares unipersonales (siete de cada diez, constituidos por viudas) tuvo ingresos mensuales inferiores a 500 euros frente al 5 por ciento de las parejas que viven solas, según los datos de la encuesta.

Se aprecia un aumento de la participación de la esfera formal en el cuidado, con una mayor proporción de cuidadores principales para personas muy mayores que son empleados y corresi-

dentes o que provienen de los servicios públicos, aunque la familia sigue siendo quien asume la mayor parte del cuidado. En 2008, aproximadamente tres de cada cuatro de los cuidadores principales de los mayores de 65 años con una discapacidad o con dependencia eran corresidentes en el hogar, y la inmensa mayoría de ellos, familiares (86 por ciento). Los cuidadores difieren en función del grupo de edad de la persona con discapacidad: el cuidado de las personas con discapacidad en edades de 65 a 79 años recae en mayor medida en la propia pareja (cuatro de cada diez cuidadores son cónyuges de la persona a quien cuidan) y, en segundo lugar, en las hijas. Por otro lado, el cuidado de los mayores

GRÁFICO 3

FACTORES INDIVIDUALES Y DEL HOGAR ASOCIADOS A LA PROVISIÓN DE CUIDADOS EXTERNOS A LA FAMILIA



Notas: El punto indica el valor de la probabilidad de cada categoría de la variable de tener un cuidador no familiar, mientras que la barra muestra el intervalo de confianza del 95 por ciento. * La variable no es significativa ($p > 0.1$). La media (0,33) es la estimada por el modelo después de controlar por las variables explicativas.

Fuente: EDAD 2008.

de 80 años está principalmente en manos de las hijas, convivan o no en el mismo hogar, que son también aproximadamente cuatro de cada diez cuidadores. Por lo tanto, la externalización del cuidado es todavía poco frecuente.

Algunos factores asociados a la probabilidad de tener un cuidador externo al entorno familiar se presentan en el gráfico 3; muestra la proporción y los intervalos de confianza (95 por ciento) para cada una de las categorías de las variables que recogen características de la persona con discapacidad y algunas características

de la composición del hogar en que reside. Las características individuales que presentan una mayor probabilidad de ir unidas a la existencia de un cuidador principal externo a la familia son la edad (ser mayor de 85 años) y el nivel de discapacidad. El sexo y el nivel educativo no muestran una asociación significativa con la externalización del cuidado familiar, aunque las mujeres y los más instruidos tienen una probabilidad ligeramente inferior de tener un cuidador no familiar. En cuanto al nivel de dependencia, tener dificultades con dos o más ABVD es lo que más propiamente que el cuidador principal no sea un pariente

de la persona con discapacidad. Lo que también aumenta considerablemente la probabilidad de externalizar el cuidado es el hecho de que en el propio hogar haya otra persona con discapacidad o dependencia.

Ciertamente, las características del hogar afectan con más intensidad a la propensión a externalizar el cuidado de la familia que las de la persona que precisa de atención, y en particular su composición. Recordemos que la trayectoria familiar generalizada entre los componentes de las generaciones nacidas antes de 1943 era el matrimonio, y la infecundidad dentro del matrimonio era muy reducida. En el sentido esperado, los resultados muestran que convivir solamente con la pareja reduce sustancialmente la externalización del cuidado familiar (solo un 4 por ciento lo externaliza), así como también se reduce en el caso de aquellas personas que viven en hogares monoparentales o con pareja y/o hijos (12 por ciento). Por otro lado, vivir solo o sola aumenta la probabilidad de una externalización del cuidado (39 por ciento). Estas personas son mayoritariamente viudas que cuentan con apoyo de sus hijos, aunque también hay entre ellas solteras y, como para esa generación era infrecuente tener hijos fuera del matrimonio, estas son generalmente solteras sin descendencia. No obstante, cabe decir que los solteros que viven solos constituyen un grupo muy reducido (solamente el 3 por ciento de la población que tiene alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria), por lo que no se ha desagregado la categoría de hogares unipersonales en solteros y no solteros³. Finalmente, las personas que viven en hogares sin núcleo conyugal o filial son las más proclives a ser atendidas por una persona externa a la familia (94 por ciento).

Otra característica de la composición del hogar que aumenta considerablemente la probabilidad de externalizar el cuidado del entorno familiar es la presencia de miembros ocupados, es decir, que aportan recursos mediante los que es posible contratar servicios, y cuyo coste de oportunidad es presumiblemente más elevado que

³ Otra opción considerada fue introducir una variable dicotómica de estado civil para distinguir a los solteros (como *proxy* de no haber tenido hijos) de los no solteros, pero su proporción en el conjunto es también escasa, un 7 por ciento. Aun así, testamos el mismo modelo con esa variable adicional. Aunque los resultados mostraron que la probabilidad de que un soltero tuviera un cuidador no familiar era el doble que la del resto, al tratarse de una población muy específica, los inconvenientes metodológicos de incluir esa variable superaban las ventajas interpretativas.

el de las personas desempleadas o inactivas. Por último, aunque la incorporación del nivel de ingresos del hogar es significativa para el análisis, es difícil indicar su relación con la propensión a externalizar el cuidado del entorno familiar, ya que, tras testar diversas categorías, sus efectos no son significativamente diferentes entre ellas.

En definitiva, la externalización del cuidado familiar está asociada a la edad y al nivel de dependencia, pero no al sexo o al nivel de estudios. Tampoco parece que los recursos económicos del hogar jueguen un papel importante, pero sí el hecho de que dos o más de las personas que conviven en el hogar estén ocupadas. También contribuyen a esa externalización la presencia en el hogar de otras personas con discapacidad, así como la falta de disponibilidad de parientes dentro del propio hogar.

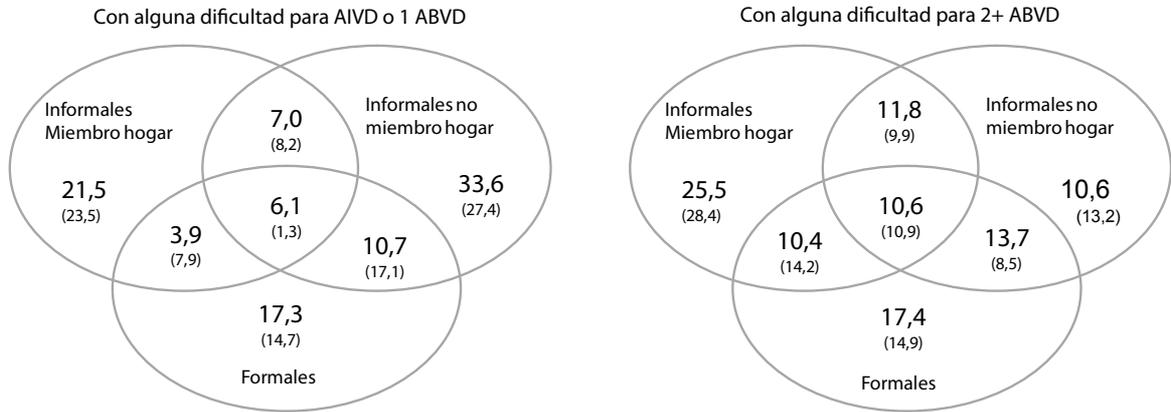
5. LA EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO A LOS MAYORES CON DISCAPACIDAD

Hemos visto cómo era la cobertura y la provisión del cuidado principal a los mayores con necesidad asistencial un año después de comenzar a aplicarse la Ley de Dependencia. Sin embargo, la organización de los cuidados a menudo recae en diversas personas, con mayor o menor intensidad y participación, o proviene de diferentes fuentes de manera complementaria. A diferencia de las encuestas de discapacidad (EDDES y EDAD), que identifican solamente un cuidador principal, la encuesta SHARE proporciona información sobre todas las fuentes de cuidado, distinguiendo, por un lado, cuidados informales provistos desde dentro del propio hogar o desde fuera del propio hogar, y, por otro, cuidados formales.

El gráfico 4 muestra cómo ha evolucionado la distribución del cuidado respecto a 2006, año en que se aprobó la Ley de Dependencia, analizando de manera separada la participación de fuentes de cuidado en función del tipo de demanda asistencial, es decir, en función del tipo de discapacidad (AIVD o una ABVD o la acumulación de dos o más ABVD). Entre los mayores que presentan discapacidad para realizar las actividades instrumentales se ha dado una ligera disminución del peso del cuidado provisto de

GRÁFICO 4

PROVISIÓN DE CUIDADOS PERSONALES ENTRE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS CON DISCAPACIDAD (ESPAÑA 2006 Y 2013) (PORCENTAJE)



Nota: Las proporciones entre paréntesis son para 2006.

Fuente: SHARE 2006 y 2013.

manera informal exclusivamente por miembros del hogar y de su combinación con el cuidado formal, hacia una mayor diversificación, con mayor participación de todas las fuentes de cuidado, que ha aumentado de 1 por ciento en 2006 a 6 por ciento en 2013. Igualmente, ha aumentado de manera notable el peso del cuidado informal provisto por personas ajenas al hogar, siendo responsable de la atención personal de dos de cada seis de estos mayores, mientras que uno de cada seis es atendido únicamente desde la esfera formal, cuya participación también ha crecido.

La configuración del cuidado de los mayores que acumulan discapacidad para dos o más ABVD presenta más diversificación, siendo más importante la complementariedad de las fuentes de cuidado. Casi la mitad (47 por ciento) de estas personas reciben atención personal que proviene de dos o tres fuentes (frente a 44 por ciento en 2006), siendo la de mayor peso y la que más ha aumentado en este período la combinación del cuidado informal externo al hogar con el cuidado formal, seguido de la complementariedad del cuidado informal provisto desde dentro y desde fuera del hogar. A pesar de estos cambios, el cuidado informal provisto enteramente desde el entorno doméstico sigue siendo el que mayor peso tiene: uno de cada cuatro mayores en esta situación son atendidos por personas que conviven con ellos, mientras que solo uno

de cada diez es atendido únicamente por cuidadores informales no corresidentes. Esta configuración de las fuentes de cuidado responde a una demanda más exigente en términos de presencia y tiempo de dedicación para las personas que necesitan ayuda para realizar las actividades de autocuidado. Del mismo modo, la participación de la esfera formal está aumentando, del 15 por ciento al 17 por ciento, en igual medida que entre las personas con discapacidad para AIVD.

En 2013, el cuidado informal sigue siendo la mayor fuente de recursos para atender a los mayores con discapacidad. Los cuidados que recibe la mayoría de personas de 65 o más años con discapacidad provienen de la esfera informal; las que sufren una discapacidad para AIVD o para una ABVD reciben mayoritariamente atención de personas de la esfera informal no doméstica (57 por ciento en total –cuadro 4– y 34 por ciento de manera única), mientras que en la atención a los mayores más dependientes, con dificultad para realizar como mínimo dos tareas de autocuidado, participan con mayor frecuencia miembros del propio hogar (58 por ciento en conjunto, y 26 por ciento de manera exclusiva). Aunque el cuidado informal desde dentro del hogar sigue siendo importante (22 por ciento para AIVD o para una ABVD, y 26 por ciento para dos o más ABVD en 2013), parece que los cambios observados entre 2006 y 2013 en la organización de la

CUADRO 4

PROPORCIÓN DE MAYORES CON DISCAPACIDAD QUE RECIBEN CUIDADO INFORMAL, SEGÚN FUENTE DE CUIDADO, TIPO DE DISCAPACIDAD, RELACIÓN DE PARENTESCO Y PERIODO

| <i>Porcentaje que recibe cuidado informal del total que recibe atención personal</i> | <i>Cuidado prestado por miembros del hogar</i> | | <i>Cuidado prestado por personas que no son miembros del hogar</i> | |
|--|--|-------------|--|-------------|
| | <i>2006</i> | <i>2013</i> | <i>2006</i> | <i>2013</i> |
| AIVD o 1 ABVD | 40,8 | 38,4 | 54,0 | 57,4 |
| 2+ ABVD | 63,5 | 58,3 | 42,5 | 46,7 |
| Pareja | 43,3 | 48,5 | 2,5 | 2,4 |
| Hijos/as (nueras y yernos) | 43,6 | 43,2 | 73,7 | 80,2 |
| Hermanos/as | 4,5 | 5,9 | 4,9 | 2,1 |
| Nietos/as | 4,8 | 6,3 | 2,2 | 9,9 |
| Otros familiares o no familiares | 11,2 | 7,8 | 24,1 | 15,9 |
| Total (>1 cuidador posible) | 107,5 | 111,7 | 107,3 | 110,4 |

Fuente: SHARE 2006 y 2013.

asistencia personal a los mayores con discapacidad apuntan cierta tendencia a la externalización del cuidado provisto de manera única por miembros del hogar hacia una creciente diversificación y complementariedad de fuentes de cuidado en las que aumenta la participación del cuidado formal y el informal provisto por personas ajenas al hogar.

Los parientes involucrados en el cuidado han variado poco entre ambos períodos. El cuadro 4 recoge la proporción de personas cuya atención personal proviene de la esfera informal, distinguiendo los que reciben asistencia por cuidadores de la esfera doméstica o externa al hogar y especificando su relación de parentesco. Además de recibir cuidados de diversas fuentes, las personas con discapacidad pueden ser atendidos por más de una persona de dentro o de fuera del hogar, por lo que la suma de las proporciones es superior a 100.

Cuando se trata de cuidadores dentro de la esfera doméstica, los cónyuges y los hijos tienen un papel fundamental. El peso del cuidado de hijos –asumimos que mayoritariamente hijas, tal y como se mostraba en los resultados más detallados que proporciona el análisis de EDDes y EDAD– ha permanecido constante: el 43 por ciento de mayores que recibe cuidados por miembros del hogar es atendido por sus hijos.

De manera similar a los resultados anteriores, casi la mitad de los cónyuges cuidan de su pareja cuando presentan dificultad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria. El ligero aumento que se observa entre 2006 y 2013 de esta proporción es coherente con la mayor supervivencia hasta edades más avanzadas. También se aprecia una mayor participación de otros familiares en el cuidado (hermanos y nietos), mientras que se reduce el de otros familiares menos allegados y otras personas convivientes en el hogar que no son parientes.

El cuidado informal provisto desde fuera del entorno del hogar está fundamentalmente en manos de los hijos. Como veíamos, mientras que disminuye la atención personal informal prestada desde dentro del hogar en favor de un aumento de la externalización del hogar, en ambas categorías de discapacidad (por ejemplo, para los que presentan dos o más ABVD se reduce el cuidado dentro del hogar del 64 al 58 por ciento y aumenta el de fuera del hogar del 43 al 47 por ciento) también aumenta la participación de los hijos involucrados en la atención a sus padres con necesidades asistenciales, del 74 al 80 por ciento. Se incrementa, asimismo, de manera notable la participación de nietos, que pasa del 2 al 10 por ciento, mientras se reduce el cuidado prestado por familiares menos allegados y otras personas no familiares (vecinos o ami-

gos), que siguen siendo una fuente importante de apoyo a las personas que reciben cuidado de personas ajenas al hogar, pero menos que en 2006, cuando casi una de cada cuatro personas con discapacidad declaraba recibir ayuda informal de otras personas más allá de parejas, hijos, nietos o hermanos.

6. CONCLUSIONES

Los resultados evidencian que hay una cierta tendencia a la externalización del cuidado provisto de manera única por miembros del hogar hacia una creciente diversificación y complementariedad de fuentes de cuidado en las que aumenta la participación del cuidado formal y el informal provisto por personas ajenas al hogar. No obstante, a pesar de la creciente provisión de cuidados desde la esfera formal, en España el cuidado a los mayores con discapacidad se provee de manera mayoritaria en la esfera informal, es decir, fundamentalmente desde el entorno familiar por miembros del mismo hogar o que no conviven con la persona a la que cuidan, lo que sugiere que no es el tipo de demanda sino la disponibilidad de potenciales cuidadores (cónyuge o descendientes) lo que determina quién es el cuidador. Además, los cuidados informales que reciben nuestros mayores se fundamentan, sobre todo, en la participación de la pareja y los hijos, si bien, recientemente, se está ampliando a los nietos.

También hemos podido observar que los perfiles de los cuidadores principales varían en función de la edad y no de la severidad de la discapacidad de las personas a las que cuidan. Así, entre las personas con discapacidad de 65 a 79 años, el cuidado recae sobre todo en la propia pareja y, en segundo lugar, en las hijas, teniendo los hijos varones un papel mucho menos destacado; entre los mayores de 80 años, son las hijas las que toman el relevo como cuidadoras principales, tanto desde dentro como desde fuera del hogar. Este papel primordial de cónyuges e hijas en el cuidado apenas ha cambiado durante el período estudiado.

El nivel de dependencia, en cambio, sí influye en cómo se distribuye el aumento del cuidado formal. Así, en respuesta a las necesidades de

un cuidado más intensivo por parte de los más mayores y los más dependientes, entre 1999 y 2008 aumentó el número de empleados corresidentes (gran parte de ellos, extranjeros llegados durante la expansión económica), aparentemente sustituyendo a los empleados no corresidentes, mientras que, entre los que padecen discapacidad para las AIVD o para una ABVD, lo que aumenta es el cuidado provisto por parte de los servicios sociales. Por otro lado, la evolución entre 2006 y 2013 apunta a una continuación de la externalización del cuidado informal del hogar, aunque no de la familia, y un aumento del cuidado formal que, entre los más dependientes, cristaliza en una mayor complementariedad del cuidado, por tanto, aliviando en cierta medida la carga de los cuidadores familiares.

Estos cambios en los patrones de la organización del cuidado, aunque no muy grandes, son importantes por sus implicaciones en las transformaciones sociales hacia una mayor igualdad de género. Aunque los datos no nos permiten averiguar por qué una persona pudo asumir la responsabilidad de cuidar o dejó de hacerlo, sabemos que los niveles más elevados de educación formal entre las generaciones más jóvenes se traducen en una progresiva reducción de la brecha de género en la participación en el mercado laboral. Lamentablemente, la Ley de Dependencia, que pretendía facilitar la reestructuración de la organización de la atención a las personas dependientes a través de ayudas personales y financieras a las familias con personas dependientes, se ha visto afectada por la recesión económica. Tal vez por eso, y por el crecimiento del desempleo debido a la crisis, el papel de la familia sigue siendo casi tan importante como antes de la Ley.

Sin duda, la interacción del empleo y el cuidado de los mayores merece ser estudiada en detalle, puesto que si no se alivia la carga del cuidado de las familias, en especial de las hijas activas en el mercado laboral, puede generarse un desequilibrio continuado entre demanda y provisión de cuidados. Esta presión sería todavía más alta en el futuro cuando las generaciones españolas más amplias, nacidas en los años sesenta y setenta del siglo pasado, alcancen edades avanzadas, toda vez que su baja fecundidad y la consiguiente reducción de su red familiar impidan una adecuada atención a su demanda de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

ABELLÁN, A.; PUJOL RODRÍGUEZ, R.; PÉREZ DÍAZ, J., y A. RODRÍGUEZ-LASO (2015), "Cambios en la discapacidad de las personas mayores entre 1999 y 2008 en España", *Estadística Española*, 57(188): 215-226.

ALBERTINI, M., y L. MENCARINI (2014), "Childlessness and Support Networks in Later Life New Pressures on Familistic Welfare States?", *Journal of Family Issues*, 35(3): 331-357.

BLANES, A. (2007), *La Mortalidad en la España del Siglo XX*, Análisis demográfico y territorial, Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona.

CORREA, M., y J. JIMÉNEZ-AGUILERA (2016), "Sombras y sombras en la aplicación de la ley de dependencia", *Gaceta Sanitaria*, 30(1): 77-80.

DEVOLDER, D. (2015), "Fecundidad: factores de la baja fecundidad en España", en C. TORRES ALBERO (ed.), *España 2015. Situación social*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas: 85-95.

EHLEIS (2015), *Esperanza de vida saludable en España*, EHLEIS Informe de países, Volumen 9 (extraído en febrero de 2016 de www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9_translated/Espana.pdf).

GARCÍA GONZÁLEZ, J. M. (2014), "¿Por qué vivimos más? Descomposición por causa de la esperanza de vida española de 1980 a 2009", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 148: 39-60.

GENARO, M. D. (2014), "La gestión de la Ley de Dependencia en España: un balance desde la óptica fiscalizadora", *Auditoría Pública*, 64: 11-20.

HUMAN MORTALITY DATABASE (HMD), Datos 2016 (extraído en enero de 2016 de <http://www.mortality.org>).

IMSERSO (2005), *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar*, (Vol. 12001), España, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2016), Tablas de mortalidad de la población de España 1991-2013 (extraído en febrero de 2016 de www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p319a/serie/p01/l0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0).

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.

MARTÍNEZ-BUJÁN, R. (2011), "La reorganización de los cuidados familiares en un contexto de migración internacional", *Cuadernos de relaciones laborales*, 29(1): 93-123.

MINISTERIO DE SANIDAD SERVICIOS SOCIALES e IGUALDAD (2012), *Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

OLIVA, J.; VILAPLANA, C., y R. OSUNA (2011), "El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España", *Gaceta Sanitaria*, 25(S): 108-114.

OLSHANSKY, S. J., y B. AULT (1986), "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases", *The Milbank Quarterly*, 64: 355-391.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS) (2016), *Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy - Data by country* (extraído en febrero de 2016 de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en>).

RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2007), "La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales", *Política y sociedad*, 44(2): 69-85.

Inmigración y mercado de trabajo en España: del *boom* a la Gran Recesión

RAFAEL GRANDE*, TANIA PANIAGUA** Y ALBERTO DEL REY**

RESUMEN*

Este trabajo analiza la situación en el mercado de trabajo de la población inmigrante antes y después de la crisis, considerando separadamente hombres y mujeres y tomando como referencia a la población nativa. Los resultados muestran que, tanto antes como después de la crisis, los inmigrantes ocupan los puestos más bajos de la escala ocupacional; pero si bien antes la ocupación de los inmigrantes era superior a la de los nativos, la crisis ha invertido esta relación. En 2014, los inmigrantes siguen presentando menores niveles de inactividad; por el contrario, registran mayores porcentajes de paro, y menores de ocupación. La situación, no obstante, varía según sexo, nivel educativo, años de estancia en España y lugar de procedencia.

1. INTRODUCCIÓN

Desde mediados de los años noventa, la inmigración, debido a su intensidad y continuidad, se convirtió en el principal factor del cambio demográfico y de la transformación en la composición del mercado laboral español. Debido a esa extraordinaria explosión, que coincidió, no por casualidad, con un ciclo económico expansivo traducido en un fuerte y sostenido

crecimiento de la economía y del empleo, España se convirtió en uno de los países con mayor *stock* de inmigrantes de Europa, transformándose en una sociedad de acogida desde otra que se había caracterizado por la emigración. Las graves consecuencias de la crisis financiera y económica desde su estallido en 2008 acabaron de forma abrupta con esa “década prodigiosa” de la inmigración en España, provocando una transformación del contexto de inserción de los inmigrantes y un brusco freno a nuevas llegadas.

La finalidad de este trabajo es presentar una panorámica de las trayectorias laborales de la población inmigrante en España en el actual periodo de crisis, que contrasta radicalmente con el ciclo expansivo precedente. Para ello, se observan los cambios en el mercado de trabajo entre 2008 y 2014, destacando las diferencias existentes entre nativos e inmigrantes y según características sociodemográficas. Además, el análisis se realiza por separado para hombres y mujeres, dadas las particularidades del mercado laboral español para los inmigrantes económicos según sexo: fuerte presencia de los hombres en el sec-

* Este artículo está parcialmente basado en los resultados del proyecto “Trayectorias laborales y reproductivas de la población inmigrante en tiempo de crisis. España y el contexto internacional” (CSO2013-41828-R) y del proyecto “Asimilación laboral e integración social en flujos migratorios Sur-Sur y Sur-Norte. El caso de América Latina y el Caribe” (CSO2014-57410-JIN), ambos financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad del gobierno de España.

* Universidad de Malaga (rgrande@usal.es).

** Universidad de Salamanca.

tor de la construcción frente al predominio de las mujeres en actividades de servicios, especialmente, en el servicio doméstico y de cuidados.

La principal contribución de este trabajo consiste en ofrecer una visión comprehensiva del impacto de la migración en el mercado laboral y de las transformaciones ocasionadas por la crisis económica que están determinando el actual contexto de integración. En primer lugar, se lleva a cabo una revisión de los principales trabajos y líneas de investigación en relación al mercado laboral y la inmigración en España. En segundo lugar, se presenta información procedente de la explotación de la *Encuesta de Población Activa* (EPA), principalmente de los módulos especiales de la EPA de 2008 y 2014 sobre "Situación de los inmigrantes y sus hijos en el mercado laboral", utilizando para el análisis únicamente a la población activa (entre los 16 y los 65 años) y considerando como inmigrantes a todas las personas nacidas en el extranjero con independencia de si han obtenido o no la nacionalidad española. Se dispone así de una fuente transversal en dos momentos clave: justo al final del *boom* económico y tras seis años de recesión.

Tras esta introducción, el artículo se divide en otras cuatro partes. En el segundo epígrafe se hace una revisión de la literatura para el caso español sobre la integración laboral de los inmigrantes. En el tercero, se analiza el importante cambio en el mercado de trabajo vinculado a la llegada masiva de población inmigrante. El cuarto epígrafe indaga en los cambios ocasionados por la crisis económica en relación a la edad, el nivel educativo, los años de estancia en España y las regiones de procedencia. Finalmente, se recapitulan las principales aportaciones y se discuten los resultados a modo de conclusión.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN: MERCADO LABORAL E INMIGRACIÓN

A lo largo de las dos últimas décadas se diferencian claramente dos períodos económicos de signo opuesto que afectaron profundamente al mercado de trabajo español, en general, y a la población inmigrante, en particular: el primero, caracterizado por el crecimiento y la expansión del mercado de trabajo; el segundo, a raíz de la

crisis financiera internacional de 2007 y la posterior recesión económica, caracterizado por una fuerte contracción del mercado de trabajo.

2.1. *Boom* económico: crecimiento y segmentación del mercado de trabajo

En primer lugar, es necesario señalar que una de las principales características del mercado de trabajo español es que se encuentra fuertemente fragmentado, con un sector primario bien legislado y protegido, y un sector secundario con inestables contratos y con muy escasas perspectivas de promoción (Stanek y Veira, 2012). Diferentes trabajos han mostrado que las causas de la fuerte segmentación del mercado de trabajo español residen, sobre todo, en la desregularización y el incremento del trabajo temporal (Polavieja, 2003 y 2005). Dicha desregularización se ha producido fundamentalmente en épocas de crisis para tratar de hacer frente a las altas tasas de desempleo (Jimeno y Toharia, 1994; Polavieja, 2003).

En la década de 1990, el mercado español inició una fuerte expansión en todos los sectores del mercado de trabajo, creándose alrededor de siete millones de puestos de trabajo entre 1995 y 2007 (QUIT, 2011). En especial, destaca la expansión tanto de los empleos altamente cualificados como de los empleos de baja cualificación, entre ellos los pertenecientes a los sectores de los servicios y la construcción (Bernardi y Garrido, 2008). De esta manera, a principios de los años 2000 España era uno de los países con mayor porcentaje de trabajadores en el sector servicios con baja cualificación.

En esta expansión del mercado de trabajo se debe destacar tanto la incorporación masiva de la mujer española como la llegada de inmigrantes. Las nuevas generaciones de mujeres españolas que se incorporan al mercado de trabajo se caracterizan por un elevado nivel educativo, lo cual les permite acceder a puestos de trabajo altamente cualificados, en particular, dentro del sector público (Domingo y Gil-Alonso, 2007). Por el contrario, el crecimiento de la participación laboral de los inmigrantes se ha dado fundamentalmente en trabajos de baja cualificación: las mujeres, principalmente en servicios, y, en particular, en los servicios domésti-

cos, y los hombres en construcción y servicios (Domingo y Gil-Alonso, 2007). La alta irregularidad de los inmigrantes y su carencia de permisos de trabajo, las dificultades para convalidar los títulos o las dificultades con el idioma, entre otros factores, en un contexto de expansión y abundancia de oferta de trabajo poco cualificada, explican que los inmigrantes se dirijan hacia los puestos más bajos del mercado laboral (Garrido, Miyar y Muñoz, 2010; Stanek y Veira, 2012). Además, las tasas más altas de actividad de los inmigrantes frente a los nativos atenuaban esa mayor precariedad laboral y las mayores tasas de pobreza que sufre la población inmigrante en España (Muñoz de Bustillo y Antón, 2011).

En el caso concreto de la expansión del sector doméstico, se combina la intensa incorporación de la mujer española en el mercado de trabajo y la llegada masiva de inmigrantes en edades laborales (Bernardi y Garrido, 2008). Es decir, la incorporación de la mujer en el mercado de trabajo, en empleos cualificados y, por lo tanto, bien remunerados, ha conllevado una mayor demanda de trabajadores inmigrantes para el sector doméstico. Además, es necesario señalar que el progresivo envejecimiento de la población española hace que sean cada vez más personas las que demanden trabajadores para el cuidado de dependientes de edad avanzada.

La expansión de la construcción durante el período de crecimiento económico se explica tanto por la mayor demanda de viviendas debido a la creación de nuevos hogares como por un factor especulativo (Bielsa y Duarte, 2008). Por un lado, se produce una mayor demanda de viviendas como consecuencia del incremento de la población, tanto nacional como inmigrante, unido a los bajos tipos de interés que han permitido a muchas familias financiar su compra. Por otro lado, aparece la especulación, resultado de la mayor demanda, la elevada rentabilidad que ofrece, la existencia de dinero para invertir y la disponibilidad de “mano de obra barata” en el sector.

El crecimiento y la expansión del mercado de trabajo tienen entre sus consecuencias una mayor segmentación del mercado: los nativos consiguen mejores ocupaciones y liberan los peores trabajos que son ocupados por los migrantes (Stanek y Veira, 2012). En general, los trabajadores tienden a entrar en el mercado laboral ocupando un puesto de acuerdo a

su capital humano acumulado (Becker, 1975), lo cual es aplicable a las nuevas generaciones de españoles y, en particular, de las mujeres españolas. Pero no es este el caso de la población migrante. En el caso de los inmigrantes, al inicio de la vida laboral suelen darse casos de sobreeducación, que, en general, tiende a disolverse con la experiencia laboral. Sin embargo, la fuerte segmentación del mercado de trabajo implica que, en el segmento secundario de baja cualificación donde se insertan mayoritariamente los inmigrantes, las posibilidades de promoción y de estabilidad son escasas (Piore, 1975). En esta segmentación juega un papel central la desigualdad étnica-migratoria.

Diferentes estudios sobre España señalan las dificultades que han tenido los inmigrantes que ocupan puestos no cualificados para salir de estas ocupaciones durante el período 1995-2005, caracterizado por una gran expansión del mercado laboral. Observan que, o bien salen rápidamente de estos puestos, o con el tiempo se quedan atrapados: cuanto mayor es el tiempo trabajando en estas ocupaciones, menor es la probabilidad de salir. Las mayores posibilidades de ascenso están entre los que tienen mayores estudios, entre los varones, quienes tienen poca antigüedad en el sector, sobre todo, si están en el sector privado (Bernardi y Garrido, 2008). En otros trabajos se señala que mientras los inmigrantes, con el tiempo, tienden a converger con los españoles en las tasas de participación y desempleo, no sucede lo mismo con la incidencia de la sobreeducación y la temporalidad, e incluso entre las mujeres tiende a aumentar con el tiempo (Fernández y Ortega, 2008). En el colectivo de las mujeres se observa en todos los casos una fuerte atracción por el servicio doméstico, con independencia del estatus legal, la educación o la existencia de redes y contactos (Stanek y Veira, 2012). Ahora bien, la trayectoria laboral de los migrantes durante la fase de expansión ha sido desigual, no solo entre sexos, sino también en función del momento de llegada, de la edad, del origen, de la lengua o del nivel de estudio, entre otras variables (QUIT, 2011; Fernández-Macías *et al.*, 2015).

Autores como Cachón (2009) han señalado el papel del gobierno en la segmentación del mercado de trabajo a través del marco regulatorio español que dificulta la salida de los inmigrantes del sector secundario (dificultando los permisos de trabajo y de residencia). Otros han llamado la atención sobre la fuerte concentra-

ción de los inmigrantes en los peores empleos, atribuyéndola tanto a las prácticas de contratación de los empleadores como al rol jugado por las redes de inmigrantes (Muñoz de Bustillo y Antón, 2012; Aysa-Lastra y Cachón, 2013).

2.2. Crisis económica: contracción del mercado de trabajo y destrucción de empleo de baja cualificación

Al finalizar el período de expansión económica, las tasas de desempleo entre inmigrantes y autóctonos eran bastante similares (Muñoz Comet, 2012). Sin embargo, los inmigrantes ocupaban la mayor parte de puestos de trabajo en la parte más baja de la estructura ocupacional, presentando una alta temporalidad, una baja cualificación y escasas posibilidades de promoción, con independencia del tiempo en el mercado de trabajo (Garrido y Miyar, 2008). Es decir, se encontraban mayoritariamente en los puestos de trabajo más vulnerables y peor remunerados.

De acuerdo con la teoría de la segmentación del mercado de trabajo (Piore, 1975), mientras que durante la fase de expansión de la economía los trabajadores inmigrantes tienen facilidades para encontrar trabajo en los sectores de bajos salarios, actividades temporales y precarias, o en los sectores más intensivos de mano de obra, como la hostelería y construcción, dichos sectores son los más vulnerables en los momentos de crisis económica, específicamente al desempleo.

De esta manera, la destrucción de los más de dos millones de puestos de trabajo durante la crisis se ha producido en buena parte en los nichos laborales en los que se concentraba la población inmigrante. A finales de 2009, el 25 por ciento de los 4,3 millones de desempleados eran inmigrantes; es decir, más de un millón. Y para finales de 2013, con casi 6 millones de desempleados, la tasa de desempleo de los españoles era ligeramente inferior al 25 por ciento, pero la de los extranjeros superaba el 35 por ciento (Miguélez y López-Roldán, 2014).

Además, cabe señalar que los factores que protegen contra el desempleo –en general, aquellos aspectos relacionados con el capital humano (Muñoz-Comet, 2016)– han funcionado para el

caso de los españoles, pero no para los inmigrantes. Esto explica que el tiempo en el mercado de trabajo no figure como un factor reductor de la probabilidad de caer en el desempleo para los inmigrantes (Garrido, Miyar y Muñoz, 2010; Muñoz-Comet, 2016).

Ahora bien, el efecto ha sido diferente para los hombres inmigrantes y para las mujeres. A ellas, muy concentradas en el nicho de los servicios domésticos y con muy escasa movilidad laboral (Stanek y Veira, 2012; Fernández-Macías *et al.*, 2015), les ha llevado a mantener tasas de empleo más elevadas, dado que el sector del servicio doméstico se ha visto menos afectado por la crisis que otros, como, por ejemplo, la construcción.

Por último, es necesario señalar que, además de los efectos en la distribución ocupacional de la población nativa e inmigrante, la crisis también ha afectado a las condiciones de empleo: peores salarios, peores horarios, peor salud laboral y, en suma, mayor inseguridad (Miguélez y López-Roldán, 2014), siendo más intenso el efecto en los sectores de empleo más precarios.

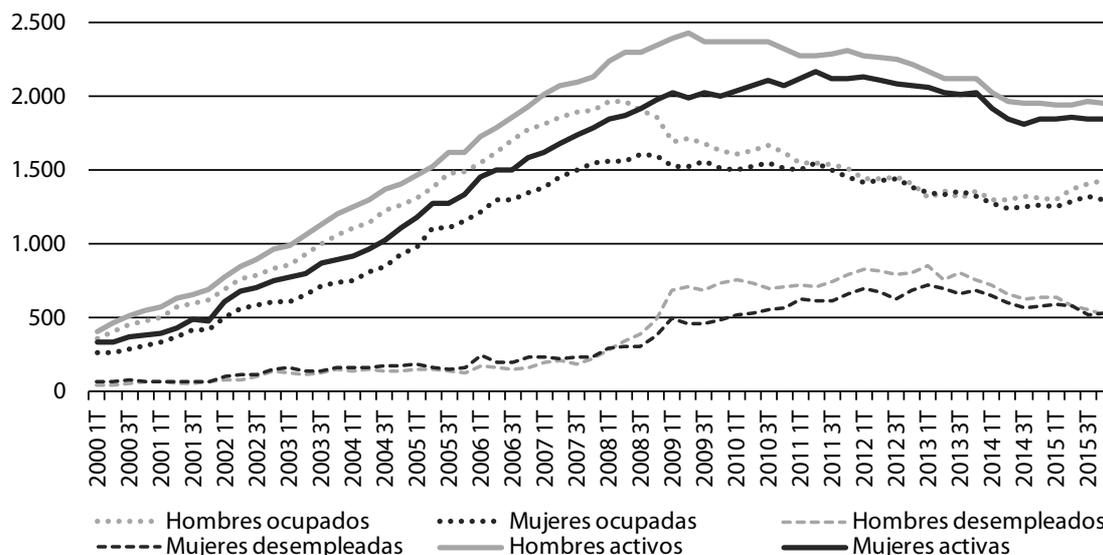
3. DE LA EXPANSIÓN A LA RECESIÓN

Como ya se mencionó, desde mediados de los años noventa el ciclo económico expansivo, que se tradujo en un fuerte y sostenido crecimiento de la economía y del empleo, impulsó el *boom* de la inmigración en España. En 1998 el total de población activa en España se acercaba ligeramente a los 17 millones de personas; tan solo una década después, a inicios de 2008, la población activa superaba ya los 22 millones de personas.

En esta expansión sin precedentes, el papel jugado por la inmigración fue determinante, llegando a más de cuatro millones los activos nacidos en el extranjero, lo que representaba, antes del estallido de la crisis en 2008, el 18 por ciento de los activos frente al escaso 4 por ciento que suponían en el año 2000. Como se muestra en el gráfico 1, el incremento de los inmigrantes activos fue constante durante ese periodo, con un *stock* de activos y ocupados ligeramente masculinizado y una incidencia del desempleo

GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE INMIGRANTES ACTIVOS, OCUPADOS Y DESEMPLEADOS, SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2000-2015)



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPA.

escasa entre los migrantes aunque con un mayor peso entre las mujeres.

La crisis financiera y la posterior recesión económica que se alarga hasta la actualidad provocaron una abrupta contracción del mercado de trabajo, que afectó en mayor medida a la población inmigrante, dado que la destrucción de empleos en el segmento secundario fue más intensa. Los valores absolutos muestran para los migrantes una caída pronunciada de los ocupados y una subida traumática del desempleo, que solo parece frenarse a partir de 2013. Junto a esto se observa desde el estallido de la crisis un ligero, pero continuo descenso de la población activa nacida en el extranjero, lo que deja entrever la existencia de flujos de retorno o reemigración que se traducen en un saldo migratorio negativo ante el gran freno de nuevas llegadas.

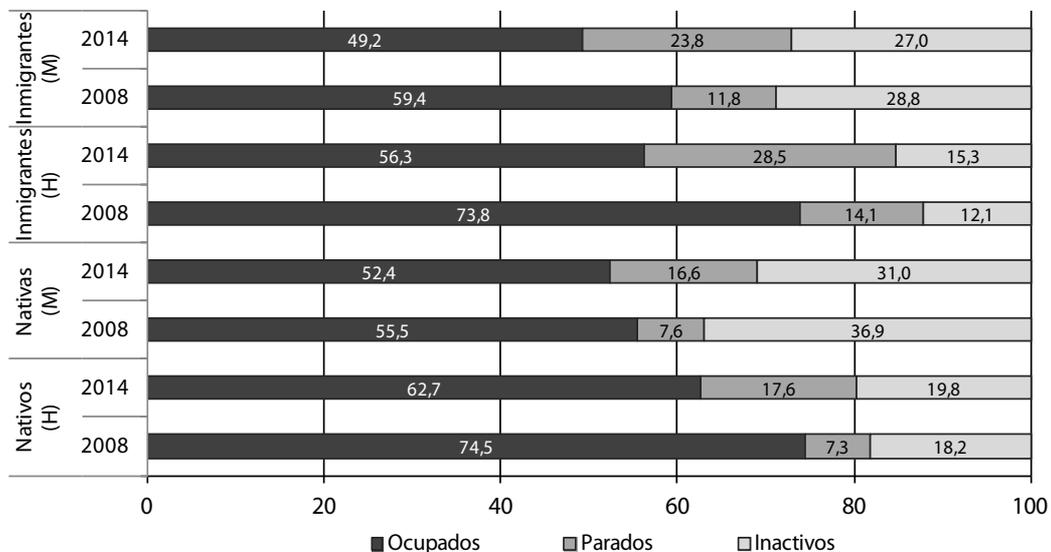
Si se observa en detalle la situación laboral en 2008 y 2014 (gráfico 2), se aprecian cambios importantes en nativos españoles e inmigrantes, destacando para ambos el considerable aumento del porcentaje de parados. La crisis ha supuesto para los españoles una mayor actividad, muy especialmente para las mujeres, entre quienes ha disminuido el porcentaje de inactividad y el de ocupación, en tanto que ha aumentado el de

desempleo. Ante la destrucción de empleo y la bajada salarial en una recesión de larga duración, muchas familias, nativas e inmigrantes, habrían adoptado la estrategia de incorporar al mercado de trabajo a más miembros en edad activa, sobre todo, a mujeres, debido a que los sectores tradicionalmente feminizados, como los servicios (en particular, la limpieza y los cuidados) sufrieron menos pérdida de empleo en el momento inicial de la crisis.

Los hombres nacidos en el extranjero han experimentado una caída significativa de la situación de ocupación vía aumento del paro, pero, en cambio, el nivel de inactividad prácticamente no ha variado en este periodo de crisis y ha tendido a aumentar ante el cambio del contexto económico. Más interesante resulta la evolución de las mujeres inmigrantes durante la recesión económica, disminuyendo su porcentaje de ocupación, pero también su situación de inactividad (de casi un 29 por ciento de inactivas entre las inmigrantes en 2008 a un 27 por ciento en 2014). Esta dinámica, similar a la de las nativas, confirma la necesidad de muchas mujeres de incorporarse al mercado de trabajo para suplir la falta de ingresos ante el desempleo o el descenso de los salarios de los hombres, quienes se han visto más afectados por la crisis.

GRÁFICO 2

CAMBIOS EN LA SITUACIÓN LABORAL DE INMIGRANTES Y NATIVOS EN EDAD ACTIVA (16-64 AÑOS), SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2008 Y 2014) (PORCENTAJE)

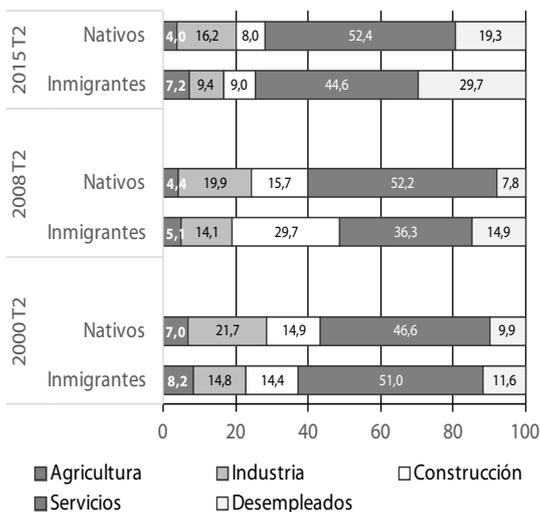


Fuente: Elaboración propia a partir de los módulos especiales de la EPA "Situación de los inmigrantes y sus hijos en relación al mercado de trabajo" (2008 y 2014).

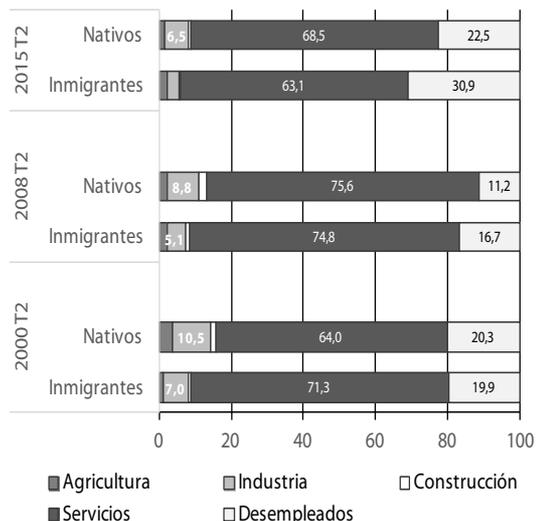
GRÁFICO 3

CAMBIOS EN EL SECTOR DE ACTIVIDAD DE LOS INMIGRANTES SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2000, 2008 Y 2015) (PORCENTAJE)

A) HOMBRES



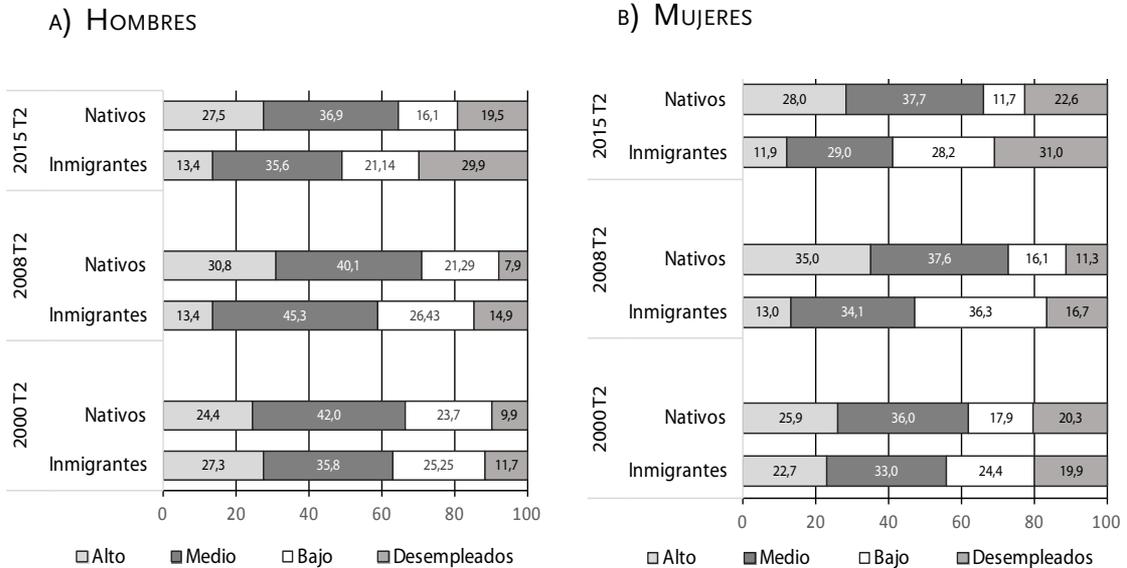
B) MUJERES



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPA.

GRÁFICO 4

CAMBIOS EN EL NIVEL DE OCUPACIÓN DE LOS INMIGRANTES Y NATIVOS, SEGÚN SEXO (ESPAÑA, 2000, 2008 Y 2015) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPA.

3.1. Tres fases en la inserción laboral de los inmigrantes

Poniendo la mirada en la evolución de los inmigrantes en el mercado de trabajo respecto al sector de actividad (gráfico 3) y el nivel de ocupación (gráfico 4) se diferencian claramente tres fases: un primer momento en el que la inmigración aún no es masiva en el mercado de trabajo; una segunda fase tras el boom económico y migratorio, y un tercer momento tras las consecuencias de años de recesión.

La primera fase se caracteriza por una distribución de los inmigrantes más similar a la de los nativos, tanto en sectores de actividad como en el nivel ocupacional de los puestos desempeñados y en el peso de la situación de desempleo. Ya en esa primera fase destaca el mayor peso del sector servicios entre los migrantes, y de la industria entre los nativos, tanto para hombres como para mujeres. Respecto a la ocupación, si bien el porcentaje de nacidos en el

extranjero trabajando en puestos bajos es superior al de los nativos (sobre todo para las mujeres), destaca la presencia nada insignificante en puestos altos de la escala ocupacional (incluso para el caso de los hombres inmigrantes, mayor que para los nativos: 27 por ciento frente a 24 por ciento).

Tras el boom de la inmigración, la segunda fase se caracteriza por una inserción laboral de los inmigrantes segmentada hacia nichos específicos: la construcción para los hombres, y el sector servicios –especialmente limpieza y cuidados– para las mujeres. Tres de cada cuatro mujeres inmigrantes activas se empleaban en el sector servicios. Aparece durante esta etapa de crecimiento una importante diferencia de género: mientras los hombres aumentaron los puestos medios, las mujeres incrementaron su peso en los puestos más bajos de la escala ocupacional, en ambos casos en decremento de los altos. Los datos muestran que se seguían manteniendo niveles bajos de desempleo. Con la masiva llegada de mano de obra extranjera al mer-

cado de trabajo, los nativos fueron abandonando paulatinamente los puestos inferiores de la escala ocupacional en favor de los inmigrantes en sectores como la construcción o los servicios de cuidados.

Finalmente, la tercera fase recoge los efectos en la actividad y la ocupación de inmigrantes y nativos tras las graves consecuencias de la crisis económica. Destaca sobre el resto de tendencias, como ya se mencionó, el aumento del desempleo, siendo este bastante más intenso entre los nacidos en el extranjero. Entre los hombres se aprecia una pérdida del peso que representaban la construcción y, en menor medida, la industria, una tendencia menos intensa entre los nativos que entre los inmigrantes, aumentando estos últimos su presencia relativa en agricultura y servicios. Las trayectorias de las mujeres durante el periodo de recesión se traducen, tanto para las nativas como para las nacidas en el extranjero, en un menor peso del sector industrial y del sector servicios en favor de más desempleo. Respecto a la escala ocupacional, no se observan cambios significativos más allá del aumento del desempleo.

4. PERFILES Y TRANSFORMACIONES EN EL MERCADO DE TRABAJO

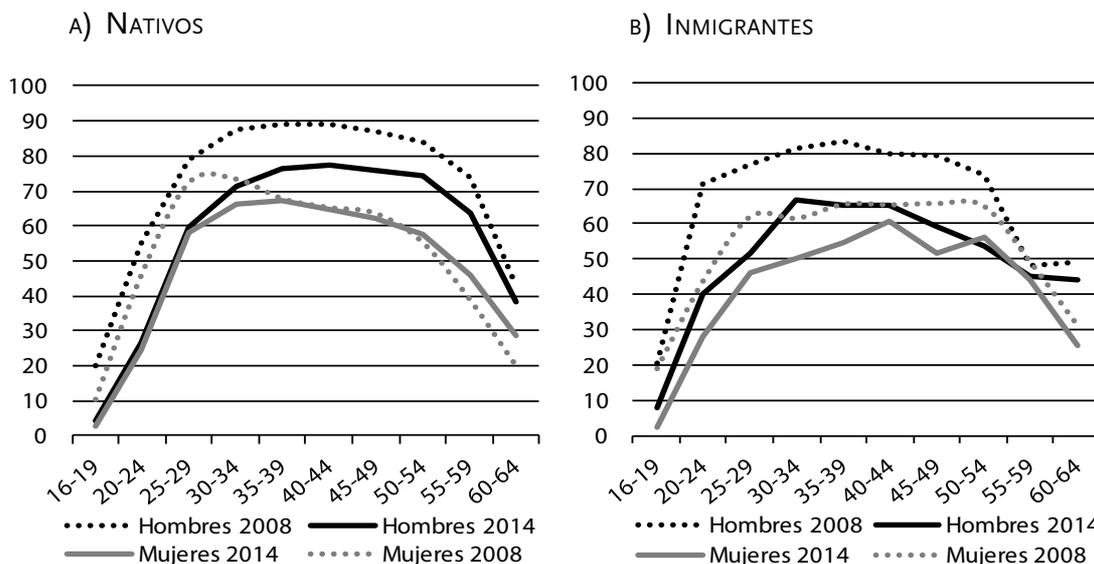
Los cambios observados en la posición en el mercado de trabajo de la población nativa e inmigrante entre 2008 y 2014 muestran importantes diferencias en función de ciertas características sociodemográficas que se detallan a continuación.

4.1. La edad

Con la crisis, cayó la ocupación de los españoles en todas las edades y para hombres y mujeres, con la excepción de las mujeres por encima de los 50 años, entre quienes aumentó la ocupación (gráfico 5). Este aumento se explica, en buena medida, por las bajas tasas de ocupación en estas edades antes de la crisis, lo que pudo incentivar que, con la crisis, se incrementara la participación.

GRÁFICO 5

DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS OCUPADOS NATIVOS E INMIGRANTES, SEGÚN SEXO (ESPAÑA 2008 Y 2014) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de los módulos especiales de la EPA "Situación de los inmigrantes y sus hijos en relación al mercado de trabajo" (2008 y 2014).

Observando con detalle los cambios, se aprecia que entre los españoles se produjo un descenso de la ocupación en todas las edades, tanto en hombres como en mujeres, descenso más acentuado en las primeras edades y, en especial, en los hombres. De esta manera, la crisis ha igualado los porcentajes de ocupación entre hombres y mujeres antes de los 30 años, aunque a partir de esta edad se mantienen niveles de ocupación superior en los hombres.

Entre los inmigrantes, la caída de la ocupación ha sido mucho más intensa, especialmente en los hombres entre los 20 y los 50 años (descenso superior a 20 puntos porcentuales). Entre las mujeres inmigrantes la ocupación ha caído también en todas las edades, pero en menor intensidad, siendo muy escasa a partir de los 50 años.

4.2. Nivel educativo

La relación entre el nivel educativo y la situación en el mercado laboral en 2008, antes de la crisis, era muy diferente entre nativos e inmigrantes. En concreto, mientras que para los hombres y mujeres nativos se observaba una estrecha relación entre capital humano y situación laboral, dicha relación era prácticamente inexistente entre los inmigrantes (gráfico 6). Ahora bien, la crisis ha puesto en valor la importancia del capital humano, tanto para nativos como para inmigrantes, puesto que en 2014, en todos los grupos contemplados, se observa una relación estrecha entre educación y situación laboral.

En el colectivo de los hombres españoles, antes de la crisis existía una relación directa entre el nivel educativo y la distribución entre ocupados, parados e inactivos: a mayor nivel educativo, mayor ocupación y menor paro e inactividad. Mientras que entre los analfabetos el porcentaje de ocupados era del 16 por ciento y el porcentaje de inactividad del 79 por ciento, entre los españoles con estudios universitarios la ocupación superaba el 84 por ciento, y la inactividad únicamente afectaba al 12 por ciento. Los efectos de la crisis en la situación laboral de este colectivo han estado mediados, de nuevo, por el nivel educativo. Así, en 2014 los mayores porcentajes de parados y de inactividad se registran en los niveles educativos más bajos, mientras que los mayo-

res niveles de ocupación se encuentran en los niveles educativos más altos.

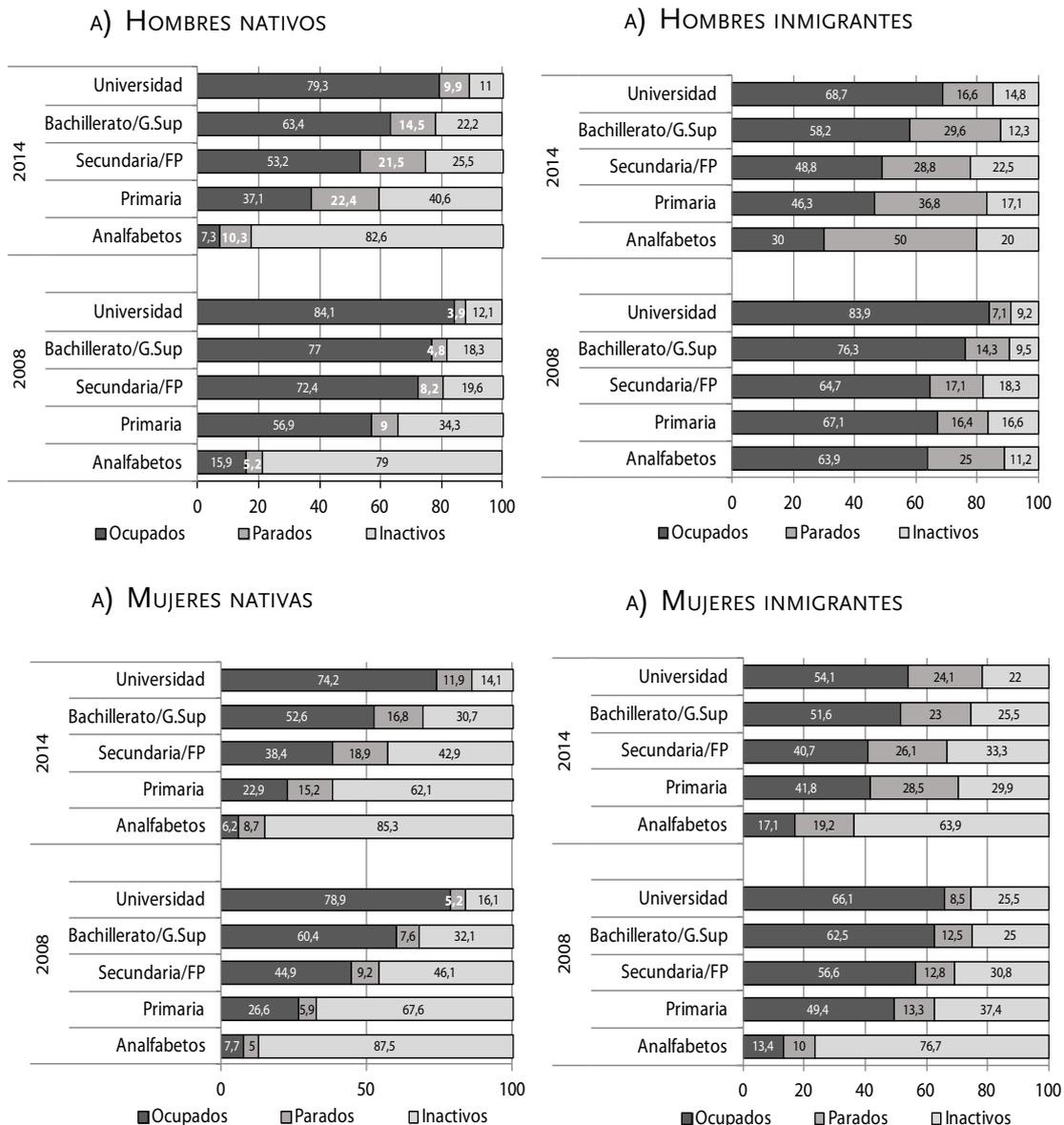
En el colectivo de las mujeres españolas, como en el de los hombres españoles, en 2008 existía una relación muy estrecha entre el nivel educativo y la distribución entre ocupadas, paradas e inactivas: a mayor nivel educativo, mayor ocupación y menor paro e inactividad. De igual manera, los efectos de la crisis en la situación laboral de este colectivo han estado mediados por el nivel educativo: en 2014 los porcentajes más bajos de paradas e inactivas se encuentran en los niveles educativos más altos. En general, se observa una reducción en todos los niveles educativos del porcentaje de inactividad, por lo que se puede apuntar que la crisis ha generado una mayor actividad entre las mujeres.

Entre los hombres inmigrantes, antes de la crisis no se observaba de manera clara una relación directa entre su nivel educativo y su situación en el mercado laboral. Esta situación es reflejo de la fuerte segmentación del mercado de trabajo entre nativos e inmigrantes y del escaso valor que tenía el nivel educativo de los inmigrantes en el mercado secundario. Solamente se apreciaba en los dos grupos de mayor nivel educativo una mayor ocupación y un menor paro e inactividad. Pero, por ejemplo, el nivel de ocupación de los inmigrantes con estudios secundarios era inferior al de los inmigrantes con estudios primarios, y similar a los inmigrantes analfabetos. Se observa también que el nivel de inactividad de los analfabetos era inferior al de los inmigrantes con estudios primarios y secundarios. Ahora bien, el impacto de la crisis sí parece guardar una relación con el nivel educativo: en 2014, el porcentaje de ocupación guarda una estrecha relación con el nivel educativo de los inmigrantes, y lo mismo puede decirse del nivel de paro, el cual disminuye con el incremento del nivel educativo. Mientras que entre los analfabetos en 2014 el nivel de ocupación era del 20 por ciento, y el de paro del 50 por ciento, entre los inmigrantes con estudios universitarios la ocupación era superior al 68 por ciento, y el paro, inferior al 17 por ciento.

Entre las mujeres inmigrantes, la situación en el mercado de trabajo, tanto antes como después de la crisis, sí está relacionada con el nivel educativo. Es decir, se asemeja más a lo visto entre los nativos que a lo observado entre sus contrapartes masculinas. Antes de la crisis, el porcentaje de ocupadas aumentaba con el nivel

GRÁFICO 6

SITUACIÓN LABORAL DE INMIGRANTES Y NATIVOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO (ESPAÑA, 2008 Y 2014) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de los módulos especiales de la EPA "Situación de los inmigrantes y sus hijos en relación al mercado de trabajo" (2008 y 2014).

educativo, y de la misma manera se observaba una reducción del nivel de inactividad y de paro. Con la crisis, se ha incrementado de manera considerable la tasa de paro en todos los grupos de edad, aunque en menor medida de lo observado entre los inmigrantes masculinos.

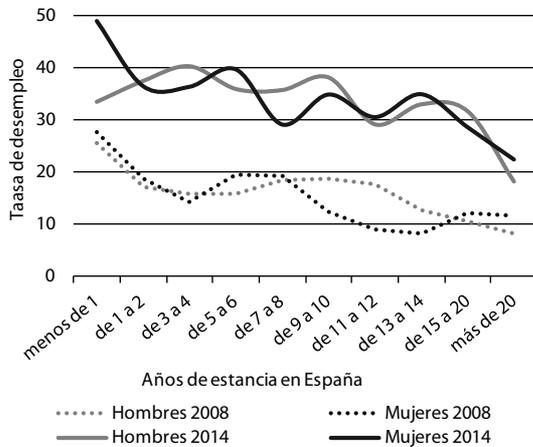
4.3. El tiempo en la sociedad de acogida

Desde la *teoría de la asimilación* (Chiswick, 1978; Alba y Nee, 1997; Chiswick et al., 1997) se

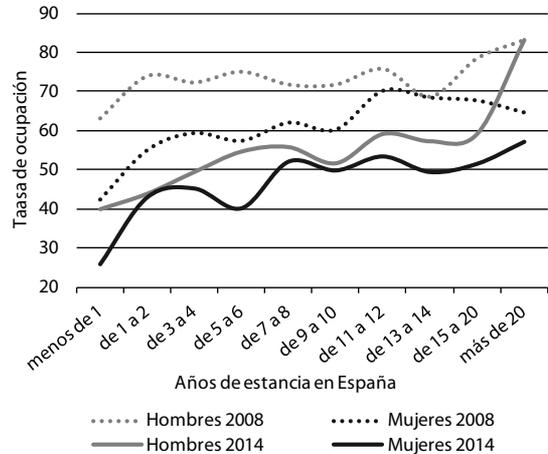
GRÁFICO 7

TASAS DE DESEMPLEO Y OCUPACIÓN DE LOS INMIGRANTES, SEGÚN AÑOS DE ESTANCIA EN ESPAÑA (2008 Y 2014) (PORCENTAJE)

A) TASA DE DESEMPLEO



B) TASA OCUPACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de los módulos especiales de la EPA "Situación de los inmigrantes y sus hijos en relación al mercado de trabajo" (2008 y 2014).

sostiene que, con el tiempo de residencia en el país receptor, los inmigrantes van conociendo mejor la sociedad de acogida y adquiriendo un conocimiento específico del mercado de trabajo, lo que se traduce progresivamente en una reducción de la brecha entre nativos e inmigrantes.

Si observamos la evolución de la situación laboral de los inmigrantes según los años de estancia en España (gráfico 7), se corrobora cierta tendencia, en ambos sexos, en favor de la mejor inserción laboral a medida que aumenta el tiempo de residencia en España, tanto en 2008 como en 2014: menor tasa de desempleo y mayor tasa de ocupación. En el momento inicial, tras la llegada, los inmigrantes soportan mayores tasas de desempleo y menores de ocupación, dados los costes iniciales de inserción y conocimiento del mercado laboral. Pero a partir de los primeros años en España, se observa una reducción del desempleo y un aumento de la ocupación.

La gran transformación del contexto de inserción laboral para los inmigrantes y el freno de nuevas llegadas quedan reflejados en las mayores tasas de desempleo e inferiores de ocupación en 2014 respecto a 2008. Además, en el caso de

las mujeres se observa que, mientras en 2008 su tasa de ocupación descendía progresivamente cuando se superaban los diez años de estancia en España, en 2014 esa tendencia se difumina, e incluso aumenta la ocupación a partir de los quince años de estancia. Aquí es importante recordar el posible efecto cohorte, dado que los inmigrantes recién llegados en 2014 reúnen unas características muy diferentes de los que acababan de migrar a España en 2008 y años anteriores, en pleno *boom* económico y migratorio. Por ejemplo, en 2014 los hombres no tienen esa esperada tasa de desempleo superior en el momento de la llegada, dado que la tasa de desempleo se sitúa por encima del 35 por ciento para todos los migrantes llegados en los últimos diez años.

4.4. Diferencias según lugar de procedencia

Finalmente, en este análisis de los cambios de la inmigración en el mercado de trabajo conviene detenerse a analizar el comportamiento de los nacidos en el extranjero, según las regiones y los países de origen. La variedad de procedencias es otro de los rasgos característicos

pleo en todos los colectivos, aún mayor entre los africanos de ambos sexos, grupo que ya soportaba previamente mayores tasas de desempleo y menores de ocupación. Tanto para hombres como para mujeres, los asiáticos (por su peculiar inserción en negocios de su propia comunidad) y los europeos de la UE-15 y de otros países desarrollados son los menos afectados por el desempleo, tanto en 2008 como en 2014. Estos resultados muestran la diferente etno-estratificación en el mercado de trabajo según el origen de los inmigrantes.

Destaca también, tras el estallido de la crisis, un ligero aumento de la inactividad entre los hombres de todos los colectivos, pero entre las mujeres se observa un comportamiento divergente según origen. Las mujeres africanas, asiáticas, europeas del este y europeas occidentales y de países desarrollados siguen la tendencia ya descrita (similar a las nativas) de descenso de la inactividad como herramienta para paliar el mayor desempleo de los hombres y la bajada salarial, lo que se debe al menor efecto de la crisis en los principales nichos laborales de las mujeres extranjeras (servicios, cuidados, limpieza, etc.). Sin embargo, llama la atención que desde 2008 a 2014 aumenta casi un punto porcentual la inactividad entre las mujeres latinas y caribeñas. Esto se debe, por un lado, a que este colectivo era el que presentaba ya en 2008 las menores tasas de inactividad entre las mujeres. Por otro lado, también es cierto que el colectivo latinoamericano y caribeño es el que más ha reducido su presencia en España tras la crisis económica¹, por lo que, para los latinos, las estrategias de superación de la crisis pueden haber incluido en menor medida el paso de las mujeres de situaciones de inactividad a la actividad, de modo que aparece con más fuerza que en otros grupos la opción del retorno o reemigración como respuesta ante ese nuevo contexto.

5. CONCLUSIONES

El análisis de la situación laboral de la población inmigrante en el mercado de trabajo

¹ Los latinoamericanos y caribeños residentes en España pasaron del 1 de enero de 2010 al 1 de enero de 2015 de 2.459.000 a 2.325.000 personas, lo que supone casi 134.000 latinoamericanos menos en los últimos cinco años, según los datos del Padrón Municipal del INE.

muestra la fuerte contribución de este colectivo al crecimiento de la población activa, aunque concentrada en determinados sectores de actividad y en puestos bajos de la escala ocupacional. Ahora bien, a raíz de la crisis se ha producido una importante transformación. En primer lugar, es necesario señalar el fuerte incremento de los niveles de desempleo, tanto en hombres como en mujeres, y tanto entre nativos como entre inmigrantes. Aunque los inmigrantes mantienen mayores niveles de actividad que los nativos, la ocupación es inferior, y el desempleo significativamente superior.

En segundo lugar, es necesario mencionar que la crisis ha intensificado la presencia en el mercado laboral de las mujeres, españolas e inmigrantes. Este aumento de la presencia femenina, en particular entre los inmigrantes, buscaría compensar la caída de ingresos en muchos hogares como consecuencia del mayor paro masculino y de la más que probable reducción de sus ingresos. Así por ejemplo, la fuerte contracción del sector de la construcción, un sector con fuerte concentración de trabajadores inmigrantes, ha supuesto que muchos hombres inmigrantes o bien hayan perdido sus empleos o bien hayan visto reducir de manera drástica sus ingresos. Ante ello, las mujeres migrantes se han incorporado o regresado al mercado de trabajo, dadas las mayores facilidades que ofrece el mercado en el sector del trabajo doméstico.

En tercer lugar, la crisis ha puesto en valor el nivel educativo de los migrantes. En 2008 no se observaba ninguna relación entre el capital humano de los hombres migrantes y su posición en el mercado de trabajo, dada la fuerte segmentación del mercado. Sin embargo, la educación sí ha jugado un importante papel limitando el impacto de la crisis. Es decir, los inmigrantes con mayor nivel educativo han mantenido mayores niveles de ocupación. En el resto de colectivos, mujeres migrantes y hombres y mujeres nativos, la educación sí aparecía relacionada con la posición en el mercado de trabajo, y en todos ellos el efecto de la crisis aparece mediado por el nivel educativo.

En cuarto lugar, el tiempo de estancia en el mercado de trabajo afecta los niveles de ocupación y de desempleo: a mayor tiempo, mayor ocupación y menor desempleo, tanto antes como después de la crisis.

En quinto lugar, la región de procedencia también ha jugado un papel relevante en la posi-

del boom inmigratorio español y determina, en buena medida, su diverso comportamiento y sus diferentes pautas de integración laboral en un mercado de trabajo que tenía –antes de la crisis– una enorme capacidad de asimilación de mano de obra con características muy diversas.

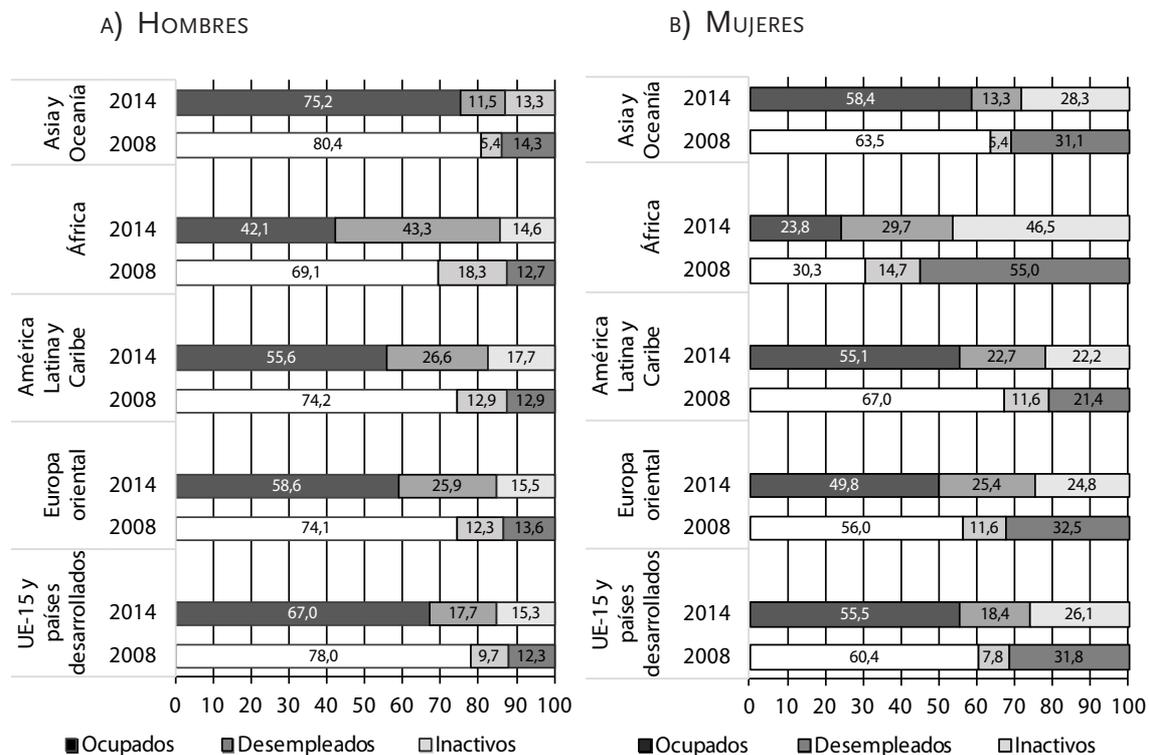
El gráfico 8 muestra la situación laboral de los inmigrantes según las principales regiones de origen en 2008 y 2014. Previamente al estallido de la crisis, los hombres inmigrantes de todos los orígenes registraban mayor ocupación y menor inactividad que los nativos. Destacaban los asiáticos, con más del 80 por ciento de ocupados y tan solo un 5,4 por ciento de desempleados. En el lado opuesto, se encontraban los hombres originarios de África, en su mayoría marroquíes, que en 2008 estaban ocupados en un 69 por ciento, mientras que los desempleados se situaban en el 18,3 por ciento del total de activos.

En el caso de las mujeres, el comportamiento era mucho más diverso entre regiones de origen, reflejo de la mayor diversidad de motivos de la migración, puesto que estas, en relación a los hombres, compaginaban en mayor medida motivos económicos y familiares. Mientras que más de la mitad de las mujeres africanas en edad activa en 2008 se encontraban en situación de inactividad, en el resto de colectivos inmigrantes las mujeres inactivas representaban un porcentaje mucho menor e incluso inferior a las nativas (entre las que la inactividad alcanzaba en 2008 el 36,9 por ciento), destacando el caso de las latinoamericanas y caribeñas, entre las que solo el 22 por ciento se encontraba en esa misma situación.

Tras los años de recesión económica se aprecian cambios en las dinámicas según lugares de procedencia. Es relevante el descenso de la ocupación y el fortísimo aumento del desem-

GRÁFICO 8

SITUACIÓN LABORAL DE LOS INMIGRANTES EN ESPAÑA SEGÚN REGIONES DE ORIGEN (2008 Y 2014) (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de los módulos especiales de la EPA "Situación de los inmigrantes y sus hijos en relación al mercado de trabajo" (2008 y 2014).

ción en el mercado de trabajo. Sin duda, los asiáticos y los procedentes de países desarrollados aparecen mejor situados en el mercado de trabajo y el efecto de la crisis en ellos ha sido menor. Por el contrario, los inmigrantes procedentes de África son los que presentan una peor inserción y los que han sufrido un mayor impacto de la crisis económica en términos de desempleo.

Para finalizar, este trabajo tenía como pretensión principal ofrecer una panorámica general de la situación y de los grandes cambios que ha experimentado la población inmigrante en el mercado de trabajo en estas dos últimas décadas, en particular, a raíz de la crisis. Sin embargo, la visión de los cambios experimentados por la población migrante es parcial, puesto que no se ha analizado en detalle el tipo de ocupación o las condiciones del trabajo. Es decir, es muy posible que muchos de los migrantes, y también nativos, que se han mantenido trabajando hayan sufrido una transformación radical de sus condiciones de trabajo, tales como el tipo de contrato o el salario, lo cual no se ha contemplado aquí. Conocer al detalle la situación ocupacional complementaría lo expuesto en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

ALBA, R., y V. NEE (1997), "Rethinking assimilation theory for a new era of immigration", *International Migration Review*, 31(4): 826-874.

AYSA-LASTRA, M., y L. CACHÓN (2013), "Determinantes de la movilidad ocupacional segmentada de los inmigrantes no comunitarios en España", *Revista Internacional de Sociología*, 71(3):543-65

BECKER, G. S. (1975), *Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. Chicago, University of Chicago Press.

BERNARDI, F., y L. GARRIDO (2008), "Is there a new service proletariat? Post-industrial employment growth and social inequality in Spain", *European Sociological Review*, 24(3): 299-313.

BIELSA, J., y R. DUARTE (2008), "Sobre el peso del sector de la construcción en la economía

española: un análisis input-output", *Boletín Económico del ICE*, 2955: 31-45.

CACHÓN, L. (2009), *La 'España inmigrante': marco discriminatorio, mercado de trabajo y políticas de integración*, Barcelona, Anthropos Editorial.

CHISWICK, B. (1978), "The effect of Americanization on the earnings of foreign-born men", *Journal of Political Economy*, 86: 897-921.

CHISWICK, B.; COHEN, Y., y T. ZACH (1997), "The labour market status of immigrants: Effects of the unemployment rate at arrival and duration of residence", *Industrial and Labour Relations Review*, 50(2): 289-303.

DOMINGO, A., y F. GIL-ALONSO (2007), "Immigration and changing labour force structure in the Southern European Union", *Population (English Edition)*, 62(4): 709-727.

FERNÁNDEZ, C., y C. ORTEGA (2008), "Labor market assimilation of immigrants in Spain: Employment at the expense of bad job-matches?", *Spanish Economic Review*, 10(2): 83-107.

FERNÁNDEZ-MACÍAS, E.; GRANDE, R.; DEL REY, A., y J. I. ANTÓN (2015), "Employment and occupational mobility among immigrants recently. The Spanish case 1997-2007", *Population Research and Policy Review*, 34(2): 243-277.

GARRIDO, L., y M. MIYAR (2008), "Dinámica laboral de la inmigración en España durante el principio del siglo XXI", *Panorama Social*, 8: 52-70.

GARRIDO, L.; MIYAR, M., y J. MUÑOZ (2010), "La dinámica laboral de los inmigrantes en el cambio de fase del ciclo económico", *Presupuesto y Gasto Público*, 61: 201-221.

JIMENO, J., y L. TOHARIA (1994), *Unemployment and Labour Market Flexibility: Spain*, Ginebra, International Labour Organization.

MIGUÉLEZ, F., y P. LÓPEZ-ROLDÁN (2014), *Crisis, empleo e inmigración en España. Un análisis de las trayectorias laborales*, Barcelona, La Caixa.

MUÑOZ COMET, J. (2012), "Evolución del empleo y del paro de las mujeres inmigrantes en el mercado de trabajo español. El impacto de la actual crisis económica", *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30(1): 115-137.

— (2016), "Potential work experience as protection against unemployment: Does it bring equal benefit to immigrants and native workers?", *European Sociological Review*, jcv137v1-jcv137.

MUÑOZ DE BUSTILLO, R., y J. I. ANTÓN (2011), "From rags to riches? Immigration and poverty in Spain", *Population Research and Policy Review*, 30(5): 661-676.

— (2012), "Immigration and labour market segmentation in the European Union", en FERNANDEZ-MACIAS, E.; HURLEY, J., y D. STORRIE (eds.), *Transformation of the employment structure in the EU and USA, 1995-2007*, Londres, Palgrave Macmillan UK: 111-146

PIORE, M. J. (1975), "Notes for theory labor market stratification", en EDWARDS, R. C.; REICH, M., y D. M. GORDON (eds.), *Labor market segmentation*, Lexington, Lexington Books: 125-149.

POLAVIEJA, J. G. (2003), "Temporary contracts and labour market segmentation in Spain: An employment-rent approach", *European Sociological Review*, 19(5): 501-517.

— (2005), "Flexibility or polarization? Temporary employment and job tasks in Spain", *Socio-Economic Review*, 3: 233-258.

QUIT - Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Qotidiana (2011), *Trayectorias laborales de los inmigrantes en España*, Barcelona, Obra Social La Caixa.

STANEK, M., y A. VEIRA (2012), "Ethnic niching in a segmented labour market: Evidence from Spain", *Migration Letters*, 9(3): 249-262.

La continuidad de los flujos migratorios en tiempos de crisis

MARÍA MIYAR BUSTO*

RESUMEN

A partir de 2008 da comienzo una nueva fase de la inmigración en España, con unos flujos de entrada, aunque moderados, de notable magnitud. Los inmigrantes llegados en este periodo se sitúan en mayor medida que en el anterior en posiciones centrales del núcleo familiar y constituyen más hogares propios, en detrimento de la coresidencia con inmigrantes más antiguos. Asimismo, la actividad continúa siendo elevada entre los recién llegados. De los resultados se deduce que estos flujos no se corresponden con procesos netos de reagrupación familiar o con familiares dependientes, sino que se puede esperar que mantengan su incorporación a la población activa.

1. INTRODUCCIÓN

El cambio en el ciclo económico que se produjo en España en 2008 coincidió con una transformación en la dinámica de los flujos migratorios tal que se ha considerado el inicio de un nuevo ciclo migratorio (Domingo y Sabater, 2012; Aja, Arango y Alonso, 2012). El crecimiento de las entradas de nacidos en el extranjero había sido muy relevante hasta ese año y, en combi-

nación con un volumen de emigración insignificante, había resultado en crecimientos de población de casi 800.000 personas al año.

La nueva fase que comienza a partir de 2008 se caracteriza por una estabilidad del *stock* de población de origen inmigrante como resultado de unos flujos de entrada relativamente moderados respecto a la fase anterior y una emigración positiva, pero no masiva. En efecto, los flujos de entrada, si bien se han reducido notablemente, no se han anulado: según datos de la *Estadística de Variaciones Residenciales* (EVR), entre 2008 y 2014 más de tres millones de personas iniciaron su residencia en España.

Si bien el volumen de entradas en 2008 aún se acerca a los previos a la crisis (más de 700.000 entradas) a partir de 2009 las cifras de nuevos residentes se reducen considerablemente. Aun así, la media de entradas anuales de 2009 a 2014 supera las 400.000, cifra cercana a la de 2001, en plena expansión tanto económica como de la población inmigrante en España. Es destacable que en 2014 se vuelve a la dinámica de aumento de las entradas, con un crecimiento del 16 por ciento respecto al año anterior cuando, según datos de la OCDE, España aún se colocaba como el quinto país europeo en recepción de migraciones permanentes.

La expansión de los flujos migratorios que había comenzado en España a principios del

* Departamento de Sociología II (Estructura Social), UNED (mmiyar@poli.uned.es).

siglo XXI coincidió, por un lado, con un aumento del empleo, parcialmente liderado por el sector de la construcción, que integró a una buena proporción de los nuevos residentes en trabajos no cualificados. Durante esa primera fase, las tasas de actividad y ocupación de los inmigrantes fueron muy elevadas y sin desventaja respecto a los autóctonos (Bernardi, Garrido y Miyar, 2011). Por otro lado, el aumento coincidió con la concesión en el año 2000 de los derechos del Estado de bienestar a todos los residentes, independientemente de la regularidad de su residencia, lo que planteaba un escenario de relativa integración en la sociedad del bienestar. A pesar de que el protagonismo de distintos orígenes en las llegadas varió entre 2000 y 2009, sus características demográficas principales (edad, sexo y nivel educativo) manifestaron una evolución de su composición sorprendentemente estable (Miyar y Garrido, 2010).

En esta primera fase del ciclo migratorio, al mismo tiempo que mantenían altas tasas de ocupación, los inmigrantes emprendieron proyectos familiares, tanto a través de la reagrupación como de la formación de nuevas familias en destino. Hasta 2007, la intensidad de reagrupación había sido mayor en cuanto a los cónyuges que en cuanto a los hijos (Requena y Sánchez-Domínguez, 2011). Sin embargo, su tasa de fecundidad no fue elevada, aunque sí claramente superior a la española (Castro y Rosero-Bixby, 2011).

La destrucción de puestos de trabajo en el cambio de ciclo económico resultó en un aumento del desempleo que afectó especialmente a los inmigrantes varones y, en menor medida, a las mujeres inmigrantes (Domínguez-Mujica, Guerra-Talavera y Parreño-Castellano, 2014). Además del aumento de las tasas de paro, los inmigrantes vieron disminuir el rendimiento de su nivel educativo en el mercado laboral (Cebolla-Boado, Miyar y Muñoz Comet, 2015). También la política migratoria se endureció durante este periodo en cuanto a las cuotas y las autorizaciones de residencia (Domínguez-Mujica, Guerra-Talavera y Parreño-Castellano, 2014), de modo que crecieron las dificultades para la regularización (Domingo *et al.*, 2012).

Este nuevo escenario económico, social y demográfico ha desplazado el foco de análisis de la literatura académica sobre migraciones en España de los flujos de entrada a los segundos movimientos migratorios, ya sean de retorno, migraciones

sucesivas o movimientos circulares (de Arce y Mahía, 2012; Domingo y Sabater, 2012; Gualda, 2012; Larramona, 2013; Miyar y Muñoz Comet, 2015).

Este trabajo se propone el análisis de los flujos llegados en la segunda fase del ciclo migratorio (2008 a 2015) en comparación con los que se produjeron durante la fase de expansión (2000 a 2007). En primer lugar, se repasan las principales explicaciones que desde la literatura sociológica, económica y demográfica se han dado a los flujos migratorios, así como las implicaciones sobre los flujos migratorios que desde estas perspectivas se pueden esperar de una recesión en el país de acogida. En segundo lugar, se describen los datos disponibles que se utilizan para el análisis de los flujos migratorios de entrada en España. Tercero, se describe el volumen, origen y composición de los flujos en cuanto a sexo, edad y nivel educativo. En cuarto lugar, con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre los distintos factores familiares y económicos que han intervenido en la ejecución de los proyectos migratorios, se analiza la evolución de la situación de los recién llegados respecto a dos factores: la antigüedad de los inmigrantes con los que conviven y su relación de parentesco con la persona de referencia del hogar. Además, se analiza su relación con la actividad.

2. LA MULTIDIMENSIONALIDAD DE LOS PROYECTOS MIGRATORIOS

Han sido numerosas las perspectivas que se han adoptado desde la literatura sobre migraciones para explicar el tamaño y las características de los flujos. Tradicionalmente se ha puesto de relieve la importancia de los factores de expulsión (*push factors*) de los países de origen y de atracción (*pull factors*) de los países de destino (Dorigo y Tobler, 1983; Zimmermann, 1996). Las guerras, la pobreza o la inestabilidad política y económica se encontrarían entre los factores de expulsión, mientras que las oportunidades económicas, la seguridad jurídica, la calidad de vida o los servicios públicos entre los factores de atracción.

A este enfoque de factores analizados de forma individual se contraponen el de la economía neoclásica, que explica la decisión de migrar desde una perspectiva microeconómica. Así, la

migración constituiría el resultado de un cálculo individual racional que compara los beneficios y los costes esperados del movimiento (Todaro, 1969). Por su parte, los autores de la Nueva Teoría de las Migraciones Laborales (Stark y Bloom, 1985; Galor y Stark, 1990; Merkle y Zimmermann, 1992; Kirdar, 2010) trasladan el lugar de la toma de decisiones del individuo a la familia, y amplían el rango de factores que intervienen en la decisión, enfatizando los objetivos de minimización de riesgos en varias esferas. Esto implica la diversificación de los lugares de residencia de los miembros de la familia, diferenciando los lugares de obtención de rentas y ejecución del consumo en función de los salarios y precios esperados.

Otras perspectivas de análisis de las migraciones han puesto el énfasis en el efecto de la presencia de flujos migratorios previos en los potenciales países de destino de los virtuales migrantes. Desde esta óptica, la diáspora aumenta la probabilidad de flujos futuros y disminuye el nivel educativo medio de los futuros residentes (Beine, Docquier y Özden, 2011; Bertoli, 2010). En relación con este proceso, Jasso y Rosenzweig (1986; 1989) han puesto de relieve el efecto multiplicador en el tiempo de los flujos de entrada a través de los derechos de reagrupación adquiridos por las poblaciones migrantes establecidas en Estados Unidos. Tienda (2015) ha destacado las consecuencias de este proceso en forma de una estructura de edad más envejecida de los flujos de reagrupados. Asimismo, algunos investigadores han resaltado la relevancia del capital social en la integración de los inmigrantes (Tillie, 2004; Boyd, 1989; Cheong *et al.*, 2007; Portes y Vickstrom, 2015).

Desde cada una de estas perspectivas se puede esperar que, a pesar de la disminución de las oportunidades económicas en el país de destino, los flujos migratorios puedan continuar. En primer lugar, porque no afecta a los factores de expulsión, y pueden seguir en funcionamiento otros factores de atracción además de los económicos, como la disponibilidad de servicios públicos, seguridad y estabilidad política. En segundo lugar, porque a pesar de la reducción de las oportunidades económicas, el cálculo del beneficio en comparación con el país de origen puede seguir siendo positivo. En tercer lugar, las familias pueden seguir decidiendo localizar a algunos de sus miembros en el país de destino en la medida que sus motivaciones no son estrictamente económicas: parte de los flujos puede corresponderse con miembros de la familia que migran para

consolidar proyectos familiares o para ayudar a otros parientes. En cuarto lugar, la existencia de redes de compatriotas en el país de destino que limiten los costes de instalación compensaría la reducción de las oportunidades laborales. Y en quinto lugar, también ha de tenerse en consideración el efecto sobre la autoselección del contingente de migrantes, que sería menos positiva que en el caso de los pioneros que migraron aun no teniendo redes de apoyo en destino.

En este sentido, desde el inicio de la expansión de los flujos migratorios en España ha habido dos cambios sustanciales que alteraban tanto los costes como los beneficios de instalar la nueva residencia en el país. Por una parte, el aumento de la comunidad de inmigrantes residentes en España rebajaba los costes de instalación, puesto que pueden constituir una fuente de ayuda directa e indirecta. Además, la residencia en el potencial destino de familiares o amigos incrementa los incentivos no económicos, puesto que muchos pueden migrar para culminar proyectos familiares. Por otra parte, el cambio de ciclo económico a partir de 2008 disminuye tanto los incentivos económicos para emigrar como la capacidad de las redes para ayudar a los recién llegados.

En definitiva, la reagrupación familiar, la rebaja de costes de instalación gracias a la población inmigrante ya residente en España y las aún mejores condiciones económicas y de vida en comparación con los países de origen pueden explicar la continuidad de flujos migratorios en España durante la Gran Recesión. Sin embargo, también es esperable que el peso de estos factores haya variado sustancialmente desde el inicio de la expansión de los flujos migratorios en España a principios de siglo.

3. DATOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS DE ENTRADA EN ESPAÑA

Para el estudio de los flujos migratorios de entrada a España están disponibles dos fuentes de distinta naturaleza y dispares dotaciones de ventajas e inconvenientes. En primer lugar, la principal fuente que permite analizar el volumen y características demográficas de la población que inicia su residencia en España son los datos de altas exteriores de la *Estadística de Variaciones*

Residenciales (EVR). Esta fuente de datos se construye a partir de las altas con procedencia exterior en el *Padrón Municipal Continuo* (PMC). De carácter administrativo, estos datos gozan de la ventaja de disponer de notables incentivos para el registro de los recién llegados (como el acceso a algunos servicios públicos y la acreditación de la antigüedad de residencia) así como la inclusión de los residentes en situación irregular. Sin embargo, también soporta la desventaja, fruto de su condición de registro administrativo, de ofrecer poca información sobre las características de los inscritos. En este artículo se utilizan los datos de la EVR para analizar la evolución del volumen y las principales características demográficas de los flujos de entrada a España: sexo, lugar de nacimiento y edad agrupada en tres grandes grupos: 0 a 15, 16 a 64, y 65 y más años.

En segundo lugar, con el fin de realizar un análisis más completo sobre las características de los inmigrantes llegados en cada momento así como de los hogares en los que se instalan, se utilizan datos de la *Encuesta de Población Activa* (EPA). La EPA es una encuesta de carácter trimestral en la que se dispone de información sobre las características sociales, demográficas y laborales de todos los miembros del hogar. La muestra de la EPA ronda los 80.000 hogares, que representan alrededor de 160.000 personas cada trimestre, de las que alrededor de 8.000 tienen origen extranjero.

Puesto que la EPA únicamente dispone de información sobre la antigüedad de la residencia para los nacidos en el extranjero de nacionalidad española a partir de 2007, se restringe la población analizada a la de extranjeros, para quienes sí hay información sobre el tiempo de residencia para el periodo completo de 2000 a 2015¹. Por otro lado, puesto que a partir de 2014 hay un cambio metodológico en la clasificación de nivel educativo que trunca la homogeneidad de las series, solamente se usan las encuestas hasta 2013 para lo relativo al nivel educativo. La población de análisis es la comprendida entre los 20 y los 59 años, que además de constituir el grueso de la población inmigrante, es aquella en la que en mayor medida la variación de las principales características sociales y demográficas se debe a factores ajenos al ciclo vital.

¹ Con el objetivo de comprobar que esta restricción no impone un sesgo sobre los resultados, se han reproducido los análisis para todos los nacidos fuera, independientemente de su nacionalidad, con los datos a partir de 2007, y se ha comprobado que las conclusiones son equivalentes.

Con el fin de comprender el grado de consolidación de los hogares en los que se instalan, se clasifica el tipo de hogar en función de los años de residencia del inmigrante más antiguo que viva en la vivienda. Se distinguen así cuatro tipos de hogar: hogares en los que el inmigrante más antiguo tiene cuatro o más años de residencia, hogares en los que la máxima antigüedad entre sus integrantes es de uno a tres años, hogares con otros inmigrantes llegados a la vez, y hogares sin otros inmigrantes.

Además, se estudia la posición que toman los inmigrantes recién llegados en relación a la persona de referencia de los hogares en que residen: persona de referencia o su cónyuge, ascendientes (padres o abuelos), descendientes (hijos, yernos, nueras o nietos), otros parientes, sin relación de parentesco o servicio doméstico. Recoge así esta variable la cercanía de la relación con las personas con quien conviven y constituye una aproximación a la situación familiar y las circunstancias que enmarcan su proyecto migratorio.

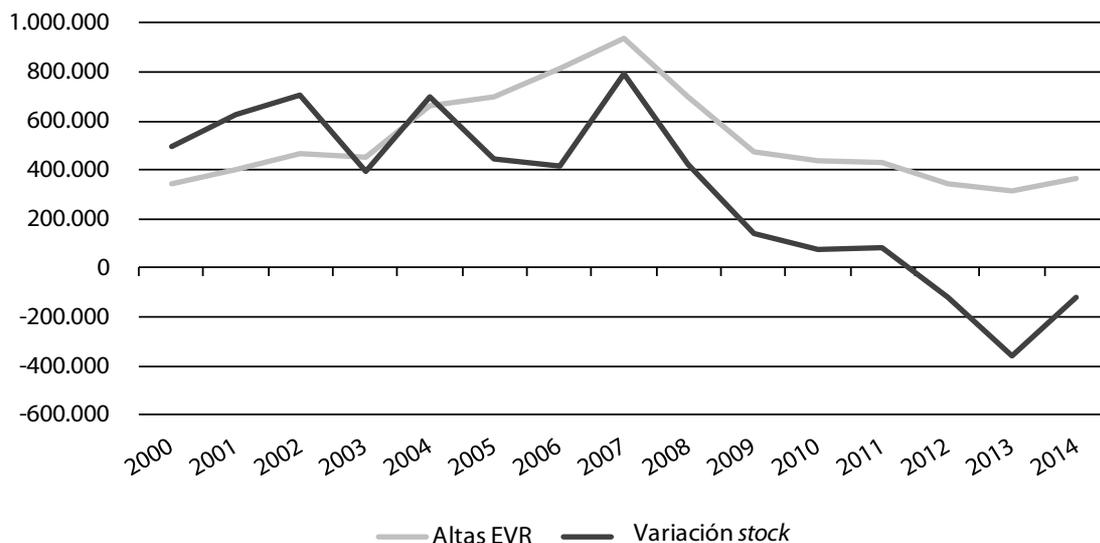
Por último, se estudia la relación con la actividad laboral de los inmigrantes durante su primer año de residencia. Además de un análisis descriptivo, se estiman modelos multivariantes en los que la variable dependiente es la probabilidad de ser activo (ocupado o buscando empleo) durante el primer año de residencia sobre el total de migrantes recién llegados. Se realiza de forma separada para hombres y mujeres y se presentan los efectos marginales medios.

4. LA CONTINUIDAD DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS EN EL CAMBIO DE CICLO

Aunque el debate público sobre la evolución de los flujos migratorios en España ha versado principalmente alrededor de las cifras de *stock* de la población residente, estos valores ocultaban cambios muy significativos en los procesos de entradas y salidas. La evolución del volumen de nuevos residentes de origen extranjero en España en la EVR ha divergido notablemente de la de la variación del *stock* de población inmigrante desde 2005, con la notable excepción de 2007 (gráfico 1). Desde el año 2000 hasta 2004 el notable incremento de las altas implicó aumentos muy significativos de la población total residente nacida en el extranjero. Sin embargo, esta

GRÁFICO 1

ALTAS EXTERIORES (EVR) Y VARIACIÓN EN EL STOCK DE POBLACIÓN (PMC)



Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de EVR y PMC.

dinámica se interrumpió a partir de 2005, debido inicialmente a la implantación del proceso de renovación padronal y la adjudicación de bajas acumuladas (Miyar, 2011). A partir de 2009 el aumento de las bajas en el Padrón ha derivado en que, aunque las altas de nuevos residentes se hayan mantenido cerca de las 400.000, la variación de la población total se haya acercado a cero e incluso, desde 2012, haya sido negativa.

El ajuste a una nueva fase del volumen de los flujos de entrada de los nacidos en el extranjero se produjo fundamentalmente durante 2008 y 2009. En 2007 la expansión de las entradas había alcanzado su máximo, llegando a superar las 900.000. En ese momento, la principal región de origen de las entradas era la Unión Europea –con especial protagonismo ese año de los nacidos en Rumanía–, seguida por Latinoamérica (gráfico 2).

El cambio de tendencia en la evolución de las entradas comenzó en 2008, cuando las entradas totales de nacidos en el extranjero se redujeron un 25 por ciento respecto al año anterior. Sin embargo, esta interrupción en la expansión no afectó a todos los orígenes. Mientras que la contracción estuvo liderada por la de los nacidos en la Unión Europea, cuyo volumen de nuevos

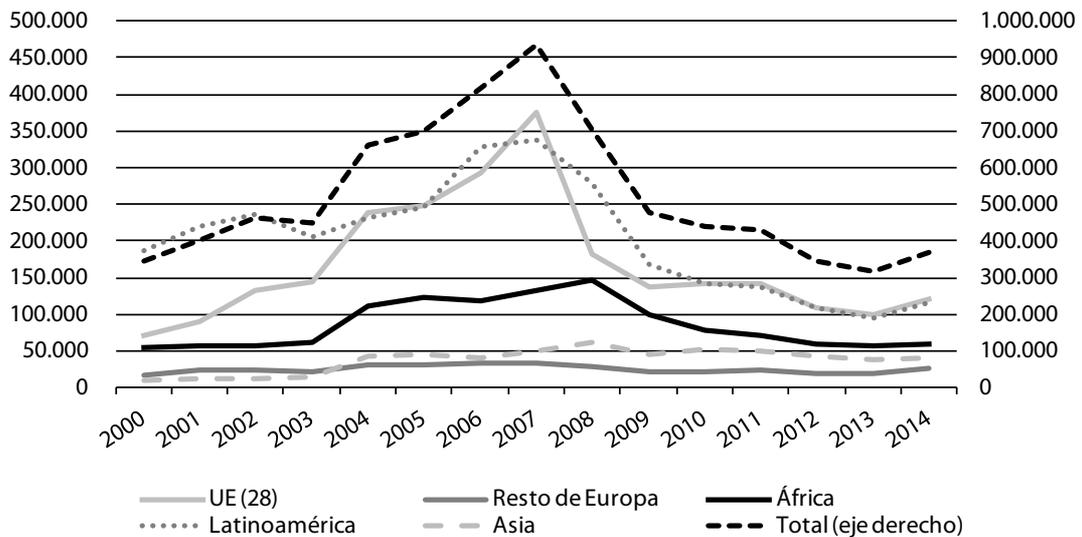
residentes se redujo a la mitad en un solo año, los flujos de entrada de nacidos en África y Asia siguieron creciendo.

En 2009 las entradas totales ya se habían reducido a la mitad de las que se habían producido dos años antes. Los nuevos residentes nacidos en la Unión Europea representaban ese año poco más de un tercio de los registrados en el máximo de la fase expansiva, y las de latinoamericanos la mitad. Por su parte, las entradas de africanos disminuyeron en menor proporción (un 25 por ciento) mientras que las de los nacidos en Asia apenas registraron cambios (un descenso del 8 por ciento). Parece establecerse una relación entre la proximidad geográfica y cultural, y la rapidez e intensidad de reacción al cambio en el ciclo económico.

Una vez realizado el grueso del ajuste del volumen de entradas a lo largo de esos dos años, la cifra de nuevos residentes siguió cayendo de forma más moderada hasta 2013. La media del periodo 2010-2013 fue de 380.000 entradas, cifra comparable con las de los primeros años de la expansión de los flujos migratorios en España. En 2013 las entradas registradas representaban un tercio de las correspondientes a 2007. Aun con todo, esta cifra superaba las 300.000 nuevas altas en el Padrón.

GRÁFICO 2

ALTAS EVR POR CONTINENTE DE ORIGEN Y AÑO DE LLEGADA



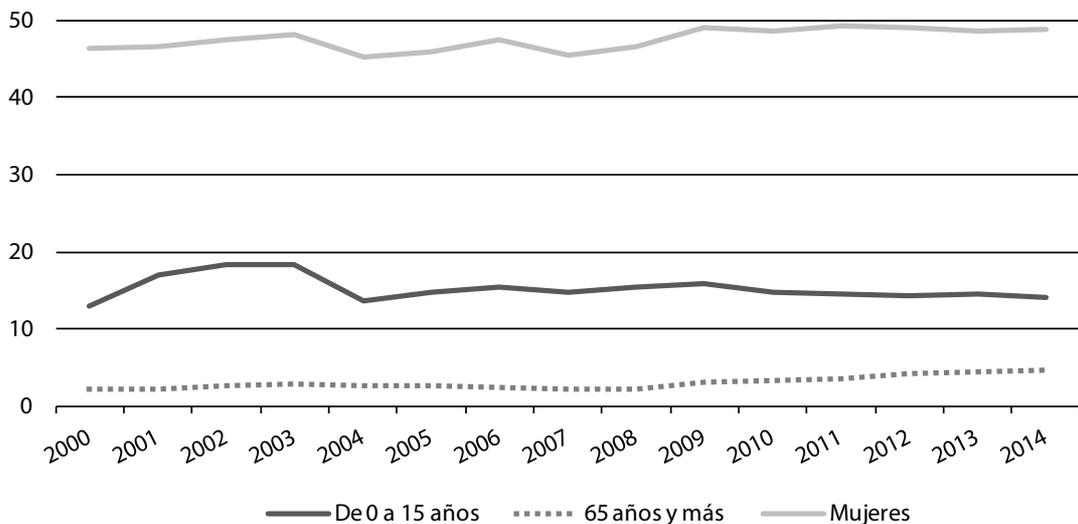
Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de EVR y PMC.

Los datos de la EVR correspondientes a 2014 pueden apuntar a un nuevo cambio de tendencia en los flujos migratorios de entrada. Ese año las entradas crecieron un 16 por ciento res-

pecto al año anterior. Nuevamente, la variación en la evolución es mayor para los grupos de nacidos en los países europeos y latinoamericanos, cuyo crecimiento anual superó el 20 por ciento.

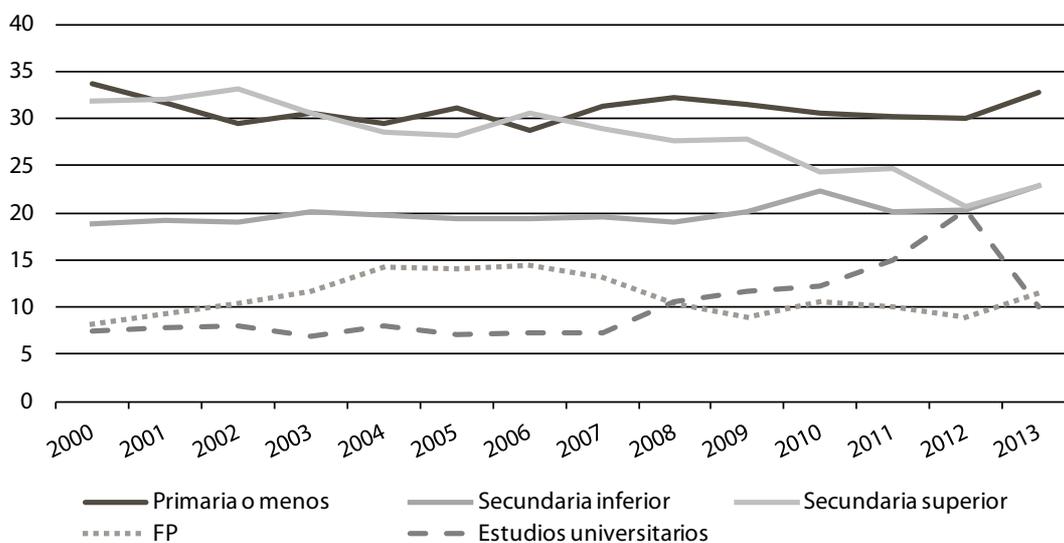
GRÁFICO 3

COMPOSICIÓN POR EDAD Y SEXO, POR AÑO DE LLEGADA (PORCENTAJE)



Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de EVR y PMC.

GRÁFICO 4

COMPOSICIÓN POR NIVEL EDUCATIVO Y AÑO DE LLEGADA
(PORCENTAJE)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA 2000-2013.

A pesar del notable cambio en el volumen de los flujos que llegaron a España a partir de 2008, las principales características demográficas de los recién llegados no se modificaron sustancialmente ni en cuanto a la estructura de edad ni en la distribución por sexos, aunque sí respecto a la composición por niveles educativos. A la luz de los datos de la EVR, el peso sobre los flujos de entrada de las personas menores de 16 años entre los nuevos residentes se mantuvo en torno al 14 por ciento desde 2004 hasta 2014 (gráfico 3). Por su parte, la reducida presencia de las personas mayores de 64 años se duplicó durante la segunda fase del ciclo migratorio, pasando del 2,2 por ciento en 2007 al 4,6 por ciento en 2014. A pesar del incremento relativo, este grupo de edad sigue siendo minoritario entre los nuevos residentes en España. Por otro lado, en cuanto a la feminización de los flujos migratorios, desde 2008 el porcentaje de mujeres sobre el total de nuevos habitantes se incrementó ligeramente, desde un 46 por ciento en 2007 a mantenerse en el 49 por ciento entre 2009 y 2014.

A partir de datos de la EPA, se ha calculado la composición por nivel educativo de los llegados durante todo el periodo 2000-2013 (gráfico 4). Entre 2000 y 2007 los flujos migratorios de entrada habían estado dominados por los inmigrantes

con educación primaria o menos y educación secundaria superior, que dieron cuenta cada uno del 30 por ciento de los nuevos residentes. A partir de 2007, mientras que el porcentaje de los que tienen menos estudios se mantiene, disminuye claramente el de los que tienen educación secundaria superior, que se sitúa alrededor del 20 por ciento. Además, al mismo tiempo que se reduce también la presencia de los inmigrantes con Formación Profesional (del 13 por ciento entre los llegados en 2007 al 9 por ciento entre los llegados en 2012) aumenta la de inmigrantes con estudios universitarios (desde el 7 al 20 por ciento entre los llegados en 2007 y 2012 respectivamente). Se aprecian por lo tanto cambios sustanciales en la autoselección de los flujos de entrada, tendentes hacia una polarización de los niveles educativos, de modo que están en mayor medida representados los niveles bajos y altos.

5. LA POSICIÓN DE CONVIVENCIA DE LOS NUEVOS RESIDENTES

El tipo de hogar, en términos de las características de las personas con las que se convive, constituye un indicador muy valioso sobre la

red de apoyo de que disponen los inmigrantes. Si bien, efectivamente, los inmigrantes pueden recibir ayuda de otro tipo de compatriotas que se hayan instalado con anterioridad en España, el grado de soporte que supone la correspondencia la convierte en un indicador notablemente útil sobre las redes sociales con que cuentan los inmigrantes al llegar a España, así como sobre la velocidad de los procesos de reagrupación si se da el caso. El criterio utilizado para clasificar los hogares, la máxima antigüedad de residencia entre los integrantes del hogar, constituye un indicador de la consolidación del hogar. Por lo tanto, sería esta también una *proxy* de la capacidad de apoyo del hogar a sus miembros en la medida en que el tiempo de residencia se relaciona con unos mejores resultados laborales (Bernardi, Garrido y Miyar, 2011; Muñoz Comet, 2014).

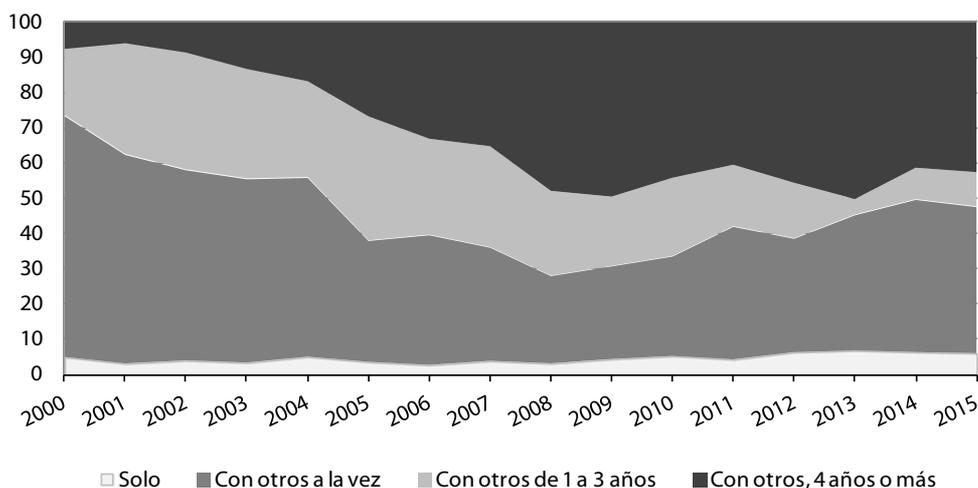
En el gráfico 5 se presenta la distribución de cada tipo de hogar por año de llegada. A la luz de los datos se deduce que en el inicio de la expansión de los flujos migratorios la principal forma de instalación residencial fue la convivencia con otras personas que habían llegado el mismo año. El 70 por ciento de las personas que llegaron en el año 2000 vivían entonces con otras personas llegadas a la vez. Este tipo de convivencia fue perdiendo peso entre los recién llegados en los años siguientes a medida que ganaba

presencia la convivencia con personas llegadas entre uno y tres años antes, y sobre todo, entre los que habían llegado hacía cuatro años o más. Solamente un 25 por ciento de los llegados en 2008 convivían con personas que habían llegado a la vez, mientras que un 72 por ciento lo hacían con personas que habían llegado con anterioridad. Casi la mitad del total de los recién llegados en 2008 convivieron en su primer año de residencia en España con otros inmigrantes que habían llegado al país al menos cuatro años antes. Estos datos nos indican que durante el periodo de expansión de los flujos migratorios en España la población recién llegada vio progresivamente cómo las condiciones de acogida eran cada más favorables, puesto que se instalaban en hogares con mayor capacidad de apoyo.

Sin embargo, esta tendencia se invirtió a partir de 2009. El porcentaje de los recién llegados que conviven con personas de mayor antigüedad residencial se redujo de casi tres cuartos a poco más de la mitad en 2015. Entre estos, más de 4 de cada 5 viven en hogares en los que hay personas que llevan en España cuatro años o más. Además, el porcentaje de los que conviven con inmigrantes que han llegado ese mismo año creció del 25 al 42 por ciento entre 2008 y 2015. Estos datos sugieren que los flujos migratorios que llegaron a España durante la recesión econó-

GRÁFICO 5

TIPO DE CONVIVENCIA A LA LLEGADA, POR AÑO (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA 2000-2015.

mica contaron en menor medida con el apoyo, en forma de coresidencia, de sus redes establecidas en España con anterioridad.

Por otra parte, durante los años de expansión de los flujos migratorios las formas predominantes de posición dentro del hogar fueron las de persona de referencia y cónyuge, aunque con evoluciones divergentes a lo largo de ese primer periodo. Mientras que entre 2000 y 2007 los nuevos residentes que ocupan posiciones de personas de referencia en su hogar disminuyó del 30 al 17 por ciento, el peso de los cónyuges se mantuvo algo por encima del 25 por ciento hasta 2008 (gráfico 6). Por otra parte, el peso de los descendientes (hijos, yernos, nueras y nietos) aumentaba ligeramente (del 8 al 11 por ciento) en el mismo intervalo de tiempo, al igual que el de los ascendientes (del 1 al 3 por ciento).

La presencia en los flujos de entrada de personas que no formaban parte del núcleo familiar de la persona de referencia del hogar en que residían se incrementó notablemente entre 2000 y 2008 debido al peso creciente de los "otros parientes", que pasó del 13 al 20 por ciento (gráfico 7). Sin embargo, en el mismo periodo se redujo el peso, aun de forma oscilante, de los que no son parientes de la persona de referencia. Por

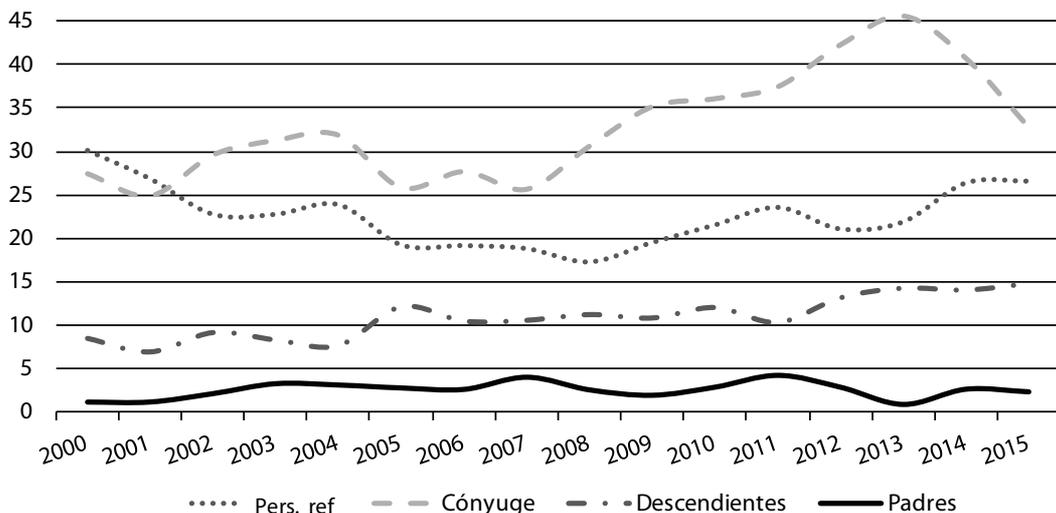
otra parte, el porcentaje de nuevos residentes que ocupan posiciones de servicio doméstico en sus hogares se mantiene estable durante todo el periodo.

A partir de 2008 se producen cambios considerables en la evolución de la distribución de las posiciones de los recién llegados en sus hogares. En esta segunda fase del ciclo migratorio se aprecia un aumento de inmigrantes que ocupan posiciones de persona de referencia o cónyuges de estos. El cambio más notable es el incremento relativo de las personas que se instalan como cónyuges de la persona de referencia, que pasan de suponer el 31 por ciento en 2008 al 41 por ciento en 2014, con una posterior bajada al 33 por ciento en 2015 (gráfico 6). También aumenta el porcentaje de personas que en el año de llegada se posicionan como personas de referencia, que pasa del 17 por ciento en 2008 al 26 por ciento en 2014, niveles similares a los de 2001. Mientras que el porcentaje de nuevos residentes que son ascendientes de la persona de referencia sigue un patrón oscilante –pero no de aumento–, el de descendientes pasa del 11 por ciento de 2008 a un 15 por ciento en 2015.

Por otro lado, tal y como se deduce del gráfico 7, el porcentaje de personas que ocupan

GRÁFICO 6

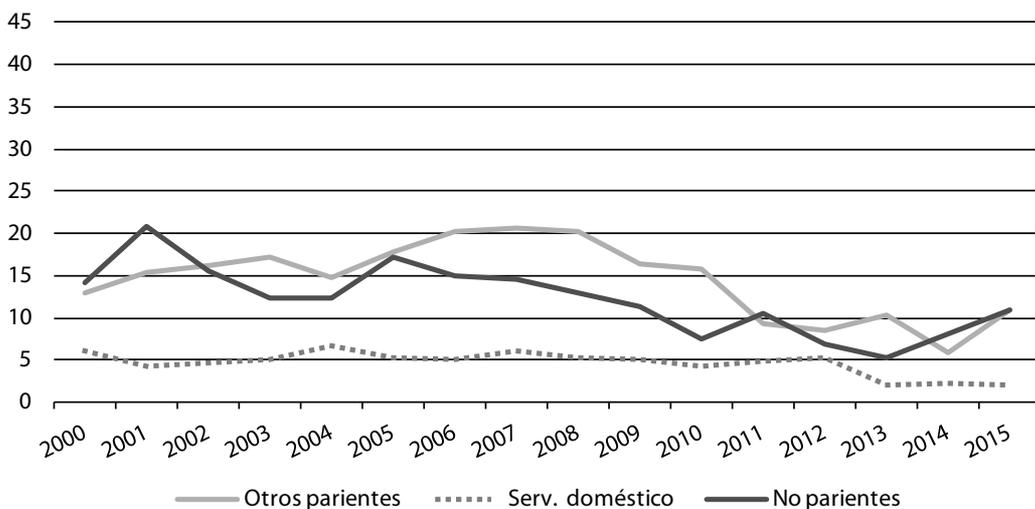
RELACIÓN CON LA PERSONA DE REFERENCIA, EN EL NÚCLEO FAMILIAR (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EPA 2000-2015.

GRÁFICO 7

RELACIÓN CON LA PERSONA DE REFERENCIA, FUERA DEL NÚCLEO FAMILIAR (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA 2000-2015.

la posición de “otros parientes” cae claramente desde 2008 hasta 2015, reduciéndose a la mitad (de 20 a 10 por ciento). Al mismo tiempo, la categoría de “no parientes” disminuye del 13 por ciento en 2008 al 5 por ciento en 2013, aunque repunta en 2014 y 2015 hasta colocarse en el 11 por ciento. Por su parte, el porcentaje que suponía el servicio doméstico interno se mantuvo en el 5 por ciento que había tenido durante la expansión hasta 2012. A partir de ahí descendiendo, colocándose entre 2013 y 2015 en el entorno del 2 por ciento.

En definitiva, estas características de los hogares de los recién llegados apuntan a que, por una parte, los hogares de los inmigrantes residentes en España han disminuido su papel como residencia de acogida de los recién llegados, que en mayor medida que antes de la recesión han constituido hogares propios a su llegada. En segundo lugar, se ha reforzado la migración de las personas que ocupan el núcleo de los hogares en los que residen, bien como persona de referencia o su cónyuge, bien como hijos. Sin embargo, han perdido fuerza las migraciones a hogares en los que no hay personas con vínculos estrechos, que suponían el 38 por ciento de los recién llegados en 2008 frente al 24 por ciento en 2015.

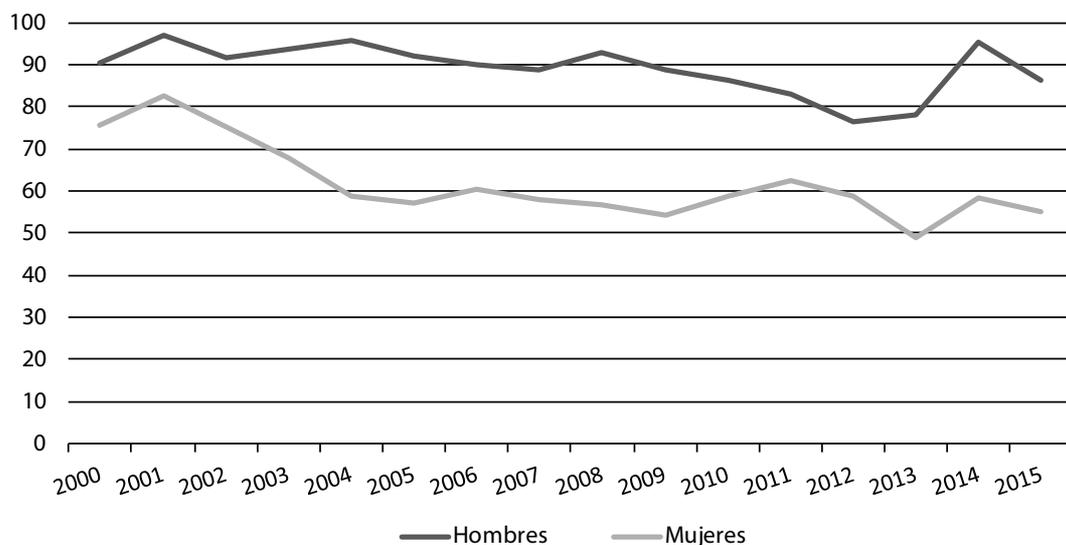
6. LA ACTIVIDAD DE LOS LLEGADOS DURANTE LA GRAN RECESIÓN

Con el fin de arrojar luz sobre un proceso en el que las motivaciones familiares, el apoyo disponible y las motivaciones económicas configuran conjuntamente el proyecto migratorio, en este apartado se relaciona la posición respecto de la actividad laboral durante el primer año de residencia con el periodo de llegada, el tipo de hogar en el que viven y sus principales características sociodemográficas.

El porcentaje de activos en el primer año de residencia en España entre los hombres se había sostenido por encima del 90 por ciento durante la primera fase del ciclo migratorio (gráfico 8). Empero, a partir de 2008 queda patente la disminución de la actividad, tanto que en 2012 y 2013 la cifra había disminuido diez puntos. Los años 2014 y 2015 supusieron una nueva inversión de la tendencia y la recuperación de los niveles previos al cambio de ciclo. En el caso de las mujeres, la tasa de actividad a la llegada se había mantenido alrededor del 60 por ciento desde 2004. A pesar de que la evolución desde

GRÁFICO 8

ACTIVIDAD POR AÑO DE LLEGADA, 20-59 AÑOS (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA 2000-2015.

2008 es algo más errática, no se aprecia una clara disminución de la actividad en la nueva fase del ciclo migratorio.

En el cuadro 1 se presenta el porcentaje de activos sobre el total de recién llegados por nivel educativo, continente de nacimiento, tipo de convivencia y periodo de llegada para todos aquellos extranjeros entre 20 y 59 años, así como la edad media para activos y no activos. Los resultados se presentan de forma separada para hombres y para mujeres.

De los resultados se deduce, en primer lugar, que la tasa de actividad es alta para los hombres, independientemente de la variable que se tenga en cuenta para diferenciarlos, mientras que entre mujeres de distinto origen, nivel educativo o situación de convivencia sí que existen variaciones. Entre los hombres, apenas hay diferencias en el porcentaje de activos por nivel educativo o continente de nacimiento. Solo los asiáticos tienen un porcentaje de activos muy inferior al resto del grupo (70 por ciento frente al 90 por ciento de los latinoamericanos). Por otra parte, en cuanto al tipo de convivencia, solo se diferencian respecto a la actividad los que residen con inmigrantes más asentados en el país. El porcentaje de activos entre los que conviven

con inmigrantes llegados 4 o más años antes es del 85 por ciento, cinco puntos inferior al de resto de categorías consideradas. Por último, los inmigrantes llegados a partir de 2009 presentan una menor presencia de activos entre sus filas, de modo que el porcentaje de activos es del 82 por ciento, frente a alrededor de un 90 por ciento de activos que presentaban los flujos llegados hasta 2008.

En cuanto a las mujeres, existe una mayor diversidad de situaciones respecto de la actividad. No solo en cuanto al nivel educativo, sino sobre todo en cuanto a la procedencia. Mientras que tres de cada cuatro latinoamericanas son activas, poco más de un cuarto de las africanas y un tercio de las asiáticas lo son. Por su parte, las europeas se sitúan en una posición intermedia. También existen grandes diferencias en función del tipo de convivencia, de modo que aquellas que viven solas tienen un porcentaje de actividad similar al de algunos grupos de hombres (82 por ciento) frente a las que conviven con alguien que llegó el mismo año o entre uno y tres años antes (69 y 67 por ciento, respectivamente). Las que conviven con inmigrantes más antiguos son las que tienen una menor presencia de activas, poco más de la mitad. Además, también entre las que llegaron en la segunda parte del

CUADRO 1

PORCENTAJE DE ACTIVOS POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SEXO

| | Hombres | Mujeres |
|---|---------|---------|
| | 2006 | 2006 |
| Nivel educativo | 89 | 64 |
| Primaria o menos | 87 | 53 |
| Secundaria inferior | 90 | 67 |
| Secundaria superior | 89 | 71 |
| Formación profesional | 91 | 68 |
| Estudios universitarios | 89 | 64 |
| Continente de nacimiento | | |
| Unión Europea | 90 | 66 |
| Resto de Europa | 90 | 50 |
| Latinoamérica | 90 | 74 |
| África | 85 | 28 |
| Asia | 70 | 35 |
| Otros | 92 | 45 |
| Tipo de convivencia | | |
| Vive solo | 91 | 82 |
| Convive con otros llegados a la vez | 90 | 69 |
| Convive con otros con 1 a 3 años de residencia | 91 | 67 |
| Convive con otros con más de 4 años de residencia | 85 | 51 |
| Año de llegada | | |
| De 2000 a 2004 | 91 | 66 |
| De 2005 a 2008 | 90 | 64 |
| De 2009 a 2012 | 82 | 59 |
| De 2013 a 2015 | 82 | 55 |
| Edad media | | |
| Activos | 33 | 32 |
| No activos | 34 | 34 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA 2000-2015.

ciclo el porcentaje de actividad es menor, sobre todo entre las que llegaron entre 2013 y 2015 (55 por ciento).

Análisis multivariante

En el cuadro 2 se presentan los resultados de la estimación de un modelo logístico sobre la probabilidad de estar activo laboralmente. En el caso de los hombres, se confirma la evidencia del

análisis descriptivo sobre la escasa relación de las distintas variables consideradas con la probabilidad de ser activo. De todas formas, a pesar de esta poca variabilidad, la evidencia empírica sugiere que los hombres inmigrantes que a su llegada conviven con inmigrantes más antiguos tienen una probabilidad de ser activos tres puntos menor que los que conviven con otros inmigrantes llegados a la vez. Además, los inmigrantes llegados a partir de 2009 también tienen

CUADRO 2

**MODELO LOGÍSTICO SOBRE LA PROBABILIDAD DE SER ACTIVO, POR SEXO.
EFECTOS MARGINALES MEDIOS (EMM) Y ERROR ESTÁNDAR (EE).**

| | Hombres | | Mujeres | |
|--|-----------|------|-----------|------|
| | EMM | E.E. | EMM | E.E. |
| Nivel educativo (ref.: primaria o menos) | | | | |
| Secundaria inferior | 0.02 | 0.01 | -0.03* | 0.02 |
| Secundaria superior | 0.00 | 0.01 | -0.04*** | 0.01 |
| Formación profesional | 0.02 | 0.02 | 0.01 | 0.02 |
| Estudios universitarios | 0.00 | 0.01 | -0.01 | 0.02 |
| Edad | -0.002*** | 0.00 | -0.005*** | 0.00 |
| Continente de nacimiento (ref.: Latinoamérica) | | | | |
| Unión Europea | 0.01 | 0.01 | -0.08*** | 0.01 |
| Resto de Europa | 0.00 | 0.03 | -0.19*** | 0.02 |
| África | -0.04*** | 0.01 | -0.39*** | 0.02 |
| Asia | -0.10*** | 0.02 | -0.32*** | 0.03 |
| Otros | 0.05 | 0.07 | -0.27*** | 0.08 |
| Tipo de convivencia (ref.: convive con otros llegados a la vez) | | | | |
| Vive solo | 0.03 | 0.02 | -0.15*** | 0.04 |
| Convive con otros con 1 a 3 años de residencia | 0.01 | 0.01 | -0.03** | 0.01 |
| Convive con otros con más de 4 años de residencia | -0.03** | 0.01 | -0.07*** | 0.01 |
| Año de llegada (ref.: de 2005 a 2008) | | | | |
| De 2000 a 2004 | 0.01 | 0.01 | -0.03*** | 0.01 |
| De 2009 a 2012 | -0.05*** | 0.01 | -0.03** | 0.02 |
| De 2013 a 2015 | -0.05*** | 0.02 | -0.05*** | 0.02 |
| Pseudo R2 | 0.032 | -- | 0.102 | -- |
| N | 5.727 | -- | 7.551 | -- |

Notas: *=significativo al 10 por ciento, **= significativo al 5 por ciento, ***= significativo al 1 por ciento.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA 2000-2015.

una probabilidad un cinco por ciento menor de ser activos que los llegados en la última fase del flujo expansivo.

Entre las mujeres, las diferencias en la probabilidad de ser activas de las inmigrantes recién llegadas son mayores tanto entre distintos niveles educativos como, sobre todo, entre distintos orígenes. Las latinoamericanas son las que tienen una mayor probabilidad de ser activas, seguidas en orden por las africanas, asiáticas, las procedentes de otros países y resto de Europa y Unión

Europea. Las africanas tienen una probabilidad casi un 40 por ciento menor que las latinoamericanas de estar activas en el momento de su llegada a España.

Aunque el efecto del tipo de convivencia es claramente menor que el del continente de origen, es significativo y mayor que el que se daba entre los hombres. Las mujeres que viven solas tienen una probabilidad de estar activas un 15 por ciento mayor que las que conviven con inmigrantes llegados a España el mismo año. Por otra parte, las que conviven con inmigrantes más

antiguos tienen una probabilidad menor: del 3 por ciento si la antigüedad es de uno a tres años y del 7 por ciento menor si la antigüedad es de cuatro o más años.

Por último, las inmigrantes llegadas en la fase final de la expansión de los flujos migratorios son las que tienen una mayor probabilidad de ser activas a su llegada. Tanto las que llegaron entre 2000 y 2004 como las que llegaron entre 2009 y 2012 tienen una probabilidad un 3 por ciento menor que las que llegaron entre 2005 y 2008 de estar activas en el momento de su llegada. Las llegadas en el periodo más reciente, entre 2013 y 2015, tienen una probabilidad un 5 por ciento menor.

menor medida migraciones basadas en redes de apoyo más débiles.

Por otra parte, los resultados hallados en este trabajo ponen de relieve que la probabilidad de ser activo a la llegada es menor cuando el inmigrante se instala en hogares con inmigrantes más antiguos. La distancia en las migraciones podría por lo tanto interpretarse como resultado de la ausencia de un proyecto laboral claro del segundo migrante, que responderá en mayor medida a la consecución de proyectos familiares una vez consolidada la residencia del migrante pionero. Además, la probabilidad de estar activo es menor, tanto para hombres como para mujeres, tras el cambio de ciclo económico y migratorio.

A pesar de este descenso de la actividad en la segunda fase del ciclo migratorio, el porcentaje de activos sobre los nuevos residentes sigue siendo elevado. Un 82 por ciento de las hombres y un 58 por ciento de las mujeres entre 20 y 59 años llegados a partir de 2009 son activos. Además, muchos de ellos han constituido hogares propios, sin el apoyo residencial de sus compatriotas, y ocupado posiciones centrales en sus viviendas. Aunque durante la segunda fase del ciclo migratorio los inmigrantes pueden haberse apoyado en redes que les hayan proporcionado un soporte indirecto, no parece que estos nuevos flujos respondan a procesos netos de reagrupación familiar o a familiares dependientes, sino que se puede esperar que mantengan su incorporación a la población activa. El repunte de las entradas en 2014 puede sugerir el comienzo de una tercera fase de las migraciones en España.

7. CONCLUSIONES

Los flujos migratorios llegados a partir de 2009 se han caracterizado por una relativa estabilidad de las principales características demográficas respecto al periodo anterior. Aunque ha aumentado ligeramente el peso relativo de los migrantes procedentes de Asia y la Europa no UE, y disminuido el de los latinoamericanos, se ha mantenido en líneas generales el orden de principales orígenes. Por otro lado, los datos no sugieren un cambio de la estructura de edad de los recién llegados a favor de un mayor peso de niños y mayores, de modo que no se puede afirmar que la continuidad en las entradas se deba a la reagrupación de población dependiente. El peso de las mujeres entre los recién llegados ha aumentado solo levemente en esta nueva fase del ciclo migratorio, acercándose a la mitad del total.

En cuanto a la posición de los recién llegados en sus familias, los resultados apuntan a que la mayor parte de recién llegados se sitúa en posiciones centrales del núcleo familiar, como persona de referencia, padre o hijo. Sin embargo, se ha reducido el papel de los que se instalan en hogares en los que son parientes menos próximos o sin relación de parentesco con la persona de referencia. También disminuye el peso de los que se instalan en hogares con inmigrantes más antiguos. Esta evidencia sugiere que las redes de apoyo fuerte de los inmigrantes, materializado en la convivencia, se cierran al núcleo duro de la familia, y que los inmigrantes emprenden en

BIBLIOGRAFÍA

AJA, E.; ARANGO, J., y J. OLIVER ALONSO (2012), "Crisis, mercado de trabajo y cambiantes tendencias migratorias", *Anuario de la Inmigración en España*, 2012: 9-24.

BEINE, M.; DOCQUIER, F. y Ç. ÖZDEN (2011), "Diasporas", *Journal of Development Economics*, 95 (1): 30-41.

BERNARDI, F.; GARRIDO, L., y M. MIYAR (2011), "The recent fast upsurge of immigrants in Spain and their employment patterns and occupational attainment", *International Migration*, 49 (1): 148-87.

BERTOLI, S. (2010), "Networks, sorting and self-selection of Ecuadorian migrants", *Annals of Economics and Statistics/Annales d'Économie et de Statistique*, 97/98: 261-288.

BOYD, M. (1989), "Family and personal networks in international migration: recent developments and new agendas", *The International Migration Review*, 23(3): 638-70.

CASTRO, T., y L. ROSERO-BIXBY (2011), "Maternidades y fronteras. La fecundidad de las mujeres inmigrantes en España", *Revista Internacional de Sociología*, 69 (M1): 105-38.

CEBOLLA-BOADO, H.; MIYAR-BUSTO, M., y J. MUÑOZ-COMET, (2015), "Is the Spanish Recession Increasing Inequality? Male Migrant-native Differences in Educational Returns Against Unemployment", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 41 (5): 710-28.

CHEONG, P. H.; EDWARDS, R.; GOULBOURNE, H., y J. SOLOMOS (2007), "Immigration, social cohesion and social capital: A critical review", *Critical Social Policy*, 27 (1): 24-49.

DE ARCE, R., y R. MAHIA (2012), "Have migrants bought a "round trip ticket"? Determinants in probability of immigrants' return in Spain", *Global Economy Journal*, 12 (2). (<http://www.degruyter.com/view/j/gej.2012.12.issue-2/1524-5861.1831/1524-5861.1831.xml>).

DOMINGO, A., y A. SABATER (2012), "Crisis económica y emigración: la perspectiva demográfica", *Anuario de la Inmigración en España*, 2012: 59-88.

DOMINGO, A.; SABATER, A.; BEDOYA, M. H., y X. FRANCH (2012), "Regularizaciones y trayectorias de inmigrantes no comunitarios en la provincia de Barcelona", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 140: 121-146.

DOMÍNGUEZ-MUJICA, J.; GUERRA-TALAVERA, R. y J. M. PARREÑO-CASTELLANO (2014), "Migration at a time of global economic crisis: the situation in Spain", *International Migration*, 52 (6): 113-27.

DORIGO, G., y W. TOBLER (1983), "Push-pull migration laws", *Annals of the Association of American Geographers*, 73 (1): 1-17.

GALOR, O., y O. STARK (1990), "Migrants' savings, the probability of return migration and

migrants' performance", *International Economic Review*, 31(2): 463-67.

GUALDA, E. (2012), "Migración circular en tiempos de crisis. Mujeres de Europa del Este y africanas en la agricultura de Huelva", *Papers: Revista de Sociología*, 97 (3): 613-40.

JASSO, G., y M. R. ROSENZWEIG (1986), "Family reunification and the immigration multiplier: US immigration law, origin-country conditions, and the reproduction of immigrants", *Demography*, 23 (3): 291-311.

— (1989), "Sponsors, sponsorship rates and the immigration multiplier", *The International Migration Review*, 23 (4): 856-88.

KIRDAR, M. G. (2010), "Source country characteristics and immigrants' migration duration and saving decisions", Discussion paper series // Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, 4899 (http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1595540).

LARRAMONA, G. (2013), "Out-migration of immigrants in Spain", *Population* (English edition), 68 (2): 213-35.

MERKLE, L., y K. F. ZIMMERMANN (1992), "Savings, remittances, and return migration", *Economics Letters*, 38 (1): 77-81.

MIYAR, M. (2011), *La dinámica de la inmigración en España, una década de llegadas y salidas*, Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

MIYAR, M., y L. GARRIDO (2010), "La dinámica de los flujos migratorios de entrada en España", *Presupuesto y Gasto Público*, 4 (61): 11-23.

MIYAR, M. y J. MUÑOZ-COMET (2015), "La salida de inmigrantes en contextos de declive económico ¿Cambia la autoselección durante fases recesivas?", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 152: 87-104.

MUÑOZ COMET, J. (2014), "¿Qué trabajos ocupan quienes abandonan el desempleo? Diferencias entre españoles y extranjeros en un contexto de cambio económico", *Revista Internacional de Sociología*, 72 (2): 353-76.

PORTES, A., y E. VICKSTROM (2015), "Diversity, social capital, and cohesion", *Annual Review of Sociology*, 37: 461-479.

REQUENA, M., y M. SÁNCHEZ-DOMÍNGUEZ (2011), "Las familias inmigrantes en España", *Revista Internacional de Sociología*, 69 (M1): 79-104.

STARK, O. y D. E. BLOOM. (1985), "The new economics of labor migration", *The American Economic Review*, 75(2): 173-78.

TIENDA, M. (2015), "Multiplying diversity: Family unification and the regional origins of late-age US immigrants", *International Migration Review* (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/imre.12241/full>).

TILLIE, J. (2004), "Social capital of organisations and their members: Explaining the political integration of immigrants in Amsterdam", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30 (3): 529-41.

TODARO, M. P. (1969), "A model of labor migration and urban unemployment in less developed countries", *The American Economic Review*, 59 (1): 138-48.

ZIMMERMANN, K. F. (1996), "European migration: Push and pull", *International Regional Science Review*, 19 (1-2): 95-128.

La nueva emigración española: ¿una generación perdida?

ANDREU DOMINGO Y AMAND BLANES*

RESUMEN*

Desde el inicio de la Gran Recesión, la emigración española ha aumentado tanto en los flujos de extranjeros, que siguen siendo predominantes, como en las salidas de españoles. Ahora bien, la opacidad estadística y las interpretaciones tendenciosas no han permitido analizar en profundidad sus motivaciones, tendencias y consecuencias. Este artículo tiene dos objetivos: analizar la realidad que los datos indican acerca de la emigración española y conocer las estrategias de salida de extranjeros y españoles.

1. INTRODUCCIÓN: NARRATIVAS POLARIZADAS SOBRE LA EMIGRACIÓN ESPAÑOLA

Han pasado ocho años desde el estallido de la burbuja financiera, cinco desde la aplicación de medidas de ajuste estructural, y la borrosidad estadística sobre el fenómeno migratorio –medida por su deficiente cobertura y escasa

* Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona (adomingo@ced.uab.es y ablanes@ced.uab.es).

* Este texto está inscrito en el marco del proyecto I+D+I *Diversidad, segregación y vulnerabilidad: análisis sociodemográfico* (Ref. CSO2014-53413-R), subvencionado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

fiabilidad– sigue alimentando la controversia dentro y fuera de España. Se trata de discursos que forman parte de estrategias políticas divididas entre aquellos que pretenden minimizar el impacto de la crisis económica confundiendo con “nuevas movilidades” relacionadas con la sociedad de la información (a los que como último recurso queda la táctica de convertir en oportunidad los riesgos de la crisis) y aquellos que ven en esos flujos, pura y simplemente, una expulsión producto de la aplicación de medidas neoliberales a la economía española (Sassen, 2015). Entre los primeros discursos cabe citar las declaraciones de la Secretaria General de Inmigración y Emigración, Marina del Corral, al apelar al “impulso aventurero” de la juventud española durante la presentación del informe de la Organización Internacional de las Migraciones (OIM), bajo el título *La emigración de profesionales cualificados: una reflexión sobre las oportunidades para el desarrollo* (2012), o las de la ministra de trabajo Fátima Báñez, al hablar de “movilidad exterior” para sortear el engorroso estigma de la “emigración” en la presentación de la *Estrategia de emprendimiento y empleo joven*, en 2013, convirtiendo el asunto en una prueba más del carácter “emprendedor” de las nuevas generaciones, en consonancia con los dictados del Foro Económico Mundial de Davos (WEF, 2012). Entre los segundos discursos destacan los que recurren a los términos “expatriado”, o “exilio económico”, como el de los protagonistas de la Marea Granate, fundada

en 2013 por jóvenes emigrados y emigradas españoles, organizados en torno a la denuncia y reivindicación de los derechos de acceso a la sanidad pública y al voto, sobre todo. Tampoco nos ponemos de acuerdo sobre el propio significado de la emigración frente a la pauperización: ¿un signo de resiliencia o una muestra de redundancia? Unos y otros actores persiguen crear una narrativa que oriente nuestra comprensión del fenómeno, pero también la praxis política, y que acabe influyendo, si no transformando, el fenómeno mismo.

Independientemente de la interpretación política de quien analiza el fenómeno, el estudio de la llamada “nueva emigración española” se ha centrado desde un principio en la juventud, remitiendo a la narrativa sobre la llamada “fuga de cerebros” (Ruiz, 2007; Del Río, 2009; Alaminos y Santacreu, 2010; Santos, 2013) o a la “generación perdida”, tal y como sostenía el Foro Económico Mundial de Davos (WEF, 2012) para las nuevas migraciones desde los países meridionales de Europa que se activaron tras la crisis económica (con éxito más mediático que académico, también hay que decirlo). En la ya abundante literatura generada por la emigración iniciada a partir del ajuste estructural, puede encontrarse la comparación entre los países europeos más afectados (Triandafyllidou y Gropas, 2014). En el caso concreto de la emigración española, no faltan análisis sobre las motivaciones y datos disponibles (comprensible, si –como veremos– la primera dificultad es la captación estadística del fenómeno)¹; tampoco faltan estudios basados en métodos cualitativos (Domínguez-Mújica *et al.*, 2016) o centrados exclusivamente en la estimación sobre los datos (Gil-Alonso, 2010). Encontramos también aproximaciones a los diferentes tipos de flujos considerando el cruce entre el lugar de nacimiento y la nacionalidad (Domingo y Blanes, 2015; Domingo y Ortega, 2015; Domingo y Sabater, 2013a), comparando datos y flujos de los diferentes países receptores, incluso monografías sobre alguno de estos países en Europa, donde destacan los principales destinos, como Gran Bretaña (Rubio, 2013) o Alemania (Glorius, 2016), o en el continente americano (Rodríguez-Fariñas *et al.*, 2015a y 2015b). Aún escasean, sin embargo, aquellos trabajos que se han planteado la comparación geográfica dentro del conjunto español (González-Ferrer, 2012; Domingo *et al.*, 2014). Existen publicacio-

¹ A este respecto véase, en particular, Navarrete (2013) y González-Ferrer (2012).

nes dedicadas a diferentes comunidades autónomas (CC.AA.), como Cataluña (Cabré y Domingo, 2014), o Galicia (Domingo y Blanes, en prensa), pero no aproximaciones comparativas. Tampoco encontramos análisis sobre las trayectorias de esos emigrados, ni sobre su retorno, en parte comprensible debido al escaso tiempo transcurrido aún, y en parte –una vez más– al déficit estadístico.

En el presente trabajo, nuestro principal objetivo es ofrecer un análisis contextual de la emigración española (en comparación con el conjunto de flujos que se han dado desde el inicio de la crisis), pero también confrontar la emigración de jóvenes con la del resto de grupo de edades, examinar el retorno de españoles del extranjero con los escasos datos disponibles, y establecer comparaciones territoriales en relación con la intensidad del fenómeno migratorio para diferentes colectivos.

2. FUENTES Y MÉTODOS

Los estudios sobre migración exterior se enfrentan con la dificultad de la propia captación estadística del fenómeno, en especial en relación con los flujos de salida al extranjero. La *Estadística de Variaciones Residenciales* (EVR) ha constituido la fuente tradicional para el análisis de la migración tanto interior como exterior. Esta fuente, basada en la explotación estadística de las bajas y altas por cambio de residencia de los padrones municipales, se ha visto sujeta a una serie de modificaciones normativas y conceptuales, como la consideración de las altas por omisión de extranjeros a partir del año 2004 como inmigraciones del exterior o el mecanismo de las bajas por caducidad a partir de 2006, entre otras, que alteran las series históricas. Las limitaciones inherentes a la naturaleza de esa fuente motivaron que el Instituto Nacional de Estadística (INE) iniciase una nueva operación estadística para la medición de los flujos migratorios, la *Estadística de Migraciones* (EM), para la que se dispone de información desde 2008. Esta estadística se nutre también como fuente primaria de las variaciones residenciales de los padrones pero sujeta a un posterior tratamiento estadístico que comprende entre otros aspectos el establecimiento de un criterio de temporalidad que se fija en un cambio de residencia por un período temporal

de al menos doce meses, la estimación de movimientos no registrados todavía en la base padronal, o la imputación del país de nacionalidad, origen y destino para aquellos individuos de los que se desconoce.

Las dos fuentes marcan unas tendencias de evolución relativamente similares pero con diferencias en relación con los volúmenes de la migración exterior. Así, para el conjunto del periodo 2008-2014, la EVR arroja una cifra de unos 650.000 inmigrantes más que la EM, mientras que esta última contabiliza unas 250.000 salidas al extranjero más que la EVR. En relación con la emigración cabe mencionar dos aspectos relevantes entre las cifras que ofrecen ambas estadísticas. El primero, el diferente comportamiento en el último año disponible, el 2014, cuando la cifra de emigrantes en la EM se sitúa por primera vez por debajo de la registrada en la EVR. Esto provoca que entre 2013 y 2014 la cifra de salidas al exterior presenten una importante estabilidad en la *Estadística de Variaciones Residenciales*, mientras que según la *Estadística de Migraciones* se

produce una fuerte caída, de las 532.000 de 2013 a las poco más de 400.000 de 2014. El segundo, que las diferencias se localizan básicamente en el colectivo de extranjeros nacidos en el extranjero, mientras que para la emigración de los nacionales españoles tanto sus volúmenes como sus tendencias son muy parejas entre ambas fuentes (cuadro 1).

La EM constituye actualmente la fuente de referencia de los flujos migratorios de España, ya que sus datos son los que se transmiten a los organismos internacionales, y la usada por el INE para el cálculo de los indicadores demográficos y los *inputs* de las proyecciones de población. No obstante, en el presente estudio hemos optado por utilizar los datos de la EVR, siendo conscientes de algunas limitaciones, como el elevado porcentaje de casos en los que se desconoce el país de destino para los emigrantes extranjeros. La justificación de dicha decisión estriba en que la EM no permite a nivel territorial realizar cruces de variables y tabulaciones desagregadas que resultan básicas para comprender la diversidad y

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DE LAS SALIDAS AL EXTRANJERO SEGÚN LA EVR Y LA EM

| | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|-------------------------|---------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Total | EVR | 266.460 | 323.641 | 373.954 | 370.540 | 377.049 | 453.543 | 445.567 |
| | EM | 288.432 | 380.118 | 403.379 | 409.034 | 446.606 | 532.303 | 400.430 |
| Nacionalidad española | EVR nacidos España | 25.888 | 25.550 | 26.693 | 37.928 | 37.675 | 47.278 | 50.626 |
| | Nacidos extranjeros | 8.565 | 9.822 | 10.585 | 14.913 | 18.717 | 25.171 | 29.515 |
| | Total españoles | 34.453 | 35.372 | 37.278 | 52.841 | 56.392 | 72.449 | 80.141 |
| | EM nacidos España | 25.479 | 26.352 | 29.220 | 40.184 | 38.778 | 48.136 | 51.267 |
| | Nacidos extranjeros | 8.026 | 9.638 | 10.938 | 15.287 | 18.489 | 25.193 | 29.173 |
| | Total españoles | 33.505 | 35.990 | 40.157 | 55.472 | 57.267 | 73.329 | 80.441 |
| Nacionalidad extranjera | EVR nacidos España | 7.165 | 8.577 | 12.518 | 12.741 | 13.991 | 16.390 | 16.177 |
| | Nacidos extranjeros | 224.842 | 279.692 | 324.158 | 304.958 | 306.666 | 364.704 | 349.249 |
| | Total españoles | 232.007 | 288.269 | 336.676 | 317.699 | 320.657 | 381.094 | 365.426 |
| | EM nacidos España | 8.947 | 12.416 | 15.241 | 16.599 | 18.606 | 22.931 | 17.901 |
| | Nacidos extranjeros | 245.979 | 331.712 | 347.980 | 336.964 | 370.733 | 436.042 | 302.088 |
| | Total españoles | 254.927 | 344.128 | 363.221 | 353.562 | 389.339 | 458.974 | 319.989 |

Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR y de la EM, 2008-2014 (INE).

complejidad del fenómeno de la migración exterior, como el doble cruce entre las variables lugar de nacimiento y nacionalidad para las CC.AA. y las provincias. Además, el período que abarca la EM, a partir de 2008, tampoco posibilita realizar el análisis de cambios en la intensidad y en los destinos de la emigración entre el contexto previo y posterior a la crisis económica. Finalmente, también puede aducirse, como hemos mencionado anteriormente, que las discrepancias entre ambas fuentes para la emigración de los nacionales españoles, que son el objeto central del estudio, no son muy acusadas.

nas de nacionalidad española. Si, además, para aproximarnos a la emigración de autóctonos, a estos españoles les restamos aquellos nacidos en el extranjero, la cifra en números absolutos se reduce a 251.000 personas, lo que representaría el 9,6 por ciento de todas las salidas. Aunque sabemos que esas cifras pueden estar infravaloradas (como también puede que suceda con las de extranjeros), aún deberíamos sustraer de ese dato a los españoles nacidos en España descendientes de inmigrados extranjeros, si lo que nos interesa es solo la emigración de autóctonos no vinculados a la inmigración internacional. Pero como hemos dicho, la progresión de la emigración de españoles nacidos en España ha sido creciente, de las 25.888 salidas al inicio de la crisis se ha pasado a 50.626 en 2014, es decir, un crecimiento del 96 por ciento desde el inicio de la crisis.

3. LA EMIGRACIÓN DE ESPAÑOLES: TEMPORALIDAD Y ESTRUCTURA SOCIODEMOGRÁFICA

Un vistazo a los datos de la EVR para el conjunto del periodo y de las edades nos muestra dos evidencias: el aplastante peso de la emigración de extranjeros en relación a la de españoles, y el progresivo crecimiento de los flujos de españoles hacia el exterior. De los 2,6 millones de salidas que se han dado desde 2008 hasta 2014, solo el 14,1 por ciento correspondían a perso-

3.1. La propensión a emigrar

Las cifras absolutas de salidas al extranjero dependen del volumen y de la estructura demográfica y, en este sentido, resulta más revelador analizar el fenómeno en términos de la propen-

CUADRO 2

INTENSIDAD DE LA EMIGRACIÓN AL EXTERIOR, SEGÚN SEXO, NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO POR TRIENIOS (ESPAÑA, 2006-2014)

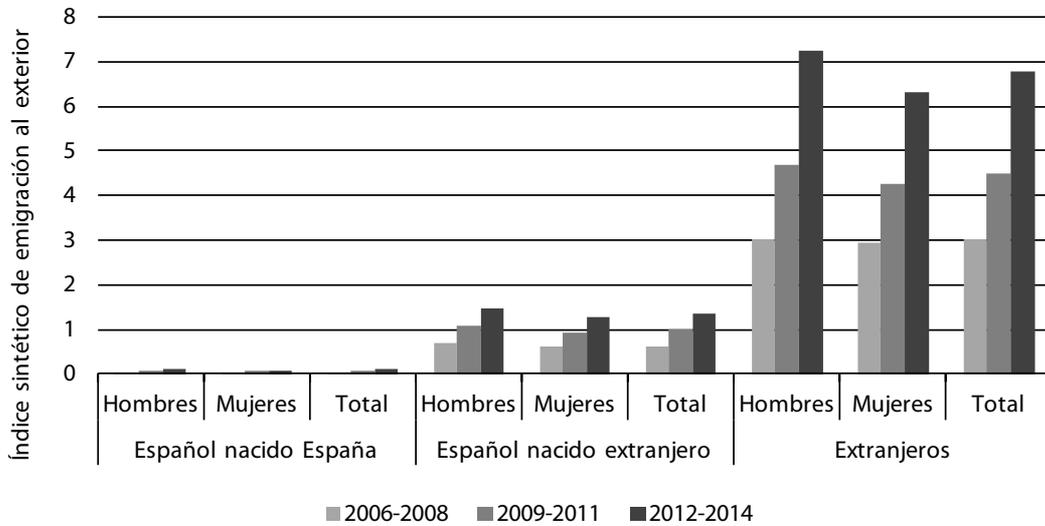
| Colectivo | Sexo | 2006-2008 | 2009-2011 | 2012-2014 |
|---------------------------|---------|-----------------------|-----------|-----------|
| | | Español nacido España | Hombres | 0,046 |
| | Mujeres | 0,045 | 0,060 | 0,092 |
| | Total | 0,045 | 0,062 | 0,096 |
| Español nacido extranjero | Hombres | 0,676 | 1,084 | 1,455 |
| | Mujeres | 0,597 | 0,934 | 1,274 |
| | Total | 0,630 | 0,998 | 1,353 |
| Extranjeros | Hombres | 3,025 | 4,678 | 7,251 |
| | Mujeres | 2,930 | 4,255 | 6,321 |
| | Total | 2,999 | 4,489 | 6,777 |
| Total | Hombres | 0,385 | 0,650 | 0,817 |
| | Mujeres | 0,304 | 0,507 | 0,656 |
| | Total | 0,345 | 0,579 | 0,733 |

Nota: La intensidad se ha calculado como la suma de las tasas de emigración por edad simple de 0 a 95 años.

Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014, y de la *Estadística del Padrón Continuo, 2006-2015* (INE).

GRÁFICO 1

INTENSIDAD DE LA EMIGRACIÓN AL EXTERIOR SEGÚN SEXO, NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO POR TRIENIOS (ESPAÑA, 2006-2014)



Nota: La intensidad se ha calculado como la suma de las tasas de emigración por edad simple de 0 a 95 años.
 Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014, y de la *Estadística del Padrón Continuo, 2006-2015* (INE).

sión a emigrar según la nacionalidad y el lugar de nacimiento. Para analizar la intensidad de la emigración se han relacionado las salidas con los contingentes de población residente, calculando un índice sintético de emigración para cada colectivo y sexo. Hemos calculado ese indicador para diferentes periodos trianuales, con la intención de distinguir entre la propensión a emigrar antes del estallido de la burbuja inmobiliaria (2006-2008), en el primer momento de la crisis que debía dejarse sentir más entre los extranjeros (2009-2011), y en el último período (2012-2014), durante el cual la aplicación de las medidas de austeridad habría afectado más a los nacionales españoles (cuadro 2 y gráfico 1).

La primera constatación es que, en términos de intensidad, la diferencia entre extranjeros y autóctonos es abismal, ya que en el trienio 2012-2014 la propensión a emigrar de un extranjero es setenta veces superior a la de un nacional español. Además, dentro del colectivo de los nacionales españoles la intensidad emigratoria de los nacidos en el extranjero, en su gran parte extranjeros nacionalizados una vez llegados a

España, es catorce veces superior a la de los nacidos en la propia España. Más allá del nivel de esa propensión, un aspecto que resulta relevante es su evolución entre el periodo precrisis y el de la crisis económica, con un incremento de la intensidad emigratoria del 114 por ciento para los dos colectivos de españoles, y del 125 para el de los extranjeros. Es decir, el aumento en la propensión a emigrar ha sido también sobresaliente entre los españoles y, como ya se mencionó con anterioridad, a diferencia de los extranjeros, ese incremento ha sido de intensidad más grande en el periodo más reciente.

Por su parte, las diferencias de sexo discriminan entre los españoles nacidos en España, (con pautas más parecidas entre los sexos en cuanto al comportamiento migratorio) y los otros dos colectivos, con una mayor propensión a emigrar por parte de los hombres. Esa ventaja masculina se correspondería con el impacto diferencial por sexos de la crisis, toda vez que esta golpeó en su inicio con dureza a un sector claramente masculinizado como el de la construcción, mientras que la oferta de servicios donde se con-

CUADRO 3

EVOLUCIÓN DE LA MASCULINIDAD DE LAS SALIDAS AL EXTRANJERO SEGÚN NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTOS: ESPAÑA, 2006-2014 (PORCENTAJE)

| | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Español nacido en España | 49,0 | 50,0 | 51,2 | 51,6 | 52,4 | 52,1 | 53,3 | 53,8 | 53,2 |
| Español nacido en extranjero | 49,4 | 50,3 | 50,1 | 49,7 | 51,1 | 50,3 | 50,1 | 50,5 | 49,9 |
| Extranjeros | 59,3 | 59,7 | 58,6 | 59,2 | 59,1 | 58,0 | 58,6 | 56,9 | 55,7 |
| Total | 57,7 | 58,5 | 57,6 | 58,3 | 58,4 | 57,1 | 57,6 | 56,2 | 55,1 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

centra la actividad femenina se ha precarizado, pero sigue vigente.

3.2. La estructura demográfica de la emigración

La evolución de la ratio de masculinidad de la emigración sigue confirmando tanto el peso de los hombres en los flujos de salida como sus diferencias según la nacionalidad y el lugar de nacimiento, destacando en este sentido la mayor igualdad entre sexos que se observa en el colectivo de españoles nacidos en el extranjero (cuadro 3). La causa de esa diferencia está en la proporción más elevada de mujeres entre la emi-

gración de las personas nacionalizadas; ahí deberíamos ver también el peso de la emigración latinoamericana que conjuga una considerable facilidad para acceder a la naturalización respecto al resto, junto con una notable feminización.

Veamos ahora qué ocurre en el último período (2012-2014), teniendo en cuenta la edad, con el fin de comparar las pautas por sexo de la emigración joven con las del resto (cuadro 4). El resultado es que las diferencias se agudizan aún más para el grupo joven: mientras que entre los españoles nacidos en España esa proporción es solo ligeramente favorable a los hombres, en el colectivo de los extranjeros lo es notablemente, en contraste con los nacionalizados, entre los que la proporción es singularmente favorable a

CUADRO 4

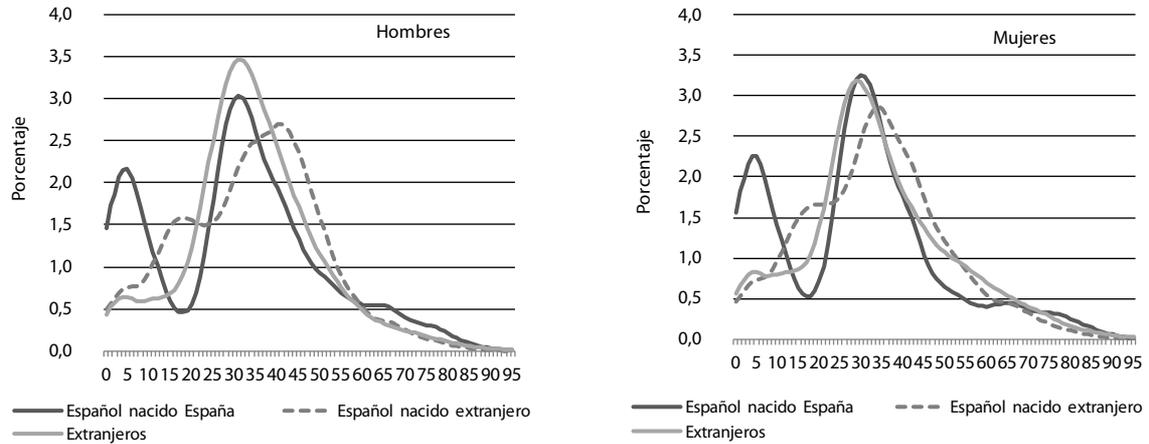
MASCULINIDAD DE LAS SALIDAS AL EXTRANJERO SEGÚN GRAN GRUPO DE EDAD, NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO: ESPAÑA, 2012-2014 (PORCENTAJE)

| Edad | Españoles | | Extranjeros | Total |
|-------|----------------|--------------------|-------------|-------|
| | Nacidos España | Nacidos extranjero | | |
| 0-19 | 51,4 | 50,3 | 51,9 | 51,7 |
| 20-39 | 51,6 | 46,9 | 58,5 | 57,2 |
| 40-64 | 60,6 | 54,9 | 59,1 | 58,9 |
| 65+ | 52,2 | 43,7 | 47,0 | 47,4 |
| Total | 53,4 | 50,2 | 57,0 | 56,2 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2012-2014 (INE).

GRÁFICO 2

DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE LOS EMIGRANTES SEGÚN SEXO, NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO (ESPAÑA, 2012-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2012-2014 (INE).

las mujeres. Como es de suponer, las diferencias por sexo entre los menores (migración de arrastre) se minimizan, mientras que estas aumentan en los grupos de mayor edad, a favor de los hombres en el grupo de los adultos maduros de 40 a 64 años, diferencia que se mantiene aún por encima en la emigración de nacionales españoles, lo que sugiere una reemigración de antiguos emigrantes españoles; y, al contrario, constatamos una fuerte feminización en los flujos de extranjeros ancianos, donde se deja sentir el peso del retorno de la emigración europea muy envejecida y, por lo tanto, feminizada.

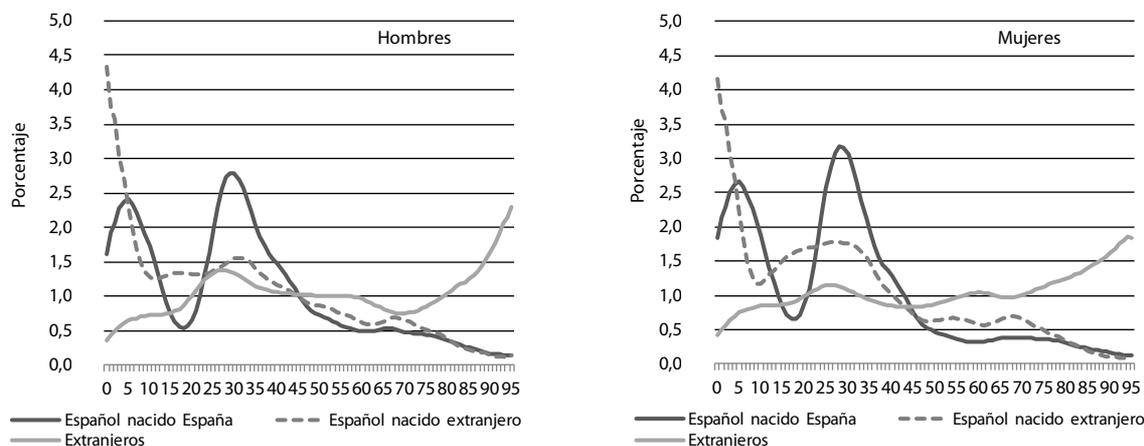
En relación con los patrones relativos por edad de los emigrantes según sexo, nacionalidad y lugar de nacimiento, la primera diferencia que llama la atención es un efecto estadístico al que ya hemos aludido: la exagerada proporción de menores en los flujos de la emigración de españoles nacidos en España, que se debe no a un patrón de la emigración de autóctonos, sino a la presencia muy importante de hijos de inmigrantes extranjeros nacidos en España (que no podemos discernir estadísticamente de los hijos de autóctonos) y que han acompañado a sus padres en la emigración (gráfico 2). Esa situación es especialmente frecuente para la población de origen latinoamericano, si tenemos en cuenta la nacionalización de descendientes de migran-

tes extranjeros nacidos en España a los que se otorgó la nacionalidad española para impedir que quedaran en situación de apátridas –porque en sus países no se reconocía la nacionalidad a los nacidos en el extranjero–, siendo el caso de algunas de las nacionalidades latinoamericanas más representadas en la reciente inmigración internacional, como por ejemplo Ecuador, Colombia y Bolivia (Álvarez Rodríguez, 2006 y 2014). También destaca el patrón relativamente envejecido para los españoles nacidos en el extranjero, que en muchos casos es consecuencia de los años que comporta el proceso de nacionalización.

La visión de los patrones de la emigración es diferente si estos se calculan a partir de las tasas de emigración, es decir, poniendo en relación el número de salidas con las respectivas poblaciones residentes en España (gráfico 3). En primer lugar, observamos la destacable propensión a emigrar de personas en edad de jubilación entre los extranjeros –los que hay tienen una intensidad migratoria superior al resto de edades– y, en el extremo opuesto, las tasas más altas de emigración de los menores españoles, tanto de los nacidos en España como de los nacidos en el extranjero. La primera, por las mismas razones que hemos aducido anteriormente; la segunda, porque una de las estrategias de la emigración ha sido su escalonamiento. Así, cuando se trataba

GRÁFICO 3

PATRÓN RELATIVO DE LA EMIGRACIÓN SEGÚN SEXO, NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO (ESPAÑA, 2012-2014)



Fuente: INEbase.

de retorno, frecuentemente se ha producido una selección por sexo y edad de tal retorno en las unidades familiares, siendo los menores los primeros en retornar.

4. PRINCIPALES DESTINOS DE LA EMIGRACIÓN ESPAÑOLA

4.1. Los destinos preferidos

El destino de la emigración es una pauta claramente discriminatoria entre la emigración por nacionalidad y lugar de nacimiento. Durante los tres periodos analizados, la principal pauta entre los emigrantes de nacionalidad extranjera es la del retorno (cuadro 5). Esa primera impresión, que viene corroborada por la presencia como países de destino de los mismos que aparecen como nacionalidades de la inmigración, puede ocultar de hecho movimientos de reemigración.

Respecto a la emigración de españoles, esta varía mucho en función de si han nacido en España o lo han hecho en el extranjero (cuadro 6). Entre los primeros (los españoles nacidos

en España), las primeras opciones en cada uno de los periodos vienen representadas por países europeos (Reino Unido, Francia, y Alemania encabezando el ranking de los destinos) y los Estados Unidos. A continuación, aparecen países latinoamericanos, que, en el caso de los nacidos en España, se reparten entre aquellos que corresponden a posibles movimientos de arrastre de menores nacidos en España y con nacionalidad española, hijos de inmigrantes (Ecuador y Colombia a partir de la crisis, por ejemplo), y aquellos que podrían corresponder a reemigraciones (Argentina o Venezuela). Algo parecido, pero de signo contrario, ocurre con los nacionalizados, que combinan la emigración presumiblemente de retorno (Argentina, Ecuador o Colombia), con una reemigración, con dos pautas diferenciadas: la que coincide con los españoles nacidos en España (Reino Unido o Alemania) y aquella en la que el país elegido es un país tradicionalmente receptor de migrantes de su mismo origen, como sería el caso de los ecuatorianos, colombianos o dominicanos que se dirigen a los Estados Unidos, o de los marroquíes que, una vez nacionalizados españoles, optan por Bélgica o Francia. Es interesante considerar que, aunque el peso relativo de los destinos varía ostensiblemente de un periodo a otro, siempre ha existido esa heterogeneidad, a juzgar por los países de destino previos a la crisis económica.

CUADRO 5

PRINCIPALES DESTINOS DE LA EMIGRACIÓN DE EXTRANJEROS (España, 2006-2014)

| | 2006-2008 | | 2009-2011 | | 2012-2014 | |
|------------------|------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| | Total emigrantes | % | Total emigrantes | % | Total emigrantes | % |
| Total emigrantes | 551.235 | 100,0% | 942.644 | 100,0% | 1.067.177 | |
| Bajas caducidad | 333.602 | 60,5% | 456.951 | 48,5% | 581.994 | 54,5% |
| País desconocido | 127.153 | 23,1% | 368.603 | 39,1% | 349.455 | 32,7% |
| Destino conocido | 90.480 | 16,4% | 117.090 | 12,4% | 135.728 | 12,7% |
| Rumanía | 13.115 | 14,5% | 15.372 | 13,1% | 16.903 | 12,5% |
| Marruecos | 7.167 | 7,9% | 9.387 | 8,0% | 11.145 | 8,2% |
| Bolivia | 6.839 | 7,6% | 7.373 | 6,3% | 10.817 | 8,0% |
| Alemania | 4.204 | 4,6% | 7.350 | 6,3% | 8.481 | 6,2% |
| Brasil | 3.905 | 4,3% | 6.045 | 5,2% | 8.434 | 6,2% |
| Argentina | 3.829 | 4,2% | 5.511 | 4,7% | 6.881 | 5,1% |
| Portugal | 3.600 | 4,0% | 4.650 | 4,0% | 6.251 | 4,6% |
| Ecuador | 3.099 | 3,4% | 4.531 | 3,9% | 5.109 | 3,8% |
| Colombia | 2.955 | 3,3% | 4.219 | 3,6% | 3.920 | 2,9% |
| Bulgaria | 2.815 | 3,1% | 4.124 | 3,5% | 3.745 | 2,8% |
| Resto países | 38.952 | 43,1% | 48.528 | 41,4% | 54.042 | 39,8% |
| Total países | 90.480 | 100,0% | 117.090 | 100,0% | 135.728 | 100,0% |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

CUADRO 6

PRINCIPALES DESTINOS DE LA EMIGRACIÓN DE NACIONALES ESPAÑOLES SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO (ESPAÑA, 2006-2014)

| | 2006-2008 | | | 2009-2011 | | | 2012-2014 | | |
|-----------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|---|
| | País | Emigrantes | % | País | Emigrantes | % | País | Emigrantes | % |
| Reino Unido | 8.333 | 12,6 | Reino Unido | 11.767 | 12,0 | Reino Unido | 17.323 | 12,8 | |
| Estados Unidos | 7.606 | 11,5 | Francia | 9.162 | 9,4 | Francia | 14.878 | 11,0 | |
| Francia | 7.336 | 11,1 | Estados Unidos | 8.545 | 8,7 | Alemania | 14.030 | 10,3 | |
| Alemania | 4.899 | 7,4% | Alemania | 6.760 | 6,9 | Estados Unidos | 10.835 | 8,0 | |
| Argentina | 2.674 | 4,0 | Suiza | 4.226 | 4,3 | Ecuador | 7.655 | 5,6 | |
| Suiza | 2.596 | 3,9 | Bélgica | 3.394 | 3,5 | Suiza | 7.074 | 5,2 | |
| Italia | 2.414 | 3,6 | Argentina | 3.294 | 3,4 | Bélgica | 4.683 | 3,5 | |
| Bélgica | 2.223 | 3,4 | Ecuador | 3.273 | 3,3 | Chile | 3.671 | 2,7 | |
| Andorra | 1.998 | 3,0 | Venezuela | 2.584 | 2,6 | Venezuela | 3.518 | 2,6 | |
| Venezuela | 1.595 | 2,4 | Italia | 2.371 | 2,4 | Colombia | 3.451 | 2,5 | |
| Resto países | 24.641 | 37,2 | Resto países | 42.339 | 43,3 | Resto países | 48.461 | 35,7 | |
| Total países | 66.315 | 100,0 | Total países | 97.715 | 100,0 | Total países | 135.579 | 100,0 | |
| Argentina | 2.130 | 11,7 | Reino Unido | 3.408 | 9,6 | Ecuador | 15.700 | 21,4 | |
| Reino Unido | 1.818 | 10,0 | Ecuador | 3.341 | 9,5 | Francia | 6.023 | 8,2 | |
| Estados Unidos | 1.808 | 9,9 | Argentina | 3.335 | 9,4 | Reino Unido | 5.946 | 8,1 | |
| Venezuela | 1.362 | 7,5 | Venezuela | 2.998 | 8,5 | Colombia | 4.918 | 6,7 | |
| Alemania | 1.221 | 6,7 | Estados Unidos | 2.448 | 6,9 | Venezuela | 4.704 | 6,4 | |
| Francia | 1.209 | 6,6 | Francia | 2.287 | 6,5 | Estados Unidos | 4.687 | 6,4 | |
| Suiza | 898 | 4,9 | Alemania | 1.880 | 5,3 | Alemania | 4.344 | 5,9 | |
| Bélgica | 700 | 3,8 | Bélgica | 1.655 | 4,7 | Argentina | 3.431 | 4,7 | |
| Colombia | 521 | 2,9 | Suiza | 1.381 | 3,9 | Bélgica | 2.553 | 3,5 | |
| Rep. Dominicana | 478 | 2,6 | Cuba | 1.055 | 3,0 | Suiza | 2.392 | 3,3 | |
| Resto países | 6.126 | 33,5 | Resto países | 11.532 | 32,7 | Resto países | 18.705 | 25,5 | |
| Total países | 18.271 | 100,0 | Total países | 35.320 | 100,0 | Total países | 73.403 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

CUADRO 7

PRINCIPALES DESTINOS DE LA EMIGRACIÓN DE NACIONALES ESPAÑOLES SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2012-2014)

| | 0 - 19 años | | | 20 - 39 años | | |
|--------------------------|---------------------------------|------------|-------|----------------|------------|-------|
| | País | Emigrantes | % | País | Emigrantes | % |
| Español nacido en España | Ecuador | 6.518 | 16,9 | Reino Unido | 11.335 | 18,7 |
| | Francia | 4.549 | 11,8 | Alemania | 8.034 | 13,2 |
| | Reino Unido | 3.113 | 8,1 | Francia | 6.345 | 10,4 |
| | Alemania | 3.050 | 7,9 | Estados Unidos | 5.092 | 8,4 |
| | Estados Unidos | 2.550 | 6,6 | Suiza | 3.574 | 5,9 |
| | Bélgica | 2.277 | 5,9 | Chile | 2.103 | 3,5 |
| | Colombia | 2.160 | 5,6 | Bélgica | 1.412 | 2,3 |
| | Bolivia | 1.302 | 3,4 | Países Bajos | 1.345 | 2,2 |
| | Argentina | 1.078 | 2,8 | China | 1.301 | 2,1 |
| | Perú | 1.017 | 2,6 | Brasil | 1.201 | 2,0 |
| | Resto países | 10.916 | 28,3 | Resto países | 19.016 | 31,3 |
| | Total países | 38.530 | 100,0 | Total países | 60.758 | 100,0 |
| | Español nacido en el extranjero | Ecuador | 3.015 | 22,8 | Ecuador | 6.841 |
| Reino Unido | | 1.012 | 7,7 | Reino Unido | 3.122 | 9,7 |
| Venezuela | | 956 | 7,2 | Francia | 2.430 | 7,6 |
| Colombia | | 903 | 6,8 | Alemania | 2.248 | 7,0 |
| Francia | | 899 | 6,8 | Estados Unidos | 2.110 | 6,6 |
| Estados Unidos | | 864 | 6,5 | Venezuela | 2.066 | 6,4 |
| Alemania | | 603 | 4,6 | Colombia | 1.985 | 6,2 |
| Suiza | | 420 | 3,2 | Argentina | 1.403 | 4,4 |
| Bélgica | | 402 | 3,0 | Suiza | 1.258 | 3,9 |
| R. Dominicana | | 387 | 2,9 | Bélgica | 1.000 | 3,1 |
| Resto países | | 3.759 | 28,4 | Resto países | 7.637 | 23,8 |
| Total países | | 13.220 | 100,0 | Total países | 32.100 | 100,0 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

El desglose por edades de la emigración de nacionales españoles durante el trienio 2012-2014 solo confirma nuestras sospechas (cuadro 7). Fijémonos cómo, entre los menores, Ecuador ocupa el primer lugar, pero también Francia, lo que podría corroborar nuestro argumento sobre

la predilección por el país vecino como destino de la población marroquí nacionalizada española. En el extremo opuesto, entre los mayores de 65 años, el hecho de que países que en su momento fueron la meta de la emigración española del siglo XX (como Venezuela, Francia, o

CUADRO 7 (CONTINUACIÓN)

PRINCIPALES DESTINOS DE LA EMIGRACIÓN DE NACIONALES ESPAÑOLES SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y GRUPO DE EDAD (ESPAÑA, 2012-2014)

| | 40 - 64 años | | | 65 y más años | | |
|---------------------------------|----------------|------------|--------------|----------------|------------|------|
| | País | Emigrantes | % | País | Emigrantes | % |
| Español nacido en España | Francia | 2.751 | 9,9 | Venezuela | 1.800 | 21,4 |
| | Estados Unidos | 2.608 | 9,4 | Francia | 1.233 | 14,7 |
| | Reino Unido | 2.500 | 9,0 | Argentina | 826 | 9,8 |
| | Alemania | 2.321 | 8,3 | Alemania | 625 | 7,4 |
| | Suiza | 2.158 | 7,7 | Estados Unidos | 585 | 7,0 |
| | Venezuela | 1.161 | 4,2 | Suiza | 387 | 4,6 |
| | Brasil | 981 | 3,5 | Reino Unido | 375 | 4,5 |
| | Bélgica | 839 | 3,0 | Brasil | 357 | 4,3 |
| | Chile | 799 | 2,9 | Andorra | 167 | 2,0 |
| | Andorra | 698 | 2,5 | Bélgica | 155 | 1,8 |
| Resto países | 11.077 | 39,7 | Resto países | 1.888 | 22,5 | |
| Total países | 27.893 | 100,0 | Total países | 8.398 | 100,0 | |
| Español nacido en el extranjero | Ecuador | 5.572 | 21,9 | Cuba | 533 | 20,2 |
| | Francia | 2.615 | 10,3 | Argentina | 486 | 18,4 |
| | Colombia | 1.869 | 7,3 | Ecuador | 272 | 10,3 |
| | Reino Unido | 1.775 | 7,0 | Colombia | 161 | 6,1 |
| | Venezuela | 1.582 | 6,2 | Uruguay | 134 | 5,1 |
| | Estados Unidos | 1.581 | 6,2 | Estados Unidos | 132 | 5,0 |
| | Alemania | 1.449 | 5,7 | Chile | 105 | 4,0 |
| | Argentina | 1.159 | 4,6 | Venezuela | 100 | 3,8 |
| | Bélgica | 1.137 | 4,5 | Perú | 94 | 3,6 |
| | Perú | 723 | 2,8 | Francia | 79 | 3,0 |
| Resto países | 5.980 | 23,5 | Resto países | 545 | 20,6 | |
| Total países | 25.442 | 100,0 | Total países | 2.641 | 100,0 | |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

Argentina) ocupen los primeros lugares también reafirma nuestra intuición de que se trata de reemigraciones de antiguos emigrados españoles. ¿Qué decir de los jóvenes entre 20 y 39 años? En ese grupo de edad sí que parece que los países de destino coinciden con la imagen que nos

hacemos de la emigración de jóvenes españoles de alta cualificación, con países europeos como Reino Unido o Alemania a la cabeza, Estados Unidos, o países emergentes como China y Brasil, en menor medida. Si nos fijamos en los nacionalizados españoles, el retorno gana posiciones

a medida que avanza la edad. De este modo, la presencia de países de origen de la reciente inmigración internacional (como Ecuador, Colombia, Venezuela, Argentina o Perú) entre los primeros lugares, a medida que aumenta la edad, es más frecuente a partir de los 40 años.

4.2. La pista del retorno: retorno de inmigrados y retorno de autóctonos

4.2.1. El retorno de inmigrados

El estudio del retorno plantea la gran dificultad de la incógnita que representa el alto porcentaje de bajas por caducidad de las que se ignora el país de destino (si es que realmente se trata de emigraciones). De las emigraciones de nacionales extranjeros, solo contamos con información sobre su destino para aproximadamente el 15 por ciento de las salidas. El control aparentemente mejor de los que tienen nacionalidad española permitiría creer que existe un mayor porcentaje de retorno que entre los no nacionalizados, pero ello es un efecto del desconocimiento del país de destino en el caso de los extranjeros. De todos modos, quedémonos con el dato de que más de una tercera parte de los españoles nacidos en el extranjero –cuya inmensa mayoría son inmigrados extranjeros nacionalizados en España– deciden emigrar a un tercer país, y que

esa pauta parece ser una constante: la nacionalidad española abre las puertas a la movilidad internacional (cuadro 8).

Dadas las deficiencias apuntadas en la información sobre el retorno de los extranjeros, nos vamos a centrar en el retorno de los españoles nacidos en el extranjero. El análisis por edades del retorno de los nacionalizados españoles en el trienio 2012-2014 no presenta pautas demasiado alejadas de las que ya hemos analizado para la emigración de nacionalizados extranjeros en su conjunto (gráfico 4). Los mayores porcentajes de retorno se localizan en las edades avanzadas, en las que ocho de cada diez salidas se dirigen al país de nacimiento del emigrante, siendo también muy significativos los porcentajes de retorno entre los grupos más jóvenes. Por su parte, en las edades centrales el peso del retorno es significativamente inferior, aunque, en todos los grupos, como mínimo una de cada dos salidas se dirige hacia el país de origen.

Por último, hemos incluido un gráfico que representa el porcentaje de españoles oriundos de otros países que han retornado, según el país de nacimiento (gráfico 5). Lo primero que llama la atención es el muy bajo porcentaje de retornados en el caso de los nacidos en Marruecos, seguidos a distancia de los porcentajes moderados que representan Cuba o la República Dominicana, alrededor de la mitad de emigraciones de retorno. En contraposición, destacan los altos porcentajes de retorno para los españoles nacidos en algunos países latinoamericanos, como Ecuador o Bolivia, o países europeos como Alemania.

CUADRO 8

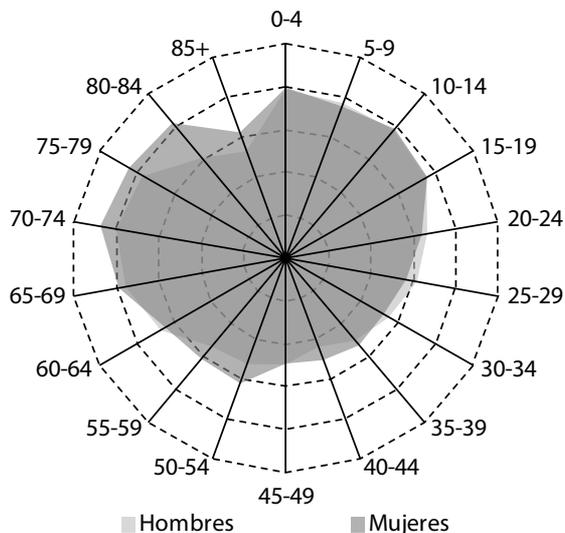
UNA APROXIMACIÓN AL RETORNO DE LOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO (2006-2014)

| | | 2006 - 2008 | 2009 - 2011 | 2012 - 2014 |
|--------------------------------|----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| | | % | % | % |
| Españoles nacidos extranjero | Emigran país de nacimiento | 62,8 | 64,2 | 62,1 |
| | Emigran a otro país | 37,2 | 35,8 | 37,9 |
| Extranjeros nacidos extranjero | Emigran país de nacimiento | 14,8 | 11,1 | 11,3 |
| | Emigran a otro país | 1,6 | 1,3 | 1,3 |
| | Destino desconocido | 83,6 | 87,7 | 87,4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

GRÁFICO 4

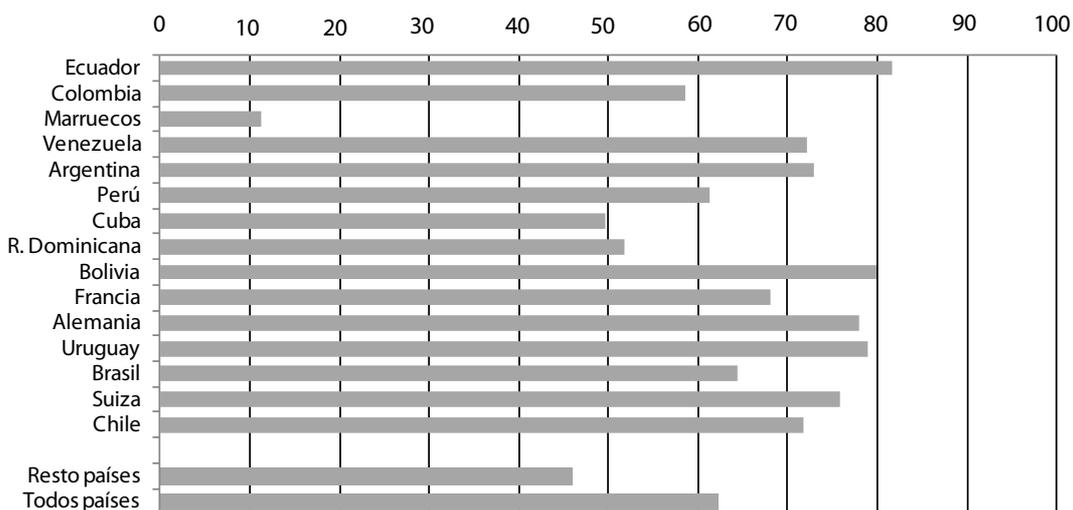
PORCENTAJE DE RETORNO AL PAÍS DE NACIMIENTO DE LOS ESPAÑOLES NACIDOS EN EL EXTRANJERO SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD QUINQUENAL (2012-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2012-2014 (INE).

GRÁFICO 5

PORCENTAJE DE RETORNO DE LOS ESPAÑOLES NACIDOS EN EL EXTRANJERO EN FUNCIÓN DEL PAÍS DE NACIMIENTO (2012-2014)



Nota: los países de nacimiento se han ordenado de mayor a menor número de emigrantes de nacionalidad española en el periodo 2012-2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2012-2014 (INE).

Esas diferencias en el retorno se interpretan a partir de tres factores. En primer lugar, la existencia o no de un espacio social de retorno en el país de origen: las condiciones políticas y materiales para volver parecen de este modo más favorables en los países latinoamericanos que en Marruecos. En segundo lugar, la presencia de redes transnacionales consolidadas por la tradición emigratoria de cada país, que puede facilitar la emigración a terceros países; sería el caso de Marruecos (Domingo y Sabater 2013b), pero igualmente el de la República Dominicana o Colombia. Finalmente, y de signo contrario, no puede desdeñarse tampoco el factor de atracción que representan las políticas a favor del retorno implementadas en los países de origen, como sería el caso de Ecuador.

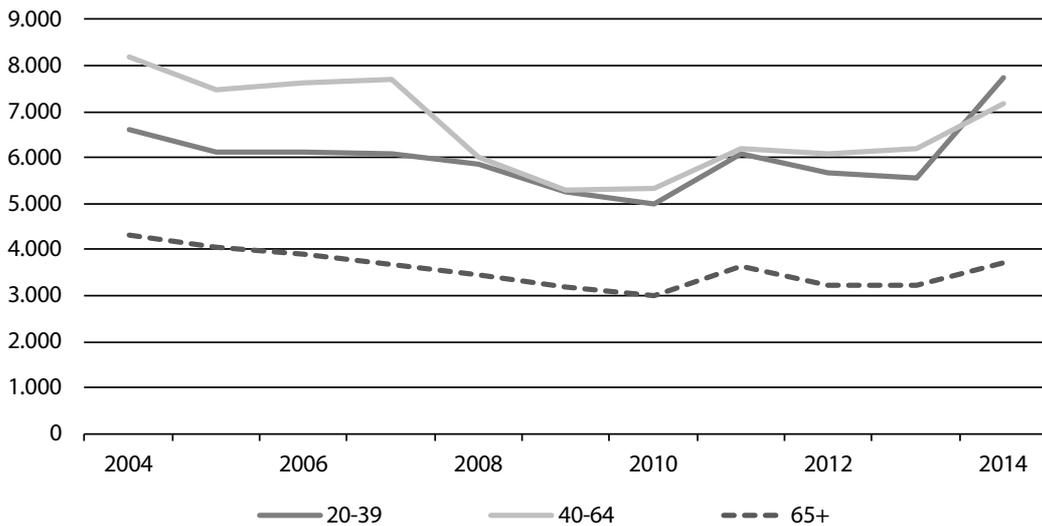
los grupos centrales entre los 20 y los 64 años, coincidiendo con el inicio de la crisis económica (gráfico 6). Más problemático resulta interpretar la posterior recuperación, que parece escalonada, con un primer punto de alza en 2011, y una decidida subida para el último año 2014, que, sin embargo, no alcanza a igualar los niveles anteriores a la crisis económica. En una lectura optimista podría aducirse que esa última tendencia correspondería a la mejora de las condiciones en España y que, por lo tanto, algunos de los que pudieron haber pospuesto su retorno durante la época de crisis lo hacen ahora, mientras que, en una interpretación más pesimista, podríamos pensar que es un reflejo de un fracaso en el proyecto migratorio. Una interpretación más neutral supondría creer que los que ahora regresan lo hacen porque han conseguido aquellas metas que se habían propuesto durante el tiempo que estuvieron fuera, lo cual podría aplicarse, sobre todo, a los más jóvenes si esa estancia estaba ligada a un ciclo formativo. El hecho de que durante el año 2014 las salidas de españoles hayan seguido creciendo matiza la interpretación sobre la recuperación económica. Con la poca información que nos proporcionan los datos disponibles, no podemos ir mucho más lejos en nuestras deducciones. Sin embargo, podríamos apuntar la hipó-

4.2.2. El retorno a España de autóctonos

La progresión de las entradas de españoles nacidos en España desde el extranjero en la década de 2004 a 2014 dibuja muy bien el efecto de la crisis con una caída notable de ese flujo a todas las edades, pero especialmente en

GRÁFICO 6

INMIGRANTES A ESPAÑA DE NACIONALIDAD ESPAÑOLA Y NACIDOS EN ESPAÑA QUE PROCEDEN DEL EXTRANJERO SEGÚN GRAN GRUPO DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2012-2014 (INE).

tesis de que lo que aparece como “una vuelta a la normalidad” (por lo menos estadística) no lo es tanto. Es decir, la recuperación del retorno de españoles nacidos en España entre los jóvenes y los adultos-maduros a niveles parecidos a los que se daban con anterioridad a la crisis económica puede encubrir una transformación en el fenómeno de la emigración española en términos de saldo migratorio. Lo que se habría normalizado es una emigración que, con anterioridad a la crisis, era muy baja y siempre compensada por un retorno similar, y ahora es muy superior, sin que podamos pronunciarnos sobre el carácter de dicho retorno.

Un dato más lo puede aportar el lugar al que se retorna. Una estimación indirecta que mide el porcentaje de retornados a la misma comunidad autónoma en la que nacieron (no necesariamente la misma de la que partieron) ofrece algunas pistas (cuadro 9). El porcentaje

más elevado de retorno a la comunidad de nacimiento se da para los oriundos de Cataluña, Madrid, las Islas Canarias, Baleares y Galicia, con valores alrededor del 80 por ciento, que contrastan con los porcentajes inferiores al 50 por ciento de CC.AA. como Aragón, Castilla y León, Castilla-La Mancha o Extremadura. Ese comportamiento territorial no es nuevo: el retorno de emigrados españoles en los años ochenta del siglo pasado también trazaba esa dicotomía, en la que las áreas metropolitanas de Madrid o Barcelona podían estar captando el retorno de oriundos de otras regiones españolas. Si lo que observamos es esa coincidencia entre lugar de nacimiento y de retorno en el caso de los jóvenes de 20 a 39 años, lo primero que constatamos es que Galicia se desmarca del grupo con mayor porcentaje de retorno: los jóvenes gallegos no vuelven a Galicia en la misma proporción observada para el total de edades, un 70 por ciento frente al 77 por ciento del conjunto de la pobla-

CUADRO 9

PORCENTAJE DE ESPAÑOLES NACIDOS EN ESPAÑA QUE PROCEDEN DEL EXTRANJERO Y CUYO DESTINO ES SU COMUNIDAD AUTÓNOMA DE NACIMIENTO

| | 20 - 39 años (%) | 40 - 64 años (%) | Total (%) |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|--------------|
| Andalucía | 74,4 | 63,3 | 68,6 |
| Aragón | 53,9 | 43,6 | 49,5 |
| Asturias, Principado de | 64,7 | 54,6 | 59,6 |
| Baleares, Illes | 82,1 | 71,3 | 79,9 |
| Canarias | 85,9 | 83,2 | 84,4 |
| Cantabria | 61,1 | 56,4 | 59,7 |
| Castilla y León | 47,7 | 39,2 | 44,2 |
| Castilla-La Mancha | 54,7 | 30,7 | 41,2 |
| Cataluña | 85,5 | 79,0 | 83,2 |
| Comunidad Valenciana | 79,1 | 76,4 | 79,0 |
| Extremadura | 52,3 | 33,4 | 42,5 |
| Galicia | 70,0 | 79,3 | 77,2 |
| Madrid, Comunidad de | 79,2 | 74,7 | 79,4 |
| Murcia, Región de | 61,1 | 54,5 | 61,7 |
| Navarra, Comunidad Foral de | 67,4 | 55,4 | 61,8 |
| País Vasco | 73,6 | 59,0 | 69,0 |
| Rioja, La | 56,1 | 46,3 | 49,8 |
| Ceuta | 81,9 | 26,9 | 62,0 |
| Melilla | 62,1 | 44,0 | 52,0 |
| España | 74,8 | 65,9 | 71,4 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la EVR, 2006-2014 (INE).

ción. Eso es debido al peso del retorno a edades avanzadas que existe en Galicia, fenómeno que la singulariza, pero que además explica que las personas jubiladas elijan su pueblo o comunidad natal como lugar de asentamiento en su retiro. Esa dicotomía, sin embargo, no se da en las Islas Canarias, donde el retorno de mayores es notable, debido a la importancia de la emigración en el siglo XX, pero también lo es para los jóvenes, claramente por encima del valor nacional.

**5. LA DIMENSIÓN TERRITORIAL:
PAUTAS SUBTERRÁNEAS**

Cataluña, Madrid y la Comunidad Valenciana destacan como las CC.AA. con la intensidad emigratoria más alta de toda España, tanto para los hombres como para las mujeres, si consideramos

los flujos en su conjunto, es decir, sin discriminar por lugar de nacimiento o nacionalidad (cuadro 10). La geografía dibujada por la escala provincial no difiere de esa primera impresión: Madrid, junto con el arco mediterráneo y las islas, concentra las mayores tasas de emigración durante el período posterior al inicio de la crisis en 2008. Al descomponer esa intensidad según el lugar de nacimiento y la nacionalidad, parece que Cataluña, junto con el País Vasco, acusa mucho más la salida de extranjeros, mientras que Madrid, junto con Galicia, presenta las tasas más elevadas en la emigración de españoles nacidos en España, pero también de españoles nacidos en el extranjero, además de Murcia y las Islas Canarias. Esa distribución geográfica aconseja cautela ante una interpretación que identifique a Cataluña como la mayor expulsora de migración extranjera y, en cambio, a Madrid como la mayor expulsora de españoles, nacionalizados u oriundos.

CUADRO 10

TASAS DE EMIGRACIÓN AL EXTRANJERO (POR CIENTO MIL HABITANTES), POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, SEGÚN NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO (2009-2014)

| | <i>Nacionalidad española</i> | | | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| | <i>Nacido España</i> | <i>Nacido extranjero</i> | <i>Extranjeros</i> | <i>Total</i> |
| Andalucía | 61 | 938 | 4.504 | 451 |
| Aragón | 69 | 1.201 | 3.917 | 570 |
| Asturias, Principado de | 76 | 969 | 6.189 | 375 |
| Baleares, Illes | 95 | 1.231 | 4.279 | 1.007 |
| Canarias | 96 | 1.367 | 3.138 | 586 |
| Cantabria | 69 | 908 | 5.668 | 446 |
| Castilla y León | 67 | 925 | 5.092 | 407 |
| Castilla-La Mancha | 51 | 1.242 | 4.923 | 581 |
| Cataluña | 109 | 1.328 | 8.346 | 1.416 |
| Comunidad Valenciana | 90 | 1.276 | 5.944 | 1.094 |
| Extremadura | 39 | 907 | 4.697 | 216 |
| Galicia | 112 | 965 | 5.622 | 359 |
| Madrid, Comunidad de | 173 | 1.450 | 6.937 | 1.272 |
| Murcia, Región de | 77 | 1.450 | 4.653 | 830 |
| Navarra, Comunidad Foral de | 87 | 1.350 | 6.146 | 775 |
| País Vasco | 88 | 998 | 8.229 | 641 |
| Rioja, La | 78 | 1.516 | 6.512 | 999 |
| Ceuta | 160 | 676 | 5.319 | 506 |
| Melilla | 193 | 649 | 5.445 | 963 |

Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR, 2009-2014 y de la *Estadística del Padrón Continuo, 2009-2015* (INE).

Dos fenómenos, ambos relacionados con la emigración de españoles, perturban nuestra visión. El primero tiene que ver con la propia legislación. Efectivamente, la composición de la población inmigrada en cada una de las CC.AA. y provincias explica las diferencias territoriales en la intensidad de la emigración de los españoles. Ya hemos comentado el efecto legislativo que favorece la nacionalización de los emigrantes latinoamericanos, tanto para los llegados como para sus descendientes que nacen en España. En este

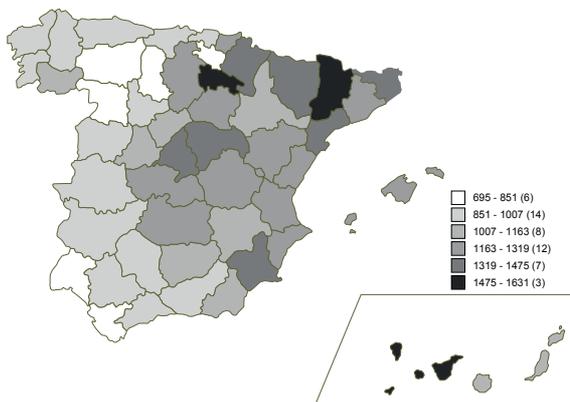
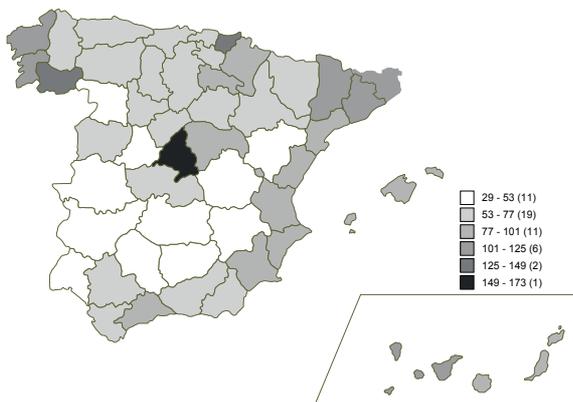
sentido, la mayor tasa de emigración de españoles en Madrid se debe al peso de la emigración latinoamericana en esa comunidad, tal y como también queda reflejado en las tasas más elevadas de emigración de españoles entre 0 y 19 años que corresponden al segundo caso comentado. La otra excepcionalidad, marcada por las mayores tasas de emigración de españoles (nacidos en España) en Galicia o las Islas Canarias, introduce una segunda realidad, reclamando la atención hacia los procesos de reemigración de antiguos

MAPA 1

TASAS DE EMIGRACIÓN AL EXTRANJERO (POR CIENTOS MIL RESIDENTES), POR PROVINCIAS, SEGÚN NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO (2009-2014)

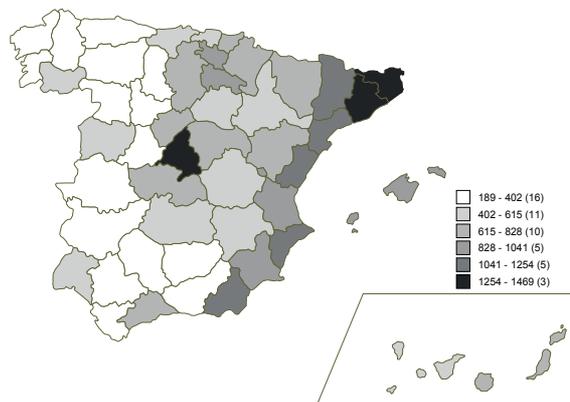
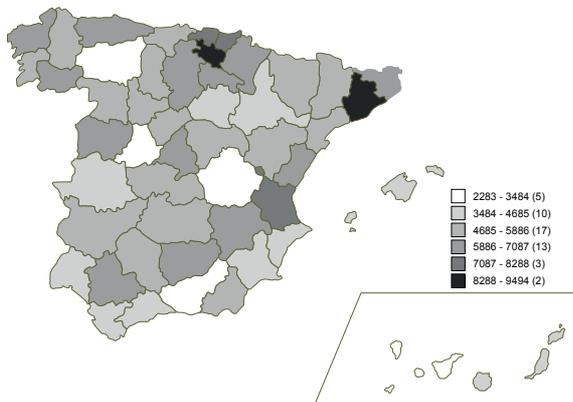
Españoles nacidos en España

Españoles nacidos en el extranjero



Extranjeros

Total



Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR, 2009-2014 y de la Estadística del Padrón Continuo, 2009-2015 (INE).

CUADRO 11

TASAS DE EMIGRACIÓN AL EXTRANJERO DE POBLACIÓN JOVEN (20-39 AÑOS) DE NACIONALIDAD ESPAÑOLA NACIDA EN ESPAÑA (POR CIENTOS MIL RESIDENTES), POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2009-2014)

| | Hombres | Mujeres | Total |
|-----------------------------|---------|---------|-------|
| Andalucía | 115 | 108 | 111 |
| Aragón | 139 | 149 | 144 |
| Asturias, Principado de | 171 | 174 | 172 |
| Baleares, Illes | 132 | 128 | 130 |
| Canarias | 123 | 105 | 114 |
| Cantabria | 135 | 137 | 136 |
| Castilla y León | 140 | 156 | 148 |
| Castilla-La Mancha | 91 | 93 | 92 |
| Cataluña | 183 | 195 | 189 |
| Comunidad Valenciana | 151 | 157 | 154 |
| Extremadura | 78 | 78 | 78 |
| Galicia | 173 | 173 | 173 |
| Madrid, Comunidad de | 276 | 272 | 274 |
| Murcia, Región de | 97 | 94 | 95 |
| Navarra, Comunidad Foral de | 148 | 157 | 152 |
| País Vasco | 183 | 202 | 192 |
| Rioja, La | 134 | 149 | 141 |
| Ceuta | 203 | 142 | 174 |
| Melilla | 196 | 298 | 244 |

Fuentes: Elaboración propia a partir de la EVR, 2009-2014, y de la *Estadística del Padrón Continuo, 2009-2015* (INE).

inmigrantes españoles (o sus descendientes) que decidieron durante la época de bonanza volver a España y que, con la crisis, han decidido volver a emigrar. Esa intuición se corrobora si analizamos la emigración para los mayores de 65 años, que aun resultando atípica, es significativamente más elevada en las Islas Canarias o Galicia, independientemente de que en esas dos CC.AA. las tasas de emigración de los jóvenes españoles también sean elevadas. La excepcionalidad gallega y canaria nos recuerda, primero, que no solo las generaciones más jóvenes han sido damnificadas por el ajuste estructural y, segundo, que el pasado demográfico, y en concreto el migratorio de cada territorio, determina también las intensidades y, presumiblemente, las pautas de la emigración actual. Eso quedaría recogido en los destinos diferentes de cada comunidad autónoma o provincia, y ya no solo para el grupo de los mayores.

Centrémonos en el grupo de nacidos en España con nacionalidad española entre 20 y 39

años, al que podríamos considerar esa “generación perdida” protagonista de la emigración española (cuadro 11). No solo los números absolutos, sino también las tasas son muchísimo menores que los correspondientes números y tasas en el caso de los extranjeros y nacionalizados españoles. Por suerte, en este grupo de edad, aunque el sesgo de la población latinoamericana puede existir, no debería ser tanto como el supuesto para el grupo de menores. Más que la jerarquía –con Madrid en primer lugar, seguida del País Vasco y Cataluña–, lo que nos debe llamar la atención es la diferente propensión a emigrar dependiendo del sexo, que puede actuar también como indicador indirecto del nivel de estudios. Tanto en los valores absolutos como en las tasas, la diferencia por sexos es definitiva de la composición por lugar de nacimiento: entre los extranjeros y los nacionalizados españoles emigran mucho más hombres que mujeres. Esa propensión está relacionada con las oportunidades laborales diferenciales entre unos y otros (relativamente mejores para las mujeres), pero también con los roles de

género. En el caso de la emigración de españoles, las mujeres destacan sobre los hombres, por lo menos durante la juventud. Esa primacía se ha relacionado con los niveles de estudios universitarios de las generaciones femeninas más jóvenes, por encima de sus coetáneos masculinos. Pues bien, las tasas femeninas de emigración a esas edades son superiores a las masculinas en Cataluña y el País Vasco (como sucede también en la Comunidad Valenciana, entre las CC.AA. con tasas más altas), y, sin embargo, sucede lo contrario en Madrid o Andalucía.

6. CONCLUSIONES: ¿UNA NUEVA EMIGRACIÓN PARA UN NUEVO SISTEMA DEMOGRÁFICO?

El análisis comparativo y contextual que hemos llevado a cabo nos permite afirmar que la focalización casi exclusiva del estudio y de la consideración de la emigración española a raíz de la crisis económica en la emigración de jóvenes de alto nivel de cualificación presenta dos problemas: en primer lugar, olvida otras expulsiones, y en segundo lugar, impone *a priori* una categorización que, de hecho, confunde más que ayuda a comprender unos movimientos que solo al final de las trayectorias vitales van a cobrar sentido. Así, tenemos que recordar cómo, junto con la emigración de jóvenes españoles no vinculados a la inmigración, siguen produciéndose las mucho más numerosas correspondientes a los extranjeros o nacionalizados españoles, y que entre los autóctonos, aunque menos numerosas, se dan las de los emigrantes españoles reemigrados de mayor edad (relacionados con la emigración del siglo XX), o las emigraciones de españoles de arrastre (menores y cónyuges seguramente asociados a la emigración del siglo XXI). Y aun entre las migraciones de jóvenes españoles habría que discernir si se trata de movimientos que corresponden al ciclo de movilidad que incumbe a la formación cosmopolita de unas capas emergentes de las clases medias-altas ligadas a la sociedad de la información –para entendernos, los que habrían emigrado para completar su formación, independientemente de la crisis o no–, o si se trata de un desplazamiento forzado por la ausencia de oportunidades de trabajo, dada la incapacidad del sistema español de I+D+i para absorber las sucesivas promociones que las universidades ponen en el mercado de trabajo; todo ello, con

independencia del resultado final de esos movimientos como inversión de capital humano; para simplificar: del éxito o fracaso de la migración en términos formativos y laborales.

Lo mismo podría decirse respecto a la resiliencia, es decir, a la pregunta que presentábamos en la introducción y que pende constantemente sobre la aproximación al tema: ¿puede considerarse la emigración como un resultado de la redundancia o, por el contrario, debe ser vista como una estrategia de resiliencia? Posiblemente, ambas cosas a la vez. Y aquí sí que el propio discurso político, mediático y académico alrededor de la emigración de jóvenes altamente cualificados (en detrimento de otros grupos de población), al señalarlos paradójicamente como una “generación perdida”, puede considerarse como una contribución a construir resiliencia sobre unas personas o tipos de emigración concretos por encima de otros, de unos grupos de edad sobre otros, de unas generaciones sobre otras. En este sentido, queremos destacar que ese resultado no es una estrategia individual; detrás de la emigración de jóvenes está en juego la reproducción social de ciertas capas y el ascenso de otras que se ve cumplimentado en el éxito profesional de unos descendientes que han contado y cuentan con la inversión material y afectiva de sus progenitores. La retórica política que ensalza esa resiliencia, pero que, sin embargo, no hace nada para asistir a las personas que se encuentran emigradas, como tampoco lo ha hecho para retenerlas, deviene un ejercicio estéril si consideramos que han contribuido a todo lo contrario: a su expulsión. El análisis del retorno que aquí hemos llevado a cabo, y la constatación de que, pese a la drástica caída de los flujos de inmigración de extranjeros, estos siguen existiendo, nos lleva a la consideración de que el *boom* migratorio de principios del siglo XXI no fue algo accidental para la demografía española, sino la entrada en una nueva fase, en la cual inmigración y emigración van a cambiar de intensidad, dependiendo de la coyuntura económica, pero coexistiendo, y ambas con una naturaleza completamente diferente de la que presentaban en siglos pasados. Como ya advertimos en un trabajo anterior al iniciarse la emigración de españoles (Domingo y Sabater, 2013), la presentación de la emigración como un proyecto individual de competencia meritocrática en el libre mercado, en virtud del cual los emigrados se sacrifican apostando por una inversión en su propio capital humano, apelando a su “emprendimiento”, “espí-

ritu de aventura" o similares metas, menosprecia interesadamente lo que ya el sociólogo Pierre Bourdieu puso de relieve al tratar los efectos de la crisis de los años setenta sobre las trayectorias de movilidad social de los jóvenes: se trata de una disrupción de la dialéctica entre las oportunidades objetivas y las esperanzas subjetivas que se reproducen mutuamente (Bourdieu, 2012: 194).

Por último, es necesario insistir en la urgencia de disponer de más y mejores datos sobre la emigración para entender las transformaciones que en ese campo se están dando y poderlas valorar correctamente, ya que de ello no solo depende la comprensión del impacto que ha tenido la crisis económica en diferentes generaciones españolas, sino también del modo en que conviene afrontar el futuro. De lo contrario, nos condenamos a instalarnos en el espacio vago de la elucubración, terreno abonado para la fabulación más o menos interesada.

BIBLIOGRAFÍA

ALAMINOS, A., y O. SANTACREU (2010), "La emigración cualificada española en Francia y Alemania", *Papers. Revista de sociología*, 95: 201-211.

ÁLVAREZ, A. (2006), *Nacionalidad de los hijos de extranjeros nacidos en España*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

— (2014), "Algunos de los niños extranjeros nacidos en España son españoles", *Migraciónderecho.es*, 12-1-2014 (http://www.migrarconderechos.es/bibliografia/hijos_extranjeros_nacidos_espana_son_espanoles).

BOURDIEU, P. (2012[1979]), *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.

CABRÉ, A., y A. DOMINGO (2014), "L'emigració des de Catalunya: aspectes demogràfics i prospectius", en: SÁNCHEZ-MONTUJANO, E., y X. ALONSO (eds.), *L'emigració a Catalunya, Espanya i la Unió Europea*, Barcelona, CIDOB-CEPAL: 21-38.

CACHÓN, L. (2012), "La inmigración de mañana en la España de la Gran Recesión y después", *Panorama Social*, 16: 71-83.

DEL RÍO DUQUE, M. L. (2009), "Un análisis de la fuga de cerebros desde la teoría de redes sociales", *Sociedad y economía*, 17: 89-113.

DOMINGO, A., y A. BLANES (2015), "Inmigración y emigración en España: estado de la cuestión y perspectivas de futuro" en ARANGO, J.; MOYA, D.; OLIVER, J., y E. SÁNCHEZ-MONTUJANO (dir.), *Flujos cambiantes, atonía institucional. Anuario de Inmigración en España, 2014*, Barcelona, CIDOB: 94-122.

— (en prensa), "The Galician diaspora in the 21st Century: Demographic renovation as a response to the economic crisis", en DEPALMA, R., y A. PÉREZ-CARAMÉS (coord.), *Beyond global cities: A case study of emerging super-diversity*, Nueva York, Springer.

DOMINGO, A., y E. ORTEGA (2015), "La emigración española: esa vieja desconocida", en TORRES, C. (ed.), *España 2015. Situación social*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas: 207-224.

DOMINGO, A., y A. SABATER (2013a), "Crisis económica y emigración: la perspectiva demográfica", en AJA, E.; ARANGO, J., y J. OLIVER (dir.), *Inmigración y crisis: entre la continuidad y el cambio. Anuario de Inmigración en España* (edición 2012), Barcelona, CIDOB: 61-87.

— (2013b), "Emigración marroquí desde España en contexto de crisis", *Revista internacional de estudios migratorios*, 3(1): 29-60.

DOMINGO, A.; SABATER, A., y E. ORTEGA (2014), "¿Migración neohispánica? El impacto de la crisis económica en la emigración española", *Empiria*, 29: 39-66.

DOMÍNGUEZ-MÚJICA, J.; DÍAZ-HERNÁNDEZ, R., y J. PARREÑO-CASTELLANO (2016), "Migrating abroad to get ahead: The emigration of young Spanish adults during the financial crisis (2008-2013)", en J. DOMÍNGUEZ-MÚJICA (ed.), *Global Change and Human Mobility*, Singapur, Springer: 203-224.

GIL-ALONSO, F. (2010), "Análisis de dos propuestas metodológicas para estimar las salidas de extranjeros de España: las bajas por caducidad padronales y la renovación de las tarjetas de residencia temporales", *Estadística española*, 52 (174): 277-309.

GLORIUS, B. (2016), "New 'guest workers' from Spain? Exploring migration to Germany in the

context of economic and social change”, en J. DOMÍNGUEZ-MÚJICA (ed.), *Global change and human mobility*, Singapur, Springer: 225-247.

GONZÁLEZ-FERRER, A. (2012), “Los españoles se van más de Madrid, los extranjeros, de Cataluña”, *eldiario.es*, 22 de noviembre.

— (2013), “La nueva emigración española. Lo que sabemos y lo que no”, *Zoom Político*, 2013/18, Fundación Alternativas, Madrid.

NAVARRETE, L. (dir.) (2013), *La emigración de los jóvenes españoles en el contexto de la crisis. Análisis y datos de un fenómeno difícil de cualificar*, Madrid, Estudios INJUVE.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE LAS MIGRACIONES (OIM) (2012), *La emigración de profesionales cualificados: una reflexión sobre las oportunidades para el desarrollo*, Ginebra.

RODRÍGUEZ-FARIÑAS, J.; ROMERO-VALIENTE, J. M., y A. L. HIDALGO-CAPITÁN (2015a), “Los exiliados económicos. La tercera oleada de emigración española a Chile (2008-2014)”, *Geografía Norte Grande*. [online], 61: 107-133. (http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34022015000200007&script=sci_arttext).

— (2015b), “Los exiliados económicos. La nueva emigración española a Ecuador (2008-2015)”, *Revista OBETS*, 10(2): 397-435 (<http://hdl.handle.net/10045/52874>).

RUBIO, C. (2013), “Londres, tierra prometida. La emigración de jóvenes titulados catalanes a Londres”, *Periferia: revista de investigación y formación en antropología*, 18(2): 158-174.

RUIZ, J. (2007), “Fuga de cerebros. El caso de la investigación científica en economía”, *Transatlántica de educación*, 3: 82-87.

SANTOS, A. (2013), “Fuga de cerebros y crisis en España: los jóvenes en el punto de mira de los discursos empresariales”, *Áreas, Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 32: 125-137.

SASSEN, S. (2015), *Expulsiones. Brutalidad y complejidad en la economía global*, Barcelona, Katz.

TRIANDAFYLLOU, A., y R. GROPAS (2014), *Emigrating in times of crisis. Highlights and new*

data from an e-survey on high-skilled emigrants from Southern Europe and Ireland. Survey Report, Global Governance Programme, Florencia, Instituto Universitario Europeo.

WORLD ECONOMIC FORUM (2012), *Global Risks*, 2012, Ginebra, World Economic Forum.

El advenimiento de las regiones metropolitanas maduras en España: retos demográficos y socioeconómicos en un nuevo contexto urbano

ANTONIO LÓPEZ GAY*

RESUMEN*

Durante más de medio siglo, las regiones metropolitanas españolas han vivido en constante expansión urbana y demográfica. Las previsiones, sin embargo, apuntan a que entramos en un nuevo ciclo en el que la creación neta de hogares será cada vez menor, una dinámica que tendrá sus efectos en el territorio metropolitano. En este artículo se realiza una previsión de la creación neta de hogares para los próximos años, se analizan los nuevos patrones territoriales de la movilidad residencial, y se profundiza en su papel como mecanismo clave para reducir o aumentar la segregación sociodemográfica de las áreas urbanas españolas.

1. INTRODUCCIÓN

Las regiones metropolitanas españolas han experimentado durante las últimas décadas una constante expansión urbana y demográfica.

* Centre d'Estudis Demogràfics (tlopez@ced.uab.es).

♦ Este artículo se ha elaborado en el marco del proyecto de I+D+I "Movilidad residencial, selección sociodemográfica y sustitución de la población: ¿hacia la polarización de las ciudades españolas?" MOVIPOL (CSO2014-60967-JIN) del Ministerio de Economía y Competitividad.

Muchos de los científicos sociales que se han aproximado a su estudio durante este periodo han centrado su atención en el continuo cambio de forma del territorio urbano. Sin embargo, todo apunta a que este escenario que hemos conocido en las últimas décadas parece haber llegado a su fin. El paso de las generaciones tan numerosas nacidas durante el *baby boom* por las edades de emancipación residencial y, por tanto, de formación de hogares ha representado el colofón a este periodo expansivo. Una etapa final de una intensidad extraordinaria, alimentada también por el influjo migratorio internacional y un contexto económico muy favorable, pero la llegada de generaciones mucho menos numerosas a esas edades y el progresivo aumento del número de hogares que desaparecen por la cúspide de la pirámide marcarán el futuro a corto y medio plazo de las metrópolis españolas. Las regiones urbanas avanzan hacia una etapa de madurez, en la que la forma del territorio urbano experimentará pocos cambios, y será su contenido, sus habitantes, los que recibirán ahora la máxima atención.

En este contexto emergen nuevos retos para las metrópolis españolas. Los cambios de residencia de la población se convertirán en el motor de un mecanismo que permitirá equilibrar o perpetuar los desequilibrios sociodemográficos que existen actualmente en el territorio

metropolitano. En el presente trabajo se examina la base demográfica sobre la que se cimenta esta nueva etapa, se analizan los cambios más recientes de los patrones territoriales de la movilidad residencial asociados al advenimiento de esa nueva etapa y se exploran los contrastes demográficos del territorio urbano destacando el aumento de la capacidad de la movilidad residencial para modificar las estructuras sociodemográficas existentes. Procesos como el de la inminente renovación de la población en áreas altamente envejecidas, la transformación intensa de la composición sociodemográfica de zonas específicas de nuestras ciudades derivadas de una elevada demanda de vivienda, o la concentración de la pobreza en determinadas zonas del territorio deben entenderse bajo este nuevo escenario metropolitano.

Este trabajo se articula a través de los casos de las regiones metropolitanas más pobladas del país. Se han incluido las cuatro áreas urbanas (Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia) que, según el *Atlas Estadístico de las Áreas Urbanas* (Ministerio de Fomento, 2015), superan el millón de habitantes. De la misma forma, se han respetado en este artículo los conglomerados metropolitanos que propone dicho trabajo¹.

2. LA EXPANSIÓN DE LAS REGIONES METROPOLITANAS ESPAÑOLAS EN JAQUE. BASES DEMOGRÁFICAS DE SU TRANSICIÓN HACIA LA MADUREZ

Este apartado tiene el objetivo de identificar los componentes que han contribuido a la generación neta de hogares en los últimos años y de realizar una estimación de los que se generarán en la próxima década por el efecto de la estructura demográfica de la población. El número de hogares es una variable indisoluble del número de viviendas, tal y como recoge su propia definición². Así pues, podemos considerar que la evolución del número de hogares deter-

¹ Área urbana de Barcelona: 165 municipios y 5,0 millones de habitantes; área urbana de Madrid: 52 municipios y 6,0 millones de habitantes; área urbana de Sevilla: 24 municipios y 1,3 millones de habitantes; área urbana de Valencia: 45 municipios y 1,5 millones de habitantes.

² Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), se considera hogar al conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda.

mina, en gran medida, la evolución del parque de viviendas y, por tanto, la expansión del territorio urbano metropolitano.

A lo largo de la última mitad de siglo hemos presenciado un continuo aumento del número de hogares en las áreas urbanas españolas que ha acompañado la gran transformación del territorio metropolitano. Este crecimiento fue primero alimentado por los intensos flujos regionales e interregionales de población asociados al mercado de trabajo y a la transferencia de población activa del sector primario a la industria, la construcción y los servicios (Terán, 1999). Este proceso migratorio, además, contribuyó a la formación de las áreas metropolitanas, con el crecimiento de las áreas funcionales y la consolidación de unos ejes metropolitanos (Nel-lo, 2004). Durante la década de 1960 se generaron más de un millón de hogares en Barcelona y Madrid, a razón de un incremento relativo superior al 4,5 por ciento anual (cuadro 1). La década de 1980 representó un descenso generalizado en la creación de hogares en las cuatro regiones metropolitanas, fruto del freno de los flujos migratorios interregionales, del fin del proceso de asentamiento residencial de la población recién llegada y de una estructura demográfica que no contribuía a la generación de hogares, con una elevada concentración de población en edades adultas e infantil. En la década de 1990 se reemprendió el crecimiento intenso del número de hogares, alimentado en un primer momento por la llegada a edades de emancipación residencial de las primeras generaciones de *baby boomers*, una dinámica estructural favorable a la que se sumaría, a finales de la década, la contribución de la migración internacional. El censo de 1991 contabilizaba en España hasta 10 millones de jóvenes de 10 a 24 años de edad (una cuarta parte de la población española del momento) cuya llegada a las edades de emancipación residencial y de formación de hogares era inminente. Este fue el cimiento demográfico de la última gran etapa de desconcentración de la población y suburbanización territorial metropolitana.

Así pues, las décadas de 1990 y 2000 representaron el retorno a unos niveles de creación neta de hogares muy elevados. Se trata de un periodo de extraordinaria expansión territorial de las regiones metropolitanas españolas en el que la estructura demográfica de la población y la contribución de la migración internacional se combinaron para alimentar esta dinámica. Pero, ¿podemos identificar la contribución de cada

CUADRO 1

**EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN Y DEL NÚMERO DE HOGARES SEGÚN ÁREA URBANA
(BARCELONA, MADRID, SEVILLA Y VALENCIA, 1950-2011)**

| | 1950 | 1960 | 1970 | 1981 | 1991 | 2001 | 2011 | |
|--------|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| AU BCN | Población | 1.951.105 | 2.527.616 | 3.566.209 | 4.239.128 | 4.264.819 | 4.391.196 | 4.993.485 |
| | Hogares | 536.102 | 646.292 | 947.902 | 1.276.603 | 1.370.050 | 1.607.664 | 1.978.405 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | | 2,06 | 4,67 | 3,47 | 0,73 | 1,73 | 2,31 |
| AU MAD | Población | 1.643.334 | 2.346.744 | 3.600.236 | 4.510.484 | 4.650.634 | 5.135.225 | 5.957.080 |
| | Hogares | 471.373 | 587.735 | 936.902 | 1.295.993 | 1.451.684 | 1.773.362 | 2.308.405 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | | 2,47 | 5,94 | 3,83 | 1,20 | 2,22 | 3,02 |
| AU SEV | Población | 530.159 | 636.641 | 793.999 | 966.880 | 1.078.729 | 1.160.241 | 1.292.120 |
| | Hogares | 132.872 | 148.365 | 193.431 | 251.938 | 301.011 | 370.402 | 474.630 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | | 1,17 | 3,04 | 3,02 | 1,95 | 2,31 | 2,81 |
| AU VAL | Población | 699.702 | 763.124 | 1.050.346 | 1.279.823 | 1.321.197 | 1.360.214 | 1.541.085 |
| | Hogares | 223.447 | 208.066 | 282.793 | 372.395 | 424.034 | 491.489 | 620.030 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | | -0,69 | 3,59 | 3,17 | 1,39 | 1,59 | 2,62 |

Fuente: Elaboración propia a partir de los censos de población, 1950-2011.

uno de estos componentes en la generación neta de hogares a lo largo de los últimos años?

La metodología que se ha utilizado para responder a esta pregunta sigue la utilizada por Módenes y López-Gay (2014). Para cada uno de los cuatro periodos contemplados se ha proyectado la población de inicio de cada periodo utilizando las probabilidades de supervivencia de la población española del año correspondiente³. A la población proyectada en el año final de cada periodo se le ha aplicado la tasa de jefatura propia de su provincia según la *Encuesta de Población Activa*⁴. A través de este método se pueden identificar hasta tres efectos en la creación de hogares: (i) el efecto de la estructura demográfica⁵, que permite visualizar si la estructura por edad y sexo de la población está contribuyendo a la generación neta de hogares, (ii) el efecto de la evolución de las tasas de jefatura⁶, que muestra los cambios en la forma de configurar hogares de la población y que también tiene incidencia en la generación neta de hogares, y (iii) el efecto de la aportación del componente migratorio⁷, que recoge los hogares que se han creado por la llegada de población al ámbito de estudio.

³ Tablas de mortalidad de la población de España por año, sexo y edad simple (INE).

⁴ Las tasas de jefatura se han calculado en base a los cuatro ciclos trimestrales alrededor de cada momento de referencia (en 2003, por ejemplo, se han utilizado los datos de los trimestres 3 y 4 de 2002, y de los trimestres 1 y 2 de 2003) y se han aplicado a la población proyectada a final de cada periodo por grupos quinquenales de edad y sexo. Se han utilizado las tasas jefaturas de cada provincia, salvo en el caso de Sevilla, en el que, por cuestiones de muestreo, se ha utilizado el conjunto de la comunidad autónoma andaluza.

fica⁵, que permite visualizar si la estructura por edad y sexo de la población está contribuyendo a la generación neta de hogares, (ii) el efecto de la evolución de las tasas de jefatura⁶, que muestra los cambios en la forma de configurar hogares de la población y que también tiene incidencia en la generación neta de hogares, y (iii) el efecto de la aportación del componente migratorio⁷, que recoge los hogares que se han creado por la llegada de población al ámbito de estudio.

⁵ La diferencia entre el número de hogares proyectado a final del periodo utilizando las tasas de jefatura correspondientes al inicio del periodo y el número de hogares al inicio de periodo.

⁶ La diferencia entre el número de hogares proyectado a final del periodo utilizando las tasas de jefatura correspondientes al final del periodo con el número de hogares al comienzo de periodo, menos el efecto estructura de la población.

⁷ De una forma similar a la de la ecuación compensatoria, recoge el crecimiento de hogares que no está explicado por los otros dos efectos. Se trata de la diferencia entre el número de hogares resultante de aplicar las tasas de jefatura a la población real del final de periodo y el número de hogares resultante de la proyección de la población inicial a final de periodo.

Los resultados obtenidos para el periodo 1998-2014 muestran una primera etapa de crecimiento de elevadísima intensidad en la creación de hogares de las cuatro áreas urbanas estudiadas que se prolonga hasta el periodo 2003-2007 (cuadro 2). En algunos momentos de esa etapa, el crecimiento anual de hogares superó el 4 por ciento en las áreas urbanas de Madrid, Sevilla y Valencia, y se acercó al 3,5 por ciento en Barcelona. Entre 1998 y 2007 se generaron más de 600.000 hogares en el área urbana de Madrid, 450.000 en la de Barcelona, 150.000 en la de Valencia y 115.000 en la de Sevilla. A partir de ese momento, la creación de hogares ha disminuido de forma intensa en las cuatro áreas, y en ninguna de ellas el número de hogares ha aumentado por encima del 1 por ciento anual.

Los tres componentes sumaron en positivo desde 1998 hasta 2007. La contribución del componente migratorio fue especialmente elevada en Barcelona y Madrid, y llegó a generar tantos hogares como lo hacía la propia estructura de la población en el periodo 1998-2002. Entre 2003-2007, la aportación del componente migratorio de ese periodo decreció ligeramente en esas dos áreas urbanas, pero la creación de hogares fruto de la estructura por sexo y edad de la población, alimentada, además, por la propia estructura de la población llegada en el quinquenio anterior, fue más elevada. La estructura demográfica llegó a generar más de 20.000 hogares anuales en el área urbana de Barcelona, 30.000 en Madrid, 8.000 en Sevilla y 7.000 en Valencia. De forma más modesta, los cambios en las tasas de jefatura

CUADRO 2

DESCOMPOSICIÓN DEL CRECIMIENTO DE HOGARES EN EL PERIODO 1998-2014, SEGÚN ÁREA URBANA Y TIPO DE EFECTO (BARCELONA, MADRID, SEVILLA Y VALENCIA, MEDIA ANUAL, 1998-2014)

| | 1998-2002 | 2003-2007 | 2008-2011 | 2012-2014 | |
|--------|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| AU BCN | Crecimiento anual de hogares (abs.) | 48.972 | 39.190 | 24.293 | 12.584 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | 3,36 | 2,30 | 1,28 | 0,63 |
| | Efecto estructura de la población | 18.057 | 21.129 | 16.053 | 14.158 |
| | Efecto tasas de jefatura | 11.252 | 4.291 | 7.755 | 8.037 |
| | Efecto componente migratorio | 19.663 | 13.770 | 485 | -9.611 |
| AU MAD | Crecimiento anual de hogares (abs.) | 68.959 | 51.919 | 44.280 | 20.146 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | 4,38 | 2,70 | 2,03 | 0,85 |
| | Efecto estructura de la población | 25.545 | 30.983 | 27.137 | 21.908 |
| | Efecto tasas de jefatura | 15.662 | 4.808 | 13.305 | 16.109 |
| | Efecto componente migratorio | 27.753 | 16.128 | 3.838 | -17.871 |
| AU SEV | Crecimiento anual de hogares (abs.) | 13.386 | 9.734 | 8.245 | 4.369 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | 4,03 | 2,44 | 1,84 | 0,91 |
| | Efecto estructura de la población | 5.754 | 8.190 | 4.299 | 6.951 |
| | Efecto tasas de jefatura | 6.377 | -1.029 | 4.254 | -1.469 |
| | Efecto componente migratorio | 1.255 | 2.572 | -308 | -1.113 |
| AU VAL | Crecimiento anual de hogares (abs.) | 17.521 | 13.071 | 7.196 | 2.952 |
| | Crecimiento anual de hogares (%) | 3,98 | 2,47 | 1,21 | 0,47 |
| | Efecto estructura de la población | 6.768 | 7.140 | 6.340 | 5.109 |
| | Efecto tasas de jefatura | 6.189 | 1.432 | 2.358 | 1.464 |
| | Efecto componente migratorio | 4.564 | 4.498 | -1.502 | -3.621 |

Fuentes: Elaboración propia a partir del *Padrón Continuo* (1998-2015) y de las tasas de jefatura extraídas de la *Encuesta de Población Activa* (1999-2015).

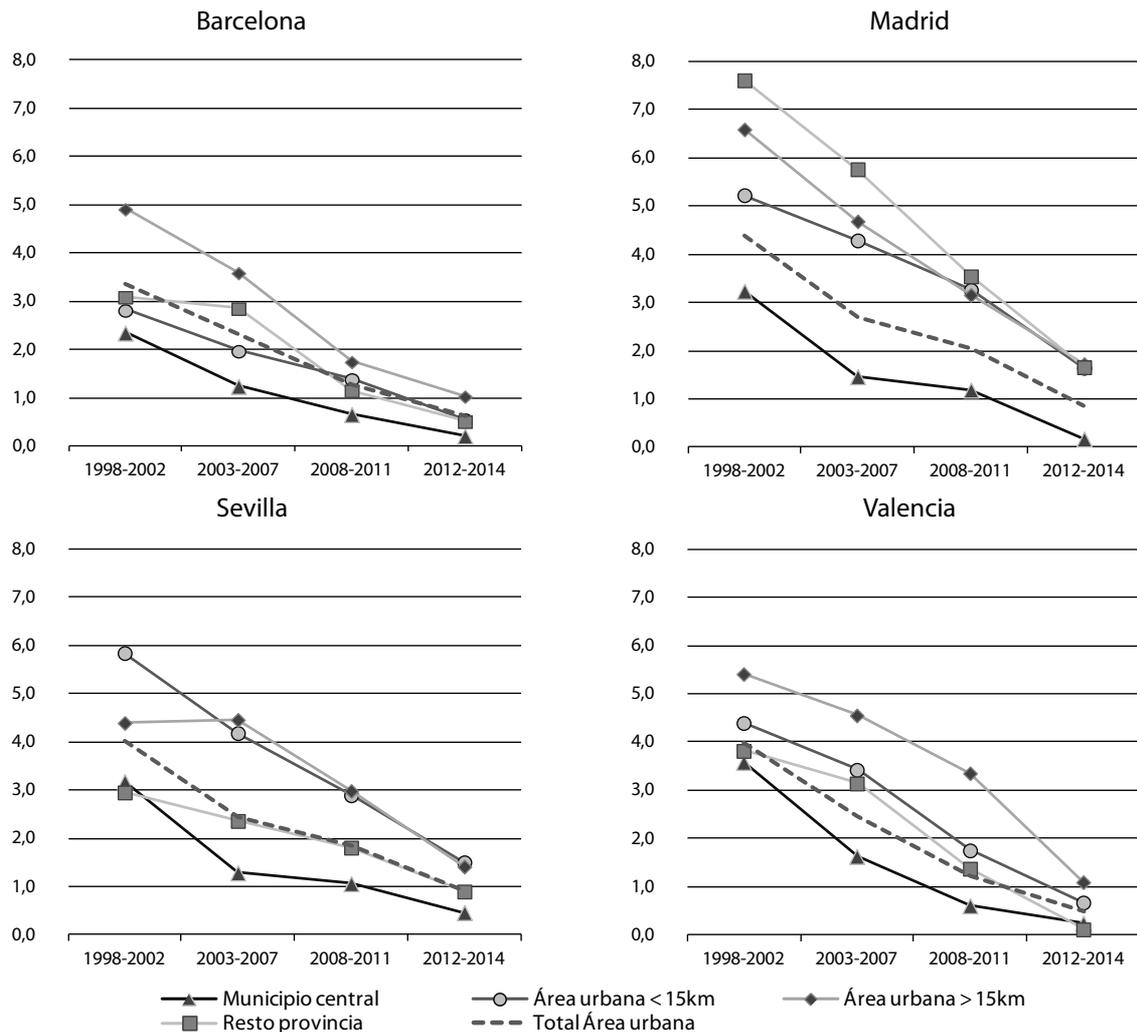
favorecieron también la generación de hogares a lo largo de todo el periodo. En ese sentido, tenemos que pensar en un aumento de los hogares unipersonales en edades adultas, en el incremento de separaciones y divorcios en todas las edades, y en el progresivo descenso de los hogares extensos entre la población de nacionalidad extranjera.

El descenso en la generación neta de hogares a partir del periodo 2008-2011 es manifiesto.

El componente migratorio deja de sumar como consecuencia del freno de la migración internacional y, además, se convierte en negativo en algún momento. La estructura por edades de la población también provoca que se registre una generación neta de hogares cada vez más baja. Las últimas generaciones nacidas durante el *baby boom* han concluido su paso por las edades de formación de hogares, y son ahora las generaciones menos numerosas que nacieron cuando la fecundidad comenzó su desplome en España,

GRÁFICO 1

GENERACIÓN NETA DE HOGARES (%), SEGÚN TIPO DE ÁMBITO METROPOLITANO Y PERIODO (1998-2014)



Fuentes: Elaboración propia a partir del *Padrón Continuo* (1998-2015) y de las tasas de jefatura extraídas de la *Encuesta de Población Activa* (1999-2015).

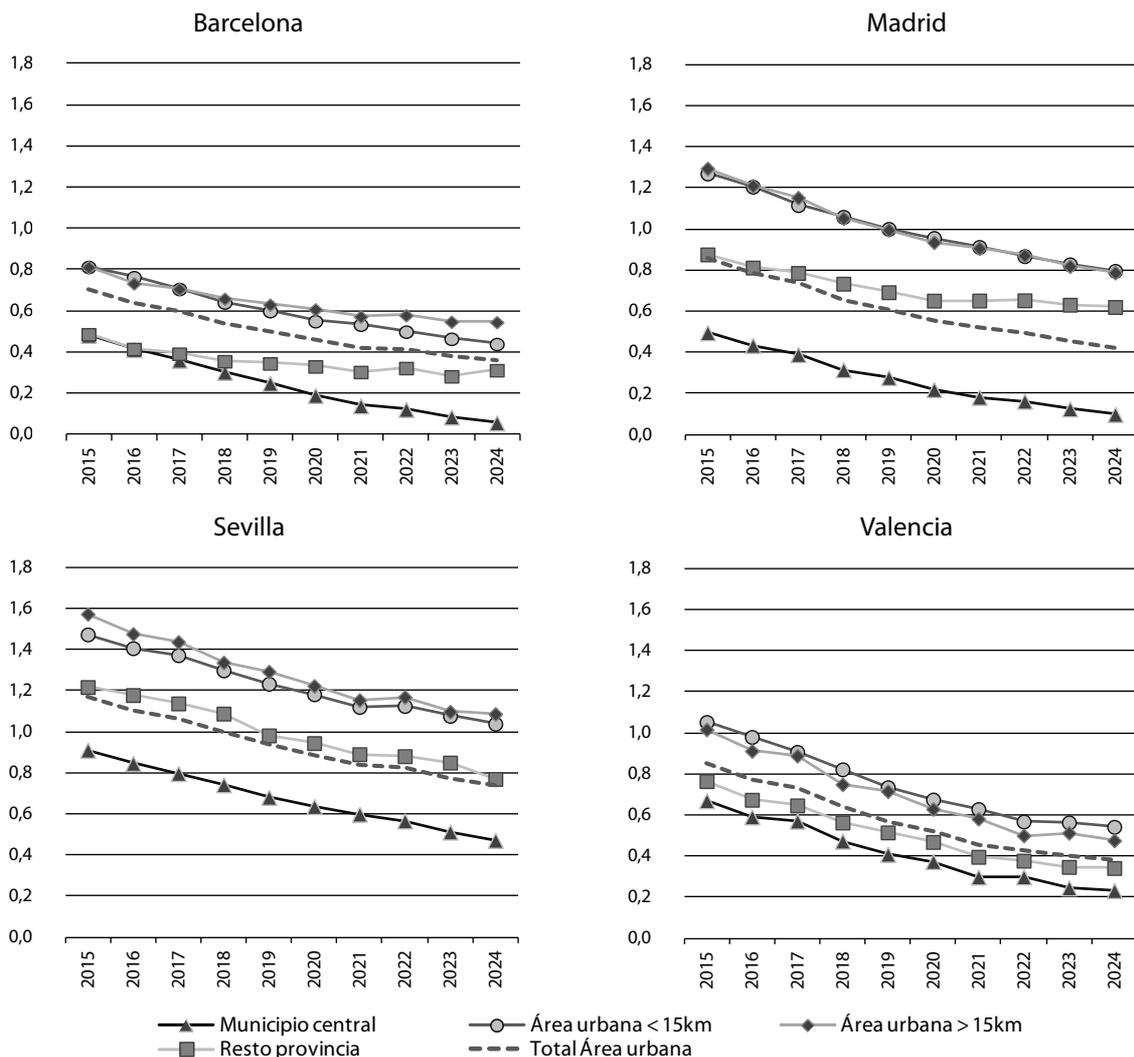
a partir de los años ochenta, las que atraviesan las edades de emancipación residencial y formación de hogares. Si en 1991 había 10 millones de españoles en las puertas de iniciar su paso por estas edades, en 2011 había 6,7 millones. Por otro lado, el número de hogares que desaparecen por la cúspide de la pirámide de población también presenta una tendencia al alza. Al final de este apartado, se ofrece una proyección de los hogares que se generarán en las cuatro áreas

urbanas estudiadas durante la próxima década por el efecto de la estructura de la población. Antes, merece la pena preguntarse cómo se ha manifestado esta evolución en la generación de hogares en las diferentes zonas del territorio metropolitano.

La pauta temporal de la creación neta de hogares ha sido similar en los diferentes ámbitos metropolitanos estudiados: se registraron

GRÁFICO 2

GENERACIÓN NETA DE HOGARES (%) POR EL EFECTO DE LA ESTRUCTURA POR EDADES PROYECTADA PARA EL PERIODO 2015-2025, SEGÚN TIPO DE ÁMBITO METROPOLITANO



Fuentes: Elaboración propia a partir del Padrón Continuo (2015) y de las tasas de jefatura extraídas de la Encuesta de Población Activa (2015).

máximos relativos durante el periodo 1998-2002 que fueron descendiendo, sobre todo, a partir del periodo 2007-2011 (gráfico 1). En cambio, la intensidad del ritmo al que se han creado hogares durante los últimos quince años en cada uno de esos ámbitos presenta contrastes muy notables. Los municipios centrales de las regiones metropolitanas han sido los que han experimentado el aumento de hogares más bajo durante todo el periodo. Las propias características de estos ámbitos, maduros y saturados urbanísticamente, dificultan incorporar más unidades al mercado de la vivienda y albergar así a más hogares. En las coronas metropolitanas, en cambio, el número de hogares creció a un ritmo muy elevado hasta el periodo 2003-2007. En Barcelona y en Madrid, han sido los ámbitos metropolitanos más lejanos al centro, e incluso los restos provinciales, los que crecieron a ritmos más elevados. En Barcelona, los municipios de su área urbana situados más allá de los 15 kilómetros crecían a un ritmo anual del 5 por ciento, mientras que en Madrid los situados a esa misma distancia e incluso en el resto de la comunidad, crecieron a ritmos del 6,5 por ciento y del 7,5 por ciento respectivamente. En Valencia y Sevilla, la corona metropolitana más cercana al centro también experimentó ese crecimiento tan elevado hasta 2007. En cambio, en ninguno de los ámbitos metropolitanos contemplados el crecimiento del último periodo ha superado el 1,7 por ciento anual.

Como ya hemos comentado, el argumento principal de este artículo se apoya en la transición que estamos viviendo hacia un escenario demográfico poco favorable a la creación neta de hogares. Las previsiones calculadas para el periodo 2015-2025 así lo apuntan. En las cuatro regiones metropolitanas estudiadas, la estructura actual de la población generaría en el año 2025 aproximadamente la mitad de hogares de los que se generan en la actualidad, y hasta una cuarta parte de los que se generaron en los primeros años de la década del 2000. La transición hacia esta situación está siendo rápida y subyace en la ya comentada llegada de generaciones poco numerosas a las edades de formación de hogares, y en la progresiva desaparición de hogares por la cúspide de la pirámide. Por supuesto, este escenario no contempla el impacto del componente migratorio, que podría mitigar este descenso. En todo caso, e incluso considerando la llegada de flujos considerables de población a las zonas metropolitanas, la generación neta de hogares en los próximos años se alejará de la experimen-

tada en los primeros años de la década del 2000. En el interior de las metrópolis son los municipios centrales los que generarán una creación neta de hogares más baja. Su estructura demográfica, más envejecida y con menos población infantil y adulta-joven, es la responsable. En los municipios de Barcelona y de Madrid, la estructura por sexo y edad actual generaría de aquí a diez años un número similar de hogares de los que desaparecerían, y se registraría una diferencia negativa a partir del quinquenio 2025-2030. En los municipios centrales de Sevilla y Valencia no se llegaría todavía a ese punto, pero la trayectoria es también claramente descendente. En las coronas metropolitanas la estructura demográfica es algo más favorable, y la previsión no es tan baja como en los ámbitos centrales. No obstante, el ritmo de decrecimiento es también muy marcado. Muy lejos quedará el crecimiento de hogares superior al 5 por ciento de hace solamente una década.

3. UNA NUEVA LÓGICA TERRITORIAL DE LA MOVILIDAD RESIDENCIAL

En un contexto de freno a la expansión del territorio metropolitano estrechamente vinculada a la reducción de la creación neta de hogares, la movilidad residencial de la población se configura como un mecanismo clave que tiene la capacidad de equilibrar o perpetuar las diferencias socioeconómicas en el territorio. Al igual que en el caso de la creación de hogares, el patrón territorial de la movilidad residencial ha experimentado cambios muy notables en los últimos quince años.

La dispersión de la población fue el proceso territorial predominante de la movilidad residencial en las últimas décadas del siglo XX (Susino y Duque, 2012). Primero fue alimentada por el propio proceso de asentamiento de la población llegada de otros lugares de España, pero a partir de la década de 1980 se trató sobre todo de un perfil de población esencialmente adulta y adulta joven que buscaba la localización de la residencia en las coronas metropolitanas (Módenes, 1998). En la década de 1990 y, sobre todo, a comienzos de 2000, este tipo de flujos suburbanizadores se intensificaron, con destinos cada vez más lejanos de los centros metropolitanos (García Coll, 2011; López Gay, 2008), que dieron pie a una

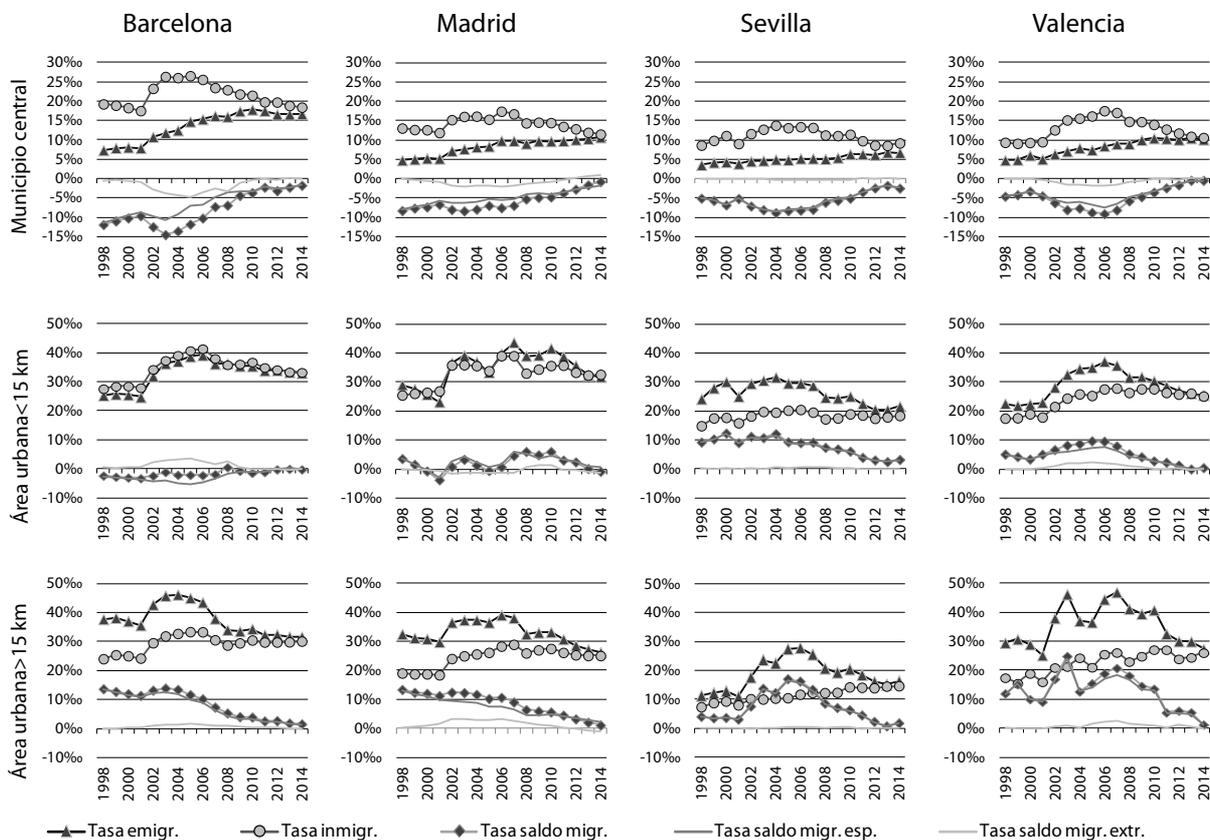
nueva organización espacial de las áreas urbanas (Feria, 2011). Entre el año 2002 y 2006 las tasas de migración neta entre el municipio central de Barcelona y el resto de su área urbana alcanzó el 15 por mil (gráfico 3). En Madrid, Sevilla y Valencia, con municipios centrales más extensos y con un mayor peso poblacional respecto al resto de su área urbana, se alcanzó el 10 por mil. En los municipios situados a menos distancia de los municipios centrales de Barcelona y Madrid apenas se registraba un saldo migratorio positivo por movilidad residencial, aunque sí que era más elevado en las regiones metropolitanas menos extensas de Sevilla y Valencia. En Barcelona y Madrid, en cambio, la gran mayoría de los municipios localizados a mayor distancia de los centros urbanos registraban saldos migrato-

rios por encima del 10‰ (mapa 1). La época de máxima suburbanización territorial fue especialmente adversa para los últimos integrantes de las generaciones de la cola del baby boom. Estos se emanciparon más tarde que sus predecesores y se tuvieron que marchar más lejos para conseguir satisfacer su estrategia residencial (López Gay y Mulder, 2012), basada mayoritariamente en la compra de la vivienda desde la primera etapa de emancipación residencial (Módenes, 2007).

Es a partir del segundo quinquenio de la década cuando se registra el punto de inflexión que pondría fin a esa época dorada de la dispersión demográfica metropolitana, dando inicio al auge de los movimientos recentralizadores (López Gay, 2011; Galiana y Vinuesa, 2012; Pujadas

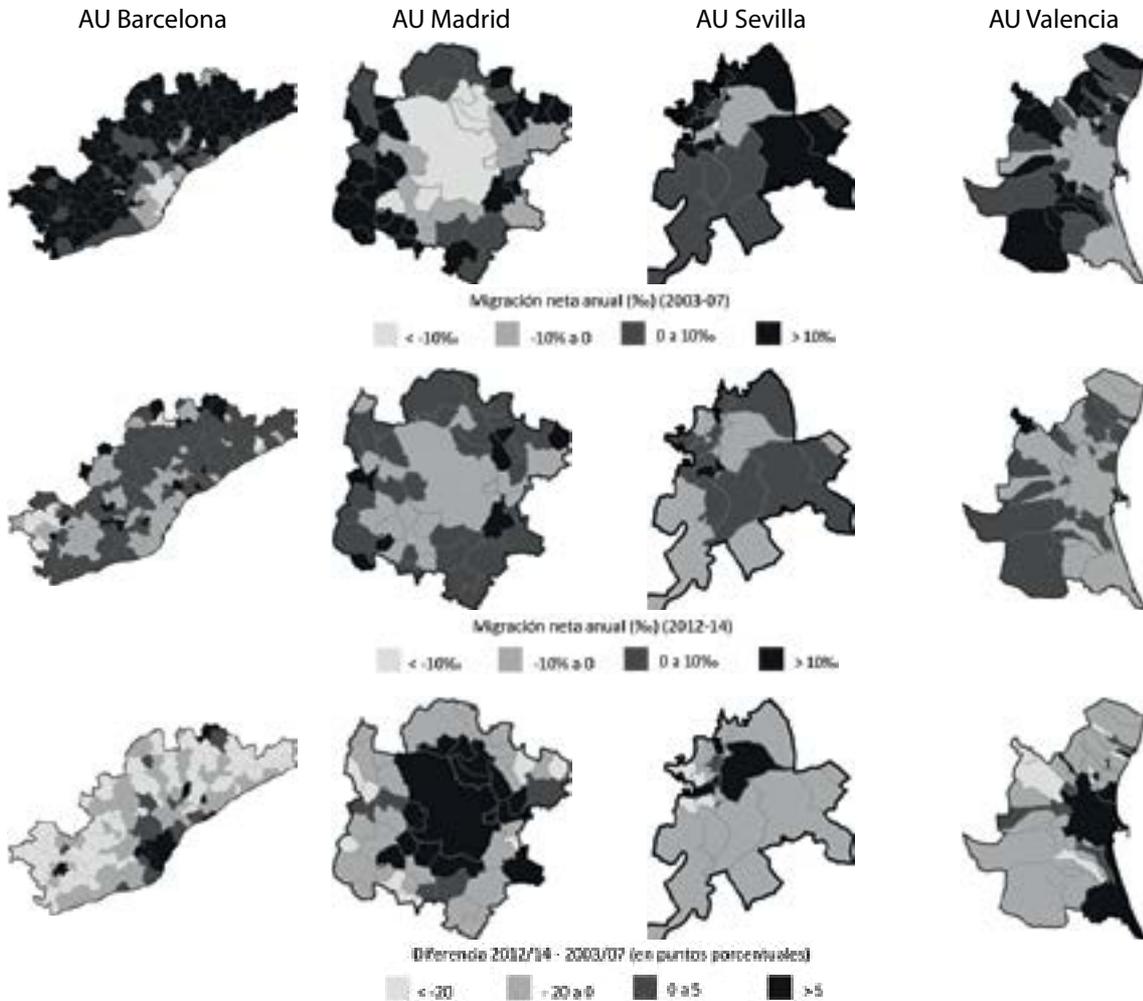
GRÁFICO 3

EVOLUCIÓN DE LOS FLUJOS RESIDENCIALES (‰) ENTRE CADA ÁMBITO URBANO Y EL RESTO DEL ÁREA URBANA (1998-2014)



Fuentes: Elaboración propia a partir de la *Estadística de Variaciones Residenciales* y del *Padrón Continuo de la Población* (INE).

MAPA 1

TASAS DE MIGRACIÓN NETA (% $\text{\textcircled{0}}$) DE LOS MUNICIPIOS DE LAS ÁREAS URBANAS ESTUDIADAS

Fuentes: Elaboración propia a partir de la *Estadística de Variaciones Residenciales* y del *Padrón Continuo de la Población* (INE).

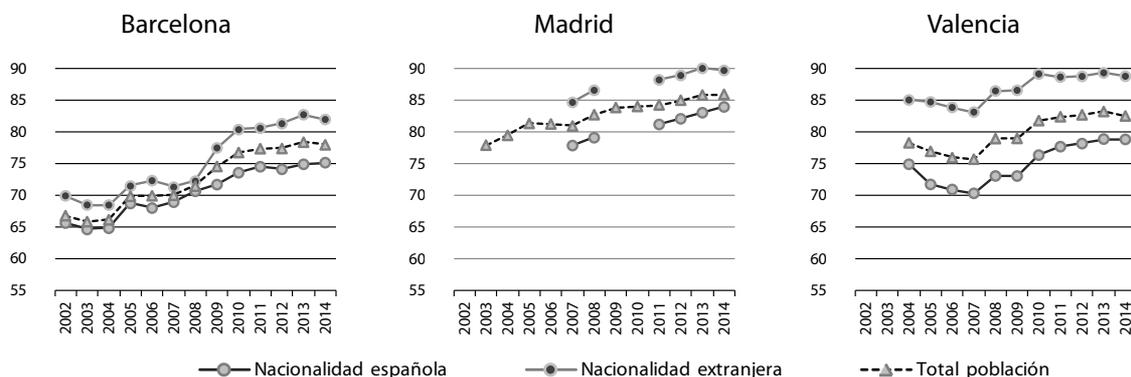
et al., 2014). El saldo migratorio de las ciudades centrales en su relación con el resto del territorio metropolitano comenzó a disminuir con velocidad, sobre todo, gracias al marcado descenso del número de salidas. Por otro lado, la intensidad de los movimientos metropolitanos con destino a los municipios centrales ha aumentado ligeramente, lo que ha producido una paulatina convergencia en la intensidad de los dos fenómenos. En la actualidad, las ciudades centrales apenas pierden población en la relación migratoria con sus vecinos metropolitanos. En tan solo

diez años, Barcelona, Madrid, Sevilla y Valencia han pasado de perder 23.000, 26.000, 6.500 y 7.500 personas al año, a perder 3.000, 2.500, 1.500 y 300. En ese proceso, el aumento notable de la proporción de movimientos que no han traspasado la frontera de los municipios centrales ha jugado un papel importante⁸ (gráfico 4).

⁸ La información ha sido recogida a través de los datos de cambio de domicilio publicados, con diverso detalle, en los sitios web de los departamentos de estadística de los ayuntamientos. Sevilla no incorpora esta información en sus publicaciones en línea.

GRÁFICO 4

PROPORCIÓN DE CAMBIOS DE VIVIENDA QUE PERMANECEN EN EL MUNICIPIO CENTRAL, SOBRE EL TOTAL DE CAMBIOS HACIA EL ÁREA URBANA, SEGÚN NACIONALIDAD (2002-2014)



Fuentes: Elaboración propia a partir de los registros de cambios de domicilio interno de los ayuntamientos y de la *Estadística de Variaciones Residenciales* (INE).

En todas las ciudades analizadas, la capacidad de la ciudad central por retener a la población que emprende un cambio de vivienda ha aumentado entre un 10 y un 20 por ciento desde comienzos de la década de 2000. Así pues, es importante subrayar que el descenso de la intensidad de los movimientos de salida no se debe a un retroceso de la frecuencia con la que la población ha cambiado de residencia tras la crisis económica, sino al aumento de la movilidad intramunicipal.

Si se observa esta situación desde la perspectiva de los municipios metropolitanos, es evidente el descenso de sus tasas de inmigración. Aquellos municipios pequeños y medianos que habían crecido de forma extraordinaria durante los últimos años de la década de 1990 y el primer quinquenio de la del 2000 han visto reducir de forma clara su saldo migratorio e incluso alguno ha pasado a ser negativo, sobre todo, los más alejados del centro metropolitano. La comparación entre los saldos migratorios del periodo 2003-2007 con los del 2012-2014 muestra el fuerte cambio del patrón territorial que se ha experimentado en los últimos diez años (mapa 1). Los municipios centrales presentan ahora saldos migratorios más favorables que años atrás, y los metropolitanos más bajos. Esta tendencia convergería con los procesos de reurbanización que se han manifestado en las últimas décadas en otras ciudades europeas y norteamericanas (Frey, 2005; Odgen y Hall, 2000) y que tiene que

ver con un retorno de la población a los espacios centrales vinculado sobre todo a una nueva especialización funcional de la ciudad central y a su resurgimiento (Musterd, 2006).

Las dinámicas descritas nos conducen a hablar de un patrón territorial más complejo, caracterizado por la superposición de diferentes tipos de movimientos residenciales en el territorio (López Gay, 2015), sintetizados en estos puntos:

- Los cambios de residencia desde los centros metropolitanos hacia la periferia siguen existiendo, pero lejos de la intensidad conocida durante las últimas seis décadas, una dinámica que se configuró como el gran patrón dominante. Como resultado, los municipios de las coronas metropolitanas dejan atrás los períodos de aumento vertiginoso de la población como consecuencia de un extraordinario saldo migratorio positivo.
- Por primera vez en décadas, los municipios centrales han estado a punto de equilibrar su saldo migratorio con los municipios de sus regiones metropolitanas. De hecho, en algunas edades adultas-jóvenes ya lo han conseguido (López Gay, 2015). Esta situación es el resultado de un aumento de la intensidad de los

movimientos desde los ámbitos metropolitanos a los espacios centrales de las regiones metropolitanas. Además, las ciudades centrales son capaces de retener a mucha más población que cambia de vivienda.

- Los movimientos residenciales que tienen como origen y destino las coronas metropolitanas se consolidan y adquieren cada vez mayor peso en el total de movimientos que se producen en las áreas urbanas.
- El papel de la población de nacionalidad extranjera en el patrón territorial metropolitano de la movilidad residencial es importante. Esta no puede ser considerada como un conjunto uniforme, pues las dinámicas son muy variadas, según la nacionalidad (Bayona y López-Gay, 2011).

4. POLARIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA EN LAS REGIONES METROPOLITANAS Y EL PAPEL DE LA MOVILIDAD RESIDENCIAL

4.1. Estructuras demográficas en el territorio metropolitano

Este tercer apartado del artículo se centra en los contrastes sociodemográficos que presenta el interior de las regiones metropolitanas y en el papel que puede ejercer la movilidad residencial para mitigar o incrementar esas diferencias. Estos elementos cobran importancia en el contexto descrito que prevé un descenso de la generación de hogares en las grandes áreas urbanas españolas.

En primer lugar, se presenta aquí un estudio de los contrastes metropolitanos de la variable demográfica por excelencia: la edad. Es un análisis simple, pero los resultados proporcionan una gran información que debe vincularse con los diversos ciclos de vida que atraviesan los barrios y municipios de las regiones metropolitanas, y su configuración en el territorio. Se han aplicado indicadores locales de autocorrela-

ción espacial para identificar⁹ los conglomerados territoriales de secciones censales que muestran valores altos/bajos de población infantil, de población adulta de 20 a 49 años y de población mayor de 75 años.

Los conglomerados territoriales con unas proporciones más elevadas de población infantil se localizan, de forma general, en las coronas metropolitanas (mapa 2), sobre todo en aquellas zonas que más intensamente crecieron en el segundo quinquenio de 1990 y primero del 2000, resultado del protagonismo de la población adulta-joven en los flujos residenciales que tenían como destino estos sectores. En cambio, las secciones censales de las ciudades centrales aparecen, por lo general, como conglomerados de niveles bajos de población infantil. Tan solo en los barrios de Diagonal Mar o de les Tres Torres en Barcelona, en los distritos del extremo sureste de Madrid (Barajas, San Blas, Vicálvaro, Villa de Vallecas y Villaverde), en el barrio de Sevilla Este y en barrios como Penya-Roja, Ciutat de les Arts i les Ciències y Sant Pau en Valencia aparecen áreas con valores elevados, reflejo, en la mayor parte de los casos, de las intervenciones urbanas en esos ámbitos.

Muchos de estos sectores, además de los metropolitanos, aparecen también como conglomerados con proporciones elevadas de población adulta de la franja 20-49 años. Como novedad, aparecen sectores con valores altos situados en las zonas más centrales de la metrópolis y que no presentaban valores altos de población infantil. La mayor parte de estas zonas se corresponden con ámbitos que están viviendo procesos de transformación intensa de la población, que a menudo se relacionan con fenómenos de gentrificación¹⁰. Así, aparecen en esta categoría los barrios de Ciutat Vella, Poble Sec, Poblenou o la Vila de Gràcia en Barcelona, el Distrito Centro de Madrid, algún sector de los barrios de Feria-San

⁹ Se han calculado los LISA Moran's I utilizando una matriz de vecindad Queen 1. Estos indicadores muestran, para cada unidad analizada, un valor que permite determinar si existe correlación de una variable con la de sus vecinos, el tipo de relación y su significación estadística. Para garantizar la claridad de los mapas, solo se han cartografiado los conglomerados de unidades cuya autocorrelación con sus vecinos es significativa y es de tipo alta-alta o baja-baja (Software GeoDa v.1.6.7.9).

¹⁰ La literatura sobre los procesos de gentrificación es vasta y presenta numerosos matices. No se pretende entrar en ese debate en el presente artículo, pero conste como definición general el proceso de sustitución de una población de estratos sociales bajos, por el de una población de grupos sociales más elevados.

MAPA 2

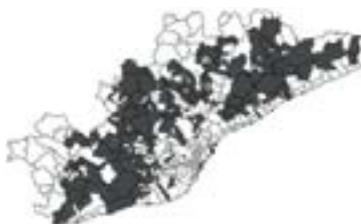
INDICADORES LOCALES DE AUTOCORRELACIÓN ESPACIAL (LISA MORAN'S I) DE LAS ESTRUCTURAS DEMOGRÁFICAS EN LAS SECCIONES CENSALES DE LAS ÁREAS URBANAS ESTUDIADAS (2015)

Población 0 - 14 años

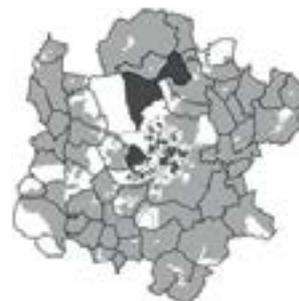
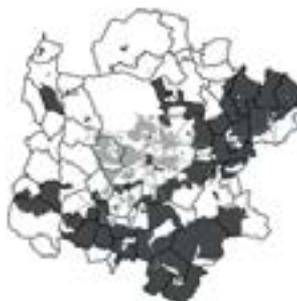
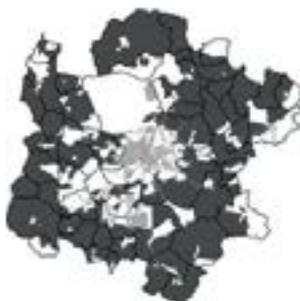
Población 20 - 49 años

Población 75+ años

AU Barcelona



AU Madrid



AU Sevilla



AU Valencia



■ Secciones censales de valores altos autocorrelacionadas con sus vecinos
 ■ Secciones censales de valores bajos autocorrelacionadas con sus vecinos

Fuente: Elaboración propia a partir del *Padrón Continuo de la Población*, 2015.

Gil en Sevilla, y el barrio de Russafa y el eje de El Carme-El Mercat en la Ciutat Vella de Valencia. En zonas centrales también aparecen otros barrios con concentración de población adulta relacionados con la presencia de población de nacionalidad extranjera.

Finalmente, los conglomerados con valores elevados de población de más de 75 años son especialmente interesantes porque es allí donde se producirán procesos de sustitución de la población por desaparición de hogares en el futuro, a corto plazo. Por primera vez en la historia de las ciudades españolas, barrios enteros llegan al momento en que sus primeros moradores alcanzan la cúspide de la pirámide de población. Se trata, sobre todo, de los polígonos de vivienda construidos a principios de los años 50 y 60, cuyos primeros habitantes han presentado bajos niveles de movilidad residencial y han permanecido en la misma residencia. Estos sectores se localizan, sobre todo, en las periferias de los municipios centrales. En Barcelona, entre otros muchos sectores altamente envejecidos, sobresale alguna sección del barrio de Montbau, que registra una proporción de población mayor de 75 años en torno al 35 por ciento, al igual que alguna sección de los barrios de Valdezarza o Las Águilas, en Madrid. En Sevilla, observamos conglomerados con proporciones elevadas en los distritos de Macarena, Sur, Bellavista-La Palmera y Los Remedios, mientras que, en Valencia, aparecen en los distritos de Extramurs, l'Olivereta y en los barrios de Gran Vía, el Pla del Remei, Campanar y Trinitat. Los sectores periféricos de los municipios centrales han reemplazado, en poco tiempo, a los cascos antiguos como las zonas más envejecidas de la ciudad.

4.2. Perfiles socioeconómicos y movilidad residencial: ¿hacia la polarización de las ciudades?

En esta sección se introduce una variable socioeconómica, concretamente el nivel de instrucción, para el caso de los 73 barrios de Barcelona, ya que se dispone de esta variable para todos los cambios de vivienda que tienen como origen o destino el municipio de Barcelona, incluyendo los intramunicipales¹¹. Estos datos permiten obtener la “película” completa de

¹¹ Agradezco al Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona el acceso a estos datos en el contexto del proyecto MOVIPOL.

los cambios de vivienda¹². Los resultados se circunscriben a Barcelona, pero el objetivo es mostrar la selectividad migratoria que se establece en los flujos residenciales y valorar la capacidad de estos flujos de alterar las características de la población del espacio urbano.

Bien es sabido que el origen y el destino de los cambios de vivienda están asociados a las características sociodemográficas de los individuos y que la composición de estos flujos puede generar procesos segregativos en la ciudad (Leal y Domínguez, 2008), pero por primera vez es posible realizar esa aproximación a escala micro. ¿Cuál es la intensidad de la selección sociodemográfica de los individuos en el interior de nuestras ciudades? En el caso de Barcelona, las diferencias son muy notables (gráfico 5). En la franja de edad adulta joven, en la que se concentran la mayor parte de los movimientos, la brecha sociodemográfica entre barrios es enorme. En Sant Gervasi-Galvany, la proporción de personas con estudios superiores¹³ entre todas las que han llegado al barrio supera el 70 por ciento. Esa proporción es ocho veces más alta que la de Ciutat Meridiana, donde solo el 9 por ciento de los recién llegados de esa franja de edad cuentan con titulación superior. No son estos casos aislados, pues en 18 barrios de la ciudad (1^{er} cuartil) la proporción supera el 59 por ciento, mientras que en otros 18 se sitúa por debajo del 27 por ciento. Diferencias de esta magnitud se repiten en el resto de edades: el 25 por ciento de los barrios con una proporción más alta de recién llegados con estudios terciarios supera el 46 por ciento en la franja de edad 35-49 años, el 35 por ciento en la de 50-64, y el 20 por ciento en la de 65 y más años. En el otro extremo de la distribución, el 25 por ciento de los barrios con una proporción menor se sitúan por debajo del 21 por ciento, 16 por ciento y 8 por ciento en los mismos grupos de edad, respectivamente.

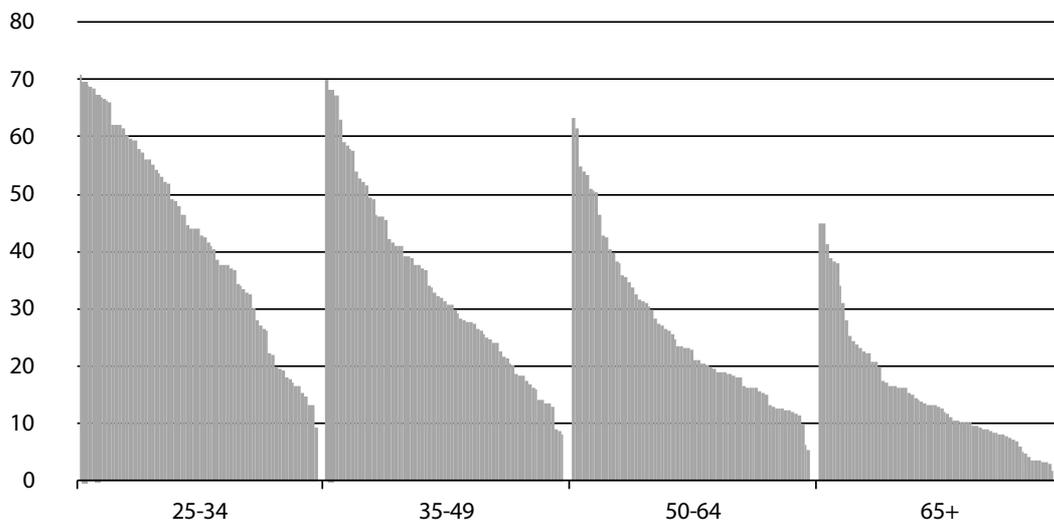
Así pues, las entradas a los barrios se muestran claramente seleccionadas sociodemográficamente, pero es preciso incluir también las salidas para poder mostrar la imagen de renovación que está experimentando cada barrio. En ese sentido, el mapa que se dibuja en Barcelona muestra una gran heterogeneidad. Se han selec-

¹² Actualmente, la movilidad intramunicipal representa en Barcelona el 75 por ciento de los movimientos intrametropolitanos.

¹³ La base de datos proporcionada incluye a la población con estudios universitarios y con ciclos formativos de grado superior.

GRÁFICO 5

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS ENTRE TODA LA POBLACIÓN QUE LLEGA A LOS 73 BARRIOS DE LA CIUDAD DE BARCELONA,* SEGÚN GRANDES GRUPOS DE EDAD (2011-2014)



Nota: *En el eje de abscisas aparecen los 73 barrios de la ciudad ordenados según la proporción de personas con estudios universitarios de cada grupo de edad. Se han considerado todos los lugares de procedencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de cambios de domicilio interno de los ayuntamientos.

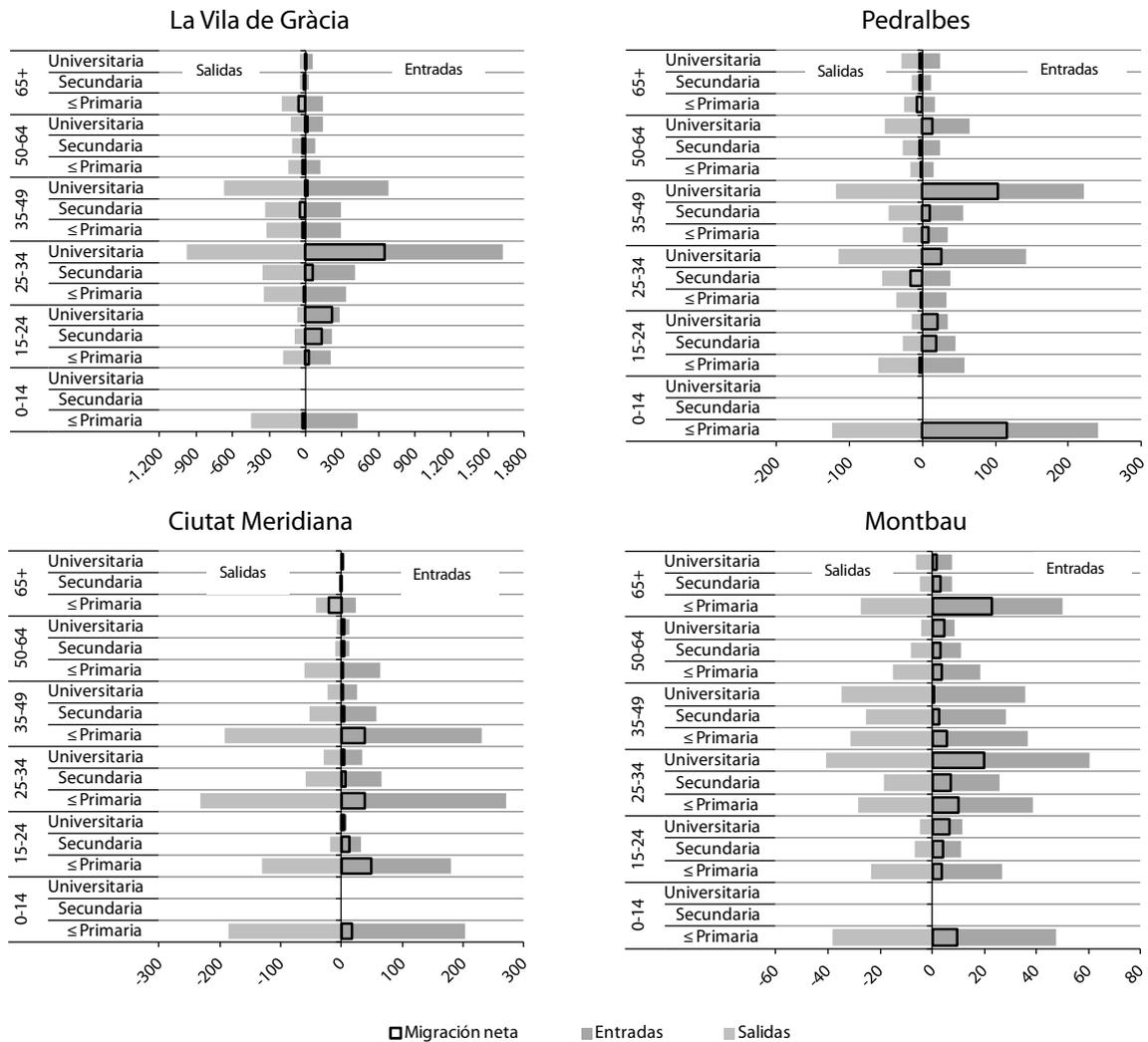
cionado cuatro barrios que tan solo pretenden ofrecer una imagen de la variedad de procesos de renovación y sustitución sociodemográfica que se están registrando en la actualidad. El de la Vila de Gràcia se presenta como el ejemplo clásico de barrio en fase avanzada de gentrificación, en el que los saldos migratorios positivos se concentran en la población más instruida, sobre todo en las franjas de población adultas jóvenes, no asociada a la llegada de población infantil. En cambio, se pierde población con menos nivel de instrucción. En Pedralbes, barrio que se caracteriza por la presencia de población de los estratos sociales más elevados, la mayor parte del intercambio de población se produce en franjas de edad adulta más avanzadas en su ciclo de vida. Sus saldos migratorios indican que incorpora una gran cantidad de población instruida de 35-49 años acompañada de un número importante de población infantil. Ciutat Meridiana manifiesta un proceso opuesto a estos dos barrios, donde el intercambio de flujos residenciales apunta hacia la concentración de las clases socioeconómicas más acomodadas. Allí la dinámica residencial se juega entre la población con menor nivel de instrucción, la mayor parte población de nacio-

nalidad extranjera. El saldo migratorio del grupo menos instruido es positivo y elevado en todas las franjas de edad excepto en la de los mayores de 65 años, población principalmente de nacionalidad española. Finalmente, Montbau es uno de esos barrios compuestos por grupos de viviendas construidos en el segundo quinquenio de la década de 1950, y que, además, presenta el porcentaje más elevado de población mayor de la ciudad. Los saldos migratorios positivos en todas las franjas de edad muestran que los procesos de renovación demográfica por el efecto de la mortalidad ya están manifestándose. Se registra una ganancia de efectivos de todas las franjas de edad y grupos educativos, y más allá de la incorporación de población mayor debido a la presencia de residencias de ancianos, es simbólica la ganancia de población adulta joven con titulación universitaria. ¿Es posible que en breve conozcamos procesos similares a los de la gentrificación, pero sin un componente tan marcado de expulsión, en alguno de los antiguos grupos de vivienda de clase principalmente obrera?

Siguiendo esta línea de la renovación demográfica a escala micro por el efecto de

GRÁFICO 6

NÚMERO DE ENTRADAS, SALIDAS Y SALDO MIGRATORIO DE CUATRO BARRIOS DEL MUNICIPIO DE BARCELONA, SEGÚN EDAD Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN (2011-2014)



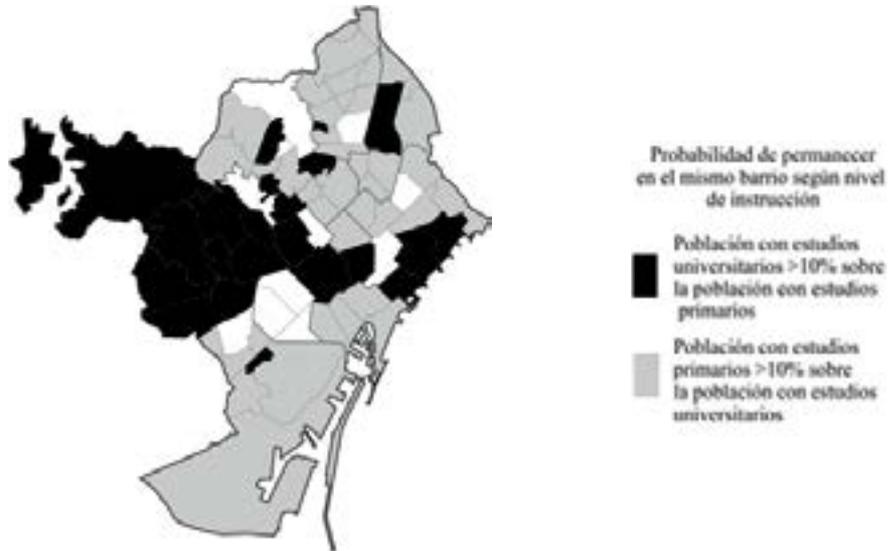
Nota: Se han considerado todos los flujos de entrada y salida de los barrios. No se incluyen altas por omisión ni bajas por caducidad o inscripción indebida.
Fuente: Elaboración propia a partir del registro de cambio de domicilio del Ayuntamiento de Barcelona.

la movilidad residencial, y su posible efecto como mecanismo perpetuador de las diferencias socioeconómicas previas, se ha elaborado el mapa 3, que presenta la capacidad de los barrios de retener a la población de 25-49 años que emprende un cambio de residencia según su nivel de instrucción. Las tramas negras colorean los barrios en los que la proporción de personas con estudios universitarios que permanecen en

el barrio respecto a las que marchan a cualquier destino del ámbito urbano es como mínimo un 10 por ciento superior a la proporción de personas con estudios primarios que permanecen. Las tramas grises claras dibujan la situación contraria y los barrios en blanco son aquellos en que ambas proporciones son similares. El resultado del ejercicio es contundente. Los barrios situados en los distritos de Sarrià-St. Gervasi, Les Corts, los

MAPA 3

PERMANENCIA EN EL BARRIO (SOBRE TODOS LOS MOVIMIENTOS DE SALIDA EN EL INTERIOR DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE BARCELONA) DE LA POBLACIÓN DE 25-49 AÑOS, SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN (2011-2014)



Fuente: Elaboración propia a partir de los registros de cambios de domicilio interno de los ayuntamientos.

centrales del Eixample y los tres barrios frente a la costa retienen con más intensidad a la población más instruida, y los barrios de Nou Barris, Ciutat Vella, Sants-Montjuïc, y los más humildes de Horta-Guinardó y Sant Martí, a la población con menos formación. El coeficiente de correlación de Pearson entre este indicador calculado para medir la retención de la población y el indicador de Renta Familiar Disponible de 2014¹⁴ da como resultado una R^2 de 0,58. Es decir, la composición social de un barrio está fuertemente correlacionada con la capacidad de retener a la población del mismo estrato socioeconómico.

una transición hacia una nueva etapa de madurez urbana y demográfica, vinculada al descenso en la creación neta de hogares por el efecto de una estructura demográfica menos favorable; (ii) que queda definitivamente atrás la época dorada de la suburbanización, que se ve reemplazada por un patrón territorial de la movilidad residencial más complejo en que diversos tipos de movimientos (intramunicipales, descentralizadores, reurbanizadores, de periferia a periferia) se superponen, y (iii) que la selectividad sociodemográfica de los flujos residenciales se hace todavía más evidente cuando la analizamos a micro-escala, y que existe una gran brecha entre los perfiles sociodemográficos de las personas que los barrios de nuestras ciudades atraen, retienen y dejan marchar.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo hemos mostrado: (i) que las regiones metropolitanas están experimentando

¹⁴ El Ayuntamiento de Barcelona publica anualmente un indicador de Renta Familiar Disponible para los 73 barrios de la ciudad.

De la primera de las afirmaciones se puede desprender que la parálisis urbanística que están viviendo en la actualidad las regiones metropolitanas españolas también tiene su base demográfica, al igual que la tuvo la expansión urbana que se vivió durante la época dorada de la suburbanización, y que es de carácter estructural. Los *baby boomers* se dispersaron en la metrópolis más que

ninguna otra generación en un contexto de escasez de vivienda y presión al mercado inmobiliario, y ahora son las generaciones más vacías que nacieron a finales de los ochenta las que mayoritariamente forman hogares. La transición ha sido rápida, como lo fue la caída de la fecundidad en aquella época. Además, el ritmo de desaparición de los hogares por la cúspide de la pirámide demográfica va en aumento y alimenta la caída de la creación neta de hogares que, aunque seguirá siendo positiva en la próxima década, sobre todo en las coronas más alejadas del centro metropolitano, estará muy lejos de los niveles que la propia estructura demográfica generó pocos años atrás. El componente migratorio, por supuesto, puede alterar este escenario, pero debería cobrar mucha intensidad para contrarrestar los dictados de la estructura demográfica.

En esa región metropolitana más madura, que apenas añadirá nuevos espacios al tejido urbano existente, la movilidad residencial jugará un papel clave para entender la evolución de las desigualdades sociodemográficas en el territorio. Cuanto menos determinado esté el origen y el destino de los cambios de vivienda por el perfil sociodemográfico de la población, más equilibrado será el espacio urbano. Sin embargo, la mirada a escala micro que hemos realizado en este trabajo no apunta en ese sentido, ya que hemos identificado diferencias muy notables entre los perfiles sociodemográficos que participan en los flujos residenciales de los barrios. Si es este el patrón que impera en los próximos años, se corre el riesgo de perpetuar y acentuar los desequilibrios existentes.

Algunos procesos de sustitución y de renovación de población han merecido especial atención durante el desarrollo del artículo por la importancia que pueden adquirir en la configuración de los espacios urbanos del mañana. Por un lado, y pese al actual contexto de menor presión al mercado inmobiliario desde un punto de vista general metropolitano, algunas zonas parecen concentrar una elevada demanda de vivienda que está generando un marcado aumento de los precios, seleccionando así unos flujos residenciales que tienen una fuerte capacidad de modificar la composición sociodemográfica de esos sectores, aumentando la presencia de las capas sociales más altas. Mientras tanto, otros sectores parecen no escapar de su especialización hacia los estratos sociales más bajos. Otro fenómeno que debemos seguir es la novedad que representa para el sistema urbano español la inminente llegada de

los sectores con vivienda construida durante las décadas de 1950, 1960 y 1970 a una fase de progresiva desaparición de sus primeros moradores. Localizados mayoritariamente en la periferia de las ciudades centrales, son sectores en los que se experimentará un proceso natural de renovación demográfica en un corto periodo de tiempo. Si obedecemos a lo que nos dice la literatura, las características de las viviendas y del entorno, su localización y la composición sociodemográfica determinarán los perfiles de las personas que llegarán a esos barrios. En la medida en que esas características sean relativamente heterogéneas, es posible que asistamos a todo tipo de situaciones e incluso que algunos de esos barrios se conviertan en opciones reales para grupos de población que se van descolgando en la carrera por vivir en los barrios más elitizados de la ciudad. Las dimensiones del puzzle metropolitano ya las conocemos; ahora se trata de profundizar en la comprensión del movimiento de sus piezas, la población, y anticipar así su efecto en los procesos de segregación y polarización territorial.

BIBLIOGRAFÍA

BAYONA, J., y A. LÓPEZ-GAY (2011), "Concentración, segregación y movilidad residencial de los extranjeros en Barcelona", *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 57(3): 381-412.

FERIA, J. M. (2011), "Ciudad y territorio: nuevas dinámicas espaciales", en PUJADAS, I., et al. (eds.), *Población y espacios urbanos*, Barcelona, Departament de Geografia Humana de la UB y Grupo de Población de la AGE: 13-52.

FREY, W. H. (2005), *Metro America in the new century: Metropolitan and central city demographic shifts since 2000*, Washington D.C., The Brookings Institution, Living Cities Census Series.

GALIANA, L., y J. VINUESA (2012), "Descentralización y recentralización en espacios metropolitanos maduros: el caso de Madrid", en VINUESA, J., et al. (eds.), *Metrópolis. Dinámicas Urbanas*, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid: 23-48.

GARCÍA COLL, A. (2011), "The process of residential sprawl in Spain: Is it really a problem?", *Urban Research & Practice*, 4(3): 250-263.

LEAL, J., y M. DOMÍNGUEZ (2008), "Transformaciones económicas y segregación social en Madrid", *Ciudad y territorio. Estudios territoriales*, 158: 703-726.

LÓPEZ-GAY, A. (2008), *Canvis residencials i moviments migratoris en la renovació poblacional de Barcelona*, Barcelona, Consell del Treball, Econòmic i Social de Catalunya.

— (2011), "¿Vuelve el centro? Caracterización demográfica de los procesos de reurbanización en las metrópolis españolas", en PUJADAS, I., et al. (eds.), *Población y espacios urbanos*, Barcelona, Departament de Geografia Humana de la UB y Grupo de Población de la AGE: 163-180.

— (2015), "Canvis en la dinàmica residencial a la Regió Metropolitana de Barcelona, 1998-2013", *Informe per al Pla Estratègic Metropolità de Barcelona*.

LÓPEZ-GAY, A., y C. MULDER (2012), "Implicaciones del tamaño de las generaciones en la movilidad residencial: el caso de Barcelona", en REQUES, P., y O. DE COS (eds.), *La población en clave territorial. Procesos, estructuras y perspectivas de análisis*, Santander, Ministerio de Economía y Competitividad/Gobierno de Cantabria/Asociación de Geógrafos Españoles/Universidad de Cantabria: 108-116.

MINISTERIO DE FOMENTO (2015), *Atlas Estadístico de las Áreas Urbanas*, Edición digital de 2015 (http://www.fomento.gob.es/MFOM/LANG_CASTELLANO/DIRECCIONES_GENERALES/ARQ_VIVIENDA/SUELO_Y_POLITICAS/Atlas/).

MÓDENES, J. A. (1998), *Flujos espaciales e itinerarios biográficos. La movilidad residencial en el área de Barcelona*, Tesis doctoral, Departament de Geografia de la Universitat Autònoma de Barcelona, mimeo.

— (2011), Una mirada demogràfica als canvis recents en l'accés a l'habitatge a Catalunya, *Treballs de la Societat Catalana de Geografia*, 69: 113-140.

MÓDENES, J. A., y A. LÓPEZ-GAY (2014), "Génesis e implosión de la burbuja residencial. Factores demográficos en el territorio", en A. LÓPEZ-GAY, et al. (eds.), *XIV Congreso Nacional de Población. Cambio demográfico y socio-territorial en un contexto de crisis*, Sevilla, Grupo de Población de la Asociación de Geógrafos Españoles.

MUSTERD, S. (2006), "Segregation, urban space and the resurgent city", *Urban Studies*, 43(8): 1325-1340.

NEL-LO, O. (2004), "¿Cambio de siglo, cambio de ciclo? Las grandes ciudades españolas en el umbral del siglo XXI", *Ciudad y Territorio. Estudios territoriales*, 141-142: 523-542.

OGDEN, P. E., y R. HALL (2000), "Households, reurbanisation and the rise of living alone in the principal French cities, 1975-90", *Urban Studies*, 37(2): 367-390.

PUJADAS, I.; BAYONA, J., y F. GIL (2014), "Pautas territoriales recientes de la movilidad residencial en las mayores regiones metropolitanas españolas: ¿cambios coyunturales o estructurales?", en A. LÓPEZ-GAY, et al. (eds.), *XIV Congreso Nacional de Población. Cambio demográfico y socio-territorial en un contexto de crisis*, Sevilla, Grupo de Población de la Asociación de Geógrafos Españoles.

SUSINO, J., y R. DUQUE (2013), "Veinte años de suburbanización en España (1981-2001). El perfil de sus protagonistas", *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 59(2): 265-290.

TERÁN, F. (1999), *Historia del urbanismo en España. Siglos XIX y XX*, Madrid, Cátedra .

PANORAMA SOCIAL

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
- N.º 12. Empleo, desempleo y pobreza

2011

- N.º 13. Retos actuales de la sociedad española
- N.º 14. El ocio de los españoles



PANORAMA SOCIAL

Números publicados

2012

N.º 15. Generaciones y relaciones intergeneracionales

N.º 16. Imagen y presencia exterior de España

2013

N.º 17. La ciudadanía europea en la encrucijada

N.º 18. Las nuevas tecnologías y su impacto social

2014

N.º 19. Comida y alimentación: hábitos, derechos y salud

N.º 20. Pobreza infantil

2015

N.º 21. Educación, investigación e innovación, bases de un modelo productivo de futuro

N.º 22. Un balance social de la crisis

PUBLICACIONES DE LA FUNDACIÓN DE LAS CAJAS DE AHORROS

Últimos números publicados:

PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA

N.º 148. Las comunidades autónomas dispuestas a crecer

PANORAMA SOCIAL

N.º 22. Un balance social de la crisis

CUADERNOS DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

N.º 252. Educación financiera y tejido empresarial

SPANISH ECONOMIC AND FINANCIAL OUTLOOK

Vol. 5, N.º 3 (2016). European banks in the face of new regulatory pressures

PAPELES DE ENERGÍA

N.º 1, Febrero 2016

ESTUDIOS DE LA FUNDACIÓN

N.º 81. Un triángulo europeo: elites políticas, bancos centrales y populismos

| Publicación | Suscripción* | | | Números sueltos** | |
|--|-------------------|--------------------|----------------------|--------------------|----------------------|
| | Suscripción anual | Edición papel € | Edición digital € | Edición papel € | Edición digital € |
| Papeles de Economía Española | 4 números | 50 | 30 | 15 | 12 |
| Cuadernos de Información Económica | 6 números | 40 | Gratuita | 10 | -- |
| Panorama Social | 2 números | 20 | Gratuita | 13 | -- |
| Spanish Economic and Financial Outlook | 6 números | 30 | Gratuita | | |
| Focus | 6 números | -- | Gratuita | | |
| Papeles de Energía | 2 números | 20 | Gratuita | 13 | -- |
| Estudios (números sueltos) | -- | -- | -- | 12 | 9 |

Los precios incluyen el IVA. No incluyen los gastos de envío.

* Gastos de envío: España, 7€/año; Europa, 10€/ejemplar; resto países: 20,85€/ejemplar.

** Gastos de envío: correo postal (Madrid y provincias): 1€.

Servicio de mensajería: Madrid capital, 3,45€; resto provincias, 10,44€.

Forma de pago: domiciliación bancaria, transferencia bancaria y tarjeta de crédito.

SUSCRIPCIÓN Y PEDIDOS

INTERNET: <http://www.funcas.es/Publicaciones/Publicaciones.aspx?Id=0>

E-MAIL: publica@funcas.es





Pedidos e información:

FUNCAS

Caballero de Gracia, 28

28013 Madrid

Teléfono: 91 596 57 18

Fax: 91 596 57 96

publica@funcas.es

www.funcas.es

P.V.P.: Edición Papel, 13 € (IVA incluido)
Edición Digital, gratuita

ISSN 1699 - 6852



9771699685007