CAPÍTULO 1



TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS ACTUALES

El envejecimiento de la población difiere del envejecimiento de las personas. Las sociedades pueden envejecer (al aumentar la proporción de personas de edad) o pueden rejuvenecer, por lo que los problemas y desafíos en uno u otro caso son diferentes. En cambio, los individuos envejecen cada año que sobreviven; añaden un dígito a su edad cronológica. Las tendencias emergentes en el proceso de envejecimiento tienen que ver con los cambios históricos recientes y la previsión de los cambios futuros que afectan a la sociedad en su conjunto.

El proceso de envejecimiento es una reestructuración de las edades que modifica las relaciones entre generaciones; por tanto, supone un desafío a esos esquemas de bienestar. Muchos de los cambios que se han producido y se producirán son positivos. El envejecimiento demográfico representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte.

Pero también implica importantes retos. Constituye una auténtica revolución pausada. La reestructuración de las edades es lenta, tiene sus raíces en causas del pasado, pero tendrá consecuencias revolucionarias en la vida de las personas, en la familia, en la economía, en las finanzas públicas e incluso en la geopolítica; tendrá impacto significativo sobre el potencial de crecimiento y una fuerte presión sobre el gasto público.

En este capítulo, se abordan las tendencias emergentes que presiden el actual proceso de envejecimiento y un esbozo de las posibles respuestas políticas a los desafíos demográficos.

A. SÍNTESIS DE TENDENCIAS

El envejecimiento de la población es el resultado de importantes cambios demográficos desarrollados en los últimos decenios en España. Desde finales de los años setenta del pasado siglo se ha producido una fuerte **caída de la fecundidad** que ha elevado el peso porcentual de las personas mayores.

El **incremento de la esperanza de vida** ha supuesto un aumento del número de supervivientes de cada cohorte a lo largo de todas las edades del curso de vida más allá de los 65 años. Lo que inicialmente provoca un rejuvenecimiento de la estructura poblacional, aumenta la proporción de personas mayores y provoca un sobreenvejecimiento sobre las cohortes de mayor edad. De forma paralela, los fuertes **movimientos migratorios** de los últimos años en edades laborales, han permitido ralentizar el proceso de envejecimiento, pero la tendencia al retorno de los inmigrantes, prevista en las nuevas proyecciones del INE, puede acelerarlo en la tercera década del siglo.

La principal consecuencia de estos cambios demográficos es la **reestructuración de las edades** hacia un proceso de envejecimiento. Por primera vez en la historia española se ha producido una inversión demográfica: más personas de edad (65 y más años) que niños (0-14 años). El grupo de personas muy mayores (80 y más años) se ha incrementado y se incrementará con ritmos más elevados que el resto de los grupos de edad. El proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones entre generaciones, y a un declive poblacional a mediados del siglo XXI.

Estos hitos contribuyen a que las diferentes dinámicas demográficas acentúen viejos **desequilibrios territoriales,** con un medio rural que intensifica su envejecimiento y unos municipios urbanos que concentran la mayor parte de las personas mayores. Las zonas costeras mediterráneas y las Islas Canarias ven aumentar notablemente el número de jubilados europeos que presionarán sobre los sistemas de atención sociosanitarios.

Un factor más del proceso de envejecimiento es el **cambio en los patrones de enfermedad y muerte**. Las enfermedades degenerativas avanzan, modificando el patrón global de enfermedad. Continuadas mejoras en la industria farmacéutica, la rehabilitación y los cuidados sanitarios han contribuido y continuarán la tendencia a una reducción de la discapacidad y a retrasar su entrada y, por tanto, la demanda de cuidados; pero dado el aumento de la cifra de personas mayores, hay que prever más personas con dependencia severa.

Todos estos cambios demográficos, junto con los sociales, modifican las **estructuras familiares.** De una parte, más generaciones de la misma familia coexisten al mismo tiempo, lo que aumenta el potencial de atención, cuidado y transferencias; por otra, la reducción del tamaño medio de la unidad familiar y una mayor longevidad, entre otras causas, extenderá la soledad residencial, con más riesgo al bienestar personal cuando se presentan situaciones de dependencia.

Una consecuencia de esta combinación de los cambios demográficos y de las estructuras familiares es la tendencia al **incremento de los servicios profesionales o formales** de atención que contribuirán a mantener el sólido sistema de apoyo familiar existente en la actualidad. La permanencia residencial en el entorno habitual y la provisión de servicios centrados en las necesidades de las personas y en sus preferencias constituyen un desafío para el futuro próximo.

Se observa, todavía de forma incipiente y con rasgos contradictorios, que la vida autónoma **se convierte en un valor social** en alza frente a los patrones de conducta dependientes de las expectativas sociales y

familiares. El incremento de hogares unipersonales, además de constituir un riesgo en la vejez avanzada, se configura como indicador de competencia social y personal.

Una mejora del estado del bienestar de los últimos lustros se ha traducido en un **patrón de tiempos de trabajo limitados** y derechos adquiridos. El fuerte proceso de envejecimiento por una mayor esperanza de vida implica una ampliación del período vivido en jubilación, lo que sin duda obligará a nuevos cambios en el patrón de trabajo y jubilación. El debate permanente sobre el equilibrio de las cuentas de la Seguridad Social y el aseguramiento de las pensiones se acentuará en el año 2020 en el momento de convergencia de calendarios demográficos cuando la generación del baby-boom inicie su ingreso en la jubilación.

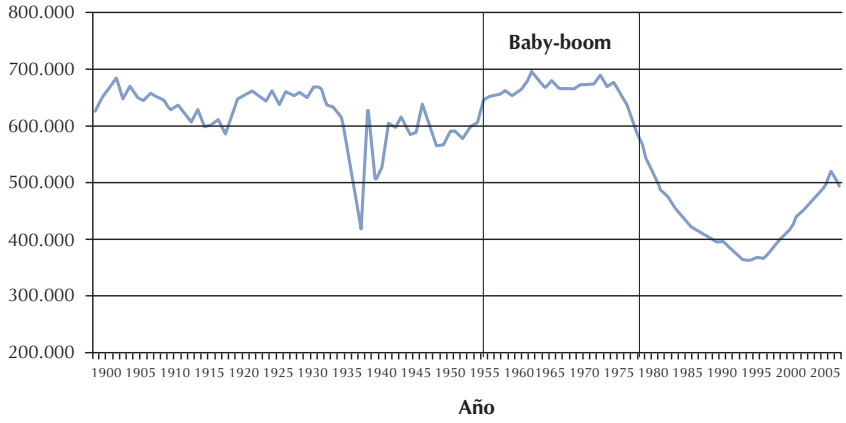
1. TENDENCIAS EN LOS MOTORES DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento se produce por la caída de la fecundidad y por una mayor longevidad gracias al descenso de la mortalidad. El descenso del número de niños hace pesar más porcentualmente al conjunto de personas mayores, y un descenso de la mortalidad a todas las edades motiva que lleguen más supervivientes de cada cohorte al umbral de los 65 años, y además, los que llegan son más longevos pues se sigue ganando años a la muerte en las edades avanzadas. La inmigración, tercer motor en la reestructuración de las edades, puede tener un efecto ralentizador, pues los mayores contingentes están formados por personas en edad de trabajar, pero que con los años también envejecen y contabilizan como mayores, salvo que retornen a sus países de origen.

a) Fecundidad

España ha sufrido una fuerte caída de la fecundidad en las últimas décadas del siglo XX, concretamente desde el final de los años del baby-boom (que se extiende entre 1957 y 1977, aproximadamente). Esta caída ha sido generalizada en Europa. Todos los países se encuentran por debajo del nivel de reemplazo establecido en 2,1 hijos por mujer, aunque ha habido diferentes velocidades y calendarios. España se encuentra por debajo de 1,4 hijos por mujer, junto a países como Alemania, Grecia, Hungría, Italia o Polonia, aunque ha iniciado un repunte siguiendo el camino de Francia, Reino Unido o Suecia, países que muestran una tasa superior. El aumento de nacimientos se inició en los últimos años del siglo XX (Gráfico 1).

Gráfico 1. Nacimientos en España 1900-2009.



Fuente: -1900-1945: Tabla 1.13. Estadísticas Básicas de España 1900-1970. Confederación Española de Cajas de Ahorros. Madrid, 1975.
-1946-2009: INE: INEBASE: Movimiento natural de la población. Nacimientos INE, consulta en mayo de 2011.

b) Esperanza de vida

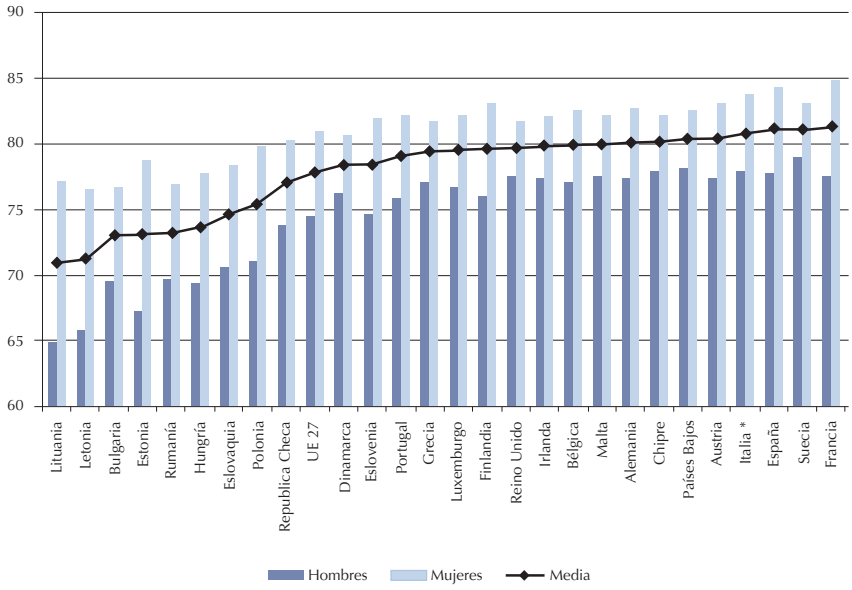
Desde 1960 todos los países europeos han incrementado notablemente su esperanza de vida, más pronunciada en la zona euro y muy destacada en España. Ese incremento ha acelerado la proporción de mayores, factor que se une al efecto producido por la caída del número de niños. No hay consenso sobre las tendencias a muy largo plazo, pues se desconoce el límite biológico de la longevidad, el impacto de futuros descubrimientos farmacológicos o la incidencia concreta de los programas sanitarios y de salud pública; hasta ahora se había subestimado la ganancia de años a la muerte en las tendencias pasadas. España se mantendrá previsiblemente con una de las esperanzas de vida a los 65 años más alta de Europa para hombres (detrás de Francia, Italia y Suecia) y para mujeres (tras Francia e Italia).

c) Inmigración

Europa ha sido tradicionalmente un lugar de destino para los migrantes. En los últimos años, España ha sido el país europeo que más inmigrantes ha recibido (más de un tercio de toda Europa-27), seguida de Italia, con lo que ambos cierran una vieja tendencia de países emisores; ha sustituido a los países tradicionalmente receptores (Alemania, Francia y Reino Unido). Ahora, los flujos tienden a ralentizarse y estabilizarse. Es muy difícil anticipar la tendencia migratoria futura, pues depende de factores económicos y sociales, desarrollos políticos y lazos familiares, y otros factores de la zona de origen (diferencias de renta, redes familiares establecidas). Recientemente (enero 2010) el INE ha modificado

a la baja su previsión de entrada de inmigrantes en España y destaca el retorno de muchos de ellos, con lo que deja un saldo positivo de unos 75.000 inmigrantes anuales desde la próxima década y en las sucesivas.

Gráfico 2. Esperanza de vida al nacer. Europa de los 27.



Fuente: EUROSTAT. 2009.

La inmigración no puede contrarrestar el envejecimiento y el declive demográfico. Puede atenuar sus efectos junto con otras medidas para fomentar la fecundidad y la participación en la fuerza laboral especialmente de las mujeres. Aunque por sí sola la inmigración no puede mantener los ratios de dependencia de mayores en los mismos niveles actuales por la inmensa cifra de inmigrantes en edad laboral que se precisaría, su ausencia acentuará el envejecimiento y el declive demográfico.

La convergencia de calendarios en España

Los calendarios de los factores que han provocado el proceso del envejecimiento tienen una particular coincidencia en la próxima década.

El baby-boom español (cohortes nacidas entre 1957 y 1977) lleva un retraso de unos diez años respecto a otros países europeos o del mundo occidental, e iniciará su entrada en edades de jubilación a partir de 2020, aumentando la proporción de mayores y sus demandas.

En esa década, continuará la baja fecundidad en torno a 1,6 hijos por mujer (algo más elevada que en la actualidad) y que es una causa importante del proceso de envejecimiento.

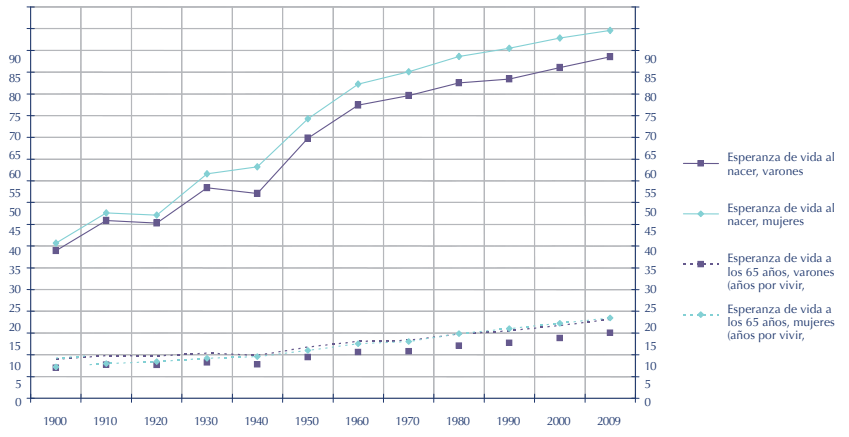
La esperanza de vida aumentará en esa década hasta dos años adicionales para las personas de 65 y más años (por caída de la mortalidad, especial-

mente entre los muy mayores), prolongando su vida hasta edades más elevadas.
La inmigración posiblemente se ralentice y pierda el efecto «rejuvenecedor» de la estructura demográfica que ha tenido en estos últimos lustros. Se situará en unos saldos positivos de 75.000 personas al año, una vez restado el importante retorno previsto.
Por ello, la actuación diferente de los tres motores del proceso (fecundidad, mortalidad, migración) confluye en un aumento de la proporción de personas mayores y convierte el proceso de envejecimiento en un auténtico desafío.

d) Algunas consideraciones adicionales sobre el incremento de la esperanza de vida

La esperanza de vida en España sigue incrementándose, y vidas más largas han de financiarse de alguna manera. La continuada **reducción de la mortalidad** durante el siglo XX ha llevado a un aumento de la supervivencia en todas las cohortes y a todas las edades, y al incremento notable de la esperanza de vida. Los 34,8 años de vida media o esperanza de vida al nacer en 1900 se han convertido en 81,6 años en 2009. Llegan más al umbral de la vejez y una vez sobrepasado viven más tiempo que hace una centuria; en 1900, se esperaba que una persona de 65 años viviese 9,1 años más, ahora se han convertido en 20,2 adicionales (Gráfico 3). A principios de siglo menos de tres nacidos de cada diez alcanzaban la vejez; ahora son casi nueve de cada diez.

Gráfico 3. Esperanza de vida al nacer por sexo, 2000-2009.

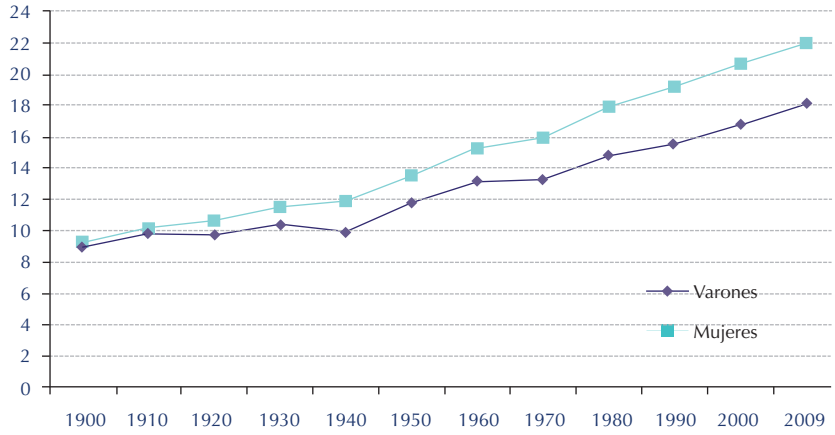


Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

Este significativo incremento en la esperanza de vida al nacer se acompaña con importantes cambios en la esperanza de vida a partir de los 65 años (Gráfico 3a). Entre 1900 y 1960 los varones ganaron 2,8 años y las mujeres 5,8; sin embargo, entre 1960 y 2009 las ganancias fueron de 5,0 y 6,7 años respectivamente, produciéndose un mayor descenso en las tasas de mortalidad entre los varones.

En el conjunto de la Unión Europea se espera que los varones ganen 5,5 años de esperanza de vida a los 65 años, y 5,2 las mujeres, estando las mujeres españolas entre las que más se benefician de este alargamiento de la vida. Actualmente, la esperanza de vida española se encuentra entre las más altas de Europa y el mundo.

Gráfico 3a. Esperanza de vida a los 65 años por sexo 1900-2009.



Fuente: Años 1900-1998. INE. Anuario estadístico de España 2004. Demografía.
Año 2000-2009. INE. Tablas de mortalidad de la población de España.

Las proyecciones señalan una ralentización de esas ganancias y un **acercamiento del diferencial** entre hombres y mujeres, por una mayor reducción de la mortalidad masculina, que aun así sigue siendo más alta que la femenina. La actual diferencia en la esperanza de vida de 6,1 años bajará a 5,6 en 2049. Sin embargo, la previsión sobre la diferencia de esperanza de vida a los 65 años pasa de 3,9 años actuales a 4,3 en 2049; es un proceso de ligero aumento del diferencial entre hombres y mujeres, que incidirá en un aumento del desequilibrio entre sexos en edades avanzadas.

La esperanza de vida femenina siempre ha sido más alta que la masculina a todas las edades. Esta diferencia puede ser atribuida a diferentes comportamientos, hábitos y estilos de vida, papeles sociales y laborales, en los que los varones están expuestos a mayores riesgos y a su vez tiene implicaciones en la forma de convivencia, bienestar económico

y relaciones sociales y familiares debido a la supervivencia de las mujeres sobre sus cónyuges.

Los años ganados a la muerte se consideran de forma mayoritaria como años obtenidos en la vejez, aunque sería más correcto plantear que esos años se han incrementado en todas las edades y que tiene implicaciones diversas en diferentes etapas de la vida: ampliación de la etapa formativa en la juventud y/o prolongación de la vida laboral en la edad adulta.

Pero además, uno de los efectos de la mayor esperanza de vida es que puede fortalecer las **redes de apoyo**, por una mayor supervivencia de todos los miembros de la familia, aunque al mismo tiempo pueda incrementar la demanda de cuidados por mayor tiempo en situación de dependencia.

La «democratización» de la supervivencia traslada a mayores contingentes de población hacia las edades altas de la pirámide y se acentúan las diferencias y desigualdades de estas personas, en sus estilos de vida, formas de convivencia, necesidad y demandas de cuidados, que **plantea varios desafíos:** el afrontamiento de un envejecimiento exitoso, la emergencia de la fragilidad y dependencia, la entrada en discapacidad (compresión-expansión) y la puesta en valor de una actividad antes limitada: el cuidado.

Al mismo tiempo, ha permitido extender el horizonte cronológico de las personas, concebir la muerte como evento alejado en el tiempo, lo que facilita la **planificación individual del curso de vida** y los proyectos a largo plazo. El tiempo libre constituye una verdadera revolución en la gestión del curso de vida, pues hasta hace pocos lustros, la jubilación era una antesala o preparación para la dependencia y la muerte. Tiempo libre y capital de vida avanzan ahora a la par, camino de la «era de la senectud», de la civilización de las distracciones (Touraine, 1992).

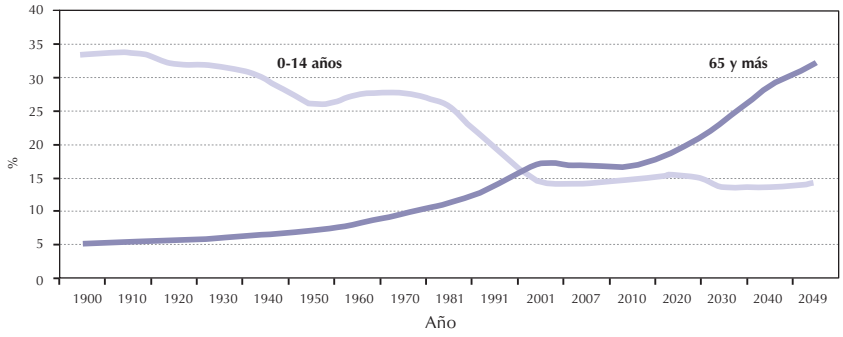
Todos estos cambios demográficos suscitan la incógnita de dónde se sitúan los límites de la longevidad humana y el estado de salud que resulta de su ampliación. Los continuos avances médicos y farmacéuticos hacen poco predecible una edad límite de la vida. La discusión sobre si los años ganados a la muerte se viven en buenas o malas condiciones de salud continuará. La emergencia de una cuarta edad, etapa de declive, planteará el dilema sobre la calidad de vida, por los aspectos negativos de esta etapa final. Esa cuarta edad no es una mera continuación de la anterior, porque prevalece la fragilidad, las limitaciones funcionales y cognitivas, y otras características asociadas a la pérdida de identidad, de sentido de control y de autonomía personal, que algunos llaman de muerte psicológica (Baltes y Smith, 2003).

2. LA REESTRUCTURACIÓN DE LAS EDADES

La reestructuración de las edades, debido al proceso de envejecimiento, modifica las relaciones entre generaciones, las condiciones de cohabitación entre ellas (Loriaux, 1995). Y ése puede ser un desafío tan importante como el hecho biológico de ir superando edades elevadas. Se ha producido una inversión demográfica histórica con un aumento extraordinario de las personas mayores, con un ritmo acelerado y con implicaciones en diferentes ámbitos de la vida.

La primera tendencia emergente en España, al igual que en otros países europeos, es la **inversión demográfica**. Es decir, por primera vez en la historia las personas de 65 y más años superan a los niños de 0-14. El conjunto de la población está envejeciendo (Gráfico 4). El tamaño actual de la población de edad, su crecimiento reciente y la previsible evolución futura es un desafío para los responsables políticos, el sistema sanitario, el económico y social y para los propios individuos y las familias.

Gráfico 4. Inversión de la Tendencia Demográfica.

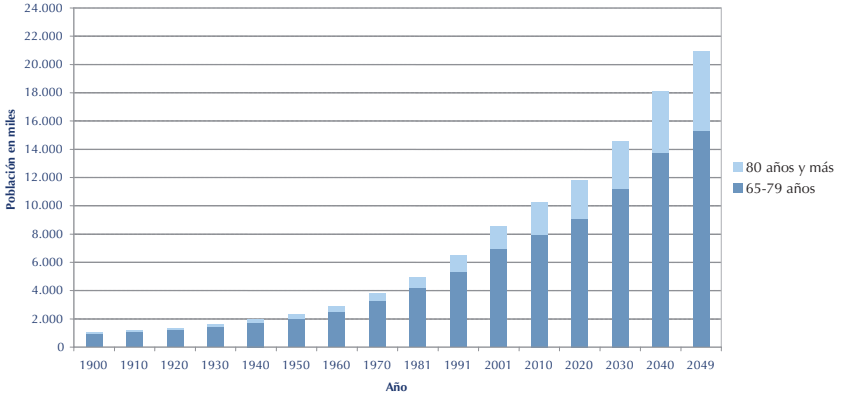


* De 1900 a 2007 los datos son reales; de 2010 a 2049 se trata de proyecciones.
Fuente: INE: INEBASE: 1900-2001: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2007: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007.
2010-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049.

El incremento de la proporción de personas mayores es el indicador más común del envejecimiento de la población. La población española mayor de 65 años en enero de 2010 era de 7,9 millones de personas, lo que representa el 16,9% de toda la población. La tasa de crecimiento medio anual de este grupo de población ha sido superior al 3% en los últimos decenios y aún se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI. Este crecimiento está en relación directa con el incremento de la esperanza de vida por caída de la mortalidad y a su vez, con los avances sanitarios, de higiene y salud pública y ventajas de regularización de los ingresos y mejoras en la alimentación, factores

que seguirán actuando en los próximos años, por lo que es de esperar la continuación de este crecimiento poblacional (Gráfico 5).

Gráfico 5. Evolución de la población mayor, 1900-2049.

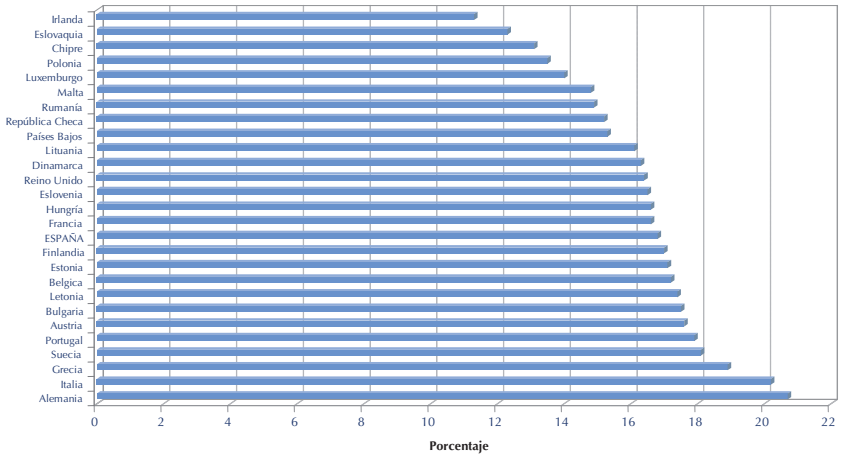


Fuente: 1900-2001 Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.
2020-2049: INE: INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.
2010: INE: INEBASE: Avance del Padrón a 1 de enero de 2010.

Lo más notable en los próximos lustros es la llegada de las cohortes del baby-boom (los nacidos entre 1957-1977) a edades de jubilación en la tercera década del siglo XXI; están ahora en su edad madura, y sobrevivirán más que las cohortes que les preceden. Entonces se verán los mayores incrementos anuales hasta aproximadamente el año 2040. Hacia el 2050, las personas mayores supondrán el 32% de la población, más de 15 millones de personas.

En el contexto europeo son los países mediterráneos (Grecia, Italia, España, Portugal), junto a otros como Alemania, los que presentan porcentajes de envejecimiento más destacados con valores entre 16-20% de su población (Gráfico 6), aunque se adivinan dos tendencias: países con envejecimiento, pero con aumento total de la población (España, Francia, Portugal, Austria, Reino Unido y otros) y países con declive demográfico (Alemania, Italia, Hungría, Polonia, entre otros). Pero a partir de 2045, con las nuevas proyecciones del INE, España empezará a perder población. En esa fecha se habrá alcanzado una población de 48.016.537 habitantes, y se iniciará un declive demográfico: ni los nacimientos ni la inmigración compensarán las defunciones.

Gráfico 6. Población de 65 y más años en la Unión Europea 2010.



Fuente: EUROSTAT.

La otra manifestación dentro del envejecimiento de la población que se está produciendo es el crecimiento de los octogenarios a un ritmo mayor que el resto de grupos de población. Ya son 2,2 millones de personas mayores de 80 años y se han multiplicado por 19 desde principios del siglo XX. Se calcula que en 2049, ya serán 5,6 millones y habrán crecido aún más que el resto de las personas de edad.

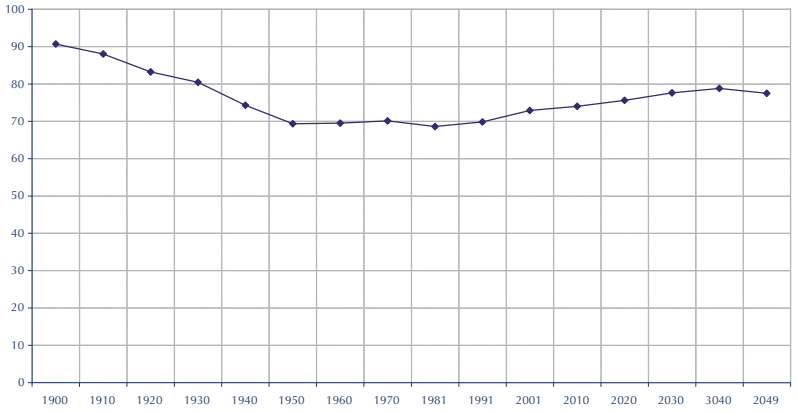
El crecimiento de los octogenarios tiene y tendrá importantes implicaciones en los sistemas de ayuda. Hoy por hoy, sus necesidades son diferentes, sobre todo en atención sanitaria, cuidados y tipo de convivencia; debido a las enfermedades crónicas, tienen un mayor riesgo de padecer discapacidad lo que requiere una mayor respuesta en forma de cuidados de larga duración. Son y serán, por tanto, grandes consumidores de prestaciones sociales y sanitarias tanto formales como informales.

Mientras siga creciendo la longevidad, el concepto de persona muy mayor se modificará; los octogenarios serán más habituales y los centenarios dejarán de ser una excepcionalidad. Éstos también aumentan rápidamente: mientras en el censo de 2001 alcanzaban los 4.000, se estima que en el año 2009 han rebasado los 7.000: tres de cada cuatro son mujeres.

La feminización de la vejez

La tendencia de la relación global entre sexos en la vejez a lo largo de la historia reciente ha sido la de un proceso de feminización, debido a una mortalidad diferencial, mayor entre los varones. Este proceso se ha caracterizado por una acentuación del desequilibrio entre sexos durante la pasada centuria, pero se observa un cambio de tendencia en la década final y en las primeras décadas del siglo XXI (Gráficos 7 y 8). Desde principios de siglo XX, con 93 varones por cada cien mujeres de edad, se observó un aumento de la diferencia entre sexos, siendo cada vez más numerosas las mujeres. Esta tendencia se acentuó en los años 40 y se mantuvo en 70 varones de edad por cada cien mujeres en las décadas de los cincuenta a los noventa, momento en que el descenso de la mortalidad masculina, mayor que la femenina, está conduciendo a una recuperación del equilibrio global entre sexos: 74 varones por cien mujeres en 2010, con estimaciones al alza a lo largo de todo el siglo XXI.

Gráfico 7. Sex ratio entre las personas mayores, 1900-2049.

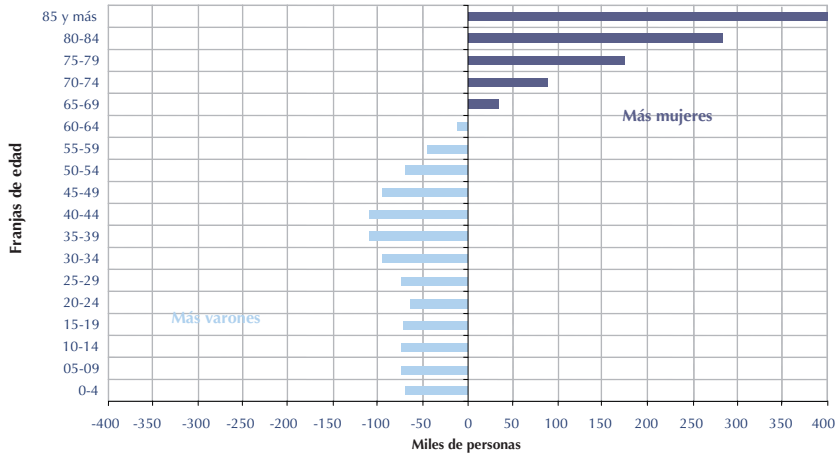


Fuente: 1900-2001 Fuente: INE: INEBASE: Censos de 1900 a 2001.
Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

Este cambio afectará también a la imagen tradicional de mujer mayor cuidando a su cónyuge, normalizándose una visión de cuidador varón prestando ayuda y apoyo a su mujer (Gráfico 8).

A estas características demográficas comunes con los países europeos, hay que sumar el diferencial de nuestro país: la velocidad con que se ha producido el incremento de la población mayor debido a la fuerte caída de la fecundidad, desde finales de los años setenta y sobre todo en los ochenta y noventa del siglo pasado.

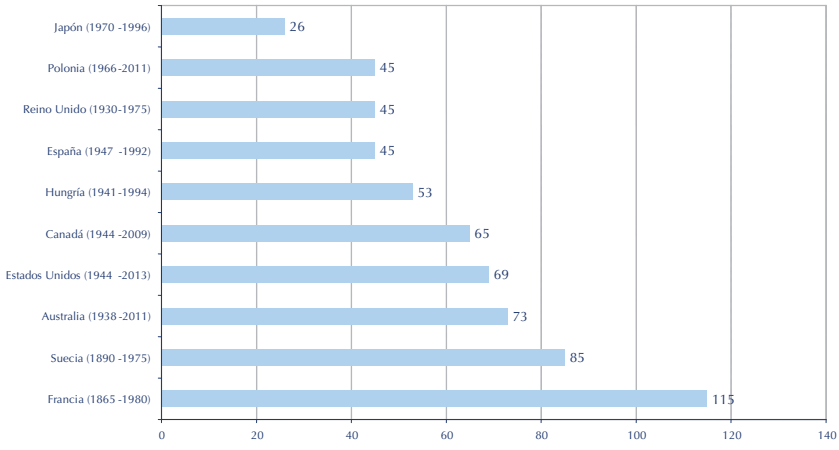
Gráfico 8. Diferencia entre la población de varones y mujeres por franja de edad, 2050.



Fuente: 2050. INE. INEBASE. Proyecciones de población Base Censo 2001. ESCENARIO 1.

Desde principios del siglo XX la población de personas mayores se ha multiplicado por ocho, mientras que el conjunto nacional se ha incrementado 2,5 veces. En 2049, si se cumplen las proyecciones demográficas actuales, se habrá doblado la actual población de personas mayores. España duplicó en 45 años el porcentaje de personas mayores (del 7% al 14%); Francia, el país que inició lo que se conocería como proceso de envejecimiento, tardó 115 años en cambiar esas magnitudes, Suecia 85, etc. (Gráfico 9).

Gráfico 9. Velocidad de envejecimiento de la población: años para pasar de 7%-14%



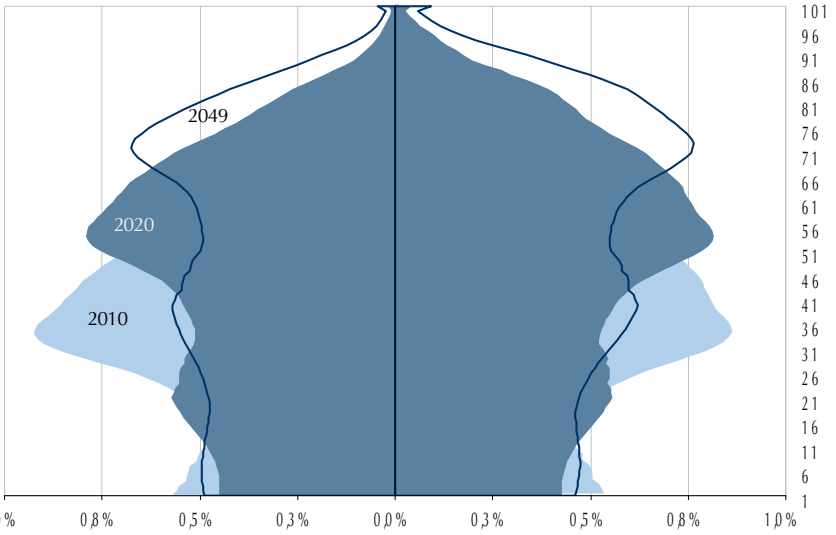
Fuente: Kinsella, K., Wan, H.: An Aging World: 2008. p.14.

Esta velocidad «de envejecimiento» se incrementará en la tercera y cuarta décadas del siglo XXI y se ralentizará posteriormente, pero ya con niveles de envejecimiento de 31,9% de la población. Los octogenarios crecerán más aún en la cuarta y quinta décadas, prolongando el envejecimiento de los ya mayores.

El envejecimiento de la población es patente y todavía se remarca más al comprobar la evolución desde el siglo XX de la edad mediana de la población, que ha marcado una tendencia ascendente: a principios del siglo XX la mitad de la población estaba por debajo de los 24 años, cifra que ha ido ascendiendo hasta los 39 en 2010; en 2020 será de 43 y en 2049 alcanzará los 47 años. En paralelo, la estructura por edad de la población española (Gráfico 10) al igual que sucede en la europea, empieza a ser dominada por la gente mayor.

La posición de las cohortes del baby-boom anuncia los desafíos que se presentarán en cada momento a los responsables de las políticas sociales y económicas. El impacto de esas cohortes será perdurable en el tiempo hasta pasada la segunda mitad de este siglo.

Gráfico 10. Población española 2010, 2020, 2049. Pirámides superpuestas.



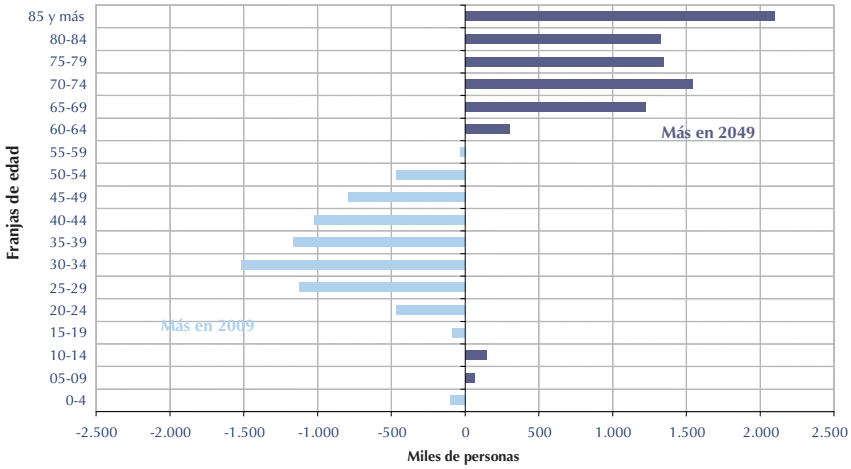
Fuente: INE Base. Proyecciones de población. Base censo 2001.

La evolución futura de la pirámide de población tiende hacia la forma de un pilar, con reducción de efectivos al nacer pero con el mantenimiento del tamaño de cohortes a lo largo de su vida que se estrecha rápidamente en las edades más altas, por la lógica mortalidad.

Una comparación actual y futura entre los grupos de edad nos permite destacar dos hechos. En primer lugar, la diferencia entre el número de

personas mayores entre 2009 y 2049 se concentra en las edades altas de la pirámide, es decir, habrá más españoles que ahora pero casi todos serán mayores o muy mayores (Gráfico 11) con una reducción de los jóvenes y de niños. Estas cifras plantean la cuestión de la sobrecarga de servicios sanitarios y sociales.

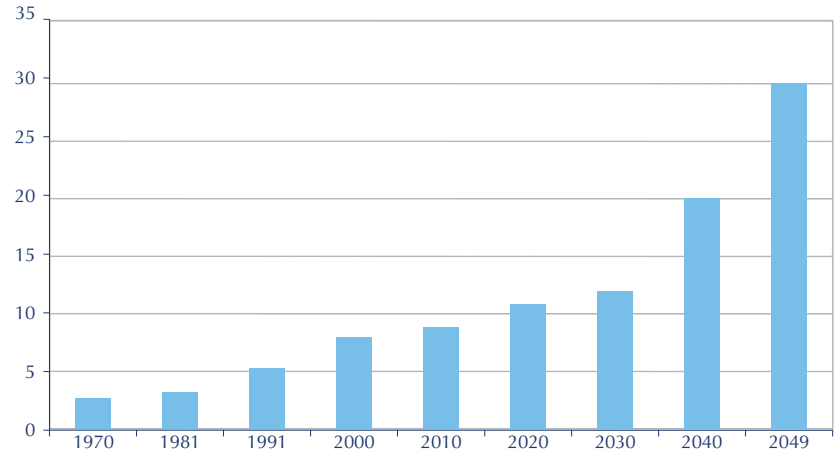
Gráfico 11. Diferencia entre la población en 2009 y en 2049. Grupos quinquenales de edad.



Fuente: 2009. INE: INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009. Consulta en octubre de 2009.
2049. INE. INEBASE. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

En segundo lugar, relacionando los grupos de personas muy mayores con otros grupos puede calcularse un ratio de apoyo social y familiar (Gráfico 12).

Gráfico 12. Evolución del ratio de apoyo familiar.



Fuente: 1981 y 1991: INEBASE: Series históricas de población. Censos de 1981 y 1991.
2000 INEBASE: Revisión del Padrón Municipal 2000.
2010, 2020 y 2030 INEBASE: Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Consulta en febrero de 2010.

Éste es un indicador simple de la necesidad de apoyo familiar (y social) a lo largo del tiempo (relación existente entre personas de 85 y más años y de 45 a 65 años). Desde 1991 este ratio de apoyo crece continuamente y en proporciones sin precedentes. El ratio actual de 8/100 se incrementará a 30/100 en el año 2049. Esta progresión puede incluso afectar a la carrera profesional y la productividad de esa generación de edad intermedia.

3. NUEVOS DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES

La localización residencial de las personas mayores es una cuestión importante para la organización y administración de las políticas sociales. En el medio urbano, la concentración es una ventaja de escala para la planificación de actividades, servicios y programas de atención. En el medio rural, la dispersión en núcleos pequeños y distantes dificulta la organización de actividades y la prestación de servicios, dispersión que encarece sus costes.

Las regiones, las ciudades y en algunos casos los cascos históricos de las ciudades pueden ver modificado su anterior equilibrio demográfico y deberán hacer frente a dificultades en materia de oferta de bienes y servicios, salud, dependencia, transporte (Comisión Europea, 2006). Zonas rurales, urbanas, costeras y a otra escala, hogares, sufren y sufrirán estos profundos cambios.

El mundo rural envejece a un fuerte ritmo; en miles de municipios españoles la relación es de una persona mayor por cada tres. Sin embargo, el mayor número de personas de edad se encuentra en las ciudades. Un doble problema: cómo manejar esas proporciones en un mundo con poca población y recursos, y qué hacer con la creciente demanda de miles de mayores urbanos.

La industrialización y el paralelo proceso de urbanización iniciado en torno a los años sesenta del siglo XX son una de las tendencias más destacables en la historia económica y social recientes de España. Ha determinado la concentración de personas mayores en núcleos grandes por un proceso de envejecimiento in situ, por el mayor tamaño demográfico de éstos, y por el envejecimiento del contingente inmigratorio que recibieron las principales ciudades españolas en aquellos años.

Durante los años del éxodo rural, las diferentes generaciones de las familias estuvieron algo más separadas o disociadas, social y geográficamente. Ahora, en este período de rápido envejecimiento, con más longevidad y mayores demandas de relaciones intergeneracionales, las

generaciones se aproximan; los cuidados han acercado a padres e hijos, observándose reagrupaciones familiares cuando durante las décadas anteriores se vivió el proceso contrario.

Esta tendencia se manifiesta a escala inframunicipal en una mayor conciencia de la necesidad de recuperar los cascos históricos, en un proceso conocido como gentrificación o de regeneración de áreas previamente marginales, por un segmento de población adulta joven con alto poder adquisitivo, reacción que se produjo frente al declive de algunos cascos históricos de centros urbanos españoles que, desde finales de la década de los setenta, iniciaron un proceso demográfico negativo, un rápido envejecimiento y un deterioro residencial, con la salida de población joven. Pero a la vez, algunas partes de estos cascos han visto un movimiento contrapuesto; los procesos de declive demográfico son frenados por la inmigración. Se produce un rejuvenecimiento notable de áreas centrales a la vez que se desarrollan procesos de segregación socio-espacial y marginalidad (Puga y Abellán, 2006).

En la escala del hogar, destacan los cambios en los tipos de hogares en que viven los mayores. En uno de cada tres (34%) reside al menos una persona de 65 o más años; es decir, casi cinco millones de hogares albergan a alguna de los más de siete millones de personas de edad; a su vez, en un 35% de los mismos, reside alguna persona mayor dependiente. Buena parte de las personas mayores conviven con alguno de sus descendientes u otros familiares. Los hogares de los mayores son cada vez más pequeños (en tamaño medio) y con edad media creciente. Las personas mayores prolongan su autonomía residencial, lo que aumenta la proporción de solitarios. La vida en solitario suele ser no deseada, pues suele venir impuesta por la mortalidad de un cónyuge y la longevidad del otro.

La distribución del envejecimiento en el territorio

Las provincias y comunidades autónomas con la población de edad más numerosa no coinciden con las que tienen la mayor proporción de personas mayores. Castilla y León (22,4%), Galicia (21,9%) y Asturias (21,8%) son las comunidades más envejecidas. Son territorios con procesos de envejecimiento antiguos, debidos a la fuerte emigración rural y la caída de la fecundidad (Gráfico 13). Andalucía, Cataluña y Madrid, con un millón o más, son las comunidades con mayor número de personas mayores (Gráfico 14). Y dentro de ellas, son los núcleos urbanos los que acogen una cifra mayor.

En este patrón de distribución general juega un papel más relevante la población urbana: ocho de cada diez españoles de todas las edades viven en núcleos urbanos, más de siete sobre diez entre los mayores. En el medio

rural en los municipios de menos de 2.000 habitantes viven unas 800.000 personas de edad, aunque la proporción es de 27,7%. En los municipios rurales de entre 2.000 y 10.000 habitantes viven 1,2 millones de personas mayores, un 18,2% de envejecimiento (Gráficos 15 y 16). En municipios de más de 10.000 habitantes viven 5,5 millones de mayores, una proporción del 15,5%. Ejemplo de esta disparidad es que en los seis municipios más grandes de España (Madrid, Barcelona, Valencia, Sevilla, Zaragoza y Málaga) viven tantos mayores como en los 6.900 municipios de menos de 5.000 habitantes (en torno a 1.4 millones) (Puga y Abellán, 2006).

Gráfico 13

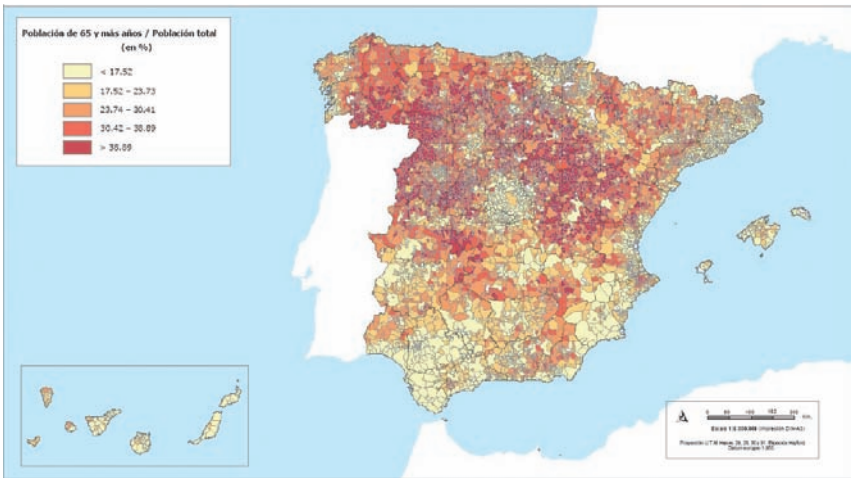
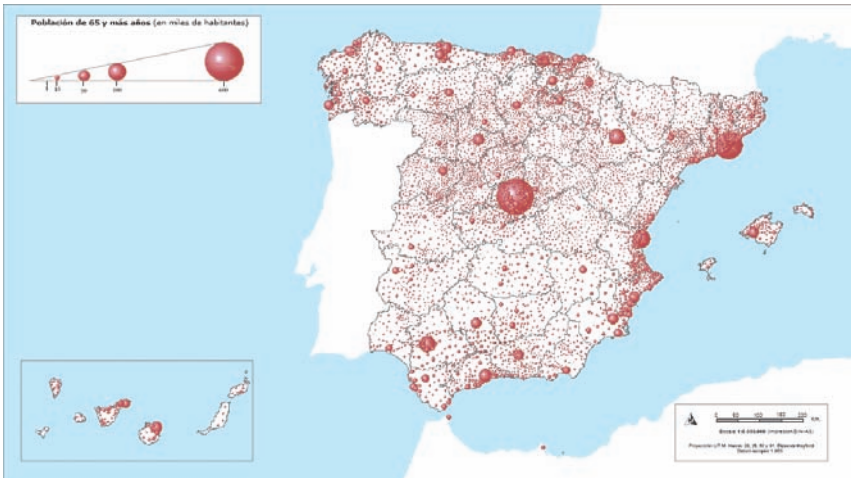
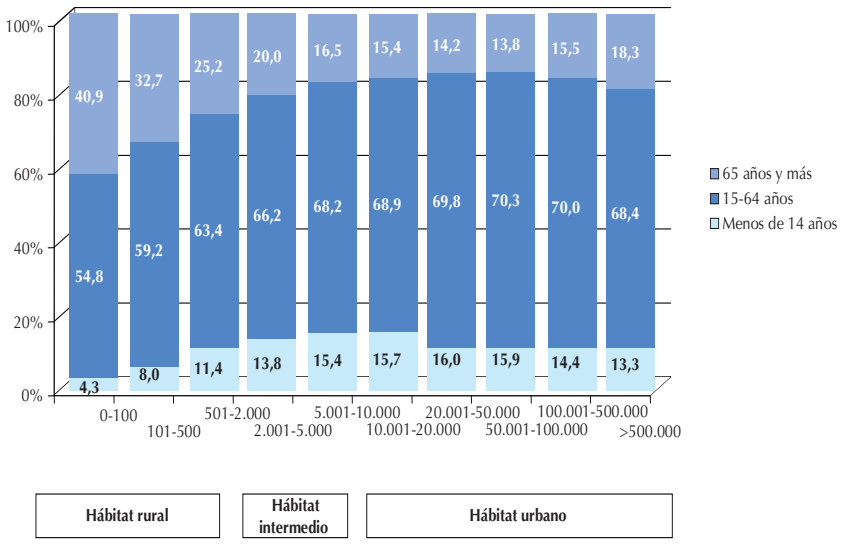


Gráfico 14

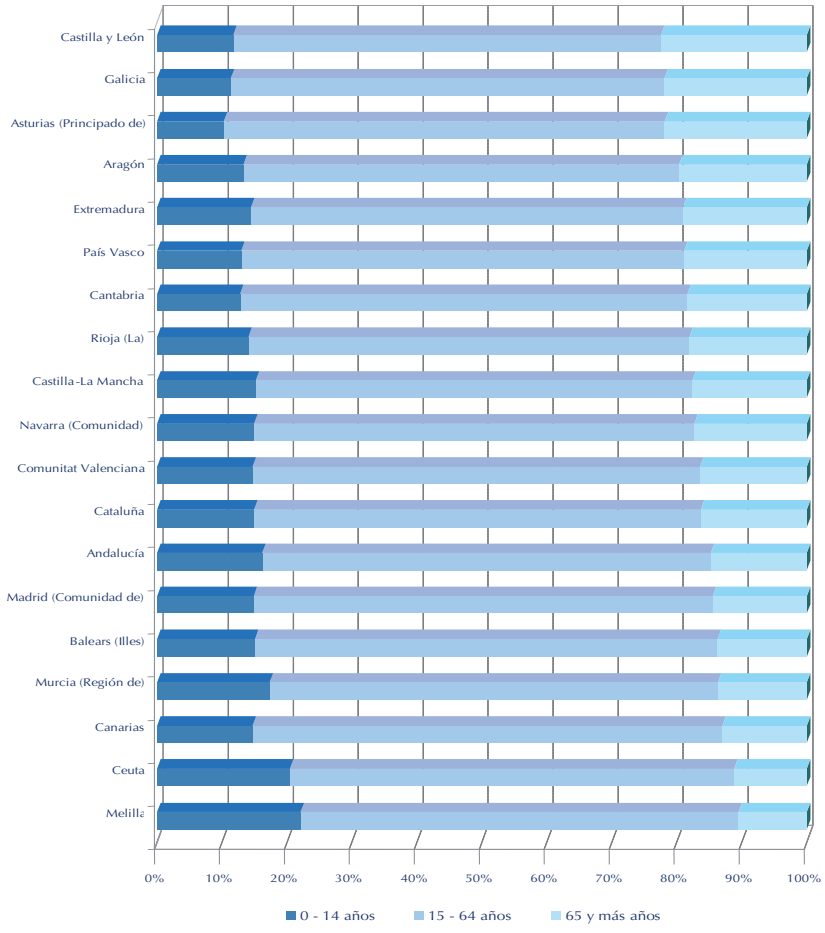


Gráficos 15. Población según tamaño municipal, 2009.



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2009. Datos por municipios. INE, consulta en mayo de 2011.

Gráficos 16. Población grandes grupos de edad. Comunidad Autónoma 2009.



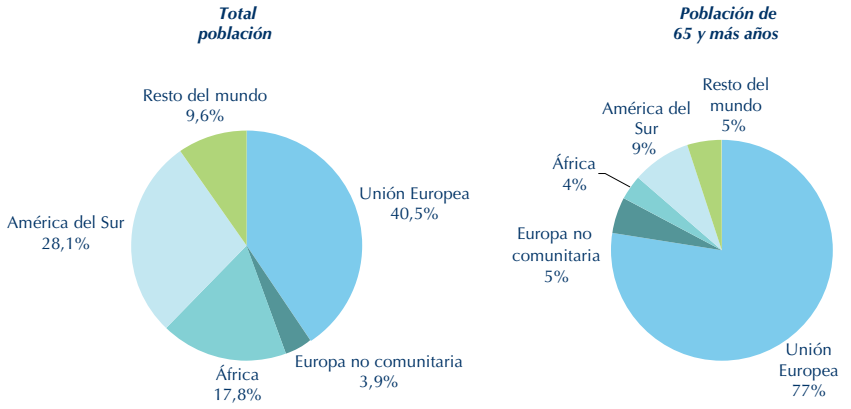
Fuente: INE: INEBASE: Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

4. FLUJOS MIGRATORIOS DE PERSONAS MAYORES EN BUSCA DE CONFORT CLIMÁTICO

Desde hace varios decenios, pero acentuándose en los últimos lustros, España ha visto surgir una **tendencia migratoria nueva**: el retiro de jubilados europeos hacia sus costas. Zonas litorales del Mediterráneo y de las Islas Canarias han recibido miles de extranjeros jubilados, gracias a su confort climático, coste de vida más bajo y disponibilidad de infraestructuras (de ocio y sanitarias), normalmente sin perder lazos con su país de origen para no perder derechos sociales.

En 2009, había en España 5,5 millones de extranjeros. De ellos, 280.000 eran personas mayores. Esta cifra es una referencia mínima pues es habitual en estos colectivos el subregistro administrativo. Los originarios de la Unión Europea son mayoría en ambos casos, aunque entre los inmigrantes de menos de 65 años, el contingente de procedentes de América del Sur es muy elevado (Gráficos 17 y 18). Las personas mayores extranjeras procedentes de la Unión Europea se concentran en un 90% en cinco comunidades autónomas: Comunidad Valenciana, Andalucía, Canarias, Cataluña, Baleares, concentrándose un 64% en las dos primeras (C. Valenciana 41,5% y 22,5% Andalucía). Los ciudadanos procedentes de la Unión Europea de los 15 alcanzaban el 93%, no llegando al 0,5% los ciudadanos extranjeros empadronados en España procedentes de los países incorporados a la Unión europea en las últimas ampliaciones (Imserso. Fernández, 2006). El 51% de los mayores extranjeros son británicos que suelen residir en provincias costeras mediterráneas (Alicante, Málaga, Baleares) y Canarias. Los alemanes, con el 29% de todos los extranjeros de edad, son el segundo grupo más numeroso seguido de los franceses.

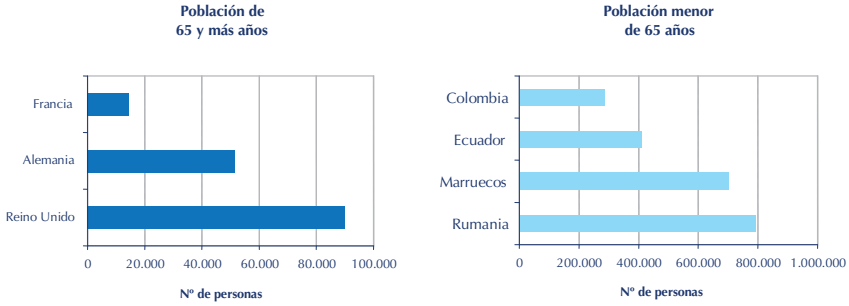
Gráfico 17. Población extranjera según continente de procedencia, 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

La principal **consecuencia del modelo de concentración** de esta población en lugares de la costa es la creación de espacios demográficos municipales sobre-envejecidos. Contribuyen al desarrollo local con una actividad económica en torno a este fenómeno (vivienda, consumo, etc.), pero existe una preocupación sobre el impacto que esta demanda puede tener sobre servicios sanitarios.

Gráfico 18. Población extranjera según nacionalidad, 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

Una tendencia al uso excesivo o a la saturación de éstos representa un desafío importante para los responsables de las políticas sanitarias, en particular de las comunidades autónomas donde se asientan de forma preferente, si bien hay que tener en cuenta, de un lado, que los grupos de edad entre 65 y 74 años alcanzan el 70% de estos mayores y que sólo un 15% sobrepasa los 80 años, el grupo, en principio, principal consumidor de recursos sociosanitarios, que muestra una preferencia a regresar a su país cuando llega a edades de sobreenvejecimiento. Por otra parte, la presión sobre los recursos se produce en particular en su estructura, ya que desde el punto de vista económico, las compensaciones están establecidas por la Unión Europea (Imserso. Fernández, 2006). Es difícil proyectar situaciones futuras, aunque lo más previsible es que la razón del peso de confort climático y otras ventajas económicas, sanitarias y sociales siga influyendo en la tendencia de retiro hacia España de muchos europeos.

5. CAMBIOS EN LOS PATRONES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

Una de las principales tendencias a lo largo del siglo XX ha sido el cambio radical en los patrones de enfermedad y muerte. Las enfermedades crónicas y degenerativas sustituyen a las infecciosas y parasitarias; es un cambio epidemiológico global, más acentuado entre los mayores,

donde las enfermedades degenerativas son los principales diagnósticos de enfermedades y de causas de muerte. Las mejoras en los medicamentos, rehabilitación y sistema sanitario están contribuyendo a una posposición de la discapacidad y de la muerte.

a) Creciente importancia de las enfermedades degenerativas

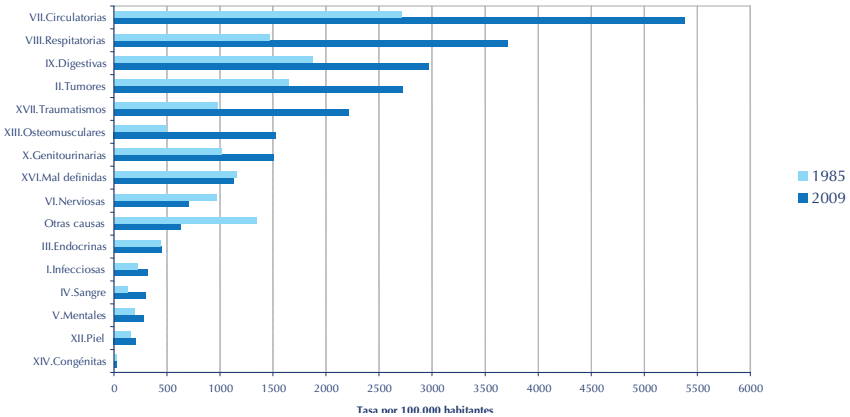
Las dolencias relacionadas con problemas osteomusculares son un factor fundamental en la aparición de las limitaciones funcionales; no son la principal causa de morbilidad hospitalaria (es la sexta), ni de muerte, pero el aumento de la edad y de la supervivencia de las actuales cohortes provoca su expansión. Un 94,9% de los mayores tienen alguna dolencia de tipo crónico diagnosticada por un médico (INE. Encuesta nacional de salud, 2006). Un 53,0% de los mayores tiene diagnosticado problemas que afectan a las articulaciones y tejidos adyacentes, como artrosis, artritis o reumatismo; estos problemas osteomusculares afectan sobre todo a las mujeres (57,2% de ellas) y aumenta con la edad. Además, más de un tercio de las mujeres declaran problemas de espalda (cervical o lumbar).

El incremento de demencias y alzhéimer comprometerá una buena parte de los cuidados de atención; son los problemas que crean mayor presión emocional y física sobre los cuidadores, además de un coste sanitario considerable. Las mujeres son el grupo más numeroso en éstas, pues también representan la mayor proporción de mayores y de muy mayores.

Una tendencia muy destacable en los últimos años ha sido la **masiva utilización de los servicios médicos y sanitarios** por parte de la población en general y los mayores en particular. El resultado es el importante incremento del gasto sanitario, no sólo atribuible al envejecimiento y al incremento de las situaciones de cronicidad, sino también a una mejora notable de los equipamientos y servicios sanitarios, al avance tecnológico, la universalización o maduración del sistema, al uso general con un cierto desentendimiento del usuario sobre los costes, y quizás a la gestión (Unespa, 2010).

Una forma de medir los cambios en las enfermedades y en la utilización de los servicios es a través de la encuesta de morbilidad hospitalaria (Gráfico 19) que registra que las personas mayores ya suponen el 38% de las altas del sistema.

Gráfico 19. Tasas (por 100.000 habitantes) de enfermos de 65 o más años dados de alta por diagnóstico y grandes grupos de edad (ambos sexos), 1985 y 2009.



Fuente: INE. INEBASE. Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2009.

Pero la cifra de **estancias** aún es más significativa dado que una estancia media es más prolongada entre mayores que en el resto de la población, en parte debido al cómputo de estancias en hospitales geriátricos y de larga duración.

La mitad de las estancias hospitalarias en España son causadas por personas de edad.

b) Hacia un retraso de la discapacidad y la dependencia

Una mayor supervivencia de las cohortes y una mayor longevidad plantean el debate de cómo se viven esos años ganados a la muerte, es decir, si se está cambiando mortalidad por discapacidad o bien si se viven en mejores condiciones de vida. Dicho de otra forma, si las mejores condiciones de vida están retrasando la aparición de la morbilidad y de la mortalidad (teoría de la compresión de la morbilidad), o si ahora se vive más gracias a los avances médicos y farmacéuticos, pero con enfermedades crónicas y discapacidad (expansión de la morbilidad). Hay una tercera interpretación: que se vive más años, con más enfermedades crónicas, pero éstas no son graves, por lo que la calidad de vida no se resiente seriamente, es decir, menos limitaciones graves pero mayores situaciones de cronicidad en la enfermedad y la discapacidad.

Numerosos estudios internacionales plantean abiertamente la **tendencia a un retraso de la entrada en discapacidad** y dependencia, aunque los datos son insuficientes y a veces contradictorios (Christensen, Doblhammer, Rau y Vaupel, 2009). Las comparaciones de las encuestas de

discapacidad españolas (1986 y 1999) permiten a algunos estudiosos plantear ese retraso (Sagardui et al., 2005). Pero sigue habiendo un amplio debate pues es difícil determinar un marco conceptual único y armonizar los instrumentos de medida y por tanto conocer la evolución de las tendencias.

- Las limitaciones funcionales aumentan con la edad y están muy presentes entre los mayores. Un 28,7% de las personas de edad tienen limitaciones para las actividades cotidianas básicas o de autocuidado (vestirse, levantarse, asearse, etc.) o instrumentales (comprar, tareas domésticas, etc.) (INE: Encuesta Nacional de Salud, 2006), es decir, 2.034.369 personas. Estas cifras preconizan un serio problema de dependencia, pues la mayoría de esas personas precisan ayuda para esas actividades, o bien avanzan una mayor propensión a institucionalización.
- El primer rasgo de la discapacidad es que **afecta más a las mujeres:** un 23,7% de los varones y un 32,4% de las mujeres declaran limitaciones. Aumentan notablemente con la edad, y más de la mitad de los octogenarios tiene problemas funcionales.
- **Ingresos y nivel de instrucción** marcan diferencias, de modo que la proporción entre analfabetos o sin estudios casi triplica a la discapacidad de las personas con estudios superiores; es uno de los factores determinantes del bienestar, del estado de salud y de las situaciones de discapacidad. Un mayor nivel de instrucción ha sido garantía de mejores oportunidades en la vida y refleja disponer de más recursos (materiales e intelectuales) para afrontar problemas de salud o discapacidad.
- **Una proyección de la dependencia.** Con esos rasgos se puede intentar una proyección de la dependencia a 2020 con datos de partida en 2003 (Abellán y Esparza, 2006). En un escenario pesimista, con tasas de dependencia constantes similares a las actuales, se estima un incremento del 50% de dependencia hasta los 2,3 millones de personas de todos los grados (desde los 1,5 actuales); en un escenario optimista, con descenso de las tasas durante la mitad del período y una estabilización posterior, habría un incremento del número de personas con dependencia por el considerable aumento de la población de edad. En cualquiera de los escenarios, el número de personas dependientes crecerá considerablemente en los próximos años.

c) Nuevo patrón de mortalidad

Varias tendencias destacan en el nuevo patrón de mortalidad. En primer lugar, se ha producido un cambio en el **modelo global** en el que

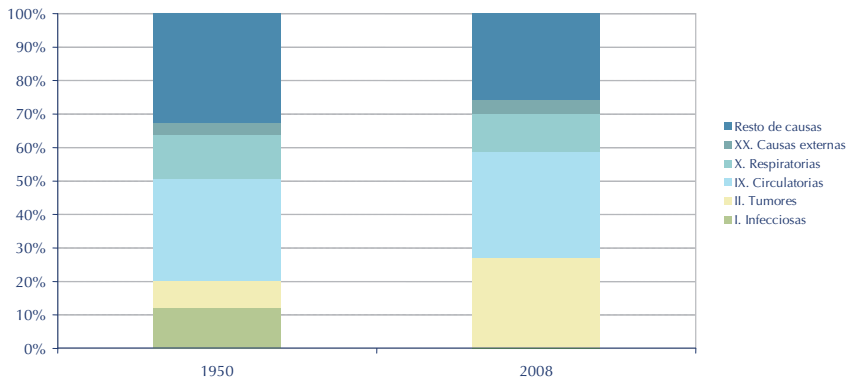
la mortalidad de las personas mayores ha pasado a ser la protagonista, sustituyendo la mayor proporción de fallecidos de corta edad que era la tónica desde principios del siglo XX hasta bien entrada la centuria. Ahora el 83% de los fallecidos en España son personas mayores, pero a principios de siglo no llegaban al 30%.

Por otra parte, se está produciendo una **homogeneización de las edades de muerte**, muy próximas ahora entre sí, más tardías y más concentradas en fecha, y en causas. También se ha observado un descenso de las tasas de mortalidad a todas las edades y especialmente entre las personas mayores; se sigue ganando vida a la muerte en las edades elevadas, lo que ocasiona mayor longevidad y un envejecimiento de los ya mayores. Esta tendencia es secular y se espera que continúe en los próximos lustros. La tasa de mortalidad del conjunto de la población española era de 8,4 por mil en 2008; la de personas de 65 y más años ascendía a 42,1 por mil, ocho puntos menos que en 1985.

Se observa una **mejora en las tasas de mortalidad masculina**, rompiendo una tendencia de mayor mortalidad que la de mujeres a lo largo de la vida. Las nuevas proyecciones de población del INE estiman un acercamiento en ese diferencial en edades jóvenes y adultas. En la vejez, se mantiene y aumenta ligeramente lo que implicaría una mayor cifra de mujeres y más desequilibrio en la relación entre sexos.

Otra tendencia destacable está referida a las causas de mortalidad: **se han modificado en el conjunto nacional** (Gráfico 20).

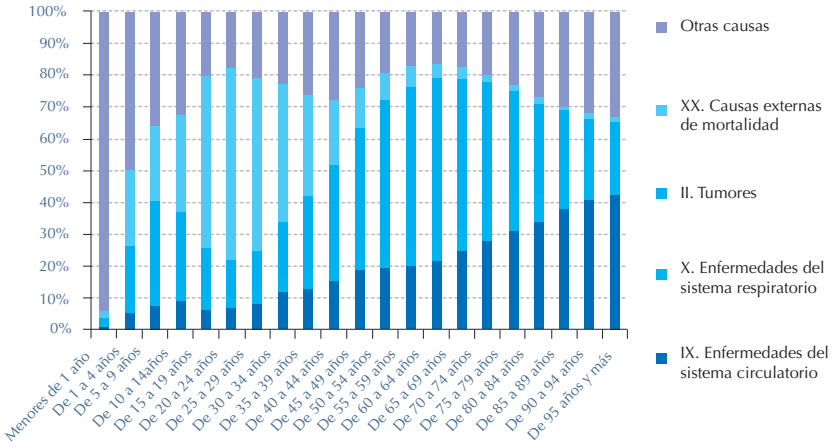
Gráfico 20. Defunciones según la causa, 1950 y 2008.



Fuente: 2008: INE. INEBASE: Defunciones según la Causa de Muerte 2008. Tablas Nacionales. Consulta en mayo de 2011.
1950: INE: Anuario estadístico de España.

Las enfermedades degenerativas sustituyen a otras históricamente más importantes como enfermedades agudas y contagiosas. El resultado es un patrón de mortalidad muy diferenciado por edad (Gráfico 21).

Gráfico 21. Defunciones según la causa y el grupo de edad, 2008.



Fuente: INE. INEBASE: Defunciones según la Causa de Muerte 2008. Tablas Nacionales. Consulta en mayo de 2011.

Las **enfermedades crónicas** degenerativas (circulatorias, y tumores, sobre todo) son la principal causa de muerte entre los mayores. Este patrón se ha consolidado en los últimos decenios. La distribución de la mortalidad entre los mayores determina el perfil general de la muerte en España, pues la mayoría de los fallecimientos corresponden a personas de edad.

Conviene destacar por su incremento continuo en los últimos años los fallecimientos producidos por enfermedades mentales (trastornos seniles) y nerviosas (alzhéimer). La mortalidad es mayor entre las mujeres en estrecha relación con una mayor longevidad y por tanto mayor riesgo de padecer estas enfermedades degenerativas.

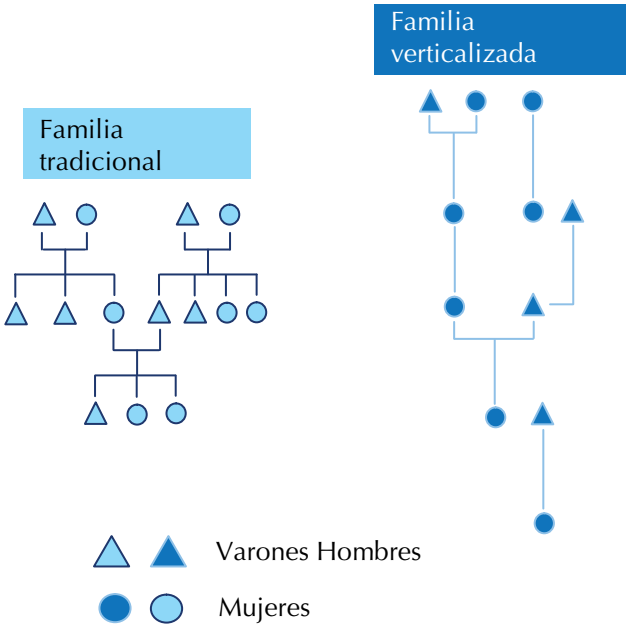
6. TRANSFORMACIONES EN LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES

En términos de estructura familiar, los individuos envejecen en la actualidad de forma muy diferente a como lo hacían sus ancestros, tanto en lo que atañe a las formas de convivencia, respecto a las cuales han protagonizado una verdadera emancipación, como a la coexistencia intergeneracional, a las relaciones familiares consecuentes, a su papel dentro de la familia y a la respuesta que ésta puede dar cuando aparecen las situaciones de dependencia, más frecuentes ahora que en generaciones anteriores (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

a) Reducción del tamaño medio familiar. La «verticalización» de la familia

Una mayor longevidad por un lado y una menor fecundidad por otro están cambiando las estructuras familiares; desarrollan familias con más generaciones viviendo a la vez y menos extensas, con menos parientes, menos generaciones colaterales, en las que el tamaño empieza a ser similar, es decir, a tener parecida cifra de personas (abuelos, hijos, nietos), en lo que algunos llaman un proceso de verticalización de la familia (Gráfico 22); en estas circunstancias, es posible que las personas establezcan más relaciones «verticales» que antes, y acaben desempeñando tareas de más responsabilidad, o transferencias desde abajo hacia arriba o viceversa en esta escala vertical familiar (Bengtson y Achenbaum, 1993).

Gráfico 22.



El descenso de la mortalidad implica también una mayor **disponibilidad de parientes.** Los miembros de una familia pasarán más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, ya que ha aumentado considerablemente el número de años en los que conviven padres, hijos y abuelos. A principios del siglo XX, padres e hijos podían vivir 20-30 años juntos a la vez, y abuelos y nietos en torno a 10; actualmente, los padres e hijos pueden convivir unos 50 años y los abuelos y nietos más de 20.

La longevidad es responsable de que un adulto viva más años en el papel de hijo de un padre de edad que como padre de su propio hijo hasta que cumple los 18 años. Y en muchos casos, este papel de hijos implica la responsabilidad de atender a padres no autónomos. Si se pone la frase en femenino, es posible que las mujeres, tradicionales proveedoras de cuidados dentro de la familia, inviertan tantos años cuidando a sus padres, con frecuencia dependientes, como a sus hijos mientras no son autónomos para las actividades de la vida cotidiana.

b) Cambios en la estructura matrimonial

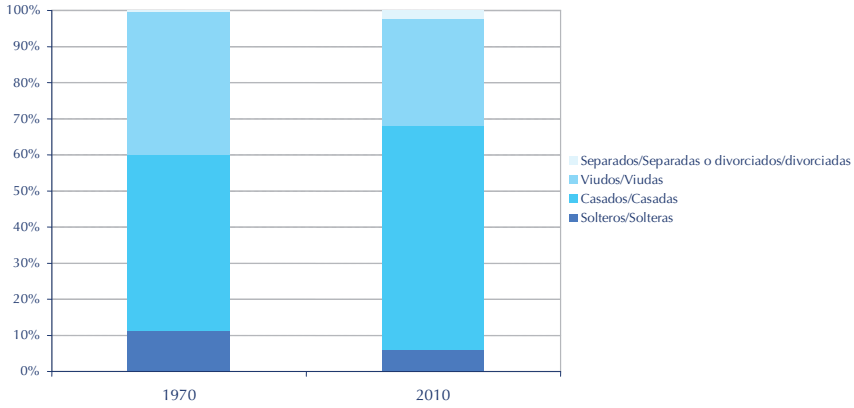
El estado matrimonial afecta al bienestar emocional y económico de los mayores, especialmente a los que sufren alguna enfermedad o discapacidad; la situación conyugal a menudo determina la forma de convivencia y la disponibilidad de cuidadores (Naciones Unidas, 2009). Las personas mayores casadas tienden a tener una mayor seguridad financiera, y menos probabilidad de institucionalizarse. Los cambios en el estado conyugal pueden afectar a los ingresos por pensión y a las redes sociales de apoyo; es más probable que los varones puedan perder contactos si la mujer fallece, mientras que la mujer tiende a mantener la red de apoyo tras la muerte de su esposo (Kinsella y Wan, 2005). Vivir con el cónyuge es un factor de primera magnitud que contribuye a la independencia funcional. La mayoría de los varones de edad están casados pero no sucede lo mismo entre las mujeres; por eso, es más probable que los varones vivan acompañados y reciban asistencia de su esposa en caso de discapacidad hasta su fallecimiento. La situación contraria es mucho menos frecuente. En España, el 79,3% de los varones están casados y sólo el 47,5% de las mujeres (INE. Encuesta de Población Activa, 2008).

La estructura matrimonial ha cambiado notablemente en los últimos 40 años; en 1970, había 49% de mayores casados y 39,4% de viudos, siendo inapreciable el conjunto de separados/divorciados. En 2010, el 62,0% de las personas mayores están casadas, 29,7 viudas, 6,0% solteras y 2,3% separadas o divorciadas, es decir, hay un declive en la viudez en estrecha relación con la ganancia de supervivencia entre varones de edad intermedia y en la vejez (Gráfico 23).

Los cambios en el estado civil también influyen en la tendencia de la mortalidad. Las personas casadas tienen tasas de mortalidad más bajas. Los varones viudos seguidos de los solteros y solteras tienen las tasas más altas; varones y mujeres casadas ostentan las tasas más bajas, junto con las mujeres separadas/divorciadas que tienen las más bajas

de todos. Quizá los viudos tienen edad más alta que su mujer, ya fallecida, lo que aumenta su riesgo de mortalidad, además de razones de cambio radical de estilo de vida; la mujeres viudas, con tasas de mortalidad bastante más bajas, pueden encontrar una red social más amplia, muchas veces constituida también por mujeres viudas, pues son más numerosas que los varones viudos.

Gráfico 23. Estado civil de las personas de 65 y más años, 1970 y 2010.



Fuente: 2010: INE:INEBASE. Encuesta de Población Activa, media de los cuatro trimestres del año 2010.
1970. INE: INEBASE. Fondo documental. Censo de población y viviendas 1970.

c) Viudez

La mayor mortalidad masculina, unida al hecho de que la edad de los varones en el matrimonio es superior a la de las mujeres, deja a este colectivo con tasas de viudez considerables y mayor probabilidad de vivir solas. Aunque las cifras no son importantes, también hay menos viudos que viudas porque la tasa de nuevas nupcias es mayor entre los varones (en 2007, se casaron 997 viudos de 60 y más años y sólo 270 viudas, cuando hay cinco veces más viudas; también hay mayor tasa de re-nupcialidad entre divorciados que divorciadas) (Gráfico 24).

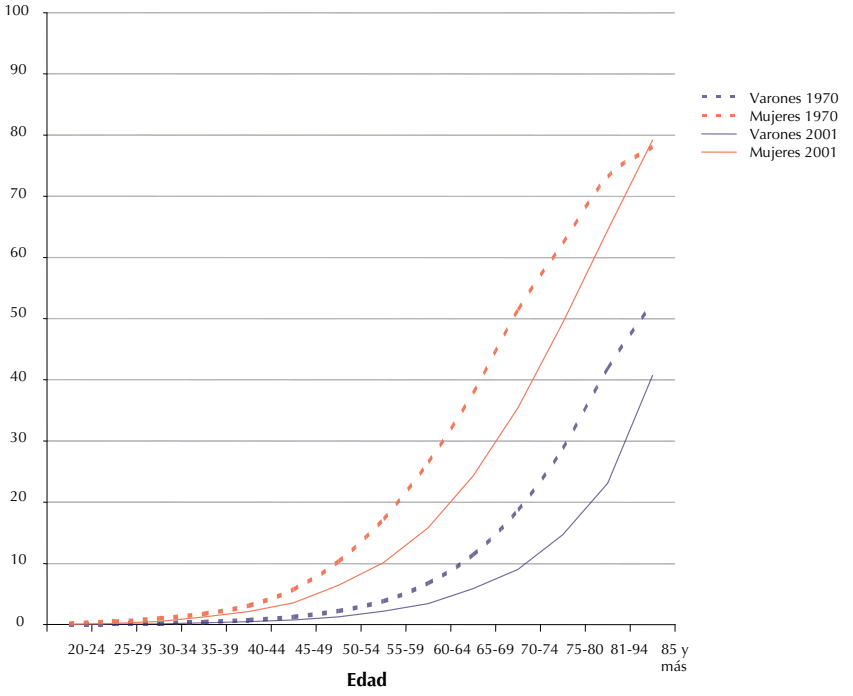
El descenso del número de viudos es una tendencia futura; evitará destrucciones de hogares y de un aumento considerable de la soledad, y asegurará más a menudo el cuidado del cónyuge con dependencia. Pero a la vez, es posible que este mantenimiento de varones en los hogares de edad avanzada presagie un aumento del recurso a la ayuda formal o profesional.

d) Cambios en los tipos de convivencia

Una de las formas de transferencia de recursos entre generaciones y miembros de una misma familia se apoya fundamentalmente en el tipo

de convivencia, la proximidad, la frecuencia de los contactos y los cuidados. Se trata de transferencias de espacio y tiempo.

Gráfico 24. Porcentaje de viudez según edad, 1970-2001.



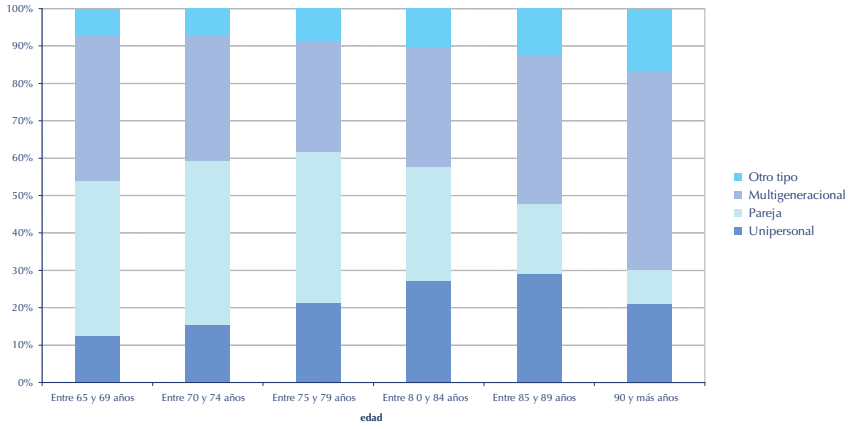
Fuente: 2001. INE. INEBASE. Censo de Población y Viviendas 2001.

La convivencia es la primera forma de relación entre las generaciones de una familia y uno de los principales vehículos de la solidaridad familiar. Las formas de convivencia reflejan preferencias socioculturales, por ejemplo, a vivir con hijos o en familias grandes, o una creciente propensión a la autonomía residencial, pero también un mayor o menor valor del deseo de institucionalización.

En la vejez, el tipo de convivencia cambia debido a diversos eventos o transiciones demográficas o familiares. No se vive de la misma forma durante toda la vejez, sino que la mayoría de las personas de edad pasan por diferentes etapas en las que forman parte de distintos tipos de hogares. El ciclo más frecuente del hogar familiar empieza con un hogar conformado por padres e hijos durante la edad adulta; se transforma en un nido vacío con las emancipaciones residenciales de los hijos; después se produce el fallecimiento de uno de los cónyuges, dando paso a una etapa en soledad; por último, se puede producir la reagrupación en el hogar de alguno de los hijos o hacia el hogar de los hijos, la institucionalización o la desaparición del hogar.

Si bien este patrón de transformación de las formas de convivencia a lo largo de la vejez es bastante común, la coexistencia de distintas generaciones de mayores en diferentes etapas de la vejez dibuja en detalle el panorama de heterogeneidad de formas familiares. De este modo, en los primeros momentos, entre los 65 y los 69 años, en torno al 40% de las personas mayores vive con algún hijo. Esta forma de convivencia se va reduciendo progresivamente a medida que aumenta la edad, pero vuelve a aumentar al final de la vida (Gráfico 25).

Gráfico 25. Personas según tipo de hogar y edad.



e) La emergencia de la soledad

Este patrón ha venido modificándose y posiblemente continuará esta tendencia en los próximos lustros: mayor presencia de soledad y hogares en pareja (por menor mortalidad masculina) y menos hogares intergeneracionales.

El aumento de la autonomía residencial es consecuencia de las mejoras en las condiciones de salud y de la independencia económica. Pero, esta situación puede traducirse también en una mayor vulnerabilidad frente a situaciones de fragilidad y necesidad de ayuda. Las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y deprivación económica. La mayor viudez entre las mujeres, debida a la mayor mortalidad masculina, es la causa de que sean ellas las que en mayor medida sufran la soledad, que hace que se encuentren solas cuando comienzan los problemas de dependencia y de necesidad de ayuda. En los últimos años desde inicios de los años noventa se observa una tendencia al aumento de hogares solitarios, que continúa en la actual década.

Las formas de convivencia reflejan la diferencia entre los modelos familiares europeos. Existe un gradiente norte-sur, que se manifiesta muy claramente en las personas de 80 y más años, quienes suelen vivir en mayor proporción con sus familias en los países mediterráneos (España e Italia) y menos en los nórdicos. En Suecia, Dinamarca y Holanda, viven con su familia entre un 3%-6%, mientras que en Italia y España alcanzan el 21,6% y el 36,8%, respectivamente (SHARE, 2004). Este mayor apoyo de la familia, de los hijos sobre todo, en el sur traduce costumbres, sentimientos asumidos de responsabilidad filial y, quizá también, la falta de otras alternativas para mantener la independencia residencial (escasos ingresos que no permiten ayuda formal ni institucionalización).

f) Proximidad

La proximidad es un instrumento muy útil en las transferencias intergeneracionales, pues permite un elevado potencial de cuidados, mantener estrechos lazos familiares siguiendo la tradición cultural y crear una intimidad a distancia que permite autonomía e independencia, pero con la certeza y seguridad de un apoyo material y emocional próximo.

España también destaca, respecto a la Europa central y nórdica, con un modelo propio en ese proceso de «modernización» y en la organización de las solidaridades, la de co-residencia y la de proximidad. Es el país europeo donde los hijos viven más cerca de sus padres mayores. Uno de cada tres europeos de 50 y más años declara que al menos un hijo vive en el mismo hogar. Sin embargo, la proporción es del 50% en España e Italia. A partir de los 65 años se repite el modelo, aunque con cifras algo más bajas (aumenta el número de hijos emancipados). Si se añade la categoría de residir en el mismo edificio, las proporciones siguen siendo significativas y diferencian el norte y el área meridional. A los 80 años se mantienen todavía estos patrones, muy distintos de los del resto de Europa. Por ejemplo, a esa edad, la cifra de los mayores que viven en casa de un hijo o en el mismo edificio es inferior al 6% en Suecia, Holanda o Dinamarca; en España alcanza el 40,8% (SHARE, 2004).

g) Contactos

Los lazos intergeneracionales dentro de la estructura familiar vertical no se han debilitado con el paso del tiempo. Incluso pueden ser más prolongados, pues hay más tiempo compartido o co-biografía entre padres mayores e hijos, y aun entre miembros de otras generaciones.

El contacto con la familia (principalmente con hijos y nietos) es un elemento destacado de la calidad de vida para muchas personas mayores. La cantidad de contactos (presenciales o por teléfono) que las personas mayores tienen con sus familiares es un indicador importante de su integración dentro de la familia y también del potencial de asistencia y apoyo material y emocional del que disponen.

La frecuencia de contactos entre padres e hijos repite el patrón de proximidad de residencia: es mayor en los países meridionales que en los del centro y norte de Europa. Por ejemplo, ocho de cada diez españoles de 80 y más años contactan diariamente con un hijo o hija, frente al 29,1% en Holanda, el 33,1% en Suecia y el 59,4% de media en los países analizados (SHARE, 2004). Las personas mayores españolas de 65 años lo hacen en un 67,5 % (Imserso, 2010).

La mitad de las personas mayores españolas (49,7%) suele ver presencialmente todos o casi todos los días a algún familiar (Imserso. ECV 2006). Las mujeres declaran ver más a menudo a miembros de su familia y hablar con ellos a diario que los hombres (40,2% y 23,6%, respectivamente). Sin embargo, los hombres afirman tener un mayor contacto presencial con los amigos que las mujeres, incluso más que con los familiares: el 53,7% ve a diario o casi a diario a sus amigos y sólo el 46,1% contacta todos o casi todos los días con familiares. En cierto modo, se reproducen las redes previas a la edad de jubilación, los hombres más próximos a amigos y compañeros del trabajo, y las mujeres más cercanas al mantenimiento de los lazos familiares.

h) La «riqueza» familiar del cuidado frente a una creciente carga

Los cuidados y la ayuda provistos por la familia son el mejor ejemplo de solidaridad entre generaciones y la expresión más clara de lo que se entiende por familia vertical o vínculos familiares verticales, pues buena parte de esa solidaridad es de los hijos hacia los padres. Estos cuidados constituyen la solidaridad funcional por excelencia.

Los nuevos procesos demográficos dotan de más sentido al término reciprocidad familiar. Ahora se invierte más tiempo en papeles familiares intergeneracionales, y eso es diferente para hombres y mujeres, pues ellas viven más y sobre todo, dedican mucho más tiempo a las tareas de cuidado.

El papel de la familia respecto al cuidado también se modifica al ritmo que lo hace la longevidad, pues la dependencia avanza en paralelo a la edad. Cuanto más crezca la población de personas mayores dependientes, más lo hará la población de cuidadores, que normalmente son

miembros de la familia. En este sentido, el cuidado debe ser visto como una respuesta a los cambios demográficos históricos y a los problemas planteados por el gran número de personas mayores que llegan a edades avanzadas.

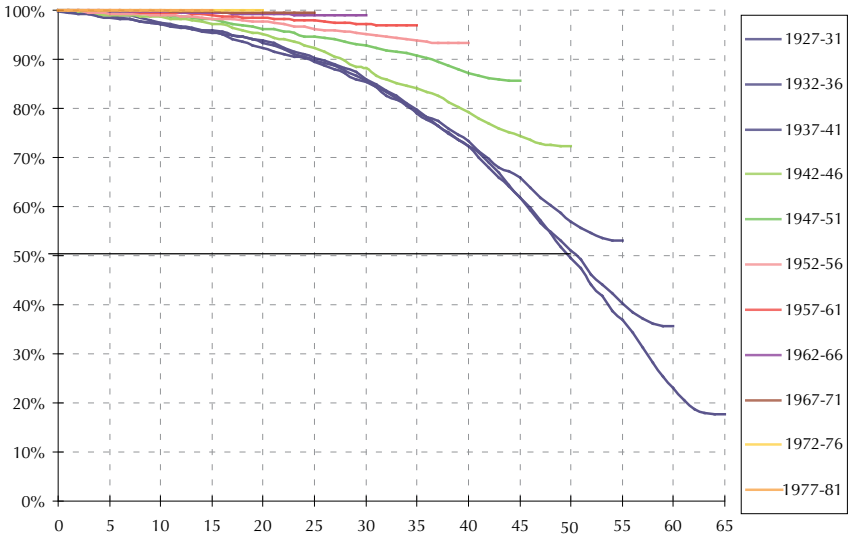
La tarea del cuidado en España sigue recayendo en la familia: un 71,4% de las personas dependientes reciben atención de un miembro de su familia, como cuidadores principales (un 76% considerando también los cuidadores secundarios) (INE, EDAD, 2008). Aunque se observa un cambio en la tendencia con una mayor presencia de la ayuda formal, a través de centros de día y ayuda a domicilio, y otros servicios (teleasistencia) y de una mayor oferta de institucionalización. También el cuidado provisto por el mercado ha adquirido mayor importancia.

En los **países europeos** donde los servicios formales están más extendidos, las personas mayores se inclinan por este tipo de cuidados (Gaymu, Festy, Poulain y Beets, 2008). Pero los cambios demográficos apuntan la tendencia hacia una convergencia con países europeos. Las tareas de cuidado siguen recayendo en las mujeres principalmente en todos los países europeos.

La mujer cuidadora de edad intermedia está sufriendo un cambio histórico. Nunca antes había habido mujeres en torno a los 50 años de edad con tanto progenitor vivo; antes, al cumplir esa edad, sólo un 50% de sus madres o abuelas tenían vivo algún progenitor; ahora ya superan el 75%, y las próximas cohortes alcanzarán los 50 años con un 90% de ellas teniendo un progenitor o ambos vivos (Abellán y Puga, 2001). Las actuales mujeres han sido «pilladas en medio» de varias situaciones: hijos en hogar aún sin emancipar, desarrollo profesional en el mercado laboral, tareas domésticas a menudo no compartidas, y una nueva responsabilidad, la del inicio de cuidados de sus padres ya mayores (Gráfico 26).

Una baja fecundidad les ha permitido «liberarse» en parte de compromisos en el hogar y de un menor trabajo reproductivo, y las ha dejado competir en el mercado laboral. Sin embargo, el proceso de envejecimiento (el aumento y longevidad de familiares mayores) las ha llevado a afrontar nuevas tareas y compromisos.

Gráfico 26. Generaciones de mujeres con algún progenitor vivo, por edad. (probabilidades anuales). España, 1991.



Fuente: 2001. INE. INEBASE. Censo de Población y Viviendas 2001.

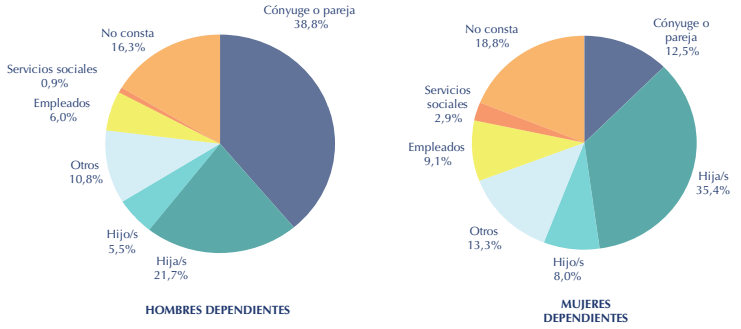
Las personas cuidadoras

Existe un patrón de cuidados de larga duración bien definido. Las mujeres dependientes son cuidadas por sus hijas, y si mantienen el estatus de casadas, por sus hijas y marido. Los hombres dependientes son cuidados, en primer lugar por su mujer, pues la mayoría están casados, y en segundo lugar por la hija (Gráfico 27).

Este patrón se matiza según el tipo de convivencia. En los hogares solitarios, la hija sigue siendo la cuidadora importante, y también tienen cierta relevancia los servicios sociales; suelen ser casos de menor severidad, pues de otra forma no podrían vivir solos. En los hogares en pareja la ayuda procede del cónyuge, aunque también la hija, desde fuera del hogar, tiene un papel destacado; los servicios sociales apenas tienen importancia (Gráfico 28).

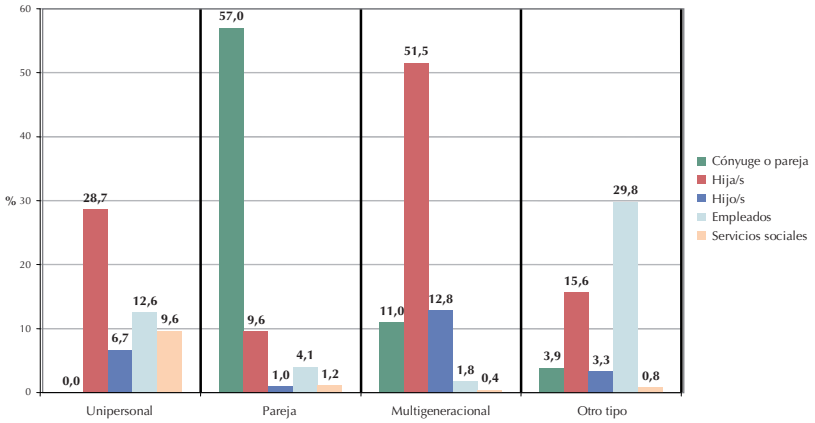
Como se ha dicho, aunque se retrase el inicio de la discapacidad y las ganancias en años a la muerte se vivan en mejor estado de salud, el número de personas dependientes (severas) aumentará; también el número de parejas que no pueden atenderse mutuamente por tener limitaciones funcionales ambos cónyuges. Todo ello incidirá en una mayor demanda de ayuda formal, bien en domicilio o en institución.

Gráfico 27. Persona que cuida según el sexo de la persona mayor que necesita ayuda, 2008.



Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.

Gráfico 28. Cuidadores según tipo de hogar dónde vive la persona dependiente.

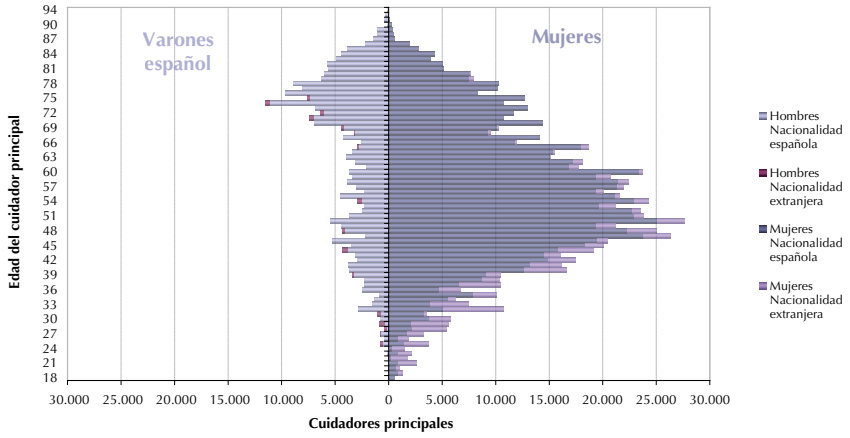


Nota: no se incluyen todas las categorías de cuidadores.
Fuente: INE: Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) 2008.

7. LA ESTRECHA RELACIÓN ENTRE CUIDADOS E INMIGRACIÓN. UNA TENDENCIA CRECIENTE

El aumento de la longevidad y de más tiempo en situación de necesitar cuidados de larga duración puede explicar en parte el incremento de la inmigración. Longevidad, dependencia, cuidados son eslabones en un proceso de globalización de las consecuencias del envejecimiento que afecta a más países que a los meramente envejecidos (Gráfico 29). Dos factores han coincidido en España: la demanda creciente de cuidados y un flujo inmigratorio donde ambos se retroalimentan. La mano de obra inmigrante relacionada con el proceso de envejecimiento es fundamentalmente femenina. Procede de países iberoamericanos (Ecuador, Colombia y otros) y alguno europeo (Rumanía) y Marruecos.

Gráfico 29. Pirámide de cuidadores principales de personas de 65 y más años distinguiendo por nacionalidad 2008.



Fuente: INE: EDAD 2008. Elaboración propia a partir de los microdatos.

Las familias buscan muchas veces una relación personal y fácil antes que un profesional de los cuidados; por eso la importancia del contingente iberoamericano, cuyas carencias formativas en cuidados se compensan con otras habilidades sociales y personales; aún no parece importar mucho a las familias españolas el asunto de la profesionalización del cuidado y por eso buscan esa conjunción de carácter humano, tareas domésticas y cuidados, verdaderos rasgos de los inmigrantes que realizan tareas de cuidado. El trabajo de cuidadora interna es muy importante y configura muchos de los hogares casi solitarios; es una forma de evitar la institucionalización, sobre todo cuando la reagrupación familiar es problemática.

Para algunos trabajadores, el trabajo doméstico que incluya el cuidado es el mecanismo para optar a futuros puestos de trabajo en otros sectores, aunque la crisis económica puede alterar esos planes de movilidad laboral.

8. INCREMENTO DE LA SOLIDARIDAD PÚBLICA PARA MANTENER LA SOLIDARIDAD FAMILIAR

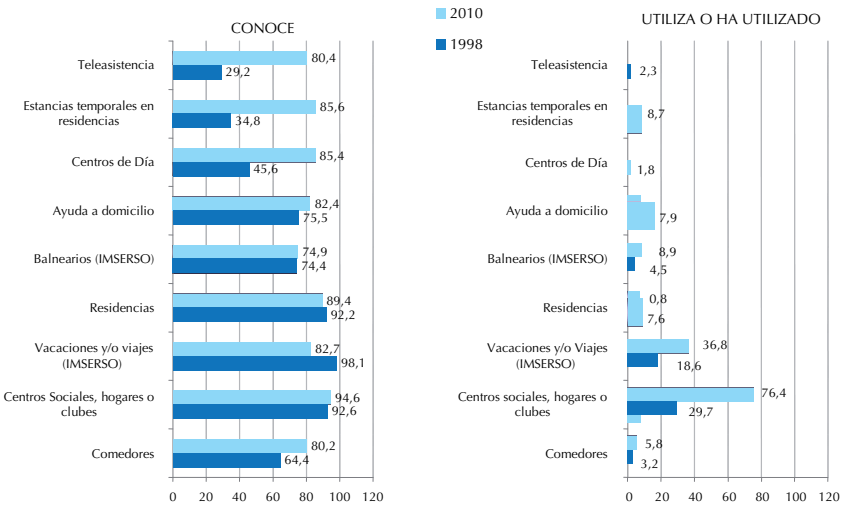
A pesar de que la responsabilidad sobre los cuidados de las personas en situación de dependencia sigue recayendo en la familia, y dentro de ella en las mujeres, en las dos últimas décadas el desarrollo de un sistema público de servicios sociales y socio-sanitarios, junto con la apuesta realizada por la iniciativa privada hacia el sector gerontológico, ha supuesto un cambio importante en la disponibilidad de servicios profesionales para hacer frente a estas situaciones. Buena muestra de

ello es que en un período de 10 años se observa un aumento muy significativo en el conocimiento y utilización que la población mayor hace de los diferentes recursos (Gráfico 30).

Durante años han proliferado los argumentos sobre los peligros que entrañaría el desarrollo de servicios profesionales para el mantenimiento de la reciprocidad familiar. Sin embargo, la evidencia empírica demuestra que cuando la ayuda a las personas que se encuentran en situación de dependencia reposa exclusivamente en la familia, es cuando se observa un claro retroceso de ésta, que suele desembocar en ingreso en una institución, unas veces porque son incapaces de asumir esta tarea en exclusividad, otras porque se agotan ante la situación de sobrecarga que comporta (Attias-Donfut, 1999; Daatland y Herlofgson, 2003).

En definitiva, existe escasa evidencia de que el papel protector del Estado esté erosionando la responsabilidad familiar. Por el contrario, cada vez es más evidente que si se quiere mantener el elevado grado de solidaridad familiar que actualmente existe en España y, en menor medida en otros países, el abordaje de las situaciones de dependencia debe compartir la esfera estrictamente individual y la responsabilidad social y colectiva para dar respuesta a las nuevas demandas (Rodríguez y Sancho, 2002). La todavía reciente aprobación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las situaciones de dependencia (2006) es una buena muestra de esta voluntad de complementar las responsabilidades públicas y familiares en este complejo proceso.

Gráfico 30. Conocimiento y utilización de recursos sociales, 1998-2010.



Fuente: CIS-Imserso: La soledad en las personas mayores, 1998 (Es. 2.279).
Imserso: EPM, 2010.

En todo caso, el desarrollo del sistema de servicios sociales en España es todavía reciente e insuficiente. Pero los históricos 20 años de distancia en relación a la mayoría de los países europeos empiezan a acortarse. (Los servicios sociales y su evolución se desarrollan en el capítulo undécimo)

9. HACIA LA AUTONOMÍA Y LA INDEPENDENCIA COMO VALORES SOCIALES

La constatación de cambios y tendencias emergentes en el ámbito de los valores presenta dificultades importantes cuando se pretenden objetivar a través de la evidencia de los datos. En este caso, el análisis de algunos de ellos y muy especialmente la observación y la información que ofrece la investigación de carácter cualitativo, permite afirmar que España empieza a abandonar los modelos de vida y conducta tendentes a la dependencia, sobre todo del núcleo familiar, pero también de los entornos sociales próximos, para asumir progresivamente modos de vida en los que la autonomía, entendida como capacidad de decisión sobre su propia vida empieza a tener un valor social e individual importante.

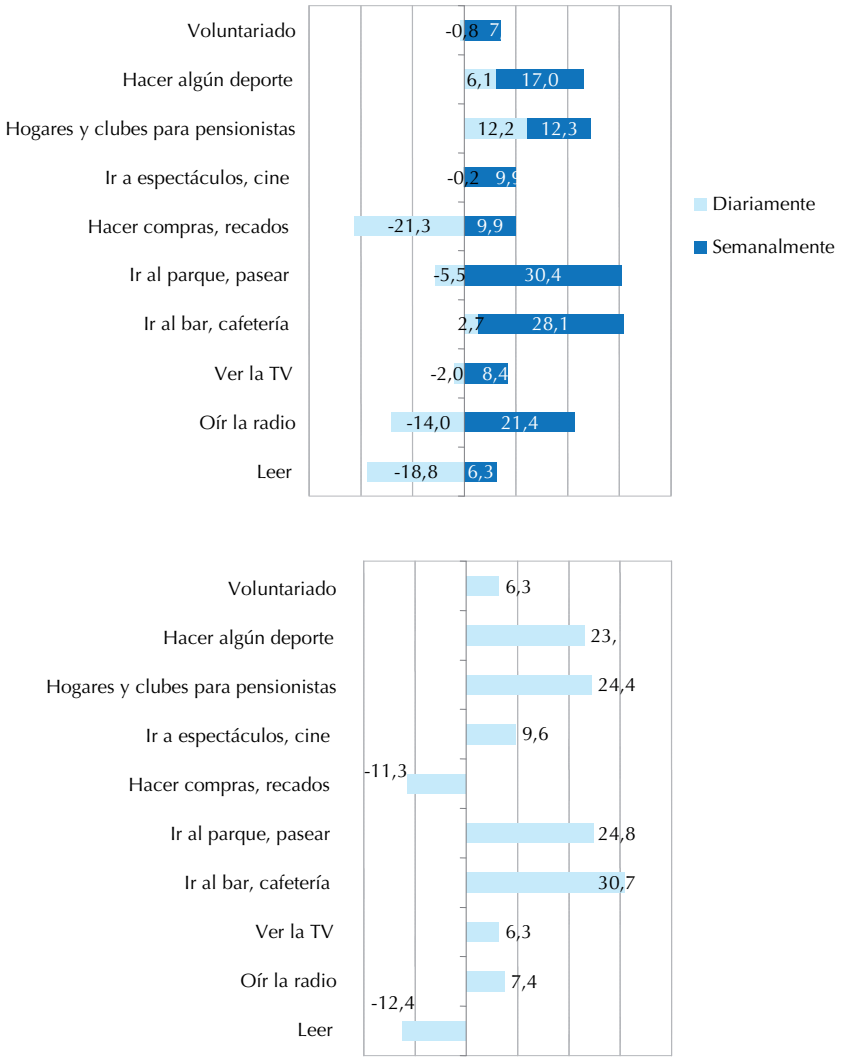
La entrada en la vejez, a través de la jubilación, empieza a reconocerse como un momento en el que es posible introducir cambios en la vida, comenzar a desarrollar nuevos proyectos, cuidar la salud física y mental, disfrutar de iniciativas que no habían podido ser exploradas en el itinerario de la vida adulta…, en definitiva, generar un proceso sólido de independencia que nos ayude a vivir de acuerdo a nuestras preferencias, sin depender de otros, especialmente de los hijos, preservando así la salud de los lazos afectivos a través del mantenimiento de la intimidad a distancia. Hasta hace muy pocos años, la vejez estaba asociada a la pérdida de iniciativa, a ese proceso de desvinculación social y personal (Cumming y Henry, 1961) que facilitaba el tránsito hacia el final del ciclo vital, al sometimiento a las decisiones de los hijos sobre la vida de sus padres y, sobre todos al cumplimiento de unos patrones de conducta personal y social asignados con rigidez a la vejez: vida tranquila, casi recluida en la casa, poca actividad social, es decir, vida cotidiana diferente a la del resto de las personas de otras edades, presidida por la inactividad y la dependencia de los hijos.

a) Vida cotidiana y usos del tiempo

Los datos disponibles sobre la evolución de las actividades que realizan cotidianamente las personas mayores ofrecen ya claros indicios

de la tendencia emergente enunciada. El paradigma sobre el envejecimiento activo empieza a hacerse realidad, estando en condiciones de afirmar que las personas mayores españolas cada día se reincorporan con más decisión a la vida social normalizada (Gráfico 31).

Gráfico 31. Incremento en la realización de actividades, 1993-2010.



Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

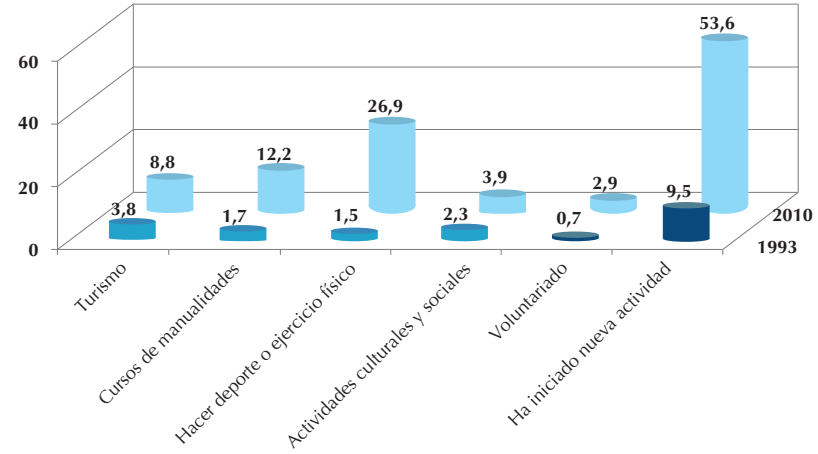
En un período de quince años, se observa un claro incremento de las actividades más «sociales» que implican salir y relacionarse (ir a centros de mayores, a espectáculos, acudir a cafeterías) o cuidar la salud a través de la realización de algún deporte o el paseo. Por otra parte, se observa un cambio importante en los hábitos de consumo doméstico

reduciendo mucho su realización cotidiana. El uso de grandes superficies, que permiten espaciar la frecuencia de las compras, está también generalizado entre las personas mayores. La lectura, hábito mucho más sedentario, aparece en claro retroceso.

Aunque los datos evolutivos sean todavía escasos, merece la pena destacar la ascendente tendencia en el uso de tecnologías entre las personas mayores. Son sobradamente conocidas las oportunidades que ofrecen a este grupo de población la incorporación al mundo de las tecnologías en cualquiera de sus múltiples variedades: evitando el aislamiento, generando nuevas redes sociales, ofreciendo seguridad y posibilitando nuevos aprendizajes.

Por último, es necesario destacar otro aspecto que ejemplifica muy bien esa tendencia emergente hacia la autonomía. En el año 1993 las iniciativas y proyectos nuevos asociados a la jubilación eran prácticamente inexistentes (Gráfico 32).

Gráfico 32. Actividades nuevas iniciadas después de la jubilación o a partir de los 65 años, 1993 y 2010.



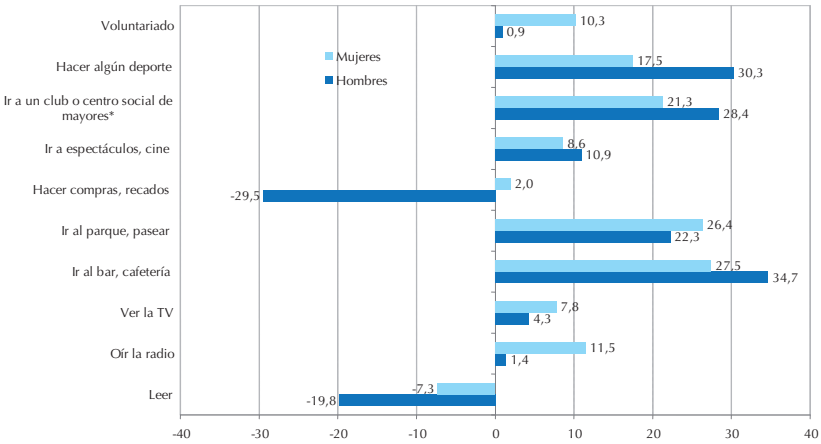
Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

Actualmente, un 53,6% de la población mayor ha iniciado alguna nueva actividad. Entre ellas, un 26.9% hace deporte como nueva iniciativa tras su jubilación. El cambio es importante. La observación de esta evolución en el período de tiempo señalado, 1993-2010, presenta diferencias de género significativas (Gráfico 33).

Las mujeres todavía son más sedentarias y frecuentan menos los bares y cafeterías, tradicionalmente asociados a usos masculinos. Sin embargo, son ellas las que se comprometen más en actividades de vo-

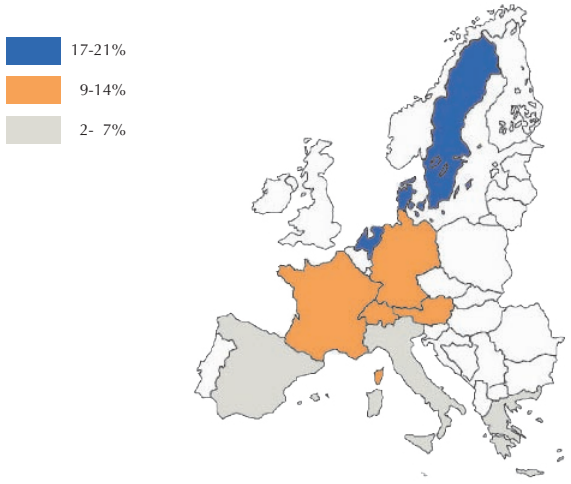
luntariado, a pesar de los bajos porcentajes en relación a Europa que todavía se alcanzan en este tipo de iniciativas altruistas (SHARE, 2004) (Gráfico 34).

Gráfico 33. Realización de actividades según sexo, 1993-2010 (actividades realizadas durante la semana).



Fuente: CIS-Imserso: Apoyo informal a las personas mayores, 1993 (Es. 2.072).
Imserso: EPM, 2010.

Gráfico 34. Modelo espacial de la participación en el trabajo de voluntariado en Europa, 2004.



b) Evolución de los modelos de convivencia

Como se ha dicho antes la tendencia de los últimos años es hacia un incremento de hogares unipersonales.

Junto con el incremento de las personas que viven solas, también aumentan las parejas por el efecto ya comentado de la mayor pervivencia masculina. Son principalmente mujeres las que viven solas. Las personas que conviven con sus hijos son aquellas que se han visto obligadas a abandonar su domicilio, generalmente por encontrarse en situación de dependencia, siendo mujeres en un porcentaje más elevado que los hombres (15,1% mujeres / 7,6% hombres) (Imserso. EPM, 2010).

Resulta relevante el elevado porcentaje de hogares de personas mayores en los que todavía reside algún hijo (27,9%). La tendencia a la autonomía residencial se retrasa cada día más en España, forzada por el elevado desempleo que padecen los jóvenes españoles y las dificultades de acceso a la vivienda, problemas casi endémicos. En este contexto, se debería avanzar un poco más en el análisis de las consecuencias que puede estar teniendo esta dilatada convivencia para la construcción y aplicación del principio de reciprocidad. Vivir con los padres hasta la edad adulta, sin duda, está generando lazos afectivos mucho más sólidos que si la convivencia se interrumpe en el comienzo de la juventud. Quizás en esta peculiaridad del modelo de convivencia resida una de las causas del mantenimiento de nuestra sólida red de apoyo. Mucho más cuando se sigue constatando la permanencia de los ya comentados hábitos de proximidad y contacto frecuente que configuran la fórmula «una familia, varios techos» (Puga, Abellán y Sancho, 2006).

El protagonismo de la autonomía y la elección.
El ejercicio de la capacidad de elección y el desarrollo de nuevos proyectos después de la jubilación son **tendencias emergentes** que configurarán escenarios diferentes para los responsables de las políticas de atención a las personas mayores. Los modelos centrados en las personas y sus preferencias, el respeto de sus derechos y el acercamiento de los servicios al lugar donde viven y quieren seguir viviendo, generará un modelo de atención diferente, que intentará acercarse más al deseo de los ciudadanos de que los entornos y sus viviendas lo sean para toda la vida. El diseño de sistemas de alojamiento también asumirá este marco conceptual, acercando las intervenciones terapéuticas y el modelo residencial a la vida cotidiana. Las personas mayores formarán un grupo de población con fuerte capacidad de opinión y de presión política y social

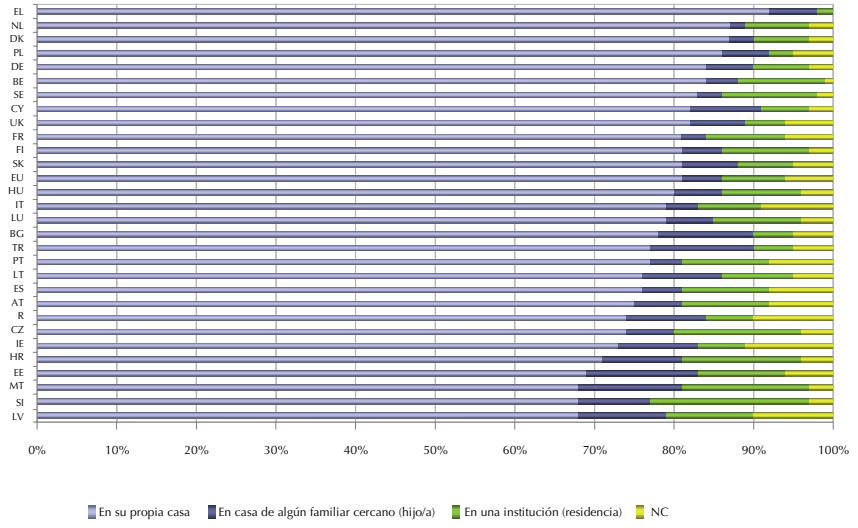
c) Las preferencias en el modo de vida

Se observa una tendencia en las preferencias de las personas mayores por permanecer en su hogar, aunque sea solas. El 87,3% así lo mani-

fiesta (Imserso, EPM 2010), mientras sólo un 5,5% prefiere trasladarse al domicilio de un hijo y un 3,8% se decanta por vivir en una residencia o urbanización para personas mayores. Esta preferencia se mantiene incluso cuando necesitan ayuda, el vivir en casa con atención y cuidados alcanza el 78%, mientras un 10,6% opta por trasladarse a vivir con algún hijo (Cis/Imserso, ECV, 2006).

Cada vez se armonizan más las preferencias de los europeos hacia su propia casa, aun cuando necesiten ayuda (Gráfico 35). Aumenta la aceptación de la alternativa institucional, aunque de forma muy débil, y disminuye claramente el deseo de trasladarse a la casa de los hijos.

Gráfico 35. Preferencia de dónde le gustaría vivir.



Fuente: Eurobarómetro, 2007.

En los próximos años esta tendencia a vivir en el propio hogar, aunque en condiciones de soledad y/o incluso cuando se necesite ayuda, se irá haciendo todavía más sólida apoyada por una amplia oferta de servicios, tecnológicos y humanos en el entorno domiciliario. La aplicación de los principios de la LAAD garantizaría así el ejercicio de la capacidad de decidir y elegir entre las personas que necesitan ayuda. El valor de la autonomía cobra aquí especial importancia, dada la complejidad de su ejecución.

10. PATRONES CAMBIANTES DE TRABAJO Y JUBILACIÓN

La tendencia de la mano de obra en los últimos decenios muestra un importante cambio: la población activa en su conjunto ha aumentado, pero hay un descenso de actividad en los varones y un importante in-

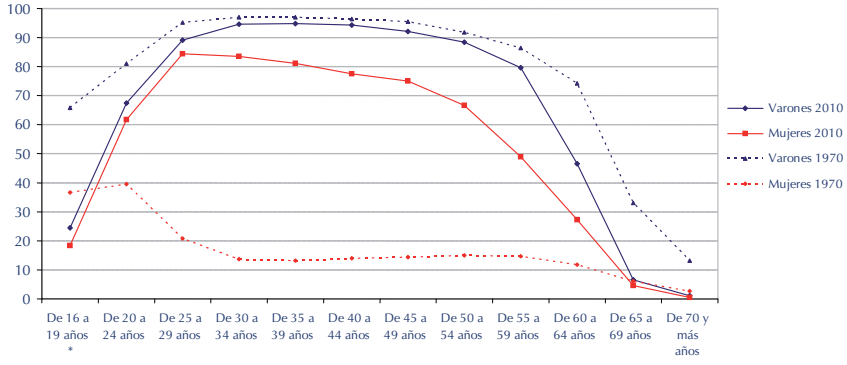
cremento en la actividad femenina, debido a una incorporación masiva de la mujer al mercado laboral. En el futuro, cuando la generación del baby-boom inicie la jubilación habrá una merma de contingentes de población activa, pues se irán incorporando cohortes más reducidas.

Curiosamente, es la llegada a la edad de jubilación de esas generaciones abultadas, conocidas como del baby-boom, más que el hecho de haber nacido en un determinado período histórico (1957-1977), lo que da una cierta coherencia o mejor consciencia de pertenecer a esa generación. Durante años han transitado por la vida sin apercibirse de esa pertenencia, aunque tuvo repercusiones importantes en dotaciones, equipamientos y gasto público; sin embargo, es la próxima edad de jubilación, o su posible elevación, hacia 2022-2024, lo que ha generado mayor sensibilización, pues empiezan a hacer balance de las ventajas e inconvenientes de haber participado en la expansión del estado del bienestar y a valorar los derechos que les quedarán tras la jubilación.

La población de 25-54 años permanece con tasas elevadas, por encima del 90% de la cohorte en varones, aunque con ligero descenso en los últimos decenios (Gráfico 36).

En contraste, la participación de los hombres de 55-64 años ha descendido notablemente, en un proceso similar el resto de países europeos. La participación de las mujeres se ha incrementado regularmente en los últimos treinta años; la participación de los trabajadores más jóvenes ha descendido en ese tiempo, debido a una ampliación del período escolar obligatorio y de la mejora de la carrera educativa.

Gráfico 36. Tasa de actividad de la población de 16 y más años por sexo y grupos de edad, 1970 y 2010.



*OBSERVACIÓN: Los datos correspondientes al año 1970 corresponden a la población entre 15 y 19 años.

Fuente: 2010: INE. INEBASE: Encuesta de Población Activa. Media de los cuatro trimestres del año 2010.
1970: INE. Censo de población de 1970. Tomo III.

a) Descenso de la tasa de actividad entre los adultos mayores

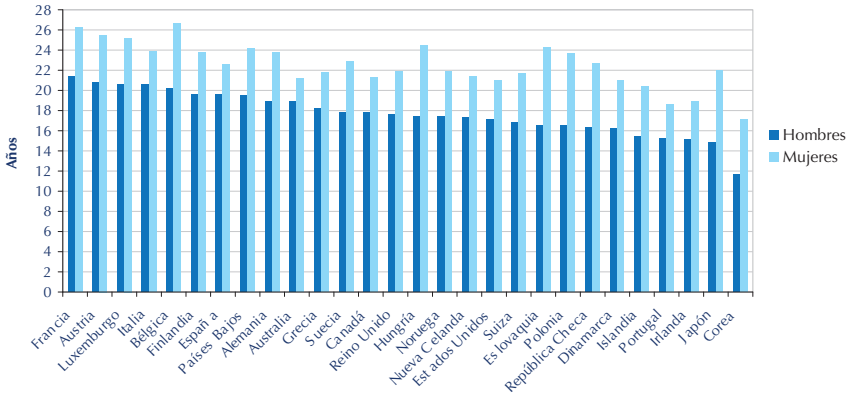
Esta tendencia viene confirmada por el descenso de la tasa de actividad en las edades próximas a la jubilación (trabajadores maduros), con una clara diferencia por sexo: las mujeres siguen incrementado sus tasas en esas edades mientras que entre los varones descienden notablemente, aunque parece observarse una detención de este proceso (Imserso, 2008).

El **patrón de actividad de las personas mayores** se repite pero en mucha menor proporción: la tasa de actividad actual es de 2,1% (2008) a donde ha caído desde el 11,1% de 1970. El descenso entre los varones ha sido muy notable, pues ha pasado de 21,4% a 2,9% en ese período, pero también ha sido importante en las edades previas entre 60-64 años, correspondiente a una edad real de jubilación dos años adelantada a la reglamentaria de 65 años; la tasa femenina ha descendido desde el 3,9% hasta el 1,5% actual.

¿Hasta qué extremo las normas y los beneficios del sistema de protección social juegan un papel importante a la hora de tomar decisiones sobre salida del mercado de trabajo? Hay una tendencia a la jubilación temprana. Algunos trabajadores pueden salir antes de lo que desearían, quizá «empujados» por la generosidad del sistema (Börsch-Supan, 2005). La salida anticipada de trabajadores de edad no contribuye a la integración de las generaciones y además puede favorecer una imagen de preenvejecidos a adultos que todavía no han cumplido los 60 años. Esta tendencia a la expulsión temprana del mercado laboral parece estar arraigada. Se observa una persistencia del intervalo entre las edades reales y oficiales o reglamentarias de jubilación; en España se sitúa la media en los 63 y 65 años, respectivamente. La crisis económica iniciada en 2009 está cambiando esos posicionamientos. En este sentido, mediante La Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del Sistema de Seguridad Social (Boe, 2 de agosto de 2011) se ha alargado en dos años, hasta los 67, con carácter general la edad mínima de jubilación, objetivo a alcanzar en un período de quince años.

Una mayor longevidad y el adelanto de la edad real de jubilación, implican mayor número de años de vida tras la jubilación, que pasa a ser uno de los cuatro períodos importantes de la vida (antes de entrar en el mercado laboral, tiempo en el mercado laboral, tiempo fuera del mercado por enfermedad o desempleo, y tiempo de jubilación). En 1950, los españoles varones esperaban vivir doce años tras la jubilación y en 2007 ha subido a casi dieciocho años (Gráfico 37).

Gráfico 37. Años esperados de vida tras la jubilación en distintos países del mundo por sexo, 2004.



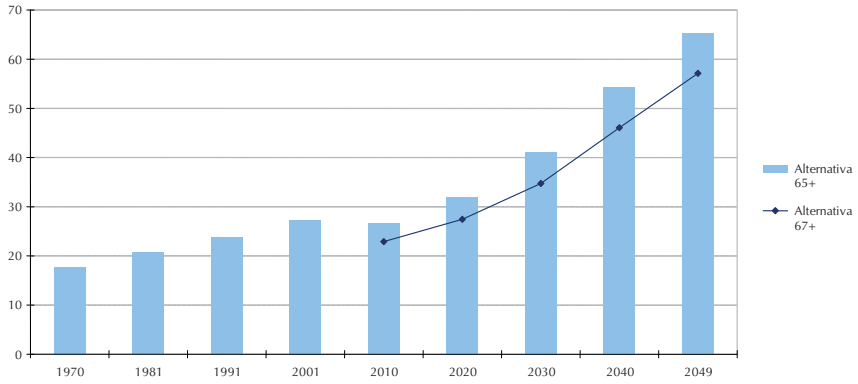
Fuente: OECD.

Este patrón de jubilación masiva a los 65 años refleja diversos factores como situaciones personales (salud, otros problemas familiares), políticas del gobierno que facilitan la jubilación, beneficios de Seguridad Social (sistema de pensiones, cálculo de la base reguladora), o tendencias macroeconómicas en el mercado de trabajo (contexto del empleo, del desarrollo de las tareas en el trabajo, renovación tecnológica, etc.). Se está creando una situación de capacidad laboral no utilizada pues el porcentaje de personas mayores con buena salud es elevado, la jubilación no se ha producido por problemas de salud en la mayoría de los casos y porque existen incentivos para una jubilación temprana, o incluso aunque sea a la edad reglamentaria. Muchos jubilados españoles desarrollan menos actividad económica que otros jubilados europeos (Börsch-Supan, 2005).
La masa laboral tiende a disminuir en las próximas décadas. Los grupos centrales de la pirámide, entre 20-50 años, tendrán menos efectivos en 2050 que ahora, sin embargo el número de personas mayores se incrementará notablemente. Como consecuencia de una población activa en declive en 15 años, cuando la generación del baby-boom empiece a salir de las edades laborales, y de un aumento del número de jubilados, más longevos, la relación entre mayores y población potencialmente activa se alterará notablemente.

b) Un ratio bruto de dependencia de mayores

La relación de población de 65 y más años por cada cien personas de 16-64 señala que actualmente hay unas 22 personas de edad por cada cien en edad potencialmente activa, pero en 2049 se habrá duplicado (53 por cada cien), es decir, dos personas en edad de trabajar por cada persona de edad (Gráfico 38).

Gráfico 38. Evolución del ratio de dependencia de mayores de la población española.



Nota: Ratio de dependencia de mayores (65+/20-64).
Fuente: 1970: INE: INEBASE: Series históricas de población.
1981-2001: INE: INEBASE: Censos de 1981, 1991 y 2001.
2010-2049: INE: INEBASE: Proyecciones de población a largo plazo.

Sólo un aumento de la participación femenina o la inmigración puede aumentar la masa laboral o evitar que su reducción sea tan acentuada. También puede pensarse que las tasas de desempleo a largo plazo se reducirán por ese descenso de masa laboral.

B. MARCO Y CONCEPTO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

a) El Marco de Políticas sobre Envejecimiento Activo

Si el envejecimiento ha de considerarse una experiencia positiva, una vida más larga debe verse acompañada por continuas oportunidades de salud, participación y seguridad. A finales de los años 90 la Organización Mundial de la Salud adoptó el término **«envejecimiento activo»** para expresar el proceso por el que se consigue esta idea, destinada a conferir un mensaje más inclusivo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer otros factores que afectan a la forma en que envejecen los individuos y las poblaciones además de la salud.

b) Definición y conceptos relacionados

La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento activo como ***«el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen»*.**

El envejecimiento activo es aplicable tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico, social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades, a la vez que se les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia. Veremos mayores precisiones sobre sus determinantes en el artículo del Profesor Alexandre Kalache «Una sociedad para todas las edades» al final del Capítulo 13 sobre entorno y hábitat, y alusiones recurrentes a esta idea en muchos de los demás capítulos.

Otras experiencias realizadas tanto a nivel nacional como internacional son componentes relevantes para disponer de buenas prácticas que fundamenten políticas, proyectos, planes y programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas mayores. El compendio de buenas prácticas realizado por el Imserso a nivel internacional para promoción de La autonomia personal tiene esta finalidad de conseguir que las políticas dirigidas al mantenimiento y promoción de la autonomía personal deben enmarcarse en una comprensión más amplia del concepto de envejecimiento activo que lo contemple como «un ciclo vital activo e implicado que permita la gestión y responsabilización de la propia vida y el establecimiento de proyectos personales» (EHSL, 2011).

APORTACIONES

A. Encuentro «Las promesas del envejecimiento activo: investigación, desarrollo e innovación en Europa». UCM. El Escorial, julio 2010

- *El envejecimiento activo debe basarse en la libertad de elegir dentro de una visión global e inclusiva: global, porque nos afecta a todos a lo largo de todo nuestro ciclo vital e inclusiva, por cuanto no excluye a nadie de las acciones de envejecimiento activo.*
- *El modelo OMS de envejecimiento activo abrió camino pero debería ser revisado si queremos que ese sendero nos lleve al destino que tenemos en mente: que cada vez más personas envejezcan mejor. La conceptualización del envejecimiento activo debe ahondar en la clave del envejecimiento satisfactorio.*
- *Un nuevo enfoque del envejecimiento activo debe incluir algunos principios fundamentales: considerar como actividad todo aquello que contribuya al bienestar de las personas; el envejecimiento activo tiene carácter preventivo y, por tanto, ha de introducirse a lo largo de toda la*

vida; se refiere a todas las personas mayores, sean cuales sean sus condiciones y capacidades; deber se intergeneracional; supone un conjunto de derechos y deberes; es participativo y «empoderador», y respeta la diversidad cultural.

- *Maximizar el potencial del envejecimiento activo requiere de una estrategia comprensiva que impulse la participación y el bienestar en todas las etapas del curso vital. Envejecer bien es cosa de todos, a todas las edades. Supone calidad de vida, participación e incremento de ciudadanía.*
- *Construir sociedades para todas las edades conlleva evitar la fragmentación en virtud de edades y generaciones.*
- *La participación activa en la vida política y social vincula a las personas mayores a la sociedad.*
- *En el ámbito familiar, la promoción de la solidaridad intergeneracional intenta que se reconozca la labor de cuidado, apoyo y educación que realizan tanto la generación intermedia como muchos abuelos y abuelas. Las relaciones familiares tradicionales están cambiando y por ello es importante prestar atención al tipo de solidaridad intergeneracional familiar que se va a ir necesitando en conexión con las nuevas formas que nuestros barrios y comunidades, más envejecidos, van a ir tomando.*
- *Se debe desterrar la indemostrada creencia de que la permanencia de las personas mayores por más tiempo en sus puestos de trabajo bloquea la entrada de jóvenes al empleo y buscar vías para compatibilizar actividad y jubilación. El envejecimiento activo debería ser a medida y las personas tener la posibilidad de elegir si continúan en el mercado laboral.*
- *Permanece en nuestra sociedad el problema de la transmisión intergeneracional de la pobreza, que convierte a muchos ciudadanos en parte involuntaria de un círculo vicioso que se reproduce.*
- *Los programas intergeneracionales, como los de mentorización escolar, donde participan personas mayores, disminuyen el riesgo de fracaso escolar contribuyendo a romper ese círculo y ofrecer un futuro más alentador a las distintas generaciones.*
- *Las personas mayores pueden colaborar en la educación de la sociedad y deben hacerlo. Transmitir el legado de conocimientos —ética de la transmisión— es fundamental y existe una responsabilidad en ello que hay que ejercer.*
- *Los sistemas educativos deben explicar a los más jóvenes en qué consiste el proceso de envejecimiento.*
- *Se ha avanzado en la mejora de la imagen de las personas mayores, pero predomina la perspectiva negativa de la inactividad y la carga.*

- *La investigación y la innovación deben producir propuestas concretas en los retos de la promoción del envejecimiento activo para este siglo donde los espacios públicos de ciudades y pueblos deben constituirse como lugares capaces de ser sostenibles y útiles para poblaciones cada vez más envejecidas.*
- *La imaginación, creatividad e innovación son herramientas esenciales para poner en marcha las políticas y programas de envejecimiento activo dentro de estrategias integradas donde el protagonismo radique en las personas y no en las instituciones.*

B. Nuevas recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones.

- ✓ *La política de envejecimiento activo debe ser una política de estado con una planificación a largo plazo. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Las políticas de envejecimiento deben contemplar todo el proceso vital de la persona, poniéndose en práctica mucho antes de alcanzar la edad institucional considerada como inicio de la vejez. Consejo Estatal de Personas Mayores.*
- ✓ *Creación de espacios interculturales para personas mayores de diversas nacionalidades y culturas. Universidad de Valencia.*

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. **Promoción de políticas en respuesta a los desafíos demográficos.** Las tendencias demográficas en fecundidad, esperanza de vida y migraciones en España y Europa son un nuevo y complejo fenómeno que supone una reestructuración de las edades y un envejecimiento de la población. Este envejecimiento tiene impacto en el mercado de trabajo, en el crecimiento económico, en los sistemas de protección social y en las finanzas públicas. Los desafíos para España son similares al resto de la Unión Europea con variaciones de calendario. En consecuencia es necesario:

   a) Proceder a una revisión de las políticas de envejecimiento. La Unión Europea aconseja esta revisión (Comisión Europea, 2006, 2009a, 2009b). Las políticas de envejecimiento tienen consecuencias no sólo en los motores del proceso de envejecimiento, sino en cómo se afrontan los desafíos provocados por otras tendencias (desequilibrios territoriales, patrones de enfermedad, nuevos papeles familiares, trabajo y actividad).

   b) La inmigración ha jugado y desempeñará un papel importante como solución a las consecuencias del envejecimiento; aunque no evita el proceso de envejecimiento, pueden mejorar los impactos económicos.

   c) Promover políticas de apoyo a la familia puesto que es el peso que esta tiene en la atención a los mayores, por lo que se requiere un apoyo decidido para evitar que se perjudique a la familia como institución y de manera específica a las mujeres.