

Publicado en: S. Muñoz Machado, J. L. García Delgado y L. González Seara: Las estructuras del bienestar en Europa. Madrid: Editorial Civitas, 1999, pp. 679-793.

Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea

Juan Díez Nicolás

Catedrático de Sociología
Universidad Complutense

SUMARIO: 1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA. 2. CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN. 3. POLÍTICAS SOCIALES PARA EL ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. BIBLIOGRAFÍA.

1. El envejecimiento de la población en los países de la Unión Europea

El término «envejecimiento» de la población se refiere al incremento de la proporción de personas mayores, considerando que las personas mayores son las que tienen más de sesenta, de sesenta y cinco, de setenta años, o de cualquier otra edad, aunque generalmente se utiliza la proporción de la población que tiene más de sesenta y cinco años, por ser ésta la edad frecuente de jubilación de quienes trabajan de forma remunerada. En este sentido, el envejecimiento de la población constituye un fenómeno reciente y característico de las sociedades más desarrolladas. En efecto, durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la alta natalidad y la alta mortalidad conducían a una población joven, pues había un gran número de nacimientos y, por tanto, de jóvenes, pero como la mortalidad era también muy alta (la esperanza de vida era baja), pocos eran los que llegaban a superar los sesenta y cinco años de edad. Como referencia, basta recordar que, en España, en 1900, con unas altas tasas de natalidad y de mortalidad (una esperanza de vida al nacer de treinta y cinco años y un promedio de casi cuatro hijos por mujer), más de un tercio de la población tenía menos de quince años, pero menos del 5 por 100 tenía sesenta y cinco o más años. En la actualidad, cuando la esperanza de vida al nacer en España es de setenta y siete años (sin diferenciar entre hombres y mujeres), y cuando el promedio de hijos por mujer es de 1,2, la proporción de la población de menos de quince años apenas supera el 20 por 100,

mientras que la proporción con sesenta y cinco y más años es ya del 16 por 100 y sigue creciendo. Este importante y significativo cambio en la composición de la población española, en sólo un siglo, es similar al que se ha observado en todas las sociedades industrializadas desarrolladas, y en mayor o menor medida se está también produciendo en todas las sociedades a medida que se modernizan e industrializan.

Las diferencias entre países, en este aspecto también, muestran sin lugar a dudas las grandes desigualdades existentes entre las diferentes regiones del mundo (cuadro 1). Concretamente, mientras en África la proporción de la población que tiene sesenta y cinco y más años no supera todavía el 5 por 100, en Europa occidental supera en más de tres veces esa proporción. Las diferencias se deben al alto promedio de nacimientos por mujer en África (superior a cuatro hijos) comparado con el bajo promedio en Europa (inferior a dos hijos), así como a la baja esperanza de vida al nacer en África (alrededor de cincuenta años como promedio) y la alta esperanza en

CUADRO 1.—Población de 65 y más años y esperanza de vida al nacer en las grandes regiones y subregiones del mundo, 1998

Regiones	65 y más años (% sobre el total)	Esperanza de vida
<i>África</i>	3	52
Norte	4	65
Occidental	3	50
Oriental	3	44
Central	3	49
Austral	4	56
<i>América del Norte</i>	13	76
<i>América Latina y Caribe</i>	5	69
América Central	4	71
Caribe	7	68
América del Sur	6	69
<i>Oceanía</i>	10	73
<i>Asia</i>	6	65
Occidental	5	67
Sud-Central	4	59
Sud-Este	4	64
Oriental	7	72
<i>Europa</i>	14	73
Septentrional	16	76
Occidental	15	77
Oriental	13	68
Meridional	15	77
<i>Mundo</i>	7	66

Fuente: World Population Data Sheet, Population Reference Bureau, 1998.

Europa (superior a los setenta años). El envejecimiento de la población en las sociedades industrializadas avanzadas, por tanto, es una consecuencia del efecto combinado de una baja fecundidad y un incremento en la esperanza de vida (nacen cada vez menos niños, y una proporción creciente de los que nacen llega hasta edades más avanzadas). Aunque este doble proceso se está produciendo en mayor o menor grado en todas las sociedades, las de Europa occidental, y muy especialmente las de la Unión Europea son las que mejor ejemplifican sus consecuencias.

En 1998, los quince países de la Unión Europea tenían una esperanza de vida al nacer (conjunta para hombres y mujeres) superior a los setenta y cinco años (superior incluso a los ochenta años en el caso de las mujeres en algunos de los quince países, entre los cuales se encuentra España). La proporción de la población con sesenta y cinco y más años en la Unión Europea era superior al 10 por 100 en esa misma fecha, y en doce de ellos (todos menos Irlanda, Países Bajos y Luxemburgo) era del 15 por 100 o superior. Pero, según las proyecciones de Eurostat para el año 2020, los quince países de la UE superarán el 15 por 100 de población de sesenta y cinco y más años, e incluso nueve de ellos (entre ellos España) superarán el 20 por 100. En el año 2020 la proporción de la población con sesenta y cinco y más años superará a la proporción de la población de menos de quince años en Alemania, España, Italia, Luxemburgo y Austria, y estará muy próxima a ella en el resto de los países de la UE (cuadro 2).

CUADRO 2.—*Población de 65 y más años, y de 85 y más años en los países de la Unión Europea, 1995 y 2020 (proyectada)*
(porcentaje sobre el total de la población)

Países	65 y más años		85 y más años	
	1995	2020	1995	2020
Alemania.....	15,2	20,5	4,0	5,6
Austria.....	15,5	19,7	4,0	5,1
Bélgica.....	16,1	21,8	3,8	6,0
Dinamarca.....	15,3	18,2	3,9	3,8
España.....	14,9	20,2	3,3	5,4
Finlandia.....	14,3	21,6	3,2	4,5
Francia.....	14,9	20,7	4,1	6,1
Grecia.....	15,3	20,9	3,4	6,3
Irlanda.....	11,4	15,9	2,4	3,3
Italia.....	15,8	23,1	3,7	7,3
Luxemburgo.....	14,2	19,3	3,3	4,9
Países Bajos.....	13,2	18,5	3,1	4,0
Portugal.....	14,1	18,8	2,7	4,3
Reino Unido.....	15,8	19,1	4,1	5,0
Suecia.....	17,4	20,6	4,6	5,1
Unión Europea.....	15,1	(20,1)*	3,7	5,6

Nota: (*) Proyección propia.

Fuente: Eurostat (1997).

Además, el proceso de envejecimiento es de tal naturaleza que implica un crecimiento aún mayor de los mayores entre los mayores, es decir, de los mayores de ochenta y cinco años, cuya proporción no sólo está creciendo en relación con la población total, sino también con relación a la población mayor de sesenta y cinco años, hasta el punto de que en más de la mitad de los países de la UE (entre ellos España) el peso relativo de la población de ochenta y cinco y más años sobre el total de la población de sesenta y cinco y más años será mayor en el año 2020 de lo que era en 1995. Este fenómeno ha recibido ya la denominación de «envejecimiento del envejecimiento», aunque más propiamente debería denominarse «envejecimiento de la población mayor».

Las proyecciones de población publicadas por Eurostat, y que han servido para elaborar los cálculos e interpretaciones precedentes, se basan en el supuesto de unos incrementos no muy grandes en la esperanza de vida al nacer, y en el supuesto de que el promedio de hijos por mujer continuará por debajo de 2,1, es decir, por debajo del nivel de remplazo. Concretamente, se supone que el incremento en la esperanza de vida al nacer será de alrededor de tres años tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres para el conjunto de los quince países, aunque el incremento será significativamente mayor en países como Bélgica y Francia (cuadro 3).

CUADRO 3.—*Esperanza de vida al nacer por sexo en los países de la Unión Europea, 1995 y 2020 (proyectada)*

Países	Hombres		Mujeres	
	1995	2020	1995	2020
Alemania.....	73,4	77,4	79,7	82,9
Austria.....	73,3	76,5	79,7	82,7
Bélgica.....	72,8	79,7	79,7	84,2
Dinamarca.....	72,4	72,6	77,8	77,8
España.....	73,2	73,4	81,2	81,3
Finlandia.....	72,1	74,3	79,6	80,7
Francia.....	73,7	78,0	82,0	86,5
Grecia.....	74,6	77,7	79,4	82,0
Irlanda.....	73,0	76,4	78,6	82,4
Italia.....	—	—	—	—
Luxemburgo.....	—	75,0	—	81,0
Países Bajos.....	74,7	76,0	80,6	81,5
Portugal.....	—	—	—	—
Reino Unido.....	74,3	77,6	79,7	82,6
Suecia.....	76,0	78,1	81,0	82,4
Unión Europea.....	73,9	77,2	80,4	83,1

Fuente: Eurostat (1997).

Antes de finalizar esta breve referencia a las cifras del envejecimiento, deben formularse dos comentarios que parecen pertinentes para no caer en falsas interpretaciones y extrapolaciones. En primer lugar, si bien es cierto que el número de personas mayores está aumentando en todo el mundo, tanto en cifras absolutas como relativas, pero de manera mucho más notable en los países más desarrollados, ese aumento tiene ciertos límites. En efecto, y mientras no se produzca una gran revolución en el campo de la salud, la proporción de personas que llegarán hasta una edad próxima a los cien años seguirá aumentando, pero el techo de la vida humana continuará precisamente en los cien años. Así, por ejemplo, en 1900, en España, de cada cien nacidos sólo veinticinco podían esperar llegar a la edad teórica de la jubilación (sesenta y cinco años), mientras que ahora, prácticamente en el año 2000, de cada cien nacidos alrededor de ochenta pueden llegar a los sesenta y cinco años. Pero el número de personas con cien y más años sigue siendo muy pequeño (unas decenas, según el censo de España de 1991, y ello sin contar con que muchos de los que declaran superar los cien años engañan sobre su edad por notoriedad social). Por tanto, puede que el aumento en la esperanza de vida, que, como ya se ha indicado anteriormente, continúa, aunque con un ritmo cada vez más lento, lleve a una situación en la que de cada cien nacidos noventa y nueve lleguen hasta los cien años, pero esa edad seguirá siendo el límite insuperable mientras no se produzca una gran revolución en las ciencias de la salud (lo que tampoco es del todo improbable, por otra parte) (cuadro 4).

CUADRO 4.—*Población de 65 y más años en las Comunidades Autónomas, 1991*
(porcentaje sobre el total)

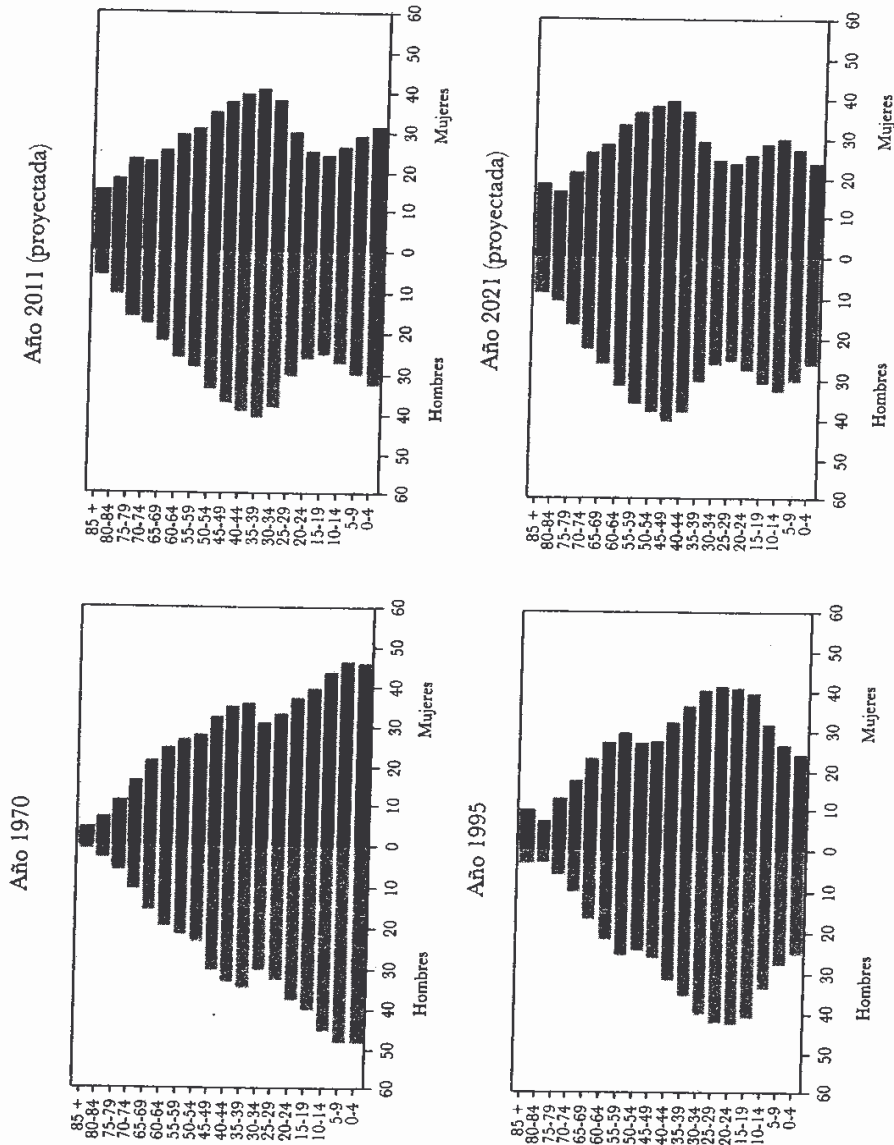
Comunidades Autónomas	%
Andalucía	11,7
Aragón	18,2
Asturias	16,7
Baleares	13,7
Canarias	9,2
Cantabria	15,5
Castilla-La Mancha	16,3
Castilla y León	17,9
Cataluña	14,2
Extremadura	15,5
Galicia	16,3
Madrid	11,6
Murcia	11,8
Navarra	15,2
La Rioja	17,4
País Vasco	12,6
Valencia	13,2
España	13,8

Fuente: INE, *Censo de la Población de España de 1991*.

La segunda cuestión que a veces lleva a errores de interpretación es la de que el crecimiento «relativo» de la población mayor no va a continuar indefinidamente, pero no por razón de cambios supuestos en las pautas de mortalidad y natalidad, sino por la interrelación entre los procesos y las estructuras demográficas. En efecto, es cierto que la proporción de la población con sesenta y cinco y más años ha aumentado desde menos del 5 por 100 en las sociedades menos desarrolladas hasta el 20 por 100 en las más desarrolladas. Desde el punto de vista del análisis demográfico, todavía puede aumentar algo más esta proporción, puede que hasta el 25 por 100 en algunos países (incluso hasta un 30 por 100 en poblaciones muy pequeñas y por períodos cortos de tiempo), pero no más allá de esa proporción, pues al llegar a esas proporciones se habrá llegado también a una situación en la que la interrelación entre las tasas resultantes de fecundidad y mortalidad conducirán a una «población estable» o próxima a ella, caracterizada por unas tasas fijas de fecundidad y mortalidad por edades y sexos, una tasa fija de crecimiento y una distribución estable de la población por sexo y edades. (Si la tasa de crecimiento de esta «población estable» fuese cero, nos encontraríamos con un caso especial que se denomina «población estacionaria», que también se caracterizaría por tener una distribución fija de la población por sexo y edades.) Pero la situación actual conduce más fácilmente hacia una «población estable» (con una tasa de crecimiento que no será cero, sino más bien distinta de cero pero negativa) con tendencia, por tanto, al crecimiento negativo, situación que ya han experimentado o están experimentando algunos países europeos en la actualidad (España comenzará a tener crecimiento natural negativo en cualquier momento, pues el número de defunciones sobrepasará al de nacimientos, si bien su crecimiento real puede seguir siendo positivo durante algún tiempo mientras subsista el saldo migratorio positivo que tiene desde comienzos de esta década de los años noventa).

En consecuencia, no es previsible que, como algunos comentaristas y divulgadores de conocimientos en ciencias sociales dicen con frecuencia, se vaya a llegar a una situación en la que la población mayor de sesenta y cinco años represente el 40 o el 50 por 100 de la población total (salvo, hay que decirlo una vez más, se produzca una gran revolución social en las ciencias de la salud que eleve la esperanza de vida al nacer hasta más allá de los cien años), pues antes de que se alcanzaran esas cifras relativas se asistiría probablemente a la extinción de esa población. Sí es previsible, sin embargo, que se llegue a una situación en la que la proporción de la población con más de sesenta y cinco años se estabilice en alrededor del 25 por 100. Además, todos los países desarrollados, y de manera concreta los de la Unión Europea, tienen saldos migratorios crecientemente positivos, como consecuencia de los flujos de inmigrantes, documentados o no, procedentes de los países menos desarrollados (y que no parece que se reducirán en bastante tiempo), lo que contribuirá al rejuvenecimiento (o a mitigar el envejecimiento) de las poblaciones desarrolladas; y ello por dos razones: porque los inmigrantes suelen ser adultos jóvenes, y porque al estar en

GRÁFICO 1.—Distribución de la población por grupos de edad en España, 1970-2021
(por mil habitantes)



edad de procrear tienden a hacerlo y, por tanto, a ampliar «la base de la pirámide de la población» incrementando el peso relativo de la población joven.

2. Consecuencias sociales del envejecimiento de la población

Delimitados los aspectos demográficos del envejecimiento, que, como se ha indicado, no debe considerarse como un proceso indefinido, sino con ciertos límites incluso próximos (salvo que se incremente de forma revolucionaria la esperanza de vida al nacer), y que tampoco debe considerarse como un proceso irreversible (puesto que el incremento de los saldos migratorios positivos y/o el incremento de la fecundidad, y/o el incremento de la mortalidad como está ocurriendo en algunas poblaciones del este de Europa, podrían conducir a un cierto rejuvenecimiento de la población), pueden ahora formularse algunas reflexiones sobre las consecuencias sociales del envejecimiento de las poblaciones desarrolladas en la actualidad, y de las menos desarrolladas en un futuro más o menos próximo.

Lo primero que hay que indicar es que el concepto de población mayor, vieja, anciana..., es un concepto ambiguo y equívoco, pues los individuos que componen ese conjunto o segmento social no forman un todo homogéneo, sino, por el contrario, muy heterogéneo. Entre las personas de sesenta y cinco y más años hay quienes se encuentran en perfecta forma física y mental, y hay quienes no pueden valerse por sí mismos en absoluto y requieren una atención continuada por parte de otras personas. La heterogeneidad de este grupo social es incluso mayor de la que se puede encontrar en muchos otros grupos o segmentos sociales, y no sólo por lo que respecta a las condiciones físicas o mentales, sino en relación con diferentes indicadores de *status*, socioeconómico (ocupación, ingresos, nivel educativo), estilos de vida...

Por otra parte, y como es frecuente en cualquier ámbito de las ciencias sociales, resulta difícil establecer los límites de este proceso, ya que no se puede fijar con certeza el momento en que comienza el envejecimiento en cada persona, aunque sí sabemos que no comienza a la misma edad en todos los casos. Tradicionalmente se ha considerado como población «mayor» a la que supera los sesenta y cinco años, porque ésa era la edad más frecuente para la jubilación, pero hay que tener en cuenta que, en la actualidad, el paro de larga duración y la jubilación anticipada llevan a una situación en la que aproximadamente uno de cada dos hombres de cincuenta a sesenta y cuatro años carece de empleo (la proporción es mucho mayor en el caso de las mujeres). Por otra parte, en algunas actividades la jubilación está establecida en los setenta años, y no es descartable que, a diferencia de los años ochenta, cuando algunos países europeos (entre ellos España) decidieron adelantar la edad de jubilación «para crear puestos de trabajo para los jóvenes» (lo que nunca ocurrió, puesto que esa medida sólo sirvió para reducir legalmente las plantillas de las grandes empresas), la tendencia actual sea la de retrasar la edad de jubilación directamente o a

través de una jubilación progresiva (reducción de jornada) y voluntaria a partir de los sesenta y cinco años.

El envejecimiento se considera cada vez menos como un concepto vinculado a la edad o al empleo, y más como un concepto biomédico que hace referencia a las capacidades del individuo para desarrollar una vida normal. Por tanto, esta primera consideración debe conducir al rechazo de que el envejecimiento es «un problema social». El verdadero problema, hay que decirlo desde el principio, sería «no llegar a viejo», pero no puede aceptarse que se considere «problemático» el hecho de que las sociedades industriales avanzadas hayan logrado aumentar la esperanza de vida de los individuos hasta el punto de que, aunque todavía no se haya logrado superar el «techo» de la vida humana, sí se haya logrado que la casi totalidad de los individuos alcancen ese «techo». Se requiere, por tanto, cambiar el enfoque de los estudios sobre el envejecimiento desde su consideración como problema a su consideración como «ventaja» o «beneficio» para la sociedad, o, en todo caso, como un hecho social neutro, cuyas consecuencias deben ser analizadas para anticipar y programar las acciones sociales que se requieran.

Una de las consecuencias que más literatura ha provocado el «envejecimiento» de la población en las modernas sociedades industriales avanzadas ha sido el de su repercusión sobre los sistemas públicos de pensiones, que, según algunos, podría incluso poner en peligro la propia supervivencia financiera de la Seguridad Social. El envejecimiento de la población parece haberse convertido en motivo de preocupación para algunos sectores de la sociedad, que piensan que ello acarreará problemas económicos a los sistemas de Seguridad Social por el pago de pensiones a un colectivo (el de los jubilados) que se ha multiplicado por cuatro durante el siglo que ahora termina, sobre todo en una situación como la de estas dos últimas décadas, cuando el paro ha crecido de forma tan espectacular en todas las sociedades modernas y más avanzadas (aunque en estos últimos años el paro haya descendido incluso en España). Con el fin de remediar este posible problema, estos mismos sectores sociales han estado animando a los jóvenes a que se casen y tengan hijos, pensando que al aumentar el número de nacimientos aumentará el número de los que cotizan a la Seguridad Social, lo que eliminaría el problema de la falta de recursos económicos para el pago de pensiones. Sin embargo, los que promueven esta situación olvidan que los jóvenes no se casan ni tienen hijos no porque no lo deseen, sino porque no tienen empleo o, si lo tienen, porque no tienen suficiente seguridad en su empleo. Olvidan también que, aun suponiendo que todas las mujeres comenzaran a tener hijos en gran cantidad ahora mismo, habría que esperar al menos veinte o veinticinco años hasta que estos niños llegaran a la edad de trabajar, y por tanto comenzaran a cotizar a la Seguridad Social, y eso en el supuesto de que para entonces se haya resuelto totalmente el problema del paro, pues en otro caso no aumentará el número de los que cotizan, sino el de los que están en paro (y esperan un subsidio de paro).

Los fenómenos y procesos demográficos son lentos y tienen repercusiones en la población a lo largo de períodos muy largos de tiempo.

El envejecimiento de la población y los supuestos problemas que plantea a la Seguridad Social han sido aprovechados también por otros sectores sociales para sugerir que la solución está en la suscripción de planes privados de pensiones. Esta propuesta olvida que los que carecen de cobertura por parte de la Seguridad Social es que no tienen ni han tenido empleo, en cuyo caso parece difícil que puedan pagar un seguro privado, y olvida también que si la Seguridad Social quebrase, sería difícil que el sector privado de la economía no se viese también afectado.

En consecuencia, la única solución al problema del pago de pensiones (aparte de que se financien mediante impuestos) parece residir en la reducción del paro aumentando el empleo, pues sólo así aumentará el número de los que cotizan a la Seguridad Social. Además, con el aumento del empleo, probablemente los jóvenes se sentirán suficientemente seguros como para formar una familia y tener hijos. Pero la cuestión del pago de pensiones no puede conducir a considerar que el envejecimiento de la población es un problema social, como parecería deducirse de las afirmaciones anteriormente comentadas, sino que, por el contrario, constituye uno de los logros y de los éxitos más importantes de la humanidad. El problema del pago de las pensiones no se resuelve, por tanto, mediante el aumento del número de nacimientos, sino por el aumento del número de cotizantes a la Seguridad Social, es decir, por el aumento del número de empleos. Así lo han reconocido recientemente las autoridades españolas, cuando al registrar el número más alto conocido desde hace décadas de cotizantes a la Seguridad Social se ha puesto de manifiesto que existe superávit en el sistema de financiación, es decir, se recauda más en cotizaciones de lo que se gasta en pagos de pensiones de jubilación.

La segunda consecuencia social más importante del envejecimiento de la población parece ser la que se deriva del incremento del gasto en asistencia sanitaria (incluyendo el gasto en medicinas). Esta consecuencia es objetivamente más cierta, pues resulta evidente que el incremento en la esperanza de vida se debe a una mejor asistencia sanitaria de la población, preventiva y curativa, lo que reduce la mortalidad pero, inevitablemente, incrementa la morbilidad, especialmente en las edades más avanzadas. La mejor asistencia sanitaria permite mantener con vida a la población hasta edades más avanzadas, pero con un mayor coste. Naturalmente, la respuesta a esta consecuencia no puede ser la de aceptar que vuelva a aumentar la mortalidad no facilitando la asistencia sanitaria que nuestras sociedades están en condiciones de ofrecer. Además, los niveles de bienestar social alcanzados en las sociedades europeas impedirían eliminar esa asistencia sanitaria a toda la población, dejando que sólo quienes tienen recursos económicos puedan beneficiarse de ella. Desde esta perspectiva, es cierto que debe aceptarse que una de las consecuencias sociales del envejecimiento es la de un mayor coste social de la asistencia sanitaria (y

especialmente de las medicinas). Pero se trata de una consecuencia «socialmente querida», pues, como antes se ha indicado, nadie estaría dispuesto a reducir ese coste social aumentando la mortalidad. En este sentido, no es una cuestión diferente de la que resulta cuando una sociedad adopta la decisión de facilitar enseñanza gratuita y obligatoria para toda la población hasta una edad determinada. No parecería lógico rechazar esa medida porque incrementa el gasto social. Se trata de una cuestión de objetivos y prioridades que la sociedad debe resolver. Si se acepta la enseñanza obligatoria hay que aceptar el incremento de gasto, y habrá que discutir sobre los modos de financiar ese gasto (impuestos...). Si se acepta ofrecer a la población las mejoras sanitarias disponibles, habrá que aceptar también el mayor coste social implícito, y discutir sobre los modos de financiar ese incremento de coste. Porque, en una sociedad democrática y con tradición de un alto nivel de bienestar social proporcionado por el Estado, sería difícil hurtar a parte de la población el acceso a las mejoras disponibles en el campo de la asistencia sanitaria.

Naturalmente, las mejoras en la salud de la población derivadas de una mejor alimentación y de una mayor asistencia sanitaria, desde el nacimiento mismo del individuo, han tenido como consecuencia el que los individuos lleguen a edades cada vez mayores en condiciones físicas y mentales también cada vez mejores. Es decir, el incremento de la esperanza de vida al nacer ha supuesto también una reducción de la morbilidad en cada edad, de manera que no sólo han disminuido las tasas de mortalidad por edad, sino las tasas de morbilidad por edad. Lo que ocurre es que, al haber aumentado el número absoluto y relativo de personas con más de sesenta y cinco años, con más de setenta y cinco años, con más de ochenta y cinco años..., aunque las tasas de morbilidad se hayan reducido, el coste global de su asistencia sí está aumentando. Por ello, las políticas sociales que se están adoptando y poniendo en vigor en todos los países europeos tienden a mejorar aún más las condiciones físicas y mentales en que llegan los individuos a esas edades altas, no sólo por razones humanitarias y sociales, sino por razones de reducción del gasto sanitario. En todo caso, es inevitable que, de la misma forma que las tasas específicas de mortalidad por edad son más altas cuanto mayor es la edad, las tasas específicas de morbilidad por edad sigan la misma pauta. Por ello parece necesario reducir lo más posible la morbilidad en cada edad mediante la medicina preventiva (que pueden incluir medidas legales, como, por ejemplo, las relativas a la protección del medio ambiente, o ciertos hábitos culturales o estilos de vida, como los accidentes de tráfico, el hábito de fumar, la cultura alimenticia...).

3. Políticas sociales para el envejecimiento demográfico

Todos los estudios realizados en países europeos, y también en España, demuestran que los individuos mayores de sesenta y cinco años llegan a esa edad con menos

limitaciones de discapacidad y/o de enfermedad. Por ello, el enfoque epidemiológico del envejecimiento está dando paso a un enfoque crecientemente «salutogénico» que pone el énfasis no en la incidencia de la enfermedad o la discapacidad, sino en las funciones cognitivas y en las posibilidades de actividad social por parte de los mayores.

Cuando se detectó inicialmente el envejecimiento creciente de la población, allá por la década de los años setenta, muchos países iniciaron una política de construcción de residencias para mayores. Se pensaba que la respuesta social debía ser la de construir residencias, ciudades de ancianos, como si pasada cierta edad el individuo tuviera que ser «recluido» en una especie de «preceementerio» a esperar la muerte. Actualmente, y demostrada la insuficiencia de esta política, y muy especialmente su ineficacia e inadecuación en gran medida, se ha aceptado que cumplir sesenta y cinco años puede significar jubilarse laboralmente, pero no socialmente. La actividad social de los mayores constituye una de las mejores «medicinas preventivas» frente al deterioro físico y mental y, por tanto, una de las mejores formas de reducir el gasto sanitario en ese segmento social. Las residencias para mayores siguen siendo necesarias, por supuesto, pero sólo para atender a aquellos mayores que no pueden valerse por sí mismos o que necesitan asistencia sanitaria constante.

Los propios interesados lo confirman así en todas las investigaciones realizadas en estos últimos años. En España, concretamente, alrededor de la mitad de los mayores de sesenta y cinco años viven en su propio hogar y con su cónyuge (o pareja), y un 20 por 100 viven solos en su propio hogar (la mayoría de estas personas son mujeres, en su mayor parte viudas). Otro 15 por 100 de los mayores viven con su cónyuge (o pareja) y con hijos (generalmente no emancipados o, incluso cuando éstos están emancipados y/o casados, porque los hijos han ido a vivir a casa de los padres o al revés). Por último, un 21 por 100 de los mayores viven con algún hijo, en su propio hogar o en el del hijo/a. Debe aclararse que el número de hogares unipersonales en España (13 por 100) es muy inferior al de otros países de Europa (58 por 100 en Dinamarca, 35 por 100 en Alemania, por citar algunos ejemplos), pero en España alrededor de la mitad de estos hogares corresponden a personas mayores que viven solas (y sólo un 15 por 100 corresponden a «jóvenes» de veinte a treinta y nueve años, debido a la crecientemente retrasada emancipación de los jóvenes en España).

La mayor mortalidad masculina a cualquier edad explica que entre las personas mayores predominen las mujeres, de manera que el 80 por 100 de los hombres mayores de sesenta y cinco años que viven en su hogar están casados (y viven con su esposa), mientras que sólo el 44 por 100 de las mujeres de esa edad que viven en su hogar están casadas (y viven con su marido), porque otro 49 por 100 están viudas (y viven solas o con algún hijo).

Los datos procedentes del censo de población y los procedentes de encuestas coinciden en poner de relieve (como no podía ser de otra manera si las encuestas son representativas y están bien hechas) que los mayores viven mayoritariamente de for-

ma independiente, bien con su cónyuge o pareja, o solos (por haber enviudado), y con o sin hijos. Pero no se trata sólo de la realidad, sino de los deseos. Los datos de encuesta ponen también de manifiesto que los mayores quieren vivir de forma independiente, con su pareja o solos, pero independientes y en su propio hogar, salvo que, según dicen ellos mismos, sean incapaces de valerse por sí mismos y no tengan nadie con quien vivir. Esta es una nueva realidad, la de que los mayores desean mayoritariamente vivir de forma independiente, en su propio hogar. Y este deseo responde, principalmente, a la realidad de que los mayores se encuentran, como se ha dicho, en mejores condiciones físicas y mentales que los de su misma edad hace sólo unas décadas. Y los mayores pueden cumplir ese deseo porque, tanto en España como en el resto de los países europeos, los servicios sociales que proporciona el Estado de Bienestar, es decir, las pensiones de jubilación y la asistencia sanitaria, proporcionan a los mayores la posibilidad real de vivir de forma independiente, aunque sea con ciertos problemas económicos, pero sin duda con mejores posibilidades que hace décadas. En efecto, todos los mayores de sesenta y cinco años, hayan cotizado o no a la Seguridad Social en sus respectivos países, tienen garantizada una pensión de jubilación mínima, y tienen cubierta su asistencia sanitaria y el coste (total o al menos parcial) de sus medicinas por la Seguridad Social. Es cierto que las pensiones en España son significativamente inferiores a las de la mayor parte de los países de la Unión Europea, pero la asistencia sanitaria está cubierta de forma muy similar.

Esta nueva realidad de unos mayores que desean mayoritariamente vivir de forma independiente es la que ha ido modificando las políticas hacia este segmento social en el sentido de favorecer las prestaciones y servicios que permitan a estos colectivos continuar viviendo en sus hogares, y sólo excepcionalmente internarlos en residencias o centros de salud cuando la soledad, la incapacidad o la enfermedad así lo requieren. Todos los países europeos están diseñando programas de ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día y otros servicios y prestaciones similares para facilitar a los mayores continuar viviendo en sus hogares, para ayudarles a envejecer en casa.

Las tres grandes líneas en que se pueden enmarcar las investigaciones y políticas sociales relativas al envejecimiento de la población pueden resumirse así. En primer lugar, la relación entre envejecimiento y jubilación, conceptos que cada vez parecen estar menos relacionados entre sí. Por una parte, la jubilación laboral no se produce mayoritariamente a una edad concreta, y de hecho los datos ponen de manifiesto una tendencia creciente en los países europeos a una auténtica prejubilación por causa de las reconversiones industriales, las innovaciones tecnológicas, la globalización de los mercados, las tasas más altas de paro, que suele producirse a partir de los cincuenta-cincuenta y cuatro años, al mismo tiempo que muchas profesiones y actividades laborales tienden a retrasar su edad de jubilación hasta los setenta-setenta y cinco años. Es previsible que aumenten las desigualdades sociales en relación con la

edad de jubilación, de manera que mientras unos serán jubilados (obligatoriamente) a edades tempranas, otros procurarán retrasar la pérdida de su empleo, fuente no sólo de ingresos, sino también de prestigio social y poder, hasta edades más avanzadas. Pero, en la medida en que el incremento de la esperanza de vida hasta los ochenta años implicará un largo período de inactividad laboral (que en los casos de prejubilación a los cincuenta y cinco años supondrá un período de veinticinco años, y en los de jubilación a los sesenta y cinco años supondrá quince años de inactividad), las sociedades deberán encontrar una respuesta adecuada para llenar de actividad social la falta de actividad laboral. No parece posible (y desde luego no parece razonable) tener a millones de personas durante quince a veinticinco años sin nada que hacer, en una situación pasiva, «esperando a morir». La investigación debe encaminarse a buscar un «papel social» para estas personas, en una situación física y mental generalmente muy buena. La solución puede ser un retraso en la jubilación laboral, la incorporación al voluntariado social, el fomento del «autoempleo», un nuevo papel en las estructuras familiares o comunitarias, o cualquier otra; cualquier solución menos la de estar todos esos años sin un objetivo vital aparte de la mera supervivencia. Se trata, en definitiva, de favorecer la integración y participación de los mayores en la sociedad, evitar que vivan «marginados» de la sociedad.

Una segunda línea parece encaminada no ya a reducir la incidencia de la incapacidad y la enfermedad entre las personas mayores, sino más bien a incrementar su calidad de vida, a favorecer el mantenimiento de sus capacidades físicas y mentales hasta edades lo más avanzadas posibles. Desde esta perspectiva, se requieren estudios que permitan conocer mejor la influencia de las condiciones socioeconómicas, del entorno social (y físico-natural), de las redes de apoyo social..., sobre el mantenimiento durante más tiempo de las capacidades físicas y mentales de los mayores, para evitar (o retrasar lo más posible) la vulnerabilidad y dependencia de las personas mayores. En esta misma línea, hay que desarrollar más los conocimientos sobre los distintos tipos de demencia, incluida la enfermedad de Alzheimer y sus implicaciones no sólo para el enfermo, sino para sus familiares o personas de su entorno.

La tercera línea se refiere a los programas públicos de prestaciones y servicios para los mayores. Ya se ha mencionado anteriormente que, sin descuidar necesariamente la promoción y construcción de residencias y clínicas para los mayores, se están potenciando, y probablemente se potenciarán aún más, las ayudas a domicilio, la teleasistencia, el apoyo a las familias que acojan a personas mayores, las ayudas económicas directas o indirectas (descuentos en servicios públicos, acceso a recursos sociales, culturales...). Todos estos programas tienden, por una parte, a integrar y mantener integrado al mayor en la sociedad, pero, sobre todo, a favorecer el que pueda seguir viviendo en su hogar, con su cónyuge o pareja, en su comunidad de siempre, donde se siente integrado.

En realidad, las nuevas políticas sociales diseñadas para enfrentarse al envejecimiento de la población deben plantearse el incremento absoluto y relativo de este sector de la población no como un problema al que hay que encontrar solución, sino como algo positivo de lo que la sociedad debe obtener el máximo beneficio, pues en realidad apenas ha obtenido beneficio todavía, precisamente porque no se ha planteado que ello sea posible. En cualquier caso, la mayor integración y actividad social de los mayores, en la medida en que redundará en un mantenimiento por más tiempo de sus capacidades físicas y mentales, tendrá por sí misma una consecuencia inmediata y real: la reducción de las incapacidades y enfermedades y, por tanto, la reducción del coste social en asistencia social. Ello sin contar con sus potenciales aportaciones a la sociedad, que hasta ahora están casi inéditas.

Bibliografía

- AGREE, E. M. y MYERS, G. C., *Ageing research in Europe: Demographic, social and behavioural aspects*, United Nations, Nueva York, 1998.
- BOND, J., COLEMAN, P. y PEACE, S. (eds.), *Ageing in Society*, Sage, Londres, 1993.
- CROSBY, G. (ed.), *The European Directory of Older Age*, Centre for Policy and Ageing, Londres, 1993.
- DÍEZ NICOLÁS, J., *Los Mayores en Madrid*, Fundación Caja de Madrid, Madrid, 1989.
- EUROSTAT, *Demographic Report*, CEE, Bruselas, 1997.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R., *Estudio bibliográfico sobre la investigación gerontológica en España*, Fundación Caja de Madrid, Madrid, 1993.
- KNIPSCHIEER, C. P. M., JONG GIERVELD, J. DE, TILBURG, T. G. VAN y DYKSTRA, P. A. (eds.), *Evaluation report 1990-1995 of the NESTOR program, «Living arrangements and social networks of older adults»*, Free University, Amsterdam, 1996.
- NORA Investigators, «Functional status, health and aging: The NORA study», en E. Heikinen, M. Schroll, B. Steen, S. Berg y A. Viidik (eds.), *Facts and Research in Gerontology* (edición especial) 1997.
- OCDE, *Le vieillissement démographique. Conséquences pour la politique sociale*, OCDE, París, 1991.
- PHILLIPS, R., *A European directory of health promotion projects for older people*, Ageing Well Europe/Eurolink Age, Londres, 1997.
- SCHROOTS, J. J. F. (ed.), *Aging, health and competence: The next generation of longitudinal research*, Elsevier Science Publishers, Amsterdam, 1993.
- SCHROOTS, J. J. F., FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. y RUDINGER, G., *Aging in Europe*, IOS Press, Amsterdam, 1999.
- VICTOR, C. R., *Old age in modern society*, Chapman & Hall, Londres, 1994.