

20

INFORME  
ESPAÑA  
2 0 1 3

una interpretación  
de su realidad social



Fundación Encuentro

*Equipo de dirección y edición*

**José María Martín Patino**, Presidente • **Agustín Blanco**, Director General • **Antonio Chueca**, responsable del Departamento de Datos • **Giovanna Bombardieri**, Secretaria • **Teresa Herreros** • **Beatriz Manzanero**

*Equipo de colaboradores:*

*Consideraciones Generales.* **Xavier Martínez Celorrio**, Universidad de Barcelona y **José M<sup>a</sup> Martín Patino** • *Parte Segunda.* **Ignacio Buqueras**, Comisión Nacional para la Racionalización de los Horarios Españoles. Participa: **Agustín Blanco**, Fundación Encuentro • *Capítulo I.* **María Isabel Martínez** y **Nuria Guilló**, Abay Analistas. Participan: **Elvira González Gago**, Fundación Tomillo, y **María Dolores Liceras** y **Elvira González Santamaría**, expertas en mercado laboral • *Capítulo II.* **Josune Aguinaga**, UNED, y **Domingo Comas**, Fundación Atenea. Participan: **Julio Camacho**, Instituto de la Juventud, y **Elena Rodríguez San Julián**, Sociológica Tres • *Capítulo III.* **Benjamín García Sanz**, Universidad Complutense. Participa: **Antonio Abellán**, CSIC • *Capítulo IV.* **Chaime Marcuello** y **Carmen Marcuello**, Universidad de Zaragoza. Participan: **Guillermo Fernández**, Cáritas Española, **Mónica Sánchez**, Plataforma del Voluntariado de España, y **Beatriz de Miguel**, Fundación ONCE • *Capítulo V.* **Manuel Valenzuela Rubio**, Universidad Autónoma de Madrid.

*Y las siguientes Instituciones:* Instituto Nacional de Estadística • Asociación para la Racionalización de los Horarios Españoles • Cáritas Española • Fundación ONCE • Plataforma del Voluntariado de España • Instituto de la Juventud

# ÍNDICE

---

Capítulo III	
LOS MAYORES: MÁS PROTAGONISTAS, NUEVOS RETOS	177
I. Tesis Interpretativas	179
1. Cada vez más y más decisivos	179
2. El impacto de la crisis y la solidaridad intergeneracional	180
3. El reto de una mayor participación social y política	181
II. Red de los Fenómenos	184
1. El protagonismo demográfico de los mayores	184
1.1 Más longevos	188
1.2 Con mejor salud	193
2. El impacto de la crisis en el estado de salud percibido por los mayores	196
2.1 Atención sanitaria y uso de medicamentos	200
3. La crisis y el sistema de pensiones	208
4. Envejecimiento activo y participación económica y social	223
4.1 El impacto de los mayores en el consumo	223
4.2 Ayuda familiar y solidaridad intergeneracional	226
4.3 Mayores que no se jubilan	228
4.4 Hacia un envejecimiento activo y saludable	230

## Capítulo III

---

# LOS MAYORES: MÁS PROTAGONISTAS, NUEVOS RETOS

## I. TESIS INTERPRETATIVAS

### 1. Cada vez más y más decisivos

Parece que hablar de las personas mayores es referirse al envejecimiento de la población, a los años de vida que aún faltan por vivir y, sobre todo hoy, en medio de una profunda crisis económica, a las pensiones que se deben pagar. Se habla de los mayores como personas a las que hay que atender, cuando es un número todavía pequeño el que se encuentra en esta situación y los mayores más jóvenes alcanzan esa edad en condiciones de salud cada vez mejores. El envejecimiento es un éxito social.

Nos hemos acostumbrado a vivir con un modelo de sociedad que ha perdurado durante siglos, donde había muchos niños y pocos mayores. La realidad actual es inversa: muchos mayores y pocos niños. Aquel modelo estuvo vigente en casi todos los países hasta hace poco tiempo. En Europa y en España no empezó a cambiar hasta bien entrado el siglo XX. Las sociedades avanzadas recobran algo de lo que fueron, pero ya nunca recuperarán el pasado y lo mejor es seguir avanzando hacia el futuro.

La sociedad estuvo estructurada tradicionalmente de abajo arriba y a ella se acomodaban las soluciones. Las edades se sucedían unas a otras en un sentido piramidal, salvo que hubiese algún acontecimiento extraordinario, como una gripe o una guerra. Pero ahora sucede todo lo contrario. Cada vez nacen menos niños y se incrementa la esperanza de vida, por lo que la proporción de personas mayores es cada vez más alta. Tanto la disminución de los nacimientos como el aumento de la esperanza de vida sufrirán posiblemente variaciones en el futuro. Tal vez se incremente la tasa de natalidad o se modere la mejora de la esperanza de vida, pero los procesos seguirán una línea progresiva y ascendente. Algunos se atreven a pronosticar los 115 años<sup>1</sup> como edad máxima de la vida del hombre. Otros son más cautos, no se atreven a dar una cifra y confían en los medios técnicos, en la medicina y en los fármacos para ralentizar el proceso de envejecimiento. La tasa de fecundidad también variará, pero no parece fácil que llegue a los 2,1 hijos por mujer para que la población no disminuya.

De todo ello se deduce que la sociedad será distinta a como lo fue en el pasado: en su composición, en la aptitud de las personas que la integran, en los gastos que tiene que afrontar, en las necesidades que hay que solucionar,

---

<sup>1</sup> El economista John Appleby señala que el 13% de las niñas británicas que nacieron en 1951 llegarán a centenarias, el 40% de las que nazcan en 2013 y el 60% de las que vengan al mundo en 2060. Ahora bien, no afirma que las ganancias de vida sean años vividos con menos discapacidad (*ABC*, 23 de enero de 2013).

en los problemas que hay que resolver y en el tiempo que hay que invertir para que funcione.

Los mayores necesitan a la familia, a su pareja, a sus hijos y a la sociedad en general, cuando son dependientes. Pero la sociedad les necesita a ellos. Las personas mayores son sociedad y cada día serán, en mayor número, la sociedad del futuro. Se dice que la población mayor superará uno de cada tres habitantes en 2050. Por eso es absurdo contar sólo con los jóvenes para construir el futuro. Es verdad que la sociedad está asentada en el trabajo y en la producción, pero no se construye sólo con estos valores. La sociedad necesita de todos: los sanos y los enfermos, los que trabajan y los que viven de una pensión, los niños y jóvenes y las personas mayores. Todos debemos contribuir con nuestra aportación para que funcione.

## **2. El impacto de la crisis y la solidaridad intergeneracional**

Cuando se piensa en los grandes damnificados de la profunda crisis económica en la que estamos inmersos desde hace cinco años, la primera referencia son los cientos de miles de jóvenes y adultos jóvenes que han perdido su empleo, han tenido que abandonar su casa por la imposibilidad de hacer frente a la hipoteca o se han visto obligados a emigrar. Es cierto que incluso los que han conservado su empleo han visto en muchos casos reducirse sustancialmente sus salarios y empeorar sus condiciones laborales. Frente a ellos, los mayores pensionistas no se ven privados de su fuente de ingresos y las pensiones han sufrido en menor medida el impacto de la crisis. No obstante, las reformas estructurales que nos vienen impuestas y la propia sostenibilidad del sistema de pensiones aventuran una evolución distinta a la acaecida en las últimas décadas, a la que las próximas generaciones de mayores y la sociedad en su conjunto habrán de hacer frente. Por otro lado, los recortes en el sistema de salud y medidas como el copago farmacéutico afectan especialmente a las personas mayores.

Pero la crisis económica que estamos sufriendo también ha hecho más evidente y ha puesto en valor la solidaridad intergeneracional, en especial el apoyo de los mayores al resto de los miembros de la red familiar. Y, en este apoyo, han sido fundamentales tanto la mejora en las condiciones de salud de las personas mayores en las últimas décadas como el seguro de ingresos que supone el sistema de pensiones. Como afirma María Dolores Puga, “el apoyo formal a la vejez ha posibilitado que los mayores no se conviertan en receptores netos de ayuda familiar hasta los 80 años, liberando a las generaciones intermedias de un apoyo simultáneo hacia sus hijos y sus padres, y aportando a los mayores unos recursos (temporales, económicos...) que transfieren a las generaciones más jóvenes en forma de solidaridad familiar. [...] Una mayor necesidad de apoyo por parte de los jóvenes, aumentará la presión sobre las transferencias familiares, y reducirá su capacidad de

respuesta; pero un aumento de las transferencias formales hacia ese sector de población joven (apoyo a la especialización, a trayectorias formativas continuadas, a la inserción paulatina en el mercado laboral), reduciría la presión sobre las transferencias familiares y facilitaría una mayor eficacia de las mismas. La erosión de los recursos de los adultos en edades intermedias (altas tasas de paro, no sólo juveniles, por ejemplo) también reduce su capacidad de apoyo a las generaciones más jóvenes; pero políticas que redujesen la presión sobre estas edades (flexibilidad laboral, conciliación, paternidad, etc.) aumentarían el potencial de apoyo familiar. De la misma forma, el debilitamiento del apoyo formal a la vejez redundaría en una mayor presión sobre las generaciones intermedias y una menor capacidad de los mayores como fuentes de apoyo familiar; mientras que el sostenimiento de dicho apoyo formal reforzaría el potencial de solidaridad familiar<sup>2</sup>.

La solidaridad intergeneracional dentro de la familia ha tenido tradicionalmente una importancia capital en la sociedad española. De hecho, ha constituido el principal factor de “protección social” en nuestro país, especialmente en el medio rural<sup>3</sup>. No hace falta remontarse a tiempos lejanos. En la crisis de comienzos de los años noventa, cuando el desempleo alcanzó tasas próximas al 25%, la solidaridad familiar se identificó como la causa fundamental que evitó un estallido social. Aunque no ha pasado tanto tiempo, la situación actual ha sufrido modificaciones significativas respecto a entonces, tanto en los aspectos sociales como en los aspectos económicos de las distintas generaciones que componen la familia. Por eso es importante abordar estos temas desde una perspectiva sistémica, donde todos los elementos están interrelacionados y se requiere, en consecuencia, valorar esas interrelaciones y proponer visiones e intervenciones integradas y no sectorializadas. Entender que el debilitamiento del apoyo formal a las personas mayores repercutiría también en la pérdida de capacidad de apoyo familiar a los jóvenes supone romper con una visión de juego de suma cero, que podría acabar provocando una brecha intergeneracional.

### 3. El reto de una mayor participación social y política

Se han estudiado ampliamente los cuidados que hay que prestar a las personas mayores, pero mucho menos la aportación que estas personas pue-

---

<sup>2</sup> <http://www.informe-espana.es/participa/blogs/posts/23/la-familia-como-ambito-de-solidaridad-entre-generaciones>

<sup>3</sup> Véase García Sanz, B. (2011): *Ruralidad emergente, posibilidades y retos*. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino; García Sanz, B. (2010): “Envejecimiento, recursos económicos y servicios sociales en el mundo rural”, en *Panorama Social*, n. 11; y Gaitero Rojo, M. (2012): *Envejecimiento y ruralidad: demandas y respuestas de los mayores en su medio*. Tesis doctoral inédita.

den hacer a la sociedad<sup>4</sup>. Se dice que sociedad será lo que aporten los jóvenes y la gente que está trabajando, pero también las personas que se jubilan. Hay que atender a los mayores dependientes. Ésta es una de las funciones que tiene nuestra sociedad, pero no es la única. A las personas mayores, hasta llegar a ser dependientes, les quedan muchos años de vida en buenas condiciones y éstos pueden aprovecharlos siendo útiles a la sociedad.

¿Qué hacer en estos años? Los mayores verán reducido un 34%, como máximo, el tiempo que pueden dedicar a la sociedad por las situaciones de dependencia, pero el resto lo pueden destinar a la vida social. No se puede cambiar sin más una sociedad en la que los jóvenes y los adultos son los protagonistas principales a otra en la que también las personas mayores tengan la importancia que demográficamente merecen. Pero hay que intentarlo ya. Y no es posible realizarlo sin el consentimiento de la propia sociedad. El cambio supone que las personas mayores tengan un protagonismo social que ahora no tienen y que se les reconozca.

Hasta ahora, trabajo y jubilación eran términos enfrentados y opuestos. Pero trabajar no es sólo desempeñar una actividad remunerada. Esto es lo que prima, pero también invertir nuestro tiempo en funciones sociales. La sociedad no funciona solamente por el trabajo remunerado y la economía. La sociedad funciona cuando todos colaboran siendo buenos ciudadanos. La sociedad funciona si nuestros mayores son útiles y autónomos, es decir, trabajan por la sociedad. Ya están jubilados, pero esto no les exime de ciertas obligaciones sociales, que son también trabajo, aunque no estén remuneradas. Trabajar es –como dice Joan Subirats<sup>5</sup>– crear valor, y se puede crear valor de muchas maneras. Se puede crear valor, aunque no esté recogido en la Contabilidad Nacional, transmitiendo lo que han sido las personas a lo largo de su vida, es decir, la experiencia, los valores y las creencias. Se puede crear valor atendiendo a las personas dependientes. Se puede crear valor apoyando el consumo y el ahorro. Los mayores, son, entre otros, los que cobran al final de mes y pueden ayudar a que la economía funcione. Son los que pueden viajar durante todo el año y ocupar plazas hoteleras que de otro modo estarían vacías. Pueden crear valor siendo solidarios con los que no tienen ingresos, con los hijos que no han encontrado trabajo o con otros familiares que están en la misma situación.

Las personas mayores no son sólo objeto de gestión, sino sujetos y protagonistas. Son protagonistas cuando quieren ir a la universidad, porque

---

<sup>4</sup> El documento 17468/12 del Consejo de Europa insta a los países a que presten mayor atención al envejecimiento activo. Insiste en las relaciones entre generaciones y propone algunas medidas como la no discriminación por edades, la transferencia de experiencias y la participación social. Es sólo un indicador de futuro que todas las sociedades han de considerar, empezando por la europea, que es de las más envejecidas.

<sup>5</sup> Subirats, J. (2001): “El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores”, en *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*, p. 91.

así cumplen con un deseo que tuvieron durante toda la vida. También lo son cuando participan activamente en una ONG y, con su presencia, contribuyen a que determinadas parcelas de la sociedad funcionen. Son protagonistas cuando se implican en la vida social y política.

Es otra manera de mirar a nuestros mayores y fijarse en ellos, no como personas que ya son viejas y no pueden realizar ciertas funciones, sino como personas que tienen un fin social y pueden llevar a cabo muchas tareas en la sociedad.

No se trata de hacer una sociedad para los mayores, sino una sociedad en la que los mayores tengan voz, estén integrados y sean útiles, con todo el potencial que les da la experiencia. Una sociedad en la que los mayores tengan algo que decir y hacer en función del bien de todos.

## II. RED DE LOS FENÓMENOS

### 1. El protagonismo demográfico de los mayores

Uno de los procesos demográficos más destacados de las últimas décadas es, sin duda, el considerable aumento de la población de 65 y más años, los habitualmente considerados mayores. Como se puede apreciar en la tabla 1, en 2012 había en España más de ocho millones de personas con 65 y más años, lo que representaba un 17,4% de la población total. En apenas cinco décadas, desde 1960, su número absoluto se multiplicó por más de tres y su participación en la población total se duplicó.

La razón fundamental de este aumento se debe a la prolongación de la supervivencia, lo que ha acentuado el protagonismo del grupo de 80 años y más. En 1960, sólo un 1,2% de la población española se encuadraba en ese grupo de edad. En 2012, ese porcentaje se había multiplicado por más de cuatro (5,3%). Las proyecciones demográficas muestran que en torno a 2050 prácticamente se duplicará el número de personas mayores y el de las muy mayores (80 años y más) lo hará ampliamente.

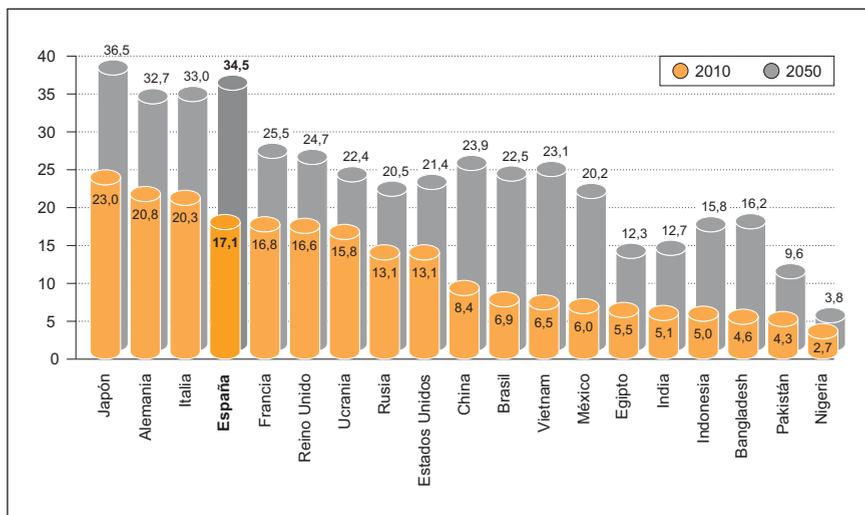
**Tabla 1 – Evolución de la población de 65 y más años por grupos de edad. Valor absoluto y porcentaje. 1900-2049**

	De 65 y más años		De 65 a 79 años		De 80 y más años		Total
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
1900	967.774	5,2	852.389	4,6	115.385	0,6	18.618.086
1910	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7	19.995.686
1920	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7	21.389.842
1930	1.440.744	6,1	1.263.679	5,3	177.112	0,7	23.677.794
1940	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9	26.015.907
1950	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0	27.976.755
1960	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2	30.528.539
1970	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5	34.040.989
1981	4.236.740	11,2	3.511.599	9,3	725.141	1,9	37.683.362
1991	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0	38.872.268
2001	6.958.516	17,0	5.378.194	13,2	1.580.322	3,9	40.847.371
2012	8.222.196	17,4	5.730.536	12,1	2.491.660	5,3	47.265.321
2021	9.308.853	20,6	6.450.649	14,3	2.858.204	6,3	45.186.456
2031	11.556.288	26,3	7.926.115	18,0	3.630.173	8,3	43.933.710
2041	14.031.450	32,7	9.180.903	21,4	4.850.547	11,3	42.874.861
2049	15.197.037	36,2	9.106.463	21,7	6.090.574	14,5	41.967.328

**Nota:** Los datos a partir de 2021 son proyecciones.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

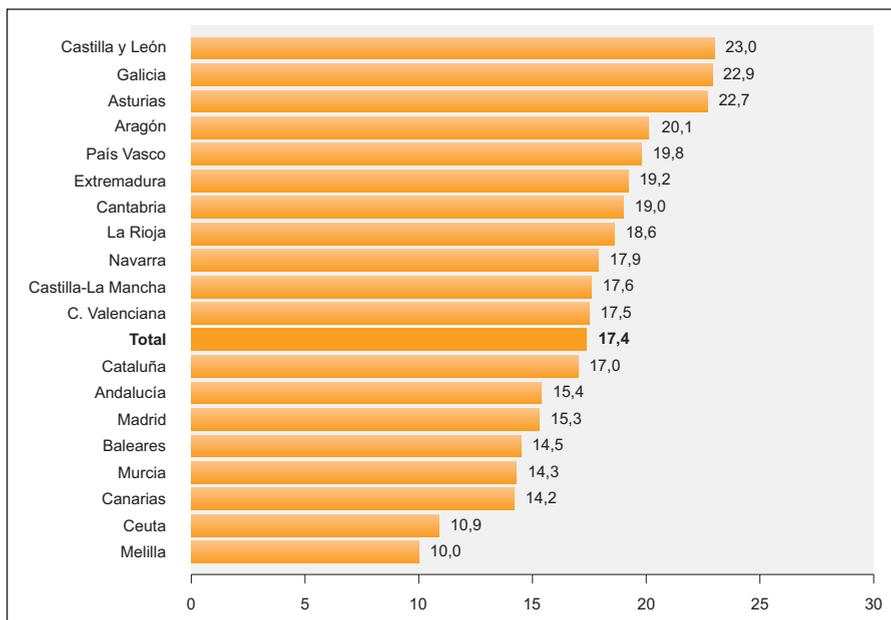
**Gráfico 1 – Evolución de la población de 65 y más años en algunos países. En porcentaje respecto a la población total. 2010-2050**



**Nota:** La estimación de población de 2050 corresponde a la variable fertilidad media.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de ONU, *World Population Prospects: The 2012 Revision*.

**Gráfico 2 – Población de 65 y más años por comunidades autónomas. En porcentaje sobre la población total. 2012**



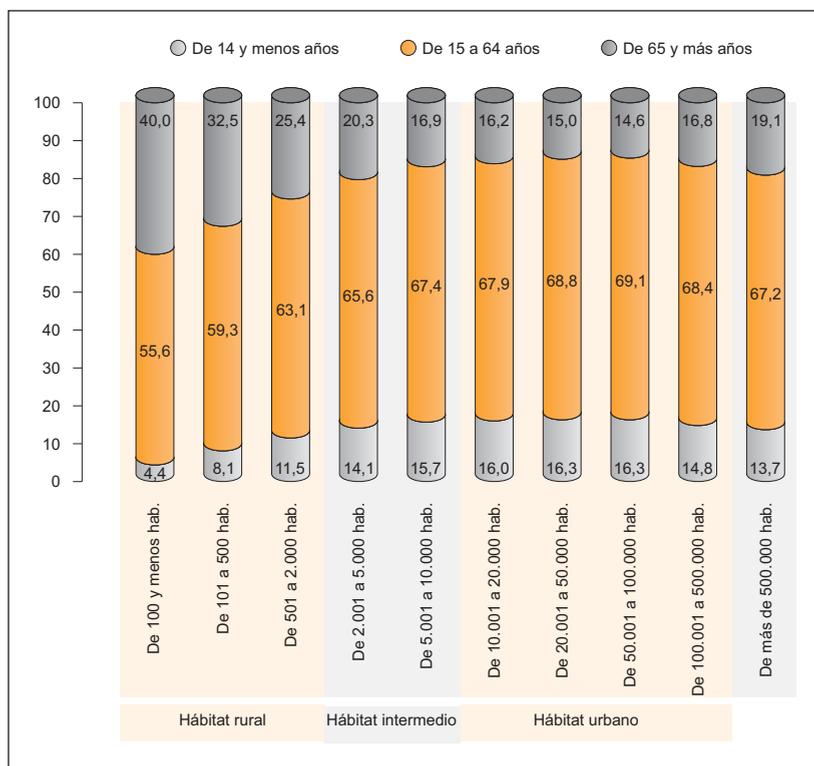
**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2012*.

Esta evolución demográfica se está produciendo en todo el mundo, pero presenta unos perfiles más acentuados en Japón y en los países de la UE (gráfico 1). España se encuentra actualmente en una posición intermedia en la tasa de envejecimiento en el contexto de la UE, por debajo de países como Alemania, Italia, Portugal, Austria o Suecia. Pero las previsiones para el año 2050 muestran que registrará el mayor incremento entre los países de la UE, hasta alcanzar un nivel cercano al de Japón, el país con el porcentaje más alto de personas mayores en el mundo.

El análisis por comunidades autónomas y por hábitat muestra una geografía bastante diversa en el proceso de envejecimiento en nuestro país.

Por lo que se refiere a las comunidades autónomas (gráfico 2), casi todas las del Arco Mediterráneo y las islas se sitúan claramente por debajo de la media nacional, mientras que las de la Cornisa Cantábrica y las del interior peninsular (con la excepción de Madrid) la superan. Es llamativa la situación de las autonomías del cuadrante noroccidental (Asturias, Galicia y Castilla y León) y Aragón, con tasas de envejecimiento claramente por en-

**Gráfico 3 – Población por grupos de edad y tamaño del municipio de residencia. En porcentaje. 2012**



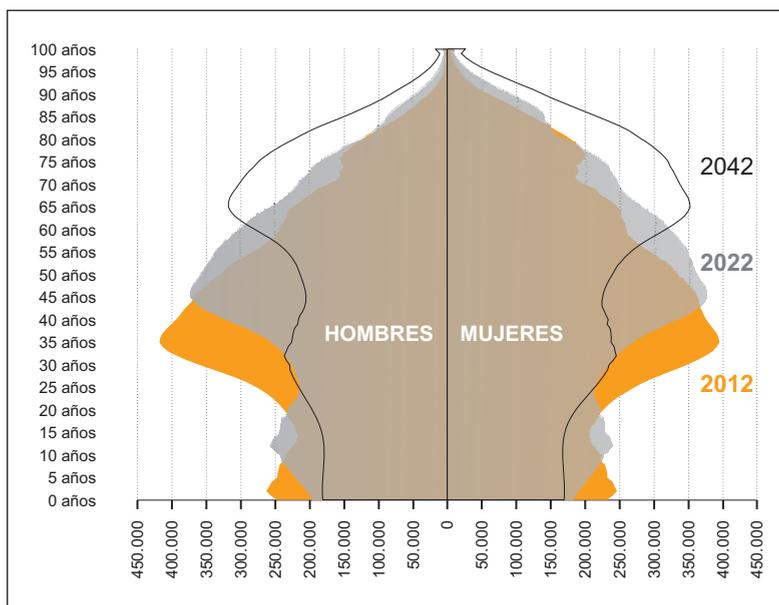
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2012*.

cima del 20%. Son comunidades autónomas que han sufrido en las últimas décadas tasas muy bajas de natalidad y un intenso proceso migratorio, que se combinan, como se verá, con una elevada esperanza de vida.

La variable hábitat (rural o urbano) marca diferencias mucho más notables que las registradas por comunidades autónomas. La tasa de envejecimiento en el mundo rural supera en once puntos a la del mundo urbano. No obstante, el indicador sintético del mundo rural esconde situaciones muy diversas. Al desagregarlo (gráfico 3) se observa que un 40% de los residentes en municipios de hasta 100 habitantes tienen 65 años y más, porcentaje que se reduce al 32,5% en los pueblos de 101 a 500 habitantes y al 25,4% en los de 501 a 2.000. En los pueblos de 5.001 a 10.000 habitantes, la tasa prácticamente se equipara a la del medio urbano.

El constante aumento del número de personas mayores –que se acelerará en las próximas décadas con la progresiva entrada en ese grupo de edad de las generaciones del *baby-boom* en nuestro país, los nacidos a partir de 1960–, junto con la disminución de la natalidad que ya se ha empezado a registrar desde el inicio de la crisis económica que estamos padeciendo, previsiblemente irán configurando una estructura de la población cada vez más cercana a una pirámide invertida, como se puede apreciar en el gráfico 4. Las proyecciones demográficas señalan que en 2042 el porcentaje de personas de 65 años y más doblará al grupo de 0 a 14 años.

**Gráfico 4 – Evolución prevista de la población residente en España por sexo y edad. 2012-2042**



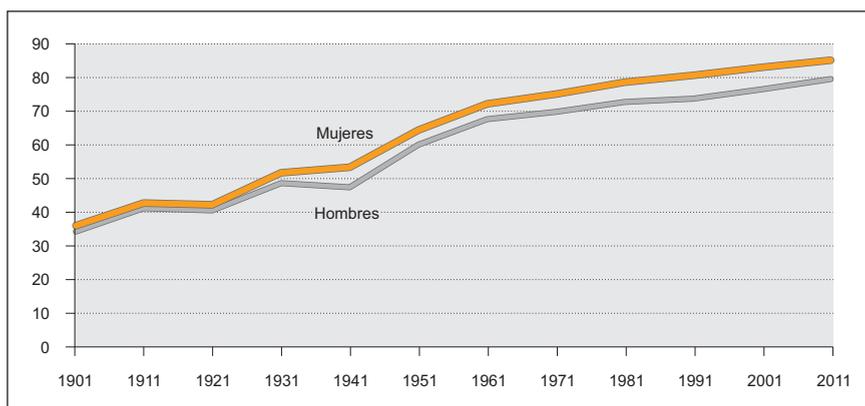
Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE (2012): *Proyecciones de población a largo plazo*.

## 1.1 Más longevos

Ya hemos hecho una breve referencia a que la principal causa del aumento de la población mayor en nuestro país es el incremento de la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer “representa el promedio de años que se espera que llegue a vivir un individuo desde el momento de su nacimiento, si a lo largo de su vida se mantienen en todas las edades las mismas condiciones de mortalidad existentes en ese momento. Constituye un fiel reflejo del bienestar de una comunidad, de ahí que este indicador trascienda el ámbito de la salud y sea también utilizado en análisis de tipo económico o en aquellos en los que se pretende medir el nivel de desarrollo de los diferentes países. Asimismo, la esperanza de vida sigue siendo sin duda uno de los indicadores que, de forma sintética, mejor describen la salud global de la población”<sup>6</sup>.

Como se puede apreciar en el gráfico 5, la esperanza de vida al nacer aumentó significativamente entre 1941 y 1981, y ha seguido un ritmo de incremento constante pero más atenuado desde entonces. En 2011, la esperanza de vida al nacer era de 82,3 años. Las proyecciones demográficas prevén que en 2045 se superen ampliamente los 85 años. La desagregación por sexo muestra que la esperanza de vida al nacer es de 79,3 años para los hombres y de 85,2 para las mujeres, una brecha de 5,9 años. Si bien esta diferencia ha ido aumentando desde principios del siglo anterior –debido, por un lado, a la evolución del papel social de la mujer, al descenso de la fecundidad y a los progresos en las condiciones de maternidad que motivaron una paulatina

**Gráfico 5 – Evolución de la esperanza de vida al nacer por sexo. 1901-2011**



**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE (2012): *Anuario estadístico de España 2011*; y datos INE.

<sup>6</sup> Observatorio de las Personas Mayores (2012): *Informe 2010. Las personas mayores en España*, p. 63.

Tabla 2 – Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo. 1991-2011

	Esperanza de vida a los 65 años			Diferencia interanual			Diferencia entre mujeres y hombres
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
1991	17,6	15,6	19,3	0,1	0,1	0,1	3,7
1992	17,9	15,9	19,6	0,4	0,3	0,4	3,7
1993	17,9	15,9	19,6	0,0	0,0	0,0	3,8
1994	18,2	16,1	19,9	0,3	0,2	0,3	3,8
1995	18,2	16,1	20,0	0,0	0,0	0,1	3,9
1996	18,3	16,2	20,1	0,1	0,1	0,1	3,9
1997	18,4	16,3	20,2	0,2	0,1	0,2	3,9
1998	18,4	16,2	20,2	-0,1	-0,1	0,0	4,0
1999	18,3	16,2	20,2	0,0	0,0	0,0	4,0
2000	18,8	16,7	20,6	0,4	0,5	0,4	3,9
2001	19,0	16,9	20,9	0,2	0,2	0,3	4,0
2002	19,0	16,9	20,9	0,0	0,0	0,0	4,0
2003	18,9	16,8	20,8	-0,1	0,0	-0,1	3,9
2004	19,4	17,2	21,2	0,4	0,4	0,5	4,0
2005	19,3	17,1	21,1	-0,1	-0,1	-0,1	4,0
2006	19,8	17,7	21,7	0,6	0,6	0,6	4,0
2007	19,8	17,6	21,7	0,0	-0,1	0,0	4,0
2008	20,0	18,0	21,8	0,2	0,3	0,2	3,9
2009	20,3	18,1	22,1	0,2	0,2	0,3	4,0
2010	20,6	18,4	22,4	0,3	0,3	0,3	4,0
2011	20,7	18,6	22,6	0,1	0,2	0,1	4,0

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Indicadores demográficos básicos*, varios años.

disminución de las causas específicas de mortalidad femenina, y, por otro, a la sobremortalidad masculina que afecta a todas las cohortes–, desde principios del siglo XXI se aprecia una ligera reducción, achacable en parte a una creciente igualación entre sexos de los comportamientos sociales y estilos de vida con impacto en la salud, particularmente los ligados al consumo de alcohol y tabaco.

Si se toma como referencia la esperanza de vida a los 65 años, como es lógico, se repite la misma pauta: un constante incremento en ambos sexos y el estancamiento a partir de los primeros años noventa de la diferencia entre hombres y mujeres, que se sitúa en torno a los cuatro años (tabla 2).

Los datos que acabamos de comentar nos sitúan en las posiciones de cabeza en el ámbito de la UE. Como se aprecia en la tabla 3, respecto a la esperanza de vida al nacer, las mujeres españolas ocupaban la primera posición junto con las francesas, mientras que los hombres se situaban en quinta posición, tras Suecia, Italia, Malta y Chipre. Por lo que se refiere a la

Tabla 3 – Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por sexo en la UE-27. 2010

	Esperanza de vida al nacer			Esperanza de vida a los 65 años		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Alemania	80,5	78,0	83,0	19,5	17,8	20,9
Austria	80,8	77,9	83,5	19,8	17,9	21,4
Bélgica	80,3	77,6	83,0	19,6	17,6	21,3
Bulgaria	73,8	70,3	77,4	15,4	13,6	17,0
Chipre	81,5	79,2	83,9	19,7	18,3	21,0
Dinamarca	79,3	77,2	81,4	18,4	17,0	19,7
Eslovaquia	75,6	71,7	79,3	16,3	14,0	18,0
Eslovenia	79,8	76,4	83,1	19,2	16,8	21,0
<b>España</b>	<b>82,3</b>	<b>79,1</b>	<b>85,3</b>	<b>20,8</b>	<b>18,6</b>	<b>22,7</b>
Estonia	76,0	70,6	80,8	17,3	14,2	19,4
Finlandia	80,2	76,9	83,5	19,7	17,5	21,5
Francia	81,8	78,2	85,3	21,3	18,9	23,4
Grecia	80,6	78,4	82,8	19,5	18,5	20,4
Holanda	81,0	78,9	83,0	19,5	17,7	21,0
Hungría	74,7	70,7	78,6	16,5	14,1	18,2
Irlanda	81,0	78,7	83,2	19,7	18,1	21,1
Italia	82,5	79,8	85,0	20,7	18,6	22,4
Letonia	73,7	68,6	78,4	16,3	13,3	18,2
Lituania	73,5	68,0	78,9	16,4	13,5	18,4
Luxemburgo	80,8	77,9	83,5	19,6	17,3	21,6
Malta	81,4	79,2	83,6	19,9	18,4	21,1
Polonia	76,4	72,1	80,7	17,6	15,1	19,5
Portugal	79,8	76,7	82,8	19,0	17,1	20,6
Reino Unido	80,7	78,7	82,6	19,7	18,3	20,9
República Checa (*)	77,7	74,5	80,9	17,4	15,5	19,0
Rumania (*)	73,8	70,1	77,6	15,8	14,0	17,2
Suecia	81,6	79,6	83,6	19,8	18,3	21,2
<b>UE-27 (*)</b>	<b>80,0</b>	<b>77,0</b>	<b>82,9</b>	<b>19,4</b>	<b>17,5</b>	<b>21,0</b>

(\*) Datos provisionales.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de Eurostat.

esperanza de vida a los 65 años, los hombres se situaban en segunda posición, por detrás de Francia y con el mismo dato que Italia, y las mujeres en la misma, también por detrás de Francia.

El análisis por comunidades autónomas de la esperanza de vida a los 65 años muestra diferencias apreciables (tabla 4). En 2011, ocupaban el primer lugar Madrid y Castilla y León, con 21,7 años, 2,1 años más que Andalucía, que ocupaba la última posición con 19,6. La ciudad autónoma de Melilla se quedaba en 18,4 años. La ganancia en años respecto a 1991 supera

Tabla 4 – Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexo y comunidades autónomas. 1991-2011

	Ambos sexos			Hombres			Mujeres		
	1991	2011	Diferencia	1991	2011	Diferencia	1991	2011	Diferencia
Andalucía	16,7	19,6	2,9	14,8	17,6	2,8	18,3	21,3	3,0
Aragón	18,2	20,8	2,6	16,5	18,6	2,2	19,6	22,7	3,1
Asturias	17,5	20,5	3,0	15,3	18,1	2,8	19,4	22,6	3,2
Baleares	17,1	20,4	3,4	15,2	18,4	3,2	18,7	22,3	3,6
Canarias	17,0	20,2	3,2	15,0	18,3	3,3	18,8	21,9	3,1
Cantabria	18,1	21,0	2,8	15,8	18,5	2,7	20,2	23,2	3,0
Castilla-La Mancha	17,8	20,9	3,1	16,4	19,2	2,8	19,0	22,5	3,5
Castilla y León	18,8	21,7	2,9	16,9	19,6	2,7	20,4	23,5	3,1
Cataluña	17,8	20,9	3,1	15,8	18,7	2,9	19,4	22,9	3,4
C. Valenciana	17,0	20,3	3,3	15,1	18,3	3,2	18,6	22,0	3,5
Extremadura	17,1	20,3	3,2	15,2	18,2	3,0	18,8	22,3	3,5
Galicia	18,0	21,0	3,0	16,0	18,8	2,8	19,5	22,9	3,3
Madrid	18,1	21,7	3,6	15,7	19,3	3,6	19,9	23,5	3,6
Murcia	16,8	20,1	3,2	15,1	18,2	3,2	18,3	21,7	3,4
Navarra	18,2	21,5	3,3	16,0	19,5	3,5	20,2	23,4	3,1
País Vasco	17,9	21,0	3,1	15,4	18,5	3,1	19,9	23,2	3,3
La Rioja	18,2	21,0	2,8	16,3	18,9	2,6	19,9	23,0	3,2
Ceuta	16,2	18,7	2,5	14,1	17,3	3,2	18,0	20,1	2,1
Melilla	17,4	18,4	1,0	16,9	16,6	-0,3	18,3	20,0	1,7
<b>Total</b>	<b>17,6</b>	<b>20,7</b>	<b>3,1</b>	<b>15,6</b>	<b>18,6</b>	<b>3,0</b>	<b>19,3</b>	<b>22,6</b>	<b>3,3</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Indicadores demográficos básicos*, varios años.

los tres años en doce comunidades autónomas, con Madrid a la cabeza. Aun cuando resulta difícil establecer un patrón claro, se comprueba que las mayores ganancias corresponden, por un lado, a las comunidades autónomas con mayor renta per cápita y mejores infraestructuras sanitarias y, por otro, a algunas de las que tenían una esperanza de vida más baja en 1991. Por el contrario, los menores avances corresponden a territorios que en 1991 tenían ya una elevada esperanza de vida, como Castilla y León, Aragón y Cantabria.

Al desagregar estos datos por sexo, se observa que la esperanza de vida a los 65 años de los hombres y de las mujeres ha evolucionado de forma parecida. Para los hombres mayores, la esperanza de vida en 1991 era de 15,6 años y de 18,6 en 2011 (3 años más). Entre las mujeres, de 19,3 años en 1991 y de 22,6 años en 2011 (3,3 años más). La diferencia entre hombres y mujeres prácticamente no ha variado: 3,7 años en 1991 y 4 años en 2011.

Si se desagregan estos datos por comunidades autónomas, se comprueba que, en 2011, los hombres que más años vivían después de los 65 eran los de Castilla y León (19,6 años), seguidos de los navarros (19,5 años) y

Tabla 5 – Esperanza de vida al nacer y a los 65 años por comunidad autónoma y hábitat. 2005-2008

	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Andalucía	79,6	79,8	18,7	18,8
Aragón	81,0	81,9	19,8	20,5
Asturias	80,3	80,6	19,6	20,0
Baleares	81,1	81,4	19,7	20,1
Canarias	79,9	81,0	19,2	20,3
Cantabria	81,1	81,3	20,1	20,3
Castilla-La Mancha	81,2	81,6	19,6	20,3
Castilla y León	81,6	82,2	20,5	21,0
Cataluña	81,2	81,5	20,0	19,9
C. Valenciana	80,6	80,8	19,5	19,5
Extremadura	80,2	80,6	18,9	19,6
Galicia	80,9	81,0	20,1	20,5
Madrid	82,2	81,3	20,7	19,5
Murcia	80,3	79,4	19,1	18,6
Navarra	82,3	81,9	20,8	20,5
País Vasco	81,4	81,2	20,3	19,8
La Rioja	81,6	81,5	20,3	20,6
<b>Total</b>	<b>80,8</b>	<b>81,2</b>	<b>19,8</b>	<b>20,1</b>

**Fuente:** Gaitero, M. (2012): *Envejecimiento y ruralidad: demandas y respuestas de los mayores en su medio*. Tesis doctoral dirigida por García Sanz, B.

los madrileños (19,3 años). Los que menor esperanza de vida tenían eran los melillenses (16,6 años), los ceutíes (17,3) y los andaluces, (17,6). Hace veinte años, los hombres que más vivían eran también los castellano-leoneses, con 16,9 años, y los que menos, los ceutíes y los andaluces, con algo más de 14 años. En el período considerado, los que más han aumentado han sido los madrileños (3,6 años). Por encima de la media (3 años) se encuentran también Navarra, Canarias, Baleares, Murcia, Comunidad Valenciana, Ceuta y País Vasco.

Aunque la esperanza de vida de las mujeres a los 65 años se eleva a 22,6 años, hay comunidades autónomas, como Madrid, Castilla y León, Navarra, País Vasco y Cantabria, que superan los 23. Donde viven menos es en Melilla, con 20 años, 3,5 de diferencia respecto al territorio en el que más se vive, Madrid, con 23,5 años. La esperanza de vida de las mujeres mayores ha crecido también en todos los territorios. Hace veinte años, la esperanza de vida más baja se daba en Ceuta (18 años), seguida de Melilla, Andalucía y Murcia (18,3 años). La más alta era la de Castilla y León, con 20,4 años. Las diferencias entre los extremos se han incrementado.

El análisis de la esperanza de vida por tipo de hábitat (tabla 5) muestra que ésta es mayor en ámbito rural, tanto si se considera al nacer (81,2 años

frente a 80,8) como a los 65 años (20,1 años frente a 19,8). La vida más tranquila en este medio, unida a una alimentación más natural, el contacto con la naturaleza y la libertad con la que se vive pueden estar entre las causas que pronostican una mayor esperanza de vida.

A pesar de que la esperanza de vida al nacer es mayor en el mundo rural que en el urbano, hay cinco comunidades autónomas en las que se produce lo contrario: Navarra, Madrid, La Rioja, País Vasco y Murcia. Son cinco territorios muy diferentes. Murcia<sup>7</sup> y la Comunidad de Madrid se han caracterizado por tener una población rural muy pequeña en relación con su población urbana. Navarra, País Vasco y, en menor medida, La Rioja han tenido un notable desarrollo industrial, también en el mundo rural, y no hay una división tan clara entre su mundo rural y urbano, por lo que se matizan las diferencias.

Las personas mayores del mundo rural con una esperanza de vida a los 65 años más elevada habitan en Castilla y León (21 años) y las que menos en Murcia (18,6). Entre ambas hay una diferencia de 2,4 años. En el mundo urbano, la máxima de 20,8 pertenece a Navarra y la mínima a Andalucía, con 18,7 años, una diferencia de 2,1 años, algo menos que en el mundo rural. La mayor distancia entre el mundo rural y el urbano a favor del primero se registra en Canarias (1,1 años), mientras que en Andalucía se produce la mínima (0,1). Hay que advertir, no obstante, que la comunidad andaluza tiene la esperanza de vida más baja en el mundo urbano (18,7 años) y la segunda más baja en el mundo rural (18,8 años).

## 1.2 Con mejor salud

Desde un punto de vista económico, la esperanza de vida –sobre todo a los 65 años– es un indicador muy relevante, pues impacta directamente en los recursos necesarios para el pago de las pensiones. Pero, desde un punto de vista social, el aumento de la esperanza de vida plantea la cuestión sobre cuánto de ese tiempo se pasa en buena salud, con capacidad para desarrollar una vida autónoma y para aportar algo a la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el término “envejecimiento activo”. Según señala Rocío Fernández-Ballesteros<sup>8</sup>, se intenta combatir los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez. No se trata de medir los años que se van a vivir, sino el tiempo en que se puede aportar alguna actividad a la socie-

---

<sup>7</sup> Es la comunidad autónoma que tiene una menor población rural en términos administrativos, apenas el 4,5%, según el Padrón de 2009. Ahora bien, este porcentaje asciende a más del 30% si se considera el concepto demográfico en el que se contabilizan por separado las entidades singulares. Véase García Sanz, B. (2011), p. 71 y 72.

<sup>8</sup> Fernández-Ballesteros, R. (2011): *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Ed. Pirámide.

**Tabla 6 – Evolución de la esperanza de vida y de la esperanza de vida libre de incapacidad al nacer y a los 65 años por sexo. 1986-2007**

	Esperanza de vida			Esperanza de vida libre de incapacidad		
	1986	1999	2007	1986	1999	2007
<b>Al nacer</b>						
Ambos sexos	76,4	79,4	81,1	66,7	70,7	72,6
Hombres	73,2	76,1	77,8	64,8	69,0	71,3
Mujeres	79,6	82,8	84,3	68,6	72,4	73,8
<b>A los 65 años</b>						
Ambos sexos	16,9	18,8	20,0	10,3	12,2	13,1
Hombres	15,0	16,7	17,8	9,7	11,7	13,2
Mujeres	18,4	20,6	21,9	10,8	12,6	13,7

**Fuente:** Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E. y Alfaro M. (2010): *Esperanzas de vida en salud en España 1986-2007. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en España y sus comunidades autónomas*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

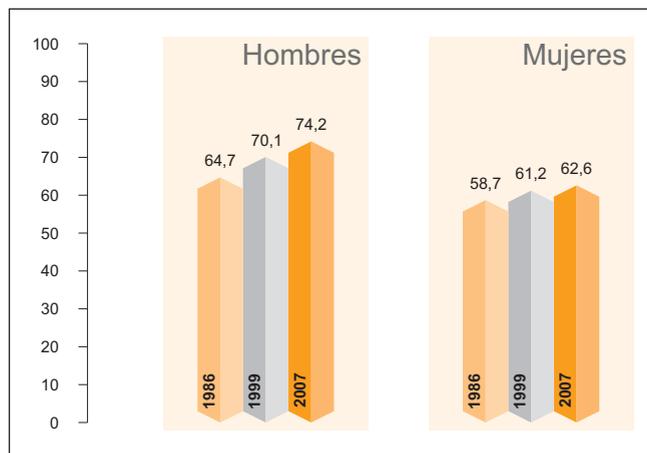
dad en buenas condiciones. Para cuantificar esta medida se suelen utilizar dos indicadores, que se engloban en la esperanza de vida en salud (EVS): la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI) y la esperanza de vida en buena salud (EVBS).

La EVLI es el indicador más utilizado para medir la esperanza de vida en salud. Se define como el número medio de años de vida que esperaría vivir un individuo sin discapacidad en una población determinada a una edad dada si se mantuvieran las actuales tasas de mortalidad y de discapacidad por edad que se observan en dicha población. Se suele medir respecto al nacimiento o a los 65 años.

Los datos de la tabla 6 permiten apreciar que la EVLI al nacer en 2007 en España había aumentado casi seis años respecto a 1986 y casi dos respecto a 1999, ganancias superiores a las registradas en la esperanza de vida. La EVLI a los 65 años también registró una mejora significativa de casi tres años entre 1986 y 2007. En ambos casos, la mejora de los hombres fue claramente superior a la de las mujeres, hasta el punto de que las diferencias en cuanto a la esperanza de vida entre ambos sexos se redujeron en 2007 de los 6,5 años al nacer y de 4,1 a los 65 años, respectivamente, a 2,5 y 0,5 años en la EVLI.

Otra forma de evaluar la evolución de la EVLI entre hombres y mujeres consiste en calcular el porcentaje de ésta respecto a la esperanza de vida. Como se puede apreciar en el gráfico 6, los hombres a los 65 años tenían una expectativa de vivir un 74,2% de los años que les restaban libres de incapacidad en 2007, porcentaje claramente superior al de las mujeres (62,6%). Además, desde 1986 el porcentaje correspondiente a los hombres ha experimentado un claro ascenso (casi diez puntos porcentuales), mientras que en el caso de las mujeres el incremento no llega a los cuatro puntos.

**Gráfico 6 – Evolución de la esperanza de vida libre de incapacidad a los 65 años por sexo. En porcentaje de la esperanza de vida a los 65 años. 1986-2007**



**Fuente:** Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E. y Alfaro M. (2010): *Esperanzas de vida en salud en España 1986-2007. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en España y sus comunidades autónomas*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La esperanza de vida en buena salud (EVBS), por su parte, mide la percepción subjetiva de la salud. Dado que muchas enfermedades o dolencias no suponen un inconveniente para participar en la vida social, este indicador registra una reducción de años respecto a la EVLI. La “mala salud de hierro”, tantas veces aplicada a las mujeres mayores, reflejaría las diferencias entre ambos indicadores. Precisamente, esta peor salud percibida por parte de las mujeres se observa claramente en este ítem, ya que, al contrario que en la esperanza de vida y en la EVLI, los hombres obtienen mejores resultados que las mujeres. En 2007, la EVBS a los 65 años era de 8,6 años para los hombres frente a 7,2 para las mujeres (tabla 7). Además, desde 1987, este indicador había aumentado en los hombres en 1,6 años, frente a apenas 0,5 años en las mujeres<sup>9</sup>.

La discusión sobre si los años ganados a la muerte se viven en buenas o malas condiciones continuará. La emergencia de una “cuarta edad”, etapa de declive, planteará el dilema sobre la calidad de vida, por los aspectos negativos que conlleva este período final de la vida. Esa etapa no es una mera

<sup>9</sup> La *Encuesta Nacional Salud 2011-2012* (INE, nota de prensa de 14 de marzo de 2013) señala que el estado de salud de nuestros mayores es muy bueno o bueno en el 44% de los casos y regular, malo o muy malo en el otro 56%, siendo los que se decantan por el regular la mayoría (36,2%). También especifica que la salud tiene que ver con la edad. A medida que se es más mayor aumenta la mala salud. Por otro lado, recoge que el 53,5% de los mayores de 65 años no tiene ningún tipo de dependencia funcional, ni para el cuidado personal, ni para las tareas domésticas ni de movilidad. La autonomía es más frecuente entre los hombres (61,3%) que entre las mujeres (47,7%).

**Tabla 7 – Evolución de la esperanza de vida y de la esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años por sexo. 1987-2007**

	Esperanza de vida			Esperanza de vida en buena salud		
	1987	1997	2007	1987	1997	2007
<b>Al nacer</b>						
Ambos sexos	77,0	78,8	81,1	53,2	54,6	55,4
Hombres	73,6	75,2	77,8	54,4	55,2	57,3
Mujeres	80,3	82,3	84,3	52,1	54,3	53,5
<b>A los 65 años</b>						
Ambos sexos	17,5	18,6	20,0	6,9	7,4	7,9
Hombres	15,6	16,4	17,8	7,0	7,2	8,6
Mujeres	19,1	20,5	21,9	6,7	7,7	7,2

**Fuente:** Gutiérrez-Fisac, J. L., Regidor, E. y Alfaro M. (2010): *Esperanzas de vida en salud en España 1986-2007. Esperanza de vida libre de incapacidad y esperanza de vida en buena salud en España y sus comunidades autónomas*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

continuación de la anterior, sino una acentuación, porque se intensifican la fragilidad, las limitaciones funcionales y cognitivas y otras características asociadas a la pérdida de identidad, de sentido del control y de autonomía personal, que algunos llaman de muerte psicológica<sup>10</sup>.

## 2. El impacto de la crisis en el estado de salud percibido por los mayores

Respecto a la positiva evolución de la esperanza de vida y la buena salud de los mayores que acabamos de comentar, no son pocos los expertos y las organizaciones que plantean que la crisis económica y los recortes en sanidad acabarán repercutiendo (a corto, medio y largo plazo) en esa evolución. La Encuesta Nacional de Salud nos permite realizar un primer acercamiento al posible impacto de la crisis económica en el estado de salud percibido por parte de las personas mayores, comparando los datos de las encuestas de 2006 y 2012. Evidentemente, las consecuencias en el estado de salud de determinadas circunstancias socioeconómicas o de ciertas decisiones políticas se manifiestan fundamentalmente a largo plazo<sup>11</sup>, pero hay algunos aspectos en los que los cambios impactan en períodos mucho más cortos.

El primer dato que se debe destacar al comparar ambas encuestas es el importante aumento que se registra en el período 2006-2012 entre los mayo-

<sup>10</sup> Baltes, P. B. y Smith, J. (2003): "New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age", en *Gerontology*, n. 49, p. 123-135.

<sup>11</sup> Véase a este respecto Fundación Encuentro (2012): "El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos", en *Informe España 2012*.

**Tabla 8 – Evolución de las personas de 65 y más años que dicen tener un estado de salud bueno o muy bueno por grupos de edad y sexo. En porcentaje. 2006-2012**

	Total		Hombres		Mujeres	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
De 65 a 74 años	44,5	53,9	54,4	60,4	36,8	48,3
De 75 y más años	34,3	34,3	41,6	39,8	29,1	30,7
De 65 y más años	39,7	44,1	48,5	51,0	33,1	39,0

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

res que dicen tener un estado de salud bueno o muy bueno: pasa del 39,7% al 44,1%, un significativo aumento de 4,4 puntos en apenas seis años (tabla 8).

El aumento de este porcentaje entre las personas de 65 a 74 años (9,4) es más del doble del que se registra en el conjunto de las personas de 65 años y más. Este dato nos habla de una generación que está entrando en la tercera edad con un estado de salud cada vez mejor: más de la mitad de estos “mayores jóvenes” dice tener un estado de salud bueno o muy bueno.

La desagregación por sexo permite apreciar que las que más han mejorado en la apreciación de su estado de salud son las mujeres: 5,9 puntos, el doble que entre los hombres, 2,5. Si cruzamos ambas variables (sexo y edad), la mejora de la percepción entre las mujeres de 65 a 74 años se dispara (aumenta 11,5 puntos), nuevamente casi el doble que entre los hombres (6 puntos). En el grupo de 75 y más años desciende 1,8 puntos entre los hombres y aumenta 1,6 entre las mujeres.

Estos datos ponen de manifiesto la notable mejora del estado de salud de las mujeres mayores más jóvenes como consecuencia –entre otras causas– de la normalización del seguimiento ginecológico en los procesos derivados de la menopausia, en particular de los relacionados con la osteoporosis, causantes de frecuentes problemas entre las mujeres de esta edad. No obstante, a pesar de esta mejora, todavía la percepción del estado de salud sigue mostrando diferencias apreciables entre hombres y mujeres: mientras que el 60,4% de los hombres de 65 a 74 años manifiesta tener un estado de salud bueno o muy bueno, este porcentaje se reduce a un 48,3% entre las mujeres de esa edad; entre los mayores con 75 y más años, la diferencia disminuye hasta los 9,1 puntos (39,8% y 30,7%, respectivamente).

Esta importante mejora del estado de salud percibido no se ha visto reflejada con igual amplitud en la operatividad de la vida cotidiana. El porcentaje de quienes afirman que no han sufrido ninguna limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses aumentó apenas 1,3 puntos desde 2006 a 2012 entre las personas de 65 y más años (tabla 9). Al contrario de lo que ocurría con el anterior indicador, en este caso la mejora es mayor entre los hombres (2,5 puntos) que entre las mujeres (0,4 puntos). Esta divergencia merecería un análisis más profundo de los deter-

**Tabla 9 – Evolución de las personas de 65 y más años que no han sufrido ninguna limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses por grupos de edad y sexo. En porcentaje. 2006-2012**

	Total		Hombres		Mujeres	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
De 65 a 74 años	66,3	69,8	73,4	77,1	60,8	63,5
De 75 y más años	51,1	51,0	57,3	58,3	46,7	46,4
De 65 y más años	59,2	60,5	66,0	68,5	54,1	54,5

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

minantes de la percepción sobre el estado de salud. La desagregación por edad muestra una notable diferencia entre el grupo de 65 a 74 años, cuyo porcentaje en 2012 se acerca al 70%, casi 20 puntos más que el del grupo de 75 y más años.

Otro indicador para valorar la evolución del estado de salud de las personas mayores es el tiempo transcurrido desde la última consulta médica (tabla 10). En coherencia con lo expuesto anteriormente, aunque más de la mitad de las personas entrevistadas de 65 y más años había tenido la última consulta médica hacía cuatro semanas o menos, la proporción se había reducido en casi cinco puntos entre 2006 y 2012. De hecho, en 2012 ya eran casi cuatro de cada diez (38,4%) los mayores que habían acudido a la última hacía más de cuatro semanas y menos de un año. De nuevo, el grupo de 65 a 74 años presenta mejoras destacables también en este indicador entre 2006 y 2012: disminuyen de un 57,6% a un 50,5% los que habían acudido a consulta en el último mes, y complementariamente aumenta en casi cinco puntos el porcentaje de los que lo habían hecho entre cuatro semanas y un año (del 34,9% al 39,8%). Esta menor frecuencia es una consecuencia más de la mejora en el estado de salud de los mayores que estamos comentando.

Al analizar la evolución de las personas mayores que han sufrido problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos doce meses, se descubre que en la mayor parte de las patologías se ha producido una reducción de su incidencia entre 2006 y 2012 (tabla 11), con descensos notables en algunos casos (hemorroides, migrañas, estreñimiento, varices...).

**Tabla 10 – Evolución de las personas de 65 y más años según el tiempo transcurrido desde la última consulta médica por grupos de edad. En porcentaje. 2006-2012**

	Hace cuatro semanas o menos		Hace más de cuatro semanas y menos de un año		Hace un año o más	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
De 65 a 74 años	57,6	50,5	34,9	39,8	7,3	9,6
De 75 y más años	60,8	57,9	34,2	37,0	5,0	5,0
De 65 y más años	59,1	54,2	34,6	38,4	6,2	7,3

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

**Tabla 11 – Evolución de las personas de 65 y más años que han sufrido problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en los últimos doce meses por tipo de problema. En porcentaje. 2006-2012**

	2006	2012	Evolución
Tensión alta	47,9	47,0	↓
Infarto de miocardio	3,2	2,1	↓
Otras enfermedades del corazón	14,0	14,8	↑
Varices en las piernas	26,1	23,8	↓
Artrosis, artritis o reumatismo	54,3	52,7	↓
Dolor de espalda crónico (cervical)	31,1	29,1	↓
Dolor de espalda crónico (lumbar)	31,5	32,5	↑
Alergia crónica (asma alérgica excluida)	8,3	8,5	↑
Asma	6,9	4,9	↓
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	9,8	10,1	↑
Diabetes	17,6	19,2	↑
Úlcera de estómago o duodeno	5,9	4,2	↓
Incontinencia urinaria	13,8	13,6	↓
Colesterol alto	26,7	32,0	↑↑
Cataratas	20,5	18,7	↓
Problemas crónicos de piel	8,2	6,0	↓
Estreñimiento crónico	14,1	9,6	↓↓
Cirrosis, disfunción hepática		1,2	
Depresión crónica		12,2	
Ansiedad crónica	20,4	10,7	↑↑
Otros problemas mentales		4,3	
Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral	2,2	2,1	↓
Migraña o dolor de cabeza frecuente	12,3	8,9	↓
Hemorroides	11,7	7,7	↓
Tumores malignos	2,8	3,2	↑
Osteoporosis	14,9	13,1	↓
Problemas de tiroides	4,6	6,6	↑
Problemas de próstata (1)	25,4	22,9	↓
Problemas del período menopáusico (2)	1,5	0,8	↓
Lesiones o defectos permanentes causados por un accidente		4,3	

**Notas:** (1) Porcentaje respecto a la población masculina de 65 y más años. (2) Porcentaje respecto a la población femenina de 65 y más años.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

Aunque no muy importante en su magnitud, merece destacarse la disminución de la osteoporosis, que mencionábamos anteriormente como una de las causas de la mejora en el estado de salud percibido por las mujeres mayores. En relación con las patologías crónicas cuya incidencia aumenta, hay que destacar dos: el colesterol alto (pasa de un 26,7% a un 32%), la diabetes (del 17,6% al 19,2%), la depresión, la ansiedad y otros problemas mentales (del

20,4% al 27,2%). En este último caso parece haber una clara correlación con el impacto de la crisis económica que estamos sufriendo, que está afectando también a las personas mayores, y particularmente a los mayores dependientes, con recortes importantes de las prestaciones en este ámbito.

## 2.1 Atención sanitaria y uso de medicamentos

Con la crisis económica aumenta la preocupación por la sanidad. Según los datos del Barómetro de diciembre del CIS, el porcentaje de ciudadanos para quienes la sanidad es el problema que personalmente más les afecta ha pasado del 3,7% en 2008 al 12,8% en 2012 (tabla 12). El incremento entre las personas de 65 y más años fue muy superior: del 5% al 21,1%, un aumento de más de 16 puntos en apenas cinco años.

Esta mayor preocupación por la sanidad se debe en buena medida a los recortes, aunque probablemente tampoco sea ajena al debate suscitado en torno a los procesos de privatización/externalización de algunos servicios de la gestión sanitaria pública en algunas comunidades autónomas. La intranquilidad que provocan resulta obvia si se tiene en cuenta que más del 90% de las personas de 65 y más años tienen sólo cobertura sanitaria pública (tabla 13). Además, aunque las variaciones son muy pequeñas, se aprecia un ligero aumento de las personas mayores que tienen sólo este tipo de cobertura en detrimento de la privada y la mixta en el período 2006-2012, más acusado en el grupo de 75 y más años. Este descenso de la cobertura privada (ya sea exclusiva o mixta) resulta lógico dado que, aunque las pensiones no hayan perdido tanto poder adquisitivo como los salarios, las cuotas de los

**Tabla 12 – Evolución de las personas que consideran que la sanidad es el problema que más les afecta personalmente. En porcentaje. 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
Población total	3,7	4,7	3,5	9,7	12,8
Población de 65 y más años	5,0	5,7	4,2	13,1	21,1

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de CIS, *Barómetro de diciembre*, varios años.

**Tabla 13 – Evolución de la modalidad de cobertura sanitaria de las personas de 65 y más años por grupos de edad. En porcentaje. 2006-2012**

	Pública exclusivamente		Privada exclusivamente		Mixta	
	2006	2012	2006	2012	2006	2012
De 65 a 74 años	89,6	90,5	1,4	0,8	8,1	8,5
De 75 y más años	90,5	92,3	0,8	0,7	7,8	6,9
De 65 y más años	90,0	91,4	1,2	0,7	8,0	7,7

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

**Tabla 14 – En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en el que el sistema sanitario público funciona en España? Valoración media. 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
Población total	6,29	6,35	6,57	6,59	6,57
Población de 65 y más años	6,87	7,03	7,25	7,27	7,23

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Barómetro sanitario*, varios años.

seguros sanitarios de los mayores son muy gravosas (en torno a 150 euros mensuales de media) para la mayoría de los pensionistas. Además, en muchos casos, los mayores se han visto en la tesitura de tener que ayudar con sus pensiones a los hijos que están sufriendo las consecuencias más graves de la crisis económica.

Evidentemente, la crisis económica puede estar influyendo en ese leve descenso de la cobertura privada, pero también es cierto que la valoración general de la sanidad pública es claramente positiva y ha mejorado durante la crisis, ya que ha pasado de un 6,29 sobre 10 en 2008 a un 6,59 en 2011. Entre las personas mayores, el nivel de satisfacción con el sistema sanitario público es bastante mayor y ha mejorado más durante la crisis que en el conjunto de la población, al pasar de un 6,87 en 2008 a un 7,27 en 2011, aunque ha descendido ligeramente en 2012 (tabla 14).

Cabría pensar que esta valoración responde a una actitud que refleja el dicho “hacer de la necesidad virtud”, es decir, a un ajuste de las expectativas a las posibilidades reales de no opción para una gran mayoría de las personas mayores. Sin embargo, en los Barómetros sanitarios se intenta obviar este condicionante y se pregunta explícitamente si el entrevistado utilizaría, en caso de que pudiera elegir, un centro público o un centro privado para ser atendido en distintas situaciones y servicios. En el conjunto de la población, para todos los casos son mayoría los que optarían por un centro público en 2012 y en tres de los cuatro casos el porcentaje correspondiente a la preferencia por un centro público aumenta durante los años de crisis económica (tabla 15). Las preferencias por los centros públicos se disparan entre las personas de 65 y más años, superando en una media de más de once puntos los porcentajes de la población total que optaría por un centro público. Tres de cada cuatro mayores preferiría acudir a la atención primaria, a un hospital y a urgencias de un centro público y casi dos de cada tres a la atención especializada.

Ahondando en las razones que subyacen a esta clara preferencia por los servicios sanitarios públicos, se descubre que se fundamenta en tres factores: la tecnología y los medios de que disponen y la capacitación de los médicos y la de las enfermeras (tabla 16). En los otros cuatro factores considerados (rapidez en la atención, información sobre el problema de salud, trato personal y confort de las instalaciones), los entrevistados se decantan

**Tabla 15 – Si Ud. o algún miembro de su hogar tuvieran que utilizar un servicio sanitario y Ud. pudiera elegir, ¿acudiría a un centro público cuando se tratara de...? En porcentaje. 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Atención primaria</b>					
Población total	62,9	62,8	63,9	64,3	64,4
Población de 65 y más años	75,0	73,4	75,9	76,6	76,2
<b>Consultas de atención especializada</b>					
Población total	47,9	46,8	48,0	49,5	51,1
Población de 65 y más años	61,9	61,1	63,1	64,1	65,4
<b>Hospitalización</b>					
Población total	59,0	58,4	58,8	59,6	60,7
Población de 65 y más años	71,0	68,4	72,3	72,5	72,0
<b>Atención urgente</b>					
Población total	60,7	59,7	59,6	59,9	60,1
Población de 65 y más años	73,2	70,2	71,9	72,8	71,8

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Barómetro sanitario*, varios años.

**Tabla 16 – Evolución de los motivos por los que se elige un servicio sanitario público o privado. Porcentaje de los que eligen un servicio sanitario público. 2008-2012**

	2008	2009	2010	2011	2012
<b>La tecnología y los medios de que dispone</b>					
Población total	63,7	64,9	65,1	66,8	66,9
Población de 65 y más años	72,1	72,7	77,3	78,6	75,8
<b>La capacitación de los médicos</b>					
Población total	55,8	57,3	58,1	60,1	61,0
Población de 65 y más años	63,3	66,7	67,2	72,0	69,5
<b>La capacitación de las enfermeras</b>					
Población total	54,6	56,2	57,1	59,7	60,2
Población de 65 y más años	63,3	65,7	67,7	72,7	69,4
<b>La rapidez con que le atienden</b>					
Población total	29,3	28,5	30,3	33,3	32,6
Población de 65 y más años	43,9	45,6	47,3	50,5	47,2
<b>La información que recibe sobre su problema de salud</b>					
Población total	43,0	43,8	46,3	48,4	49,5
Población de 65 y más años	58,6	58,3	62,6	65,8	63,4
<b>El trato personal que reciben</b>					
Población total	40,0	39,9	41,6	44,5	45,1
Población de 65 y más años	57,4	56,2	58,6	63,0	60,2
<b>El confort de las instalaciones</b>					
Población total	32,6	33,6	35,8	38,8	38,2
Población de 65 y más años	47,3	50,6	52,3	57,6	52,9

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Barómetro sanitario*, varios años.

mayoritariamente por los servicios sanitarios privados. La situación respecto a estos últimos cambia sustancialmente en el caso de las personas mayores, ya que en tres de estos cuatro últimos motivos muestran su preferencia por los servicios sanitarios privados y, respecto a los tres primeros, los que se decantan por la sanidad pública superan o se acercan al 70%. El arraigo de la sanidad pública entre las personas mayores es, por tanto, muy profundo. Esto explica que la preocupación prenda en ellos cuando oyen hablar de procesos de privatización o externalización de la gestión sanitaria.

El tema de la privatización –o “externalización”, según el eufemismo que ha hecho fortuna entre algunos dirigentes políticos– de servicios ha adquirido un notable protagonismo mediático a raíz del programa del Gobierno de la Comunidad de Madrid para privatizar la gestión de seis hospitales de titularidad pública. En primer lugar, hay que señalar que no se trata de una privatización material, es decir, una transferencia al sector privado de la competencia y responsabilidad de la actividad sanitaria mediante la puesta en manos de compañías privadas del aseguramiento y prestación de los servicios sanitarios, algo que queda fuera de nuestro marco constitucional. Frente a esta privatización material, las múltiples fórmulas que se han aplicado en nuestro país se encuadran bien en una privatización formal (el recurso a mecanismos de gestión directa a través de entidades de titularidad pública sometidas a derecho privado), bien en una privatización funcional (el desarrollo de iniciativas de gestión indirecta mediante entidades privadas, con o sin ánimo de lucro, en virtud de contratos). Dentro de las iniciativas de privatización funcional se encuentra el modelo de concesión administrativa para la gestión integral del servicio público (el llamado “modelo Alzira”), que es el que se pretende implantar en esos seis hospitales de la Comunidad de Madrid y el que ha generado un amplio movimiento de rechazo ciudadano y un encendido debate público y político sobre la privatización de la sanidad.

Durante las dos últimas décadas, se han llevado a cabo en España y en los países desarrollados distintos procesos de reforma y privatización formal y funcional del sistema sanitario, buscando sobre todo una mayor flexibilidad y profesionalización de la gestión, una mejor medición del cumplimiento de objetivos y atribución de responsabilidades y un abaratamiento de los costes de aprovisionamiento y salariales. Comparativamente, el gasto sanitario español, teniendo en cuenta nuestro nivel de renta, se sitúa al mismo nivel que el de aquellos países que tienen un modelo sanitario similar (un Sistema Nacional de Salud, como Suecia, Reino Unido o Italia). Pero también es cierto que en la última década el gasto sanitario público por persona ha aumentado mucho más que el PIB. La brutal caída de los ingresos fiscales desde el inicio de la crisis y las dificultades para financiar la deuda pública ha llevado a recortes importantes también en el ámbito de la sanidad. En este contexto se sitúa el programa de privatización funcional de la Comunidad de Madrid, aunque sus responsables resalten entre sus objetivos los elementos de mejora en el resto de los ámbitos señalados.

No es éste el lugar adecuado para discutir si las políticas de estricta austeridad económica a que se ha visto sometido nuestro país en los últimos años han sido acertadas, aunque cada vez más voces, desde muy diversos ámbitos, las cuestionan. La primera pregunta que se plantea es si, dentro de los recortes, se han tenido en cuenta suficientemente las principales preocupaciones y valoraciones de los ciudadanos respecto a los servicios públicos, donde, como hemos comentado, la sanidad ocupa un lugar preponderante. ¿No habría que recortar antes de otras partidas? Y la segunda cuestión, ¿aseguran los procesos de privatización funcional la reducción del gasto sanitario manteniendo los niveles de calidad que los ciudadanos reconocen en la sanidad pública?

La respuesta a la primera pregunta nos llevaría a un debate de gran alcance sobre las prioridades políticas y ciudadanas –no siempre coincidentes– que excede la pretensión de estos breves párrafos. Respecto a la segunda, da pie a algunos comentarios habituales entre los expertos sanitarios e incomprensiblemente obviados en el debate público más amplio.

Salvo contadas excepciones, no se dispone en nuestro país de evaluaciones sistemáticas de los resultados de las distintas innovaciones en las formas de gestión de la sanidad que se han llevado a cabo en los últimos veinte años y que aportarían datos empíricos fundamentales para que los responsables políticos diseñaran las estrategias de organización y gestión futuras y para que los profesionales y los ciudadanos participaran en su elaboración y discusión. Algunos expertos, como Vicente Ortún, señalan que, además de disponer de los datos, no hay que “hacer trampa” con ellos: “Lo que hay que mirar es el gasto por persona, no por paciente, si no es fácil hacer trampa. Porque, por ejemplo, en el tema de las concesiones, como Alzira, dicen que gastaban menos por ingreso, por paciente, pero claro esto tiene trampa, porque si uno quiere gastar menos por ingreso lo que hace es tener al paciente menos tiempo ingresado, darle el alta, y volverlo a ingresar y así se tiene un coste medio más bajo por paciente. Pero lo que cuenta en la vida es el coste sanitario por persona: ¿Cuánto sale un paciente en Alzira, y en Alcobendas, y en Retiro? Y ahí es donde saltan las sorpresas porque en las zonas donde el gasto hospitalario es más pequeño el gasto sanitario no siempre es más reducido. ¿Por qué? Pues porque se centrifuga gasto hacia otro sitio. Si yo soy un hospital y quiero gastar poco procuro derivar lo costoso a otros centros, y tanto como pueda. Si queremos comparar sistemas hay que hacerlo globalmente y por persona, lo que se gasta en atención primaria, en medicamentos, en ingresos, en rehabilitación... Eso es lo que cuenta”<sup>12</sup>.

En el ámbito internacional sí se dispone de bastantes estudios de evaluación de programas de gestión privada de los servicios sanitarios y los

---

<sup>12</sup> Ortún, V., “Con el gasto hospitalario es fácil hacer trampa”, en *El Mundo*, 12 de diciembre de 2012.

**Tabla 17 – Evolución de las personas de 65 y más años que habían tomado medicamentos en las dos últimas semanas por sexo. En porcentaje. 2006-2012**

	2006	2012
Hombres	88,5	79,7
Mujeres	93,9	86,0
<b>Total</b>	<b>91,6</b>	<b>83,3</b>

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta Nacional de Salud*, varios años.

resultados globales no son concluyentes respecto a si es mejor la gestión pública o la privada, pues depende en cada caso de múltiples factores como el entorno administrativo e institucional, la cultura de los centros, las condiciones de los contratos o la supervisión de la calidad por parte del financiador. Para Fernando Sánchez, José M<sup>a</sup> Abellán y Juan Oliva, “el excesivo empeño en apuntar que la privatización de la gestión de centros sanitarios públicos es la pieza clave sobre la que asentar la eficiencia del sistema sanitario no sólo no está avalada por datos nacionales y experiencias internacionales, sino que desenfoca la necesidad de abordar otros debates largamente retrasados”<sup>13</sup>. En todo caso, sostienen que en la planificación sanitaria debe tenerse en cuenta la gestión de áreas territoriales y no exclusivamente de centros y que –en línea con la opinión de Vicente Ortún– “la financiación debería ser capítativa, ajustada por el riesgo de la población cubierta inicialmente (edad, sexo, cronicidad y otros elementos como serían la densidad de la población, la renta per cápita media o índices de privación o pobreza), considerando si los centros desarrollan trabajos de investigación y si son centros docentes o no, y controlando las derivaciones de pacientes a otros centros de otras áreas y las compensaciones presupuestarias correspondientes”<sup>14</sup>.

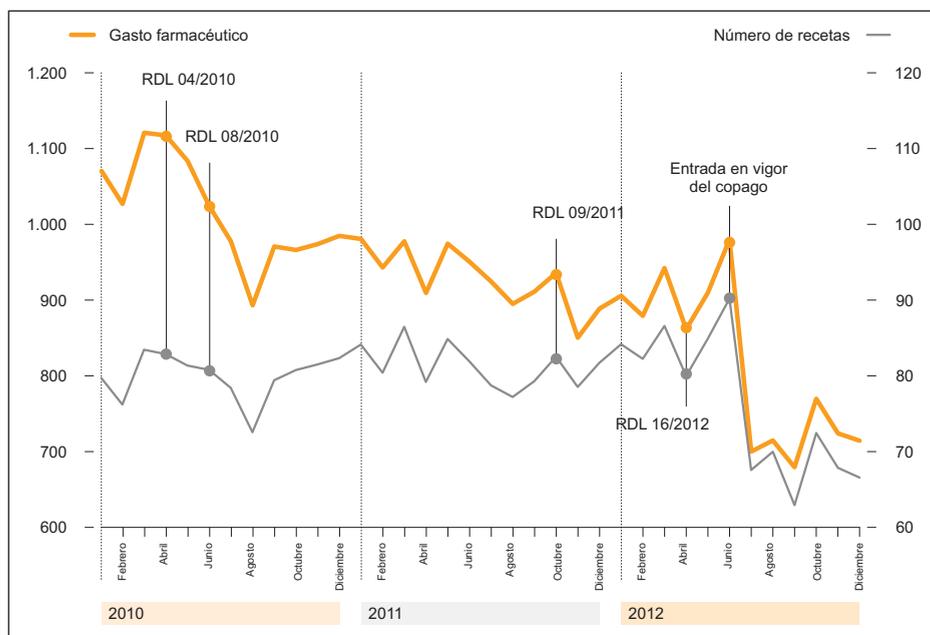
El otro gran tema de preocupación respecto a la salud de los mayores en este período de crisis es el del consumo farmacéutico y el copago de medicamentos, que les afecta de manera muy especial, pues a ellos les corresponde el 80% del gasto total en esta partida.

La tabla 17 muestra que se ha reducido apreciablemente el porcentaje de personas mayores que habían consumido medicamentos dos semanas antes de ser encuestadas: 91,6% en 2006 y 83,3% en 2012. Evidentemente, una razón de este descenso es la mejora del estado de salud comentado anteriormente, pero parece claro que la crisis económica también está influyendo en que se produzca una disminución tan apreciable. Los datos de 2012 llegan hasta junio de ese año, con lo que la encuesta no recoge el impacto del copago farmacéutico que entró en vigor el 1 de julio de 2012, lo cual hace pensar

<sup>13</sup> Sánchez, F., Abellán, J. M. y Oliva, J. (2013): *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*, Documento de Trabajo 4/2013, p. 9-10. Real Instituto Elcano.

<sup>14</sup> *Ibíd.*, p. 10.

**Gráfico 7 – Evolución del gasto farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud y del número de recetas. En millones. 2010-2012**



Fuente: Antares Consulting (2013): *Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico*.

que probablemente el consumo de fármacos entre las personas mayores se habrá reducido aún más. Pero, además, hay que tener igualmente en cuenta el impacto que habrá tenido la no financiación por parte de la Seguridad Social de algunos fármacos ampliamente utilizados por las personas mayores a partir del 1 de septiembre de 2012.

Según el informe *Impacto de las medidas de ahorro sobre el sector farmacéutico*, publicado en mayo de 2013 por Antares Consulting, el copago farmacéutico en 2012 produjo una reducción de la factura farmacéutica de 552 millones de euros (de los que 384 corresponden a los pensionistas), mientras que la medida de exclusión de la financiación pública de ciertos medicamentos reportó un ahorro de 107 millones de euros. En ese mismo año, el número de recetas disminuyó un  $-6,1\%$  en unidades y un  $-6,6\%$  en valor (gráfico 7). En 2010, España ya estaba por debajo de la media europea en gasto farmacéutico público per cápita y desde ese año ha sufrido una disminución del  $-20,4\%$ , situándose en 207 euros por habitante.

A la hora de evaluar estas medidas, los resultados económicos globales son importantes, sobre todo en un período de reducción de los recursos económicos disponibles, pero se ha de tener en cuenta su impacto personal y social, especialmente en las personas mayores, para quienes la salud ocu-

pa un lugar destacado en sus ocupaciones y preocupaciones. El informe *Las repercusiones del copago sobre la utilización de medicamentos por los pensionistas*, elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública<sup>15</sup>, a partir de una encuesta realizada por 30 médicos generales a 992 pensionistas de la Comunidad de Madrid que acudieron a consulta no urgente, aporta algunos datos al respecto:

— Los pensionistas pagan una media de 11,8 euros al mes por el copago farmacéutico.

— El 16,9% no retiraron alguno de los medicamentos prescritos a partir del establecimiento del copago, porcentaje que se elevó al 27,3% entre los que tenían una renta inferior a 400 euros mensuales. La no utilización de los medicamentos prescritos es previsible que produzca un empeoramiento de las enfermedades de base o una descompensación de las mismas.

— El 60% consumía alguno o varios de los medicamentos excluidos de la financiación pública, casi la mitad de los cuales siguieron haciéndolo, con un coste medio mensual de 7,06 euros, que habría que sumar al copago.

— Al copago farmacéutico y a la no financiación de algunos medicamentos hay que unir otros copagos recientemente establecidos (dietas, transporte, prótesis y ortesis).

Como señala el informe del IESE *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*<sup>16</sup>, a partir del análisis de un amplio número de estudios a nivel internacional, el copago en muchos de los ámbitos de la atención sanitaria está muy extendido en Europa (cuadro 1). Solamente Reino Unido, España y Dinamarca lo aplican en exclusiva a los medicamentos. Junto a ello, hay que destacar también que en prácticamente todos los países existen mecanismos de protección de los colectivos más vulnerables –los que tienen rentas más bajas y los pacientes de alto riesgo–, como los límites máximos de contribución anual o la exención total. Respecto al impacto del copago en el uso de servicios de salud, los datos indican una reducción del consumo adecuado de medicamentos –los que han sido prescritos por un médico– y del consumo adecuado de servicios de salud. Aunque los resultados de los estudios no son tan concluyentes, no parece que el copago lleve a una peor salud de la población en general, aunque sí para los colectivos más vulnerables.

Tras la revisión de la amplia bibliografía de estudios empíricos, la conclusión de los autores del artículo es clara: “La crisis actual y la estructura demográfica de nuestra población están realizando una fuerte presión sobre el Estado de Bienestar y, muy en particular, sobre el gasto sanitario.

---

<sup>15</sup> Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2013): *Las repercusiones del copago sobre la utilización de medicamentos por los pensionistas*.

<sup>16</sup> Mas, N., Cirera, L. y Viñolas, G. (2011): *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*. IESE.

**Cuadro 1 – Copago en algunos países europeos**

	Atención Primaria	Especialistas	Atención hospitalaria	Servicios de urgencias	Fármacos
Alemania	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Austria	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Bélgica	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Dinamarca	NO	NO	NO	NO	SÍ
<b>España</b>	NO	NO	NO	NO	SÍ
Finlandia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Francia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Grecia	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Holanda	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Irlanda	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Italia	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Luxemburgo	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Noruega	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Portugal	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ
Reino Unido	NO	NO	NO	NO	SÍ
Suecia	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ

**Fuente:** Mas, N., Cirera, L. y Viñolas, G. (2011): *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: implicaciones para el caso español*. IESE.

En este contexto, el copago ha reaparecido con fuerza. Sin embargo, ésta no es la única alternativa para garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. Numerosas experiencias internacionales han puesto ya de manifiesto que las intervenciones en el lado de la oferta –rediseñar el sistema, aumentar la integración de los servicios, priorizar prestaciones, establecer protocolos, etc.– suelen tener mayores y mejores resultados tanto en el gasto como en el nivel de salud de la población, que las actuaciones en el lado de la demanda”<sup>17</sup>.

### 3. La crisis y el sistema de pensiones

La crisis está afectando muy seriamente a la población española. Millones de personas han perdido su empleo y un número importante de los trabajadores han visto congelado o reducido su salario. Las personas mayores, lógicamente, también han sufrido el impacto de la crisis en su situación económica por varias vías: a través de los ingresos que perciben –básicamente las pensiones– y por haberse visto en no pocos casos abocados a ayudar a algunos miembros de su red familiar, fundamentalmente hijos que han perdido su empleo y con un elevado nivel de endeudamiento contraído durante la época de la “burbuja inmobiliaria”.

<sup>17</sup> *Ibíd.*, p. 12.

**Tabla 18 – Evolución del salario medio, de la pensión contributiva media y de la pensión no contributiva media. Valor absoluto y números índice. Base 2008=100. 2008-2012**

	Valor absoluto			Números índice		
	Salario	Pensión contributiva	Pensión no contributiva	Salario	Pensión contributiva	Pensión no contributiva
2008	22.087,1	10.075,5	4.616,2	100	100	100
2009	22.575,4	10.556,8	4.708,6	102,2	104,8	102,0
2010	22.521,0	10.912,9	4.755,8	102,0	108,3	103,0
2011	22.857,1	11.269,4	4.866,4	103,5	111,8	105,4
2012	22.864,2	11.617,1	5.007,8	103,5	115,3	108,5

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta trimestral de coste laboral*, varios números; Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Anuario de estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, varios años; y Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Boletín de estadísticas laborales*, varios números.

Las pensiones constituyen la principal fuente de ingresos de las personas mayores en España. El impacto de la crisis ha sido menor en los pensionistas que en los asalariados (tabla 18). Entre 2008 y 2012, el salario medio subió un 3,5%, al pasar de 22.087 a 22.864 euros anuales. En 2012, el avance respecto a 2011 fue prácticamente nulo, pues aumentó en apenas siete euros. Frente a ello, en el mismo período, las pensiones contributivas aumentaron un 15,3% y las no contributivas un 8,5%. El elevado incremento de las pensiones contributivas es resultado del denominado “efecto sustitución”: las nuevas pensiones que se incorporan al sistema (con largas carreras de cotización) son mucho más altas que las pensiones de las personas de más edad que fallecen (tabla 19). Por ello, lo lógico es comparar la evolución de los salarios con la revalorización de las pensiones establecida por ley. Bajo este parámetro, las pensiones aumentaron un 5,8% entre 2008 y 2011, frente al 3,5% de los salarios. Esta ventaja no ha supuesto, en todo caso, ganancia de poder adquisitivo para los pensionistas, ya que el IPC en ese período se incrementó en 7,3 puntos.

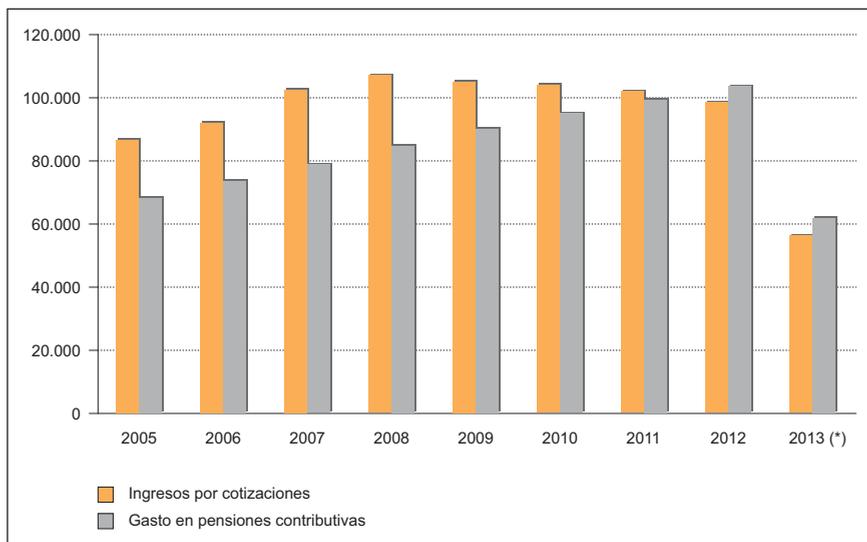
El principal impacto de la crisis económica sobre el sistema de pensiones es la reducción de los ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social, como resultado del descenso de la actividad económica y, en consecuencia, del empleo. Como se puede apreciar en el gráfico 8, los ingresos por cotizaciones crecieron de forma continuada y a un elevado ritmo entre 2005 y 2008, muy por encima del aumento del gasto en pensiones contribu-

**Tabla 19 – Evolución de la pensión de jubilación media. En euros mensuales. 1995-2012**

	1995	2000	2005	2011	2012
Pensiones en vigor	444,0	535,3	686,6	915,2	946,4
Altas de pensiones	535,6	644,9	800,1	1.202,1	1.252,0
Bajas definitivas de pensiones	353,7	471,9	608,5	874,6	897,9

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Anuario de estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, varios años.

**Gráfico 8 – Evolución de los ingresos por cotizaciones de la Seguridad Social y de los gastos en pensiones contributivas. En millones de euros. 2005-2013**



(\*) Datos hasta julio.

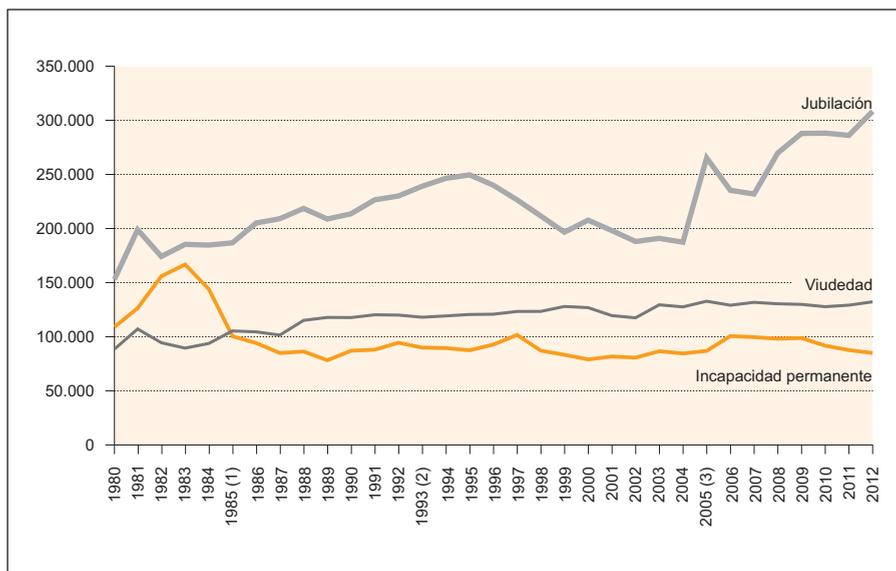
**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Sistema de la Seguridad Social. Resumen de ejecución del presupuesto*, varios números.

tivas. Este proceso permitió acumular un importante Fondo de Reserva. A partir de 2008, los ingresos por cotizaciones empiezan a descender, mientras que los gastos continúan aumentando, aunque su ritmo se ralentiza a partir de 2010. En 2012 se produce el primer déficit del sistema de pensiones en este siglo y también por primera vez es preciso hacer uso del Fondo de Reserva.

Las previsiones económicas no auguran una rápida recuperación de la actividad económica y del empleo que permita volver a un nivel de ingresos capaz de cubrir los gastos en pensiones derivados de las condiciones actualmente establecidas. A ello hay que unir el hecho de que también la rebaja de salarios que se está produciendo y promoviendo como una de las vías de salida a la crisis impacta de lleno en la recaudación por cotizaciones. Según el INE, en 2011, el salario más frecuente en España era de 15.500 euros anuales, mientras que en 2010 superaba los 16.000 euros. Según estos datos, casi la cuarta parte de los pensionistas españoles (23,3%), tiene ya unos ingresos superiores al tramo salarial más frecuente entre los trabajadores en activo.

Por el lado de los pensionistas, la “tregua demográfica” (gráfico 9) que ha supuesto la incorporación de la menguada generación de la guerra y la inmediata posguerra dará paso a la entrada en el sistema de las generaciones del *baby-boom*, las más numerosas, con una esperanza de vida más elevada

Gráfico 9 – Evolución del número de altas iniciales de pensiones por clase. 1980-2012



**Notas:** (1) Hasta 1984 se incluían las altas por traslado entre provincias. (2) No incluye MUNPAL. (3) Las cifras de este año están afectadas por la nueva normativa de concurrencia de las pensiones SOVI.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Ministerio de Empleo y Seguridad Social, *Anuario de estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, varios años.

y, al menos en un primer momento, con pensiones más altas. El resultado no puede ser otro que el deterioro a corto plazo del balance del sistema de pensiones y una incertidumbre mucho mayor respecto al medio y largo plazo por razones demográficas. Aunque no hubiéramos sufrido una crisis económica o no hubiera sido tan profunda, igualmente tendríamos que reformar nuestro sistema de pensiones, como lo han hecho o están haciendo los países de nuestro entorno, que vivieron el *baby-boom* con una década de antelación a nosotros. España inició su proceso de reforma del sistema de pensiones con el Pacto de Toledo en 1995 y se han ido tomando numerosas medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema. El período de crecimiento económico más largo de nuestra historia y la llegada masiva de inmigrantes económicos restó urgencia a las reformas de mayor calado, que hoy reaparecen con fuerza en el contexto de una crisis de deuda que limita aún más las alternativas de respuesta.

Más que cualquier otro análisis, el gráfico 10 es bien elocuente. En un sistema de reparto como es el español y el de los países de nuestro entorno, en el que los trabajadores actuales pagan con sus cotizaciones las prestaciones de los pensionistas actuales, la relación entre los jubilados y la población en edad de trabajar es fundamental para la viabilidad del sistema. La pirámide de población prevista para el año 2050 no deja lugar a

Gráfico 10 – Evolución de la población residente en España por sexo y grupos de edad. 1970-2050



**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE (2012): *Proyecciones de población a largo plazo*; e INE, *Censo de población 1970*.

dudas. Es cierto que las previsiones demográficas a medio y largo plazo pueden no cumplirse –como ocurrió en nuestro país con el reciente *boom* migratorio, en el que aumentó en una proporción no prevista en las proyecciones de población el número de extranjeros en nuestro país–, pero no es fácil imaginar en este momento una concatenación de causas como la que se produjo entonces (empezando por el crecimiento irracional del sector inmobiliario y de la construcción), mientras que los procesos demográficos de fondo –baja natalidad y aumento de la esperanza de vida–, salvo extraños acontecimientos imprevistos, se mantendrán. De hecho, los movimientos migratorios actuales (retorno de inmigrantes y emigración de españoles, sobre todo jóvenes) acentuarán a corto plazo la modificación de nuestra estructura demográfica.

**Tabla 20 – Evolución prevista de la tasa bruta de fecundidad y de la esperanza de vida a los 65 años por sexo. 2012-2050**

	2012	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Tasa bruta de fecundidad	1,42	1,44	1,47	1,49	1,51	1,52	1,53	1,54	1,55
Esperanza de vida de los hombres a los 65 años	18,46	18,92	19,68	20,43	21,16	21,87	22,57	23,24	23,90
Esperanza de vida de las mujeres a los 65 años	22,36	22,80	23,51	24,20	24,85	25,47	26,07	26,63	27,17

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos INE.

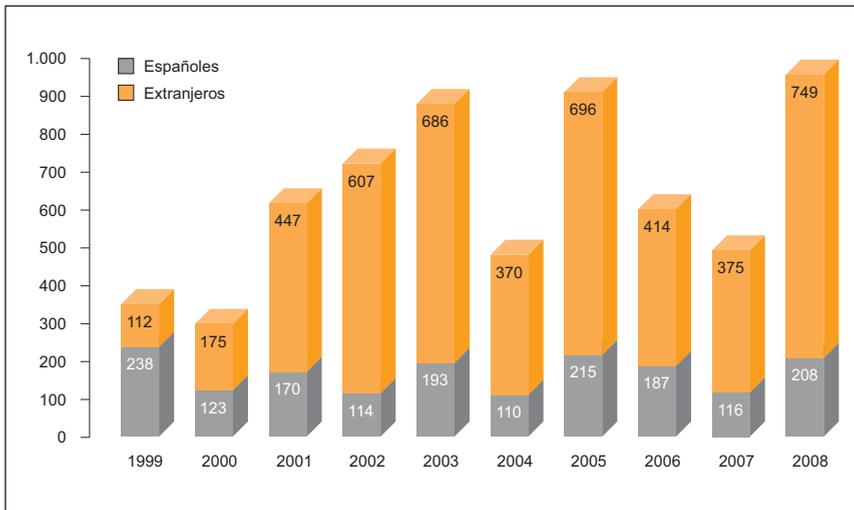
La razón de esta “rectangularización” de la pirámide poblacional está en la conjunción de dos procesos demográficos de gran trascendencia: el mantenimiento de una baja tasa de fecundidad y el continuo incremento de la esperanza de vida a los 65 años ya comentado.

Como se puede apreciar en la tabla 20, las proyecciones respecto a la tasa de fecundidad muestran un muy ligero repunte en las próximas décadas (hasta 1,55 hijos por mujer en 2050 desde 1,42 en 2012), que en ningún caso se acerca a la tasa de reposición demográfica, situada en 2,1. Frente a este estancamiento, destaca un incesante aumento de la esperanza de vida a los 65 años: entre 2012 y 2050 aumentará en 5,4 años entre los hombres y en 4,8 entre las mujeres. Por tanto, mientras las cohortes en edad de trabajar tenderán a descender –si no median intensos procesos inmigratorios, como el acaecido en la primera década de este siglo (gráfico 11)–, las de los jubilados se incrementarán notablemente.

El resultado de todo ello es un aumento muy importante de la tasa de dependencia, es decir, la ratio entre población de 65 y más años y la población potencialmente activa (15-64 años), un parámetro clave para evaluar la sostenibilidad del sistema de pensiones. Como se puede apreciar en la tabla 21, la tasa de dependencia española en 2010 se situaba en 24,7, lo que colocaba a nuestro país en la decimosegunda posición entre los países de la UE-15 y claramente por debajo de la media. Las predicciones demográficas para 2030 elevan la tasa a 35,5, y repetiría la misma posición. Sin embargo, para 2060, nuestro país se situaría en quinto lugar, por detrás de Alemania, Portugal, Italia y Grecia, con un 56,4. Es decir, por cada 100 personas en edad de trabajar habría 56 con 65 y más años.

Pero la clave operativa no está en la relación entre jubilados y personas en edad de trabajar, sino entre pensionistas y trabajadores, los que aportan recursos al sistema. Entre 1990 y 2012, el número de afiliados a la Seguridad Social pasó de 12,6 a 16,3 millones, con un incremento del 29,7%. En el mismo período, el número de pensionistas aumentó de 6,2 a 9 millones, con un incremento del 45,8% (gráfico 12). La ratio trabajadores-pensionistas bajó de 2,03 a 1,81. Las fluctuaciones a lo largo del período han sido grandes, dependiendo directamente de los ciclos económicos y los

**Gráfico 11 – Evolución del crecimiento demográfico por nacionalidad. Variación interanual en miles de habitantes. 1999-2008**



**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Padrón municipal de habitantes*, varios años.

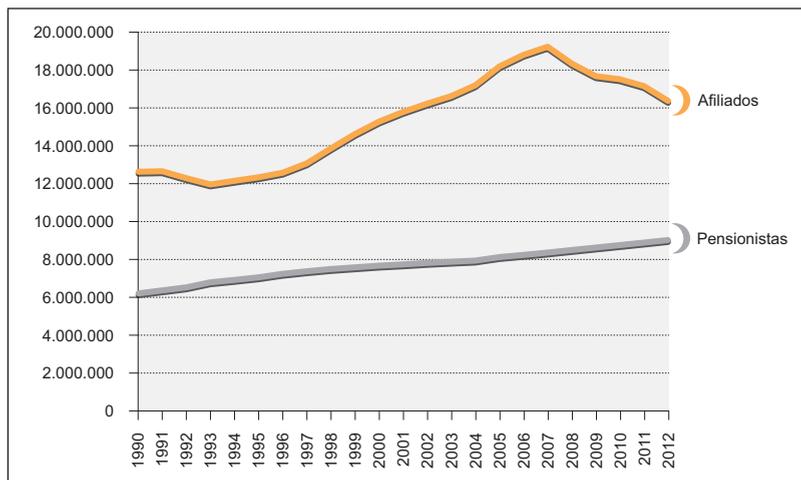
**Tabla 21 – Evolución de la tasa de dependencia de los mayores en la UE-15. 2010-2060**

	2010	2030	2060
Alemania	31,3	47,2	59,9
Portugal	26,7	37,9	57,2
Italia	30,8	41,1	56,7
Grecia	28,4	37,7	56,7
<b>España</b>	<b>24,7</b>	<b>35,5</b>	<b>56,4</b>
Austria	26,1	38,8	50,7
Holanda	22,8	40,3	47,5
Finlandia	25,6	42,7	47,4
Francia	25,7	39,1	46,6
Suecia	27,7	37,2	46,2
Luxemburgo	20,4	30,0	45,1
Bélgica	26,0	36,7	43,8
Dinamarca	24,9	37,0	43,5
Reino Unido	24,9	34,8	42,1
Irlanda	16,8	27,6	36,7
<b>UE-15</b>	<b>27,3</b>	<b>39,4</b>	<b>50,7</b>

**Nota:** Se define la tasa de dependencia de los mayores como el porcentaje de población de 65 y más años respecto a la población de 15 a 64 años.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos de Eurostat.

Gráfico 12 – Evolución de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social y de los pensionistas. 1990-2012



Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

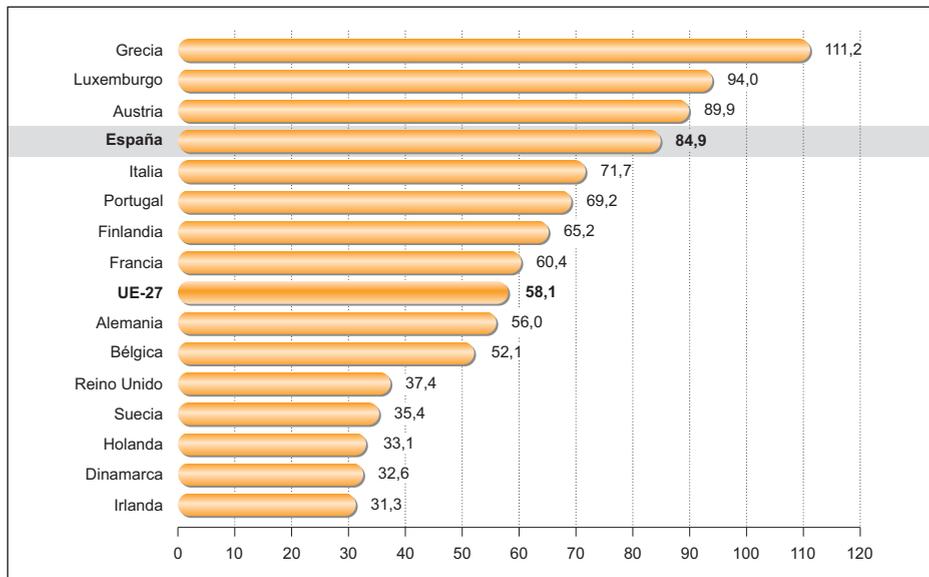
correspondientes procesos de creación o destrucción de empleo, pero en pocos ejercicios se ha superado el umbral de los dos trabajadores por cada jubilado. La clave, evidentemente, se encuentra en el numerador, el volumen de afiliados, máxime cuando la tasa de empleo (porcentaje de trabajadores sobre la población en edad de trabajar) es aún comparativamente baja –incluso en períodos de crecimiento económico– en nuestro país respecto a los de nuestro entorno.

Una de las soluciones a la sostenibilidad de nuestro sistema de pensiones sería aumentar los ingresos por medio de un incremento de la afiliación, sobre todo de las mujeres, donde todavía hay un amplio margen. Pero, así como la evolución demográfica es más predecible, la evolución económica no lo es. Mecanismos como el Fondo de Reserva pueden ayudar a mitigar las fluctuaciones en este ámbito, pero no parece que puedan resolver el problema de fondo.

Un último factor clave para evaluar la sostenibilidad de nuestro sistema de pensiones es un indicador estrictamente económico: la tasa de sustitución de las pensiones públicas de jubilación, es decir, el porcentaje que supone la pensión respecto al último sueldo. Según datos de la OCDE, España ocupa el cuarto lugar entre los países de la UE, con una tasa del 84,9% (en el supuesto de una carrera laboral completa), sólo superada por Grecia, Luxemburgo y Austria, pero muy alejada de países como Alemania, Reino Unido o Dinamarca (gráfico 13).

Sin embargo, el gasto en pensiones respecto al PIB se situaba en nuestro país en 2010 entre los más bajos de la UE-15, aunque las previsiones

**Gráfico 13 – Tasa de sustitución del salario medio neto de impuestos y cotizaciones sociales por la pensión tras una vida laboral completa en los países de la UE-15. En porcentaje. 2011**



**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de OCDE (2012): *Pensions at a glance 2011*. París.

hasta 2060 muestran un incremento muy notable (tabla 22), que revertiría nuestra posición y nos situaría entre los países con un mayor gasto en pensiones como porcentaje del PIB.

Como se puede apreciar, en prácticamente todos los países de la UE se va a registrar en las próximas décadas un aumento muy notable en el gasto en pensiones como porcentaje del PIB. El adelanto del *baby-boom* respecto a España –que ya hemos indicado– explica que algunos, como Suecia o Italia, hayan acometido ya profundas reformas de sus sistemas de pensiones. Desde los años noventa, la mayoría de los países han ido aprobando medidas de diferente calado para reformar sus sistemas de pensiones que afectan de forma significativa a los niveles de las prestaciones. Destacan a este respecto Alemania, Austria, Finlandia, Francia e Italia, a los que hay que añadir más recientemente Portugal, España y, en menor medida, Grecia<sup>18</sup>.

Al hablar de la reforma de los sistemas de pensiones se suelen distinguir dos tipos: las denominadas paramétricas, en las que cambian algunos de los criterios utilizados para el cálculo de las pensiones, como el período de cotización mínimo para tener derecho al 100% de la pensión, la edad de jubi-

<sup>18</sup> Véase García, D., Gordo, E. y Manrique, M. (2011): “Reformas de los sistemas de pensiones de pensiones en algunos países de la UEM”, en *Boletín Económico*, Banco de España, n. 7-8, p. 126.

**Tabla 22 – Evolución prevista del gasto en pensiones públicas en los países de la UE-15. En porcentaje del PIB. 2007-2060**

	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060	Variación en puntos porcentuales
Luxemburgo	8,7	8,6	9,9	14,2	18,4	22,1	23,9	15,2
Grecia	11,7	11,6	13,2	17,1	21,4	24,0	24,1	12,4
España	8,4	8,9	9,5	10,8	13,2	15,5	15,1	6,7
Irlanda	5,2	5,5	6,4	7,5	8,7	10,5	11,3	6,1
Bélgica	10,0	10,3	11,8	13,9	14,6	14,7	14,7	4,7
Holanda	6,6	6,5	7,8	9,3	10,3	10,3	10,5	3,9
Finlandia	10,0	10,7	12,6	13,9	13,6	13,3	13,4	3,4
Reino Unido	6,6	6,7	6,9	7,6	8,0	8,1	9,3	2,7
<b>UE-15</b>	<b>10,2</b>	<b>10,3</b>	<b>10,7</b>	<b>11,6</b>	<b>12,3</b>	<b>12,5</b>	<b>12,7</b>	<b>2,5</b>
Alemania	10,4	10,2	10,5	11,5	12,1	12,3	12,8	2,4
Portugal	11,4	11,9	1,4	12,6	12,5	13,3	13,4	2,0
Francia	13,0	13,5	13,6	14,2	14,4	14,2	14,0	1,0
Austria	12,8	12,7	13,0	13,8	13,9	14,0	13,6	0,8
Dinamarca	9,1	9,4	10,6	10,6	10,4	9,6	9,2	0,1
Suecia	9,5	9,6	9,4	9,5	9,4	9,0	9,4	-0,1
Italia	14,0	14,0	14,1	14,8	15,6	14,7	13,6	-0,4

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de Comisión Europea (2009), *The 2009 Ageing Report*.

lación ordinaria y mínima, la base de cálculo o el índice de revalorización de las pensiones; y las reformas estructurales, en las que se introducen cambios más profundos en los fundamentos que afectan al sistema de reparto.

Como se aprecia en el cuadro 2, prácticamente todos los países de la UE han aprobado reformas paramétricas en los últimos años a petición de la Comisión Europea y de otros organismos internacionales. En España fueron fruto de las medidas adoptadas en 2011. En todos los casos ha aumentado o está previsto aumentar la edad de jubilación. También se han generalizado el incremento de la carrera laboral completa y de la base de cálculo (el número de años que se tienen en cuenta) de la pensión.

Dentro de las reformas paramétricas aconsejadas a los países por los citados organismos internacionales estaba la aprobación de un mecanismo de ajuste automático de ciertos parámetros de las pensiones (edad de jubilación, años de cotización necesarios o importe inicial de la pensión) vinculados a la esperanza de vida de la población (los que se denominan factores de primera generación) y a los recursos del sistema en cada momento dependiendo de la evolución de los salarios, el PIB, la inflación o la relación entre pensionistas y cotizantes (factores de segunda generación). A este mecanismo se le denomina “factor de sostenibilidad”. Muchos países europeos ya lo han aprobado (cuadro 3), aunque Dinamarca, Grecia y Ho-

Cuadro 2 – Reformas paramétricas recientes en la UE

	Aumento de la edad de jubilación	Tasa de sustitución y carrera laboral completa	Base de cálculo	Cambio del índice de revalorización
Alemania	De 65 a 67 años			
Austria	De 61,5 a 65 la mínima	Se reduce hasta 80% con 45 años cotizados	De 20 a 40 años	Pasa a ser el IPC
Bélgica	De 60 a 62 años	Sube la carrera completa de 35 a 40 años		
Dinamarca	De 65 a 67 años De 60 a 62 la mínima			
Eslovaquia	De 60 a 62 años			
España	De 65 a 67 años	Sube la carrera completa de 35 a 37 años	De 15 a 25 años	
Estonia	De 63 a 65 años			
Francia	De 65 a 67 años De 60 a 62 la mínima	Sube la carrera completa de 37,5 a 40 años		
Grecia	De 60 a 65 años	Sube la carrera completa de 35 a 40 años	Toda la carrera laboral	IPC como máximo
Holanda	De 65 a 67 años			
Hungría	De 65 a 67 años De 60 a 62 la mínima		De salario bruto a neto	Pondera más el IPC que $\Delta$ PIB
Italia	De 58 a 62 años			Por debajo del IPC pensiones altas
Lituania	De 62,5 a 67 años			
Malta	De 61 a 65 años	Sube la carrera completa de 30 a 40 años	De 3 a 10 años	
Reino Unido	De 65 a 68 años			
República Checa	Sube según el año de nacimiento			

**Fuente:** Devesa, J. E., Devesa M., Domínguez, I., Encinas, B., Meneu, R. y Nagore, A. (2012): "El factor de sostenibilidad en los sistemas de pensiones de reparto: Alternativas para su regulación en España", XV *Encuentro de Economía Aplicada*. A Coruña.

landa lo implementarán más allá de 2020. En España estaba previsto hacerlo en 2027, pero se ha decidido adelantar esa fecha dado el rápido deterioro de los recursos del sistema en los ya más de cinco años de profunda crisis económica y de empleo que estamos sufriendo.

En este contexto, el Gobierno encargó a un comité de expertos el estudio del factor de sostenibilidad para nuestro sistema de pensiones, con vistas a su aprobación en un corto plazo. El objetivo declarado del comité era, a través de una regla sencilla y transparente, asegurar que el sistema de pensiones español se sostenga por sí mismo y reforzarlo ante la presión

Cuadro 3 – Mecanismos automáticos en las reformas de la UE

	Según la esperanza de vida			Según otros indicadores
	Edad de jubilación	Años cotizados	Pensión inicial	Revalorización de las pensiones
Alemania				2005 (ratio pensionistas-cotizantes)
Dinamarca	2022			
<b>España</b>	<b>2017</b>			
Finlandia			2010	
Francia		2009		
Grecia	2021			
Holanda	2025			
Hungría				2010 (crecimiento del PIB)
Italia	2013	2013		
Portugal			2010	2010 (crecimiento del PIB)
Suecia				1999 (balance actuarial del sistema)

**Fuente:** Devesa, J. E., Devesa M., Domínguez, I., Encinas, B., Meneu, R. y Nagore, A. (2012): "El factor de sostenibilidad en los sistemas de pensiones de reparto: Alternativas para su regulación en España", *XV Encuentro de Economía Aplicada*. A Coruña.

de las tensiones demográficas y las condiciones económicas cambiantes. El documento final, presentado el 7 de junio de 2013, define su propuesta como un factor de tercera generación, que se compone de dos fórmulas:

— El Factor de Equidad Intergeneracional o FEI, que actúa sólo sobre el cálculo de la pensión inicial y la modera en la proporción que haya aumentado la esperanza de vida de la persona jubilada respecto de una esperanza de vida tomada como referencia. Busca, por lo tanto, que, en todo momento, dos personas que se jubilen a la misma edad habiendo acumulado la misma base reguladora sean tratadas por el sistema de la misma manera.

— El Factor de Revalorización Anual o FRA es una fórmula que delimita el crecimiento equilibrado de las pensiones, de acuerdo con los ingresos disponibles, el número de pensiones entre las cuales han de repartirse y el denominado efecto sustitución. Pero lo modula de acuerdo con la relación entre ingresos y gastos del sistema de pensiones, de modo que los déficits moderan el crecimiento de las pensiones y los superávits lo mejoran. Frente a las fórmulas utilizadas en otros países, en el caso español los ingresos del sistema adquieren un gran protagonismo y sobre éstos tienen una evidente capacidad de decisión y responsabilidad el Gobierno y el Parlamento.

Más allá de las polémicas en torno a la composición del comité de expertos y a los supuestos intereses del sector de previsión financiera, lo

cierto es que no se puede obviar un proceso que se está acometiendo en prácticamente todos los países de nuestro entorno, que no se puede hacer con precipitación, debe ser equitativo desde un punto de vista generacional y debe contar con el máximo consenso posible para que ningún gobierno en particular se vea obligado a asumir el coste político de medidas ciertamente impopulares que de todas maneras habrá que tomar en uno u otro momento.

Como señaló Miguel Ángel García, representante de Comisiones Obreras en el comité de expertos, en respuesta a las críticas recibidas por su apoyo al documento final, buscar el equilibrio presupuestario del sistema de pensiones “a largo plazo es un objetivo de toda la sociedad, tal y como recogió desde su inicio el Pacto de Toledo. Un sistema de pensiones debe ser viable hoy, pero también en el futuro porque quienes se jubilen en cualquier momento del tiempo deben tener la seguridad de contar con los ingresos precisos para cobrar su pensión [...]. Una cuestión muy importante, los retos y riesgos del sistema de pensiones español están ahí y aunque no se aplique ningún factor de sostenibilidad, si no se dota al sistema de más ingresos, se producirá en el futuro no muy lejano una reducción significativa de la relación entre pensión y salario que, además, al no contar con mecanismos de alerta pueden derivar en repentinos e intensos recortes de la pensión cuando se considere insostenible el déficit. Entonces, la distribución de los esfuerzos por cohortes y generaciones será muy desequilibrada”<sup>19</sup>.

Por lo que se refiere a las reformas estructurales, la más radical sería la sustitución del actual sistema de reparto por uno de capitalización. Sin embargo, ningún país en la UE ha realizado este cambio de forma total. Lo que sí se ha hecho en algunos países (cuadro 4) es aumentar el protagonismo de la parte de capitalización manteniendo una parte pública que proporciona una pensión básica o una pensión contributiva financiada por el sistema de reparto. En un sistema de capitalización, al llegar el momento de la jubilación, el capital acumulado se transforma en una renta vitalicia cuya cuantía depende de la esperanza de vida. Según algunos expertos, “los sistemas de capitalización fomentan el ahorro, la oferta de trabajo y, por tanto, el crecimiento, sin olvidar que pueden aislarse en mayor medida de los efectos de los cambios demográficos y de los ciclos políticos. Pero entrañan un mayor riesgo, como se ha puesto claramente de manifiesto a lo largo de la crisis financiera, que ha supuesto una pérdida muy significativa del valor de los activos acumulados en fondos de pensiones públicos y privados. A diferencia de los sistemas de reparto, donde las pérdidas o el riesgo se pueden distribuir entre distintas generaciones, en los sistemas de capitalización esto, en principio, no es posible e incide de manera particular en las generaciones más próximas a la jubilación”<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> García Díaz, M. A., “Informe sobre el factor de sostenibilidad de las pensiones”, en *El País*, 8 de junio de 2013.

<sup>20</sup> García, D., Gordo, E. y Manrique, M. (2011), p. 121.

**Cuadro 4 – Reformas estructurales en la UE en los últimos quince años**

	Cambio parcial a capitalización (Año de la reforma)	Cuentas Nocionales (Año de efecto)
Dinamarca	Existe desde 1964	
Eslovaquia	2004	
Eslovenia	2000	
Estonia	2002	
Hungría	1997	
Italia		1996
Letonia	2001	1996
Polonia	1999	1999
Suecia	1999	1999

**Fuente:** Devesa, J. E., Devesa M., Domínguez, I., Encinas, B., Meneu, R. y Nagore, A. (2012): “El factor de sostenibilidad en los sistemas de pensiones de reparto: Alternativas para su regulación en España”, *XV Encuentro de Economía Aplicada*. A Coruña.

En segundo lugar, un cambio menos drástico que el anterior consiste en el paso a un sistema de cuentas nocionales, implantado en Alemania, Italia y Suecia. Éste es un sistema de reparto porque las pensiones de un año se pagan con las cotizaciones recaudadas en ese mismo año, pero las pensiones se calculan según el capital virtual acumulado en la cuenta nocional: “Una cuenta nocional es una cuenta virtual donde se recogen las aportaciones individuales de cada cotizante y los rendimientos ficticios que dichas aportaciones generan a lo largo de la vida laboral. Los rendimientos se calculan de acuerdo con un tanto nocional, que puede ser la tasa de crecimiento del PIB, de los salarios medios, de los salarios agregados, de los ingresos por cotizaciones, etc. Cuando el individuo se jubila, recibe una prestación que se deriva del fondo nocional acumulado, de la mortalidad específica de la cohorte que ese año se jubila y del tanto nocional utilizado”<sup>21</sup>.

En relación con la jubilación y la situación económica y financiera de los mayores, está adquiriendo un creciente protagonismo en el ámbito académico internacional el estudio de los denominados “dividendos demográficos”, dentro de la teoría de la economía generacional. Según esta teoría, el proceso de transición demográfica que supone el paso de una sociedad agrícola, con altas tasas de fecundidad y mortalidad, a otra predominantemente industrial y urbana, con bajas tasas de fecundidad y mortalidad, conlleva en las primeras etapas de este proceso que la fuerza laboral aumente más

<sup>21</sup> Vidal Meliá, C., Devesa Carpio, J. E. y Lejárraga García, A. (2002): “Cuentas nocionales de aportación definida: fundamento actuarial y aspectos aplicados”, en *Anales del Instituto de Actuarios Españoles*, n. 8, p. 137-186.

rápida que la población dependiente (proceso en el que también influye notablemente la incorporación de la mujer al mercado laboral, por las menores necesidades de las tareas reproductivas y de cuidados en la familia), lo que libera recursos que pueden ser invertidos en el desarrollo económico y el bienestar familiar y produce, generalmente, un rápido aumento del ingreso per cápita. A este proceso se le denomina el primer dividendo. Se suele prolongar hasta cinco o seis décadas: cuando el descenso de la fecundidad y de la mortalidad elevan el número de personas mayores y la tasa de dependencia, si no se actúa sobre otros factores, se reduce el ingreso per cápita y el primer dividendo pasa a ser negativo.

Según esta teoría, “también es posible un segundo dividendo. Una población con una edad laboral más alta y con jubilaciones más largas está más incentivada a acumular activos, a menos que crea que sus necesidades serán atendidas por la familia o el gobierno. La inversión de estos activos adicionales en el país o en el exterior eleva el ingreso nacional. En resumen, el primer dividendo es una ganancia transitoria y el segundo se traduce en desarrollo sostenible y aumento de los activos. Estos resultados no son automáticos: dependen de la aplicación de políticas eficaces. Es decir, el período de los dividendos ofrece una posibilidad y no una garantía del nivel de vida. Los dividendos se perciben uno tras otro: cuando el primer dividendo llega a su fin, el segundo dividendo empieza poco después y continúa indefinidamente. Indudablemente se superponen”<sup>22</sup>.

Para Lee y Mason, el sistema de apoyo a los mayores para financiar “el déficit de su ciclo de vida” consta de tres componentes: transferencias públicas (pensiones, sanidad y servicios sociales), transferencias privadas (predominantemente apoyo familiar) y activos (ahorros, acciones, propiedades inmobiliarias...). El envejecimiento de la población en los países desarrollados está llevando a un reajuste de los programas públicos para las personas mayores, pero desde un punto de vista más integral asistimos a un cambio social fundamental que no siempre se tiene en cuenta: “A lo largo de la historia, las transferencias han sido ‘descendentes’, pasando de los mayores a los jóvenes; los sistemas de transferencias se utilizaban para transferir recursos económicos a generaciones futuras. El envejecimiento de la población, potenciado por cambios en el ciclo de vida económico y en los sistemas de transferencias, ha provocado un constante debilitamiento de ese patrón descendente. El sentido de las transferencias se ha invertido para los grupos de población de mayor edad en los países ricos, entre los que se encuentran Japón, Alemania, Austria, Eslovenia y Hungría. En estas sociedades, las generaciones actuales recurren a los sistemas de transferencia para obtener recursos de generaciones futuras. Si no se produce una reforma significativa,

---

<sup>22</sup> Lee, R. y Mason, A. (2006): “¿Cuál es el dividendo demográfico?”, en *Finanzas & Desarrollo*, 43(3), p. 16-17.

antes de 2050 se habrá invertido el sentido de los flujos de transferencias en muchos países”<sup>23</sup>.

Frente a esta realidad, Mason y Lee consideran fundamental actuar en una doble dirección: incrementar las inversiones en capital humano que favorezcan futuros aumentos de la productividad de los trabajadores y avanzar y fomentar el ahorro y la provisión financiera para la jubilación.

## 4. Envejecimiento activo y participación económica y social

### 4.1 *El impacto de los mayores en el consumo*

Las personas mayores cobran al final de mes su pensión<sup>24</sup>, aunque la media no llega a los 1.000 euros. El conjunto de los mayores pensionados cobraban 103.524 millones de euros en 2012<sup>25</sup>. Son una parte muy importante del consumo. ¿Qué sería de nuestra sociedad sin la aportación económica de nuestros mayores?

Como se puede apreciar en la tabla 23, el gasto total de los hogares cuyo sustentador principal es una persona mayor se incrementó notablemente entre 2006 y 2008 (18,4%), más del doble que el del resto de la población (8,7%). No obstante, el contraste mayor se produce desde el inicio de la crisis en 2008. Así, mientras los datos de los hogares de 16 a 64 años muestran una reducción del -9,6% entre 2008 y 2012, el gasto correspondiente a las personas mayores continuó aumentando a un ritmo sostenido (16%). Evidentemente, el incremento del número de mayores es un factor importante de este aumento, pero probablemente responda en mayor medida al incremento de las pensiones y los pensionistas con respecto a los salarios y a los trabajadores que se ha producido durante el período de crisis que continuamos sufriendo. Como resultado agregado de todo ello, el gasto de las personas mayores ha pasado de suponer un 17,6% del gasto total en 2006 a un 23% en 2012. Sólo entre 2008 y 2012 dicho porcentaje ha aumentado más de un punto por año. Por tanto, si el desplome del consumo es uno de los factores que han contribuido en mayor medida a agudizar la crisis económica y

---

<sup>23</sup> Lee, R. y Mason, A. (2011): *El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales*, CEPAL, p. 35.

<sup>24</sup> Se ha calculado que el 90% de los ingresos de las personas mayores proceden de la pensión y el restante 10% de otros ingresos. Véase Rodríguez Cabrero, G. (2011): “Economía y personas mayores”, en *Libro Blanco sobre envejecimiento activo*, p. 162.

<sup>25</sup> Véase tabla 3.1 en Abellán García, A. y Ayala García, A. (2012): “Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos”, en *Informes Portal Mayores*, n. 131, p. 17. En los Presupuestos Generales del Estado para 2013 se indican dos partidas: el importe para pensiones asciende a 121.556.511,11 miles de euros y para la Seguridad Social, 112.682.468,86 miles de euros.

**Tabla 23 – Evolución del gasto total de los hogares por sexo y edad del sustentador principal. Valor absoluto en millones de euros. 2006-2012**

	Valor absoluto			% de variación		Porcentaje		
	2006	2008	2012	2006/ 2008	2008/ 2012	2006	2008	2012
<b>Total hombres</b>	<b>390.437</b>	<b>414.928</b>	<b>370.333</b>	<b>6,3</b>	<b>-10,7</b>	<b>80,6</b>	<b>77,6</b>	<b>72,7</b>
Hombres entre 16 y 29 años	21.976	19.931	11.733	-9,3	-41,1	4,5	3,7	2,3
Hombres entre 30 y 44 años	133.111	138.938	112.671	4,4	-18,9	27,5	26,0	22,1
Hombres entre 45 y 64 años	174.051	184.814	165.289	6,2	-10,6	35,9	34,5	32,4
Hombres de 65 y más años	61.300	71.246	80.640	16,2	13,2	12,7	13,3	15,8
<b>Total mujeres</b>	<b>94.135</b>	<b>120.013</b>	<b>139.075</b>	<b>27,5</b>	<b>15,9</b>	<b>19,4</b>	<b>22,4</b>	<b>27,3</b>
Mujeres entre 16 y 29 años	4.682	9.159	7.231	95,6	-21,1	1,0	1,7	1,4
Mujeres entre 30 y 44 años	29.446	36.809	43.270	25,0	17,6	6,1	6,9	8,5
Mujeres entre 45 y 64 años	35.928	44.241	51.958	23,1	17,4	7,4	8,3	10,2
Mujeres de 65 y más años	24.080	29.804	36.615	23,8	22,9	5,0	5,6	7,2
<b>Total 65 y más años</b>	<b>85.379</b>	<b>101.050</b>	<b>117.255</b>	<b>18,4</b>	<b>16,0</b>	<b>17,6</b>	<b>18,9</b>	<b>23,0</b>
<b>Total</b>	<b>484.572</b>	<b>534.941</b>	<b>509.408</b>	<b>10,4</b>	<b>-4,8</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta de presupuestos familiares*, varios años.

de empleo que padecemos, el gasto de las personas mayores ha contribuido notablemente a que la caída no haya sido más profunda.

Si procedemos a desagregar los datos de gasto en los presupuestos familiares y analizamos el gasto medio por persona (tabla 24), se encuentran nuevos argumentos para justificar el peso creciente del consumo de los mayores en la actividad económica y, en consecuencia, en el empleo en nuestro

**Tabla 24 – Evolución del gasto medio por persona por sexo y edad del sustentador principal. Valor absoluto en euros e índice respecto al gasto medio por persona. 2006-2012**

	Valor absoluto			Índice sobre el gasto medio por persona		
	2006	2008	2012	2006	2008	2012
<b>Total hombres</b>	<b>10.900,3</b>	<b>11.535,6</b>	<b>10.820,8</b>	<b>98,6</b>	<b>97,7</b>	<b>98,4</b>
Hombres entre 16 y 29 años	11.930,9	11.130,2	10.049,3	107,9	94,3	91,4
Hombres entre 30 y 44 años	10.563,1	10.810,1	9.913,6	95,6	91,6	90,1
Hombres entre 45 y 64 años	11.477,5	12.307,8	11.108,0	103,8	104,3	101,0
Hombres de 65 y más años	9.869,7	11.291,0	11.839,6	89,3	95,7	107,6
<b>Total mujeres</b>	<b>11.743,7</b>	<b>12.822,6</b>	<b>11.502,3</b>	<b>106,2</b>	<b>108,7</b>	<b>104,6</b>
Mujeres entre 16 y 29 años	11.294,6	13.739,4	9.247,3	102,2	116,4	84,1
Mujeres entre 30 y 44 años	11.943,3	11.731,4	10.234,7	108,0	99,4	93,1
Mujeres entre 45 y 64 años	12.215,8	13.761,9	11.951,5	110,5	116,6	108,7
Mujeres de 65 y más años	10.971,5	12.734,2	13.393,4	99,2	107,9	121,8
<b>Total</b>	<b>11.054,5</b>	<b>11.801,4</b>	<b>10.998,7</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta de presupuestos familiares*, varios años.

**Tabla 25 – Evolución del gasto medio por hogar en los hogares en los que el sustentador principal es jubilado o retirado. 2006-2012**

	Valor absoluto			% de variación		Porcentaje		
	2006	2008	2012	2006/ 2008	2008/ 2012	2006	2008	2012
Alimentos y bebidas no alcohólicas	4.103,9	4.480,2	4.359,7	9,2	-2,7	17,2	17,3	16,9
Bebidas alcohólicas, tabaco y narcóticos	387,4	414,4	453,4	7,0	9,4	1,6	1,6	1,8
Artículos de vestir y calzado	1.450,1	1.361,5	1.001,1	-6,1	-26,5	6,1	5,3	3,9
Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles	7.419,7	8.846,1	9.759,2	19,2	10,3	31,1	34,1	37,8
Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de conservación de la vivienda	1.401,3	1.443,1	1.289,1	3,0	-10,7	5,9	5,6	5,0
Salud	899,0	1.003,5	1.090,9	11,6	8,7	3,8	3,9	4,2
Transportes	2.517,7	2.415,0	2.162,7	-4,1	-10,4	10,6	9,3	8,4
Comunicaciones	590,9	658,4	666,4	11,4	1,2	2,5	2,5	2,6
Ocio, espectáculos y cultura	1.338,1	1.503,8	1.311,7	12,4	-12,8	5,6	5,8	5,1
Enseñanza	72,7	64,9	68,0	-10,7	4,8	0,3	0,3	0,3
Hoteles, cafés y restaurantes	1.693,7	1.737,1	1.633,0	2,6	-6,0	7,1	6,7	6,3
Otros bienes y servicios	1.983,6	1.987,0	2.021,7	0,2	1,7	8,3	7,7	7,8
<b>Total</b>	<b>23.858,2</b>	<b>25.915,0</b>	<b>25.817,0</b>	<b>8,6</b>	<b>-0,4</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta de presupuestos familiares*, varios años.

país. Los mayores, tanto hombres como mujeres, fueron el único grupo de edad que incrementó el gasto medio por persona entre 2008 y 2012. En el caso de los hombres, pasó de 11.291 euros anuales a 11.840, mientras que el aumento entre las mujeres fue aún mayor: de 12.734 a 13.393. De esta manera, de ocupar las posiciones más rezagas en 2006 –por debajo de la media total claramente en el caso de los hombres mayores (89,3%)– han pasado a situarse en las primeras posiciones, con un 121,8% en el caso de las mujeres y un 107,6% en el caso de los hombres. El contraste se hace especialmente significativo con los jóvenes de 16 a 29 años, que son los que han sufrido un mayor deterioro en su nivel de gasto y se sitúan apreciablemente por debajo de la media. Esta situación plantea no pocos interrogantes desde un punto de vista social y de equidad intergeneracional, máxime cuando los jóvenes están sufriendo de manera especial la lacra del desempleo, algunos se hallan fuertemente endeudados, se han elevado de manera sustancial los costes formativos que tienen que asumir y afrontan un futuro marcado por la incertidumbre acerca del sistema de pensiones.

Al analizar la distribución por partidas del gasto medio de los hogares cuyo sustentador principal es un jubilado o retirado (tabla 25) se obtiene una radiografía bastante precisa del impacto de la crisis en el consumo de este grupo de población. Entre 2006 y 2008, todas las partidas de gasto, salvo

“Artículos de vestir y calzado”, “Enseñanza” (prácticamente testimonial) y “Transportes”, experimentaron notables aumentos, por encima del 10% en “Comunicaciones”, “Salud”, “Ocio, espectáculos y cultura” y, especialmente, “Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles”, con un alza de casi el 20%. Entre 2008 y 2012, sin embargo, en la mitad de las doce partidas se observan descensos: “Alimentos y bebidas no alcohólicas” (-2,7%), “Hoteles, cafés y restaurantes” (-6%), “Transportes” (-10,4%), “Mobiliario, equipamiento del hogar y gastos corrientes de conservación de la vivienda” (-10,7%), “Ocio, espectáculos y cultura” (-12,8%) y “Artículos de vestir y calzado” (-26,5%). Por el contrario, siguieron aumentando de forma significativa en “Vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles” (10,3%) y en “Salud” (8,7%).

Estos datos reflejan que las personas mayores, al igual que el resto de la población, aunque probablemente con una intensidad menor, han reducido su consumo en los gastos no perentorios o no sujetos a tarifa regulada o cuasi regulada. Gastan menos en comida y el consumo en vestido y calzado se ha desplomado. Pero los gastos fijos de vivienda, luz, agua y gas no dejan de aumentar, en detrimento de otros gastos. También suben los destinados a salud, con un impacto evidente del copago farmacéutico. Estas dos partidas suponían ya en 2012 el 42% del gasto medio de los hogares cuyo sustentador principal era un jubilado o retirado, siete puntos más que en 2006 (34,9%).

Este creciente gasto “estructural” condiciona aún más la posibilidad de que el consumo de los mayores ayude a superar la crisis económica y de empleo que estamos padeciendo, ya que los gastos de “supervivencia” constituyen una parte cada vez mayor del presupuesto de las familias encabezadas por este tipo de personas.

#### 4.2 Ayuda familiar y solidaridad intergeneracional

Pero los mayores no sólo consumen y generan con ello actividad económica y empleo, sino que también contribuyen con sus recursos económicos, con su tiempo y con su espacio al sostenimiento de la red familiar, especialmente en tiempos de crisis. Gracias a ellos se pueden evitar en no pocas ocasiones situaciones dramáticas de exclusión social. La mayoría (nueve de cada diez) están muy satisfechos con las relaciones con su familia y se ven o se comunican con ella casi todos los días; sólo un 7% no lo hace nunca o una vez a la semana.

La crisis está enfatizando la importancia de la solidaridad intergeneracional. Dentro de los distintos tipos de solidaridad intergeneracional que proponen Bengtson y Roberts<sup>26</sup> (asociativa, afectiva, consensual, funcional,

---

<sup>26</sup> Bengtson, V. L. y Roberts, R. (1991): “Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction”, en *Journal of Marriage and the Family*, 53(4), p. 856-870.

normativa y estructural)<sup>27</sup>, la crisis económica ha reforzado la importancia de la solidaridad estructural (forma de convivencia y proximidad) y la solidaridad funcional (prestación de ayuda y cuidados).

En relación con la solidaridad funcional, un 5,5% de los gastos de las personas mayores corresponden a ayudas económicas que prestan a sus familiares (hijos y nietos)<sup>28</sup>. El 40,4% de las personas mayores ha ayudado en los dos últimos años con su pensión a familiares o amigos, cuando hace sólo cuatro años ese porcentaje era del 15,1%<sup>29</sup>. Pero, ¿cuántas personas o familias viven de su ayuda? ¿Qué porcentaje viviría en la miseria si no fuese por la ayuda que los mayores prestan a su familia? El informe de La Caixa *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*, habla de 300.000 familias en las que todos los activos están en paro y que viven de la pensión de sus mayores<sup>30</sup>. Señala que uno de cada cinco desempleados vive de la ayuda de alguna persona de 65 años o más. Indica que la pensión de la persona mayor puede convertirse en un recurso esencial para la supervivencia de todos. El número de hogares que viven de las pensiones de los jubilados se ha triplicado desde el inicio de la crisis en 2008. El porcentaje de este tipo de hogares sobre el total en España supera en seis puntos al de otros países europeos (Dinamarca, Reino Unido y Francia).

Una relevancia grande y creciente en la solidaridad funcional de los padres mayores hacia los hijos la tienen los cuidados que aportan, sobre todo en relación con los nietos. Es significativo a este respecto que el 70% de las personas mayores haya cuidado o cuide de sus nietos<sup>31</sup>, facilitando –y muchas veces haciendo posible– a los padres su vida laboral. La creciente flexibilización de los horarios y el tiempo de trabajo, con contratos de corta duración, jornadas parciales, horarios cambiantes y en ocasiones meramente indicativos, otorgan a esta ayuda de los abuelos una importancia aún mayor que la que tenía hasta ahora. Casi la mitad de los abuelos asume la responsabilidad de cuidar a los nietos todos los días y un poco menos de la otra mitad lo hace todas las semanas. Los hombres cuidan más a sus nietos que las mujeres. No obstante, invierten menos tiempo (5,3 horas diarias) que las mujeres (6,2 horas)<sup>32</sup>.

Por lo que se refiere a la solidaridad estructural de los mayores hacia sus hijos, hay que destacar las transferencias de espacio que supone el

---

<sup>27</sup> Véase Meil, G. (2011): *Individualización y solidaridad familiar*. Barcelona: Obra Social "la Caixa", p. 23-24.

<sup>28</sup> Imsero (2010): *Encuesta de mayores 2010*.

<sup>29</sup> *La Nueva España*, 10 de julio de 2012.

<sup>30</sup> Laparra, M. y Pérez Eransus, B. (coord.) (2012): *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

<sup>31</sup> Imsero (2010), p. 39.

<sup>32</sup> *Ibidem*, p. 43.

**Tabla 26 – ¿Y con quién vive Ud.? (en su hogar habitual donde reside la mayor parte del año). En porcentaje. 2010**

	Total	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a 79 años	80 años y más
Con mi cónyuge o pareja sin hijos en mi domicilio habitual	48,6	55,9	42,3	51,1	56,2	58,2	29,4
Con mi cónyuge o pareja y algún hijo/a en mi domicilio habitual	19,1	22,0	16,7	28,3	20,3	14,1	12,5
Con mi cónyuge o pareja y algún hijo/a en su domicilio habitual	1,9	1,8	2,1	2,9	1,2	0,9	2,7
Con algún hijo/a en mi domicilio habitual (sin cónyuge)	8,8	4,9	12,1	6,8	7,0	9,6	12,0
Con algún hijo/a en su domicilio habitual (sin cónyuge)	11,6	7,6	15,1	4,0	7,4	10,6	25,1
Otra situación	9,9	7,8	11,8	6,9	7,9	6,6	18,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Imsero, *Encuesta sobre personas mayores 2010*.

que los hijos vivan en el domicilio de sus padres mayores. Casi siempre se identifica la solidaridad estructural en el sentido de apoyo de los hijos a los padres, sobre todo cuando éstos son dependientes. Sin embargo, como se aprecia en la tabla 26, el porcentaje de personas mayores que viven en su propio domicilio con sus hijos (27,9%) duplica al de los mayores que viven en el domicilio de sus hijos (13,5%). Con la crisis se habrá acentuado esta situación, ya que el desahucio o la imposibilidad de afrontar la hipoteca o el alquiler ha llevado a muchos hijos adultos a volver al hogar de sus padres.

A pesar de la importancia creciente de los flujos económicos y de ayudas de los mayores a las generaciones más jóvenes, todas las encuestas están de acuerdo en el poco reconocimiento social que se presta a las personas mayores. Según el *Eurobarómetro sobre solidaridad intergeneracional*<sup>33</sup>, en el que se preguntaba por la valoración de la aportación de los mayores a la sociedad, el 77% estaba total o algo de acuerdo con que no se valoraba suficientemente la aportación de las personas mayores a la familia y a los parientes.

### 4.3 Mayores que no se jubilan

Otra aportación importante de los mayores a la sociedad es el trabajo, aunque en tiempos como los actuales, con los insoportables niveles de paro que vivimos, sobre todo entre los jóvenes, no pocas personas piensan que no deberían estar ocupando esos empleos. La legislación laboral española reco-

<sup>33</sup> Comisión Europea (2009): *Intergenerational solidarity. Analytical report*, Flash Eurobarometer, n. 269.

**Tabla 27 – Ocupados de 65 y más años por sexo y sector de actividad. Valor absoluto en miles y porcentaje. 2012**

	Valor absoluto			Porcentaje	
	Total	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	13,8	9,6	4,2	69,6	30,4
Industrias extractivas	1,3	1,3	–	100,0	–
Industria manufacturera	11,1	9,1	2,0	82,0	18,0
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	1,4	1,4	–	100,0	–
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	2,0	1,7	0,3	85,0	15,0
Construcción	7,6	6,6	1,0	86,8	13,2
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	27,8	10,1	17,7	36,3	63,7
Transporte y almacenamiento	6,7	5,1	1,6	76,1	23,9
Hostelería	8,3	3,5	4,8	42,2	57,8
Información y comunicaciones	2,5	2,5	–	100,0	–
Actividades financieras y de seguros	1,3	0,4	0,9	30,8	69,2
Actividades inmobiliarias	1,2	0,9	0,3	75,0	25,0
Actividades profesionales, científicas y técnicas	13,2	9,7	3,5	73,5	26,5
Actividades administrativas y servicios auxiliares	3,5	1,5	2,0	42,9	57,1
Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	7,7	2,3	5,4	29,9	70,1
Educación	11,4	5,1	6,3	44,7	55,3
Actividades sanitarias y de servicios sociales	19,3	9,9	9,4	51,3	48,7
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	5,5	4,2	1,3	76,4	23,6
Otros servicios	3,5	2,3	1,2	65,7	34,3
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y servicios para uso propio	9,9	3,9	6,0	39,4	60,6
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	–	–	–	–	–
<b>Total</b>	<b>159,0</b>	<b>91,1</b>	<b>67,9</b>	<b>57,3</b>	<b>42,7</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta de Población Activa*, cuarto trimestre 2012.

noce la posibilidad de seguir trabajando tras haber cumplido la edad legal de jubilación (hasta hace poco 65 años, edad que irá aumentando progresivamente hasta los 67 en 2027). Algunos colectivos laborales tienen establecida una edad tope de jubilación forzosa, pero en la mayoría de los casos no existe.

Nos vamos a centrar en las personas que al cumplir los 65 años continúan trabajando, están dadas de alta en la Seguridad Social y no perciben una pensión. Según la EPA del cuarto trimestre de 2012, en esta situación se encontraban 159.000 personas (tabla 27), que representaban el 1% de todos los trabajadores y el 2% de los mayores. El 57,3% de esas personas mayores que seguían trabajando eran hombres.

**Tabla 28 – Ocupados de 65 y más años por sexo y situación profesional. Valor absoluto en miles y porcentaje. 2012**

	Valor absoluto			Porcentaje		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
<b>Trabajador por cuenta propia: total</b>	<b>86,2</b>	<b>53,7</b>	<b>32,5</b>	<b>54,2</b>	<b>59,0</b>	<b>47,9</b>
Empleador	32,0	21,3	10,8	20,1	23,4	15,9
Empresario sin asalariados o trabajador independiente	49,4	28,9	20,5	31,1	31,8	30,2
Miembro de cooperativa	–	–	–	–	–	–
Ayuda familiar	4,8	3,5	1,2	3,0	3,8	1,8
<b>Asalariados: total</b>	<b>72,8</b>	<b>37,3</b>	<b>35,5</b>	<b>45,8</b>	<b>41,0</b>	<b>52,3</b>
Asalariados del sector público	24,4	12,0	12,3	15,4	13,2	18,1
Asalariados del sector privado	48,4	25,3	23,2	30,4	27,8	34,2
<b>Total</b>	<b>159,0</b>	<b>91,0</b>	<b>67,9</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de INE, *Encuesta de Población Activa*, cuarto trimestre 2012.

Según el sector de actividad, estaban ocupadas fundamentalmente en servicios. Entre los hombres, hay que añadir la agricultura y la industria. Las mujeres trabajaban en el comercio, en las actividades sanitarias y en el servicio doméstico. Precisamente por esto se puede hablar de un modelo de trabajo masculino y otro femenino. Entre los servicios, en el caso de los hombres, habría que señalar el comercio, los servicios técnicos y profesionales y la sanidad.

Algunos de los sectores que cuentan con una mayor presencia de trabajadores mayores de 65 años tienen que ver, por un lado, con pequeños negocios (comercio, sobre todo) o explotaciones agrícolas o ganaderas (donde el concepto de jubilación tiene unas connotaciones culturales y sociales particulares) y, por otro, con actividades administrativas o profesionales ligadas a lo que se denominaba profesiones liberales, científicas o intelectuales y sanitarias (particularmente, los médicos). A la luz de estos datos es previsible que en el futuro se incrementarán las personas mayores que sigan trabajando tras la edad de jubilación, pero se hará básicamente en las profesiones que cuenten con un buen salario o donde el trabajador se sienta cómodo y con facultades para desarrollar la tarea.

Las personas mayores que continúan trabajando (tabla 28) son en su mayoría trabajadores por cuenta propia (54,2%). Sólo el 45,8% lo hacen por cuenta ajena, siendo el 15,4% del sector público y el 30,4% del sector privado. Entre los hombres, son mayoría los trabajadores por cuenta propia (59%) y, entre las mujeres, las asalariadas, con el 52,3%.

#### 4.4 Hacia un envejecimiento activo y saludable

El creciente protagonismo de los mayores no se deriva únicamente de su cada vez mayor peso demográfico o de la importancia económica y

social que han adquirido gracias a las pensiones, a sus ahorros o a la ayuda que prestan a su red familiar, especialmente en tiempos de crisis económica como la que estamos atravesando. También su modo de vida acentúa su creciente presencia y participación social. El estereotipo tradicional de las personas mayores se ha fragmentado en múltiples imágenes y modelos. El alargamiento de esta etapa de la vida, el aumento constante del número de años que se viven en buena salud a partir de la jubilación y la llegada a esa edad de generaciones con un nivel educativo alto y una amplia y variada experiencia laboral –en el caso de los hombres, pero también de un número significativo de mujeres– introduce cambios sustanciales en los estilos de vida de este grupo social.

Aunque, como se comprueba en la tabla 29, entre las actividades que realizan todos o casi todos los días siguen destacando ver la televisión (87,3%), oír la radio (43,9%), pasear (33%), hacer la compra (23%) o acudir a una asociación o centro de mayores (18,4%), empiezan a presentar porcentajes apreciables otras actividades como leer (18,1%), hacer algún deporte o actividad física (10,5%) o asistir a algún espectáculo (el 10,8% lo hace semanalmente). También merecen ser considerados el 8,1% que afirma asistir a clase alguna vez a la semana o el 7,9% que realiza alguna actividad de voluntariado con la misma frecuencia. Mucho más lenta es la incorporación al uso de las tecnologías de la información y la comunicación, aunque en este caso la brecha generacional se va cerrando con gran rapidez<sup>34</sup> (el 19,8% de los mayores de 65 a 69 años utiliza el ordenador al menos una vez a la semana y el 14,2% navega por Internet, porcentajes que duplican y triplican, respectivamente, a los del grupo de 70 a 74 años). Estos nuevos estilos de vida entre los mayores más jóvenes, con mayor presencia social en los espacios públicos y con un mayor contenido cultural y de ocio activo y saludable, se aprecia en prácticamente todos los ítems.

Evidentemente, algunas de esas actividades están condicionadas por las facultades físicas y mentales, que se deterioran con la edad. Por eso, son de gran interés los datos que aporta la tabla 30, en la que se pregunta por las actividades nuevas que se iniciaron tras la jubilación, que permite apreciar las diferencias por edad en los estilos de vida independientemente de esos condicionantes físicos o mentales ligados a la edad, aunque también es cierto que las condiciones de salud a los 65 años han mejorado sustancialmente en las últimas décadas, como ya se comentó.

Entre las nuevas actividades iniciadas tras la jubilación hay dos que destacan particularmente entre los mayores más jóvenes (de 65 a 69 años): hacer deporte o ejercicio físico (un 36,9% frente al 28,2% de los de 70 a 74 años y al 16,5% de los de 80 y más años) y hacer turismo (un 15,9% frente al

---

<sup>34</sup> Véase Fundación Encuentro (2012): “Una sociedad hiperconectada”, *Informe España 2012*.

**Tabla 29 – Le voy a leer una serie de actividades; por favor, dígame para cada una de ellas con qué frecuencia las realizó durante la última semana. En porcentaje. 2010**

	Total	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 y más años
<b>Leer</b>							
Todos/casi todos los días	18,1	19,3	17,2	32,4	18,8	9,9	11,2
Alguna vez a la semana	17,2	19,9	15,3	26,0	20,0	12,2	10,8
<b>Oír la radio</b>							
Todos/casi todos los días	43,9	47,2	41,4	49,2	41,8	42,4	42,1
Alguna vez a la semana	29,3	28,1	30,3	24,3	32,0	32,1	29,1
<b>Ver la TV</b>							
Todos/casi todos los días	87,3	87,4	87,2	91,0	89,3	84,9	83,9
Alguna vez a la semana	10,9	11,5	10,5	7,5	8,9	14,3	13,1
<b>Ir al bar/cafetería</b>							
Todos/casi todos los días	13,4	27,4	3,1	17,1	13,2	14,6	9,3
Alguna vez a la semana	37,3	44,1	32,3	51,8	42,3	30,0	25,4
<b>Ir al parque/pasear</b>							
Todos/casi todos los días	33,0	44,6	24,5	40,0	34,6	29,0	28,4
Alguna vez a la semana	44,5	43,4	45,3	45,1	44,5	49,6	39,7
<b>Hacer la compra</b>							
Todos/casi todos los días	23,0	10,9	31,9	26,8	27,2	22,6	16,0
Alguna vez a la semana	26,5	13,2	36,3	30,5	26,1	28,5	21,7
<b>Coser, hacer punto, manualidades, bricolaje</b>							
Todos/casi todos los días	13,1	8,0	16,7	13,9	12,3	15,6	11,0
Alguna vez a la semana	31,4	22,7	37,8	30,3	34,2	33,5	28,0
<b>Asistir a espectáculos</b>							
Alguna vez a la semana	10,8	12,1	9,8	22,2	11,0	8,8	1,9
<b>Acudir a un centro social o asociación de mayores</b>							
Todos/casi todos los días	18,4	28,8	10,8	18,6	20,8	19,0	15,5
Alguna vez a la semana	20,9	24,6	18,2	24,3	20,9	24,9	14,5
<b>Hacer algún deporte o actividad física</b>							
Todos/casi todos los días	10,5	18,6	4,5	25,3	12,3	4,7	0,0
Alguna vez a la semana	18,1	20,0	16,7	32,7	22,3	18,8	0,3
<b>Ver a familiares que viven en otro domicilio</b>							
Todos/casi todos los días	2,3	2,2	2,4	2,1	2,2	2,7	2,4
Alguna vez a la semana	30,6	29,0	31,7	36,6	33,1	35,2	19,0
<b>Ir a la iglesia o parroquia</b>							
Todos/casi todos los días	4,5	0,2	7,7	3,6	5,6	5,2	3,7
Alguna vez a la semana	59,5	41,0	73,1	46,9	62,8	71,1	58,3
<b>Bailar</b>							
Todos/casi todos los días	0,3	0,3	0,3	0,9	0,4	0,0	0,0
Alguna vez a la semana	8,5	8,8	8,3	14,1	7,4	13,2	0,6

Sigue Tabla 29 – Le voy a leer una serie de actividades; por favor, dígame para cada una de ellas con qué frecuencia las realizó durante la última semana. En porcentaje. 2010

	Total	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 y más años
<b>Asistir a clase</b>							
Todos/casi todos los días	0,9	0,9	0,8	1,9	0,5	0,2	0,8
Alguna vez a la semana	8,1	5,2	10,3	13,4	6,8	10,0	3,1
<b>Actividades de voluntariado social</b>							
Todos/casi todos los días	0,4	0,3	0,5	1,8	0,0	0,0	0,0
Alguna vez a la semana	7,9	2,9	11,6	6,4	16,7	6,4	2,1
<b>Usar el ordenador</b>							
Todos/casi todos los días	2,7	4,4	1,5	7,0	2,5	1,1	0,3
Alguna vez a la semana	6,1	8,3	4,4	12,8	6,4	3,2	2,0
<b>Navegar por Internet</b>							
Todos/casi todos los días	2,0	3,0	1,3	4,8	1,9	0,9	0,5
Alguna vez a la semana	3,9	5,9	2,4	9,4	2,8	1,8	1,7
<b>Otra actividad</b>							
Todos/casi todos los días	13,5	21,5	7,6	17,7	13,7	15,2	8,0
Alguna vez a la semana	2,1	2,8	1,6	4,3	2,4	1,1	0,6

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Imsero, *Encuesta sobre personas mayores 2010*.

6,3% de los de 70 a 74 años y al 5,4% de los de 80 y más años). La preservación de la salud y el bienestar físico ligado a un estilo de vida saludable se ha convertido no sólo en una de las principales preocupaciones, sino también ocupaciones de los mayores. El principal deseo de los mayores es la autonomía en todos los ámbitos y ésta pasa, en primer lugar, por la salud. También ellos participan del ideal de juventud que prima en la sociedad actual y los contenidos ligados a una vida sana que se alcanza básicamente a través del ejercicio físico o del deporte. Por lo que se refiere al turismo, se trata de una de las actividades más características de la sociedad actual y muchos de los nuevos jubilados se plantean realizar en esos primeros años, con pensiones relativamente elevadas y libres de las ataduras laborales y familiares, algunos viajes o visitas, que se benefician además de precios especiales para este colectivo o simplemente al poder realizarlos en temporada baja con precios mucho más asequibles.

En prácticamente todas las actividades por las que se preguntaba, los porcentajes correspondientes a los mayores jóvenes son superiores a los del resto de los grupos, lo que indica que nos encontramos ante un grupo de población cada vez más activo. El envejecimiento activo se ha convertido en el gran objetivo de las instituciones internacionales, los gobiernos y la sociedad en su conjunto. “Para la OMS, el envejecimiento activo permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo

**Tabla 30 – Al jubilarse o al cumplir 65 años, ¿inició Ud. alguna actividad nueva que no hubiera realizado antes? En porcentaje. 2010**

	Total	Sexo		Edad			
		Hombres	Mujeres	De 65 a 69 años	De 70 a 74 años	De 75 a 79 años	De 80 y más años
Turismo	8,8	8,4	9,0	15,9	6,3	7,9	5,4
Cursos de manualidades (arcilla, ganchillo, pintura)	12,2	5,9	16,8	13,7	13,1	9,6	12,1
Aprender informática	2,5	3,5	1,7	4,3	2,9	1,5	1,2
Hacer deporte o ejercicio físico	26,9	35,6	20,5	36,9	28,2	27,1	16,5
Hacer amigos/salir con los amigos	6,3	6,7	6,1	6,5	6,7	8,7	3,9
Participar en un negocio	0,6	1,3	0,1	0,4	0,3	1,8	0,3
Participar en actividades culturales y sociales (charlas)	3,9	4,8	3,3	5,1	4,4	4,4	2,1
Cultivar un huerto o jardín	5,0	10,2	1,2	6,9	4,1	5,7	3,7
Participar en alguna asociación	2,4	1,8	2,9	2,4	2,1	1,6	3,5
Actividades de apoyo no remuneradas a personas conocidas	2,1	0,3	3,4	2,9	4,1	1,4	0,0
Colaborar en actividades de voluntariado social	2,9	0,4	4,6	1,3	5,5	3,1	1,5
Actividades de mi iglesia, parroquia, centro religioso	2,4	0,5	3,7	5,1	2,3	0,7	1,4
Cursos de formación	0,6	0,4	0,8	2,3	0,1	0,1	0,0
Otras	4,2	4,2	4,2	5,7	4,1	4,0	3,2
Nada en especial	39,7	34,9	43,3	30,9	36,1	43,4	48,2
NS/NC	6,7	6,9	6,5	4,3	6,1	5,0	10,7

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro a partir de Imsero, *Encuesta sobre personas mayores 2010*.

de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, a la vez que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Cuando la OMS utiliza el término ‘activo’ se refiere a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, esto es, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. El envejecimiento activo, además, amplía la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, y aquí se incluyen también las personas frágiles, con discapacidad o las que necesitan asistencia en su vida diaria. El envejecimiento activo, cuenta así con diversas dimensiones o componentes (económicos, sociales, conductuales, personales...)”<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Pinazo Hernandis, S. (2012): “Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: claves para un envejecimiento activo”, *I Simposio Internacional sobre Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional: Claves para un Envejecimiento Activo*, en <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/spinazo.pdf>

**Cuadro 5 – Tipología del envejecimiento**

Denominación	Objetivo	Destinatarios
Envejecimiento saludable	Salud	El propio sujeto
Envejecimiento con éxito	Implicación activa en el proceso de envejecimiento: bienestar físico, psicológico, intelectual	
Envejecimiento competente		
Envejecimiento satisfactorio		
Envejecimiento óptimo	Participación social	La comunidad
Envejecimiento activo		
Envejecimiento productivo	Contribución social	

**Fuente:** Pinazo Hernandis, S. (2012): "Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional: claves para un envejecimiento activo", *I Simposio Internacional sobre Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional: Claves para un Envejecimiento Activo*, en <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/bi-nario/spinazo.pdf>

Se podría decir que se ha producido un gran avance hacia un envejecimiento saludable y satisfactorio (cuadro 5), pero se ha de avanzar mucho más para llegar a un envejecimiento activo y productivo, basado en la participación. No parece suficiente que el porcentaje de mayores que afirma que al jubilarse no iniciaron ninguna actividad nueva haya pasado del 48,2% del grupo de los que tienen 80 años y más al 30,9% entre las personas de 65 a 69 años.

Los mayores tienen ya una participación importante en actividades como el cuidado y la atención de personas, el seguimiento de los medios de comunicación, la vida social y el ocio activo, pero en otros sigue siendo baja y se debe potenciar. Deben acentuar su presencia en el voluntariado, las tecnologías de la información y la comunicación y la formación. Como se puede observar en la tabla 29, en todos estos ítems los porcentajes de participación al menos semanal se sitúan por debajo del 10% en el conjunto de los mayores, y no alcanzan el 20% entre los mayores jóvenes.

En el actual contexto de desprestigio de la política y de los políticos adquiere una especial significación la participación política de los mayores. La acción política no consiste solamente en leer o en informarse a través de la radio, la televisión o Internet para estar enterados de lo que pasa y poder discutir con los demás las noticias. Deberían entender su participación política como una mayor implicación personal (también, pero no sólo, a través de su afiliación a los partidos) en la resolución de los problemas que afectan a su pueblo, a su barrio o a su ciudad. Especial interés puede tener en las circunstancias actuales incentivar la participación política de los mayores como concejales o alcaldes sin remuneración de pueblos pequeños, que necesitan un alcalde que esté a disposición permanente de los vecinos.

En todo caso, la participación política de un colectivo cada vez más determinante en los procesos electorales se enfrenta al reto de remontar

**Tabla 31 – Para cada una de las cuestiones que voy a leerle a continuación, ¿podría decirme si representan para Ud. en su vida, algo muy importante, bastante, poco o nada importante? En porcentaje. 2006**

	Muy importante	Bastante importante	Poco importante	Nada importante	N.S.	N.C.
La familia	87,3	10,9	0,7	0,2	0,2	0,8
La política	3,0	15,1	32,7	45,5	2,2	1,5
El dinero	23,4	62,7	11,7	1,0	0,2	1,0
La salud	91,3	7,6	0,2	–	0,0	0,8
Los amigos	39,2	49,5	8,0	1,3	0,5	1,4
La religión	24,7	42,5	22,2	8,5	0,8	1,3
El ocio, las actividades culturales, deportivas, etc.	11,1	42,3	27,5	13,1	3,2	2,7

**Fuente:** CIS (2006): *Estudio 2.647. Condiciones de vida de las personas mayores.*

una valoración bajo mínimos y muy preocupante en la vida de las personas mayores (tabla 31): no alcanza el 20% entre las personas mayores las que consideran la política como algo muy o bastante importante en su vida, con diferencia la cuestión menos valorada.

La triple crisis de legitimidad, económica, política y social, que sufrimos interpela a las élites políticas y financieras, a los partidos y sindicatos y a todos los ciudadanos. Hemos de lograr un diagnóstico compartido desde el realismo crítico. Es una oportunidad para redefinir y avanzar hacia una ciudadanía responsable y hacia un modelo de sociedad y política basado en la renovación institucional.

Los horarios españoles constituyen una excepción en Europa. Urge reflexionar y tomar decisiones sobre un aspecto, sobre todo en el ámbito laboral, que introduce claras disfunciones sociales y económicas. Es hora de superar tópicos idiosincráticos y climáticos y acometer una tarea que atañe principalmente a las Administraciones Públicas, las empresas y los medios de comunicación.

Las mujeres están resistiendo mejor la crisis en el ámbito laboral, tras su mayor esfuerzo educativo durante décadas. En las esferas de poder y toma de decisiones los progresos son mucho menores y más lentos. No obstante, el reto de la igualdad se juega hoy principalmente en una participación equitativa de los hombres en los trabajos reproductivos y de cuidados en el ámbito de la familia.

Los jóvenes de hoy –los de la “generación premeditada” y “los hijos tesoro”, la “generación mejor preparada de nuestra historia”– se enfrentan a un contexto inédito, en el que deben aprender a tomar sus propias decisiones. Difuminado el horizonte de “gran futuro” que se les prometió, buscan nuevas orientaciones, pero nadie se las ofrece. ¿Qué van a hacer? ¿Qué van a poder hacer? ¿Cómo lo van a hacer?

La crisis ha concedido un renovado protagonismo a las personas mayores. Son cada vez más, más longevas y más decisivas, tanto en la economía como en la sociedad. Esta nueva situación plantea nuevos retos en las relaciones intergeneracionales y en la participación social y política. Sin olvidar las incertidumbres respecto a ámbitos tan básicos como las pensiones y la sanidad.

Tras una etapa de crecimiento, en gran medida a la sombra de las Administraciones Públicas, las organizaciones del Tercer Sector afrontan el reto de la madurez en un nuevo escenario. La independencia, la corresponsabilidad y la transparencia son aspectos fundamentales en un sector clave para la promoción de una ciudadanía más comprometida y más fuerte para dar respuesta a los “perdedores” del sistema.

El estallido de la burbuja inmobiliaria ha supuesto la quiebra de un modelo residencial insostenible desde un punto de vista económico y también social. Urge una reinención de nuevas políticas de vivienda más acordes con las circunstancias actuales. La dimensión social de la vivienda debe ser el fundamento para la futura reorientación del sector desde la demanda.

