

4

INFORME  
ESPAÑA  
1 9 9 6.

una interpretación  
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**  
Oquendo, 23  
28006 Madrid  
Tel. (91) 562 44 58 - Fax (91) 562 74 69  
E. Mail: [correo@fund-encuentro.org](mailto:correo@fund-encuentro.org)

ISBN: 84-89019-04-5  
ISSN: 1137-6278  
Depósito Legal: M-13683-1997

Fotocomposición e Impresión: **Albadalejo, S.L.**  
Albadalejo, 6 - 28037 Madrid

Capítulo V	
EL ENVEJECIMIENTO HUMANO	321
I. Tesis Interpretativas	323
1.- No estamos preparados para vivir tanto tiempo	323
2.- Una vejez menos dependiente	324
II. Red de los Fenómenos	326
1.- Envejecimiento y cambios demográficos	326
1.1.- In-definiciones de la vejez	326
1.2.- Factores demográficos	326
1.3.- Perfil sociológico de la nueva vejez	330
2.- Biología del envejecimiento	339
2.1.- Cómo envejecen nuestras células	340
2.2.- El envejecimiento de órganos y sistemas	342
2.3.- Aspectos médicos de la vejez	344
2.4.- Nutrición y dieta en las edades avanzadas	346
3.- El envejecimiento como proceso social	348
3.1.- La vejez ya no empieza con la jubilación	348
3.2.- ¿Qué significa llegar a viejos?	350
3.3.- Una nueva vejez más joven, sana y activa	351
3.4.- Nietos sin abuelos y abuelos sin nietos	353
4.- Protección y ayuda a la población mayor	354
4.1.- Atención socio-sanitaria del anciano	354
4.2.- Ayudas en la dependencia	356
4.3.- Ocupación del tiempo libre	357
4.4.- Preparación para la vejez	359
5.- Menos incertidumbre económica para los mayores	360
5.1.- El desarrollo del Pacto de Toledo sobre el futuro de las pensiones	360
5.2.- Un sistema más contributivo y solidario	366
5.3.- Ya hay consenso social básico	368

## Capítulo V

---

# EL ENVEJECIMIENTO HUMANO

## I. TESIS INTERPRETATIVAS

### 1. No estamos preparados para vivir tanto tiempo

Uno de los aspectos sociológicos más destacados de nuestro tiempo es el espectacular aumento de las expectativas de vida y el consiguiente envejecimiento de la población en los países desarrollados. Ocurre por primera vez en la historia de la humanidad. Es debido, entre otros factores, al éxito de la medicina y la salud pública, a una mejor alimentación, a una cultura más activa y, probablemente, a la mayor sensación de seguridad de los individuos en las sociedades modernas frente al estrés, la incertidumbre del futuro o la amenaza de la pobreza, que son paliadas por las políticas sociales del Estado protector.

El estudio del envejecimiento es fundamental para la planificación de la salud y el bienestar de la población. Los estilos de vida previsores sirven para que al llegar a la vejez haya una menor propensión a las molestias inherentes a esa edad y a los procesos crónicos que suelen acompañarla. Sociólogos, economistas y políticos pueden aprovechar los nuevos conocimientos con planes adecuados de asistencia y protección a este núcleo cada vez más importante de la población.

Da la impresión de que la humanidad no estaba preparada para esta brusca y masiva prolongación de la vida ni para hacer frente a los problemas económicos, laborales, sociales, familiares, médicos y sanitarios que el número cada vez mayor de personas ancianas producen en la sociedad moderna. Estos problemas distorsionan las previsiones y el empleo de los recursos colectivos que estaban pensados para una población con un ciclo vital más corto. Lo cual obliga a una acelerada reconversión de las estructuras y dispositivos sociales y a una redistribución de los recursos colectivos.

El encarecimiento de los costes de los servicios sociales, en especial los referentes a las pensiones y a la asistencia sanitaria, hacen imposible mantener por más tiempo el lema de la sociedad del bienestar: «siempre más, nunca bastante». Todos los países del mundo occidental, desde Suecia y los demás países escandinavos, pasando por Alemania, Francia, Italia y, naturalmente, España, han concluido que no se pueden seguir aumentando los gastos sociales y que los recursos son limitados, frente a una demanda que crece sin cesar. La necesidad plantea distintas opciones a riesgo de discriminar entre unos individuos y otros, con graves problemas políticos y sociales a la hora de decidir la distribución de los recursos. Atender a los ancianos cuesta mucho a las familias y a la sociedad y ese gasto no puede

seguir creciendo al mismo ritmo. Pero, al aumentar su número, los ancianos acrecientan la gran fuerza sociológica de su voto y pueden inclinar el ejercicio del poder en un sentido u otro. Si el sentido de equidad y solidaridad no se incrementa simultáneamente entre la población anciana, esto podría crear problemas muy graves, además del riesgo de un caos económico.

Vivida personalmente, la situación de quien envejece no es menos problemática. La vejez, que debiera sentirse como un regalo biográfico, como una etapa de pleno disfrute —lo que Max Scheler llamaba la «breve fiesta de la vida»—, se convierte frecuentemente en una situación deprimida, vacía de proyectos, anclada en los recuerdos, molesta para el propio protagonista y para los que le rodean. Bien es cierto que esta situación parece ir cambiando, pero no con la rapidez que demandan los tiempos y las circunstancias. En la nueva vejez pervive la antigua imagen negativa.

## 2. Una vejez menos dependiente

Quienes estudian la vejez dudan incluso en la forma de referirse colectivamente a quienes envejecen: nuestros mayores, personas ancianas, personas de edad, viejos, tercera edad (y cuarta). Se intuye que cualquier denominación genérica, al margen de las cargas semánticas de cada término, no hace justicia a la situación real de muchas personas incluidas en este gran colectivo. Por adecuada que sea una terminología para un sector del colectivo, puede herir y discriminar, por inapropiada, al resto. Según datos del CIS de 1993 (Estudio 2.057), el 48% de los consultados prefería el término «mayores» para nombrar a ese colectivo, el 25% prefería «tercera edad», «ancianos» el 13% y «viejos» el 8%. Los encuestados con más de 65 años preferían el término «mayores» (45%) con una gran diferencia sobre los demás.

Esta incomodidad con el lenguaje refleja una novedad significativa: la vejez es hoy más diferenciada que nunca. Crece sobre todo el colectivo de personas mayores de 80 años, predominantemente mujeres a causa de las diferencias de mortalidad entre los sexos. El colectivo de mayores de 65 años tiene, pues, una edad media más alta. Pero, a su vez, esa media enmascara la relativa juventud física y anímica que caracteriza a los viejos «jóvenes» entre los 65 y los 75 años. El umbral de la jubilación se desdibuja; disminuyen los empleados con más de 60 años, al igual que fluctúa la incorporación a la vida laboral, con períodos intermitentes de trabajo temporal, formación y desempleo. Con mejores recursos materiales, culturales y económicos, los recién llegados a esa tercera edad conservan capacidades de actividad, interés y experiencia que a duras penas se abren paso por el espesor de la imagen social de una ancianidad desvalida y necesitada de

cuidados, estereotipo que actualmente sólo es aplicable en parte a los más ancianos. La identificación generalizada de la «vida útil» de la persona con su carrera laboral perjudica gravemente la autoestima de quienes siguen activos, aunque no remunerados, en la familia y la sociedad. Pero esta injusta atribución no es exclusiva de los jubilados, afecta también a estudiantes, amas (y amos) de casa y tantos proveedores de servicios imprescindibles, pero no remunerados. Estadísticamente no son «población activa», aunque ya no se les califique abiertamente como «clases pasivas».

Las personas mayores de 65 años conforman un sujeto político, económico y social cuya importancia y contribución real subestiman hasta aquellos que forman parte de él. Hemos de recuperar las capacidades, hoy despilfarradas, de esa tercera edad que, alargada, ya no es un simple apéndice de la segunda.

## II. RED DE LOS FENÓMENOS

### 1. Envejecimiento y cambios demográficos

Las personas mayores se han convertido en un grupo social que atrae de forma creciente el interés individual y colectivo por las implicaciones humanas, sociales, económicas, políticas, familiares y personales que su aumento conlleva. A la necesidad de satisfacer las lógicas demandas de este grupo se añade la idea creciente de carga social, lo que origina un debate público cada vez más intenso. Las tradicionales necesidades de la población anciana se han ido incrementando en calidad y en número debido al constante aumento de la proporción de este colectivo respecto a otros grupos de edad de la sociedad española actual.

#### 1.1 *In-definiciones de la vejez*

El factor cronológico varía según la clase de vejez que se considere. No es lo mismo el envejecimiento biológico –ampliamente variable– que el concepto geriátrico-estadístico de la jubilación o la imagen social de la persona de edad, según los grupos sociales y culturales. Con carácter general, se acostumbra a considerar viejos a las personas que han cumplido 65 años, ya que este umbral es más fácil de medir estadísticamente y se maneja mejor en las previsiones y planificación de las prestaciones, dejando a un lado aspectos psicológicos, sociales, económicos o fisiológicos del individuo. Esta edad cronológica suele coincidir con el cese de la actividad laboral, un hito claro para el individuo y para la colectividad. Por otra parte, cada vez es más frecuente una subdivisión de la vejez a partir de los 75-80 años: viejos jóvenes y más viejos. Los segundos suelen ser más vulnerables a situaciones de viudedad, soledad, enfermedades crónicas invalidantes, dependencia grave, etc. Es el grupo que más aumenta y el que acumula un mayor número de problemas derivados del envejecimiento.

#### 1.2 *Factores demográficos*

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento de la población se produce porque llegan más supervivientes a la edad de 65 años y porque hay menos jóvenes, dado que la fecundidad ha disminuido notablemente. Ambos factores son importantes para clasificar demográficamente la situación actual y futura de España y de los demás países desarrollados.



La vejez empieza a considerarse un problema en Europa a partir de los cambios demográficos de la revolución industrial. Desde finales del siglo XIX hasta principios de la década de los noventa, las personas mayores de 65 años en el Reino Unido aumentaron del 4,6% al 15,7% de la población; en Estados Unidos se pasó del 3,4% al 12,8%. Hoy es un fenómeno específico de los países más industrializados: las personas mayores representaban en 1995 el 13% de la población y alcanzarán el 15% en los primeros años del próximo milenio, según la proyección demográfica del Banco Mundial. Sin embargo, este problema afectará también al resto de los países. Los mayores de 65 años, que se calcula que eran en todo el mundo de 10 a 17 millones en 1900 (1%), en 1995 alcanzaron los 210 millones (3,7%) y las proyecciones para el año 2050 los sitúan en 1.435 millones (15%).

España no ha sido ajena a este fenómeno y, aunque se manifestó más tarde, su evolución ha sido más rápida: de una población relativamente joven en los años setenta hemos pasado a una población envejecida en los años noventa. Los mayores de 65 años representaban el 11,2% de la población española en 1981, en 1996 son el 15,6% y llegarán al 20% en el año 2020, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (tabla 1). Las diferencias con los demás países europeos se han reducido muy deprisa; por ejemplo, en Suecia las personas mayores constituían el 16,4% de la población en 1980, aumentarán hasta el 16,9% en el 2000 y hasta el 20,2%

**Tabla 1 – Evolución de la población española. En miles. 1887-2020**

	Población total	Población de 65 años y más	% de población de 65 años y más
1887	17.566	889	5,1
1900	18.618	968	5,2
1910	19.996	1.106	5,5
1920	21.390	1.217	5,7
1930	23.678	1.441	6,1
1940	25.878	1.690	6,5
1950	27.977	2.023	7,2
1960	30.529	2.505	8,2
1970	34.041	3.291	9,7
1981	37.683	4.237	11,2
1991	38.872	5.370	13,8
1996(*)	39.270	6.131	15,6
2000(*)	39.466	6.642	16,8
2010(*)	39.799	7.141	17,9
2020(*)	39.289	7.845	20,0

(\*) A partir de 1996 son proyecciones.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Anuario Estadístico 1995*, Madrid, 1996; y datos del INE.

en el 2020. Es más, en España, en torno al año 2030, la proporción de personas mayores superará a la de población joven, mientras que el tamaño total de la población seguirá siendo el actual. España y los demás países europeos no podrán considerarse jóvenes nunca más.

En nuestro país, un factor que influye fuertemente en el envejecimiento de la población es la disminución de las tasas de mortalidad en todas las edades, especialmente en la infantil. Junto a la alta fecundidad histórica de las primeras décadas de este siglo, se ha producido una supervivencia mayor en las generaciones con 65 años y más. La esperanza de vida de los españoles es la segunda más alta del mundo: 73,2 años para los varones y 81,1 años para las mujeres. Las previsiones de los demógrafos apuntan a una vida aún más larga: en el año 2050 la esperanza de vida será de 80 años para los hombres y de 85 para las mujeres. De cada 100 personas nacidas en 1900 llegaron a viejos 26; como detalla el cálculo de probabilidades de la tabla 2, casi el 45% de las personas nacidas en 1930 llegaron a los 65 años; de los nacidos en 1990, se calcula que el 84% alcanzará esta edad. En

**Tabla 2 – Series de supervivientes de las tablas de mortalidad de la población española. 1930-1990**

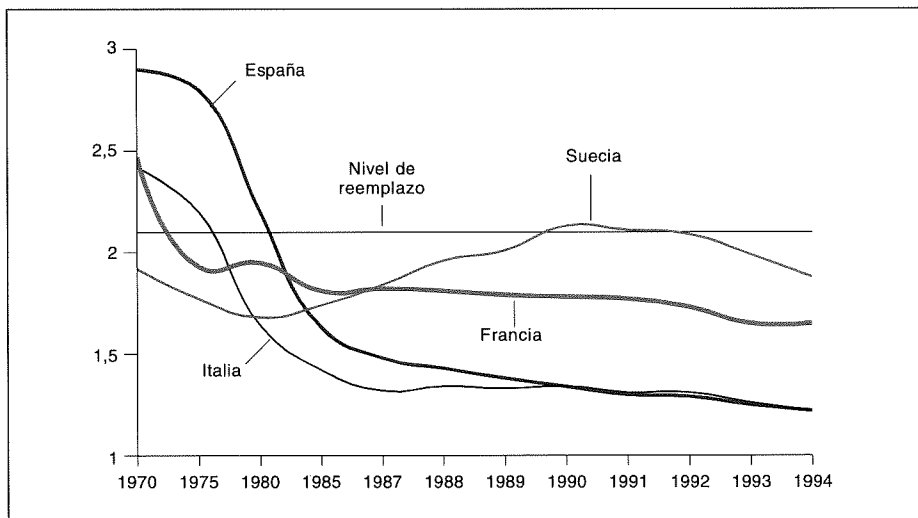
Edad	1930	1990	Relación de la población de 1990 respecto a 1930
0	100.000	100.000	1,0
1	88.347	99.219	1,1
5	80.335	99.037	1,2
10	78.837	98.920	1,3
15	77.856	98.794	1,3
20	76.273	98.474	1,3
25	74.193	97.971	1,3
30	72.109	97.386	1,4
35	69.936	96.774	1,4
40	67.540	96.100	1,4
45	64.808	95.174	1,5
50	61.604	93.849	1,5
55	57.576	91.684	1,6
60	52.189	88.558	1,7
65	44.886	83.938	1,9
70	35.328	77.082	2,2
75	23.843	67.062	2,8
80	12.318	52.527	4,3
85	4.180	34.145	8,2
90	768	16.443	21,4
95	59	5.002	84,8

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INE, *Anuario Estadístico 1995*, Madrid, 1996.

el próximo siglo estas diferencias crecerán aún más, dependiendo fundamentalmente de su mortalidad específica y no del comportamiento del resto de los grupos de edad, ya que no es probable un cambio profundo en la fecundidad ni un descenso mayor de la mortalidad infantil o general<sup>1</sup>.

Por otra parte, la disminución brusca de la fecundidad en los últimos años hace más visible este aumento de personas ancianas en la pirámide de edades, ya que ha variado el peso proporcional de cada tramo de edad, con los problemas que eso implica para la solidaridad intergeneracional. En algo más de 20 años (1970-1991), España ha pasado de un índice de fecundidad de 2,8 a 1,3 hijos por mujer, desde 1981 por debajo del nivel de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer). En el gráfico 1 puede observarse que el número medio de hijos por mujer era en 1991 inferior al de Francia y Suecia y semejante sólo al de Italia, en contraste con la situación de 1970.

Gráfico 1 – Evolución del número medio de hijos por mujer. Varios países. 1970-1994



**Nota:** Los datos de España, Francia e Italia para 1994 son provisionales.

**Fuente:** Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Eurostat, *Statistiques Démographiques*, Luxemburgo, varios años.

<sup>1</sup> En los países pobres, que presentan altas tasas de mortalidad, la introducción de mejoras económicas y sanitarias disminuye rápidamente la mortalidad infantil, muy sensible a la mejoría en la alimentación y en la sanidad. Influir en la disminución de las mortalidades específicas de otros grupos de mayor edad es mucho más lento. Por el contrario, en los países ricos, la mortalidad infantil es ya muy reducida y el descenso de la mortalidad proviene sobre todo de los progresos contra las enfermedades degenerativas e invalidantes que están más en relación con el envejecimiento biológico. También unas buenas condiciones económicas, culturales, sanitarias, políticas, etc., producen el aumento de la esperanza de vida de la población.

Las causas que han producido este drástico descenso de la fecundidad en España son muchas y no siempre claramente definidas. Hay que contar con los cambios en las condiciones de vida, la aspiración a bienes materiales, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, la difusión y empleo de modernas técnicas anticonceptivas y el descenso de la mortalidad infantil que conserva vivos más hijos, por lo que no son necesarios tantos para que sobrevivan algunos.

### *1.3 Perfil sociológico de la nueva vejez*

Los estudios más recientes sobre la tercera edad coinciden en un punto: la vejez es una realidad dinámica en constante y rápido cambio, llena de matices en función de las variables de edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y nivel de renta. Estas variables influyen de forma directa en aspectos importantes del modo de vida de los mayores como son el factor convivencial, la salud, la necesidad de ayuda y cuidados, la vida después de la jubilación, las actividades culturales y el ocio. Para el análisis de estos modos de vida nos servimos, entre otras fuentes, del último estudio publicado por el INSERSO sobre la encuesta conjunta de este organismo con el CIS realizada en noviembre de 1993 (Estudio 2.072).

#### **Estructura de la población mayor**

Una de las primeras diferencias que se observan en un colectivo que en 1996 estaba formado por más de seis millones de ciudadanos en España viene proporcionada por la **edad**. La prolongación de la vida ha provocado dentro de la tercera edad un aumento significativo de lo que algunos sociólogos han llamado *cuarta edad*: aquellas personas que tienen 85 años y más. Su forma de vida, por razones obvias de salud y de edad, es sustancialmente diferente a la de las personas que cuentan con 65 años. Valga como ejemplo que, según las proyecciones demográficas del INE, un 9,3% de la población española mayor de 65 años tenía 85 años y más (570.117 individuos) en 1996; en el 2000, ese porcentaje alcanzará el 9,8% (647.240 personas) y en el 2010 la cifra se disparará hasta el 12,8% (915.126). Algo similar ocurre con el segmento intermedio, el de la población con 75 años y más. En el siglo XX los mayores de 65 años habrán crecido 3 o 4 veces más que en el siglo anterior, pero aún más lo habrán hecho los mayores de 75 años, ya que se van a multiplicar casi por 10 en relación a las cifras de 1900, superando los 2,5 millones de españoles. La edad se consolida como un importante factor de discriminación entre la población mayor de 65 años: la salud es mucho más precaria según se va envejeciendo y, por tanto, la dependencia social, familiar y económica es mayor. La demanda de cuidados y servicios y sus correspondientes gastos crecen entre los más ancianos al tiempo que disminuye su nivel de renta.

Por **sexos**, esta problemática afecta más a las mujeres que a los hombres, debido a la mayor longevidad de aquéllas. Si antes de cumplir los 65 años las mujeres son sólo ligeramente más numerosas que los hombres (51% frente al 49%), a partir de esa edad la relación es de 6 a 4. En España vivían 6.131.116 personas mayores de 65 años en 1996, de las cuales 3.579.980 eran mujeres y 2.551.136 hombres, es decir, un millón más de mujeres. La desproporción crece a medida que se va envejeciendo, hasta el punto de que en 1993 había 7 mujeres y 3 hombres por cada 10 personas mayores de 75 años (gráfico 2).

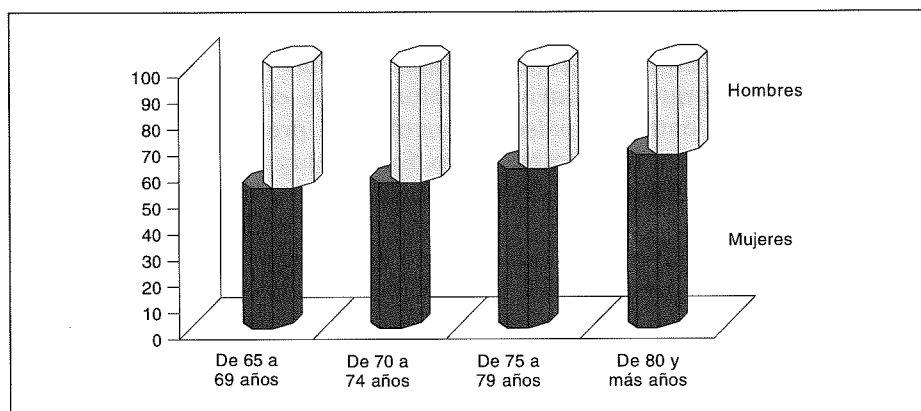
La mayor presencia femenina incide de forma directa en la conformación del **estado civil** entre la población de más de 65 años: en cifras absolutas y relativas hay más solteras que solteros y más viudas (49%) que viudos (16%). Al llegar a los 80 años, el 80% de los varones sigue casado frente al 40% de las mujeres.

Precisamente, por esa *superioridad vital*, las mujeres están expuestas a un mayor desvalimiento: presentan mayores tasas de vida en solitario que los hombres y su nivel de renta es más bajo, debido a su escasa presencia en el mercado de trabajo y sus menores pensiones.

### Modos de vida

El modo de vida de los ancianos también se caracteriza por una gran heterogeneidad. Los hogares, su equipamiento y antigüedad, la movilidad geográfica, las formas de convivencia y el tipo de ayuda recibida son algunos de los elementos que conforman la variada realidad social de los mayores.

Gráfico 2 – Relación hombres-mujeres en cada cohorte de edad. 1993



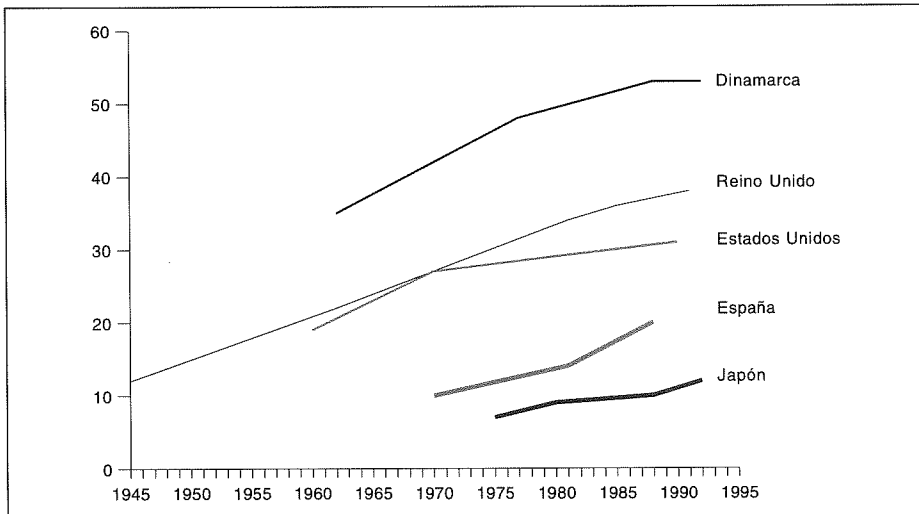
Un factor importante es la **movilidad geográfica y el hogar**. Casi la mitad de los mayores españoles reside en el mismo lugar que les vio nacer (47%) y la mayoría de los que emigraron de su tierra lo hicieron generalmente durante la edad laboral. En esta cuestión se aprecian diferencias entre el hábitat rural y el urbano: la movilidad geográfica es mayor cuanto más grande es el tamaño del municipio en que se reside. Sólo un 6% de las personas mayores cambian de residencia después de la jubilación. También se ha comprobado que en la gran mayoría de los casos los ancianos residen en viviendas de su propiedad (69,2%) y, en segunda instancia, en casa de algún hijo o familiar (13,8%).

Las viviendas tienen una antigüedad media de unos 25 años, aunque ésta se acentúa en el medio rural y se reduce en el urbano y semiurbano. En cuanto al equipamiento, conviene destacar que las casas de los mayores de 65 años están peor preparadas que el resto de los hogares españoles: en 1994, un 66,2% de los hogares carecía de calefacción, un 17,9% no disponía de teléfono y otro 10,7% tampoco tenía un baño completo, aunque en los últimos años esos porcentajes han descendido.

Otro punto importante que arroja luz sobre los modos de vida de los ancianos son las **formas de convivencia**. En España, un 16% de los mayores vive solo. Como ya se anotó anteriormente, la soledad afecta más a las mujeres, ya que un 23% de ellas vive sin compañía frente a un 7% de los hombres. Además, 8 de cada 10 personas de más de 65 años que viven solas son mujeres. La pauta de esta forma de vida adquiere una forma de curva: a los 65 años los *solitarios* son sólo el 10% del total para convertirse en el 20% a los 70-75 años; el porcentaje desciende ligeramente en las edades más avanzadas, lo que sin duda indica un *regreso* a la convivencia con algún familiar, bien sea porque el anciano ya no es capaz de valerse por sí mismo o bien porque no se siente con fuerzas para afrontar la soledad.

La baja tasa de **vida en solitario** en España contrasta con la que muestran otros países europeos (gráfico 3), especialmente Dinamarca, donde las personas mayores que no conviven habitualmente con nadie son más del 50%. Sólo Japón, entre los países desarrollados, presenta una frecuencia menor de hogares con un solo miembro. Sin embargo, la tendencia se está invirtiendo: en los últimos años el número de hogares unipersonales ha crecido y la previsión es que seguirá aumentando. El modelo de familia española se está acercando al tipo dominante en el norte y oeste de Europa, donde las distintas generaciones viven separadas las unas de las otras en células familiares relativamente restringidas. La extensión en el tiempo de las capacidades físicas de los ancianos para valerse por sí mismos, la mejora de la calidad de vida, el mayor distanciamiento geográfico entre los hijos y los padres y el aumento de las familias monoparentales auguran el desarrollo de este fenómeno durante el siglo que viene.

Gráfico 3 – Porcentaje de personas mayores de 65 años que viven solas. Varios países. 1945-1995

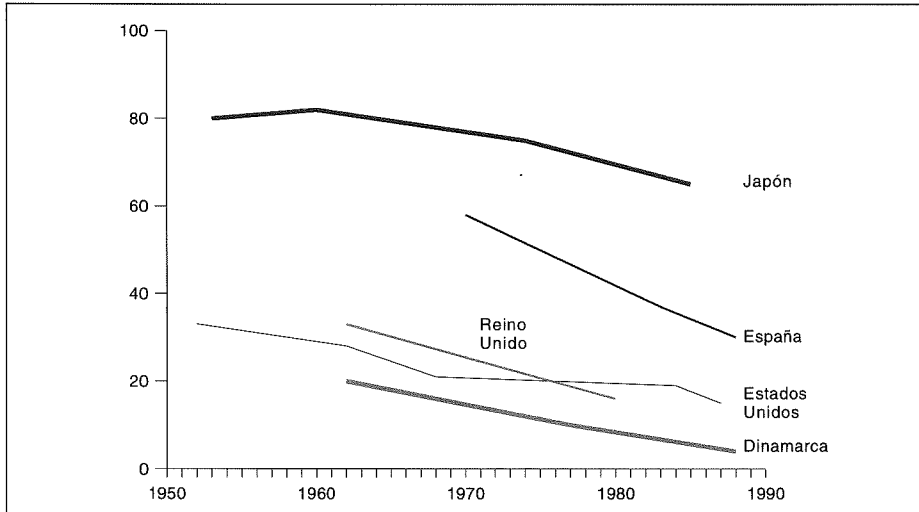


Fuente: OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, París, 1996.

Cerca de un 40% de los mayores de 65 años vive con su pareja. Hasta los 80 años, ésta es la modalidad más extendida, pero a partir de esa edad decae mucho la cifra a causa del fallecimiento de uno de los cónyuges, principalmente del hombre. No obstante, cerca del 20% de los mayores de 80 años vive aún con su pareja y entre los que ya la perdieron, un 27% convive con alguno de sus hijos o con algún familiar (4%). La **familia** es el principal soporte para los mayores, pues un 38% de ellos convive con alguno de sus hijos, ya sea en su propia casa o en la del hijo, independientemente del estado civil, mientras que un 3,5% vive con otros familiares. Estos porcentajes son menores en todos los demás países desarrollados excepto, una vez más, en Japón (gráfico 4). La cohesión y estabilidad de la familia se configura como el principal agente de ayuda y asistencia de los ancianos que dependen del auxilio de terceros para la realización de actividades en la vida cotidiana.

Pero los mayores de 65 años no sólo reciben asistencia externa de las generaciones que les siguen. La **ayuda intrageneracional** entre los ancianos también ocupa un espacio importante (gráfico 5). El 14% de los mayores que no sufren dependencia auxilian a las personas necesitadas de su generación. Bien es cierto que este tipo de ayuda se concentra en dos terceras partes en el cónyuge, ocupando la figura de la hermana un segundo lugar y, en menor medida, los hijos o hijas cuyos padres nonagenarios aún viven, los amigos y los vecinos. La ayuda entre mayores procede en el 78% de los casos de personas con las que se convive y son más los hombres (16,5%)

Gráfico 4 – Porcentaje de personas mayores de 65 años que viven con sus hijos. Varios países. 1950-1990

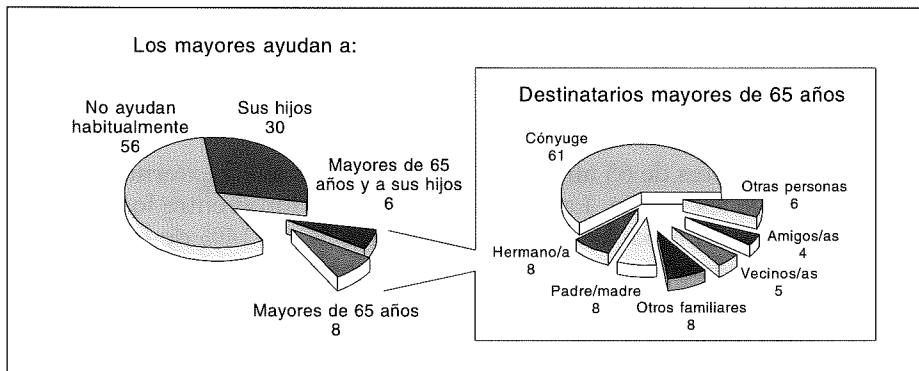


Fuente: OCDE, *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation*, París, 1996.

que realizan estas tareas que las mujeres (12,5%). Al compartir vivienda con la persona impedida, resulta lógico pensar que la asistencia diaria es la forma más habitual (80%); el resto se reparte entre ayuda semanal y esporádica.

Los mayores colaboran también, en la medida de sus posibilidades, en la vida familiar: un 35% de ellos presta alguna **ayuda a su familia**, con-

Gráfico 5 – Distribución de la ayuda prestada por los mayores (\*). En porcentaje. 1993



(\*). Ayuda de mayores, que se valen, a otros mayores que la necesitan para comer, vestirse, pasear, etc.

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de INSERSO, *op. cit.*



cretada por lo general en las tareas domésticas, en el cuidado de los nietos cuando los padres trabajan o ambas cosas a la vez. Esa tasa asciende al 44% si el anciano convive bajo el mismo techo con sus hijos y nietos.

La reciprocidad familiar se produce con más frecuencia de lo que normalmente se piensa y una buena proporción de ancianos desempeña un papel asistencial activo, tanto con personas de su edad como con sus descendientes. Esta idea rompe uno de los tópicos más arraigados en la sociedad actual: el de que después de la jubilación el individuo pierde su utilidad social y ya no le queda nada más que hacer que vivir lo más plácidamente posible los años que le queden.

### Relaciones sociales y *status*

El estereotipo asocia la jubilación con una pérdida del *status* socioeconómico que poseía el individuo durante su vida laboral y con un deterioro de las relaciones sociales de los jubilados; según la opinión general, esto conduciría inevitablemente al aislamiento y a una apreciación negativa de la vida por parte del propio interesado. Los datos no parecen avalar esta teoría: un 70% de los jubilados no ha perdido su círculo de amigos ni las relaciones sociales, un 9% afirma que sus relaciones sociales han aumentado y sólo un 20% declara que éstas han disminuido.

Las encuestas muestran que la percepción optimista del **tono vital** predomina entre los mayores (71% de los hombres, 51% de las mujeres) y que el estado de ánimo, por lo general, es bueno (tabla 3), si bien éste varía en función de las condiciones de salud. Sólo el 20% de los hombres y el 40% de las mujeres afirman estar tristes o deprimidos. Las diferencias entre los dos sexos pueden ser explicadas por las mayores tasas de vida en solitario que presentan las mujeres.

Tabla 3 – Estado de ánimo de los mayores. En porcentaje. 1993

	Total	Hombres	Mujeres
En general me siento bien, la vida es agradable	59,6	71,3	51,2
Muchas veces me siento triste y deprimido	31,9	20,5	40,0
Siento que todavía soy útil y necesario para la gente	16,9	15,2	18,1
Me siento solo	6,3	3,0	8,7
Me siento más irritable	3,5	2,9	3,9
Me siento con ánimos de emprender cosas nuevas	2,8	4,1	1,8
Creo que si desapareciera nadie me echaría de menos	1,3	1,1	1,5
Número absoluto	2.369	986	1.383

**Nota:** Se admitían dos respuestas, de ahí que el total no sume 100. La pregunta fue: «¿Cuál ha sido su estado de ánimo durante los últimos meses?».

**Fuente:** INSERSO, *op. cit.*

**Tabla 4 – Preocupación principal de los mayores. En porcentaje. 1993**

	Total	Hombres	Mujeres
Enfermedades, deterioro físico, incapacidad de valerse	25,5	22,0	28,0
La soledad, alejamiento de los hijos, falta de ayuda	4,7	2,6	6,0
Preocupaciones económicas y de vivienda	6,3	7,7	5,4
La salud de algún familiar	4,9	4,1	5,5
Bienestar de la familia, problemas de los hijos	12,9	10,4	14,7
La situación de la vida, paro, droga, problemas sociales	5,6	7,5	4,3
Guerras y situación del mundo en general	1,3	1,4	1,2
La propia muerte, familiares fallecidos	2,0	1,3	2,4
Otras preocupaciones	1,7	1,2	2,2
Ninguna	29,3	36,0	24,5
N.C.	5,8	5,8	5,8
Total	100	100	100
Número absoluto	2.498	1.035	1.463

Fuente: INSERSO, *op. cit.*

Los factores que determinan en mayor medida el estado de ánimo de los mayores son sus preocupaciones y la calidad y frecuencia de sus relaciones familiares y sociales. En cuanto a las preocupaciones se refiere, la principal se centra en ellos mismos y tiene que ver con el deterioro físico y la capacidad de valerse solos. El bienestar de los hijos y los nietos es el segundo problema que más inquieta a los mayores (tabla 4).

El hecho de que la primera preocupación de los mayores se centre en ellos mismos no significa que estén desvinculados de la sociedad o de su familia. Ya se ha abordado el papel activo que desempeñan en el seno de la familia. Las relaciones familiares son satisfactorias para el 90% de los mayores. Las nuevas generaciones de jubilados llegan en mejores condiciones al retiro que sus predecesores y, por tanto, tienen más posibilidades de participación social. Han aumentado los índices de seguimiento de la actualidad a través de los medios de comunicación. Los índices de lectura han crecido entre la población de más de 65 años. Un tercio de los mayores lee diariamente algo. Más adelante hablaremos del uso del tiempo libre.

### Situación económica

En España, para una abrumadora mayoría de personas con más de 65 años las pensiones son la única fuente de ingresos. Desde principios de la década de los ochenta, la seguridad económica de estas personas ha crecido gracias al aumento del montante de las pensiones –la pensión mínima se ha incrementado un 30% en términos reales entre 1982 y 1992– y a la actualización permanente del poder adquisitivo de las mismas sobre la base

del IPC. La instauración en 1990 de las pensiones no contributivas, que actualmente representan un 8% sobre el total y de las cuales un 45% son de jubilación, garantizan una asistencia económica a la práctica totalidad de los ancianos. Los indicadores 2.5.4 y 2.5.5 del Anexo Estadístico ofrecen más información sobre la evolución de las pensiones.

Aunque todos estos avances en política social han mejorado en buena medida las condiciones económicas de la población mayor de 65 años, su **nivel de renta** aún está lejos de la media nacional. En 1994, un 43,6% de las pensiones no superaba las 57.667 pesetas mensuales y un 72,8% no sobrepasaba las 86.500 pesetas (tabla 5). El nivel medio de ingresos por hogar en España se sitúa entre las 100.000 y las 150.000 pesetas al mes, el doble aproximadamente de lo que perciben las personas mayores. En relación con el ingreso *per cápita*, la mitad de los ancianos españoles está por debajo de las 55.000 pesetas mensuales. Sólo una décima parte de los mismos percibe más de 100.000 pesetas. La pensión mínima de jubilación para el año 1996 era de 62.870 pesetas para los titulares con cónyuge y de 53.435 para los que no los tuviesen, ligeramente por debajo del salario mínimo interprofesional, que en el mismo año fue de 64.920 pesetas al mes.

Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, la pensión media por jubilación en septiembre de 1996 era de 78.100 pesetas brutas al mes, mientras que el sueldo medio de un trabajador en activo alcanzaba la cifra de 198.600 pesetas brutas mensuales en esa misma fecha. Habría que anotar aquí que la edad y el sexo juegan un papel claramente diferenciador. Es lo que se denomina «efecto sustitución de las pensiones»: las pensiones más antiguas no están al mismo nivel económico que las más recientes. Esta circunstancia crea desigualdades de renta dentro de la población de 65 años y más. Según el INSERSO, en 1993 la pensión media de los jubilados que contaban entre 65 y 69 años era de 67.930 pesetas mensuales; la cantidad descendía hasta las 61.277 pesetas para los jubilados de 70 a 74 años; más baja aún era la retribución que percibían las personas entre los 75 y los 79

Tabla 5 – Pensionistas por tramos de pensión y sexo. En porcentaje. 1994

Cuantía de las pensiones en pta./mes	Hombres		Mujeres		Total	
	%	% acumulado	%	% acumulado	%	% acumulado
De 0 a 28.833	5,18	5,18	5,69	5,69	5,42	5,42
De 28.834 a 57.667	20,96	26,14	57,15	62,84	38,17	43,59
De 57.668 a 86.500	36,64	62,78	21,05	83,89	29,22	72,81
De 86.501 a 115.333	11,89	74,67	7,50	91,39	9,80	82,61
Más de 115.333	25,33	100	8,61	100	17,39	100
Total	100		100		100	

Fuente: Elaboración Fundación Encuentro. CECS a partir de Agencia Tributaria e Instituto de Estudios Fiscales, *Empleo, salarios y pensiones en las fuentes tributarias (1994)*, Ministerio de Economía y Hacienda, 1996.

**Tabla 6 – Pensiones en vigor en octubre de 1993 y distribución por sexo y edad entre el grupo de población mayor de 65 años**

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Número de pensiones	Pensión media	Número de pensiones	Pensión media	Número de pensiones	Pensión media
De 65 a 69 años	838.711	80.568	575.576	49.515	1.414.287	67.930
De 70 a 74 años	677.907	75.679	631.433	45.815	1.309.340	61.277
De 75 a 79 años	433.537	65.056	570.740	41.625	1.004.277	51.740
De 80 a 84 años	297.397	53.963	476.165	38.618	773.562	44.518
De 85 y más años	187.126	46.885	375.247	37.087	562.373	40.347
Total	2.434.678	64.430	2.629.161	42.532	5.063.839	53.162

Fuente: INSERSO, *op. cit.*

años ya que su montante ascendía a 51.740 pesetas; los que tenían entre 80 y 84 años recibían una pensión media de 44.518 pesetas al mes y los que tenían 85 y más años, 40.347 pesetas (tabla 6). Por otra parte, los gastos asistenciales se disparan a partir de los 75 años, lo que indefectiblemente merma la capacidad adquisitiva de los más mayores.

Las diferencias por **sexo** indican que el nivel económico de las mujeres es menor que el de los hombres. Por un lado, la incorporación generalizada de la mujer al mercado de trabajo es un fenómeno reciente que ha afectado a muy pocas mayores de 65 años; por otro lado, sus superiores tasas de vida en solitario las hacen más débiles económicamente. La mayoría de ellas depende de las pensiones de sus maridos, de las pensiones de viudedad o de las pensiones asistenciales. Como mostraba la tabla 5, en 1994, el 62,8% de las pensiones que percibían las mujeres no superaba el umbral de las 57.667 pesetas. Esa proporción disminuía al 26,14% en el caso de los hombres. De las 3.646.400 mujeres mayores de 65 años que había en España en el cuarto trimestre de 1996, 1.630.800 eran viudas frente a los 327.400 viudos con la misma edad. Según datos de la Seguridad Social, la pensión mínima de viudedad de los mayores de 65 años se situaba en 1996 en 53.435 pesetas y la asistencial en 35.580 pesetas. La pensión media global por viudedad –que incluye, por tanto, las pensiones más bajas de los de menor edad– era de 47.900 pesetas mensuales en octubre de 1996, un 38,7% menor que la pensión media por jubilación.

Los mayores de 65 años están pasando de la precariedad económica en la que vivían hace algunos años a una posición más desahogada, aunque –como se ha podido comprobar– todavía está lejos de la media nacional. Fruto de esta notable mejoría, como muestra la tabla 4, las preocupaciones económicas son las principales preocupaciones sólo para un 6,3% de los ancianos. La sociedad se está dando cuenta de este cambio. El riesgo, sin embargo, resulta evidente: la percepción social de los ancianos como un

grupo privilegiado, al que se favorece en detrimento de los jóvenes entre los 18 y los 30 años, caracterizados por la incertidumbre económica y laboral, puede asentarse en la conciencia colectiva de las gentes.

## 2. Biología del envejecimiento

¿Hay vejez sana? ¿Es la vejez ya una enfermedad? ¿Envejecemos porque envejecen las células, los ladrillos elementales de nuestro cuerpo, o porque envejecen órganos o sistemas enteros de nuestro organismo? Lo que la biología pueda explicar nos ayudará a entender el envejecimiento y su salud. En esta sección hemos de hablar de medicina sin tecnicismos excesivos. Las extensas notas y cuadros cumplen aquí la función de las tablas en otras secciones: ofrecen al lector una información más precisa y detallada.

En el proceso de envejecimiento se presentan juntos dos fenómenos que, en principio, parece que podrían separarse con claridad: **el declive fisiológico y la mayor frecuencia de enfermedades**. Aunque ambos procesos se influyen entre sí, el declive fisiológico no necesariamente va acompañado de enfermedades. En este sentido, se podría hablar de un envejecimiento fisiológico sin enfermedad. Pero muchas personas de edad avanzada que son consideradas sanas y cuyas funciones fisiológicas son completamente normales cuando están en un estado de reposo, muestran insuficiencia de los sistemas orgánicos y de los mecanismos homeostáticos de regulación interna cuando el organismo es sometido a sobrecargas funcionales por situaciones de estrés. Por eso, el problema que se plantea cada vez con más claridad a medida que progresa la Medicina es hasta qué punto muchos de los mecanismos que consideramos propios del envejecimiento fisiológico «sano» no son los mismos que ponen en marcha procesos patológicos que desembocan en enfermedades, sobre todo las llamadas degenerativas como la arteriosclerosis. Si es así, no se puede mantener tan tajantemente la diferencia clásica entre lo fisiológico y lo patológico en la vejez. Tendríamos que hablar de fisiopatología del envejecimiento.

Por otra parte, las enfermedades crónicas de causa multifactorial se hacen más frecuentes con la edad, debido precisamente a esta disminución de la capacidad funcional o de resistencia del organismo. En las personas más ancianas, sus propios mecanismos fisiológicos de control modulan notablemente las expresiones de la enfermedad. Cuando estas personas mueren, se pueden identificar muchas lesiones sin llegar a determinar la causa de la muerte. En realidad, el fallecimiento es debido a una perturbación de los mecanismos homeostáticos de regulación interna del organismo.

Otra distinción que en principio parecería bien definida, la que separa el tiempo de **desarrollo y crecimiento del proceso de envejecimiento**, tampoco es tan precisa en la realidad.

El desarrollo comprende la embriogénesis, el crecimiento somático y la pubescencia y el proceso de envejecimiento primario, es decir, aquel que no va acompañado de procesos patológicos conocidos; se manifiesta por signos como pelo canoso, piel seca y arrugada, arterias escleróticas, etc.

Pero incluso durante el desarrollo varias proteínas que aparecen durante la vida fetal serán más tarde suplantadas por «moléculas adultas». Esta sustitución forma parte de un desarrollo molecular más que de una involución propiamente dicha. A nivel orgánico, la involución y el nuevo desarrollo se yuxtaponen frecuentemente incluso en edades tempranas y medias de la vida, como expresiones del propio proceso de desarrollo. Los mejores ejemplos son la involución de la placenta durante el desarrollo del feto y la de los dientes primitivos durante el desarrollo de la dentición permanente. Otro ejemplo lo ofrece el sistema inmunológico: el timo se atrofia en la infancia, en el momento en que prácticamente los demás órganos están creciendo y evolucionando hacia la madurez. El ovario empieza su atrofia relativamente pronto y de manera brusca en comparación con otros órganos.

Cierto es que durante el envejecimiento se da un hecho distintivo importante: no aparecen nuevos órganos o tejidos, ni tampoco nuevas estructuras o funciones. Sin embargo, muchos creen que uno o varios genes que nunca se expresan durante el desarrollo o la vida adulta inician su crecimiento en la vejez. No obstante, esto no se ha demostrado con precisión. Una vez más se difumina la línea divisoria entre desarrollo y envejecimiento. Biológicamente, el desarrollo y el envejecimiento son procesos continuos, unas veces secuenciales y otras coincidentes en el tiempo, dependiendo de qué células, tejidos y órganos del ser vivo se observen.

## 2.1 *Cómo envejecen nuestras células*

¿Envejecemos porque envejecen las células? Mucho de lo que sabemos sobre los mecanismos del envejecimiento se apoya en las investigaciones sobre las formas de replicación de las células; es decir, cómo se sustituyen (o no) las células envejecidas del cuerpo y cuántas veces se pueden renovar a lo largo de nuestra vida.

Hay células que se replican o sustituyen continuamente, otras lo hacen intermitentemente –sólo en algunas situaciones– y otras no se replican nunca –cuando cesa su actividad no son sustituidas por otras–<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Ejemplos de células replicadoras de tipo continuo son las de la mucosa gastrointestinal, el tejido hemopoyético, la capa germinal de la epidermis y las células espermatozoides.

Los cultivos de células en laboratorio han proporcionado abundante información para explicar parte del proceso biológico del envejecimiento. Los fibroblastos de la piel humana son células que pueden experimentar hasta 50 replicaciones. Es una propiedad que no depende de su medio ambiente. Está regulada, programada genéticamente, y cuando ese programa se altera aparece la célula tumoral, que se replica indefinidamente («inmortalidad celular»)<sup>3</sup>. De lo que sí depende la duplicación es de la edad del donante. Los fibroblastos obtenidos de personas ancianas se replican menos veces y a una velocidad menor<sup>4</sup>.

Los cambios en las células a medida que disminuye su capacidad de replicarse nos indican que existe una programación genética en cada una de ellas. El conjunto de esos programas genéticos determina, por consiguiente, el ciclo vital de las personas. La correcta transmisión de esa información genética se puede interrumpir por lesiones en las macromoléculas y genes en que reside la información o porque otros genes específicos que se activan en la vejez están programados precisamente para interrumpir esa capacidad de las células para renovarse (cuadro 1). El reloj celular tendría un máximo de horas programadas de funcionamiento y activa su propio envejecimiento.

---

Las células replicadoras intermitentes, como por ejemplo los hepatocitos, en condiciones normales se dividen muy poco y sólo se multiplican cuando hay lesión y necrosis debidas a distintos agentes nocivos o a la hepatectomía, que da lugar a la replicación de las células remanentes.

Células no replicadoras, que no se sustituyen, son, por ejemplo, las neuronas del sistema nervioso central, las células del corazón y de los músculos del esqueleto, cuya respuesta a la lesión y al aumento de sobrecarga funcional se hace casi exclusivamente a través de la hipertrofia.

<sup>3</sup> La edad es un factor de riesgo para el cáncer. Todos los tipos de cáncer presentan tasas más elevadas en la vejez, sin diferencias significativas por raza, lugar o sexo. El 78% de los cánceres aparecen durante la vejez. La frecuencia del cáncer durante un año es de 193,9 de cada 100.000 personas menores de 65 años y pasa a ser de 2.085,3 cuando se sobrepasa esa edad. También la distribución de la mortalidad es claramente desigual, con porcentajes llamativamente más altos pasados los 65 años. La mortalidad por cáncer en las primeras décadas de la vida muestra unas tasas más bajas, probablemente debidas a un mejor control y mayores posibilidades de curación. En cambio, entre los 60 y 70 años se pasa de una mortalidad del 60% a un 67%. Es probable que se deba también al mejor tratamiento y control de la enfermedad, con un retraso de la edad de fallecimiento.

<sup>4</sup> Aunque siempre resulta difícil y arriesgado trasladar los resultados de la experimentación *in vitro* a lo que pueda ocurrir *in vivo*, las investigaciones en cultivos de fibroblastos humanos han mostrado algunos hechos que pueden tener una correlación estrecha con el proceso de envejecimiento humano. Cuando los fibroblastos envejecen o provienen de personas ancianas ofrecen mayor resistencia a la influencia de factores de crecimiento, a la insulina, etc. Hay menor captación de lipoproteínas de baja densidad, lo que explicaría el mayor riesgo de aterosclerosis en la vejez. Cambia la interacción con factores de la coagulación sanguínea, lo que aclararía la mayor tendencia a las trombosis en los ancianos.

**Cuadro 1 – Teorías biológicas del envejecimiento****A. Por lesiones de las macromoléculas.**

Las lesiones producidas al azar o por mutaciones de las macromoléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN), portadoras de la información genética de las células, se irían acumulando con el resultado final de la inactivación de los cromosomas y de la muerte de la célula. Es una teoría poco probable.

Otra explicación del envejecimiento sugiere un «error catastrófico» al sintetizar las diferentes proteínas de las células. Estas «equivocaciones» en el ADN producirían trastornos funcionales y, al final, la muerte celular.

La teoría más admitida actualmente es la de los efectos tóxicos de los radicales libres. Envejecemos por envenenamiento de oxígeno. El metabolismo normal del oxígeno tiene efectos tóxicos: los radicales libres, principalmente el radical superóxido, el peróxido de hidrógeno y el radical hidróxido, lesionan la célula. Se han propuesto diversas medidas terapéuticas basadas en esta teoría para retrasar el envejecimiento.

**B. Por alteraciones específicas en la expresión de los genes.**

El envejecimiento puede considerarse como una progresiva e irreversible diferenciación terminal que conduce a la muerte, producida por alteraciones específicas en la expresión de los genes. De ella forma parte la pérdida de la capacidad replicativa de las células. La replicación se bloquea en un momento dado, que varía según la actividad de los genes expresados en cada tipo de célula. Actualmente, se admite que existen genes específicos que codifican proteínas que, a su vez, inhiben la replicación celular cuando comienza el envejecimiento.

En cambio, no hay evidencia de que genes importantes sean eliminados o inactivados durante el envejecimiento. Sin embargo, hay que recordar que dos tercios del genoma humano tienen secuencias no codificadoras, muchas de las cuales están entremezcladas con zonas activas con un papel conocido en la síntesis de las proteínas. Es difícil hoy reconocer si en la senectud se elimina alguna pequeña fracción de tales segmentos de ADN. Secuencias altamente repetitivas, que comprenden de un 15% a un 20% del genoma total aparecen desecadas en los fibroblastos envejecidos.

Recientemente se ha prestado mucha atención a las modificaciones comprobadas en los extremos de los cromosomas («telómeros») y al fermento que los alarga («telomerasa»). La hipótesis de que el telómero y la telomerasa controlan el envejecimiento permite esclarecer algunos aspectos del cáncer.

La teoría se basa en las siguientes observaciones:

- a) la erosión progresiva con la edad del telómero se produce en células somáticas normales,
- b) la mayor parte de los tumores humanos tiene telómeros cortos y actividad telomerasa, y
- c) el envejecimiento está asociado a un aumento del peligro de cáncer.

**Influencias del envejecimiento celular en la decadencia fisiológica y en las enfermedades crónicas.**

La disminución progresiva de las actividades fisiológicas de la persona anciana puede explicarse por el deterioro de las interacciones entre células y entre molécula y célula, debidas a la diversificación molecular y celular. Este fallo de la capacidad fisiológica favorece la aparición de las enfermedades. En el sistema inmunitario, por ejemplo, los linfocitos B, secretores de anticuerpos, y los linfocitos T citotóxicos disminuyen en número, permitiendo entonces la aparición de enfermedades producidas por bacterias hasta entonces contenidas por las actividades defensivas del sistema inmunitario. La dispersión estadística con que estas enfermedades afectan a cada persona concreta se debe a las diferencias en la dotación genética individual, la que programa y proyecta en el tiempo un proceso individual de desarrollo, diferenciación y envejecimiento sometido a factores ambientales.

Otro ejemplo sería la mutación de genes específicos del sistema de histocompatibilidad (HLA), que puede alterar la constelación de antígenos de superficie que muestran varias células, lo cual a su vez provocaría autoinmunidad. No sucede sólo en tejidos envejecidos; también puede observarse en tejidos jóvenes con células no replicadoras. Hay lesiones celulares en las que los radicales libres y otras sustancias químicas producen síndromes clínicos específicos, como la enfermedad de Parkinson o la de Alzheimer.

**2.2 El envejecimiento de órganos y sistemas**

Aunque las modificaciones moleculares y celulares pueden explicar algunos aspectos parciales del envejecimiento, muchos admiten que no bastan para una interpretación adecuada de la senescencia. Según esta teoría, ciertos órganos o sistemas orgánicos declinan a medida que la edad avan-



za y esa pérdida de funcionalidad conduce al envejecimiento de todo el organismo. Los más estudiados como «marcapasos del envejecimiento» son el sistema inmunitario, el sistema endocrino y el sistema nervioso central.

El **sistema inmunitario** va declinando a medida que la edad avanza. Investigaciones de laboratorio con ratones indican que existe una estrecha relación entre el sistema mayor de histocompatibilidad y la duración de la vida. El timo alcanza su tamaño máximo durante la niñez y comienza a involucionar después de la pubertad. Diferentes tejidos linfoides alcanzan su máximo tamaño al comenzar la pubertad y luego se atrofian, siendo sustituidos por tejidos conjuntivos. También disminuye el número y función de los linfocitos T y la formación de anticuerpos por los linfocitos B, especialmente en respuestas de interacción con las células T. En conjunto, en la vejez se desecan hasta un 75% de los linfocitos T y aumentan los autoanticuerpos, con mayor riesgo de enfermedades infecciosas, cáncer y procesos autoinmunes.

En el **sistema neuroendocrino** se producen también cambios notables con la edad que denotan el envejecimiento de este «marcapasos». Aumenta la actividad del sistema nervioso simpático, con mayor nivel en sangre de sustancias químicas<sup>5</sup>, que explican la mayor frecuencia de hipertensión arterial y la aparición de diabetes en el anciano<sup>6</sup>. Incluso se ha pretendido identificar una «hormona de la muerte», producida en cantidades crecientes con la edad, que regularía el envejecimiento. Otros postulan, por el contrario, una «hormona de Matusalén», menos activa a medida que la edad avanza.

En cuanto al **envejecimiento cerebral**, hace una década la mayor parte de los expertos achacaban los cambios cerebrales en el envejecimiento a la desaparición de neuronas de la corteza cerebral. Estudios realizados en la State University de Nueva York correlacionaban el número de neuronas de la corteza cerebral con la edad. Compararon los cerebros de 20 recién nacidos con los de fallecidos a los 95 años y encontraron una pérdida generalizada de células en varias áreas de las zonas cognitivas de la corteza frontal y temporal. Repetidos estos estudios con técnicas histológicas más precisas y descartando las muestras con enfermedades neurodegenerativas, no aparecen diferencias muy notables en el número de neuronas<sup>7</sup>. Estas re-

---

<sup>5</sup> Por ejemplo, las catecolaminas.

<sup>6</sup> Por menor tolerancia en el metabolismo hidrocarbonado. También es más común el hipotiroidismo, quizá causado por mecanismos de autoinmunidad. Los cambios endocrinos de la menopausia son originados por una disminución de hormonas femeninas (estradiol).

<sup>7</sup> Hallazgos similares se han hecho en otra zona del cerebro, el hipocampo, fundamental para la memoria. Una década de investigaciones de un grupo muy destacado en este campo, la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, no ha demostrado ninguna relación entre el número de células y la edad o con funciones cognitivas en áreas del neocórtex tan diversas como las zonas visuales, las áreas motoras y la corteza prefrontal, que participa en el proceso de resolución de problemas que requieren una completa información para activar las soluciones adecuadas.

cientes investigaciones indican que, en cuanto al número de neuronas, el proceso normal de envejecimiento es completamente distinto de los procesos degenerativos cerebrales, como por ejemplo la enfermedad de Alzheimer, en los que sí es evidente la disminución de neuronas<sup>8</sup>. Entre los neurotransmisores más estudiados destaca la dopamina, ya que las neuronas sensibles a ella son las más propensas a procesos degenerativos. Por el contrario, otros neurotransmisores no parecen sufrir cambios durante el proceso de envejecimiento<sup>9</sup>.

### 2.3 Aspectos médicos de la vejez

Los cambios relacionados con la edad afectan a cada persona anciana de forma muy diferente. Desde el punto de vista fisiológico parece que a medida que los individuos se hacen más viejos se parecen menos unos a otros, en parte porque las diferencias en estilos de vida enmascaran los efectos de la edad.

Para el médico es muy importante conocer cuáles son los cambios fisiológicos que conlleva un envejecimiento primario «sano», sin enfermedades, ya que alterarán los síntomas de una enfermedad, cuando ésta se presente. No resulta fácil distinguir estos aspectos «clínicos» del envejecimiento normal, pero algunos se van conociendo.

Ya hemos señalado como disminuye la capacidad funcional de algunos sistemas centrales. Las enfermedades que les afecten pueden tener consecuencias patológicas más graves. Indiquemos brevemente otras disminuciones funcionales:

---

<sup>8</sup> El estudio de los sistemas neurotransmisores en algunas enfermedades neurodegenerativas ha sido muy útil para explicar estas conexiones en el envejecimiento normal. Igual que ocurre en la enfermedad de Parkinson, la degeneración de los sistemas químicos de transmisión específicos es responsable de los aparatosos síntomas que acompañan a las demencias preseniles, tipo Alzheimer, o seniles y al propio proceso de envejecimiento. Estas investigaciones no sólo estudian las variaciones de un neurotransmisor determinado sino también la interacción de varios sistemas neurotransmisores, lo que aumenta la complejidad del proceso y la dificultad para distinguirlo de la acción de los demás sistemas. El estudio de la dopamina ha hallado una reducción de neuronas de los sistemas dopaminérgicos, así como de trastornos en la liberación y concentración extracelulares de esta sustancia química, en los procesos de su biosíntesis y en los mecanismos de transporte a través de las membranas de las neuronas.

<sup>9</sup> El ácido glutámico es un neurotransmisor importante en la mayoría de las excitaciones del sistema nervioso central en los mamíferos que interviene en funciones motoras así como en los procesos de emoción y motivación, aprendizaje y memoria y en procesos degenerativos como las enfermedades de Parkinson, Huntington y Alzheimer. Los datos más recientes parecen indicar que la edad no induce cambios en los mecanismos de liberación del ácido glutámico ni en las concentraciones extracelulares de este neurotransmisor en muchas de las áreas del cerebro estudiadas.

— El gasto cardíaco de personas normales en reposo no resulta afectado por la edad entre los 20 y los 80 años. Sin embargo, el ritmo cardíaco disminuye. Se produce ya una precariedad de los mecanismos de reserva que hace a las personas mayores más vulnerables a la descompensación cuando sobreviene una afección<sup>10</sup>.

— Cuando sobreviene el envejecimiento, el sistema endocrino presenta una cierta intolerancia a la glucosa, además de las alteraciones ya señaladas<sup>11</sup>.

— En la génesis de la aterosclerosis pueden ser significativas las alteraciones metabólicas endocrinas en relación con el aumento de la glucemia basal y con las modificaciones de la pared arterial<sup>12</sup>. Una hipotética prolongación del período de crecimiento evitaría la aterosclerosis, que según esto se vincularía a la biología del envejecimiento.

— La distinta longevidad de hombres y mujeres quizá sea consecuencia de la diferencia en la frecuencia de la aterosclerosis según género. La concentración de hormonas sexuales específicas de cada sexo produce diferencias en el metabolismo de las proteínas que transportan el colesterol (lipoproteínas)<sup>13</sup>. A diferencia de lo que ocurre en las mujeres menopáusicas, las hormonas sexuales no disminuyen de forma brusca en el varón. Aunque se produce un descenso gradual de la concentración de testosterona con la edad, no alcanza niveles de insuficiencia en la mayoría de los hombres.

---

<sup>10</sup> Algunos estudios muestran que en el aparato cardiovascular el gasto cardíaco en reposo disminuye progresivamente desde los 20 hasta los 90 años, pero quizá se deba a que no se investigaron eventuales coronariopatías previas ocultas.

<sup>11</sup> El defecto primario parece consistir en la resistencia a la insulina. Los estudios confirman el aumento de la insulina en sangre. Sin embargo, también pueden contribuir ciertas anomalías en la regulación de la secreción de esta hormona, pues su concentración a veces no es la adecuada al grado de hiperglucemia. Respecto a los tejidos, y dado que el número de receptores en monocitos y tejido adiposo y su afinidad con la insulina no se altera con la edad, la resistencia de las personas ancianas a la insulina parece deberse a una deficiencia situada en las fases anteriores a la unión con el receptor.

<sup>12</sup> Aumenta la secreción de insulina como consecuencia del incremento de la glucemia basal. La causa biológica determinante puede ser el menor nivel de la hormona del crecimiento. Éste sería el paso que desencadena el proceso de envejecimiento. Estas observaciones tienen interés porque apuntan a una interpretación fisiológica de la aterosclerosis dentro del envejecimiento. Se podría considerar un crecimiento regresivo.

<sup>13</sup> Si se relacionan las lipoproteínas de baja densidad con las de alta densidad como índice de riesgo aterogénico, las diferencias intersexuales pueden ser responsables en gran parte de las diferencias observadas en la frecuencia de la aterosclerosis y, por tanto, de la mayor parte de las relativas a la longevidad.

— Las enfermedades agudas se complican a menudo en la vejez por alteraciones del equilibrio de líquidos y electrolíticos (sodio, potasio, etc.) que, sin embargo, en circunstancias normales no presenta modificaciones debidas a la edad. Hay, eso sí, más sensibilidad a la deshidratación<sup>14</sup>.

Todo esto no quiere decir que los trastornos tengan que ser considerados más graves o menos importantes en los viejos que en los jóvenes; son simplemente diferentes<sup>15</sup>.

En resumen, el envejecimiento es un proceso normal y ordenado. Cada persona tiene marcas genéticas que establecen los límites de su vida potencial. Cada línea celular y cada persona es única y lo es cada vez más a lo largo de su vida. Además, la longevidad es efecto de muchos genes en interacción con el medio ambiente: alimentos, sustancias químicas, radiaciones... Son tantas posibles interacciones y mutaciones que lo que resulta extraño es que las personas no sean aún más diferentes unas de otras o incluso que cada persona, cuando envejece, se siga pareciendo a sí misma cuando era joven. La senescencia, tal como se produce, parece ser la mejor opción, ya que ayuda a mantener la estabilidad y la identidad de la comunidad de células y de personas, lo que permite conseguir mayores logros para generaciones futuras.

## 2.4 Nutrición y dieta en las edades avanzadas

Mientras que en los países del Tercer Mundo la malnutrición se aprecia fundamentalmente en los niños, en los países industrializados son las personas mayores las que presentan mayor frecuencia y riesgo de deficiencias nutricionales. Los problemas médicos y sociales que esto plantea afectarán en un futuro a todos los países según aumente la esperanza de vida. El envejecimiento es un proceso normal que, lo mismo que el desarrollo, está

---

<sup>14</sup> Por ejemplo, cuando se limita el aporte de líquidos o aumentan las pérdidas inadvertidas, u ocurren ambas cosas. La capacidad para conservar el agua y concentrar la orina está alterada en los mayores, al igual que los mecanismos de la sed. Hay, por tanto, una menor respuesta orgánica a la deshidratación.

<sup>15</sup> Un ejemplo es el hipertiroidismo, que cuando afecta a un sujeto joven se manifiesta por agitación, ansiedad, taquicardia, hipertensión, reflejos tendinosos hiperactivos, pérdida de peso, irritabilidad, hiperquinesia y bocio palpable. Por el contrario, en la persona anciana con niveles de hormonas tiroideas igualmente elevados, la irritabilidad y la hiperquinesia son poco frecuentes, el bocio es raro, los reflejos tendinosos profundos pueden ser normales o incluso hipoactivos y el enfermo puede tener un aspecto clínico de indiferencia (tirotoxicosis apática). La apendicitis aguda tiene características clínicas más borrosas y menos definidas que en un adulto o en un joven. También la diabetes *mellitus* presenta características distintas.

programado genéticamente, pero, entre los factores ambientales, influye fundamentalmente la nutrición. El cuadro 2 recoge las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

#### Cuadro 2 – Recomendaciones nutricionales para el envejecimiento

Las necesidades nutricionales se miden por la cantidad de nutrientes, como hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, y vitaminas –y de alimentos que los contienen– requerida para mantener al organismo sin signos de deficiencia. Aunque no se conocen con precisión las cantidades exactas necesarias ni su proporción en los alimentos, sí hay buenos estudios de recomendaciones nutricionales. Están pensadas para cubrir las necesidades del 90-95% de la población y sobrepasan las necesidades de las personas ancianas e incluso de los adultos sanos.

— Las **necesidades energéticas** disminuyen en un 5% entre los 40 y los 60 años y pasados los 60 años en un 10% cada década, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, las recomendaciones propuestas varían de unos países a otros. Mientras la OMS indica 1.800 kilocalorías/día para personas poco activas mayores de 65 años, otros organismos como el National Research Council fijan esas necesidades en 1.600 kilocalorías/día. Para niveles comparables de actividad, no existen grandes diferencias calóricas con las personas adultas. El mantenimiento del ejercicio físico evita la disminución de masa muscular y con ello la del metabolismo basal.

— Los **hidratos de carbono** representan en la dieta occidental de un adulto con una moderada actividad alrededor de un 45% de sus calorías diarias (200-300 gramos), más el 15-17% en forma de azúcar común o derivados. La ingestión de fibras dietéticas es de 25-30 gramos en las zonas rurales y baja a 10-20 gramos en las ciudades (sólo el 25% de las que contenía la dieta hace 100 años). Parece que no hay necesidad específica de carbohidratos en la alimentación, ya que el organismo puede utilizar proteínas o grasas como fuentes alternativas de energía.

Para las personas de edad las recomendaciones sugieren que la dieta incluya de un 40% a un 50% de carbohidratos en el total de calorías y una cantidad suficiente de fibra para asegurar la movilidad intestinal normal.

— El consumo de **grasa** en los países industrializados llega al 40-45% de las calorías totales. En España alcanza el 43% (90-160 gramos por día), pero predomina la grasa-vegetal sobre la grasa-animal. En la actualidad se insiste mucho en la relación entre grasas, niveles de colesterol plasmático y aterosclerosis. Aunque el papel de la dieta en la prevención de la aterosclerosis aún se discute, se aconseja que la proporción de grasas no sea mayor de un 30-35%, distribuidas en un 8-10% de grasa saturada, 10-15% de monoinsaturadas y 8-10% de poliinsaturadas. El colesterol no debe superar los 500 miligramos diarios en personas normales. Como es dudoso que en las personas de edad avanzada la disminución del colesterol plasmático reduzca el riesgo de complicaciones de aterosclerosis, la dieta puede ser en esto muy flexible, excepto en personas con aumentos significativos del colesterol sanguíneo.

— Para las **proteínas**, la OMS recomienda un nivel de proteínas de alta calidad (huevo o leche) de 0,52-0,57 gramos por kilogramo y día para un adulto, cantidad que aumenta si la calidad de las proteínas baja. En jóvenes y personas ancianas se recomienda la misma cantidad: 0,83 gramos por kilogramo y día con un mínimo del 12% del total de calorías. Pasados los 70 años parece que se necesita consumir más, entre 1-1,25 gramos por kilogramo y día para evitar pérdidas de nitrógeno. Dado que la masa muscular disminuye con la edad, esta mayor necesidad de proteínas reflejaría cambios por involución en el metabolismo de las proteínas.

— También en la necesidad de **vitaminas** las personas ancianas se equiparan a los jóvenes. Los estudios muestran frecuentes deficiencias en las personas de edad, especialmente de vitaminas D, B<sub>1</sub> y B<sub>12</sub>, ácido fólico y piridoxina debidas a alteraciones en la absorción y el metabolismo achacables a la edad.

— Las necesidades de **minerales** no difieren significativamente por la edad. Pero se ha demostrado que aumentando la ingesta de calcio por encima de lo recomendado, que es de 600 a 800 miligramos diarios, se puede prevenir la osteoporosis, cuya frecuencia aumenta con la edad. En la mujer postmenopáutica podrían ser necesarios hasta 1.500 miligramos diarios.

En la actualidad no hay ninguna prueba sobre la posibilidad de influir por medios dietéticos en la velocidad del proceso de envejecimiento<sup>16</sup>, aunque un buen estado de nutrición es necesario para una buena salud y para evitar enfermedades cuyas manifestaciones en edad avanzada pueden complicar las del envejecimiento fisiológico. Es muy probable que la mejor profilaxis para conseguir una longevidad sana comience en la infancia, a través no sólo de hábitos nutritivos, sino también en forma de estilos de vida, actitudes y desarrollo de valores culturales adecuados.

### 3. El envejecimiento como proceso social

Además de biológico, el envejecimiento es un proceso cultural y social. Se asigna a una persona esa calificación en función de su edad y de su situación laboral, con independencia del envejecimiento biológico. Socialmente, se atribuye al envejecimiento, además de la disminución de salud y capacidades físicas, un retroceso de *status* social y poder económico y una pérdida de relaciones sociales. Este proceso social puede resultar inadecuado y arbitrario para la persona anciana concreta y representa un despilfarro de capacidades y potencialidades para la sociedad. No hace justicia a esa nueva vejez que emerge del perfil demográfico que los datos de hoy dibujan. Será útil analizar brevemente los factores que influyen en la mayor o menor vinculación social de las personas ancianas y las nuevas actividades que están asumiendo.

#### 3.1 La vejez ya no empieza con la jubilación

La regulación del retiro laboral y de los sistemas de pensiones fueron desarrollados a principios de siglo y acogidos favorablemente por empleadores y empleados porque resolvían un problema común. A los funcionarios y trabajadores les libraba de trabajar «hasta la muerte» y a los empresarios les permitía reemplazar a los trabajadores más mayores por otros más jóvenes y capaces para el esfuerzo físico. Un siglo más tarde la situación ha cambiado considerablemente. El pesado esfuerzo físico es menos

---

<sup>16</sup> Hoy es posible actuar con medios dietéticos sobre algunas enfermedades llamadas degenerativas como la aterosclerosis. La pregunta es si sería posible influir también en el envejecimiento a través de la alimentación. Numerosos estudios experimentales en animales sugieren que una dieta que consigue un rápido crecimiento y ganancia de peso reduce la duración de la vida. Por el contrario, la restricción calórica a niveles que no permiten un crecimiento óptimo desde las fases iniciales de la vida prolonga la duración de la misma. En los seres humanos, aunque las estadísticas muestran que el sobrepeso se asocia con un acortamiento de la vida, aún no es claro el balance entre beneficios y perjuicios de la restricción calórica.

necesario, la expectativa de vida, la alimentación, la salud han mejorado considerablemente, pero la edad de jubilación apenas ha variado e incluso se ha adelantado. El retiro laboral se ha convertido en un mecanismo más de regulación del mercado de trabajo.

En nuestras sociedades, el trabajo —o más precisamente el empleo— se ha constituido en fuente primordial de identidad y valoración social y de obtención de ingresos económicos. La participación económica se convierte en un factor esencial de integración social. En este contexto la salida definitiva del mercado de trabajo cambia doblemente el *status* social de la persona, además de su uso del tiempo y sus modos de vida, porque no está ya empleada y por la disminución de ingresos que casi siempre conlleva. Muchas mujeres que no han trabajado fuera del hogar sufren ese doble cambio de *status* social al pasar a otro estado civil por fallecimiento del esposo, cuando los hijos han abandonado ya el hogar.

Los modernos y numerosos trabajos sobre la sociología de la vejez coinciden en que la opinión general negativa que la identifica con necesidad de cuidados, aislamiento, soledad, pasividad, en suma, con una etapa más bien doliente de la vida, no se corresponde con la nueva vejez que las personas experimentan. Incluso las mismas personas ancianas han interiorizado ese estereotipo y caracterizan así la vejez, pero casi siempre la refieren a otros y no a su propio caso. Aunque la mayoría de las personas ancianas consultadas dicen disfrutar de una salud, actividad y relaciones sociales muy aceptables, cada uno da por supuesto que su caso debe ser en alguna manera excepcional. «Sé que soy viejo, pero no me siento diferente». Una mujer de 70 años, ama de casa con tres o cuatro personas aún en el hogar, puede sentirse muy sorprendida y en el fondo dolida cuando lee la noticia de que una anciana de 70 años fue atropellada ayer. Como en los demás papeles sociales, alguien es viejo cuando las personas con las que trata le identifican de este modo, aunque él mismo no se considere así. Y puede tener muchas razones para ello si no se dan en su caso personal los rasgos concretos de falta de salud, inutilidad, necesidad de cuidados y pocas capacidades o vinculación social que la imagen social atribuye al «viejo». No es una obviedad decir que la vejez es un proceso individual, muy diferenciado según las condiciones de vida previas y actuales de cada persona.

En realidad, al analizar en detalle la población anciana, que se suele considerar como un conjunto o cohorte homogénea (la columna estadística «65 años o más» en las tablas por edades), nos encontramos con la paradoja de una vejez más joven y más envejecida. Los tramos de personas más ancianas, 80 años o más, son los que aumentan con mayor rapidez y en ellos predominan las mujeres, que muchas veces viven solas ya que han sobrevivido al marido y a las amistades, con recursos económicos disminuidos y acusados o crónicos problemas de salud. En cambio, las personas

ya retiradas del trabajo y con menos de 80 años forman un conjunto mucho más joven, con más capacidades, relaciones y actividades que las habituales en personas de esa edad hace pocos decenios. Es una nueva vejez, con otras pautas de comportamiento. Acaba por resultar inoperante definir la vejez siguiendo los criterios de edad cronológica o inactividad laboral. Para las mismas personas mayores de 65 años y jubiladas «la vejez tiene un umbral poco definido, difícil de concretar, subjetivo (perder la ilusión, no valer para nada, tener muchos años)». Sólo un 8% señala los 65 años o la jubilación como umbral objetivo de la vejez<sup>17</sup>.

### 3.2 ¿Qué significa llegar a viejos?

El cambio en las teorías sobre el significado de la vejez refleja el mayor y más diferenciado estudio de esta etapa. Ha quedado atrás la explicación de la vejez como un fenómeno de *progresivo desentendimiento* de la persona anciana respecto a su entorno y, la teoría contraria, la que propugnaba *mantener las mismas actividades* que se venían ejerciendo el mayor tiempo posible. Los expertos se fijan cada vez más en dimensiones específicas del ser viejo. Si atendemos a las posibilidades de intercambio social de las personas ancianas, como propone la teoría del *valor de cambio*, es cierto que el envejecimiento conlleva una pérdida en ese sentido. En igualdad de circunstancias, las personas prefieren tratar con sujetos de su misma edad y no con personas más mayores o más jóvenes. Esto produce un cierto aislamiento de los mayores, que van perdiendo coetáneos, porque su trato no resulta suficientemente valioso para los más jóvenes, dado el diferente bagaje de conocimientos y pautas de comportamiento. Desde este punto de vista socioeconómico se explica qué riesgos corre la integración de las personas de más edad y por qué puede resultar más precaria.

Desde una perspectiva más psicológica se detectan otros riesgos. Las personas ancianas son más *vulnerables*, no sólo por su salud y capacidades físicas, sino en su propia autoestima, debido a la pérdida de su papel social más activo y de mayor poder e influencia. La mera conciencia de esta vulnerabilidad puede producir inseguridad y una ulterior merma en su identidad y autoestima. El riesgo estriba en la mayor dificultad para mantener los antiguos contactos personales y el nivel adquirido de integración social. Detectar estos riesgos hace más fácil su prevención<sup>18</sup>. Las políticas sociales suelen tenerlos expresamente en cuenta. Sin tanta carga teórica, las per-

<sup>17</sup> Bazo, M. T., *La sociedad anciana*, CIS y Siglo XXI, Madrid, 1990, p. 164.

<sup>18</sup> Knischeer, K. C. P. M. y Rijsselt, R. J. T. van, «Europe's older people: integrated or excluded?», *Social Europe*, n. 1, 1993, p. 42 y ss.



sonas que envejecen también insisten en que lo importante es mantenerse útiles y «valer todavía para mucho» y en rechazar los estereotipos devaluadores en su caso personal: «no me siento tan viejo como me ven».

Como todo proceso de desarrollo, el envejecimiento psicológico conlleva un crecimiento y declive. Una serie de funciones decaen a lo largo de la vida, otras permanecen estables y algunas incluso se desarrollan precisamente durante la vejez como producto de la experiencia vital. A lo largo de toda su existencia, el ser humano presenta una gran plasticidad, capacidad de aprendizaje, cambio y mejora que en muchas áreas se conserva también en la vejez. Es más, existen mecanismos adaptativos de selección y compensación de los declives psicobiológicos que permiten llegar a edades avanzadas de la vida manteniendo la competencia intelectual. Incluso se abren nuevas formas de valoración e integración del pensamiento, lo que solemos llamar «sabiduría».

### 3.3 Una nueva vejez más joven, sana y activa

Debido a las presiones del mercado de trabajo pocos pueden prever con seguridad cuándo y en qué condiciones se van a jubilar. El adelanto de las jubilaciones supone muchas veces una ruptura brusca entre la vida profesional y posprofesional de las personas. Pero es una indefinición que también afecta de manera creciente al comienzo de la vida profesional. La incorporación al empleo se hace más tarde y más precariamente, con empleos temporales sucesivos. El 95% de los jubilados consultados se muestran de acuerdo en que se jubile a los más mayores para dejar más puestos de trabajo a los jóvenes<sup>19</sup>. Aun así, según la Encuesta Europea sobre Fuerzas de Trabajo, en España seguía empleado en 1986 el 10,6% de las personas de 65 a 69 años de edad; en 1990 el porcentaje había bajado al 7,4%. Se dan cifras similares en la Unión Europea, aunque nuestra tasa sea comparativamente de las más bajas<sup>20</sup>. Como se ve, la jubilación es flexible y no se rige exclusivamente por la edad. Es un fenómeno que afecta más a los trabajadores autónomos y en algunos casos se vive como una obligación para mantener los ingresos. Según una encuesta del INSERSO, un 2,6% de los pensionistas declara buscar trabajos que complementen su pensión<sup>21</sup>. En todo caso, la flexibilidad en el retiro parece adecuada, siempre con carácter voluntario y pactado, en profesiones y empleos en que la experiencia y los conocimientos adquiridos priman sobre la movilidad, la capacidad de aprendizaje o las condiciones físicas.

<sup>19</sup> Bazo, M. T., *op. cit.*, p. 125.

<sup>20</sup> Guillemard, A. M., «Edad, empleo y jubilación: nuevos datos internacionales», *Papers*, n. 40, 1993, p. 42.

<sup>21</sup> Castells, M. y Pérez Ortiz, L., *Análisis de las políticas de vejez en España en el contexto europeo*, INSERSO, 1992, p. 116.

Pero la actividad no se reduce al empleo. Si el empleo escasea, la actividad es siempre posible. De hecho, las personas ancianas cuidan a otras personas y aportan sus conocimientos y sus recursos materiales y afectivos tanto en la familia como en la sociedad. Sólo entre un 10% o un 15% experimentará un grado máximo de dependencia en su vida. El resto no necesitará habitualmente cuidados ajenos<sup>22</sup>. Es verdad que la mayoría de sus actividades no son consideradas económicamente productivas. El aparato productivo no encuentra formas de aprovechar los conocimientos y las capacidades de asesoramiento adquiridas por las personas en su carrera laboral, una vez que salen fuera del marco formal del empleo. Algunas grandes empresas están buscando la manera de incorporar esa asesoría a sus procesos de gestión y producción. La llamada improductividad económica de las personas ancianas, aun en su sentido más estricto de participación en el aparato de producción, habría que considerarla ante todo como un fallo del sistema productivo vigente, que despilfarra las capacidades disponibles y necesarias de esas personas.

Las nuevas personas mayores, cuando se jubilan, tienen más deseos, más oportunidades de actividad y mayores recursos que sus predecesores. La generalización de las pensiones garantiza una cierta seguridad económica, aunque en grado muy modesto, ya que, recordemos, el 43,6% de las pensiones no alcanzaba las 57.667 pesetas mensuales<sup>23</sup> en 1994. En general se tiende a una prolongación de las actividades que se venían realizando, aunque sea de forma más distendida. El voluntariado senior va cobrando fuerza y ofrece a los jóvenes que se inician en el trabajo un fondo de conocimientos y experiencia. Esta idea es propuesta desde la asociación CONEX (Conocimiento y Experiencia) de Barcelona o el SECOT (Seniors Españoles para la Cooperación Técnica) de Madrid. «Tener ocupaciones te da una tranquilidad moral, no material». «El prestigio ya lo tenemos ganado. Ya hemos hecho nuestra vida», dicen los voluntarios; ahora pueden disfrutar ofreciendo un servicio altruista. Si hubiera dinero o empleo por medio se recrearían las tensiones de la vida laboral. Hacer algo por los demás y al tiempo aprender cosas nuevas y desarrollar habilidades les parece la mejor forma de enriquecimiento personal y les ofrece una compensación suficiente<sup>24</sup>.

La importancia económica de la demanda de servicios de estos clientes mayores es ya apreciable. Crece el número de los que viajan más o demandan servicios específicos. «Si no fuera por los jubilados, más del 40%

---

<sup>22</sup> Bazo, M. T., «Aportación de las personas ancianas a la sociedad: análisis sociológico», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, n. 73, 1996, p. 209.

<sup>23</sup> Véase tabla 5.

<sup>24</sup> Bazo, M. T., «Aportación de las personas ancianas a la sociedad: análisis sociológico», p. 215.

de los hoteles que permanecen abiertos en invierno tendrían que cerrar», reconoce un empresario del sector. Una buena proporción de los clientes de los fondos de inversión es mayor de 55 años. Casi ninguna de esas empresas de servicios considera todavía la edad como un dato estratégico o a las personas ancianas como categoría expresa de negocios<sup>25</sup>. Algunos productos financieros sí cuentan con el enorme capital inmobiliario en manos de personas ancianas, titulares de las viviendas que ocupan, y ofrecen su trueque por pensiones.

### 3.4 *Nietos sin abuelos y abuelos sin nietos*

Los servicios de proximidad y las necesidades afectivas que las personas ancianas cubren en el hogar son más evidentes. La idea tópica de la dependencia familiar de los mayores se ve desmentida por la ayuda que muchos de ellos prestan a otros componentes de su familia o de la comunidad en la que viven. La incorporación cada vez mayor de la mujer al trabajo remunerado la obliga a dejar, si es posible, la responsabilidad de muchas tareas domésticas a cargo de personas mayores, que reciben a cambio una compensación afectiva y emocional muy importante para ellas. Ya hemos indicado que los ancianos válidos, especialmente si viven en la misma casa que sus hijos, desempeñan de forma habitual tareas útiles para la familia. El abuelo se ocupa de los nietos y los recados. La abuela de las tareas domésticas, las compras y el arreglo o confección de prendas de vestir. Muchos hogares jóvenes con hijos han tenido que modificar considerablemente sus estilos de vida al faltar la abuela o el abuelo que cubría esas necesidades imprescindibles. Para los nietos esa carencia afecta a estratos más profundos. Cuando se pregunta a los jóvenes por la imagen que tienen de sus abuelos se observa la misma dicotomía que hemos señalado en la imagen social de la vejez: un aprecio sincero y singular de la aportación afectiva y familiar que hace o hizo el abuelo o abuela, en contraste con la imagen de decrepitud y dependencia que se asigna a la vejez como colectivo<sup>26</sup>.

El cuidado de personas impedidas o con minusvalías graves no sería fácilmente asumible por las instituciones si faltara el concurso de los padres o hermanos, en su mayoría de edad avanzada. Muy al contrario, la primordial preocupación de estas personas mayores es garantizar el bienestar de aquellos enfermos si ellas faltan. Otro apoyo fundamental ofrecido por los mayores a los hijos es el financiero en situaciones de desempleo, en la compra de la vivienda o cediendo el uso de la vivienda de su propiedad.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 219 y ss.

<sup>26</sup> Bazo, M. T., «La ancianidad a través de los/as jóvenes», *Papers*, n. 40, 1993.

El ámbito familiar pone de relieve la íntima conexión entre fenómenos demográficos diferentes, como son la mayor esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Precisamente ese descenso del número de hijos en el hogar priva a las personas ancianas de una de las fuentes más palpables de autoestima y actividad «rentable»: el cuidado de esos nietos. Al mismo tiempo, acentúa las categorías de riesgo características de esta nueva vejez: mayor proporción de mujeres que viven solas, una vez que los nietos no justifican su presencia en el hogar joven de sus hijos y no quieren «ser una carga», o cuando las dimensiones de la vivienda sin niños hace más difícil una convivencia con suficiente autonomía. La necesaria política de apoyo a la natalidad que muchos países de la Europa comunitaria han emprendido –y que falta en España– resulta ser un soporte indirecto, pero importante, para la integración social de las personas ancianas.

En resumen, la imagen social negativa que nuestra sociedad tiene de las personas ancianas como clases pasivas y necesitadas de cuidados sólo sería aplicable a una minoría de ellas, sobre todo a las mayores de 80 años. El resto de ese creciente colectivo que constituye en Europa una «ola gris» demográfica carga con una imagen social que extrapola erróneamente su exclusión del empleo al resto de sus capacidades, las despilfarra e ignora los cambios ya sucedidos en los modos de vida.

## **4. Protección y ayuda a la población mayor**

### *4.1 Atención socio-sanitaria del anciano*

Los recursos económicos disponibles no pueden aumentar al ritmo que se incrementa la demanda de asistencia médico-sanitaria hospitalaria y extrahospitalaria en los países desarrollados. El consumo de medicamentos y la demanda de nuevas tecnologías ha aumentado también. Para la población de edad avanzada, que utiliza los servicios de salud cinco o seis veces más que la población adulta no anciana, el incremento ha sido espectacular en las urgencias (62%) y en la hospitalización (25%), pero algo menor en la atención primaria. Estos datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 han seguido aumentando en años posteriores.

La mayoría de los actos médicos en las consultas de atención primaria y especializada o en los servicios de urgencias hospitalarios tiene como protagonista a una población de 55 o más años que, asimismo, representa el 37% de los ingresos hospitalarios y más del 55% de las estancias hospitalarias.

Las personas de más edad (75 años o más) son las que con mayor frecuencia acuden a las urgencias para ser hospitalizadas, generalmente por

procesos agudos relacionados con algún padecimiento crónico. Por el contrario, los ancianos de menos de 75 años (los «viejos jóvenes») acuden más al médico general o especialista, ya que suelen tener mayor movilidad para ir directamente a estas consultas.

El incremento en el uso de los servicios sanitarios públicos y la demanda de nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento implican un aumento global de los gastos sanitarios (véase su evolución en el indicador 2.3.1 en el Anexo Estadístico); especialmente del farmacéutico. En el período 1990-91 supuso el 20% del gasto sanitario público, con un incremento del 15% respecto a años anteriores, por encima del aumento del precio de los medicamentos. Las recetas de pensionistas son las que más suben; sin embargo, el monto de las recetas del personal activo se reduce. Esta tendencia es achacable no sólo al propio envejecimiento de la población, también a la tendencia a la multimedicación entre las personas de edad, asociada muchas veces a la polimorbilidad y a un elevado componente de procesos crónicos. Mas del 37% de la población con más de 65 años consume dos o más medicamentos en contraste con el 12% entre los de menos edad.

Los equipos de atención primaria de los centros de salud son los encargados de llevar a cabo la mayor parte de la asistencia integral, médica, preventiva y social de los ancianos. Solucionan el 90-95% de sus problemas sanitarios. Los médicos de familia necesitan cada vez mejores y mayores conocimientos de geriatría. El geriatra debe potenciar al máximo la capacidad del anciano para adaptarse al medio en que vive, ya que su principal dificultad es precisamente la gran disminución de su capacidad adaptativa y de reserva funcional. Se trata de evitar la invalidez o cronicidad, procurando que los que llegan a la dependencia total sean los estrictamente inevitables.

El anciano presenta con frecuencia una mayor dependencia física, mental y socio-económica. Según datos del INSERSO, la dependencia total es doble en las personas mayores de 80 años que en las menores de 65 años. Debido a esta dependencia física y mental, el anciano precisa cada vez más los servicios o prestaciones sociales, enfermería o comidas a domicilio, centros de día, residencias, etc., que ofrecen ya organismos oficiales y privados.

La medicina preventiva primaria va ocupando el puesto que merece. Además del mantenimiento de la salud y la disminución de la mortalidad, incluye medidas educativas para evitar la descompensación de las enfermedades crónicas, procesos ocultos y la dependencia<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> La eliminación de hábitos y factores de riesgo, la higiene personal, de la cavidad buco-faríngea y de los órganos de los sentidos, la prevención de las caídas y de la osteoporosis, la correcta valoración del riesgo quirúrgico e indicación y prevención de sus complicaciones, las nuevas técnicas de radiología intervencionista, la inmuno y quimioprofilaxis, la quimiopreención, el empleo adecuado de fármacos y la prevención de las toxinfeciones alimentarias son algunos conceptos básicos que siempre deben ser tenidos en cuenta en pacientes de edad avanzada.

Desde el punto de vista socio-sanitario se están introduciendo progresivamente sistemas de ayuda social dependientes de instituciones sociales como el INSERSO o bien de organizaciones voluntarias y fundaciones benéfico-sociales.

#### 4.2 Ayudas en la dependencia

El estudio del INSERSO de 1993 –citado ya anteriormente– estimaba que la edad promedio en la que los mayores empezaban a necesitar algún tipo de ayuda era a los 72 años. Los problemas de visión, que afectan al 35% de los mayores, y los de audición, que sufre el 21%, son los más extendidos entre la tercera edad.

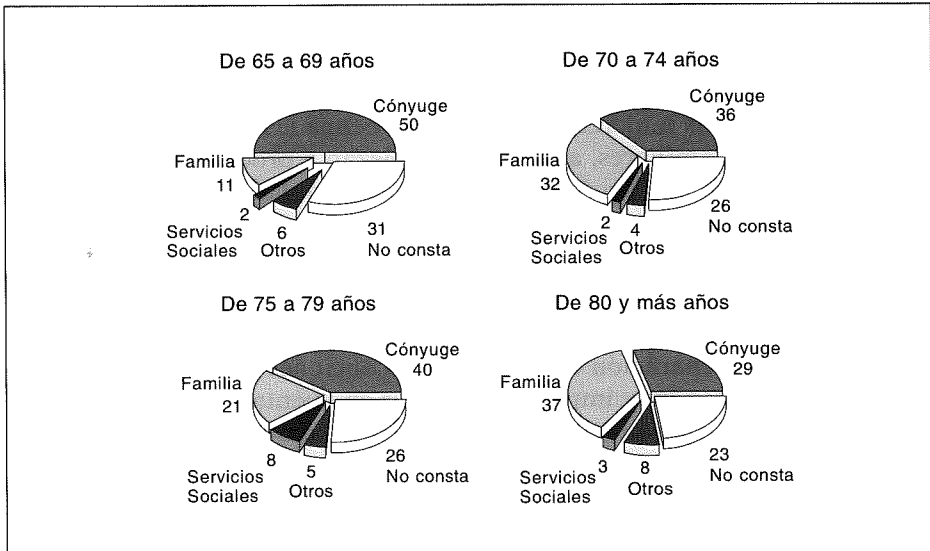
El predominio de la asistencia informal es enorme en España; de hecho, la familia monopoliza casi en exclusiva la asistencia a las personas ancianas dependientes y es la preferida por ellas en España y en otros países según las encuestas. Dentro del núcleo familiar dos figuras emergen como suministradores *estelares* de cuidados y atenciones a la persona necesitada: el cónyuge y la hija. El papel del cónyuge es preponderante en las edades tempranas (65-75 años), pero a medida que va envejeciendo o muere la hija toma el relevo. El sistema público de asistencia se presenta con carácter subsidiario y ocupa un lugar secundario en las preferencias de los mayores (gráfico 6).

Pero las personas mayores precisan en determinados casos de una asistencia institucionalizada<sup>28</sup>, bien en hospitales o bien en residencias. A pesar del interés público, la oferta de asistencia en instituciones específicas sigue siendo escasa. Según datos del INSERSO, en 1995 el total de plazas residenciales para la tercera edad, sumando las públicas y las privadas, era aproximadamente de 165.000 para una población de más de seis millones de personas. La proporción de plazas en residencias con respecto al número de ancianos en España es de 2,83 por cada 100 ancianos, cifra que dista mucho de la media de 6 camas por cada 100 mayores en la Unión Europea. Las estimaciones del INSERSO indican que lo ideal sería alcanzar 8 plazas por cada 100 ancianos para cubrir con garantías una demanda que en 1990 tenía a más de 26.000 personas en lista de espera para entrar en una residencia de ese organismo.

Las previsiones en este sector son de un crecimiento considerable. Desde 1988, año en que se creó el Ministerio de Asuntos Sociales, las autoridades han realizado un esfuerzo notable en este sentido, incrementando en un 50% el número de plazas en residencias públicas; pero las dotaciones son todavía escasas. Las residencias privadas son mucho más numerosas

<sup>28</sup> En los indicadores 2.5.10, 2.5.11 y 2.5.12 del Anexo Estadístico pueden consultarse algunos datos referentes a la ayuda formal a los mayores.

Gráfico 6 – Procedencia de la ayuda según edad (entre las personas mayores casadas). En porcentaje. 1993



Fuente: INERSO, *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, Madrid, 1996.

(2.100, frente a 602 de carácter público), pero también mucho más caras. El precio medio de estancia en una residencia alcanza las 120.000 pesetas al mes, una cantidad que la inmensa mayoría de los pensionistas españoles no se puede permitir. Es cierto que una buena parte de estos centros mantiene algún tipo de concierto con el Estado, que aligera los costes para el anciano. Por ejemplo, en las residencias de carácter no lucrativo el interno sólo paga el 80% de su pensión, independientemente de su cuantía. No deja de ser llamativo que las residencias privadas para la tercera edad supongan un negocio que mueve más de 237.000 millones de pesetas al año y que genera un gran número de contratos de trabajo.

Hemos mencionado ya otros tipos de ayuda formal alternativa a la residencia como el servicio de ayuda a domicilio, los centros de estancia temporal, los centros de día, servicios de voluntariado, las viviendas tuteladas y la retribución pública del cuidador, sea familiar o no profesional, que convive con la persona dependiente... Este tipo de servicios crece, pero está aún poco implantado en nuestro país.

#### 4.3 Ocupación del tiempo libre

Una de las características más destacadas de la vejez es la libre disponibilidad del tiempo, en claro contraste con la sistematización ocupacional durante la vida laboral o profesional. Este cambio brusco a partir de la jubilación produce a veces trastornos psicológicos.

El tiempo disponible de las personas mayores es diferente al de otros grupos sociales en intensidad de la ocupación, en el uso del tiempo y en el tipo de actividades. Es un uso del tiempo distinto y desacostumbrado, en buena medida dentro del propio hogar y en gran parte dedicado al ocio o a actividades sociales altruistas. Con la jubilación, los hombres ganan más tiempo libre que las mujeres, sobre todo las ocupadas en las tareas domésticas y cuidados familiares, aunque ya empiezan a producirse jubilaciones de mujeres que habían accedido al trabajo remunerado. Aun así, el trabajo en el hogar sigue recayendo más sobre la mujer.

En general, el tiempo de ocio en los ancianos es pasivo y se emplea preferentemente en el uso de los medios de comunicación (televisión, radio, lectura de periódicos y revistas, etc.). El tipo de actividad depende principalmente de la preparación cultural y de las aficiones previas de los ancianos; éste es un dato muy importante a tener en cuenta a la hora de preparar la vejez, algo que la sociedad actual ha de emprender con carácter urgente. Hay una clara infrautilización de los recursos individuales y sociales de los mayores precisamente cuando disponen de más tiempo para usarlos. Y además no se compensa con algo nuevo. Más del 90% de los ancianos no busca nuevas ocupaciones o aficiones, dejándose llevar por las inercias adquiridas, la falta de estímulo o la pérdida de capacidad física. La inmensa mayoría de las personas mayores de 65 años vive en España al margen de manifestaciones culturales extradomésticas como puedan ser conferencias, conciertos o espectáculos públicos y sin actividades deportivas personales, como muestra la tabla 7. En este aspecto el avance no ha sido cuantitativamente importante en los últimos años.

Ha crecido mucho la oferta de servicios públicos para la ocupación del tiempo y cada vez se conoce y utiliza más. Los programas de vacaciones del

**Tabla 7 – Frecuencia con que los mayores realizan una serie de actividades. En porcentajes. 1993**

	Diaria	Semanal	Quincenal	Mensual	Ocasional	Nunca	No procede
Leer	36	11	1	1	20	24	7
Oír la radio	57	8	1	1	15	16	2
Ver la televisión	89	3	0	0	4	3	1
Ir al bar, cafetería	11	9	2	1	17	56	4
Ir al parque, pasear	39	14	2	1	16	25	3
Hacer compras, recados	44	17	1	1	11	23	3
Asistir a espectáculos o cine	0	1	1	1	13	80	4
Ir a conferencias, conciertos	0	1	1	1	10	83	4
Asistir a un club, sociedad recreativa	9	7	1	1	8	69	5
Hacer algún deporte	4	1	0	0	4	84	7
Prestar algún servicio de voluntariado	1	1	0	0	2	91	5

Fuente: INSERSO, *op. cit.*



INSERSO y los circuitos culturales son los más solicitados. La movilidad de las personas mayores es un factor decisivo en las relaciones sociales y el uso del tiempo. La reducción de tarifas en el transporte favorece mucho la inserción social y la autonomía personal. Hay mejor disposición para realizar viajes y participar en las prestaciones sociales para la tercera edad.

Los hogares y clubes para los ancianos propician la convivencia y la participación social de los mismos. Integran actividades que organizan los propios asociados junto con servicios geriátricos y la atención a sus problemas sociales y económicos. La demanda y actividades de estos servicios siguen en importancia a los servicios médicos, las ayudas a domicilio y las económicas. La oferta de estos hogares y clubes muestra una clara diferencia de unas regiones a otras. En general, existe una media de más de ocho plazas en hogares por cada 10.000 ancianos y 286 asociados por cada hogar o club.

#### *4.4 Preparación para la vejez*

A pesar de que la vejez es un hecho cada vez más aceptado por la sociedad actual, la vivencia del envejecimiento no es siempre positiva ya que a los problemas sociales, económicos y médicos que pueden presentarse se unen factores psicológicos y biográficos que pueden hacer difícil el desarrollo de la última etapa de la vida.

Gran parte de la población actual alcanzará el momento de la jubilación y muchos vivirán 20 o 30 años en su condición de jubilados. Sin duda la preparación es primordialmente de tipo personal y el proyecto biográfico debe comenzarse muy precozmente en la vida de cada uno para aprovechar mejor las condiciones personales cuando la vejez comienza.

Otros autores relacionan los cambios de personalidad que se originan en la vejez con el carácter de «etapa última» que tiene, en la que se hace un balance de la propia existencia, de los logros conseguidos y de las frustraciones padecidas. La idea de «etapa final» se acentúa frecuentemente con la sensación de pérdida de vigor y de fuerza física, de capacidad intelectual, de poder adquisitivo, de abandono del puesto de trabajo, de merma de amistades y de relaciones sociales, etc.

Pero además de la responsabilidad que cada individuo tiene sobre su propia vejez, debe existir también un compromiso colectivo de la propia sociedad para asumir la necesidad de facilitar a sus ciudadanos una educación y una formación para la vida que ha de desarrollar, tanto en sus dimensiones individuales como sociales. Además de los aspectos culturales, que son esenciales para este propósito, la sociedad debe poner en marcha una política asistencial adecuada para el anciano, consistente en potenciar la autovaloración, la autodeterminación y la autosuficiencia de cada individuo desde una perspectiva socio-sanitaria integral que promueva la in-

corporación de hábitos y estilos de vida saludables, corporales y psíquicos. El cambio de valores que es necesario introducir en la mentalidad actual, mediante el desarrollo de un sistema de educación continuada, implica tanto a los individuos como a los Gobiernos y a la sociedad entera. La vejez se ha convertido en un auténtico reto personal con una fuerte dimensión social.

## 5. Menos incertidumbre económica para los mayores

El día 5 de octubre de 1996 el Gobierno y los principales sindicatos, CC.OO. y UGT, firmaron un importante acuerdo en el que se concretaron las medidas legislativas a tomar en el ámbito de la Seguridad Social para garantizar su viabilidad económica y social en el medio plazo. Suponen la concreción y desarrollo del gran pacto acordado por casi todos los grupos parlamentarios el 12 de abril de 1995 sobre la reforma de la Seguridad Social, popularmente conocido como Pacto de Toledo. Como ya analizamos en nuestro Informe de 1995, el Pacto de Toledo supuso un balance crítico y una toma de postura de los principales partidos políticos y agentes sociales ante los desafíos de futuro del actual sistema español de protección social. Auspiciado por miembros del Gobierno, por organizaciones empresariales, por algunos profesores universitarios, por empresas del sector financiero y asegurador y por organismos económicos internacionales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional), se planteaba la capacidad de financiación de las prestaciones sociales a medio y largo plazo y se optó por una reforma integral del sistema de protección social. En el trasfondo de esta cuestión están las apremiantes necesidades económicas del Estado (control del déficit público, crisis del empleo y crecimiento del gasto social, en el marco de las exigencias de la convergencia europea hacia el establecimiento de la unidad monetaria) y los profundos cambios sociales (incorporación de la mujer al mercado de trabajo), económicos (internacionalización de la economía y sustitución creciente de trabajo por capital) y demográficos (envejecimiento).

### 5.1 *El desarrollo del Pacto de Toledo sobre el futuro de las pensiones*

La evaluación de la situación presente y de las perspectivas a medio plazo de la Seguridad Social española fue importante en múltiples sentidos. En primer término, porque acometió un estudio en profundidad sobre la **viabilidad futura** de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, en una discusión plural y poco maniquea que ha permitido clarificar el horizonte del sistema de protección social a medio plazo. Aunque las propuestas de solución difieren mucho, a medida que los estudios prospecti-

vos han ido refinando sus hipótesis se han ido aclarando las dudas sobre la viabilidad a medio plazo del sistema de pensiones siempre que se acometan una serie de medidas, que básicamente están incluidas en el Pacto de Toledo (cuadro 3). Por otro lado, el sistema de protección social queda como mecanismo nuclear de cohesión e integración social en una sociedad cada vez más mundializada en lo económico y en lo político, pero también más fragmentada en lo social.

**Cuadro 3 – Recomendaciones de reforma de la Seguridad Social incluidas en el Pacto de Toledo**

1. Separación y clarificación de las fuentes de financiación, de forma que las prestaciones no contributivas y universales se financien a través de la imposición general y las prestaciones contributivas a partir de cotizaciones sociales. Como prestaciones a financiar mediante aportaciones del presupuesto del Estado se citan expresamente las prestaciones no contributivas, la sanidad, los servicios sociales y las prestaciones familiares.
2. Constitución de reservas con los excedentes que pudieran surgir en los presupuestos como consecuencia de la citada clarificación de las fuentes de financiación. Estas reservas se destinarían en el futuro a compensar los eventuales desequilibrios en los presupuestos del modelo contributivo.
3. Eliminación de topes a la cotización, estableciendo un único tope máximo de cotización.
4. Modificación del régimen de cotización de los regímenes especiales, de forma que exista una homogeneidad entre esfuerzo contributivo y acción protectora. A medio o largo plazo incluso una reducción de los regímenes especiales a dos grandes regímenes, uno para trabajadores por cuenta propia y otro para trabajadores por cuenta ajena.
5. Mejora de los mecanismos de recaudación para reducir los niveles de morosidad, así como la integración de los distintos ámbitos de gestión (afiliación, recaudación y gestión de prestaciones).
6. Deseo expreso de reducir las cotizaciones sociales como elemento dinamizador del empleo, particularmente en los trabajos de baja cualificación y en los sectores intensivos en mano de obra, pero condicionado al mantenimiento del equilibrio financiero del sistema contributivo.
7. Reforzamiento de la contributividad del sistema, de forma que las prestaciones guarden una mayor proporcionalidad con el esfuerzo de cotización realizado, manteniendo, no obstante, un tope máximo de prestaciones.
8. Facilidad para la prolongación voluntaria de la vida activa más allá de la edad legal de jubilación.
9. Garantía del mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones mediante una revalorización automática de las mismas en función de la evolución del IPC.
10. Reforzamiento del principio de solidaridad y de garantía de la suficiencia de las prestaciones, ampliando, en la medida de los recursos disponibles, la edad con la que se pierde el derecho a las pensiones de orfandad y la mejora de las pensiones de viudedad en el caso de menores ingresos.
11. Mejora de la gestión de las prestaciones por incapacidad laboral transitoria e invalidez al objeto de frenar las causas de fraude en el acceso y la permanencia a este tipo de prestaciones.
12. Posibilidad de complementar las prestaciones del sistema público de forma voluntaria por sistemas de ahorro y previsión social externos a la Seguridad Social y destinados a mejorar el nivel de prestaciones del sistema público de pensiones.
13. Creación de instrumentos de seguimiento y evaluación periódica de las magnitudes que intervienen en el equilibrio financiero del sistema a fin de instrumentar las intervenciones que fueran necesarias. Al efecto se recomienda la creación de una comisión parlamentaria específica cada cinco años.

En segundo lugar, en esta discusión se ha logrado un consenso sobre el papel de la Seguridad Social dentro del sistema de protección social, que evita la confusión sobre las **fuentes de financiación** de los distintos tipos de protección. Dicho de otro modo, se ha llegado a la convicción de que las prestaciones contributivas deben financiarse a través de las cotizaciones sociales y que, en cambio, las prestaciones no contributivas y de carácter universal (sanidad, pensiones asistenciales y los aspectos que se definan como no contributivos dentro de la dimensión contributiva) deben financiarse con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. La sanidad, configurada hasta mediados de los años ochenta como un seguro social, sale así del ámbito de la Seguridad Social y deja de financiarse a través de las cotizaciones, al igual que las demás prestaciones consideradas «cargas indebidas». Esto libera una gran cantidad de recursos (antes interpretados como déficit o como transferencias del Estado) que ahora figurarán como excedente del sistema contributivo o como «exceso de cotización». Habrá mayor claridad en la interpretación del calificativo «social» de la Seguridad Social o, en otros términos, en los instrumentos institucionales del principio de solidaridad.

El acuerdo logrado por el Gobierno y los sindicatos en octubre del presente año concreta algunas de estas **propuestas**, que pasamos a analizar en detalle.

1. Se reconoce el papel fundamental del sistema de protección social «como **modelo de sociedad** e instrumento clave para la cohesión propia de un Estado social y democrático de Derecho». Por tanto, se admite la importancia del sistema como forma de integración de aquellos colectivos que no pueden vender su fuerza de trabajo en el mercado y, en consecuencia, como mecanismo de lucha contra la exclusión social. Por otro lado, se enfatiza la necesidad de «consolidación y racionalización» del sistema para garantizar la suficiencia de las prestaciones, pero también el equilibrio financiero. Sin embargo, la evaluación del nivel de gasto del sistema tomará como referencia la media de gasto en los países de la Unión Europea, con la intención de irse acercando, con los límites que marque la evolución económica, a esa media comunitaria (medida en relación al PIB).

2. En una decisión de extrema importancia económica, simbólica y conceptual, ya que afecta a la arquitectura básica de la protección social, se acuerda la «separación y clarificación de las **fuentes de financiación** del Sistema de Protección Social» de forma gradual hasta el año 2000. Este proceso seguirá las líneas ya indicadas: financiación de las prestaciones contributivas mediante cotizaciones sociales y financiación de las prestaciones no contributivas y universales a través de los Presupuestos Generales del Estado. Ahora bien, la Seguridad Social es un modelo de aseguramiento «social» y, por tanto, la solidaridad –como ya hemos señalado– es inherente a sus prestaciones. En estas circunstancias, la delimitación entre

la dimensión solidaria del modelo contributivo y las prestaciones no contributivas es en gran medida una cuestión política más que técnica. En el acuerdo Gobierno-sindicatos se consideran explícitamente como no contributivas las siguientes prestaciones:

- Las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria.
- Los servicios sociales (salvo los derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).
- Las pensiones no contributivas por invalidez y jubilación.
- Las prestaciones que se concedan en concepto de complementos a mínimos de las pensiones contributivas de la Seguridad Social.
- Las prestaciones familiares por tener hijos a su cargo.

Las prestaciones contributivas pasan a ser fundamentalmente las prestaciones económicas de la Seguridad Social:

- Las prestaciones derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (pensiones, indemnizaciones de pago único y servicios sociales).
- Las pensiones de invalidez, jubilación, viudedad, orfandad y a favor de familiares<sup>29</sup> de los distintos regímenes de aseguramiento.
- Las prestaciones económicas (temporales) por maternidad.
- Las prestaciones económicas (temporales) por incapacidad temporal.
- El pago único por defunción.
- Los gastos de gestión de estas prestaciones y los gastos de funcionamiento de la Seguridad Social (afiliación, recaudación, gestión económico-financiera y del patrimonio).

3. Esta redefinición de las fuentes de financiación de las prestaciones libera una cantidad muy importante de recursos procedentes de cotizaciones sociales (dado que algunas prestaciones ya no se financiarán con cargo a estos recursos). La negativa de la organización patronal a firmar este acuerdo radica fundamentalmente en las discrepancias sobre qué uso dar a estos recursos liberados. La patronal se centraba en una reducción de los tipos de cotización, tal como se hizo ya hace dos años, y la justificaba por la necesidad de rebajar los costes de trabajo y así crear más empleo y reducir la inflación. La ineficacia de la medida tomada hace dos años y la negativa de los sindicatos a aceptar la rebaja de los tipos de cotización hizo que, finalmente, Gobierno y sindicatos acordaran destinar estos recursos a la constitución de un **fondo de reserva** y que la patronal no firmara el

---

<sup>29</sup> Las prestaciones en favor de familiares son subsidios temporales o pensiones en favor de hermanos, hijos u otros familiares o asimilados en los que concurren las circunstancias de dedicación prolongada al cuidado del causante, convivencia y dependencia económica de éste, no casados, mayores de 45 años y carentes de medios propios de vida (art. 176 de la Ley 1/1994, Ley General de la Seguridad Social).

acuerdo. La finalidad de este fondo de reserva es –como ya se fijó en el Pacto de Toledo– atender las necesidades futuras del sistema producidas por los cambios demográficos y económicos. Su suficiencia se evaluará en el año 2000. Conviene subrayar que no se trata en ningún caso de un fondo de capitalización para financiar las prestaciones futuras, pues una política de este tipo se considera inviable dado el astronómico volumen de recursos que sería necesario constituir a tal fin. Este fondo se concibe como una especie de «colchón financiero» que permita un mayor margen de manobra en momentos de menores cotizaciones por una coyuntura económica desfavorable o de crecimiento de las prestaciones.

4. El Gobierno se compromete a modificar gradualmente (para aminsonar el impacto sobre los costes empresariales) la **estructura de cotizaciones**. Se continuará una política de eliminación de los topes máximos de cotización para las distintas categorías profesionales, de forma que la cotización se aplique sobre los salarios reales percibidos. Se pretende básicamente aumentar los ingresos de la Tesorería de la Seguridad Social. Esta política, coloquialmente llamada de «destope», se había iniciado ya en 1989 y actualmente ya sólo quedan dos topes máximos, uno para las cuatro primeras categorías y otro para las restantes. Se ha acordado mantener, no obstante, un tope máximo, que se incrementará en función del IPC, pero acompasado también según el tope máximo de las prestaciones. De igual forma se acuerda «promover iniciativas normativas» para que la entrada en el mercado de trabajo a través de las modalidades no ordinarias de contratación no provoque situaciones de desprotección social.

5. Se acuerda el reconocimiento de las pensiones por **incapacidad permanente** en función de una lista que fije la correspondiente gradación, mejorando la seguridad jurídica en estas prestaciones. Se fija un año de plazo para estudiar posibles medidas a adoptar en el actual régimen de incompatibilidades entre la percepción de estas pensiones y la percepción de rentas laborales. Asimismo, se considera oportuno establecer «programas especiales de actuación» en los ámbitos en que se detecten «evoluciones anómalas». Se acuerda igualmente calificar, al igual que en otros países de la Unión Europea, como pensiones de jubilación a estas prestaciones a partir de los 65 años.

6. En relación a la **jubilación anticipada**, se mantienen básicamente inalterados los criterios actuales. Inicialmente, en cuanto a las jubilaciones voluntarias, el Gobierno proponía aumentar la penalización económica y los sindicatos suavizarla. Dada la dificultad añadida, casi imposibilidad práctica, de deslindar las jubilaciones forzosas encubiertas de las jubilaciones voluntarias, se remite a la Comisión Permanente de seguimiento del acuerdo el estudio y propuesta de medidas desincentivadoras para las jubilaciones anticipadas voluntarias. Incluso se deja abierta la posibilidad de establecer cotizaciones específicas si el equilibrio financiero se ve amenazado en el futuro.

7. Se acuerda la **revalorización automática** de las pensiones, tanto de las efectivamente percibidas como de las pensiones mínimas, según el IPC previsto para cada año, aplicando cuando proceda la oportuna cláusula de revisión a ejercicio económico vencido. Se ratifica así la decisión, tomada por el Gobierno socialista a raíz de la huelga general de 1989, de actualizar con arreglo al IPC no sólo las nuevas pensiones reconocidas al amparo de la Ley de Reforma 26/1985, sino también las pensiones causadas con arreglo a la legislación anterior y que habían venido siendo actualizadas de forma discrecional, por encima de la inflación las de menor cuantía y por debajo las de mayor montante. No obstante, en el marco del principio básico acordado de equilibrio financiero se deja abierta la puerta a futuras medidas legales que garanticen ese equilibrio si se ve amenazado, a condición de no violar el principio contributivo que precisamente este acuerdo refuerza. Se quiere evitar así el retorno a las políticas de revalorización selectiva practicadas en las dos últimas décadas y que llegaron a vaciar de contenido el carácter contributivo del sistema.

8. Respecto a los **sistemas complementarios**, el acuerdo se limita a legitimar, una vez más, su existencia bajo una fórmula vaga («las partes firmantes valoran positivamente» estos sistemas) y a expresar la necesidad de una regulación que asegure a los partícipes el control de los mismos y otras garantías básicas y que sea «adecuada» desde el punto de vista fiscal.

9. En relación a los regímenes especiales, el acuerdo sólo subraya la descompensación que existe en las condiciones de acceso a las prestaciones y las cotizaciones entre los distintos regímenes, reconociendo que la solidaridad y equidad dentro del sistema se encuentran parcialmente rotas por este desequilibrio. Sin acordar ninguna medida concreta, admite la necesidad de elaborar estudios y preparar medidas legislativas por parte de la Comisión de seguimiento del acuerdo a fin de converger de forma gradual hacia el objetivo, fijado por el Pacto de Toledo, de establecer **dos únicos regímenes de aseguramiento** en el horizonte de la presente legislatura.

10. El acuerdo incluye otra medida de importante calado conceptual y simbólico, ya que afecta también a la arquitectura básica del sistema: la potenciación del **principio de contributividad** a base de profundizar la relación entre el esfuerzo de cotización y la prestación recibida. Se amplía el número de años computados a efectos de cálculo de la base reguladora desde 8 a 15 años. Se hará de forma gradual, un año de aumento cada año hasta el 2001, en que se evaluará el ritmo de ampliación de los dos años restantes a tenor de la situación en ese momento. La medida hace que el salario base sobre el que se aplica el porcentaje correspondiente para calcular la cuantía de la pensión (esto es, la base reguladora) ya no se computará sobre los salarios cotizados en los últimos ocho años (los seis primeros actualizados con arreglo a la inflación registrada y los dos últimos sin actualizar) sino sobre los cotizados en los últimos 15 años.

Se consigue ante todo mitigar la denominada «compra de pensiones» en los regímenes que conllevan una declaración voluntaria de la base de cotización (autónomos y régimen agrario por cuenta propia), elevando las bases de cotización durante los años que se computaban en el cálculo de la pensión<sup>30</sup>. Sin embargo, dado que solamente se computan los últimos 15 años de la carrera de aseguramiento, el esfuerzo de cotización realizado con anterioridad carece de relevancia para el cálculo de la pensión y, por tanto, se «perjudica» a quienes no pueden determinar voluntariamente sus bases de cotización (o se prima un comportamiento «racional» de «fraude» entre quienes sí pueden) y también a quienes se ven afectados por la inestabilidad laboral en los últimos años de su vida laboral (pues en los meses no trabajados se computa la base mínima). Por otra parte, con esta ampliación del período de cálculo de la pensión se mitigan los efectos del crecimiento de la productividad traducidos en incrementos de los salarios, pues al actualizarse éstos con arreglo a la inflación, los aumentos de los salarios por encima de ésta se ven neutralizados.

## 5.2 *Un sistema más contributivo y solidario*

La contributividad del sistema aumenta por esta vía, pero este incremento se neutraliza parcialmente por la modificación del porcentaje a aplicar a la base reguladora. El principio de solidaridad propio de la Seguridad Social se ha manifestado tradicionalmente en una valoración diferencial de los años de cotización, de forma que no todos los años «valen» o «merecen» una pensión igual. Así, un mínimo de 15 años de cotización da derecho a un 50% de la base de cotización, es decir, cada año representa 3,33 puntos porcentuales de pensión. Pero puesto que a los 35 años se tiene derecho al 100% de la base reguladora, los años cotizados por encima de ese mínimo de 15 tienen un 25% menos de valor a esos efectos, ya que cada año añade sólo 2,5 puntos porcentuales. El acuerdo alcanzado por el Gobierno y los sindicatos no fomenta las carreras de aseguramiento largas, aunque sí las carreras de mediana duración, pues amplía el valor de los 10 años siguientes a los 15 del período mínimos hasta 3 puntos porcentuales, mientras que rebaja el valor de los 10 años adicionales a 2 puntos. En resumen, desde ahora, con 15 años de cotización se logrará el 50% de la base reguladora, el 80% con 25 años y el 100% con 35 años.

---

<sup>30</sup> El art. 162.2 de la Ley General de la Seguridad Social establece ya que a efectos del cálculo de la base reguladora de la pensión «no se podrán computar los incrementos de las bases de cotización, producidos en los dos últimos años, que sean consecuencia de aumentos salariales superiores al incremento medio interanual experimentado en el convenio colectivo aplicable o, en su defecto, en el correspondiente sector», con la excepción de los incrementos debidos a «antigüedad y ascensos reglamentarios de categoría profesional» o los «incrementos salariales que deriven de cualquier otro concepto retributivo establecido con carácter general y regulado en las citadas disposiciones legales o convenios colectivos» (art. 162.3).



Consideramos que esta concreción del principio de solidaridad social inherente a la Seguridad Social resulta excesivamente arbitraria y promueve, de hecho, las carreras de aseguramiento cortas. Justificar esta gradación apoyándose en la inestabilidad del mercado de trabajo no resulta muy coherente. Es cierto que los trabajadores afectados por el desempleo (que cotizan según la base mínima) en los últimos años de su vida laboral pueden ver compensada en parte la consiguiente disminución de su base reguladora al aumentarse los años computados. Pero también se premian de una forma socialmente indiscriminada las carreras cortas. Los principales beneficiarios son quienes pueden substraerse más fácilmente a la obligación de cotizar (fundamentalmente autónomos y trabajadores del hogar) o quienes tienen carreras laborales cortas (fundamentalmente mujeres casadas y con hijos, aunque también trabajadores/as con una relación laboral altamente inestable).

Como se ve, se acumulan situaciones muy heterogéneas en cuanto a su debilidad social. Hubiese sido deseable reconocer a todos los años cotizados el mismo valor, arbitrando al mismo tiempo medidas más sensibles a las verdaderas situaciones de debilidad o desprotección social. El reconocimiento del esfuerzo de cotización y, en su caso, la solidaridad social serían más transparentes.

Como contrapartida a estos mínimos recortes se profundiza –también muy moderadamente– en algunas dimensiones de la solidaridad al ampliar el período de percepción de la **pensión de orfandad** y mejorar determinadas pensiones de viudedad. En las pensiones de orfandad se alarga gradualmente el límite de edad para su percepción desde los 18 a los 21 años (23 años en caso de orfandad absoluta). Una ampliación justificada –como ya señalamos en nuestro Informe *España 1994*– por la creciente prolongación de los años de permanencia en el sistema educativo y por las dificultades de los jóvenes para encontrar empleo, lo que prolonga su dependencia familiar. La ampliación genérica hasta los 21 años facilita el control administrativo, pero no llega a cubrir todo el ciclo de Educación Superior. Hubiese resultado más coherente elevar esa edad límite hasta la conclusión típica de este ciclo educativo, 23 años, y establecer una salvaguarda de incompatibilidad con toda percepción salarial superior al salario mínimo interprofesional.

El nuevo Gobierno se ratifica en la política de **pensiones de viudedad** que ya venía desarrollándose: equiparación gradual de las pensiones mínimas para las/os beneficiarias/os menores de 60 años a las pensiones mínimas para mayores de 60 años.

Por último, para la materialización del acuerdo se fija un plazo genérico de cuatro años; esto es, hasta el año 2000. Para el seguimiento y análisis de la evolución del sistema y para los estudios previstos se constituye una Comisión Permanente, a la que el Gobierno se compromete a propor-

cionar la información relevante para su buen funcionamiento. Esta Comisión Permanente, formada por las partes firmantes, representantes sindicales y del Gobierno, actuará de forma paralela a la Ponencia establecida en el Congreso de los Diputados en relación al Pacto de Toledo.

### 5.3 *Ya hay consenso social básico*

La interpretación hecha del Pacto de Toledo es de gran importancia para la configuración del Estado de Bienestar español. La alternativa en el Gobierno ha respetado un **consenso social básico** entre los principales partidos sobre la arquitectura y rasgos fundamentales del sistema de protección social que lo sitúa más allá de la política partidista.

Se ha criticado que el Pacto de Toledo y el acuerdo que lo desarrolla no garantizan realmente el futuro de las pensiones ni el del conjunto del sistema de protección social. Esta afirmación y los temores que esconde tienen una parte de verdad y una parte de ficción. Según la última estimación del Instituto Nacional de la Seguridad Social publicada bajo el título *La Seguridad Social en el siglo XXI*, las **perspectivas a medio plazo**, hasta el año 2010, no justifican realmente un cambio de modelo<sup>31</sup>. Esta estimación se ha realizado con el máximo rigor: se ha partido de la actual estructura de pensiones, se han proyectado las tablas de mortalidad actuales hacia el futuro, se han tenido en cuenta las condiciones actuales de acceso a las pensiones y, por último, se ha trabajado sobre un supuesto relativamente modesto de crecimiento del PIB del 2%<sup>32</sup>. Según esta previsión, las prestaciones económicas de la Seguridad Social (las que el acuerdo ha considerado contributivas más los complementos de mínimos) crecerían desde un 10,42% del PIB en 1995 hasta un 10,77% en el año 2010. Este crecimiento no parece constituir ningún desafío serio para financiarlo. La incidencia del envejecimiento de la población sobre este crecimiento del gasto contributivo es muy bajo, pues –como ya dijimos en nuestro anterior Informe– el verdadero reto demográfico tendrá lugar cuando las generaciones del *baby-boom* se jubilen a partir del año 2020. La cuestión que se plantea es qué debe hacerse hoy para garantizar en el futuro la viabilidad del sistema. Dado que no puede saberse ahora cómo evolucionará la economía dentro de 25 años, conviene centrarse en los principios que inspiran este sistema.

---

<sup>31</sup> Se han publicado otros estudios –de cuyo anuncio ya nos hacíamos eco en el Informe de 1995, p. 339– que ofrecen una prospectiva más pesimista. Véanse Piñera, J., *Una propuesta de reforma del sistema de pensiones en España*, Círculo de Empresarios, Madrid, 1996; Barrea, J. y González-Páramo, J. M. (dir.), *Pensiones y prestaciones por desempleo*, Fundación BBV, Bilbao, 1996; Herce, J. A. y Pérez-Díaz, V. (dir.), *La reforma del sistema público de pensiones en España*, La Caixa, Barcelona, 1995.

<sup>32</sup> Algunos de los resultados de esta estimación pueden encontrarse en los indicadores 2.5.6, 2.5.7 y 2.5.8 del Anexo Estadístico.

Desde esta perspectiva cobra pleno sentido y urgencia el reforzamiento tanto del principio contributivo como la constitución de **mecanismos complementarios** (cuadro 4), ya sean individuales o colectivos, bajo la forma de ahorro simple o de fondos o planes de pensiones, pero en cualquier caso con gestión privada y en régimen de capitalización. Estos mecanismos complementarios son necesarios para mantener los futuros niveles de vida, pero están muy condicionados por la capacidad de desviar los recursos actuales para consumos futuros. Entre las familias de los estratos sociales medios o bajos esta alternativa no representa una auténtica solución porque, según indican las encuestas, «llegan con dificultad a fin de mes», por lo que su capacidad de ahorro es muy limitada. Aun así, reforzar el principio contributivo es importante ya que introduce transparencia y se fundamenta en un valor incuestionado dentro de la sociedad española, por lo que contribuye decisivamente a la legitimación del sistema. Más aún, supuesta la necesaria clarificación de las fuentes de financiación, abre las puertas a posibles incrementos futuros en los tipos de cotización a cargo del trabajador como vía de financiación adicional si se presentan desequilibrios fi-

**Cuadro 4 – Niveles de garantía de ingresos dentro del sistema de protección social**

<p><b>Objetivo general:</b> Proporcionar recursos monetarios cuando no puede venderse la mano de obra en el mercado de trabajo.</p>
<p><b>1. Prestaciones no contributivas de garantía de mínimos</b></p> <p>Dentro del objetivo general de lucha contra la pobreza, se trata de garantizar un nivel mínimo de ingresos a todo la población que no puede vender su fuerza de trabajo por razones de edad, enfermedad o cargas familiares, siempre que se acredite (o en determinados casos se supongan) situaciones de necesidad y carencia. Los mecanismos disponibles para tal fin son los salarios mínimos de integración (financiados y gestionados por las comunidades autónomas), las pensiones no contributivas (financiadas por el Estado, pero gestionadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social) y los complementos de mínimos (financiados a partir del desarrollo del Pacto de Toledo también por el Estado y gestionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social). A fin de desincentivar la no cotización y reconocer el esfuerzo contributivo realizado, las pensiones mínimas de la rama contributiva son mayores que las pensiones no contributivas, además de no estar sujetas a prueba de necesidad.</p>
<p><b>2. Nivel contributivo</b></p> <p>Este nivel es obligatorio para todos los trabajadores activos, ya sean asalariados o autónomos, y las prestaciones económicas se vinculan al esfuerzo de cotización que se ha efectuado durante la vida laboral. Las prestaciones que se reconocen son rentas de sustitución por razones de edad, incapacidad o muerte, temporales en unos casos (invalidez temporal y maternidad), permanentes en otros (pensiones) y tendentes en los casos de edad e incapacidad a mantener el <i>status</i> económico logrado durante la vida laboral hasta la materialización del riesgo asegurado. La financiación de estas prestaciones ha sido fundamentalmente, y con la clarificación de las fuentes de financiación lo será exclusivamente, a través de las cotizaciones sociales. Esta dimensión de la protección social ha pasado a constituir el núcleo central de la Seguridad Social una vez que la sanidad y los servicios sociales quedan adscritos plenamente al Estado.</p>
<p><b>3. Nivel complementario libre</b></p> <p>Este nivel es libre y el Estado se limita a regular y promover fiscalmente la contratación por parte de los ciudadanos (bien de forma individual o colectiva) de seguros de pensiones con entidades privadas.</p>

nancieros. Desde esta perspectiva, las características del reforzamiento del principio contributivo acordadas no son las más adecuadas, por las razones ya explicadas.

Por otra parte, y como ya indicamos en nuestro Informe de 1995, es necesario adaptar el sistema a las **nuevas realidades familiares**. Prolongar la percepción de la pensión de orfandad, mejorar las pensiones mínimas de viudedad para menores de 60 años y no hacer incompatible la pensión de viudedad con unas nuevas nupcias (la medida más reciente, fuera del acuerdo logrado con los sindicatos) son medidas insuficientes. El modelo de aseguramiento de la Seguridad Social se basaba en la protección de la unidad familiar mediante la protección del trabajador y, a través suyo, de los familiares que de él dependiesen. La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, la generalización del control de la procreación, el reconocimiento de pensiones de viudedad a mujeres y varones (por el imperativo de no discriminación) hacen necesario un nuevo planteamiento sobre cómo debe organizarse la protección social y concretarse la solidaridad propia de la Seguridad Social en este aspecto.