Envejecimiento demográfico y vejez en España

Julio Pérez Díaz y Antonio Abellán García*

RESUMEN♦

El siguiente trabajo dibuja un marco general sobre el envejecimiento demográfico en España, especialmente el que se ha producido una vez finalizado el *baby boom* en los años setenta, periodo a partir del cual el ritmo del proceso se ha acelerado notablemente. Se organiza en dos partes bien diferenciadas. La primera, netamente demográfica, se centra en la evolución de la población española en su conjunto, el cambio experimentado por la pirámide poblacional y los determinantes de dicho cambio, pero también presta atención a las causas históricas de transformaciones tan radicales como las que ponen de manifiesto las variables demográficas y a su continuidad futura. La segunda, en cambio, trata sobre la vejez española; en ella se describen y analizan las transformaciones que ha experimentado, tanto en el terreno sociodemográfico como en algunos de los principales indicadores sociosanitarios, con especial atención a la dependencia y la necesidad de cuidados, tema cuya centralidad no hará más que acrecentarse en los próximos años.

* Instituto de Economía, Geografía y Demografía (CSIC) (julio.perez@cchs.csic.es, antonio.abellan@cchs.csic.es).

♦ Una versión revisada de este artículo será publicada próximamente como capítulo del libro *Cuatro décadas de cambio social en España* (Alianza Editorial). Los autores agradecemos a sus editores la autorización para utilizar ese material para este monográfico de *Panorama Social.*

1. Introducción

Hace exactamente cuatro décadas, en la segunda mitad de los años setenta, el *baby boom* tocaba a su fin y el número anual de nacimientos iniciaba un descenso muy acusado, arrastrado por una fecundidad menguante y cada vez más tardía en edad.

Sin embargo, lo que cambió hace cuatro décadas solo fue el ritmo. La vejez crecía desde finales del siglo XIX, y el *baby boom*[1] no la detuvo. El cambio en nuestra pirámide de edades no es, por tanto, un proceso coyuntural, ni reciente (ni local, como también veremos), y solo cobra sentido si se inserta en un proceso demográfico mucho más amplio, tanto en su alcance temporal como territorial, del que es solo una expresión más: el cambio en la eficiencia de la reproducción humana. Este cambio, históricamente súbito y reciente, afecta a todos los componentes de la dinámica y composición poblacional, pero se desencadena principalmente por la generalización de la supervivencia hasta la vejez. Lo que hoy estamos viviendo, también en la pirámide de población, son, sobre todo, los efectos diferidos de esa revolución reproductiva sin precedentes.

[1] Al aludir al *baby-boom*, nos referimos a los nacidos entre 1958 y 1977, que superaron los 650.000 anuales.

No obstante, el propio cambio de la estructura por edades constituye un motor de transformaciones sociales de gran envergadura de las que hemos empezado a hablar con mayor atención en las cuatro décadas mencionadas. Por lo tanto, se describe y analiza a continuación la evolución histórica de la pirámide poblacional y sus determinantes, y, en una segunda parte, se traslada el foco a la propia vejez como protagonista de esas transformaciones sociales.

2. La estructura por edades de la población española

2.1. Qué es el envejecimiento demográfico

La expresión "envejecimiento demográfico" es desafortunada. Aunque esté plenamente consolidada y vaya a usarse aquí sin reparos, tiene su origen en el organicismo decimonónico y su intención siempre fue calificar negativamente aquello que denomina. Se acuñó con la irrupción del darwinismo en el pensamiento social y político, muy ligado en Europa a los miedos sobre la decadencia y la degeneración, estableciendo una analogía entre los seres vivos y las naciones. El descenso de la fecundidad, ya entonces visible, y el previsible cambio futuro de la pirámide fueron interpretados como el inicio de la senectud nacional y usados como coartada de políticas de población que hoy consideraríamos criminales. Lo cierto es que la metáfora es falaz; las poblaciones no tienen edad, no envejecen, eso lo hacen las personas. Las poblaciones cambian la estructura por edades.

Una estructura, en demografía, es simplemente la manera en que la población se distribuye en sus partes, según una categoría clasificatoria. Puede ser cualquier categoría, como el estado civil o el nivel de estudios, con

Cuadro 1

Diversos indicadores de distribución en grandes grupos de edad (España, 1970-2017)

	1970	*1977*	*1981*	*1991*	*2001*	*2011*	*2017*
Edad	*Número*						
0-14	9.459.640	9.859.285	9.685.729	7.532.668	5.932.653	7.069.372	7.005.179
15-64	21.290.338	22.645.154	23.760.908	25.969.348	27.956.202	31.630.193	30.700.223
65+	3.290.679	3.824.756	4.236.724	5.370.252	6.958.516	8.116.350	8.822.620
Total	34.040.657	36.329.195	37.683.361	38.872.268	40.847.371	46.815.915	46.528.022
	Porcentajes						
0-14	28	27	26	19	15	15	15
15-64	63	62	63	67	68	68	66
65+	10	11	11	14	17	17	19
Total	100	100	100	100	100	100	100
	Edad media						
	32,7	33,2	33,9	36,9	40,0	41,5	43,0

Fuentes: INE (Censos y Cifras de Población).

la única condición de que la clasificación sea unívoca (cada persona está en una única parte del todo) y exhaustiva (nadie queda fuera). El otro requisito es que en la construcción de esa estructura se utilicen números relativos, no absolutos, de manera que puedan ser comparadas dos poblaciones cualesquiera independientemente de su mayor o menor volumen.

Así pues, la estructura por edades es, simplemente, la distribución porcentual de una población entre las diferentes clases de edad (su representación gráfica más conocida es la pirámide de población, en la que se incluye el sexo junto a la edad). Como cualquier distribución estadística, puede resumirse con indicadores como el promedio, la dispersión, la mediana y la moda, o más simplemente aún, con la relación entre distintas partes del todo (cuadro 1). Llegamos así a una definición del envejecimiento demográfico fácil e inequívoca: el aumento en la edad media de la población a lo largo del tiempo.

Dicha edad media se situaba, al empezar el siglo XX, en torno a los 27 años, y ha aumentado gradualmente a lo largo del siglo. A finales de los años setenta alcanzaba los 33; en la actualidad supera ampliamente los 40, y el proceso no ha terminado aún. Podría superar los 50 años a mediados del siglo XXI (si se mantienen las tendencias actuales), coincidiendo con la vejez de las últimas generaciones nacidas durante el *baby boom*, y es muy posible que, en la segunda mitad de este siglo, con la progresiva extinción de estas generaciones, el envejecimiento demográfico toque techo y experimente después una disminución sensible.

La proporción de personas >64[2] años es más fácil de calcular y alude directamente a la vejez, así que se ha convertido en el indicador más utilizado. Pero sintetiza peor la estructura por edades, oculta otros cambios de interés, como la relación entre niños y adultos, y obliga a elegir una edad inicial para la "vejez". A cambio, la convención de usar un límite fijo para la vida adulta permite comparar poblaciones o momentos diversos, y se basa especialmente en los límites legales habituales, hasta hace muy poco, de la vida laboral. Pero en otras partes del mundo, o en nuestro propio pasado, este límite se ha situado en edades diferentes, como los 60 años, y existen hoy propuestas bien fundadas para considerar que dicho límite podría ser móvil (Sanderson y Scherbov, 2010), en función de los cambios en la mortalidad, la salud o las condiciones laborales y socioeconómicas de las sucesivas generaciones (Spijker, 2015), de manera que, en realidad, se es "viejo" cada vez con mayor edad y lo que denominamos "envejecimiento de la población" consistiría, en rigor (gran paradoja), en más años de vida juvenil o adulta.

En cualquier caso, dada la amplia extensión de la proporción de mayores de 64 años como indicador de envejecimiento demográfico, va a ser también el más usado aquí. Dicha proporción rondaba el 4 por ciento al empezar el siglo XX (sin que probablemente hubiese mucho margen de variación durante toda la historia anterior de la población española), y ha aumentado con ritmos desiguales a lo largo del siglo, hasta rozar el 20 por ciento en la actualidad.

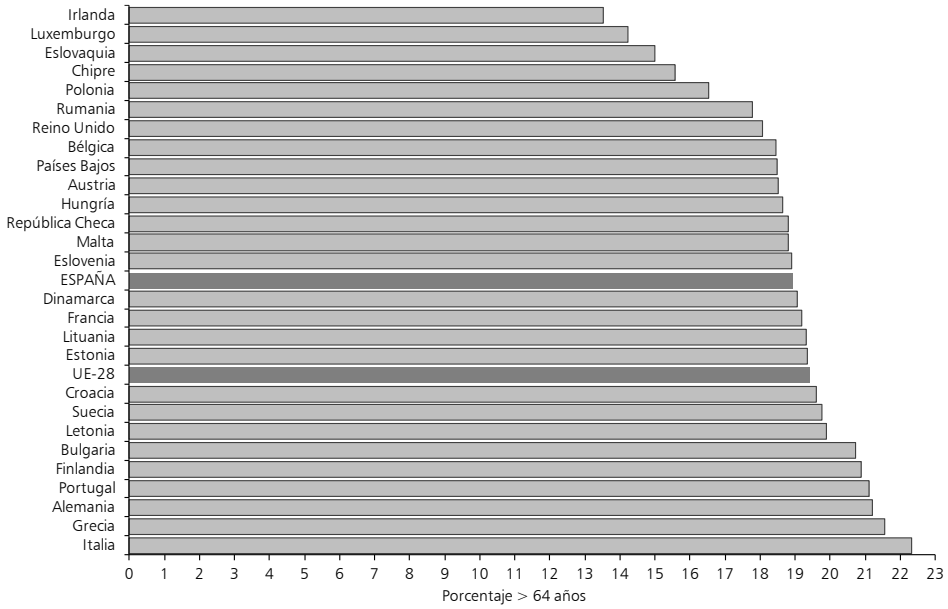
¿Dónde sitúa esta proporción a la población española en el contexto internacional? Pese a los abundantes tópicos sobre un envejecimiento anormal en España, lo cierto es que el cambio demográfico se está experimentando en todos los países del planeta y, aunque Europa fue el continente donde se inició y se encuentra en un estadio más avanzado, España no supera el promedio de la Unión Europea (UE) (gráfico 1).

La proporción de personas >64 años era del 5 por ciento en la población mundial todavía en 1960, pero desde entonces ha aumentado cada vez a mayor ritmo, hasta situarse en el 8,5 por ciento en 2016 (mapa 1).

[2] Los intervalos numéricos deben escribirse anotando los valores exactos inicial y final, pero es práctica común que la duración de las personas desde su nacimiento se exprese en edades cumplidas o "aniversarios", no en edades exactas, y en demografía se sigue ese criterio. Esto puede producir confusiones, cuando se interpreta que, por ejemplo, 0-14 es un intervalo que acaba justo al cumplir la edad 14, cuando en realidad abarca también los 365 días posteriores. Aquí se aludirá a la clase de personas mayores como aquellas cuya edad se encuentra en el intervalo ">64 años", expresión breve e inequívoca, equivalente a la de "65 o más años".

Gráfico 1

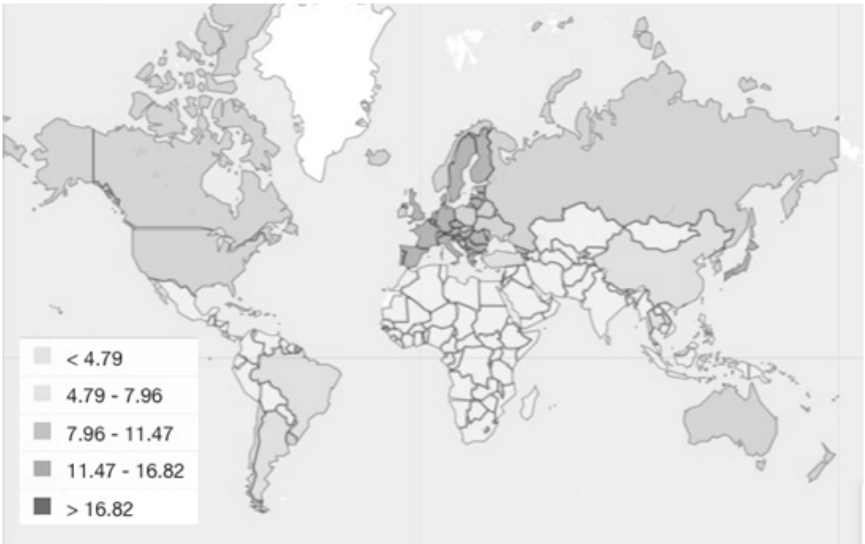
Proporción de personas >64 en los países de la UE (2017)



Fuente: Eurostat (www.eurostat.eu; consulta: marzo de 2018).

Mapa 1

Mapa mundial por países, con porcentaje de población >64 años (2016)



Fuente: Banco Mundial (https://data.worldbank.org; consulta: abril de 2018).

2.2. Los factores explicativos: natalidad, migraciones y mortalidad

Al margen de los indicadores numéricos, la mejor manera de sintetizar la estructura por edades es el gráfico demográfico por excelencia, la pirámide de población (estructura por sexo y edad), que además permite intuir también el efecto que han tenido en el pasado los acontecimientos que la conforman actualmente.

La forma de la pirámide cambia por el efecto combinado de alteraciones en los mismos tres fenómenos que condicionan el volumen de la población, la natalidad, la mortalidad y las migraciones, aunque el mayor impacto visual es siempre el de la natalidad, pues se concentra en la base de la pirámide, mientras que la mortalidad y las migraciones pueden distribuirse por todas las edades y con diferencias de intensidad en cada una.

Como se ve en el gráfico 2, el cambio es radical e ilustra mejor que cualquier otro indicador la gran transformación experimentada por la demografía española. La pirámide de 1975 tiene una base muy amplia, engañosamente similar a las pirámides históricas tradicionales, mientras la pirámide actual revela el gran peso alcanzado por la vejez y una gran reducción del peso de la infancia, tanta que, por primera vez, los menores de 15 años se han visto rebasados en número por quienes tienen 65 o más años (lo tradicional siempre fue que los menores supusieran un tercio de la población).

En realidad, la de 1975 es una pirámide extraordinaria e irrepetible, y tenerla como patrón de referencia conduce a conclusiones erróneas. No solo refleja la elevada natalidad durante el *baby boom*, sino la novedad de la muy elevada supervivencia infantil, factor que no hubiese formado parte de ninguna pirámide histórica de base amplia en nuestro pasado. Añádase que la elevada natalidad no había resultado de un repunte de la fecundidad gene-

Gráfico 2

Pirámide de población de España en el padrón de 1975 y en la estimación a 1 de enero de 2017

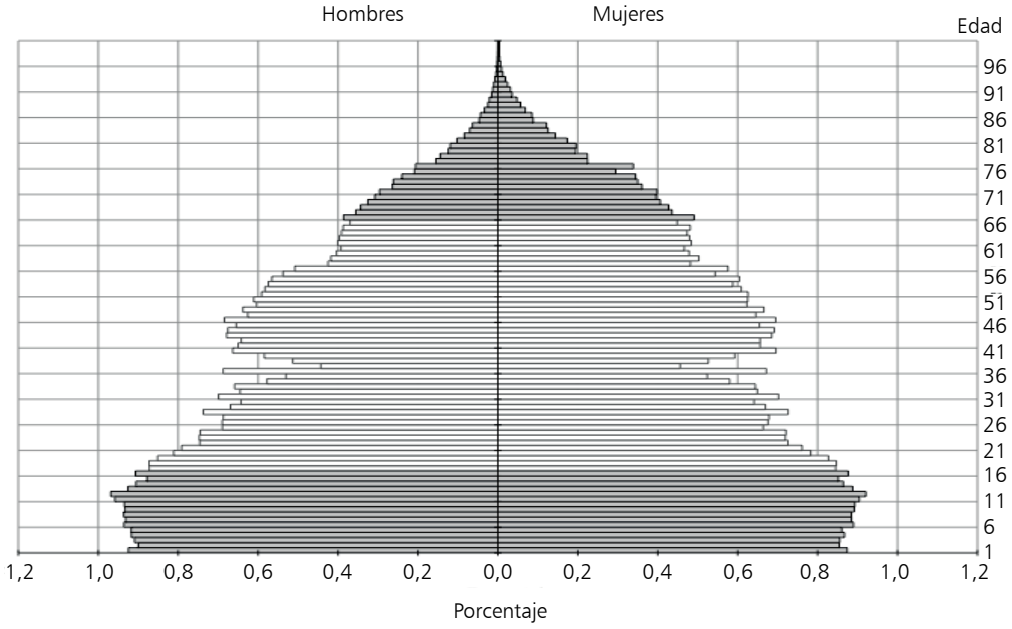
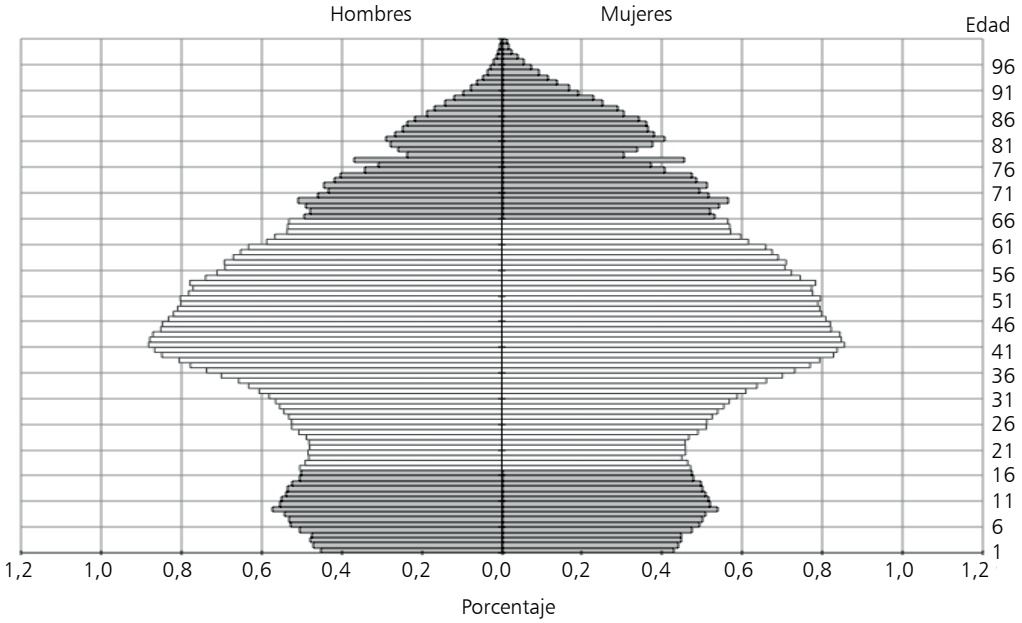


Gráfico 2 (continuación)

Pirámide de población de España en el padrón de 1975 y en la estimación a 1 de enero de 2017



Fuentes: INEBASE (*Cifras de Población, datos definitivos*; consulta: abril de 2018) e INE (*Padrón Municipal de 1975*).

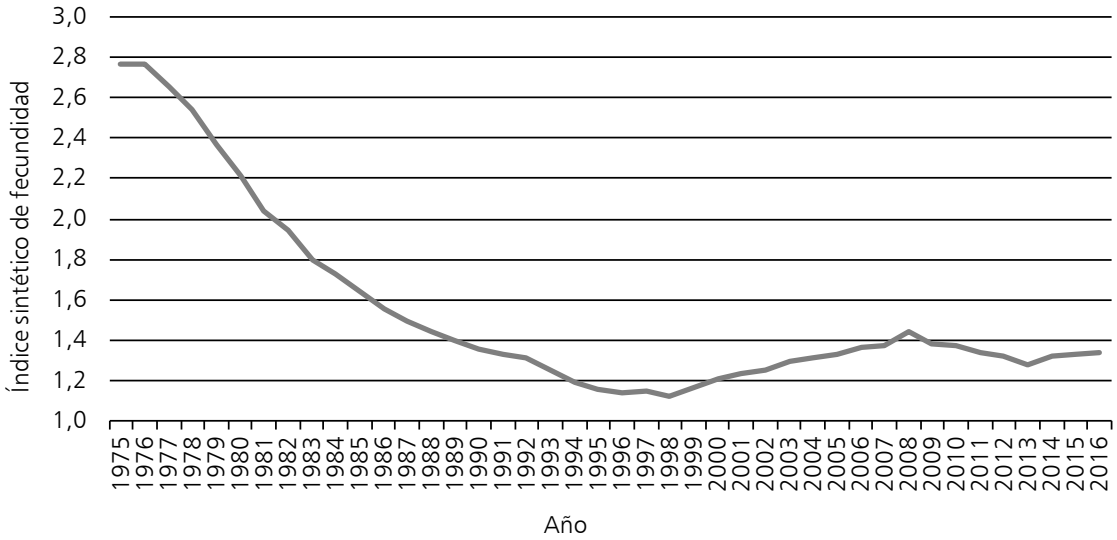
racional –en realidad, la descendencia de las mujeres que tuvieron sus hijos en esos años no fue mayor que la que habían tenido sus madres (Pérez Díaz, 2001)–, sino de un descenso muy notable de la soltería femenina y de la "concentración de los calendarios" de todas las generaciones en edad fecunda en aquel momento. Unas, las más maduras, recuperaban el tiempo perdido tras la mala coyuntura de los años cuarenta y cincuenta, y otras, las más jóvenes, adelantaban mucho la edad a la que tenían sus hijos (Fernández Cordón, 1978).

El posterior descenso de la natalidad al final de la década de los setenta, por tanto, se produjo una vez agotado el efecto de la concentración de calendarios, y por causas opuestas; los jóvenes habían tenido ya sus hijos, pronto, y las siguientes generaciones no solo disminuyeron notablemente su descendencia, sino que retrasaron notablemente el momento de tenerla (gráficos 3 y 4). Esos, hasta la década de los noventa, son los años en que la proporción de personas >64 años creció más rápidamente.

Como puede comprobarse, el "calendario" (la distribución de los hijos a lo largo del periodo fecundo) es un componente importante del número de nacimientos y del volumen poblacional en cada momento (Bongaarts y Feeney, 1998). Por una parte, el retraso en el nacimiento del primer hijo aumenta la probabilidad de que finalmente no se tenga ninguno y, en efecto, es previsible un aumento previsible de la infecundidad entre las generaciones que actualmente están en edad de tener hijos (Esteve, Devolder y Valls, 2016) (gráfico 4). Pero es que, además, con la misma supervivencia de los que nacen y la misma fecundidad de quienes tienen los hijos, una población ve aumentada su natalidad si los hijos se tienen más temprano, y también es mayor su volumen a lo largo del tiempo, pues las diversas generaciones coexisten durante más años.

Gráfico 3

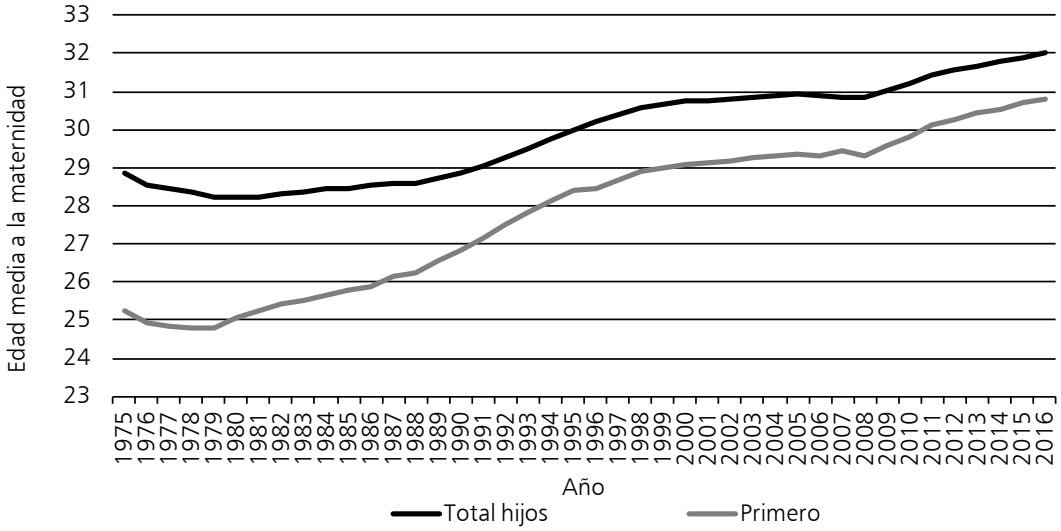
Índice sintético de fecundidad femenina (España, 1975-2016)



Fuente: INE (*Indicadores de Fecundidad, resultados nacionales*).

Gráfico 4

Edad media a la maternidad y al nacimiento del primer hijo (España, 1975-2016)



Fuente: INE (*Indicadores de Fecundidad, resultados nacionales*).

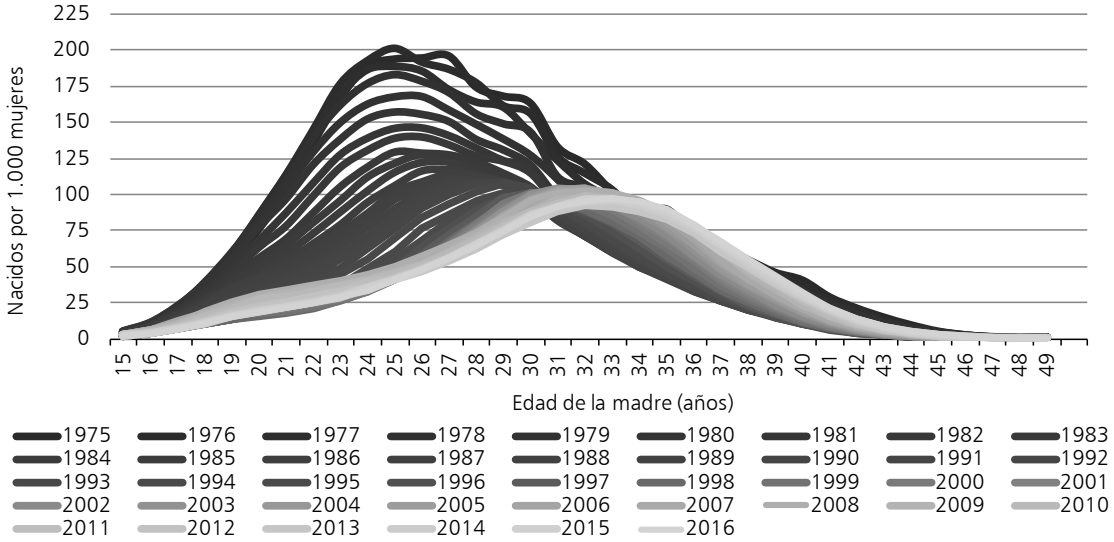
Así que el descenso de la natalidad antes observado durante las últimas cuatro décadas no solo se explica por el descenso de la fecundidad, sino también por el retraso del calendario. Tampoco su renovado descenso tras el *baby boom* es una singularidad española y los niveles inferiores a dos hijos por mujer se han vuelto mayoritarios en Europa. Si algo distingue a España, es la gran importancia que ha adquirido también el retraso de la fecundidad, reflejado en el gráfico 5.

A este retraso, en las últimas cuatro décadas, han contribuido factores novedosos de orden diverso, que solo cabe apuntar aquí. Así, la crisis industrial de finales de los setenta obligó en el mundo entero a una reconversión de los sistemas productivos y se tradujo para la juventud española en un súbito bloqueo del acceso al mercado laboral y, por tanto, a la emancipación y la formación de familia propia. Simultáneamente, las generaciones de jóvenes de esos años protagonizaron el salto del nivel de estudios hasta los superiores, algo sin precedentes en un país tradicionalmente poco instruido; las mujeres de dichas generaciones, además de sumarse a esta eclosión académica, rebasaron por primera vez a los hombres coetáneos en esa dedicación a los estudios, cambio aún más trascendental en un país donde, de manera ancestral, se había dedicado mucha menor instrucción a las niñas que a los niños. También la simple relación de masculinidad de las edades casaderas experimentó un vuelco histórico, ya que las mujeres siempre habían sido "excedentarias" en el mercado matrimonial y ahora ocurría lo contrario (Cabré, 1993). Finalmente, pero con una importancia crucial para el calendario de la vida fecunda femenina, la actividad extradoméstica de las mujeres irrumpió definitivamente en el mercado laboral español, con trayectorias que, a diferencia de las que habían tenido todas las generaciones anteriores, ahora no estaban supeditadas al calendario nupcial y reproductivo y tenían vocación de permanencia, asimilándose por tanto a las masculinas (Garrido, 1992).

En definitiva, el rapidísimo descenso de la natalidad posterior a 1975 se produce por el efecto combinado de una fecundidad menguante hasta mínimos insospechados y sin precedentes –en esos años, el fenómeno resultó

Gráfico 5

Tasas específicas de fecundidad (España, 1975-2016)



Fuente: INE (*Indicadores de Fecundidad, resultados nacionales*).

visible en muchos otros países "tardíos", como todos los del sur de Europa, pero también, algo más tarde, los del este, lo que llevó a los especialistas a acuñar la etiqueta "*lowest low fertility*" (Sobotka, 2004)– y un notable retardo del calendario fecundo.

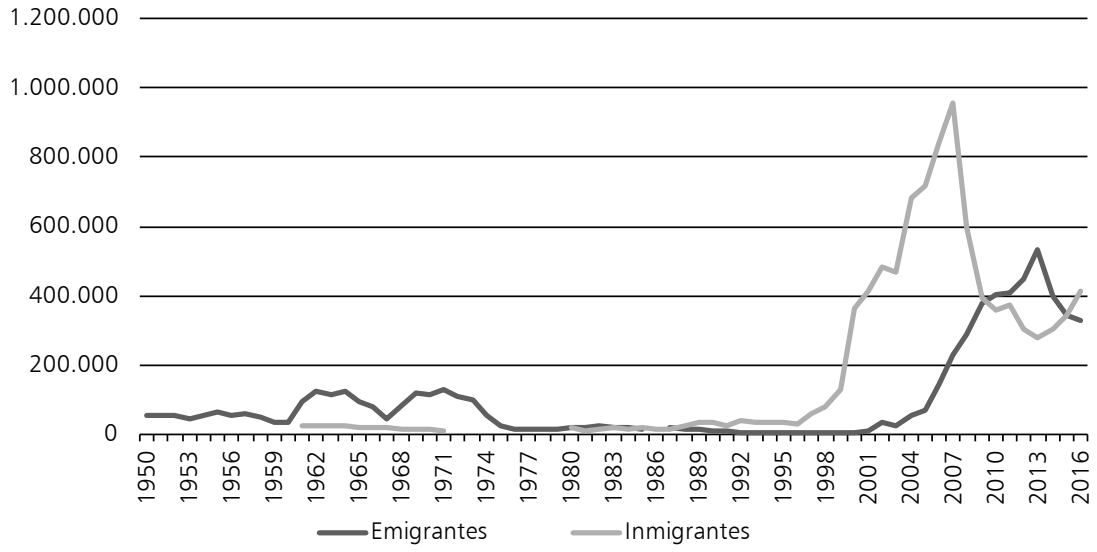
Pese a todo lo anterior, la natalidad experimenta un ligero repunte en la década posterior a 1998, y en ello tiene un papel importante otra de las novedades radicales en la demografía española: no solo se rompe la inmemorial tendencia emigratoria del país, sino que la inmigración, súbitamente, adquiere una intensidad sin apenas precedentes internacionales, que eleva el volumen poblacional más allá de cualquier previsión (gráficos 6 y 7).

Es difícil exagerar el carácter de ruptura histórica que supone esta evolución, y no es solo porque la población española, que al empezar los años ochenta nadie proyectaba más allá de los 40 millones, alcanzase casi 47 millones de personas en solo una década (de las cuales, más de cuatro millones y medio de nacionalidad extranjera). También para la estructura por edades hubo efectos notables. Las migraciones no se distribuyen uniformemente por edad. Suelen concentrarse en las edades jóvenes de la vida laboral y encuentran en la búsqueda de trabajo su causa principal (gráfico 8). Por eso, el efecto del pico inmigratorio en la primera década del nuevo siglo, hasta que se ve frenado por la crisis económica y de empleo, tiene un efecto que contradice el tópico tan extendido sobre su supuesta función de "tapar huecos". Lejos de verse supuestamente atraídos por el vacío en las edades infantiles y juveniles, los inmigrantes vinieron a trabajar, sumándose a las edades que ya eran las más voluminosas.

Precisamente por las edades en que se concentran las migraciones (aquellas en que se concentra también la fecundidad), un fenómeno inmigratorio de cierta envergadura va acompañado generalmente de una mayor natalidad en el conjunto de la población, y eso es lo que puede observarse en la base de la pirámide actual. Suele ocurrir, además, que los países de origen de esta inmigración tengan una fecundidad más alta que la del país de destino. Sin embargo, también aquí la inmigración reciente se ha mostrado extraordinaria, adoptando pau-

Gráfico 6

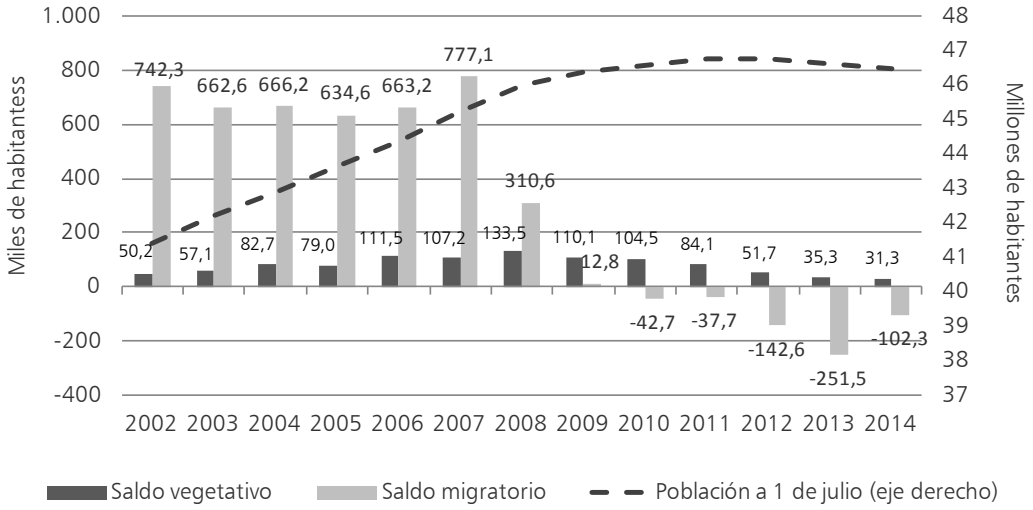
Número de emigrantes e inmigrantes (España, 1950-2016)



Fuentes: Salgado *et al.* (2009) hasta 1985; los años posteriores se han completado con datos del INE y de Eurostat.

Gráfico 7

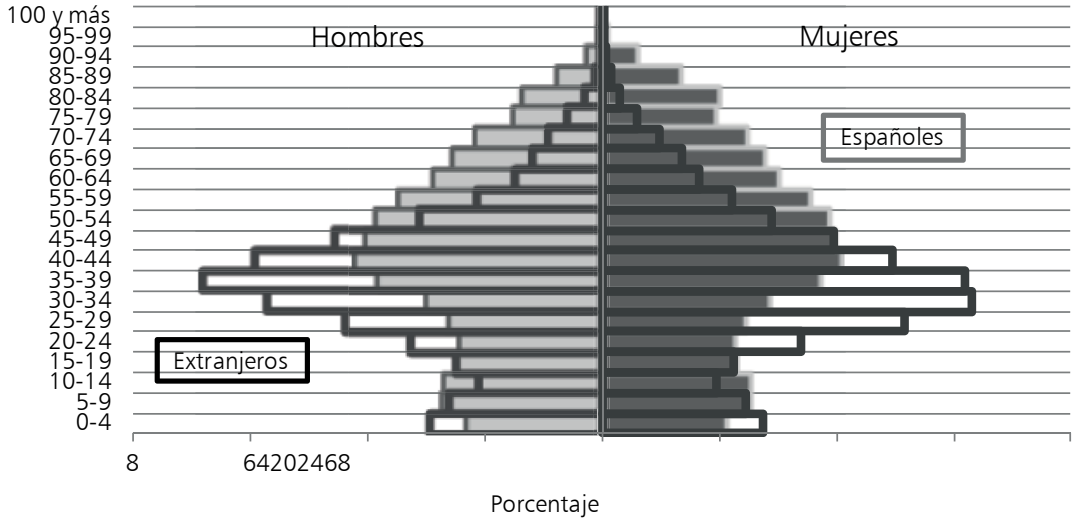
Volumen poblacional, saldo vegetativo y saldo migratorio (España, 2002-2014)



Fuentes: INE (*Movimiento Natural de la Población*, para los saldos vegetativo y migratorio; *Cifras de Población*, para los datos de población). Elaboración propia.

Gráfico 8

Pirámide de la población empadronada en España a 1 de enero de 2017, por nacionalidad



Nota: Españoles en sombreado.

Fuente: INE (*Estadística del Padrón Continuo, a 1 de enero de 2017*).

tas de fecundidad similares a la española muy rápidamente, ya en la primera generación, sin esperar a la segunda (Castro Martín y Rosero-Bixby, 2011) (González-Ferrer *et al.*, 2017).

El factor migratorio ha sido, pues, la gran novedad en la demografía española de estas cuatro décadas, aunque exista una especie de obsesión política por la fecundidad ya desde el siglo XIX, y pese a que la crisis haya frenado radicalmente el flujo de entradas y convertido el saldo nuevamente en negativo. Es de esperar su reactivación con la mejora económica y laboral, y aunque las proyecciones oficiales actuales se hagan prolongando tendencias presentes y manejen escenarios migratorios muy parcos (las migraciones son el factor menos previsible porque, a diferencia de la natalidad y mortalidad, dependen escasamente de la dinámica interna de la población española), lo cierto es que en 2013 el número de inmigrantes dejó de descender y ha vuelto a incrementarse en los años posteriores. De hecho, en 2016 ya superaba el número de salidas. Así pues, volvemos a tener un saldo positivo, que está compensando y superando ya el saldo negetativo, de modo que la inmigración vuelve a ser motivo de crecimiento poblacional para el conjunto del país.

A tenor de lo ya visto, desde el final del *baby boom* la pirámide parece haberse moldeado principalmente por los cambios de la natalidad y las migraciones. La mortalidad parece un factor de fondo sin demasiados efectos visibles. Nada podría ser más engañoso; el envejecimiento demográfico tiene, por motivos múltiples que a continuación se expondrán, un papel no solo principal, sino también impulsor del conjunto de cambios experimentados por la demografía en España y en el mundo.

A diferencia de comportamientos como los fecundos o los migratorios, la mortalidad no es opcional. Donde presenta diferencias no es en su intensidad (el 100 por ciento), sino en su distribución por edades. Es, por tanto, el condicionante "duro" e ineludible al que, de una manera u otra, responden los demás comportamientos, conyugales, familiares o sociales implicados en la reproducción. Así que no es de extrañar que todos los indicadores sobre volumen, dinámica o composición poblacional, incluyendo la estructura por edades, se vean radicalmente subvertidos ante un cambio como el que refleja el cuadro 2.

En 1900, la esperanza de vida en España no alcanzaba los 35 años, un nivel que podría caracterizar la historia completa de la humanidad hasta el siglo XIX, y que la mayor parte de Europa había superado algunas décadas antes. En nuestro continente se había iniciado el cambio espaciando en el tiempo las grandes crisis (guerras, hambres y epidemias), pero, sobre todo, reduciendo progresivamente la mortalidad infantil, en la que España estaba especialmente retrasada. Añádanse dos obstáculos tan notables como la gripe de 1918 y la guerra civil, y se comprenderá que el paso a los 83 años de vida media actuales, una de las mayores esperanza de vida del mundo, es resultado de un proceso fulgurante de mejoras.

Los cuadros anuales de mortalidad que la esperanza de vida sintetiza ocultan en realidad el auténtico carácter de esta revolución, puesto que emulan transcursos de vida generacionales a partir de las mortalidades de cada edad en un periodo de un año. El auténtico alcance del cambio de la mortalidad sobre la pirámide de población actual se entiende mucho mejor si se manejan generaciones reales (gráfico 9).

Cuadro 2

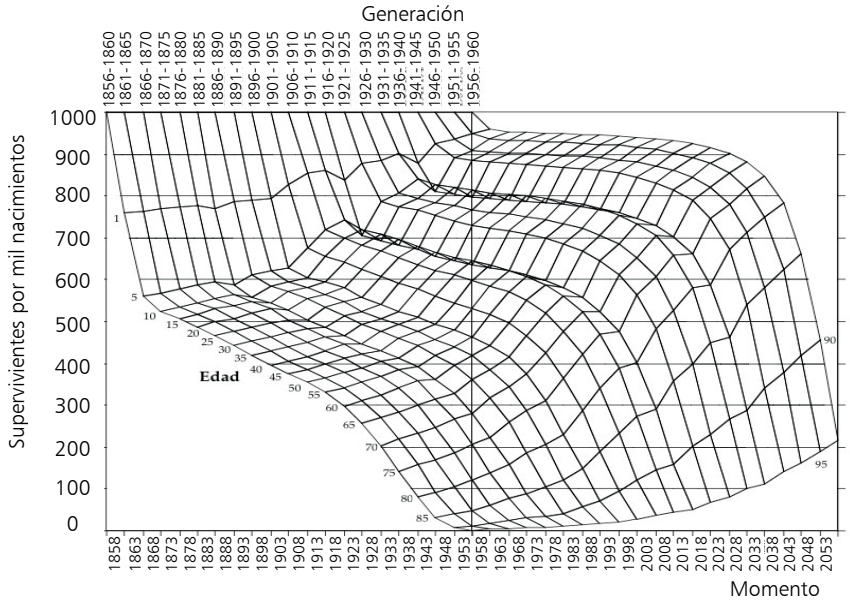
Esperanza de vida al nacer en años (España, 1900-2016)

Años	*1900*	*1910*	*1920*	*1930*	*1940*	*1950*	*1960*	*1970*	*1980*	*1990*	*2000*	*2010*	*2016*
Total	34,8	41,7	41,2	50,0	50,1	62,1	69,9	72,4	75,6	76,9	79,3	82,1	83,1
Hombres	33,9	40,9	40,3	48,4	47,1	59,8	67,4	69,6	72,5	73,4	75,9	79,0	80,3
Mujeres	35,7	42,6	42,1	51,6	53,2	64,3	72,2	75,1	78,6	80,5	82,7	85,0	85,8

Fuentes: INE (*Anuario Estadístico de España 2004*, para los años 1900-1990: *Tablas de Mortalidad de la población de España,* para los años 2000-2016).

Gráfico 9

Supervivientes por edad (generaciones femeninas, España, 1856-1960)



Fuente: Pérez Díaz (2003b) tomando los datos calculados por Cabré (1989).

El constante aumento del número de personas mayores en las últimas cuatro décadas se explica, al margen del variable tamaño de sus generaciones, por la creciente proporción de los que están llegando vivos a la vejez. De los nacidos en 1856-1860 solo una cuarta parte llegó con vida a los 65 años (la mitad fallecieron antes de cumplir los 15 años), pero las generaciones nacidas al acabar la guerra civil han sobrevivido hasta los 65 años, empezado ya el siglo XXI, en más del 80 por ciento de su efectivo inicial; y las nacidas en la década de los sesenta, las generaciones del *baby boom*, lo harán en el futuro próximo con más del 90 por ciento. Como se verá en la segunda parte del artículo, a esta supervivencia creciente hasta la vejez hay que añadir el incremento de la supervivencia una vez alcanzada esta edad.

Esto matiza enormemente la impresión que puede causar el impacto visual de la natalidad en la evolución de la pirámide poblacional. Pero es que también el descenso de la fecundidad, principal determinante de la natalidad, tiene como causa principal el aumento de la supervivencia. La justificación teórica de esta afirmación puede encontrarse en la Teoría de Revolución Reproductiva (Macinnes y Pérez Díaz, 2005), pero baste decir que la fecundidad no nos dice nada sobre el reemplazo si no se la combina con la mortalidad. Lo cierto es que fecundidades muy superiores a cinco hijos por mujer nunca garantizaron dicho reemplazo a ninguna población histórica, y eran obligadas solo para evitar la extinción. Y el principal motivo de esta ineficiencia reproductiva era la enorme merma de cualquier generación antes de alcanzar las edades fecundas. Si menos de la mitad de los nacidos muere antes de alcanzarlas, los demás están obligados a descendencias elevadísimas, y esta perversa e ineficiente dinámica poblacional es la que refleja la tradicional pirámide de población, muy ancha en la base, y rápidamente menguante al ascender en las edades. Es, por tanto, el aumento de la supervivencia generacional el que conduce a un descenso de la fecundidad, y este se convierte, a su vez, en un factor que permite dedicar más recursos y atención a cada hijo, dos tendencias que se refuerzan mutuamente y han alterado para siempre la demografía humana.

Debe hacerse aquí un pequeño inciso acerca de las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres. Como ha podido verse en el cuadro 2, la esperanza de vida de ellas ha sido varios años mayor durante todo el siglo XX y, de hecho, su ventaja ha aumentado gradualmente hasta los más de cinco años actuales. El motivo es que los hombres tienen una ligera sobremortalidad en prácticamente todas las edades, una constante histórica sin apenas excepciones geográficas. El efecto progresivo a lo largo de las sucesivas edades adquiere especial importancia en la parte de este artículo dedicada a la población >64 años. La explicación de esta diferencia reside, al menos parcialmente, en las pautas sociales por las que históricamente los hombres han estado sometidos a mayores riesgos, entre las que destacan el alcoholismo, el tabaquismo, las guerras o los accidentes laborales. Pero todo indica la existencia de condicionantes biológicos aún mayores. De hecho, la sobremortalidad masculina ya existe en la gestación, antes del nacimiento, y resulta muy revelador que, al nacer, la relación entre sexos siempre sea algo mayor para los masculinos (más de 51 de cada 100).

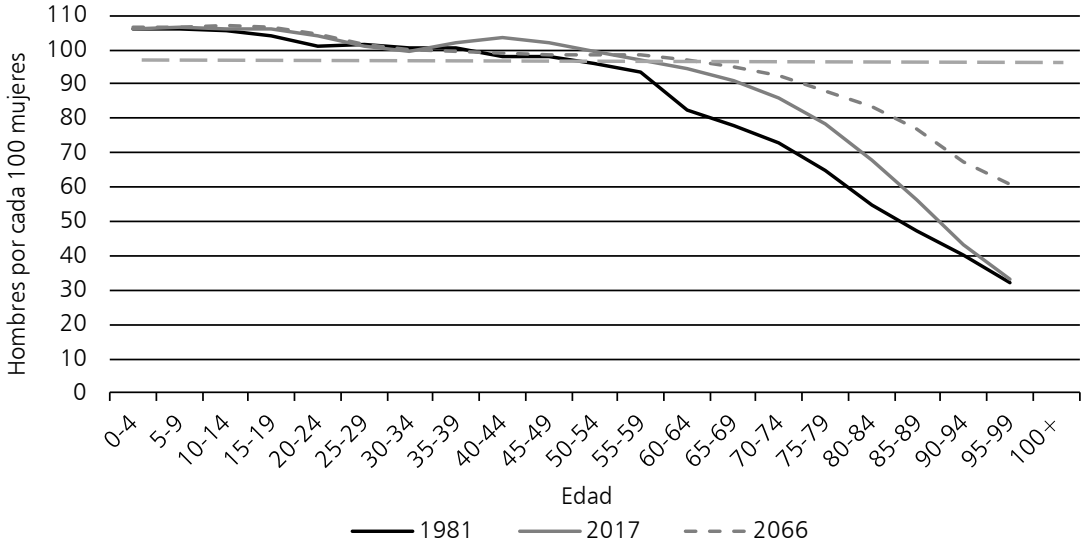
Esta preponderancia masculina se erosiona gradualmente con la edad, anulándose en las edades adultas, y conduce en las posteriores a una relación muy desigual, esta vez a favor de las mujeres (gráfico 11). Duplican a los hombres hacia los 80 años, y su proporción es aún mayor en la vejez avanzada: la vejez es femenina, y su estado civil mayoritario ha sido hasta ahora la viudedad. Si esto se une al peso creciente de la propia vejez en la población, se entenderá que uno de los grandes cambios de las últimas décadas haya sido la irrupción de las mujeres mayores en el panorama social del país; al acabar el pasado siglo constituían ya una de cada diez personas en la población española.

Pero el gráfico 10 también muestra que, con la mejora de la mortalidad, la preponderancia masculina se mantiene hasta edades más altas, retardando la viudedad y prometiendo modificar las relaciones de género en la vejez y la tradicional viudedad femenina como estado civil más frecuente.

Se entenderá que cada vez sea más importante alguna previsión sobre los límites que puede alcanzar el crecimiento de la esperanza de vida. De hecho, precisamente en los años ochenta llegó a pensarse que ya había tocado techo en los países más avanzados, una vez evi-

Gráfico 10

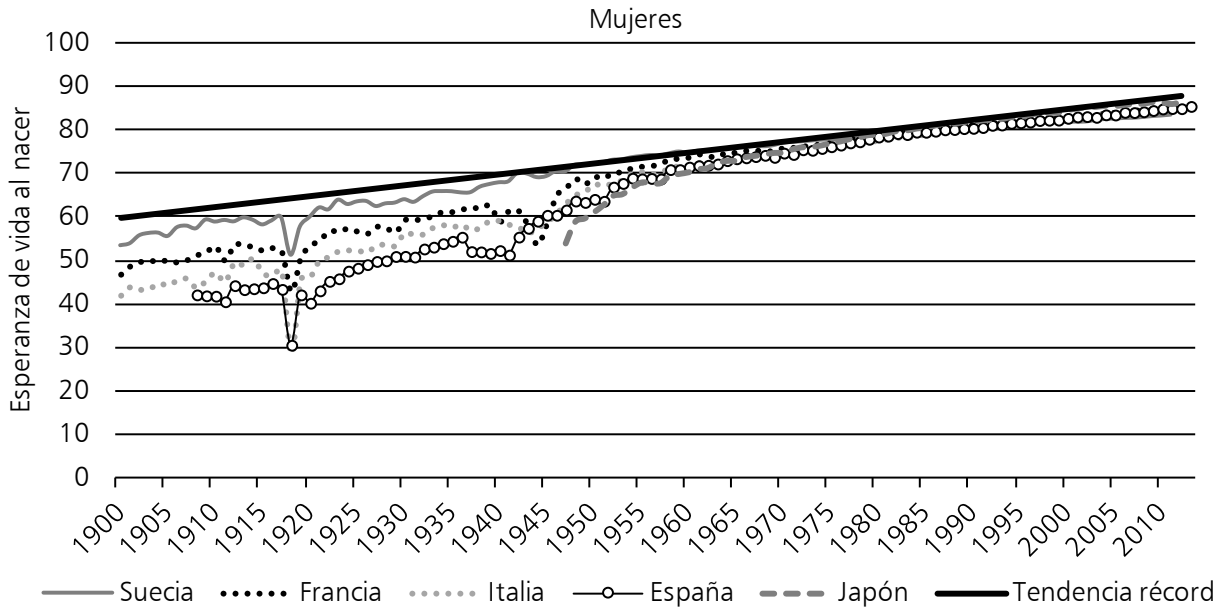
Relación de masculinidad por edades (España, 1981, 2017 y proyección a 2066)

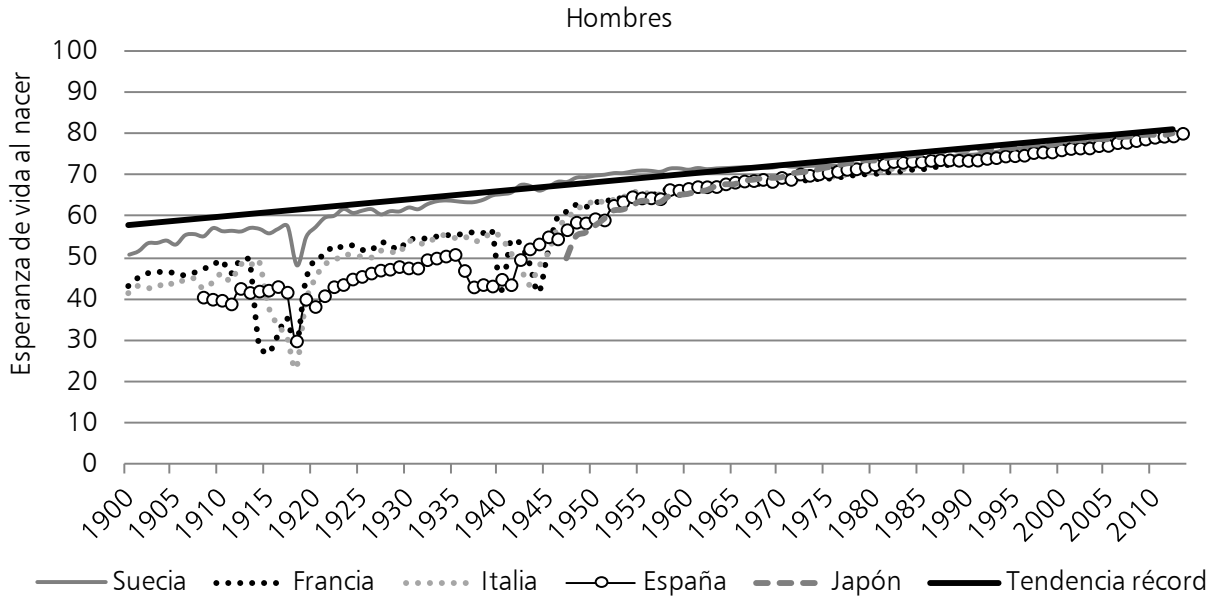


Fuentes: INE (*Censo de Población de 1981*, *Población actualizada a 1 de enero de 2017* y *Proyecciones de población 2016-2066*).

Gráfico 11

Esperanza de vida y tendencia de la esperanza de vida récord, por sexo (España y países seleccionados, 1900-2013)





Fuentes: Human Mortality Database y series actualizadas de Oeppen y Vaupel (2002).

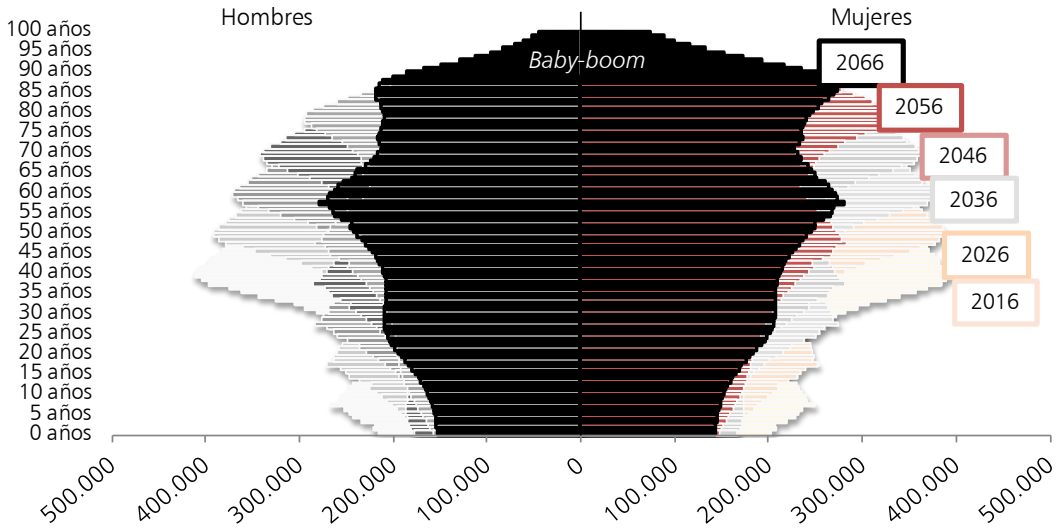
tada la mortalidad "precoz", y hasta se cambiaron los objetivos estratégicos internacionales en materia de salud para dejar de perseguir una mayor duración de la vida y buscar, en cambio, su mayor calidad. La realidad ha desmentido estos supuestos, sobre todo porque, como se mostrará más adelante, la novedad imprevista ha sido desde entonces un elevadísimo ritmo de mejoras en la supervivencia también en la vejez. Al empezar el siglo XXI se constató que, contra todos los supuestos, el récord internacional de esperanza de vida, al margen del país que lo representase en cada momento, había continuado creciendo a un ritmo lineal y sostenido (Oeppen y Vaupel, 2002). El gráfico 11 recoge una adaptación del más famoso de los gráficos de aquel trabajo para ilustrar la rapidez con la que las poblaciones masculina y femenina españolas se han incorporado a este proceso.

La falta de certidumbre acerca de la evolución futura de la mortalidad se traslada a la pirámide de población y los límites del envejecimiento demográfico. Frente a quienes siguen intentando, hasta ahora siempre sin éxito, encontrar el límite insuperable de la vida humana, en los años recientes proliferan quienes anticipan resultados insospechados de los actuales avances médicos y farmacológicos, recientemente revolucionados con hallazgos notables en biología molecular. Sin embargo, como se aprecia en el gráfico 12, en las próximas décadas tanto España como muchos otros países verán cómo sigue aumentando la proporción de mayores de 64 años simplemente por la llegada a esas edades de las generaciones de gran volumen nacidas durante sus respectivos *baby booms* (Blanes, 2007). La incertidumbre añadida a este futuro fácilmente previsible está en cuántos años más vivirán después si siguen produciéndose ganancias importantes en esperanza de vida.

En cualquier caso, el propio envejecimiento demográfico hace descender la tasa bruta de natalidad (TBN), y ello, por simples motivos aritméticos: la TBN se calcula dividiendo los nacimientos de un periodo por la población media de ese periodo (n/P). Con la creciente proporción de mayores, quienes tienen edades fecundas suponen cada vez una menor proporción de la

Gráfico 12

Proyecciones de población por sexo y edad (España, pirámides 2016-2066)



Nota: Puede resultar extraño que en el gráfico sobresalgan edades posteriores al *baby boom* (1958-1977) como si formasen parte de él. En realidad este abultamiento es posterior y lo han ocasionado los altos efectivos migratorios incorporados después a la pirámide.

Fuente: INE (*Proyección de la Población de España 2016-2066*).

población P. En las poblaciones modernas con una vida larga y con alta proporción de personas mayores es cada vez más difícil e improbable que volvamos a experimentar un *baby boom*.

2.3. Sobre las diferencias territoriales en la pirámide de edades

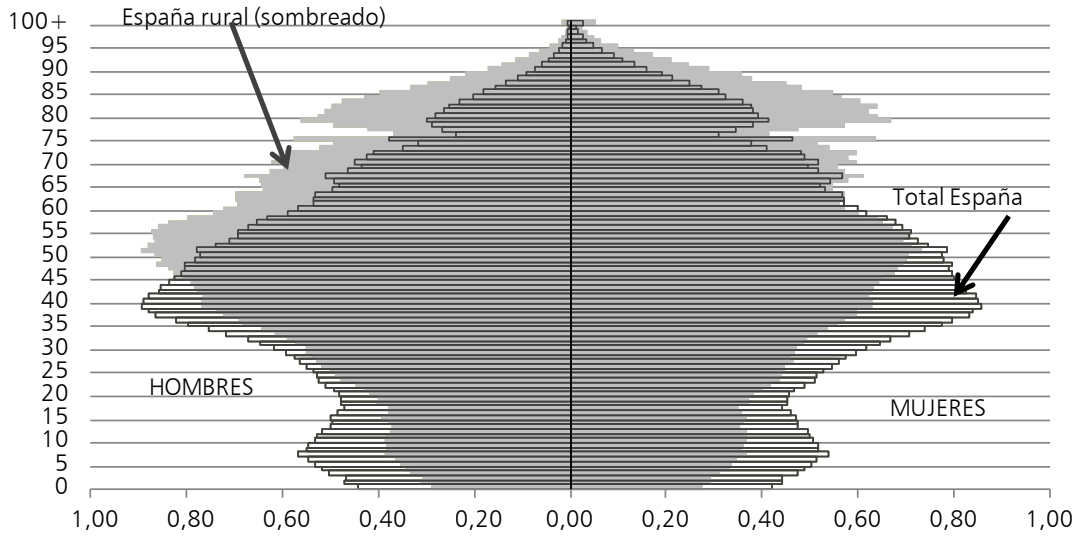
Cuando se desciende en los niveles de agregación poblacional hasta sus unidades más pequeñas, la pequeña aldea o la entidad habitacional, se reduce la capacidad explicativa del movimiento vegetativo, y es cada vez más determinante el componente migratorio. En otras palabras, cuando descendemos a niveles municipales o inframunicipales, lo que vemos en la pirámide poblacional no es la historia en materia de natalidad o mortalidad, sino la movilidad residencial experimentada en las últimas décadas.

En ello no hay nada nuevo; siempre hubo casos de despoblación y envejecimiento demográfico causados por la marcha de los jóvenes a lugares que les proporcionaban mejores oportunidades. Pero esta casuística hace siglos que se volvió sistemática en la direccionalidad de los desplazamientos: la población tiende a moverse hacia las ciudades.

Este proceso de urbanización muestra etapas diferenciadas en función de la propia historia económica o política de cada país. En toda Europa se vio muy acelerado a finales del siglo XIX por la conjunción de una crisis agraria general, muy ligada a la llegada masiva de productos de ultramar obtenidos en grandes y modernas explotaciones y con bajo coste de transporte, gracias a los nuevos medios como el ferrocarril o el barco a vapor. Pero en España se aceleró nuevamente de manera dramática en los años sesenta, cuando el empleo agrario se desplomó, a la vez que crecía rápidamente el empleo industrial en algunas ciudades, o en otros países europeos. En la actualidad, la España rural presenta una estructura por edades más envejecida que la del conjunto del país (gráfico 13), concentrándose los muni-

Gráfico 13

Pirámides de la población residente en España y en municipios de menos de 2.000 habitantes (2016)

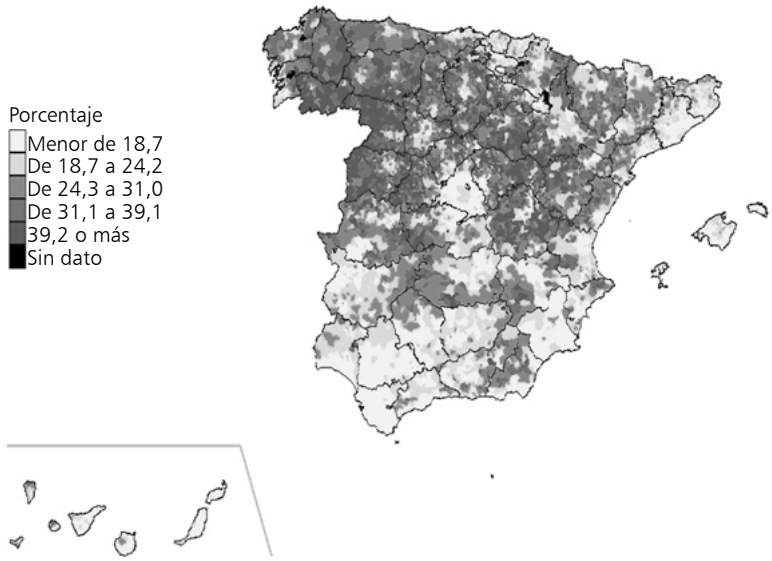


Nota: La categoría "España rural" incluye a la población residente en los 5.868 municipios de 2.000 o menos habitantes. La categoría "Total España" incluye la población residente en sus 8.124 municipios (46.572.132 habitantes).

Fuente: INEBASE (*Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2016*; consulta: enero de 2017).

Mapa 2

Proporción de personas >64 años por municipio (2017)



Fuente: INEBASE (*Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017*; consulta: enero 2018). Elaboración propia.

cipios más envejecidos en el tercio septentrional del país, especialmente en el noroeste (mapa 2).

En todo caso, el envejecimiento rural nada tiene que ver con la baja o alta natalidad (Martínez, Gisbert y Martí, 2016). Pese a ello, todavía hoy muchos analistas cometen el error de unir en un único "reto demográfico" el envejecimiento poblacional español y el de sus zonas rurales, y recomendar como remedio indiferenciado el fomento de una mayor fecundidad. Quien cae en esta tentación debería recordar que el mayor éxodo rural español jamás documentado se producía en los años del *baby boom*.

Otro error frecuente es concluir que la vejez en España es cosa de las zonas rurales. Como se verá más adelante, si bien es cierto que los pequeños municipios están más envejecidos, la gran mayoría de las personas mayores en España vive en ciudades

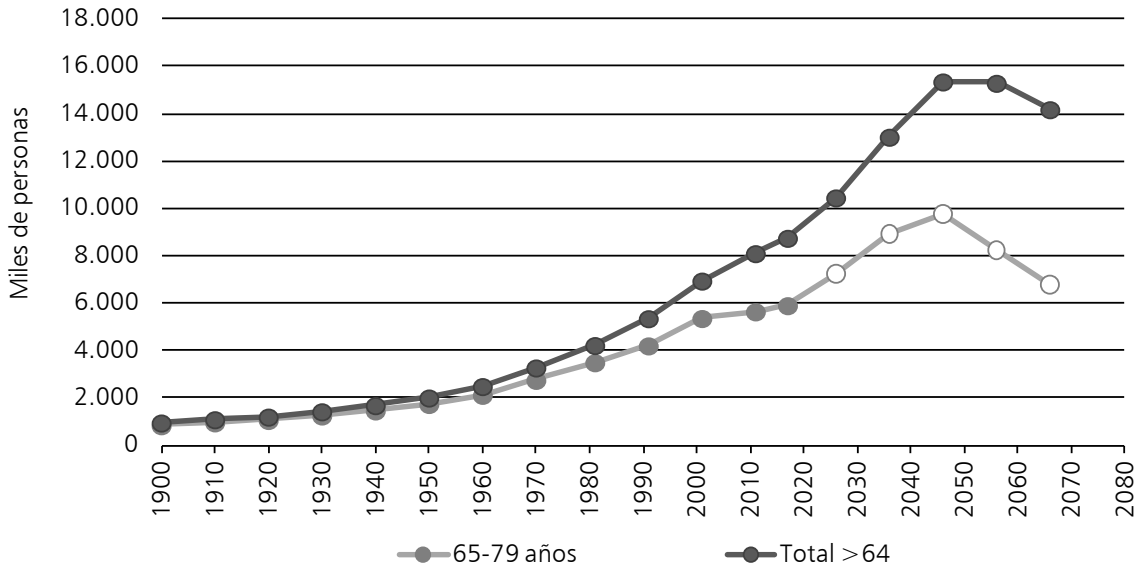
3. La vejez española

3.1. El creciente volumen de la vejez y sus factores

El cambio de la pirámide implica a todas las edades, pero también ha ido acompañado de novedades notables en las características y comportamientos de los propios mayores, empezando por su simple número, que ha crecido desde 3,8 millones en 1977 hasta los 8,8 millones de 2017 (2,3 veces, mientras que el crecimiento del resto de edades fue del 16 por ciento) (gráfico 14). A diferencia del crecimiento relativo al que se ha hecho referencia arriba, el del volumen no está relacionado con el descenso de la natalidad durante este periodo. Antes bien, se explica por completo por (a) el volumen inicial

Gráfico 14

Evolución del número de personas >64 años (España, 1900-2066)



Fuentes: INEBASE (*Censos de Población y Vivienda, para los años 1900-2011: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017*, para 2016 y *Proyección de Población, para 2026-2066*; consulta: enero de 2018).

de las generaciones que han ido alcanzando los 65 años, (b) la criba anterior que en ellas había hecho la mortalidad desde que nacieron, y (c) su supervivencia tras cumplir esa edad. Y son estos dos últimos factores, los ligados a la supervivencia, los que más han cambiado en las últimas cuatro décadas. Solo en la segunda mitad del siglo XXI, cuando lleguen a la vejez las generaciones de escaso volumen posteriores al *baby boom*, su combinación con la normal extinción de las generaciones previas empezará a reducir el tamaño de la vejez española, especialmente el de la llamada "primera vejez" (mientras el volumen de los mayores de 80 o de 90 años todavía seguirá aumentando algún tiempo cuando las atraviesen las generaciones "llenas" del *baby boom*).

En las cuatro décadas comprendidas entre 1978 y 2018 han ido cumpliendo 65 años las generaciones nacidas entre 1913 y 1953. Como ya se vio en el gráfico 9, en las primeras generaciones, apenas la mitad de su efectivo inicial sobrevivió hasta esa edad, mientras que en las generaciones nacidas en los años cincuenta, el 90 por ciento está alcanzando los 65 años. Por tanto, en estas cuatro décadas hemos pasado de la primera vejez mayoritaria a la vejez prácticamente universal. A ello hay que añadir que la supervivencia posterior ha experimentado igualmente un cambio notable.

Pero este simple apunte generacional debe prevenirnos ya sobre las notabilísimas diferencias que cabe encontrar en muchos otros comportamientos y características de las personas mayores de estas cuatro décadas y en la actualidad. Quienes cumplen hoy 65 años no podrían ser más diferentes de quienes cumplían esa edad hace cuatro décadas, simplemente porque sus vidas anteriores fueron así de distintas y esa influencia del transcurso vital supera con creces los innegables cambios históricos acaecidos en España en estos últimos años.

A finales de los años setenta se jubilaban generaciones nacidas en un país agrario y de bajísimo nivel educativo, cuya primera ocupación empezó a los 14 años, implicadas en la guerra civil durante su juventud, no solo por la contienda, sino también por los años posteriores de represalias, depresión, retroceso

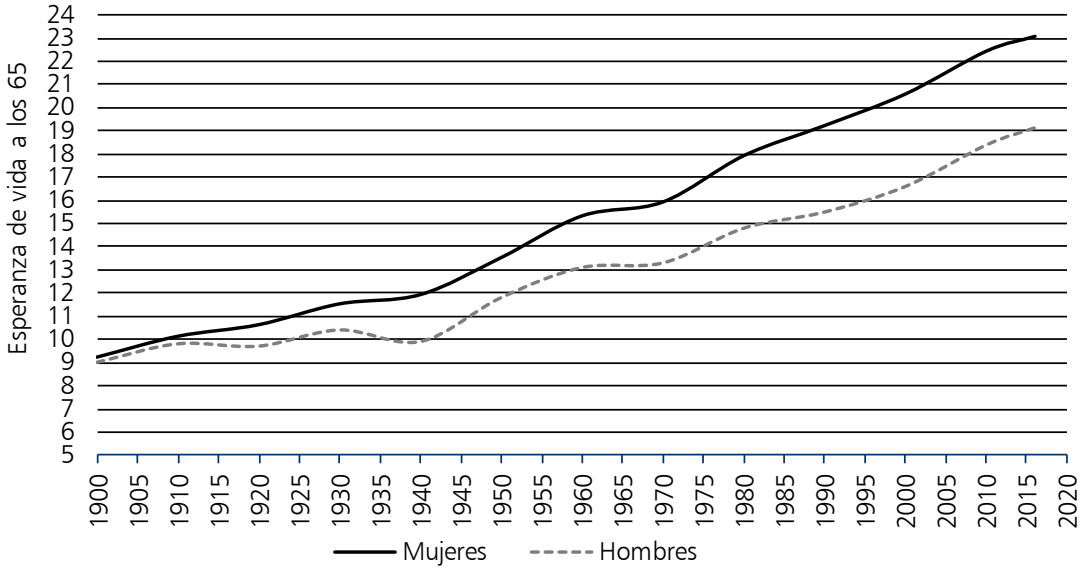
económico y oscurantismo, que para muchos fueron de hambre. Los años cuarenta y cincuenta son los de su difícil vida adulta, para muchas mujeres en viudedad, y cuando los años sesenta abrieron con la industrialización la puerta a un empleo lejos de una economía rural en definitivo hundimiento, emigraron por millones al extranjero o a las grandes ciudades, a menudo en condiciones de puro chabolismo y ocupando empleos de baja cualificación precisamente en el último tramo de su vida laboral. Son generaciones llegadas a la vejez en los años en que España empezaba a hacer los primeros trabajos de investigación social sobre esa etapa de la vida (Caritas, Foessa, Cruz Roja); trabajos que describían una realidad desoladora, de personas en pésima situación económica, sin apenas cotizaciones previas, sin patrimonio o ahorros, con una salud precaria, escasa movilidad, bajísimo nivel educativo, rodeadas, además, de jóvenes en mucha mejor situación. El contraste entre los que llegaron a la vejez hace cuarenta años y quienes han cumplido 65 años recientemente es enorme; nacidos ya tras la guerra, urbanos, escolarizados, trabajadores del sector industrial o el de servicios, con derecho a pensión contributiva, con una vida completa de trabajo ininterrumpido por catástrofes históricas. Son las primeras generaciones del consumo de masas, y su perfil económico, cultural, de salud, está revolucionando lo que entendemos por vejez y explica muchos de los indicadores que se presentan a continuación.

3.2. Esperanza de vida

Como se desprende del cuadro 2, el espectacular descenso de la mortalidad durante el pasado siglo sitúa a España, con 83 años de esperanza de vida al nacer en las condiciones actuales de mortalidad, entre los países más avanzados del mundo. Pero en las últimas décadas poco podía mejorarse ya reduciendo la ancestral mortalidad infantil o juvenil. Si las mejoras han continuado, ha sido porque el relevo lo ha tomado, de forma no prevista, un notable progreso también en la supervivencia entre los más mayores (gráfico 15).

Gráfico 15

Esperanza de vida al cumplir 65 años, por sexo (1900-2016)



Fuentes: INE (*Anuario Estadístico de España,* hasta 1998; para los años posteriores, *Tablas de Mortalidad de la población de España*).

España y Francia son los dos países que, en la actualidad, lideran la esperanza de vida de los que cumplen 65 años en la Unión Europea. Quienes lo hicieron en nuestro país en 2016 podían esperar vivir, con las condiciones de mortalidad de ese año, unos 21 años adicionales (19 los hombres, 23 las mujeres). Sin embargo, lejos de mantenerse inalterables tales condiciones, en los próximos años habrá todavía más avances en la supervivencia a partir de esas edades y el número de años que vivirán las personas de 65 años será, en realidad, sensiblemente superior.

Por este motivo, y también por muchas otras mejoras en la manera de alcanzar los 65 años por las sucesivas oleadas generacionales, es fácil llegar a la conclusión de que la vejez se ha retrasado y llega hoy a edades más tardías que en el pasado. Esto encajaría con los múltiples retardos que han desplazado otros tránsitos anteriores en el ciclo vital; la duración de la infancia o la juventud ha ido ampliándose, el periodo de formación dura hoy mucho más tiempo, la vida en pareja o el nacimiento de los hijos se producen más tarde.

Con la mortalidad de 1976 (al final del *baby boom*), quien cumplía 65 años tenía una esperanza de vida de 15,4 años, la misma que tienen las personas que han cumplido 74 años en 2016. Resulta tentador concluir que la vejez de hace 40 años no se alcanza ahora hasta que se cumplen los 74 años.

De hecho, la evidencia de que la vejez se alcanza cada vez a mayor edad está en la base de cambios legislativos como el retraso de la edad legal de jubilación, o la integración de la esperanza de vida restante en el cómputo de la cuantía de la pensión contributiva de los jubilados. Lamentablemente, el mercado laboral resulta menos moldeable. En un país que ha tenido problemas históricos reiterados por sus elevadas bolsas de paro, incluso en los mejores momentos del ciclo económico, no parece realista conseguir en un futuro próximo que la ocupación se mantenga masivamente mucho más allá de los 65 años.

3.3. El sobreenvejecimiento

Al analizar la estructura por edades entre la población mayor, se observa que también en este intervalo de edades las cosas están cambiando: la vejez también envejece (cuadro 3). La llegada de nuevas generaciones con alta proporción de supervivientes y el notable aumento de su esperanza de vida a partir de ese momento están teniendo un efecto inusitado sobre las edades más avanzadas; muy minoritarias hasta

Cuadro 3

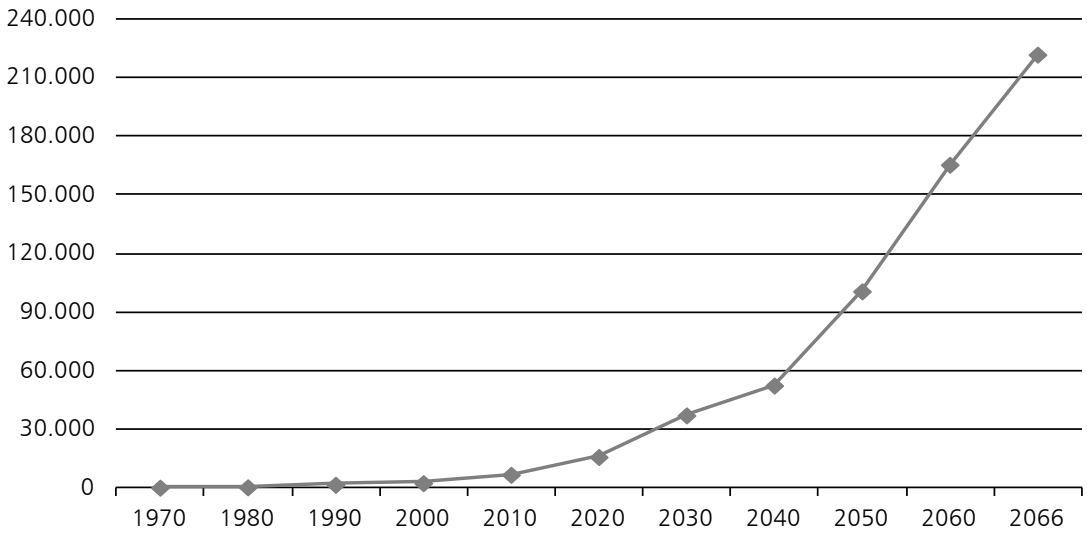
Número de personas >64 años y distribución en grandes intervalos (España, 1970-2017)

Número	1970	1977	1981	1991	2001	2011	2017
>64	3.290.679	3.824.756	4.236.724	5.370.252	6.958.516	8.116.350	8.822.620
65-74	2.181.546	2.509.324	2.659.413	3.169.681	3.937.433	3.899.962	4.426.460
75-84	921.871	1.101.378	1.314.140	1.750.798	2.316.196	3.083.141	2.983.324
85+	187.262	214.054	263.171	449.773	704.887	1.133.247	1.412.836
Proporción							
65-74	66	66	63	59	57	48	50
75-84	28	29	31	33	33	38	34
85+	6	6	6	8	10	14	16

Fuentes: INE (Censos y Cifras de Población de 1977 y 2017).

Gráfico 16

Número de personas centenarias (España, 1970-2066)



Fuentes: Human Mortality Database, para el periodo 1970-2010, e INE (*Proyecciones de Población 2020-2066*).

hace poco, son las que hoy aumentan más rápidamente en volumen y también en proporción.

El paso de la generación del *baby boom* por las sucesivas edades posteriores a los 65 años va a tener efectos poco intuitivos. Es de esperar que, una vez cumplan más de 80 años, eleven el peso de esa parte de la vejez por encima del que tendrá entonces la de las edades anteriores, en las que habrán ido ingresando las generaciones posteriores, mucho menos voluminosas.

Y todo lo anterior va a producir un efecto especialmente simbólico, la eclosión de los centenarios en nuestra pirámide de población. Hasta ahora han sido una parte mínima de la vejez, por lo escaso de cada generación que sobrevivía a las edades previas, y por la altísima probabilidad de morir en las edades inmediatamente posteriores. Pero de nuevo ambos factores están cambiando muy rápidamente. Al empezar los años setenta había en España algo menos de 800 centenarios, pero a 1 de enero de 2017 su número había aumentado veinte veces, hasta 15.381, en una evolución que no ha sido lineal, porque se acelera en los últimos años. Al margen del ajuste y de las posteriores revisiones de las proyecciones oficiales del INE reflejadas en el gráfico 16, esta presencia de centenarios no ha hecho más que iniciar su ascenso.

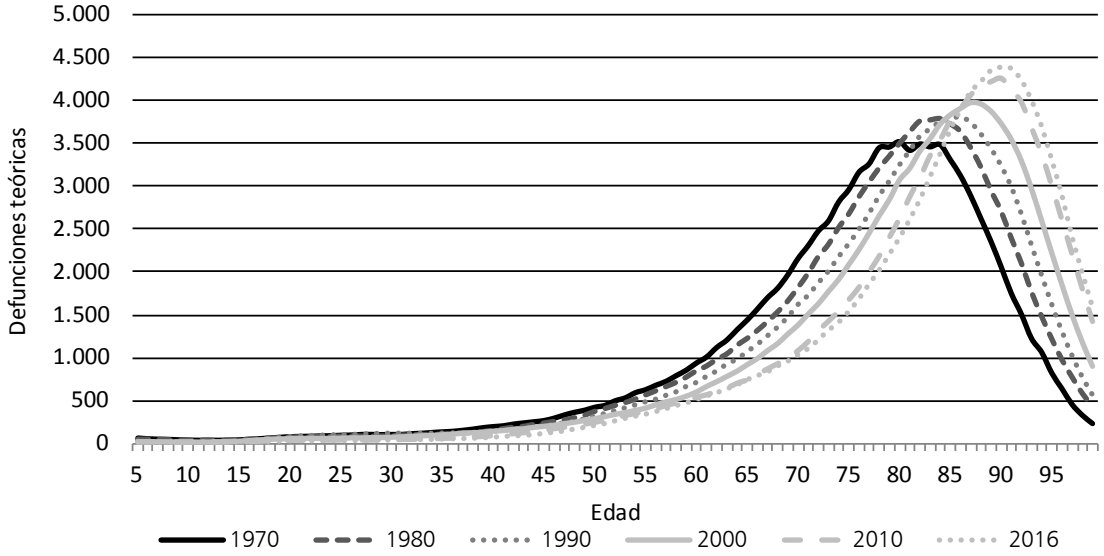
Como se comentó arriba, la acumulación de las ligeras diferencias de mortalidad, superior en los hombres en todas las edades, acaba por traducirse en una relación muy desigual en la vejez, mayor cuanto más avanzada es la edad. El sobreenvejecimiento conlleva, por tanto, la acentuación de la preponderancia femenina en el conjunto de los mayores, pese a que en la actualidad sea cada vez más próxima la proporción de supervivientes de ambos sexos que llegan con vida a los 65 años.

3.4. La edad de la muerte

Así las cosas, no es de extrañar que la vejez sea vista como la etapa previa a la muerte. Y no se trata de una apreciación

Gráfico 17

Distribución por edad de las defunciones teóricas en las tablas de mortalidad de 1970 a 2016, omitiendo la mortalidad infantil (España, 1970-2016)



Fuentes: Human Mortality Database (para 1970-2010) e INE (*Tablas de Mortalidad de la población de España, para 2016*).

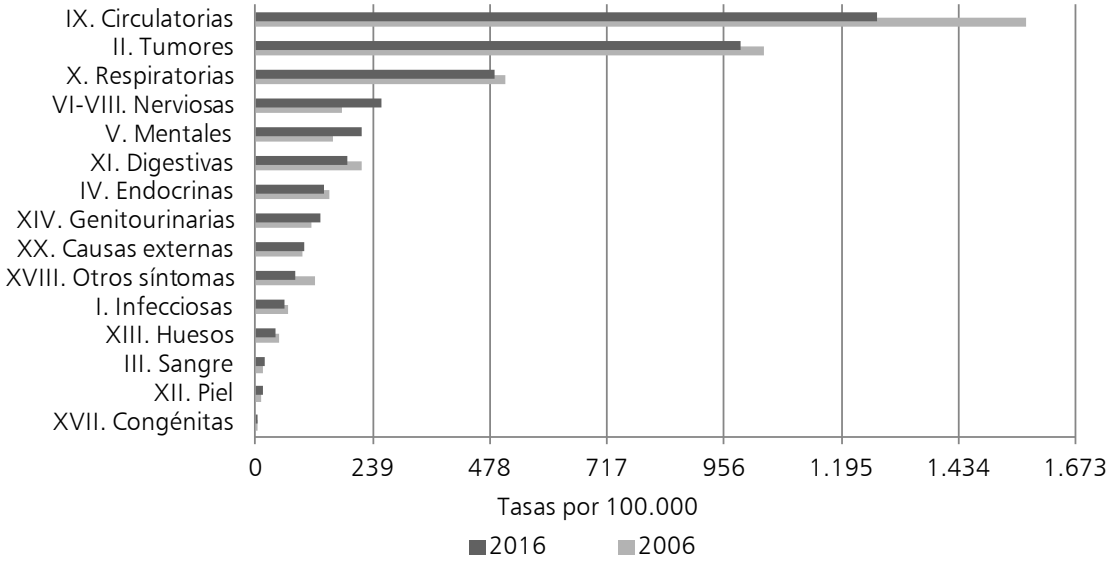
banal, porque en realidad venimos de un mundo en el que los muy mayores eran vistos como la representación de la vida, precisamente por haber resistido tanto ante la muerte. En el pasado, la mortalidad se repartía de forma mucho menos previsible en las diferentes edades, siendo altamente probable en las infantiles. El envejecimiento demográfico y los cambios de la mortalidad que lo desencadenan hacen que el final de la vida se haya "ordenado" y desplazado hacia edades superiores, incrementando la proporción de muertes en torno a la edad modal (gráfico 17). La concentración de la mortalidad en menos años se observa en que la proporción de personas fallecidas >64 años ha aumentado 16 puntos en estas últimas cuatro décadas (hasta el 86 por ciento de las muertes de todas las edades, cuando a principios del siglo XX solo eran una de cada cuatro). Para eliminar el efecto sobre las defunciones reales por edad que puedan tener las fluctuaciones de efectivos por generación, basta con tomar las tablas de mortalidad de distintos años y representar la columna de defunciones teóricas por edad: puede comprobarse así que el llamado "punto de Lexis" (la edad modal de la tabla) se situaba en 1970 próximo a los 80 años, con un máximo de defunciones en torno a 3.500 (sobre 100.000 totales) en esa edad simple, mientras que, con la mortalidad de 2016, ese punto máximo se ha desplazado hasta los 90 años con casi 1.000 defunciones más.

3.5. Causas de muerte

Existe una estrecha relación entre la edad y las causas más frecuentes de muerte (Blanes, 2007). Venimos de un mundo muy marcado por la mortalidad infantil, cuyas causas principales eran las infecciones gastrointestinales o pulmonares, también frecuentes entre jóvenes y adultos, a las que se unían otras causas "externas", como los accidentes o la propia mortalidad durante el parto en las mujeres. Las causas propias de la vejez tenían una incidencia escasa en la mortalidad general, precisamente por el poco peso de esa parte de la población. El enve-

Gráfico 18

Tasas de mortalidad en población >64 años, por grandes tipos de causa de muerte (España, 2006 y 2016)



Fuentes: INE (cálculos propios a partir de la estadística de *Defunciones según la causa de muerte*, 2006 y 20016, y *Cifras de Población*).

jecimiento demográfico y el retraso enorme de la muerte han cambiado esta pauta general, y las causas externas han cedido el primer lugar a las propias de la vejez, relacionadas con problemas del sistema circulatorio, tumores o enfermedades degenerativas. El cambio, en realidad, no afecta solo a la mortalidad, sino también al mapa completo de las dolencias, enfermedades y situación de salud mayoritarias en las sociedades avanzadas.

Pero también las pautas tradicionales por edad en las causas de muerte han cambiado en las últimas décadas, a medida que esta se retrasa cada vez más. En España puede hoy confirmarse (a) una reducción considerable de la mortalidad por enfermedades circulatorias, como consecuencia de la prevención y los avances sanitarios, pero probablemente también como resultado de la llegada a la vejez de generaciones con un mejor estado de salud en todas las edades previas; (b) la consolidación de los tumores como segunda causa de muerte; y (c) una mayor mortalidad por enfermedades del sistema nervioso y mentales, que caracterizan a las edades más avanzadas (gráfico 18).

3.6. Cambios en el estado de salud

Tanto el retraso y la concentración de la mortalidad, cada vez hacia edades más avanzadas, como los propios cambios en su causas, producen importantes incógnitas sobre la salud poblacional y su futuro previsible. Durante siglos se pensó que el estado de salud era un correlato directo de la edad, y que, con la vejez, cada año adicional suponía un aumento exponencial y ya conocido de la probabilidad de morir o de padecer problemas crónicos y discapacitantes. Pero ha podido observarse un cambio muy notable en las edades en que aparecen tales problemas, y lo mismo ocurre con las causas de muerte.

Finalmente, se ha propuesto la existencia de una transición epidemiológica y otra sanitaria, correlatos de la propia transición demográfica, como forma de sistematizar los cambios en la morbilidad colectiva y, en general, en las condiciones de salud y en su atención (Omran, 1983). En ellas, el envejecimiento demográfico juega un papel principal; las sociedades demo-

gráficamente avanzadas tienen hoy una sanidad volcada en los problemas asociados a la vejez y la preocupación por sus efectos ha desbordado el estricto ámbito médico, para extenderse a su impacto social y convivencial, especialmente condicionado por la discapacidad y la dependencia que pueden generar.

En esta materia, las últimas cuatro décadas han sido revolucionarias. Hasta los años setenta las previsiones eran catastrofistas: el envejecimiento poblacional conducía supuestamente a sociedades cuya salud general iba hacia el declive, por una pandemia de senilidad. Por ello, en los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió revisar sus objetivos generales, hasta entonces organizados en torno a la reducción de la mortalidad, y se tomaron dos decisiones de gran relevancia: por una parte, reorientar los esfuerzos, en los países de elevada esperanza de vida, para trasladar el énfasis de la cantidad a la calidad de los años vividos ("vida a los años" fue su eslogan oficial) (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas y Rodríguez-Rodríguez, 2015); por otra parte, y como correlato de este giro estratégico, debía mejorarse el conocimiento sobre el impacto de la mala salud en los años de vida conseguidos. Esto requería propuestas metodológicas sobre la manera de cuantificar el estado de salud colectivo en cada edad y en los ciclos de vida completos, y fuentes estadísticas que permitiesen disponer de los datos necesarios para dicha cuantificación. Lo primero desembocó en diversas propuestas para el cálculo de un indicador de esperanza de vida en salud; y lo segundo, en la extensión de las grandes encuestas nacionales sobre salud y discapacidad, a la vez que se emprendía un enorme esfuerzo para consensuar una clasificación internacional de discapacidades y problemas de salud.

En España, la primera de tales encuestas se realizó en 1986, y la siguieron otras dos en 1999 y en 2008. Como quiera que estas encuestas acusan el carácter rápidamente cambiante del concepto de discapacidad y la clasificación de sus problemas, el INE se ha visto obligado a actualizar los cuestionarios en cada edición, hasta el punto de resultar difícilmente comparables. Hasta el año 2001 no pudo contarse con una referencia definitiva, la publicación de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (OMS, 2001), pero, aun así, el debate técnico y conceptual está muy lejos de haber terminado.

En cualquier caso, el panorama estadístico para estudiar la salud ha experimentado un vuelco notable. Hasta los años setenta estaba fundamentado de forma casi absoluta en la diagnosis médica de pacientes, lo que hacía casi imposible conocer el estado de salud general. Otro tanto ocurre con la discapacidad, principalmente abordada por su efecto en los trabajadores y baremada médicamente para determinar los derechos económicos por "invalidez". El envejecimiento de la población ha obligado a un enfoque distinto, más social, y basado en fuentes diseñadas para ofrecer un cuadro representativo del conjunto de la población.

Una expresión de este cambio de paradigma que ha adquirido mucha importancia es la de "salud percibida". La declaran las propias personas, al margen de diagnosis médicas, y es fácilmente integrable en las grandes encuestas nacionales. Está condicionada por las enfermedades padecidas y el estado físico, pero también por muchas otras características del entorno, como las socioeconómicas o las residenciales, y suele correlacionar fuertemente con otras medidas objetivas de salud, como dolencias crónicas diagnosticadas, consumo de medicamentos o limitaciones funcionales.

El estado de salud subjetivo varía relativamente poco entre encuestas, y se declara estar "bien o muy bien" en una proporción que se acerca al 80 por ciento de la población total (gráfico 19). Las percepciones negativas, como cabe esperar, aumentan con la edad, pero todo apunta a que se ha producido una mejoría entre los mayores. En la primera edición de la *Encuesta Nacional de Salud,* de 1987 el 38,9 por ciento de ellos calificaban como "bueno" o "muy bueno" su estado de salud, proporción que se eleva al 44,2 por ciento en la *Encuesta Europea de Salud* de 2014. Y, como se observa en muchos otros indicadores subjetivos y objetivos, el sexo resulta un factor diferenciador fundamental; el 50,5 por ciento de los hombres mayores autovalora bien o muy bien su estado de salud, cosa que solo hace el 39,3 por ciento de las mujeres de esas edades.

Como ya se indicó, la esperanza de vida femenina es sensiblemente superior a la masculina, de manera que su peor salud, especialmente en la vejez, puede parecer contradictoria. Y no se explica solo por la diferente composición por edades (la edad media de las mujeres mayores es sensiblemente superior a la de los

hombres), porque la desventaja femenina se mantiene si las comparaciones se hacen a edades iguales.

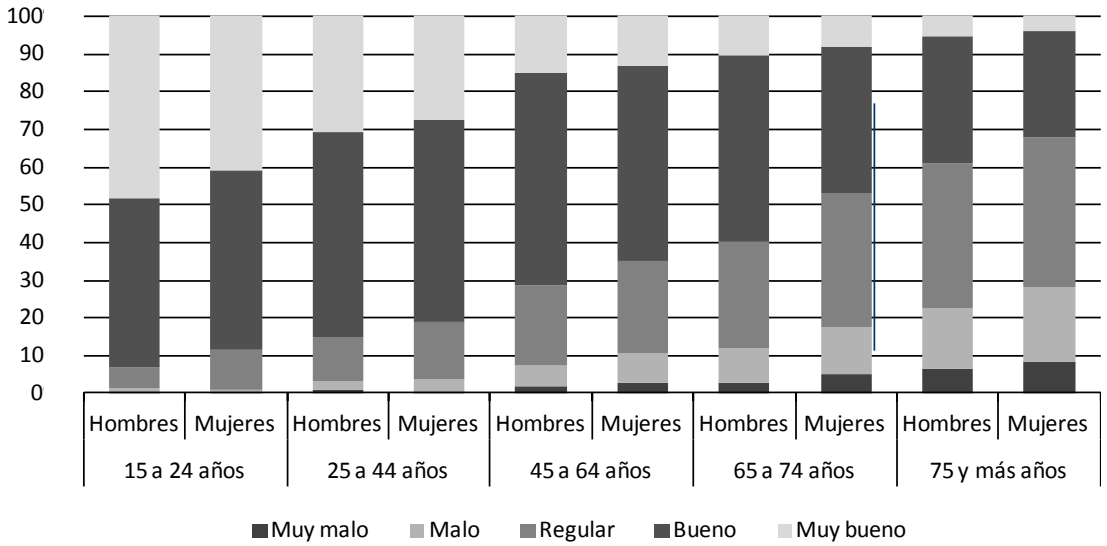
Y aquí aparece un problema general: en el estado de salud no se integra la mortalidad generacional previa, solo se compara a los supervivientes, por lo que todas las mejoras de la esperanza de vida en la vejez que se han comentado anteriormente parecen alimentar la paradoja de producir una peor salud colectiva. Añádase la existencia de notables diferencias históricas de género en la relación con el propio autocuidado, los servicios médicos y sanitarios y la percepción del propio cuerpo, que tienen fundamentos múltiples, desde el ciclo menstrual femenino hasta el histórico papel mediador de la madre en la atención a la salud de los hijos. Los hombres han evitado tradicionalmente este reconocimiento de su corporeidad y su fragilidad, frecuentando menos los servicios médicos y prestando mucha menor atención a síntomas y dolencias crónicas cuyo diagnóstico y atención temprana probablemente reducirían las diferencias de mortalidad con las mujeres, pero rebajarían también la percepción de su propio estado.

Se entiende así que la percepción subjetiva de la salud, y sus diferencias por sexo y edad, se vean confirmadas por las enfermedades crónicas que declaran los encuestados. En las últimas décadas se retrasa su aparición y la de sus secuelas en forma de discapacidad, alimentando la teoría de que la mala salud se comprime hacia el final de la vida y el envejecimiento demográfico no conlleva necesariamente un empeoramiento de la salud general (Fries, 1980). Sin embargo, también puede constatarse una menor letalidad de muchas enfermedades crónicas con las que, por lo tanto, se vive durante más años, lo que alimenta las tesis contrarias (Olshansky, 2018).

En la vejez, las mujeres declaran mayor prevalencia en la mayoría de enfermedades crónicas o de larga duración diagnosticadas por un médico, como tensión alta, artritis, colesterol, depresión u osteoporosis; los hombres presentan, en cambio, mayor prevalencia en diabetes, bronquitis, infarto y algunas enfermedades respiratorias. La prevalencia de diabetes diagnosticada sigue aumentando en los hombres en las diferentes encuestas de salud (2006-2014), y es una enfermedad que repercute en otros problemas importantes de salud (infarto,

Gráfico 19

Estado de salud percibido, según sexo y grandes grupos de edad (España, 2014) (Porcentaje)



Fuente: INEBASE (*Encuesta Europea de Salud, 2014*).

ictus, ceguera, problemas renales, demencia) y de limitaciones funcionales. El de la diabetes (que afecta al 18,8 por ciento de las personas >64 años, según la *Encuesta Europea de Salud* de 2014) es un problema especialmente significativo por su estrecha vinculación con factores como el sobrepeso, el sedentarismo o la inadecuación de la dieta. Estos factores identifican los propios hábitos, entornos y comportamientos a lo largo de todo el ciclo vital como uno de los factores de la salud que más peso están ganando en las sociedades avanzadas a medida que los avances médicos o farmacológicos atenúan el resto de factores.

Así pues, de nuevo los avances en esperanza de vida y el envejecimiento demográfico están detrás de la innovación en las estrategias internacionales. No es casual que la consolidación de los objetivos de envejecimiento activo y saludable por parte de la OMS se produzca en un documento oficial de dicha organización presentado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 2002 en Madrid bajo el título *Active aging, a policy framework* (Foster y Walker, 2014).

3.7. Discapacidad y dependencia

Otra novedad crucial muy vinculada al envejecimiento demográfico, es la consolidación de la discapacidad y la dependencia como ejes vertebradores de la política social, hasta el punto de añadirse a la educación, la sanidad y la jubilación como "cuarto pilar" del Estado de bienestar en España. Desde los años ochenta, al enfoque tradicionalmente médico y a la centralidad de la esperanza de vida como indicador colectivo, se incorporaron en las estrategias de salud internacionales la capacidad de mantener de forma autónoma las actividades cotidianas y los factores sociales que condicionan dicha capacidad.

Hasta entonces, en España el foco político y estadístico estaba puesto en las causas médicas de los problemas funcionales, sin que se atendiese apenas a las actividades que tales problemas dificultaban o impedían (discapacidades), excepto cuando afectaban a la actividad laboral y podían generar una pensión por minusvalía. Con una pirámide joven, las discapacidades, y la dependencia que pudiesen generar (necesidad de ayuda de otra persona para realizar las actividades básicas impedidas), eran asuntos resueltos en los confines del hogar, mayoritariamente por la parte familiar femenina, sin apoyo público.

Este panorama cambió en los años ochenta, en buena parte por el creciente peso de la vejez. Fueron años en que España perseguía el difícil encaje entre, por una parte, avanzar en la transición política y en la construcción de un Estado de bienestar homologable al del resto de Europa y, por otra, seguir la corriente internacional de revisión del gasto público y ajuste presupuestario que sucedió a la crisis industrial mundial de los años setenta. La mera respuesta médica al envejecimiento no solo era poco realista, sino también muy costosa, de manera que urgía ampliar las políticas de salud más allá de los estrictos ámbitos médicos y hospitalarios. Son los años de irrupción de lo "sociosanitario".

En 1982 se aprobó la Ley de Integración Social de los Minusválidos, y unos años después el Estado se dotaba por primera vez de una fuente estadística sobre el tema con la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* (1986). Este estadio inicial en el que se trasladaba la atención desde las patologías a las dificultades para realizar las actividades cotidianas continuó hasta que, progresivamente, tales dificultades fueron analizadas también a la luz de las facilidades o los problemas planteados por el entorno (arquitectónico, humano, institucional, económico o residencial). La discapacidad dejó definitivamente de ser una cuestión del propio sujeto, resituándose en la relación entre el sujeto, su estado funcional y las condiciones de su entorno. Este cambio conceptual, que resultó visible en la segunda de las grandes operaciones estadísticas del INE sobre este tema, la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* de 1999, condujo de forma inevitable al siguiente salto conceptual, el de la atención a la dependencia, en el que se profundizaría a través de la tercera gran encuesta nacional específica, la *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (EDAD)* de 2008.

Cuando las discapacidades derivadas de problemas de salud hacen difícil o inviable el desempeño cotidiano de actividades básicas para la propia vida, el factor principal del

entorno que permite seguir viviendo es la ayuda de otras personas. Es entonces cuando hablamos de dependencia. Y el siglo XXI ha empezado con el creciente reconocimiento internacional de que resulta inaplazable atender a dicha relación, incluyendo la ayuda a los cuidadores como única vía para evitar un colapso de los sistemas tradicionales de bienestar y de atención a la salud. Siguiendo otros modelos europeos, en España se aprobó en 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Con ella se creó el Sistema de Atención a la Dependencia, y las personas en situación de dependencia pasaron a ser titulares de derechos subjetivos exigibles, que se añaden a los otros derechos básicos asociados al Estado de bienestar.

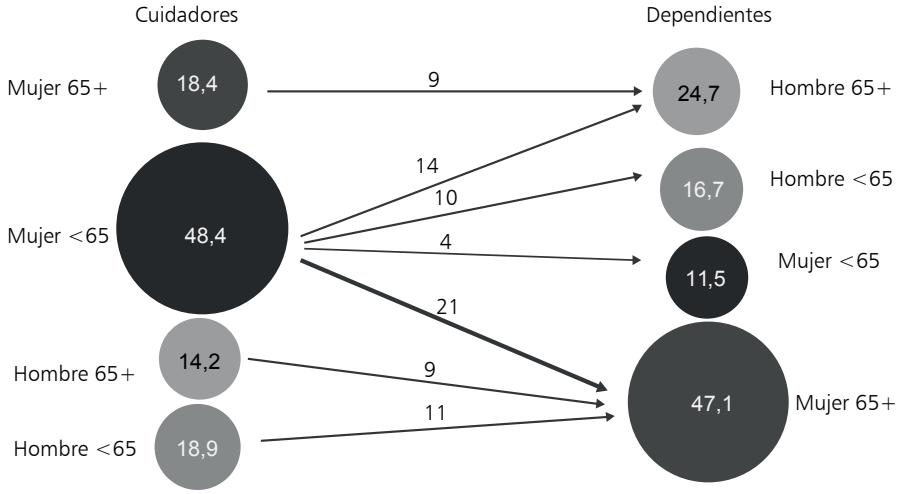
La crisis económica iniciada en 2008 y la sustitución del gobierno que la aprobó por otro reacio a esta ampliación del gasto público han incidido negativamente en el desarrollo de esta Ley. Las limitaciones presupuestarias han sido cuantiosas desde 2012 y existen importantes retrasos en el acceso a estas prestaciones, así como también limitaciones en el despliegue de ayudas y servicios, que se han concentrado en las económicas directas, abriendo el campo al copago y a la prestación de servicios por parte del sector privado (Codorniu, 2014). El contexto de crisis económica pudo favorecer una regresión al cuidado familiar –y, en consecuencia, femenino– de la dependencia entre las personas con rentas más bajas. Ello podría estar afectando negativamente a la igualdad de género en el mercado laboral (Spijker y Pérez Díaz, 2010).

Como se aprecia en el gráfico 20, las mujeres aportan dos terceras partes de todo el volumen de cuidado de cualquier naturaleza prestado a dependientes de cualquier edad. Estas cuidadoras tienen mayoritariamente edades maduras, entre 45 y 64 años, y viven en el mismo hogar de la persona dependiente, de la cual suelen ser hijas, y el destinatario de los cuidados también es mayoritariamente mujer.

Este patrón permanece bastante estable en el tiempo. De hecho, la preponderancia femenina en el cuidado familiar parece una característica permanente, pese a todos los esfuerzos hacia la igualdad de género. Sin embargo, el

Gráfico 20

Distribución de las personas >64 años receptoras de cuidados y de sus cuidadores, por sexo y según la relación cuantitativa entre ambos (España, 2014) (Porcentaje)



Nota: Se indican con flecha las principales relaciones.

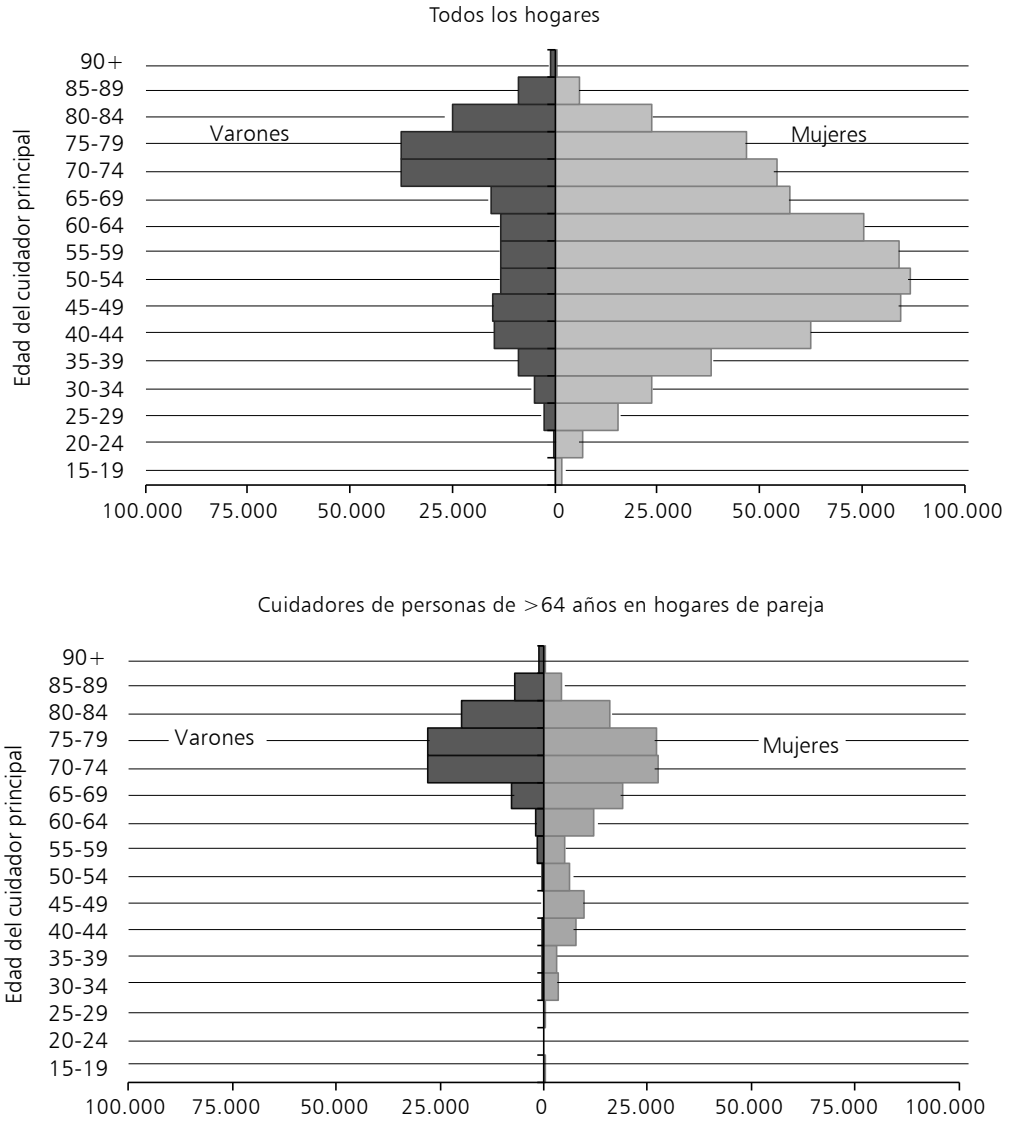
Fuente: Centro de Investigaciones Sociológicas (*Encuesta 3009 sobre cuidados, 2014*). Elaboración propia a partir de los microdatos.

propio envejecimiento demográfico y la creciente supervivencia en la vejez característica de las cuatro últimas décadas podrían implicar en sí mismos una modificación estructural de estas pautas tradicionales.

Los cuidadores, igual que los dependientes, son cada vez más mayores, de manera que, de continuar esta tendencia, será la vejez (la primera vejez) la que cuidará de la vejez (avanzada). Además, la propia evolución de la supervivencia y del tipo de hogar conduce a un incremento de los hombres cuidadores; en efecto, crecen los hogares de pareja sin otros convivientes, y en ellos los hombres son cuidadores de sus parejas con tanta frecuencia como en el sentido contrario (gráfico 21).

Gráfico 21

Pirámides de cuidadores principales de personas >64 años (España, 2008)



Fuente: INE (*EDAD, 2008*). Elaboración propia a partir de los microdatos.

3.8. Grandes cambios del perfil sociodemográfico

A continuación se exponen brevemente algunos de los cambios en el perfil sociodemográfico de la vejez, acaecidos durante las últimas décadas y, en gran medida, impulsados por el propio envejecimiento de la pirámide poblacional y por las novedosas características de las generaciones que, año tras año, han ido atravesando el umbral de la vejez.

Uno de esos cambios es la urbanización de la vejez. El tradicional mapa del envejecimiento de la España vacía (la proporción de personas >64 años, por municipios), muy relacionado con la emigración de los jóvenes, especialmente durante el gran éxodo de los años sesenta, ya puso de manifiesto que la situación apenas ha cambiado, excepto por la suma, a las zonas tradicionales, muy agrarias y de interior, de algunas de industrialización arcaica y ahora obsoleta, como ciertas regiones de Asturias o el País Vasco. La emigración de retorno tras la jubilación ha contribuido en cierta medida a "acentuar" el mapa tradicional del envejecimiento rural del país.

Por ello, puede sorprender que uno de los cambios más evidentes en la vejez española de estas últimas décadas consista en que se ha vuelto abrumadoramente urbana, y aún lo será más, por el mero transcurrir del tiempo sobre las sucesivas generaciones. Mientras los mayores que permanecieron en los pequeños municipios han ido cumpliendo edad y viéndose mermados por la mortalidad, los jóvenes y adultos que emigraron en su día para rejuvenecer aún más las grandes ciudades han ido alcanzando la vejez en sus nuevos hábitats urbanos, y la emigración de retorno ha sido mucho menor de lo que podía haberse especulado en las etapas previas.

En efecto, aunque en la vejez actual pueden encontrarse las generaciones con mayor intensidad migratoria de nuestra historia, esa fue una característica de su juventud y vida adulta. Hoy, estas generaciones solo protagonizan el 9 por ciento de todos los movimientos migratorios interiores entre autonomías (2016). Aunque su movilidad temporal haya aumentado notablemente, no es residencial, excepto cuando a la jubilación se suman razones familiares como la reagrupación tras la muerte del cónyuge. Ni siquiera ha llegado a la vejez española la movilidad en busca del confort climático, que sí predomina en la inmigración extranjera de edad, proveniente de países europeos con destino a las costas mediterráneas e insulares, y cuya dimensión, pese a adolecer de un elevado subregistro administrativo, ha crecido en estos años (Rodríguez, Casado y Huber, 2005)

De hecho, las grandes áreas metropolitanas ya han pasado por la fase de envejecimiento extremo de sus centros históricos, a medida que los jóvenes iban fijando su residencia en las primeras coronas periféricas, y están ahora en la fase siguiente, en la que esos centros históricos vuelven a tener pirámides jóvenes por la extinción de los antiguos residentes y la llegada de jóvenes a las viviendas así liberadas. Son las primeras coronas urbanas las que ahora ven entrados en la vejez a sus originales moradores, a la vez que sus hijos se desplazan residencialmente a la siguiente corona periurbana.

La mayor parte de la vejez española reside actualmente solo en tres comunidades, Cataluña, Andalucía y Madrid, con más de un millón de personas mayores cada una. Más aún, únicamente en las dos mayores ciudades del país, Madrid y Barcelona, los residentes con 65 o más años rebasan en más de 200.000 a los que viven en los 5.686 municipios rurales de todo el país (773.249 personas). La España rural y envejecida se vacía, y si en 1970 todavía era el 11 por ciento de la población, hoy esa proporción se acerca al 5 por ciento.

3.9. La vejez en residencias

Esta es una parte de la vejez sobre la que tradicionalmente se ha dispuesto de información escasa, tanto porque la mayor parte de las fuentes estadísticas se obtienen sobre personas que residen en hogares, como porque los propios registros que genera su gestión no se encuentran centralizados y armonizados. Bajo el nombre de residencias de mayores existen diferentes tipos de alojamientos colectivos y diversas formas de gestión y propiedad. Aunque parezca contradictorio con la elevada motivación sociosanitaria que conduce a estas

residencias, no han sido incluidas en las grandes encuestas de salud hasta la *EDAD* 2008, que incluyó un módulo específico.

Los cambios más notables ocurridos en las últimas cuatro décadas han sido el lógico aumento de plazas, el propio envejecimiento de la población institucionalizada, el cambio hacia centros de cuidado (a personas con problemas de salud, o funcionales o cognitivos) y la irrupción de la iniciativa privada ante la fuerte demanda de alojamiento. En este periodo, la población mayor institucionalizada se ha multiplicado por cuatro aproximadamente. En España se contaban en 2017 366.633 plazas residenciales; es decir, 4,2 plazas por cada 100 habitantes de 65 o más años (Abellán, Aceituno y Ramiro, 2018). Se desconoce su nivel de ocupación, pero rondaba el 75-80 por ciento, de acuerdo con los datos censales de 2011 (INE).

El paisaje humano de las residencias sigue siendo ante todo femenino; en ellas viven más del doble de mujeres que de hombres (44 hombres por cada 100 mujeres), y ese rasgo se acentúa según avanza la edad, en un desequilibrio aún mayor que el existente en la población general de esas edades. Están igualmente sobrerrepresentadas las personas que provienen de hogares en los que, con el tiempo, se habían quedado sin otros convivientes; casi el 60 por ciento de los residentes de ambos sexos son viudos, y el 24 por ciento solteros.

La edad media en las residencias es más alta y crece más rápidamente que en las viviendas familiares (los datos censales la elevan a 84,7 años en la actualidad, mientras que en 1991 era de 80,8 años). Las provincias más envejecidas, como Soria, Palencia, Ávila o Zamora, tienen mayor ratio de plazas por habitantes de 65 o más años. Esto puede responder a una mayor sensibilidad política hacia el tema del envejecimiento, o bien a una mayor escasez de familiares que puedan asumir tareas de cuidado (por emigración u otros motivos), o una inadecuación de la oferta y demanda motivada por un poblamiento de núcleos pequeños y dispersos que obliga a un sobredimensionamiento de la oferta.

De asilos a residencias de personas mayores, cambio semántico a parte, se ha venido produciendo un cambio en la funcionalidad, orientándose estos centros, cada vez más, hacia la atención a personas con problemas funcionales o de otro tipo. En 1981, más del 95 por ciento de las plazas de residencias del antiguo INSERSO era para válidos, mientras que ahora predominan las plazas asistidas y mixtas. No solo aumentan la autonomía de las personas mayores y su preferencia por mantenerse en su propia vivienda, reforzándose por tanto la componente de atención sanitaria de los ingresos en residencias, sino que esta tendencia a permanecer en el hogar podría haberse acentuado por la crisis económica con la intención de reducir gastos mediante la retención de los mayores en hogares familiares, hasta que el nivel de dependencia resulta inasumible por los convivientes.

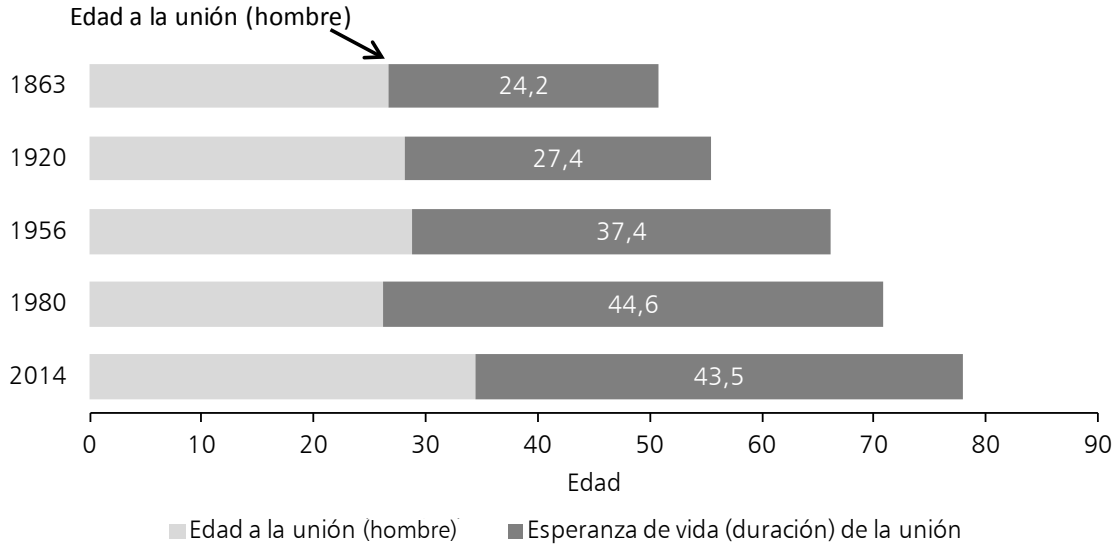
3.10. La convivencia

Muchas de las novedades en los modos de convivencia que se han identificado con cambios de valores y modernidad cultural son, en realidad, resultados automáticos del cambio de la estructura por edades. La proporción creciente de quienes viven en hogares solitarios o en los de pareja sin otros convivientes, la correspondiente reducción del tamaño medio de los hogares y también la de su complejidad, especialmente la que resulta de distintos núcleos familiares en un mismo hogar, son tendencias que, en muy buena parte, pueden atribuirse al peso creciente de quienes han alcanzado, por su edad, los estadios de la vida familiar en los que los hijos ya se han emancipado o la pareja ha fallecido.

Pero también estos efectos del envejecimiento se encuentran en camino de modificarse notablemente. Hasta ahora, la vejez era preponderantemente femenina en estado de viudedad, preponderancia que se ha acentuado durante décadas, a medida que se prolongaba la esperanza de vida. Esta era más alta y mejoraba más rápidamente en las mujeres, y esa ventaja se veía amplificada por su menor edad respecto a los hombres al formar pareja. A este progreso de la esperanza de vida se ha sumado desde los años setenta una notable mejora de la situación socioeconómica en la vejez, aumentando también la capacidad de las personas mayores para mantenerse de forma independiente en su propio hogar, de manera que a lo largo del tiempo se ha apreciado un crecimiento notable

Gráfico 22

Edad masculina a la unión y duración potencial de la misma en función de la mortalidad. España, años seleccionados



Fuente: Cálculo propio de las tablas de vida de las uniones conyugales, publicadas en (Pérez Díaz *et al.,* 2016).

de los hogares unipersonales, en su mayor parte constituidos por mujeres viudas. Venimos de un mundo en el que los hombres pasan sus últimos años de vida en pareja, mientras que las mujeres lo hacen en soledad.

Todavía hoy, el estado civil masculino mayoritario en la vejez es el de casado (78 por ciento), y solo el 12 por ciento son viudos, de modo que no hay excesivos cambios en lo que respecta a la vejez masculina. Sin embargo, algo está cambiando en la femenina, porque las casadas han ido creciendo hasta alcanzar el 47 por ciento, proporción todavía inferior a la masculina, pero superior al 43 por ciento de viudas: el estado civil "casada" se ha convertido, por primera vez, en el mayoritario entre las mujeres mayores (Abellan *et al.,* 2017).

Y es que otra de las grandes revoluciones en ciernes reside en que el tipo de hogar mayoritario en la vejez sea el de la pareja sin otros convivientes (gráfico 22). Esta forma de convivencia –mayoritaria desde hace tiempo en los países nórdicos– se extiende simplemente porque el avance en materia de supervivencia corre en paralelo para ambos sexos y está haciendo que la mayor parte de quienes constituyeron pareja en su día lleguen con vida, ambos, a los 65 años y tengan por delante cada vez más años hasta el fallecimiento de uno de los dos (Pérez Díaz *et al.,* 2016).

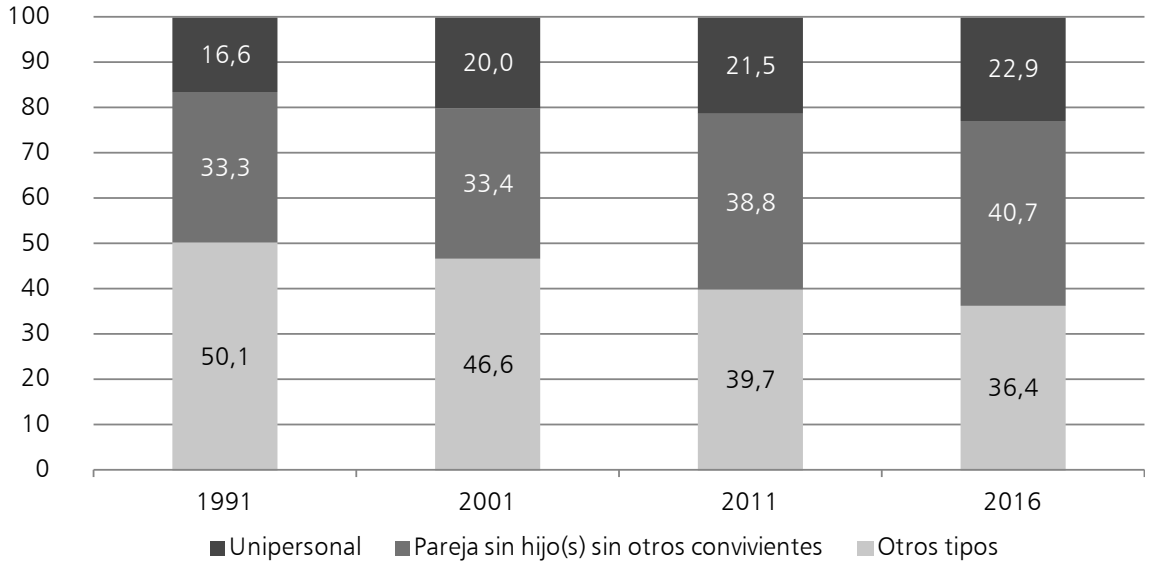
3.11. La situación económica

De forma tradicional, el gráfico de la probabilidad de pobreza en las sucesivas edades tenía forma de U, concentrándose en las infantiles y en la vejez. El riesgo de pobreza acompañaba a los niños porque su propio nacimiento aumenta notablemente los gastos de su unidad familiar, sin añadir un miembro productivo hasta muchos años después. En cambio, la vejez ha implicado pobreza para la mayor parte de la población porque, sencillamente, acababa por imposibilitar el trabajo y la obtención de ingresos.

En la España de hace cuarenta años esta pauta seguía vigente, pero la peor parte se la

Gráfico 23

Distribución de las personas >64 años, según el tipo de hogar, 1991, 2001, 2011 y 2016 (Porcentaje)



Fuentes: INE (*Censos de Población, 1991-2001*, y *Encuesta Continua de Hogares, 2016*; consulta: abril 2017).

llevaba la vejez de forma abrumadora. Los primeros trabajos sobre sociología de la vejez, al empezar los años ochenta, se realizaban con ánimo protector y asistencial impulsados por entidades como Cáritas o Cruz Roja, y dibujaban un panorama desolador (González Mas, 1982).

Estos resultados contrastaban con lo que se estaba observando en los países más desarrollados. En EE.UU. se constataba con sorpresa que la vejez estaba mejorando su situación relativa (Preston, 1984), y el *Luxembourg Income Study* (Smeeding, 1987), primer gran estudio europeo sobre la situación económica de los hogares descubría la misma y sorprendente tendencia. Desde una visión estatista, que todo lo explica por las políticas públicas, resulta tentador pensar que España no mostraba aún esa tendencia por el retraso en el desarrollo de un Estado de bienestar equiparable al del resto de Europa, o por la escasa consolidación de un sistema universal de pensiones para la vejez.

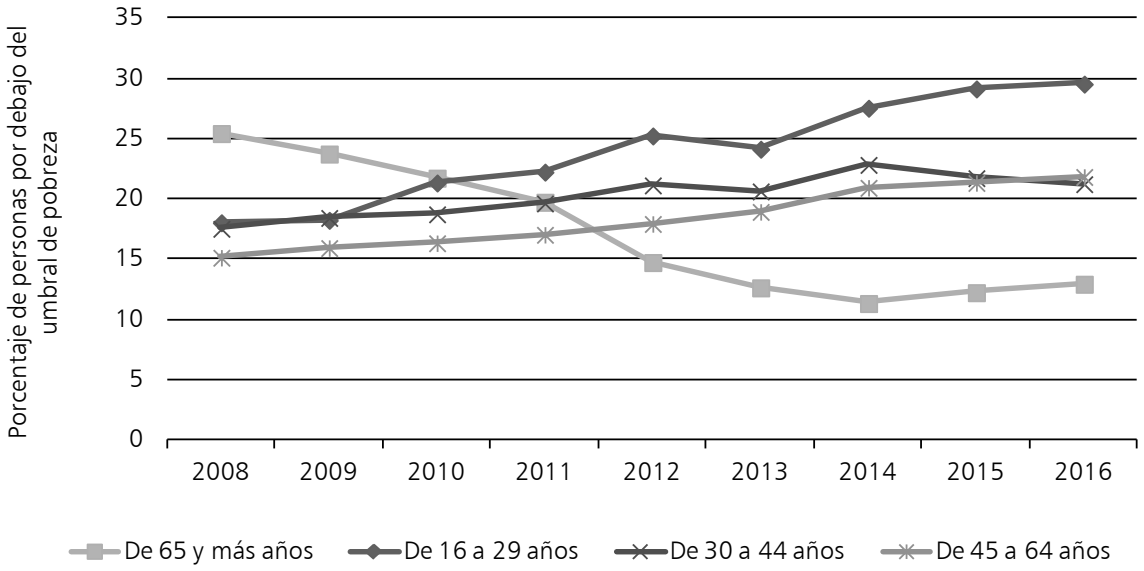
Lo cierto es que la vejez de los años setenta mostraba características socioeconómicas mucho más determinadas por sus transcursos generacionales previos que por la coyuntura o la política del momento. Aunque esta explicación puede encontrarse más desarrollada en otro lugar (Pérez Díaz, 2003a), baste aquí constatar que todo empezó a cambiar cuando a los 65 años comenzaron a llegar las generaciones nacidas ya acabada la guerra civil, con una historia de vida, familiar, educativa y laboral radicalmente diferente y que, también en esta dimensión económica, han provocado un cambio radical en la vejez. A todo ello ha venido a sumarse el impacto de la reciente crisis económica sobre las personas en edad laboral, provocando un resultado que acaba por resultar sorprendente.

El riesgo de pobreza es un nuevo indicador homogéneo para los países de la Unión Europea y establece que una persona lo padece cuando sus ingresos disponibles están por debajo de un umbral que se sitúa en el 60 por ciento de la mediana de los ingresos por unidad de consumo en el hogar[3]. En la última década, tras la crisis económica, el grupo de población

[3] Véase INE, *Encuesta de Condiciones de Vida, metodología de 2005*, revisada en 2013 (https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=metodologia&idp=1254735976608).

Gráfico 24

Riesgo de pobreza por grupos de edad (España, 2008-2016)



Fuente: INE (*Encuestas de Condiciones de Vida*).

>64 años ha pasado de tener la peor posición respecto a este índice a convertirse en el que presenta un menor riesgo (gráfico 24). Aquí sí, no cabe duda, la coyuntura ha resultado muy determinante, y en buena parte ha hecho que la vejez mejore porque las personas de otras edades empeoraban su situación, especialmente las de 16 a 29 años.

Lo habitual es atribuir a la protección estatal en forma de pensiones esta especie de "blindaje" respecto a los efectos de la crisis, pero esto sería engañoso por múltiples motivos, empezando por la confusión entre pensiones asistenciales y pensiones contributivas, que son, en realidad, ingresos por trabajo diferidos en el tiempo. Las primeras generaciones que han trabajado su ciclo laboral completo en una España urbana, lejos del sector primario y del trabajo jornalero sin cotización, sin interrupciones por grandes catástrofes en forma de guerras, epidemias o hambrunas, han llegado a la vejez en una situación muy distinta a la de los viejos de hace solo unas décadas o de quienes hoy están en una vejez muy avanzada. No solo han generado derecho a una pensión contributiva, sino que presentan la mayor proporción de propietarios de vivienda sin pagos hipotecarios pendientes, e incluso con segundas residencias, y todo ello simplemente como resultado del trabajo ininterrumpido durante toda la vida. El apoyo y la asistencia que han brindado durante la crisis a los miembros más jóvenes de sus familias, y las restricciones a que se han sometido para desarrollar esas funciones de ayuda, son cuestiones pendientes de estudiar.

Es probable que la vejez pierda posiciones cuando el resto de la población mejore. En efecto, ya se atisba el cambio de tendencia (a partir de 2014), lo que está indicando que sus condiciones económicas y materiales todavía son frágiles, especialmente entre los muy mayores, cuyos ingresos (que pesan mucho en el indicador global) se sitúan con frecuencia cerca del umbral de la pobreza, en área de peligro de descenso.

3.12. La educación

Para completar este breve panorama sobre el cambio sociodemográfico en la vejez,

conviene mencionar la rápida transformación que está experimentando su nivel educativo. Es la mejor ilustración de que las mejoras cada vez más visibles en su situación resultan mucho más de sus propias trayectorias generacionales previas que de las mejoras del país en los últimos años, más allá de la crisis.

El inferior nivel cultural y de instrucción de las personas mayores respecto al de los jóvenes lleva tanto tiempo siendo parte de nuestro panorama social que llega a parecer un efecto de la edad. Pero el nivel de estudios no decae con los años. Es la gran revolución educativa española y mundial durante el siglo XX la que explica que los jóvenes estén hoy muy por encima de sus mayores.

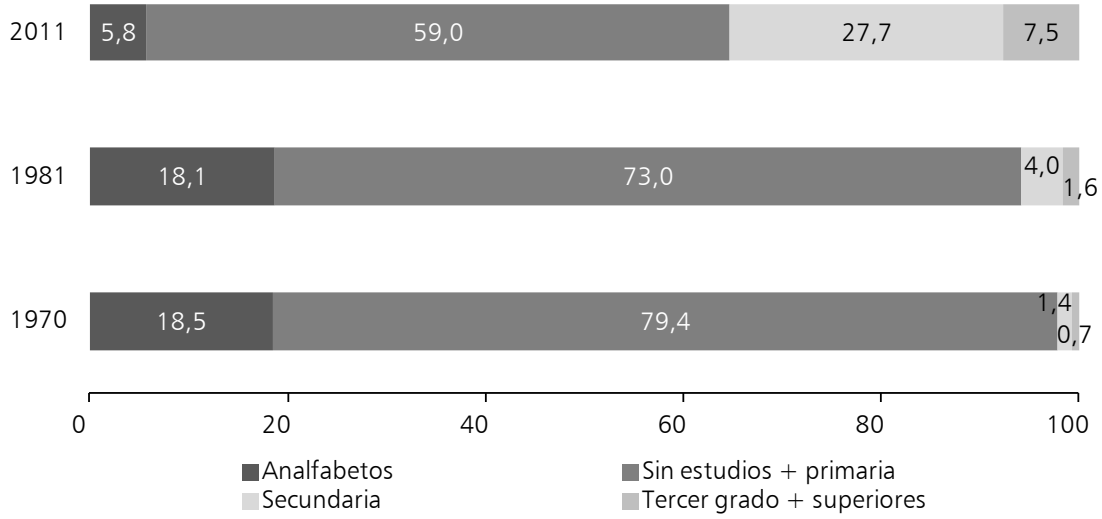
De hecho, España ha experimentado este cambio muy tarde. A principios de los años setenta, ni siquiera se había conseguido extender la escolarización primaria a todos los niños españoles (en Francia ya era realidad antes de que acabase el siglo XIX). A finales de esa misma década, los adultos (sobre todo, los mayores) ni siquiera habían sido plenamente alfabetizados, especialmente si eran mujeres, a las que siempre se había dotado en España con unos recursos educativos sensiblemente inferiores a los de sus coetáneos varones.

Desde entonces, sin embargo, los cambios se han precipitado. No solo la infancia se escolariza por fin plenamente, sino que inmediatamente después empieza a extenderse la prolongación en estudios secundarios y superiores, ampliamente minoritarios antes de los años setenta en un país que siempre los había reservado a los hijos de las élites. En ese proceso se rompe también la relegación femenina a una menor educación; las niñas nacidas a finales de los años sesenta y primeros setenta acabarán por tener más años de estudios y por alcanzar mayores niveles que sus coetáneos masculinos, una auténtica revolución social que se ha consolidado en las generaciones posteriores.

Todo lo anterior podría parecer alejado del perfil sociocultural de la vejez y, efectivamente, durante esos años no hizo más que acentuar el contraste con los jóvenes. Pero, en la actualidad, los jóvenes de los años setenta se aproximan a la vejez, y se atisba ya la oleada de nuevos viejos con nivel de estudios radicalmente distinto al que conocíamos hasta ahora (gráfico 25).

Gráfico 25

Nivel de estudios de las personas >64 años (España, 1970, 1981 y 2011)
Porcentaje



Fuente: INE (Censos de Población).

No se trata de una anécdota, porque este es un indicador privilegiado a la hora de explicar o predecir multitud de características y comportamientos de las personas, algunas tan importantes en la vejez como el estado de salud o la capacidad de aprovechar la información que proporciona el entorno. Una vez más, los cambios generacionales resultan clave para comprender que el envejecimiento de la población no conduce al cúmulo de catástrofes que suelen predecirse, siempre bajo el erróneo supuesto de que la pirámide de edades de un país puede cambiar sin que cambien las características asociadas a cada edad.

4. Conclusiones

El cambio demográfico suele verse como algo que ocurrió en el pasado, especialmente cuando se interpreta literalmente la teoría de la transición demográfica y se divide el panorama internacional entre países en transición, y países, como España, que ya la completaron. Nada más lejos de la realidad. El agotamiento del *baby boom* y el renovado descenso del número de nacimientos han modificado la pirámide de población como nunca antes en nuestra historia (un proceso, por cierto, convergente en todo el planeta). Añádase que los enormes cambios en la mortalidad anteriores a este periodo, especialmente en la mortalidad infantil, han seguido teniendo repercusiones notables hasta hoy, a medida que las generaciones beneficiarias iban cumpliendo años con una proporción de supervivientes cada vez mayor. Si, además, se tiene en cuenta la inesperada y notable mejora de la mortalidad también entre quienes ya han alcanzado la vejez, podrá comprobarse que la demografía sigue embarcada en un proceso de profundas transformaciones que se transmiten a la forma que adopta la pirámide de población.

Conviene no confundir el envejecimiento demográfico a pequeña escala, local, ancestral, causado por la emigración de los jóvenes y la consecuente incapacidad para sostener el poblamiento original, con el envejecimiento demográfico sistémico, nacional y mundial, sin precedentes históricos y resultante de la revolución reproductiva. En ese proceso sistémico, la vejez no solo aumenta su peso relativo, sino que mejora sus propias características y roles dentro de la sociedad española.

Para comprender la dirección y los motivos de ese cambio es fundamental pensar en generaciones, y en el bucle virtuoso por el que cada una ha ido impulsando a su descendencia un poco más allá en supervivencia, salud, educación o cuidados. Este mecanismo, con el que la eficiencia reproductiva ha superado el umbral por el que todos los que nacen pueden llegar a adultos y contribuir a la reproducción, ha cambiado para siempre la demografía humana, provocado una auténtica explosión demográfica, permitido las bajas fecundidades actuales, liberando a la mujer de la sobredeterminación reproductiva, y cambiado la vejez. Sus efectos diferidos son hoy visibles con cada nueva generación que cumple los 65 años, con mayor proporción de supervivientes, con mejor estado de salud y mejor situación económica, con nivel de estudios más alto y con mayores potencialidades y capacidades para cumplir un papel activo y provechoso para las personas que les rodean y para el conjunto del país.

Si no se entiende esta revolución, resulta fácil caer en las alarmas decadentistas y en la melancolía por un pasado que nunca volverá, actitud recurrente desde que empezaron a detectarse los primeros indicios de este cambio; justo ahora se cumple un siglo del famoso libro de Oswald Spengler *La decadencia de Occidente* (un siglo oyendo hablar de la decadencia demográfica). No se entiende por qué, contra todos los agoreros, el envejecimiento demográfico de la humanidad entera no solo no está colapsando la economía, motivando la crisis social o el hundimiento del Estado de bienestar, sino que corre paralelo con el crecimiento económico y el progreso.

La pirámide del pasado no solo no es recuperable; tampoco conviene recuperarla. Lejos de los tópicos sobre el gran dinamismo que suponía, lo que reflejaba era un malbaratamiento ominoso de la vida humana, un equilibrio precario necesitado de elevadísimas fecundidades para mantener poblaciones de escaso volumen en las que se invertía poco y a las que se sobreexplotaba desde la infancia. Hemos cambiado eso por poblaciones que alcanzan elevados tamaños con muchos menos nacimientos, por el método de invertir mucho en los que nacen, haciendo que vivan muchos más años y estén mejor dotados para su vida adulta. Todo ello produce envejecimiento demográfico, es cierto,

y algunas ventajas más sobre las pirámides propias de nuestro pasado.

Bibliografía

Abellán García, A.; Aceituno Nieto, M. D. P., y D. Ramiro (2018), "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017", *Informes Envejecimiento en red* (18).

Abellan, A.; Perez, J.; Pujol, R.; Sundstrom, G.; Jegermalm, M., y B. Malmberg (2017), "Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden". *International Journal of Ageing and Later Life* 11(1): 69-89.

Blanes, A. (2007), *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial,* Departament de Geografia, Univesrsitat Autònoma de Barcelona.

Bongaarts, J., y G. Feeney (1998), "On the quantum and tempo of fertility", *Population and Development Review* (24).

Cabré i Pla, A. (1989), *La reproducció de les generacions catalanes. 1856-1960,* Departament de Geografia, Facultat de LLetres, Universitat Autònoma de Barcelona.

— (ed.) (1993), "Volverán tórtolos y cigüeñas." en Garrido Medina, L. Gil Calvo, E. (ed.), *Estrategias familiares*, Madrid: Alianza Universidad: 113-131.

Castro Martín, T., y L. Rosero-Bixby (2011), "Maternidades y fronteras: la fecundidad de las mujeres inmigrantes en España".

Codorniu, J. M. (2014), "El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia", *VII Informe FOESSA, Documento de Trabajo 5.6*: 32 p.

Esteve, A.; Devolder, D., y D. Domingo I Valls (2016), "La infecunditat a Espanya", *Perspectives demogràfiques* (1).

Fernández Cordón, J. A. (1978), *Nuptialité et fecondité en Espagne (1922-1974)*, Tesis doctoral, Département de démographie, Université de Montréal.

Foster, L., y A. Walker (2014), "Active and successful aging: A European policy perspective", *The Gerontologist* 55(1).

Fries, J. F. (1980), "Aging, Natural Death, and the Compression of Morbidity", *The New England Journal of Medecine* (303): 130-135.

Garrido Medina, L. J. (1992), *Las dos biografías de la mujer en España.* Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.

González Mas, R. (1982), *Ser anciano en España (estudio psicosocial),* Madrid: Cruz Roja Española.

González-Ferrer, A.; Castro-Martín, T.; Kraus, E. K., y T. Eremenko (2017), "Childbearing patterns among immigrant women and their daughters in Spain: Over-adaptation or structural constraints?". *Demographic research* 37: 599-634.

Macinnes, J., y J. Pérez Díaz (2005), "Reproductive revolution and sociology of reproduction", Presented at XXV Congrès International de la Population, IUSSP, Tours, France.

Martínez, E. R.; Gisbert, F. J. G., y I. C. Martí (2016), *Delimitación de áreas rurales y urbanas a nivel local: demografía, coberturas del suelo y accesibilidad,* Fundacion BBVA.

Oeppen, J., y J. W. Vaupel (2002), "Broken Limits to Life Expectancy", *Science, 296*(5570): 1029-1031.

Olshansky, S. J. (2018), "The future of health", *Journal of the American Geriatrics Society,* 66(1): 195-197.

Omran, A. R. (1983), "Epidemiologic Transition Theory." en Ross, J. A. (ed.), *International Encyclopedia of Population,* New York: The Free Press: 172-175.

Oms, O. M. D. L. S. (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF:* OMS e IMSERSO (MTAS).

Pérez Díaz, J. (2001), T*ransformaciones sociodemográficas en los recorridos hacia la madurez. Las generaciones españolas 1906-*

1945. Dep. Sociología III: Estructura Social, UNED.

— (2003a), "¿Cómo ha mejorado tanto la vejez en España?" en Pinilla, V. Sáez, L. A. (ed.), *Políticas Demográficas y de Población.* Zaragoza: CEDDAR, Gobierno de Aragón: 81-107.

— (2003b), *La madurez de masas.* Madrid: Imserso.

Pérez Díaz, J.; Rodríguez Pujol, R.; Ramiro Fariñas, D., y A. Abellán García (2016), "Mortalidad y duración potencial de las uniones", *Estadística Española* 58(191): 301-312.

Preston, S.H. (1984), "Children and the Elderly: Divergent Paths for America's Dependents", *Demography* 21(4): 435-457.

Rodríguez Rodríguez, V.; Casado Díaz, M. Á., y A. Huber (2005), *La Migración de europeos retirados en España*, Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Unidad de Políticas Comparadas.

Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G., y V. Rodríguez-Rodríguez (2015), "Global perspective on quality in later life." en, *Global handbook of quality of life*: Springer: 469-490.

Salgado, L. M. C.; Vicente, M. J. F.; Kreienbrink, A.; Díaz, C.S., y G. S. Lafuente (2009), *Historia del Instituto Español de emigración*, Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Sanderson, W. C., y S. Scherbov (2010), "Remeasuring aging", *Science* 329 (5997): 1287-1288.

Smeeding, T. (1987), "Comparative status of children and the elderly: preliminary tabulations adn brief highlights from the Luxemburg income study", presented at *Woods Hole workshop on demographic change and well-being of dependents.*

Sobotka, T. (2004), *Postponement of childbearing and low fertility in Europe,* Dutch University Press Amsterdam.

Spijker, J. (2015), "Alternative indicators of population ageing: An inventory", Vienna Institute of Demography Working Papers.

Spijker, J., y J. Pérez Díaz (2010), "La ocupación laboral de los convivientes con afectados por discapacidades. Un análisis multivariable", *Revista Internacional de Sociología* 68(2): 311-332.