

Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones

Nota: este informe ha sido elaborado por Dña. Laura Lorenzo Carrascosa, becaria del INE

0 Introducción

El creciente peso de la población anciana es uno de los cambios más significativos que se ha dado en las sociedades desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX.

El elemento fundamental que condiciona el envejecimiento de la población es el descenso de la fecundidad. Desde mediados del siglo XX la fecundidad de las parejas ha ido descendiendo hasta situarse por debajo del nivel de reemplazo. De acuerdo con los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 1975 la fecundidad de las españolas era de 2,8 hijos por mujer y en 2002 esta cifra se había reducido a una media de 1,26 hijos por mujer.

La combinación de tasas de fecundidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento general de las sociedades. Así, a lo largo de las últimas décadas el declive de la mortalidad en las sociedades desarrolladas se está concentrando en los grupos de edad superiores, lo que ha provocado un creciente peso de la población anciana y la llegada a edades más avanzadas de personas en mejores condiciones de salud (Livi Bacci, 1993: 78). En el caso español la esperanza de vida al nacimiento ha pasado de 70,4 años para los varones y 76,2 años para las mujeres en 1975, a 75,7 años y 83,1 años respectivamente en el año 2002.

Las importantes ganancias en esperanza de vida logradas en los últimos años, junto con tasas de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, han originado un crecimiento de la cantidad de personas mayores. Si en las próximas décadas las tendencias de la fecundidad y de la mortalidad se mantienen, el crecimiento de la proporción de población anciana seguirá un perfil ascendente, al incorporarse a este grupo poblacional cohortes generacionales más numerosas. De este modo, en el año 2001 la proporción de personas de 65 y más años representaba un 17,0 por ciento y, según las proyecciones de población realizadas

por el INE¹, en el año 2025 supondrán el 21,2 por ciento del total.

Este substancial crecimiento de la población anciana que las sociedades desarrolladas experimentarán en los próximos años, ha provocado una importante preocupación social, debido al temor de que la estructura de edad de la población se invierta, dándose el fenómeno que Wallace (1999) denomina como *seísmo demográfico* y Livi Bacci (1998) como *involución demográfica*. Pero, ya que el proceso de envejecimiento tiene un carácter estructural, es necesario cambiar el enfoque pasando de la perspectiva que lo considera como un problema social, a la consideración de que es un logro de las sociedades desarrolladas que tan sólo requiere programar las acciones económicas, políticas y sociales adecuadas, como Díez Nicolás (2002) y otros autores proponen.

La reestructuración económica, política y social necesaria para poder enfrentar de forma adecuada los cambios demográficos que se están produciendo en las sociedades desarrolladas, requiere una reflexión más pormenorizada de las causas que han propiciado el envejecimiento de la población.

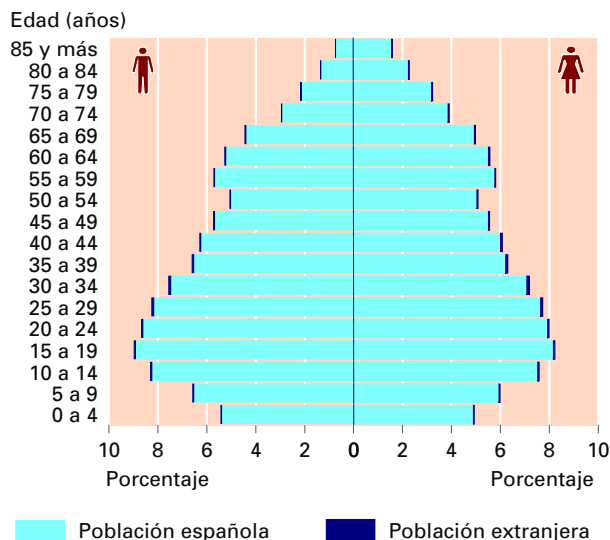
1 El proceso de envejecimiento en España

Las tendencias demográficas de las últimas décadas perfilan las sociedades desarrolladas como fuertemente envejecidas. Esta tendencia de crecimiento de la población mayor de 65 años no es una experiencia que se limite exclusivamente al entorno europeo y de Norteamérica. De este modo, según los datos proporcionados por Population Reference Bureau (2002), la proporción de población de 65 y más años en los países desarrollados era de un 15 por cien-

¹ Proyecciones de población calculadas a partir del Censo de 2001.

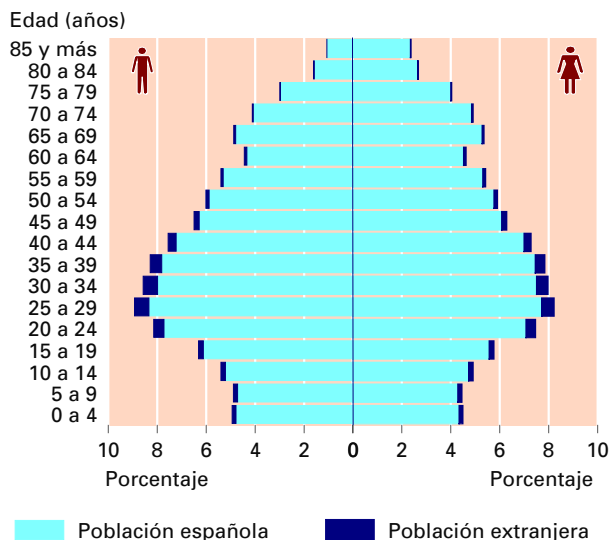
Consecuencias del envejecimiento de la población

Gráfico 1. Pirámide de población. 1991



Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 1991

Gráfico 2. Pirámide de población. 2001



Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 2001

to y en los países en vías de desarrollo esta cifra alcanzaba ya valores superiores al 5 por ciento de la población total. Sin embargo, lo que distingue al proceso de envejecimiento en Europa y Norteamérica, es que la tendencia es más intensa que en otros países.

Las pirámides de población son concluyentes a este respecto y en la actualidad los grupos de edad centrales son los más numerosos. La razón por la que la pirámide de población sobresale por la parte central, es que las numerosas generaciones del *baby-boom* están comenzando a engrosar los grupos de edad maduros.

Si bien el fenómeno del *baby-boom* afectó a todas las sociedades desarrolladas, el proceso se produjo más tarde en los países del área meridional europea¹, lo que hace que las pirámides de población de los países del sur de Europa presenten un perfil característico distinto al de los países del

¹ En el caso de España, durante el *baby-boom* (1957-1977) nacieron casi 14 millones de niños, 2,5 más que en los veinte años anteriores que se corresponden con la etapa de la inmediata posguerra y 4,5 millones más que en los veinte años siguientes.

norte. Otra de las razones que ha motivado que las pirámides de población de los países del área meridional tengan un contorno diferente y el proceso de envejecimiento de la población comience más tarde que en otros países europeos, es que el descenso de la fecundidad y de la mortalidad tuvieron un desarrollo más tardío, aunque con una evolución más acelerada e intensa que en el caso de otros países. Previsiblemente, y de no cambiar las tendencias demográficas², en unos veinte años las generaciones del *baby-boom* comenzarán a nutrir los grupos de edad más avanzados en los países del sur de Europa, por lo que el ensanchamiento se producirá en la parte superior de la pirámide.

En los gráficos 1 y 2 se puede comparar la evolución de la estructura de edad de la población en España en el año 1991 y en el 2001. En 1991 los grupos de edad más nu-

² El incremento de la fecundidad, de la mortalidad y/o de las migraciones podrían parecer la solución al problema del envejecimiento. Partiendo de la hipótesis de que alguno de estos supuestos se dieran en la realidad, a corto plazo la población rejuvenecería, pero debido a que el proceso de envejecimiento es un fenómeno estructural, a medio y largo plazo la pirámide de población continuaría teniendo una forma rectangular (Díez Nicolás, 2002: 13-14).

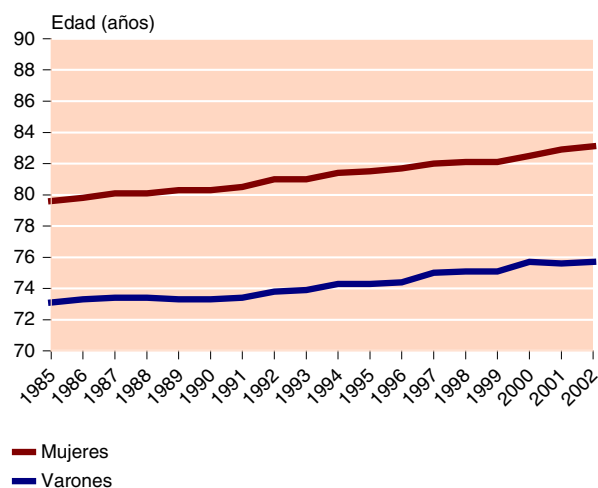
merosos eran los de los jóvenes comprendidos entre los 15 y los 19 años y los 20 y los 24 años, nacidos a finales de la década de 1960 y principios de la década de 1970 durante el *baby-boom*. Una década después, a comienzos del siglo XXI, estos jóvenes forman parte lógicamente de los numerosos grupos de edad de 25 a 29 años y de 30 a 34 años.

Las pirámides de población muestran también cómo en tan sólo una década se ha producido un importante aumento de la población inmigrante que, debido a sus propias características demográficas (varones jóvenes comprendidos entre los 20 y los 39 años¹), ensanchan aún más los grupos de edad jóvenes-adultos. Previsiblemente, en las próximas décadas la pirámide de la población española acusará con mayor intensidad la presencia de la población inmigrante, aumentando el volumen de niños, jóvenes y jóvenes-adultos, como consecuencia de las pautas de elevada fecundidad de los inmigrantes y la importancia de las *redes migratorias*.

Realizando un análisis de la población española según sexo, se puede observar cómo en los grupos de edad superiores las mujeres son más numerosas. De acuerdo con los datos de EUROSTAT (gráfico 3), en el caso de España la esperanza de vida al nacer en el año 2002 era 7,4 años mayor para las mujeres, siendo de 75,7 años en el caso de los varones y 83,1 en el de las mujeres.

Estas diferencias en cuanto a la esperanza de vida de varones y mujeres se deben a la sobremortalidad masculina en los países desarrollados. Las investigaciones han demostrado que la sobremortalidad masculina aparece con la disminución de las enfermedades de origen infeccioso, el pre-

Gráfico 3. Evolución de la esperanza de vida según sexo. 1985-2002



Fuente: EUROSTAT, Base de Datos Newcronos

dominio de las enfermedades degenerativas y la extensión de modos de vida y hábitos nocivos, como son el estrés, el tabaquismo y el alcoholismo, entre otros. En este sentido, la Organización de Naciones Unidas (2002) prevé que las diferencias en cuanto a la mortalidad de varones y mujeres disminuirán en los grupos de edad mayores, debido a las propias características del proceso de envejecimiento y a la difusión de modos de vida y hábitos análogos entre varones y mujeres.

Al mismo tiempo que existen importantes diferencias por sexo en lo que a la esperanza de vida se refiere, también podemos observar disparidades internacionales substanciales. En el cuadro 1, que muestra la esperanza de vida de varios países europeos en el año 2002, se observa que la esperanza de vida más elevada para los varones era la de Suecia con 77,7 años y, para las mujeres, España, con 83,1 años, y Francia e Italia, con 82,9 años, eran los países con una esperanza de vida más alta. Estas diferencias internacionales en cuanto a la esperanza de vida, se deben probablemente a que países con un desarrollo económico similar tienen una asistencia y cobertura médica muy diferente y una alimentación y hábitos de vida distintos, entre

¹ La tendencia de masculinización de la población extranjera que reside en España se ha acentuado en los últimos años. En el año 1998 la diferencia entre varones y mujeres extranjeros empadronados era de 7.437 personas y en 2002 se había incrementado hasta superar los 118.000 individuos. De este modo, el índice de masculinidad muestra cómo en 1998 había 102,4 varones por cada 100 mujeres y en el año 2002 esta relación había aumentado hasta alcanzar la cifra de 112,7 (INE, 2003c: 37).

Consecuencias del envejecimiento de la población

Cuadro 1. Esperanza de vida en la UE y Noruega. 2002

	Esperanza de vida (años)	
	Varones	Mujeres
Bélgica	75,1	81,1
Dinamarca	74,8	79,5
Alemania ¹	75,6	81,3
Grecia ^p	75,4	80,7
España ^e	75,7	83,1
Francia ^p	75,6	82,9
Irlanda	75,2	80,3
Italia ^e	76,8	82,9
Luxemburgo	74,9	81,5
Holanda	76,0	80,7
Austria	75,8	81,7
Portugal	73,8	80,5
Finlandia	74,9	81,5
Suecia	77,7	82,1
Reino Unido ²	75,5	80,2
Noruega	76,4	81,5

e Datos estimados

p Datos provisionales

¹ Datos de 2001

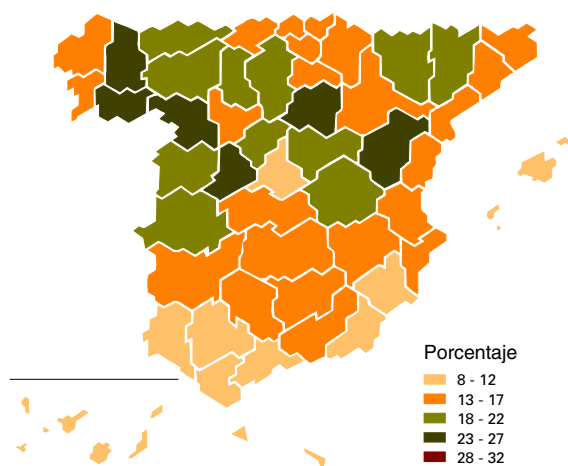
² Datos de 2000

Fuente: EUROSTAT, Base de Datos Newcronos

otros factores que pueden ser determinantes en la vitalidad y supervivencia de los individuos.

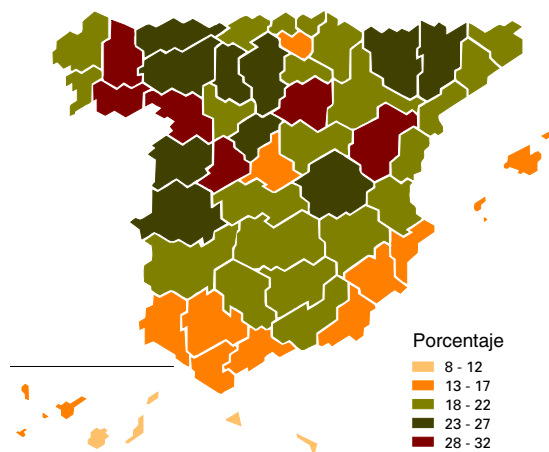
Al igual que se pueden advertir diferencias significativas en la esperanza de vida de los distintos países europeos estudiados en el cuadro 1, también podemos encontrarlas en el ámbito nacional. En los mapas 1 y 2, se puede observar la proporción de población de 65 y más años por provincias, según sexo, en el año 2001 en España. El análisis provincial permite percatarse de que la proporción de población de 65 y más años era superior, para los varones y las mujeres, en el norte y centro de España que en el sur y las islas. Tanto en el caso de los varones como en el de las mujeres, la proporción de personas de 65 y más años era más significativa en el año 2001 en Galicia, Castilla y León, Aragón y Castilla-La Mancha.

Mapa 1. Proporción de población de 65 y más años por provincias. Varones. 2001



Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 2001

Mapa 2. Proporción de población de 65 y más años por provincias. Mujeres. 2001



Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 2001

Estas diferencias norte-sur en lo que se refiere al volumen de población anciana, se deben a que tradicionalmente la fecundidad de la zona sur e insular ha sido más elevada que en el norte y centro de España¹, lo cual es consecuencia a su vez de que

¹ Según datos del INE, en el año 2000 el número medio de hijos por mujer era de 1,24 para el conjunto nacional. Las provincias del sur de España contaban con una fecundidad

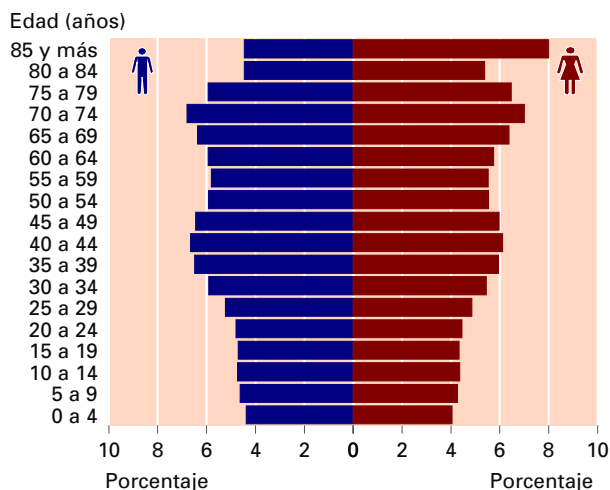
las provincias del centro de la península y la zona cantábrica han tenido una mayor corriente migratoria, restando capacidad reproductiva a su población (de Miguel y Díez Nicolás, 1985: 191).

En una sociedad como la española, en la que las tasas de fecundidad y de mortalidad son estables desde hace tiempo, los flujos migratorios se convierten en el elemento explicativo de la estructura de edad diferenciada de la población. De este modo, en las zonas tradicionalmente receptoras de inmigración, como son Madrid y Cataluña por su capitalidad e importancia económica, y Andalucía y la zona de Levante por su proximidad al importante foco emisor africano y la relevancia de la agricultura para su economía, la proporción de personas de 65 y más años es inferior, debido a que la inmigración es un fenómeno protagonizado esencialmente por población joven. El rejuvenecimiento de la estructura de edad de la población en estas zonas se debe, no sólo a la recepción de población joven como tal, sino también a que esto conlleva que es una población en edad reproductiva y con pautas de elevada fecundidad.

En los mapas también se puede observar la preponderancia numérica de las mujeres del grupo de 65 años y más en España. Si bien Naciones Unidas (2002) prevé que la proporción de mujeres a varones disminuirá ligeramente en la mayoría de los grupos de edades avanzadas, en el año 2050 el número de mujeres continuará siendo muy superior al de varones ancianos como se señala en el gráfico 4. De acuerdo con la información disponible del INE, las proyecciones de población para el año 2050 muestran cómo la proporción de población de 65 y más años se habrá casi duplicado en esta fecha, pasando de un 14,6 por ciento en 2001 a un 28,4 por ciento en 2050 en el caso de los varones, y de un 19,3 por

más elevada; así, en Andalucía era de 1,33 hijos por mujer, en Baleares 1,49 y en Murcia esta cifra era de una media de 1,52 hijos por mujer. En el caso del norte y centro de España, las cifras eran inferiores a la media nacional: 0,84 en Asturias, 0,92 hijos por mujer en Galicia y 0,95 en Castilla y León.

Gráfico 4. Pirámide de población. 2050



Nota: población calculada a 1 de diciembre a partir del Censo de 2001

Fuente: INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas

ciento a un 33,3 por ciento en el de las mujeres.

Este incremento del volumen de población de 65 y más años, no provocará necesariamente que la pirámide de población presente una propensión a invertir su tradicional forma, sino más bien a que el perfil de la pirámide se torne rectangular, debido a la aportación numérica de los inmigrantes en los grupos de edad más jóvenes.

Otra de las tendencias del proceso de envejecimiento que se puede observar en el gráfico 4, es el incremento de la población más anciana, es decir, de la de 85 y más años. En el año 2001, el 10 por ciento de la población de 65 y más años superaba los 85 años y en el año 2050, según las proyecciones de población realizadas por el INE, esta cifra alcanzará el 21 por ciento. Las tendencias demográficas muestran, por tanto, que en un futuro a medio plazo se producirá lo que se ha venido a denominar *envejecimiento del envejecimiento* o *envejecimiento de la población mayor*, como Díez Nicolás (1999a) designa a este proceso.

Por consiguiente, parece que el siglo XXI será el del crecimiento espectacular de la

Consecuencias del envejecimiento de la población

población mayor. Pero dicho crecimiento no seguirá una tendencia de incremento imparable como desde algunos sectores se propone. Previsiblemente, la sociedad española y el resto de países desarrollados tendrán una población estable con crecimiento negativo, aunque durante algún tiempo el crecimiento de la población continuará siendo positivo, gracias al saldo migratorio y a la contribución de la fecundidad de los inmigrantes¹ (Díez Nicolás, 1999a: 784).

Como se ha podido ver, el fenómeno del envejecimiento tiene un carácter estructural en España, por lo que es necesario una reflexión más pormenorizada de los cambios económicos, políticos y sociales que se producirán en la sociedad española en las próximas décadas.

2 El gasto en prestaciones sociales

Los gastos en prestaciones de protección social son transferencias a los hogares, en efectivo o en especie, destinadas a aligerar la carga financiera que representa para ellos la cobertura de una serie de riesgos o necesidades² y efectuadas por medio de sistemas organizados colectivamente o, fuera de estos sistemas, por unidades de las administraciones públicas y por las Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ISFLSH). Dichas transferencias, incluyen los pagos de las administraciones públicas a los productores que suministran prestaciones de forma individual a los hogares en el marco de los riesgos y necesidades sociales.

Los gastos en garantía de recursos representan el porcentaje más alto del gasto

¹ Del total de nacimientos en 2002, 418.846, el 10,6 por ciento eran de madre extranjera.

² Los riesgos y necesidades que dan origen a prestaciones sociales son: enfermedad, invalidez/incapacidad, accidente de trabajo o enfermedad profesional, vejez, supervivencia, maternidad, cargas familiares, fomento del empleo, desempleo y vivienda/alojamiento.

social en todos los países, pero han crecido de forma más importante en los países desarrollados al amparo de un estado protector y del logro de niveles superiores de bienestar social.

En el cuadro 2 se presenta el porcentaje del producto interior bruto (PIB) destinado para los gastos totales en protección social en algunos países europeos en el año 2000. En el caso de España, en este año el 20,2 por ciento del PIB se destinó para prestaciones de protección social, porcentaje muy inferior a la media de la Unión Europea (27,3 por ciento). Esta importante desventaja de España con respecto a sus vecinos europeos en este indicador, refleja el problema con el que la sociedad española se enfrentará en las próximas décadas en cuanto al bienestar de su población, ya que el número de demandantes de prestaciones de protección social se incrementará como consecuencia del envejecimiento de la población.

Cuadro 2. Gastos de protección social en porcentaje del PIB en la UE y Noruega. 2000

	Porcentaje del PIB
Unión Europea^e	27,3
Bélgica ^e	26,8
Dinamarca	29,2
Alemania	29,6
Grecia	26,3
España^p	20,2
Francia	29,8
Irlanda	14,1
Italia ^p	25,2
Luxemburgo	20,3
Holanda	27,4
Austria	28,4
Portugal	23,0
Finlandia	25,5
Suecia	30,7
Reino Unido	27,1
Noruega	24,6

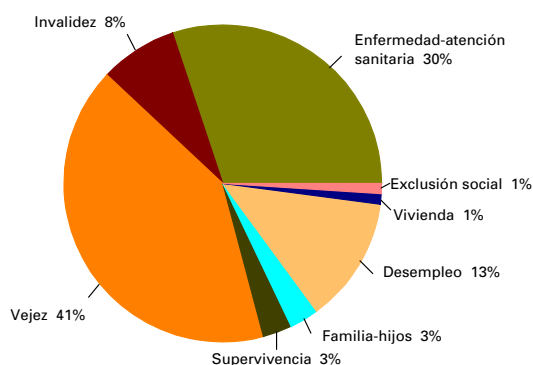
^e Datos estimados

^p Datos provisionales

Fuente: EUROSTAT, Base de Datos Newcronos

A pesar de esta aparente desventaja española en el gasto en prestaciones de protección social, en el gráfico 5 se puede observar cómo la distribución del total de gastos destinados en garantía de recursos, 126.881 millones de euros en 2001, se concentraba en su mayor parte en la población mayor (*vejez*) con un 41 por ciento. De igual forma, servicios altamente demandados por la población anciana, como son la *atención sanitaria* y la *enfermedad*, concentraban un 30 por ciento del gasto total en protección social, y las prestaciones por *supervivencia*, *invalidez* y *exclusión social*, el 3 por ciento, el 8 por ciento y el 1 por ciento, respectivamente, del conjunto de gastos en garantía de recursos.

Gráfico 5. Distribución porcentual por tipo del gasto en prestaciones de protección social. 2001



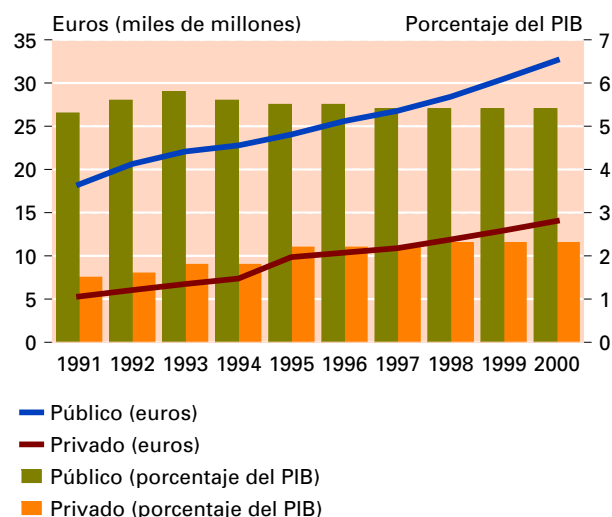
Fuente: MTAS, Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales

2.1 Los gastos sanitarios

El proceso de envejecimiento de la población que se está produciendo en las sociedades desarrolladas representa un importante reto para el sistema sanitario, no sólo porque el gasto sanitario per cápita aumenta con la edad, sino también porque implica un cambio del carácter mismo de las atenciones y cuidados demandados.

En lo que respecta al gasto sanitario, en el gráfico 6 se puede observar cómo en los últimos años éste ha aumentado, pasando de 23.557 millones de euros en el año 1991 a 46.681 millones de euros en 2001¹. Si bien tanto el sector público como el privado experimentaron en esta década un importante desarrollo, el gasto sanitario privado ha sido el que más ha aumentado en estos diez años, multiplicando su inversión por 2,6, mientras que en el caso del gasto sanitario público se multiplicó por 1,8 durante el periodo de estudio.

Gráfico 6. Inversión en gasto sanitario. 1991-2000



Fuentes: OCDE, ECO-SALUD OCDE 2002
INE, Contabilidad Nacional de España. Base 1995 (PIBpm)

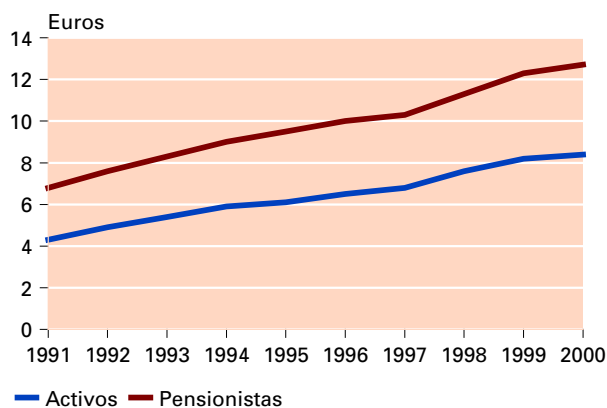
El gasto farmacéutico de la Seguridad Social también ha sufrido un importante incremento en los últimos años, pasando de 3.101,8 millones de euros en 1991 a 7.084,4 millones de euros en el año 2001, de los cuales el 95,3 por ciento y el 95,8 por cien-

¹ A pesar del aumento del gasto sanitario en los últimos años, España figura en el puesto 29 en la clasificación que la Organización Mundial de la Salud (2000) ha realizado en lo que al nivel de gasto sanitario (porcentaje del PIB), tanto total como público, se refiere. Sin embargo, en esta misma clasificación realizada por la OMS, España ocupa el sexto puesto entre 191 países en lo que al nivel de salud de la población se refiere, indicando la calidad de los servicios sanitarios ofertados en nuestro país.

Consecuencias del envejecimiento de la población

to, respectivamente, se correspondieron con el Sistema Nacional de Salud. Dentro del gasto farmacéutico, el que aporta una mayor carga al Sistema Nacional de Salud es el de los pensionistas. La razón por la que el gasto farmacéutico de los pensionistas es superior se debe, no sólo a que el importe medio de las recetas es más elevado (gráfico 7), consecuencia de las propias características de los tratamientos y enfermedades durante la ancianidad, sino también a que la cobertura del gasto farmacéutico de los pensionistas es del 100 por ciento. Previsiblemente, y de seguir las actuales tendencias demográficas, el gasto farmacéutico se incrementará debido al aumento del volumen de población de 65 y más años.

Gráfico 7. Gasto farmacéutico por receta del Sistema Nacional de Salud. 1991-2000



Fuente: INSALUD, Indicadores de la Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud

Otro de los desafíos que el sistema sanitario se plantea ante el imparable proceso de envejecimiento de la población, es el de la cobertura asistencial. En el caso de España, que pronto se convertirá en el país de la Unión Europea con mayor proporción de ancianos, la red hospitalaria parece insuficiente para cubrir las necesidades sanitarias de un grupo de población en aumento. De este modo, en el año 2000 el 13,5 por

ciento de los hospitales estaban especializados en geriatría, de acuerdo con los datos facilitados por el INE; en cuanto a la oferta de camas, el 7,3 por ciento del total de camas en funcionamiento en los hospitales españoles estaban destinadas a la especialidad geriátrica.

No obstante, el crecimiento de la proporción de personas de 65 y más años debe implicar un cambio cualitativo de la atención y cuidado médico, no tanto orientado a un enfoque curativo, lo cual provoca una excesiva dependencia médico-farmacéutica, como a primar la prevención (Ahn, Alonso Meseguer y Herce San Miguel, 2003: 26).

Esta reducida cobertura hospitalaria en cuanto a los centros especializados en geriatría, también se manifiesta en lo que se refiere a los servicios de atención a las personas mayores, como se puede observar en el cuadro 3.

Como se advierte en el cuadro, los servicios residenciales son los más desarrollados del sistema de servicios de atención a las personas mayores. El número total de plazas residenciales en España a enero de 2002 era de 239.366, distribuidas entre 4.795 centros. Del total de plazas residenciales el 74 por ciento estaban gestionadas por entidades privadas, de las cuales, el 79 por ciento eran financiadas íntegramente por el usuario y el 21 por ciento eran financiadas, en unos casos en su totalidad y en otros parcialmente, por el sector público a través del régimen de concierto (Observatorio de personas mayores, 2002: 6).

Si bien los servicios residenciales son los más importantes en la atención a las personas mayores, la oferta parece insuficiente. El índice de cobertura (IC) de las plazas residenciales indica cómo en el año 2002 por cada 100 personas de 65 y más años había 3,4 plazas en residencias, frente a las 5,2 como media de la Unión Europea.

En cuanto a los centros de día, a enero de 2002 el número total de plazas ofertadas ascendía a 18.639, distribuidas en 956 centros. Del conjunto de plazas existentes, el 55 por ciento eran públicas y, de éstas, el

Consecuencias del envejecimiento de la población

Cuadro 3. Distribución de centros residenciales y de día y de plazas disponibles por comunidad autónoma y titularidad. 2002

(Continúa)

	Centros residenciales								
	Públicos			Concertados			Privados		
	Centros	Plazas	IC ¹	Centros	Plazas	IC ¹	Centros	Plazas	IC ¹
Total	638	61.220	0,87	1.265	37.808	0,54	2.892	140.338	2,00
Andalucía	18	10.343	0,95	209	3.539	0,32	474	15.151	1,39
Aragón	14	2.206	0,85	25	519	0,20	201	8.827	3,40
Asturias (Principado de)	19	2.346	1,00	28	536	0,23	150	5.121	2,18
Balears (Illes)	2	1.817	1,42	9	214	0,17	24	1.541	1,20
Canarias	44	2.295	1,08	19	1.392	0,65	67	2.433	1,14
Cantabria	2	320	0,31	18	795	0,77	21	3.033	2,94
Castilla y León	124	9.262	1,64	63	1.780	0,32	446	21.111	3,75
Castilla la Mancha	65	4.268	1,21	91	2.068	0,59	179	13.225	3,75
Cataluña	140	6.261	0,57	450	10.577	0,95	579	27.107	2,45
Comunidad Valenciana	37	3.885	0,55	164	5.205	0,74	71	3.885	0,55
Extremadura	27	2.408	1,17	10	226	0,11	66	3.450	1,67
Galicia	30	3.026	0,53	28	851	0,15	55	6.036	1,06
Madrid (Comunidad de)	34	7.589	0,95	79	4.858	0,61	318	17.152	2,16
Murcia (Región de)	26	1.063	0,62	-	381	0,22	14	1.643	0,96
Navarra (Comunidad Foral de)	29	1.522	1,51	13	940	0,93	30	2.521	2,49
País Vasco	24	2.170	0,59	53	3.512	0,95	177	6.351	1,71
La Rioja	3	439	0,81	6	415	0,77	20	1.751	3,24

(Conclusión)

	Centros de día								
	Públicos			Concertados			Privados		
	Centros	Plazas	IC ¹	Centros	Plazas	IC ¹	Centros	Plazas	IC ¹
Total	335	7.286	0,10	212	2.969	0,04	409	8.384	0,12
Andalucía	9	413	0,04	3	56	0,01	15	851	0,08
Aragón	8	182	0,07	10	100	0,04	16	559	0,22
Asturias (Principado de)	15	345	0,15	-	-	-	..	..	..
Balears (Illes)	4	68	0,05	8	124	0,10	..	..	..
Canarias	17	327	0,15	11	92	0,04	..	..	..
Cantabria	1	12	0,01	11	208	0,20	1	25	0,02
Castilla y León	25	621	0,11	14	189	0,03	34	235	0,04
Castilla la Mancha	13	330	0,09	9	110	0,03	..	..	..
Cataluña	110	2.324	0,21	73	341	0,03	283	4.663	0,42
Comunidad Valenciana	20	300	0,04	6	146	0,02	28	1.003	0,14
Extremadura	28	484	0,23	20	392	0,19	..	..	..
Galicia	2	55	0,01	11	124	0,02	1	265	0,05
Madrid (Comunidad de)	19	542	0,07	23	695	0,09	..	..	..
Murcia (Región de)	14	280	0,16	..	..	..	3	60	0,04
Navarra (Comunidad Foral de)	7	94	0,09	3	75	0,07	4	105	0,10
País Vasco	40	849	0,23	9	297	0,08	21	543	0,15
La Rioja	3	60	0,11	1	20	0,04	3	75	0,14

¹ Índice de cobertura: (usuarios/población de 65 y más años)x100

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo

INE, Padrón Municipal de Habitantes.

Consecuencias del envejecimiento de la población

71 por ciento estaban gestionadas por entidades públicas (autonómicas o locales) y el 29 por ciento por entidades privadas en régimen de concierto. Esta distribución según titularidad pone de manifiesto el peso del sector público en la oferta de plazas, bien sea a través de centros propios (gestionados por el sector público) o bien a través de centros de gestión privada concertados con el sector público.

Al igual que ocurría con los centros residenciales, la oferta de plazas en centros de día es insuficiente para cubrir la demanda. El índice de cobertura de las plazas de centros de día en el año 2002, mostraba que para cada 100 personas de 65 y más años había 0,3 plazas en centros de día.

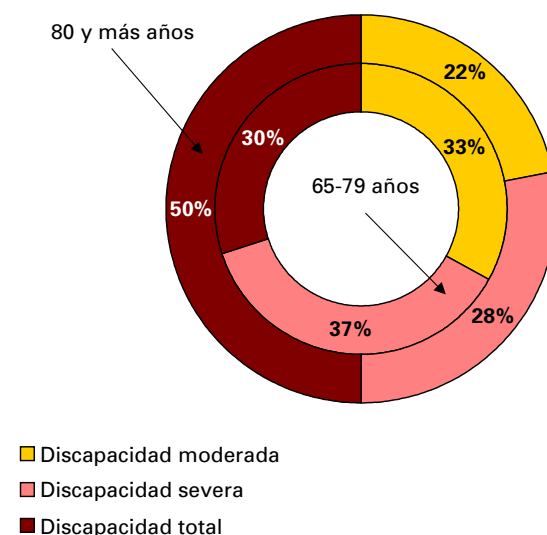
2.2 Discapacidad

La discapacidad es otra de las cuestiones que aqueja a buena parte de las personas mayores¹. Las discapacidades aumentan con la edad, haciendo que los que las sufren dependan de terceros para la realización de las actividades de la vida diaria, como son las tareas del hogar, los desplazamientos dentro y/o fuera del hogar y el cuidado personal, entre otras cuestiones cotidianas.

En 1999, del total de personas que presentaban algún tipo de discapacidad, el 58,7 por ciento era mayor de 64 años. En el gráfico 8 se presentan los datos relativos a la población discapacitada de 65 a 79 años y de 80 años y más, según grado de discapacidad. Como se puede observar en el gráfico, entre la población de 65 a 79 años son más frecuentes las discapacidades

moderadas y severas (un 33 por ciento y un 37 por ciento, respectivamente, de las personas de 65 a 79 años discapacitadas padecen alguno de estos grados de discapacidad), y entre la población de 80 y más años, el riesgo de padecer una discapacidad total es mayor (el 50 por ciento de los mayores de 79 años discapacitados presentan una discapacidad total).

Gráfico 8. Población de 65 y más años discapacitada por grupo de edad y grado de discapacidad. 1999



Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

A este importante número de personas ancianas que poseen algún tipo de discapacidad hay que añadir la sobrerrepresentación femenina en este grupo: según los datos de la EDDS (1999), a partir de los 45 años el número de mujeres con discapacidades supera al de varones en un 60 por ciento. En el cuadro 4 se presentan las tasas por mil habitantes de personas discapacitadas de 65 y más años. Se puede observar en el cuadro que la probabilidad de padecer algún tipo de discapacidad aumenta con la edad, y que, para cualquier edad, es superior en las mujeres que en los varones.

Si bien las mujeres se ven afectadas en mayor medida por discapacidades debido a

¹ De acuerdo con la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS) elaborada por el INE (1999), se considera persona discapacitada aquella que presenta dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Entre estas actividades se encuentran: realizar cambios en las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del hogar; deambular sin medio de transporte; asearse; controlar las necesidades; vestirse; comer y beber; cuidarse de las compras, de las comidas, de la limpieza y planchado de la ropa, de la limpieza y mantenimiento de la casa y del bienestar de los miembros de la familia.

Cuadro 4. Tasas por mil habitantes de personas discapacitadas de 65 y más años. 1999

	Total	Varones	Mujeres
Total	89,90	76,60	102,67
65 a 69 años	190,42	170,97	207,28
70 a 74 años	263,97	219,52	299,40
75 a 79 años	368,77	325,16	399,15
80 a 84 años	474,91	428,94	500,73
85 y más años	636,25	591,64	656,59

Fuente: INE, Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

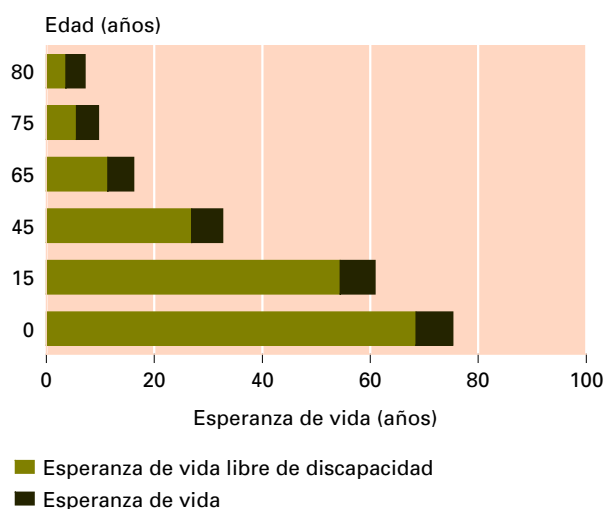
la mayor esperanza de vida de éstas con respecto a sus coetáneos varones, si tenemos en cuenta la esperanza de vida libre de discapacidad las diferencias entre varones y mujeres se reducen. En 1999 la esperanza de vida al nacer de los varones era de 75,3 años y para las mujeres de 82,3 años, y la esperanza de vida libre de discapacidad era de 68,5 años para los primeros y de 72,1 años para las segundas (gráficos 9 y 10). A los 65 años la esperanza de vida media de los varones era de 16,2 años y la de las mujeres de 20,3 años, de los cuales los

varones esperarían vivir sin discapacidad 11,4 años y las mujeres 12,4 años.

A pesar de que el riesgo de padecer alguna discapacidad aumenta con la edad, el envejecimiento no está relacionado directamente con el aumento de las personas discapacitadas, ya que las ganancias en esperanza de vida logradas en las últimas décadas han ido vinculadas a mejoras en el estado general de salud y bienestar de la población. De esta forma, en España se produjo un aumento de 8,6 años de esperanza de vida en buena salud entre 1986 y 1999, pasando de 61,7 años de esperanza de vida media libre de discapacidad a 70,3 años. Los resultados españoles son consistentes con las tendencias de otros países desarrollados como son Estados Unidos, Japón, Australia, Francia y Canadá, que han experimentado un aumento paralelo de la esperanza de vida general y de la esperanza de vida sin discapacidad.

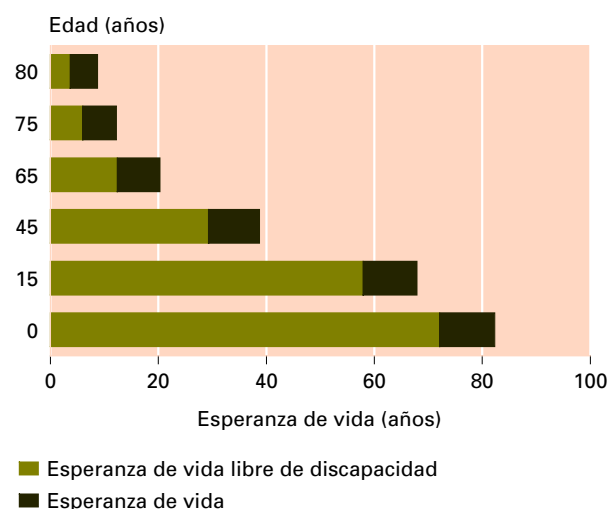
Pese a las ganancias en calidad de vida y salud de los mayores, no se puede obviar que la vejez conlleva ciertas limitaciones físicas que, no obstante, serían fácilmente solventables con una adecuada planifica-

Gráfico 9. Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad a diferentes edades. Varones. 1999



Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

Gráfico 10. Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad a diferentes edades. Mujeres. 1999



Fuente: INE, Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud

Consecuencias del envejecimiento de la población

ción geriátrica de provisión de servicios y el establecimiento de sistemas de atención a las personas mayores.

2.3 Exclusión social de los mayores

La exclusión social es otro de los problemas que afecta al grupo anciano. El proceso de exclusión social en los países desarrollados está determinado en buena medida por el acceso o no al mundo laboral. La posibilidad de tener un puesto de trabajo, de mantenerlo y de percibir beneficios, ya sean económicos como el salario, sociales como son el prestigio o el reconocimiento, o psicológicos como la autoestima o el sentimiento de pertenencia a un grupo, posibilita la plena integración de los individuos en la sociedad. De esta forma, los individuos que permanecen al margen del mundo laboral como son los jubilados, prejubilados, discapacitados y los inmigrantes¹, se convierten en colectivos excluidos o potencialmente excluidos.

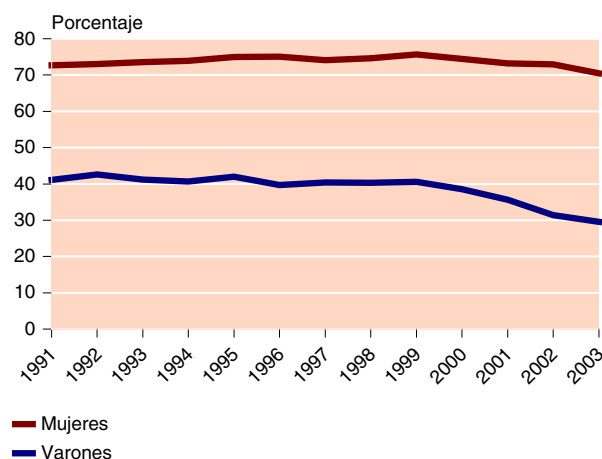
Otros criterios que caracterizan a los socialmente excluidos vienen determinados por factores como son, por ejemplo, la edad, el sexo o las características personales o sanitarias. En este sentido, la población anciana se convierte en un grupo con alto riesgo de padecer exclusión social². La inequidad que sufre la población de 65 y más años se manifiesta primordialmente por las desigualdades derivadas de la distribución de los ingresos, aunque también está relacionada con la participación política y comunitaria, y de acceso a servicios y de salubridad, entre otras disparidades.

¹ La exclusión social que padece la población inmigrante está relacionada generalmente con factores étnicos, ideológicos y religiosos, entre otros. Sin embargo, los inmigrantes sufren también exclusión laboral, derivada en muchos casos de su situación de ilegalidad, con implicaciones en el acceso al mercado de trabajo y en las condiciones laborales.

² Según los datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (2001), el 19,5 por ciento de los varones y el 24,2 por ciento de las mujeres mayores de 65 años se encontraban por debajo del umbral de la pobreza (se considera el umbral de pobreza al 60 por ciento de la mediana de los ingresos de 2000 por unidad de consumo).

Una variable clave en la determinación de la situación de riesgo de exclusión social es la estructura del hogar. Los hogares unipersonales formados por personas de 65 y más años, junto con los monoparentales encabezados por mujeres, son los que mayor riesgo de padecer exclusión social tienen. De acuerdo con los datos facilitados por el INE, en el año 2001 el 60,2 por ciento de los hogares unipersonales estaban constituidos por personas de 65 y más años. Como se puede observar en el gráfico 11, la proporción de hogares unipersonales formados por personas de 65 y más años, se mantiene constante desde 1991. Esta tendencia de estabilidad cambia a partir del año 2000, momento en el que, tras un punto de inflexión, este tipo de hogares experimenta un leve descenso, tanto en el caso de los integrados por varones como por mujeres.

Gráfico 11. Proporción de hogares unipersonales formados por personas de 65 y más años, por sexo. 1991-2003



Fuente: INE, Encuesta de Población Activa

Al igual que ocurría con las discapacidades, el riesgo de padecer exclusión social es mayor en el caso de las mujeres. De esta forma, en 2003 en el 70,5 por ciento de los hogares unipersonales formados por una mujer, ésta era de 65 y más años, frente a un 29,5 por ciento en el caso de los varones.

nes. Esto se debe a la mayor esperanza de vida de las mujeres, y si a esto se añade la escasa cuantía de las pensiones de viudedad que reciben, cada vez se alarga más el número de años que las mujeres deben sobrevivir con pensiones insuficientes para cubrir los gastos de la vida diaria.

Numerosas políticas se están llevando a la práctica para promover la inclusión social de los menos favorecidos¹, pero sin una participación interinstitucional y un compromiso social adecuados, las estrategias contra la exclusión social se convierten en ineficaces. Las políticas sociales que la Unión Europea y otros organismos supranacionales llevan a cabo, deben dirigirse hacia la capacitación, participación e implicación de los individuos o grupos y a facilitar su integración a través de la convergencia de los recursos en acciones concretas.

La población anciana se configura como uno de los colectivos con mayor riesgo de exclusión social, por lo que ante el aumento de la proporción de mayores que se producirá en las próximas décadas, será necesario poner en práctica fórmulas que hagan hincapié en evitar la exclusión social de este grupo.

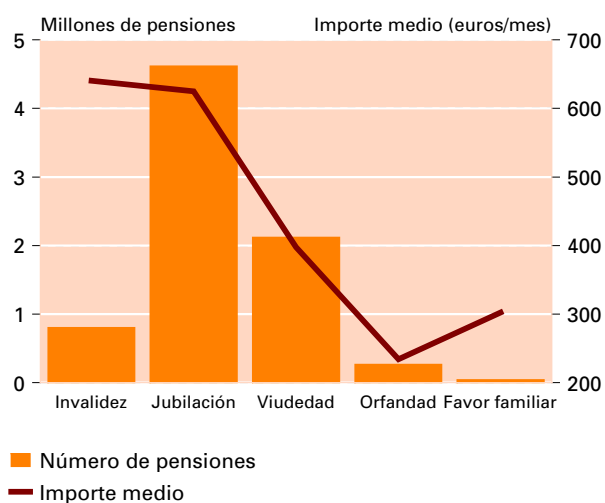
2.4 Las pensiones de jubilación

El otro elemento objeto de la controversia con relación al proceso de envejecimiento es el de las pensiones. Desde algunos sectores se ha dado la voz de alarma ante la imposibilidad de poder pagar las pensiones en una sociedad en la que supuestamente el número de trabajadores podría ser inferior al de beneficiarios.

En el gráfico 12 se puede observar la distribución de las pensiones en España en el año 2003 y la cuantía media de éstas. Las pensiones de jubilación, junto con las de viudedad, son las más importantes en

cuanto a su número de las administradas por el Sistema de la Seguridad Social, significando el 59 por ciento y el 27 por ciento, respectivamente.

Gráfico 12. Pensiones del Sistema de la Seguridad Social y cuantía media por clase. 2003



Nota: datos al mes de diciembre

Fuente: INE, Boletín Mensual de Estadística

Previsiblemente el número de pensiones de jubilación se incrementará en los próximos años, mientras que las de viudedad seguirán una tendencia descendente. En un futuro a corto plazo, el grupo de pensionistas se nutrirá cada vez más de mujeres que han desempeñado un trabajo remunerado fuera de sus casas², y ante la posibilidad de elección optarán por percibir una pensión de jubilación, ya que la cuantía media de éstas es más elevada que las de viudedad (unos 625 euros al mes como media por jubilación frente a 398 euros mensuales por viudedad).

¹ El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España (junio 2001-junio 2003) ha contado con un presupuesto inicial de 25.424,2 millones de euros, de los cuales 375,5 millones se destinaron a evitar la exclusión social de las personas mayores.

² Según datos facilitados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el año 2002 el 66,5 por ciento de las personas que recibían una pensión de jubilación eran varones frente a un 33,5 por ciento de mujeres.

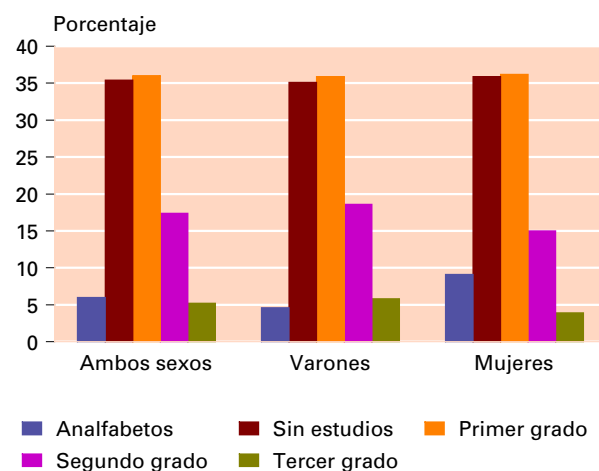
Consecuencias del envejecimiento de la población

Es de suponer también que en las próximas décadas la cuantía media de las pensiones aumentará, no sólo como consecuencia de un reajuste del gasto social, sino también debido a que la composición de la fuerza de trabajo se va a modificar. Como se presenta en el gráfico 13, en el año 2001 el 35,4 por ciento de los jubilados no tenía estudios y el 36 por ciento tenía estudios primarios¹. Según sexo no se observan diferencias significativas; de esta forma, el 35,1 por ciento de los varones y el 35,9 por ciento de las mujeres que estaban jubilados en 2001 no tenían estudios, y en lo que se refiere a los estudios primarios, el porcentaje era del 35,9 por ciento en el caso de los varones y el 36,2 por ciento en el de las mujeres. Probablemente en unos años estos porcentajes disminuirán, incrementándose el número de jubilados con un nivel educativo superior, debido a que entrarán a formar parte de este grupo una mayor proporción de personas que tuvieron acceso al sistema educativo.

Otro de los cambios que se producirá con relación a la composición de la población jubilada y muy vinculado con el nivel educativo, es el de la profesión. En la actualidad, la mayor parte de jubilados han desempeñado trabajos que no requieren cualificación, como la agricultura, la minería, la construcción y el servicio doméstico, entre otros². Esta característica de la población jubilada a medio plazo sufrirá modificaciones, ya que entrarán en la edad de jubilación personas con una profesión que requiere una cualificación superior y que les garantizará una pensión más elevada.

El aumento de la proporción de población anciana y los consecuentes cambios en las

Gráfico 13. Distribución porcentual por nivel de formación de la población jubilada según sexo. 2001



Fuente: INE, Censo de Población y Viviendas 2001

políticas sociales que esto conllevará, hacen que desde numerosos sectores de la sociedad se plantee que el envejecimiento de la población podría comportar una desestabilización del Sistema de la Seguridad Social y la crisis del Estado de Bienestar. Esta inquietud parte del planteamiento erróneo de que el envejecimiento de la población produce una disminución de la población potencialmente activa, y no un descenso de la población dependiente joven, como realmente sucederá.

3 Consecuencias del envejecimiento de la población: el futuro de las pensiones

El proceso de envejecimiento está provocando una importante preocupación social en lo que al gasto público se refiere. Desde numerosos ámbitos políticos, económicos y sociales, prevalece la inquietud de que el envejecimiento de la población suscitará un importante aumento del gasto social en sanidad y atención a las personas mayores, así como en las pensiones que éstas reciben.

¹ El Censo de Población de 2001 define como *sin estudios* a aquellas personas que saben leer y escribir pero que fueron menos de 5 años a la escuela, y con *estudios primarios* a las que fueron a la escuela 5 años o más sin completar la EGB, ESO o el Bachiller Elemental.

² En el año 2000 del total de varones jubilados, el 31 por ciento se dedicaban a la construcción y el 22 por ciento a la agricultura, la ganadería o la pesca. En cuanto a las mujeres, el 25 por ciento trabajaba en la hostelería o los servicios y el 22 por ciento en trabajos relacionados con la agricultura, la ganadería, o la pesca.

En el caso de España y de otros países del área meridional europea, la familia continúa siendo la principal fuente de bienestar y apoyo en situaciones de precariedad, como puede ser el caso de la enfermedad y la vejez. De este modo, el cuidado y la atención de las personas mayores se convierten en una responsabilidad exclusiva de las familias y, dentro de éstas, las mujeres son las que principalmente se encargan de cuidar a los ancianos. En este sentido, la Organización de Naciones Unidas (2002) propone que la estrategia a seguir para que las familias no se encuentren sobrecargadas de trabajo y los servicios hospitalarios demandados por la población anciana disminuyan, sería aumentar la calidad y cobertura de la oferta de servicios y cuidado a domicilio de las personas mayores, e impulsar la participación de la comunidad en los servicios sociales y de atención a la salud de la población mayor.

Si bien la cuestión asistencial y sanitaria ha suscitado una gran inquietud, las pensiones se han convertido en el elemento clave del debate. Desde hace unos años se han ensayado diferentes líneas de actuación para solucionar las consecuencias, principalmente económicas, del proceso de envejecimiento. De este modo, en un pasado reciente se llevaron a cabo políticas de jubilación anticipada pero no lograron el objetivo para el que fueron diseñadas, la creación de puestos de trabajo para los jóvenes, sino una reducción de la población activa no sólo mayor sino también joven, debido a la flexibilización de las estrategias de contratación (Díez Nicolás, 1999a: 786).

En la actualidad los gobiernos están impulsando la progresiva implantación de un sistema de pensiones privado complementario del sistema público.

Las consecuencias económicas que el envejecimiento general de la sociedad conlleva, podrían ser solventadas si aumentara el número de cotizantes a la Seguridad Social. Este incremento del número de cotizantes se lograría mediante una mejora de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres, una regulari-

zación del empleo de los inmigrantes en situación de ilegalidad y el retraso de la edad de jubilación (Díez Nicolás, 2002:15-16). Pese a que las medidas que afectan exclusivamente a las mujeres y a los inmigrantes están empezando a llevarse a cabo, no sólo como una estrategia para que el número de cotizantes a la Seguridad Social se incremente, sino también como una táctica para regular y controlar la inmigración y como política para aumentar la fecundidad, el retraso de la edad de jubilación es un tema más controvertido. Autores como Díez Nicolás (2001b) proponen que la jubilación debería ser voluntaria o por lo menos ajustada a la capacidad física y/o psíquica del trabajador para el desempeño de su trabajo, y con una pensión proporcional a los años cotizados a la Seguridad Social, aunque con un mínimo garantizado para todos los trabajadores.

El retraso de la edad de jubilación parte de que el concepto de anciano como persona de 65 y más años es completamente arbitrario y poco representativo de los cambios sociales que han acontecido en las últimas décadas. En una sociedad como la española, en la que los jóvenes comienzan cada vez más tarde su vida laboral e independiente de sus familias de origen, una persona con 65 años tiene una trayectoria laboral muy corta pero una esperanza de vida muy larga. En la actualidad, las personas con 65 años y más se enfrentan a la jubilación con unos ingresos reducidos y, en algunos casos incluso, con personas a su cargo y, además, con un número cada vez más elevado de años fuera del grupo de la población activa con las consecuencias económicas y psicológicas que esto conlleva.

De esta forma, en algunos países los gobiernos han adoptado medidas para promover el empleo de trabajadores mayores, creando incluso un sistema de bonificaciones dirigido a incentivar a las empresas que emplean a trabajadores de cierta edad. En otros casos, han implantado normativas para que resulte más costoso despedirlos (Comisión de las Comunidades Europeas, 2004: 18-19; Naciones Unidas, 2002: 41).

Consecuencias del envejecimiento de la población

Veamos en el cuadro 5 los efectos previsibles que el retraso de la edad de jubilación tendría en el sistema de pensiones.

En este cuadro se presentan los datos de la población activa y los beneficiarios de pensiones calculados a partir de las proyecciones de población realizadas por el INE para los años 2003 y 2050. Asimismo se incluye esta información revisada, es decir, considerando que la población en edad de trabajar es la comprendida entre los 25 y los 69 años y, la población en edad de jubilación, la que tiene 70 años y más. La razón para proponer una revisión de la edad tradicionalmente considerada activa (de los 16 a los 64 años), es adecuar las políticas a una realidad social en la que la incorporación de los jóvenes al mercado de trabajo se produce cada vez más tarde¹, debido al alargamiento del número de años dedicados a la formación. De igual forma, las mejoras en la calidad de vida que se han producido en las últimas décadas proporcionan a los mayores de 64 años una capacidad física y psicológica que les permite alargar su vida plenamente activa.

Aplicando el modelo propuesto en el cuadro, se consigue una mayor eficiencia del sistema. De este modo, si en el año 2003 la relación población activa/beneficiarios de pensiones es de 2,85 y, en el 2050², esta relación desciende hasta 1,27, la revisión de las edades consideradas de trabajar (de 25 a 69 años) y de jubilación (a partir de los 70 años), permite que las relaciones³ aumenten a 3,51 y 1,54, respectivamente, disminuyendo la presión sobre el sistema de pensiones en más de 2 millones de personas.

Previsiblemente, la relación activos/pensionistas en el año 2050 será más elevada, como consecuencia de que las proyecciones

de población se han hecho bajo el supuesto de que la mortalidad, la fecundidad y las migraciones iban a ser constantes⁴, además se han obviado las fluctuaciones de la economía que probablemente disminuyan la tasa de desempleo de los jóvenes y de las mujeres. Los beneficiarios de las pensiones no contributivas harán también que la relación activos/pensionistas sea más elevada, debido a que es probable que aumente su número en los próximos años, disminuyendo el volumen de beneficiarios de pensiones contributivas de jubilación.

La previsión formulada de beneficiarios de pensiones al horizonte 2050 muestra, por tanto, una realidad algo distinta a la que desde algunos sectores políticos, económicos y sociales se está dando del proceso de envejecimiento. Si bien no se puede obviar que el aumento del volumen de población de 65 y más años conlleva unas implicaciones económicas, los datos revelan que no es previsible que se produzca la tan nombrada crisis del Estado de Bienestar. Los cambios sociales, económicos y políticos que el proceso de envejecimiento requiera, se deben fundamentar no tanto en el aumento numérico de la población mayor, como en el cambio en la estructura de edad de la población española. Los cuantiosos fondos públicos destinados tradicionalmente a cubrir las necesidades de la población joven, en un futuro deberían reducirse debido a que el número de jóvenes será inferior, por lo que estos fondos

¹ Tan sólo el 2,27 por ciento de los jóvenes de 16-19 años y el 9,41 por ciento de los comprendidos entre los 20-24 años estaban ocupados en el año 2001.

² A partir de la tasa de actividad de 2003 de la población entre 16 y 64 años: 68,48.

³ Utilizando la tasa de actividad de 25 a 69 años: 67,24.

⁴ Las proyecciones de población presentan la dificultad de que es difícil estimar las tendencias demográficas a largo plazo, sobre todo debido al enorme volumen de inmigrantes registrado en España durante los últimos años y la diversidad de factores que influyen en su trayectoria.

Las hipótesis de la evolución futura de la mortalidad y la fecundidad que el INE planteó para el año 2050 a partir de los datos del Censo de 2001, se fundamentaban en la extrapolación de las tasas de fecundidad y mortalidad de los años anteriores.

En cuanto a las migraciones, las proyecciones de población realizadas por el INE diferencian entre el comportamiento migratorio de los españoles y de los extranjeros. Las salidas de españoles al extranjero se han fijado en 10.000 anuales para el intervalo 2005-2060. En lo que a la entrada de población extranjera se refiere, las proyecciones consideran que entre 2005 y 2010 se producirá una disminución del 10 por ciento y, a partir del año 2011, el número de entradas netas anuales será constante.

Cuadro 5. Previsión de beneficiarios de pensiones contributivas. 2003 y 2050

	2003	2050	2003 ^R	2050 ^R
Población en edad de trabajar	28.607.266	29.244.683	25.610.959	28.256.816
Población en edad de jubilación	7.143.808	16.394.839	5.185.831	13.005.363
Población activa ^T	19.590.256	20.026.759	17.220.809	18.999.883
Beneficiarios de pensiones contributivas ^B	6.862.654	15.733.361	4.904.677	12.343.885
Población activa/beneficiarios de pensiones contributivas	2,85	1,27	3,51	1,54

R Población revisada: adultos en edad de trabajar, 25-69 años, y mayores en edad de jubilación, más de 70 años.

T Población activa calculada a partir de la tasa de actividad del IV trimestre de 2003: tasa de actividad de 16-64 años y, en el caso de la población revisada, aplicando la tasa de actividad de 25-69 años.

B Beneficiarios de pensiones contributivas: población en edad de jubilación - beneficiarios de pensiones no contributivas de jubilación (para 2050 éstos han sido calculados a partir del incremento esperado y teniendo en cuenta su evolución en el intervalo 1994-2003).

Fuentes: INE, Área de Análisis y Previsiones Demográficas (población a 31 de diciembre calculada a partir del Censo de 2001)

INE, Encuesta de Población Activa (tasa de actividad)

MTAS, Boletín de Estadísticas Laborales (beneficiarios de pensiones no contributivas de jubilación)

deberían trasvasarse para cubrir las necesidades de otro grupo de población, el anciano.

4 Conclusiones

El proceso de envejecimiento de la población comportará un importante reto para las sociedades en el futuro. Sin embargo, en oposición al temor generalizado de que el envejecimiento provocará la desestabilización del Estado de Bienestar, no se puede olvidar que el alargamiento de la vida es un logro de las sociedades desarrolladas y como tal debe plantearse.

Los cambios demográficos que se están produciendo en nuestras sociedades requieren una revisión de los planteamientos vigentes. Las reformas sociales, económicas y políticas que el proceso de envejecimiento exija, no se deben fundamentar en las implicaciones que el aumento del volumen de población mayor de 65 años tendrá en la sociedad, como son el incremento del gasto social en sanidad y de las pensiones de jubilación, entre otras. La perspectiva debe partir de que el envejecimiento de la población conlleva un cambio en la

estructura de edad de la población. Las necesidades que en el pasado eran prioritarias socialmente, como la sanidad y la educación de los niños y jóvenes, en el futuro podrían reducirse debido a que el volumen de población joven descenderá, por lo que los estados podrían hacer frente a las necesidades demandadas por la población anciana.

Entre las reformas que la sociedad española del siglo XXI precisaría ante el importante aumento de la proporción de población de 65 años y más, y con la finalidad de lograr una mejor calidad de vida de su población mayor y favorecer la financiación de las pensiones de jubilación, estaría la de aumentar el número de cotizantes a la Seguridad Social. Tal objetivo se lograría mediante la promoción del *envejecimiento activo* y la regularización del empleo de los inmigrantes en situación de ilegalidad (Díez Nicolás, 2002: 16). Asimismo, la mejora de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de las mujeres, y el cambio en las condiciones de contratación de los jóvenes, posibilitarían el mantenimiento e incluso el aumento del volumen de ocupación, vía incremento de las tasas de actividad, contrarrestando de esta forma el descenso de la población en edad de trabajar.

En lo que se refiere al retraso de la edad de jubilación, esta medida implicaría la reduc-

Consecuencias del envejecimiento de la población

ción del número de población dependiente mayor. De este modo, la relación activos/pensionistas sería más elevada, mitigando por tanto las consecuencias que el proceso de envejecimiento tendrá en el sistema de la Seguridad Social y asegurando unas pensiones de jubilación acordes con el nivel de vida general de la población.

5 Bibliografía

AHN, Namkee, ALONSO MESEGUER, Javier, HERCE SAN MIGUEL, José A. (2003). "Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España". En Documentos de Trabajo de la Fundación BBVA, N° 7. Fundación BBVA. Bilbao

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. (2004). "Aumentar el empleo de los trabajadores de más edad y retrasar su salida del mercado de trabajo". Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. DCOM 2004/146 final, 03-03-2004. Bruselas

DÍEZ NICOLÁS, Juan. (2002). "Implications of population decline for the European Union (2000-2050)". Seré publicado en Marquina, Antonio (ed.), "Environment Challenges in the Mediterranean (2000-2050)". Kluwer Academic Press. London

DÍEZ NICOLÁS, Juan y FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío (coord.). (2001). *Libro blanco sobre la enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Obra Social Caja Madrid. Madrid

DÍEZ NICOLÁS, Juan. (1999). "Envejecimiento y políticas hacia los mayores en la Unión Europea". En MUÑOZ MACHADO, Santiago, GARCÍA DELGADO, José Luis y GONZÁLEZ SEARA, Luis (dir.), *Las estruc-*

turas del Bienestar en Europa. Pp. 779-793. Colección: Estudios de la Fundación ONCE sobre el Bienestar II. Escuela Libre Editorial/Fundación ONCE y Civitas. Madrid

EUROSTAT. Base de datos Newcronos.

IGLESIAS DE USSEL, Julio. (1998). *La familia y el cambio político en España*. Semilla y Surco, Serie de Sociología. Tecnos. Madrid

INE. (2003a). *Encuesta de Población Activa*. Madrid

INE. (2003b). *Indicadores Sociales de España*. Madrid

INE. (2003c). *Los extranjeros Residentes en España, 1998-2002*. Madrid

INE. (2001). *Panel de Hogares de la Unión Europea*. Madrid

INE. (1999). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*. Madrid

INE. (Varios años). *Censo de Población y Vivienda*. Madrid

LIVI BACCI, Massimo. (1998). "Abundancia y escasez: las poblaciones europeas en el cambio de milenio". En *Revista de Occidente*, nº 200. Pp. 43-72. Fundación Ortega y Gasset. Madrid

LIVI BACCI, Massimo. (1993). *Introducción a la demografía*. Ariel Historia. Ariel. Barcelona

MIGUEL, Jesús M. de y DÍEZ NICOLÁS, Juan. (1985). *Políticas de Población*. Espasa Universitaria: Sociología. Espasa-Calpe. Madrid

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2003). *Datos básicos de la salud y los ser-*

vicios sanitarios en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (Varios años). *Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid

OMS. (2000). "Health systems: improving performance". En *The World Health Report 2000*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra

ONU. (2002). *Población, Género y Desarrollo: Informe Conciso*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. Naciones Unidas. Nueva York

POPULATION REFERENCE BUREAU. (Varios años). *World Population. Data Sheet of the Population Reference Bureau (PRB)*

WALLACE, Paul. (2000). *El seísmo demográfico*. Siglo Veintiuno de España editores. Madrid