

MARÍA TERESA BAZO

## Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual<sup>1</sup>

*Consequences of Aging in Current Spanish Society*

### INTRODUCCIÓN

Nunca en la historia de la Humanidad había sucedido que las personas pudieran vivir tantos años como en la actualidad. El descenso de la mortalidad en el pasado siglo XX ha sido el fenómeno demográfico más importante del siglo. El envejecimiento de la población se produce por la conjunción de tres factores demográficos: el descenso de las tasas de mortalidad, sobre todo la mortalidad infantil, lo que conlleva el aumento de la esperanza de vida; el descenso de las tasas de natalidad; y los cambios migratorios. De los tres el que aparece más determinante en el fenómeno del envejecimiento poblacional es el descenso de la natalidad, pues hace que la proporción de personas de edad sobre el conjunto de la población aumente. Pero el envejecimiento de la población es un fenómeno que trasciende el ámbito demográfico, especialmente en el mundo económicamente desarrollado, ya que tanto el descenso de la mortalidad como el de la natalidad son consecuencia de una serie de cambios económicos, sociales y culturales. Podría concluirse que sólo al extenderse los beneficios de los logros económicos a la inmensa mayoría de la población, ha podido ser posible el surgimiento del fenómeno - inédito hasta recientemente—del envejecimiento poblacional. Significa, entre otras cosas, que es resultado del éxito de la Humanidad por conseguir -sino el elixir de la eterna juventud—sí la prolongación de la vida, que para una buena proporción de las personas puede ser en un buen estado relativo de salud, y en unas condiciones económicas dignas, siempre que la sociedad se implique en lograr la calidad de vida para toda la población, a lo largo de todo el ciclo vital. De ahí la importancia de las legislaciones en materia laboral, de salud, económicas, de bienestar social, y del máximo interés por el mantenimiento de los derechos

---

<sup>1</sup> Artículo publicado originalmente en *Panorama Social* en 2005 y reproducido con permiso de la Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS).

ciudadanos de todas las personas a lo largo de sus vidas. También, la importancia de la responsabilidad individual en cuanto a las conductas que conllevan estilos de vida beneficiosos para la salud, provisión económica para el futuro, mantenimiento del capital social que significan las relaciones familiares y sociales, entre otras cuestiones.

A pesar de la visibilidad social cada vez mayor de las personas ancianas en el mundo, y especialmente en las sociedades más ricas que son las más envejecidas, sin embargo la vejez todavía es temida y odiada, y suele producirse una invisibilidad manifiesta en los medios de comunicación, que dan la impresión de que en el mundo sólo existen personas jóvenes (y guapas, y sanas, y ricas, debería añadirse). En las sociedades contemporáneas donde predomina un tipo de cultura que idolatra los valores que se asocian a la juventud, las personas ancianas gozan de menor prestigio. Existen numerosos prejuicios contra la ancianidad y las personas ancianas, prejuicio que puede denominarse "edadismo" al traducirlo del inglés *ageism*. Hace referencia a la prevención contra las personas ancianas que suelen ser vistas negativamente. Ciertos estereotipos asocian las personas ancianas con la falta de capacidades intelectuales, o consideran que son anticuadas. Sin embargo, existen muchas formas de vivir la vejez, que es la última etapa del ciclo vital, según hayan sido los estilos de vida seguidos en etapas anteriores.

El concepto de estilo de vida lleva a considerar a las personas ancianas como un grupo heterogéneo. En su conjunto la situación de la ancianidad puede verse siguiendo el esquema de Max Weber del análisis de las tres esferas de influencia: clase, estatus, y poder. En general, la clase se refiere a la situación económica de las personas en su comunidad. Puede también considerarse el control por parte de las personas de los recursos valiosos. Por ejemplo, en ciertas sociedades si el conocimiento de las personas acerca de ciertos bienes, y rituales tradicionales, es valorado socialmente, tales conocimientos pueden conllevar el acceso a la propiedad de riquezas. El conocimiento será en este caso un bien altamente valorado.

Suele definirse el estatus como la posición que se ocupa en un grupo, y que conlleva derechos y deberes. Puede ser adscrito (por nacimiento), o adquirido. El estatus de anciano/a resulta permanente: tal posición sólo se abandona con la muerte. La categorización por edad tiene sus limitaciones, ya que en lugar de sugerir personas, sugiere caricaturas y estereotipos. De este modo, las personas son etiquetadas por sus percepciones. Otro significado de estatus se refiere a la posición que se ocupa en una jerarquía en la que la posición confiere más o menos valor, honor, o prestigio según se ocupe una u otra posición. En según que tipos de sociedades ser anciano/a supone ocupar una posición más o menos valiosa. Ambos conceptos se encuentran interrelacionados. Una diferencia significativa entre

el paso a la vejez y el paso a la adolescencia o edad adulta, es que se pierden los roles autorrealizadores de los estatus anteriores, y los que corresponden al nuevo estatus conllevan poco prestigio.

Se ha sucedido una serie de cambios en la estructura y organización sociales que alteran el poder y estatus de los ancianos/as. Históricamente se observan cambios que han conducido a transformar el control de los recursos por las personas de edad, así como su prestigio. En las sociedades agrícolas con el surgimiento de las creencias y rituales religiosos, los ancianos obtuvieron una influencia mayor que la obtenida en las sociedades anteriores. Por el contrario, la industrialización con los correlatos de la exigencia de una productividad alta, la jubilación, y la movilidad geográfica, conlleva una relación más problemática con la fuerza de trabajo, y con los parientes próximos. La jubilación empuja a las personas a ejercer roles como el de jubilado/a, que conllevan un estatus insuficiente, y para cuyo desempeño no se sienten preparadas en muchos casos. La jubilación lleva consigo una reducción de los ingresos, lo que facilita el descenso del estatus y prestigio social. Suele considerarse que un modo de corregir esa situación es ejerciendo un poder político, una influencia en la esfera política como grupo que es el de las personas ancianas progresivamente más numeroso, y compuesto por personas más preparadas. Los valores, así como la situación económica y demográfica futuros, condicionarán el control de los ancianos/as sobre los recursos, así como el estatus y el poder que ostenten.

Antes de proseguir, no quisiera dejar de lado -dado el etnocentrismo que suele caracterizar los análisis que realizamos en los países más desarrollados económicamente- que el envejecimiento también se está produciendo en países con un desarrollo mucho menor e incluso con niveles de pobreza altos. El fenómeno de la migración -así como ejerce una influencia positiva en el saldo de la Seguridad Social- no tiene apenas relevancia en el "rejuvenecimiento" de nuestras sociedades. Para que así fuera tendría que aumentar de forma notable -dependiendo de cada país- el volumen de mujeres inmigrantes, y seguir manteniendo unas tasas de natalidad altas, pero esas cifras no se dan, y los inmigrantes tienden a adoptar las pautas de natalidad del país de acogida. Sin embargo, la emigración sí influye considerablemente en el envejecimiento y sus consecuencias en los países con bajo desarrollo económico. Las personas jóvenes, emigran de las zonas rurales a los centros urbanos y al extranjero, dejando a las personas ancianas y las de mediana edad que envejecerán, sin el abrigo de la familia joven ante la vejez, y sin apoyos formales por parte de la Administración, pues no existen. Muchos países en África, Asia, e Hispanoamérica, no disponen de sistemas de pensiones, ni de servicios sociales de ningún tipo, ni siquiera de un sistema universal de salud, o quizá disponen de algo parecido a esto úl-

timo, pero deben pagar sus medicinas a precios que muchas veces no se controlan por el Estado y que pueden variar de una farmacia a otra. En esos países el envejecimiento se ha producido porque la mortalidad infantil ha descendido no de forma paulatina como en los países desarrollados y como consecuencia de una serie de cambios en las condiciones económicas de las clases trabajadoras, en la mejora de las condiciones higiénicas, y más tarde por la implantación de un sistema nacional de salud, además de la existencia de antibióticos, y vacunas. En los países pobres el sistema de vacunación está evitando que mueran los niños y niñas de las enfermedades infectocontagiosas que era siempre lo habitual, eso hace que la población viva más años al no morir en la infancia, pero al no variar apenas o muy poco el resto de condiciones de vida conlleva que los niños y jóvenes puedan crecer desnutridos, que permanezcan en el analfabetismo, y ser explotados de diversas formas. Así pues, el envejecimiento en los países menos desarrollados conlleva la necesidad de aumentar los recursos para la infancia -cuyas proporciones son muy amplias—y tratar de atender a las personas ancianas cuyo número aumenta progresivamente.

#### ASPECTOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

En las sociedades del consumo y del bienestar más que hablar de problemas debemos hablar de desafíos, y nuestros retos son otros. En la *tabla 1* aparece la esperanza de vida al nacer y a los 60 años de varones y mujeres en la Europa de los quince países<sup>2</sup>. Como puede observarse las mujeres españolas tienen al nacer la mayor esperanza de vida de todas las demás europeas de la Unión, seguidas por las francesas. Es un hecho de gran relevancia, teniendo en cuenta que el desarrollo económico en España, así como el incremento de los niveles educativos de las mujeres (y de los varones) y la implantación y extensión de un sistema nacional de salud, todo ello ha sucedido de forma más tardía en relación a la mayor parte de los otros países. Sin embargo, si analizamos la esperanza de vida a los 60 años entre francesas y españolas estas quedan siete décimas por debajo de aquellas, aunque unas y otras por encima de sus coetáneas de todos los demás países.

---

<sup>2</sup> Tomado de <http://www.imsersomayores.csic.es/index.html>.

**Tabla 1.** Esperanza de vida a diferentes edades en la Europa de los 15.

País	Al nacer (1)			A los 60 años (2)		
	Varones	Mujeres	Diferencia	Varones	Mujeres	Diferencia
UE-15	74,9	81,2	6,3	19,4	23,8	4,4
Alemania	74,7	80,7	6,0	19,0	23,3	4,3
Austria	75,1	81,0	5,9	19,3	23,6	4,3
Bélgica	74,4	80,8	6,4	19,0	23,6	4,6
Dinamarca	74,2	79,0	4,8	18,4	21,9	3,5
<b>España</b>	<b>75,3</b>	<b>82,5</b>	<b>7,2</b>	<b>19,8</b>	<b>24,5</b>	<b>4,7</b>
Finlandia	73,8	81,0	7,2	18,6	23,4	4,8
Francia	74,9	82,4	7,5	20,0	25,2	5,2
Grecia	75,5	80,6	5,1	20,2	23,1	2,9
Irlanda	73,9	79,1	5,2	17,9	21,8	3,9
Italia	75,6	82,3	6,7	19,9	24,2	4,3
Luxemburgo	74,7	81,2	6,5	18,7	23,4	4,7
Países Bajos	75,3	80,5	5,1	18,9	23,4	4,5
Portugal	72,0	79,1	7,1	18,0	22,2	4,2
Reino Unido	75,0	79,8	4,8	18,9	22,6	3,7
Suecia	77,1	81,9	4,8	20,2	24,2	4,0

(1) Datos de 1999.

(2) Datos de 1998.

Esperanza de vida a los 60 años: Italia 1997.

Fuente: Eurostat (2001).

Según Naciones Unidas en 2050 España será el país más viejo del mundo con una media de edad de 55 años. Le seguirán muy de cerca otros países europeos, como Italia, Eslovenia y Austria (54 años de media). Se estima que en ese año tanto en España como en Italia habrá cuatro personas mayores de 60 años por cada niño/a. Asimismo, habrá 10 países en los que más del 10% de la población tendrá más de 80 años. En la actualidad el país más viejo es Japón con 41 años de media, siendo la edad media mundial de 26 años. Debe tenerse en cuenta que no se trata sólo de vivir más años, sino de cómo se viven. Ir envejeciendo significa ir acumulando circunstancias que inciden en la aparición de enfermedades crónicas, y por tanto de dificultades para realizar ciertas actividades e incluso volverse las personas dependientes de otras para la realización de ciertas o todas las actividades necesarias en su vida. En la actualidad un desafío que se presenta a nuestras sociedades es como hacer frente al volumen de cuidados que se necesitarán en un inmediato y más lejano futuro. Incluso aunque las tasas de discapacidad y de en-

fermedades crónicas se mantuviesen o incluso disminuyesen, el volumen previsto de personas muy ancianas conlleva un incremento de la necesidad de cuidados. En el caso de España y según el Libro Blanco de la Dependencia (que puede consultarse por Internet<sup>3</sup>) las proyecciones sobre población apuntan a que las personas de 65 y más años pasarán de representar en 1991 el 14% del total de la población española a casi el 22% en 2026. Pero las personas de 80 y más años pasarán de representar en ese mismo periodo del 3% a casi el 7%. La proporción de estas últimas con relación a todo el grupo de 65 y más años pasará de ser casi el 22% al 31%. Es decir, que en unos veinte años de todas las personas de cualquier edad algo más de una quinta parte tendrá 65 o más años, y la tercera parte de estas últimas tendrá 80 o más años.

Una característica esencial de la ancianidad en todos los países desarrollados sobre todo, es la feminización. En España por cada 100 mujeres de 65 y más años hay 70 varones del mismo grupo de edad. Esa razón descende a 45 varones por cien mujeres entre las personas de 85 y más años. Entre las personas más ancianas, de cuatro, tres son mujeres y un varón. Eso tiene otras consecuencias, y es que las mujeres ancianas son más pobres que los varones, viven más a solas que ellos, y padecen más discapacidad. Ocurre que las enfermedades de los varones les conducen a morir más temprano que a las mujeres, pero las de las mujeres les llevan a vivir más años en discapacidad (Herzog, Holden, y Seltzer 1989). Al analizar la vejez resulta fundamental integrar el análisis del género.

Las personas tienden a envejecer viviendo en la comunidad. Los porcentajes de institucionalización en España son muy bajos, pero en general no suelen ser superiores al 5%. Como puede observarse en la *tabla 2* las personas mayores que permanecen en la comunidad viven en su propio hogar de forma mayoritaria. Las mujeres viven más que los varones en casas de otros que en la propia. Otro rasgo es que se vive más en compañía que a solas, y son las mujeres las que viven más a solas que los varones. Además, varones y mujeres aumentan algo sus porcentajes de vida a solas cuando tienen 80 y más años. Cuando las personas viven acompañadas es sobre todo de pareja e hijos, aunque el 43% de todos los varones y el 29% de todas las mujeres viven sólo con la pareja. Los porcentajes descienden obviamente entre las personas más ancianas, pero los varones octogenarios o más ancianos viven a solas con la pareja en el 34% de los casos y las mujeres en el 9%.

---

<sup>3</sup> <http://www.imsersomayores.csic.es/>.

**Tabla 2.** Formas de convivencia de las personas de 65 y más años en España, por género.

Modo de convivencia	Varones		Mujeres	
	Total	80 y más	Total	80 y más
1- En su propia casa	88%	63%	75%	44%
1.2- A solas	7	10	18	19
1.3- Sólo con la pareja o también con hijos/as	76	45	46	13
1.4- Sólo con la pareja	43	34	29	9
2- En su propia casa, sin pareja, con hijos/as u otros familiares	5	7	11	13
3- En otra casa con hijos u otros familiares	12	37	25	55
Total (n)	2.662	392	3.253	704

Fuente: IMSERSO <<http://www.imsersomayores.csic.es>> y elaboración propia

Un aspecto fundamental de cara a las políticas públicas, es la tendencia cada vez mayor de las personas mayores a vivir a solas. Según el censo de 2001, la proporción total de personas de 65 y más años que viven a solas en España del total de las mismas alcanza el 20%, casi cuatro puntos más que en el de 1991. A pesar de ser una tendencia al alza que se observa en nuestro país, sin embargo de la información estadística disponible, tenemos las proporciones más bajas de personas que viven a solas dentro de la Unión Europea, siendo sobre todo en los países nórdicos donde los porcentajes duplican el de España. Desde hace varias décadas y siguiendo una pauta similar internacional (Bazo 1990) la proporción de mujeres que viven a solas del total de personas ancianas, es de tres cuartas partes.

El número de varones mayores que vive a solas según el censo de 2001 es de cerca de 316.000 y el de mujeres de algo más de un millón. Teniendo en cuenta dos subgrupos de edad, las personas de 65 a 74 años y las de 75 y más, ocurre que entre los varones las proporciones son similares en ambos grupos (51% y 49% respectivamente). Sin embargo entre las mujeres en el subgrupo más joven la proporción es del 40% en relación al 60% entre las de más edad. Así pues entre las mujeres que viven a solas la proporción mayor corresponde a las más ancianas, probablemente porque aparte de la viudedad, los hijos/as se han ido independizando. Estos aspectos son importantes de cara a las políticas sociales, la mayor soledad residencial de las mujeres y el aumento de la proporción entre las que potencialmente se encuentran más en riesgo de dependencia.

En la *tabla 3* también se observa que entre las personas que viven a solas, tanto entre los varones como entre las mujeres, las proporciones más altas corresponden a las personas viudas, aunque entre las mujeres esas constituyan la inmensa mayoría, y entre los varones algo más de la mitad, ya que los varones solteros representan casi una tercera parte de todos los varones que viven a solas. La viudez pues constituye la causa principal de la situación residencial de las personas que viven a solas, y la segunda entre los varones sobre todo la soltería. Por subgrupos de edad, viven más a solas las personas solteras más jóvenes que las más ancianas. Sin embargo, entre las más ancianas por abrumadora mayoría son sobre todo viudas. Tanto para varones como para mujeres en las personas solteras, alcanzar una edad más alta puede llevarles a solicitar una residencia bien por necesidad real bien por temor a encontrarse solas si les ocurre algo. Sin embargo, entre las personas viudas, el hecho de tener algún hijo o hija quizá viviendo al menos relativamente cerca, y el hecho de ser mujeres en su mayoría, que han adquirido más habilidades para llevar una casa, hace que se mantengan a edades ya elevadas viviendo a solas. Ese 83% que viene a suponer casi 650.000 personas de 75 y más años que viven solas, puede verse como un indicador de independencia, o de cierto nivel de dependencia con asistencia. Es importante pues desde los servicios y la familia poder contribuir al mantenimiento de las personas que pueden permanecer en su hogar si así lo desean aún en riesgo de dependencia, recibiendo los apoyos que sean necesarios.

**Tabla 3.** Personas mayores viviendo a solas en España según género y edad por estado civil.

Estado civil	Género		Edad	
	Varones	Mujeres	65-74 años	75 y más
Solteros/as	29%	15%	25%	13%
Casados/as	9	2	4	2
Viudos/as	55	81	64	83
Divorciados/as	8	2	6	1
Total	315.466	1.043.471	576.228	782.709
(%)	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración a partir del censo de población de 2001

El hecho de que una persona viva a solas no implica necesariamente sentirse sola, experimentar soledad, aunque quienes viven a solas tienen también a sentirse más solas que quienes viven en compañía (Bazo



1990). Además, la soledad no es sólo patrimonio de las personas ancianas, que suelen sentirse menos solas que lo que habitualmente tiende a pensarse, sino que también otros grupos de edad la experimentan en diferentes grados de intensidad. En el estudio nº 2.442 del CIS realizado en enero de 2002, aparecían diversas proporciones de personas entre 18 y más años que experimentaban soledad como aparece en la *tabla 4*. Como puede observarse, en el total de la población española adulta, y en todos los grupos de edad, las personas que dicen sentirse solas con frecuencia son una pequeña proporción, aunque es algo más alta entre las personas más ancianas con el 12%, mientras que en el extremo opuesto al menos el 30% de las más ancianas y el 31% de las más jóvenes, hasta el 41% de las de 45 a 54 años, manifiestan no experimentar nunca soledad. Si se suman las respuestas de dos en dos por proximidad de frecuencia, se observa que las personas manifiestan que nunca o raras veces experimentan soledad, de forma más amplia que quienes afirman que la sienten con frecuencia o algunas veces. Existen unas diferencias mínimas entre subgrupos, y las personas de 65 y más años se sienten ligeramente más solas que las otras. Es decir, que la soledad en diversos grados puede ser experimentada en cualquier edad, y que tiende a aumentar en la ancianidad pero que mayoritariamente las personas no tienden a experimentar soledad al menos en su grado más alto. Tampoco las personas ancianas.

**Tabla 4.** Frecuencia de sentimientos de soledad en España por grupos de edad.

Frecuencia	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-...	Total
Con frecuencia	2	4	5	5	8	12	6
Algunas veces	31	27	27	22	26	27	27
Raras veces	36	37	33	32	30	30	33
Nunca	31	32	36	41	36	30	34
No contesta	--	--	--	--	--	1	--
Total	100	100	100	100	100	100	100
(N)	326	512	499	375	308	522	2.493

Fuente: CIS, Estudio 2.442, enero 2002 y elaboración propia

#### CUIDADOS DE SALUD

Dada la importancia de vivir pero en las mejores condiciones posibles, y en cuanto a las consecuencias en la puesta en marcha de políticas públicas adecuadas, se distingue cada vez más la esperanza de vida en salud de la esperanza de vida en general, teniéndose en cuenta en ese indicador la combinación entre mortalidad y morbilidad y factores de calidad de vida (Puga 2001: 14-19). Se ha observado que la esperanza

de vida en salud no se ha incrementado al mismo ritmo que la duración total de la vida. En el caso de España su puesto en la lista de países con mayor esperanza de vida en salud desciende hasta el quinto lugar, por debajo de Japón, Australia, Francia y Suecia. La esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años se reduce en relación a la esperanza de vida, y las mujeres de esa edad pueden esperar vivir algo más de quince años libres de alguna discapacidad grave y unos nueve libres de discapacidad. Los varones que viven de promedio menos años que las mujeres pueden esperar por otra parte vivir libres de discapacidad un mayor número de los mismos que las mujeres. En las mujeres sobre todo, todavía no puede decirse que vivir más años les haya supuesto vivir mejor, especialmente en la gran ancianidad. De ahí la importancia de la prevención desde el punto de vista social e individual.

En realidad nadie sabe que ocurrirá en el futuro respecto a las posibles variaciones de los modelos de morbilidad y por tanto de los modelos de salud/enfermedad en la vejez. Las tres teorías que especulan al respecto, señalan tres modelos distintos según sus autores, como expone Garber (1989: 257-259). Como las mejoras en la morbilidad han acompañado a las mejoras en la esperanza de vida, se espera que el promedio en morbilidad de las personas ancianas decaiga y que la discapacidad se produzca poco antes de la muerte (Fries y Fuchs). La segunda concepción es que las personas que antes morían ahora sobreviven enfermas y discapacitadas por lo que la dependencia puede aumentar con el tiempo (Verbrugge). La tercera perspectiva (Poterba y Summers) apunta a un mantenimiento de la situación actual debido a que el incremento de la vulnerabilidad en los ancianos será compensado con las mejoras en la morbilidad debido a la medicina y otros avances. En la siguiente tabla<sup>4</sup> se muestran las cifras en España según datos de 1999, de personas que experimentan alguna discapacidad que les conduce a necesitar de otras personas por su alto grado de dependencia. El número de personas de 6 a 64 años con alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria, es ligeramente inferior al número de personas de 65 a 79 años, y el número de personas de 80 y más años supone el 70% de las 65 a 79. Lo que indica la necesidad mayor de cuidados no simplemente "en la vejez" sino en la gran ancianidad. Siendo además, que el grupo de 80 y más años es el que crece a mayor ritmo de todos los grupos de edad. La discapacidad de las personas ancianas supervivientes del futuro depende de las condiciones específicas que mejoran por el cuidado médico. Si existe una prevención y tratamientos efectivos para los problemas de salud de los futuros ancianos, pueden estar menos discapacitados que los actuales.

---

<sup>4</sup> *Libro Blanco de la Dependencia*. <http://www.imsersomayores.csic.es/>.

Tabla 5. Edad y discapacidad por grado de severidad en España (1999).

	6 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años	Total mayores de 6 años
<i>Discapacidad moderada</i>	287.610	279.230	126.977	693.817
<i>Discapacidad severa</i>	258.241	307.792	165.672	731.705
<i>Discapacidad total</i>	261.547	257.455	296.489	815.491
<i>No consta</i>	13.127	17.942	13.257	44.326
<b>Total</b>	<b>820.525</b>	<b>862.420</b>	<b>602.395</b>	<b>2.285.340</b>

NOTA:

Las actividades de la vida diaria consideradas son: realizar cambios de las posiciones del cuerpo; levantarse, 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.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2002).

Por género existen diferencias en salud. Las mujeres viven más en nuestras sociedades, pero tienden a estar más discapacitadas que los varones. Según el Libro Blanco de la Dependencia (tabla 8, pg. 45 del cap. 1 de la versión de internet) los varones de 75 a 79 años entre todos los varones de 6 años en adelante que presentan alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria en todos los grados de severidad, suponen el 125 por mil. Entre las mujeres la proporción asciende a 189 por mil. Pero entre todos los varones discapacitados, la proporción de los de 95 a 99 años asciende a 548 por mil, y entre las mujeres a 706 por mil. La perspectiva de género es imprescindible al analizar el envejecimiento, porque la feminización del mismo es una de sus características principales. Sin embargo, en el pensamiento gerontológico en general y sociológico en particular, todavía no se han integrado suficientemente el análisis del envejecimiento y el género (Ginn y Arber 1995). No obstante en la investigación, se observa una tendencia a crear conceptos nuevos tanto de la edad como del género, y no meramente a añadirlos como simples variables. Edad y género se consideran aspectos fundamentales en la organización social. En la actualidad, podría afirmarse que los recursos materiales, de salud, y de cuidados de las personas ancianas se estructuran según el género y la edad aunque también según la clase social y el grupo étnico. Del mismo modo, la desigualdad por género en la vejez tiene que ver con la desigualdad en el mercado laboral debido a la tradicional división del trabajo según los roles masculino y femenino. De nuevo, vuelve a ponerse de manifiesto la necesidad de políticas preventivas a lo largo de todo el ciclo vital en los diversos ámbitos.

Un aspecto importante de cara al presente y al inmediato futuro es los cambios que se están produciendo en los modelos tradicionales de cuidados, que se basan en el cuidado informal que es realizado sobre todo por la familia y menos por los amigos y vecinos o asociaciones altruistas. A pesar de los cambios producidos se considera que todavía las familias siguen manteniendo unos valores y normas que apoyan el cuidado por parte de los familiares a las personas ancianas, aunque contando con el Estado. Las familias pueden elegir distintas estrategias para hacer frente a las situaciones con que se encuentran, basadas en los valores y preferencias familiares, así como en los recursos de que dispongan (Bazo y Domínguez-Alcón, 1996). Por su parte, las sociedades pueden adoptar políticas de bienestar diversas para hacer frente a las necesidades de cuidado de las personas ancianas y sus familias. Estado y familia, su participación en el cuidado puede ser percibida de forma distinta en cada país, y de forma distinta según de qué actividades de apoyo se traten, y cada sociedad puede tener sus expectativas respecto al equilibrio entre ambas instituciones, según las estructuras de apoyo, tradiciones, y valores culturales. El envejecimiento de la población, el aumento de la longevidad y los cambios en las sociedades contemporáneas que llevan a un incremento del individualismo, puede añadir presiones y tensiones a la cuestión del equilibrio preferido entre familia y Estado. La tendencia en las últimas décadas es a presionar cada vez más a las familias en detrimento de la responsabilidad de los gobiernos. Resulta pues interesante en la presente coyuntura conocer como se desarrolla la solidaridad intergeneracional, y en concreto, bajo que condiciones dicha solidaridad puede ser fortalecida o debilitada.

La investigación realizada sobre el cuidado familiar de las personas ancianas frágiles, ha obviado durante tiempo el estudio de las expectativas y preferencias de las propias personas ancianas. La familia es una fuente importante de ayuda y apoyo para las personas ancianas pero las expectativas de padres e hijos pueden no coincidir. En Europa se observa una falta de datos sobre preferencias para el cuidado. Se considera que mientras en los países del sur de Europa las personas ancianas parecen preferir el cuidado familiar, en el norte es más probable que se prefieran los servicios formales (OECD 1992). En el caso de Noruega se ha encontrado que las preferencias por el cuidado varían según el tipo y cantidad de cuidado requerido (Daatland 1990). Cuando se precisan cuidados de larga duración la mayoría prefiere en primer lugar ser atendido/a por los servicios públicos. Sin embargo, se encontró un pequeño grupo que prefería los hijos. Se concluye que las personas mayores han invertido más en las relaciones paterno-filiales y están más preocupadas por eso, prefiriendo permanecer lo más independientes como sea posible, de ese modo tratan pues de imponer a sus hijos las menores responsabilidades.

La investigación en preferencias por el cuidado ha tratado a menudo de determinar las actitudes de las personas ancianas hacia el cuidado institucional, como opuesto al cuidado en casa, y ha encontrado sobre todo visiones negativas sobre el mismo (Finch 1989, Walker y Warren 1993). Diversas investigaciones han mostrado que las personas mayores en general desean vivir con sus familias, pero en lo que se entiende una "intimidad a distancia" (Jamieson 1990, Finch 1989, Bazo 1990). Ocurre que cuando los servicios son ampliamente accesibles tienden a verse como un derecho (Daatland 1990). Por el contrario, cuando existe una carencia de los mismos, tienden a verse como algo graciable y pueden conllevar un estigma para las personas que los reciben (Bazo 1993). Lo que las personas ancianas quieren y esperan en el futuro en términos de cuidado familiar puede ser muy diferente de lo que esperan en la actualidad e incluso donde las tradiciones familiares son fuertes, como en el caso de España, las expectativas pueden continuar cambiando. El surgimiento de los valores feministas y otros cambios culturales, como la ideología individualista, además de los económicos y sociales que están variando la posición de las mujeres en las sociedades contemporáneas, puede conllevar que éstas conforme envejecen puedan alejarse más de los modelos tradicionales y ser más exigentes en las demandas de elección de alternativas de cuidado.

#### LAS PERSONAS MAYORES COMO CAPITAL SOCIAL

En la actualidad hablar de vejez es hablar de potencialidad. También de cambio y de continuidad dentro de los procesos de cambio que llevan a cabo las personas para adaptarse a los cambios propios biológicos, psicológicos, sociales, y al entorno también cambiante. Envejecer bien es un concepto que comienza a adquirir gran importancia una vez que se han erradicado los estereotipos negativos con que se abordaron los primeros estudios gerontológicos, y que un nuevo optimismo se extiende en ese campo que hace percibir a las personas ancianas portadoras de un potencial y capacidades no suficientemente aprovechados. Se entiende igualmente que es posible modificar ciertos aspectos negativos que todavía concurren en la vejez. La vejez, como otras etapas de la vida, es además de una cuestión biológica y psicológica, una construcción social. Cuando se habla de envejecer con éxito se tienen pues en cuenta cuestiones que puede ser posible realizar o conseguir. Lo que ocurre es que la vejez, y su análisis, no tienen necesariamente que ser abordados como las otras etapas de la vida, sino que tiene sus especificidades. Por otro lado, cada vez más se extiende la idea del surgimiento de una nueva vejez (Bazo 1992). En la actualidad se entiende que los criterios para analizar el envejecimiento positivo deben ser múltiples y se señalan los siguientes: una vida larga, salud física, salud

mental, eficacia cognitiva, competencia social y productividad, control personal, y satisfacción vital (P. Baltes y M. Baltes 1993:5).

Se entiende modernamente que en la vejez existe también un potencial en capacidades y habilidades que las personas pueden desarrollar mediante nuevos aprendizajes y ejercicio (Lehr 1991b). En gerontología se reconoce la plasticidad en el comportamiento de las personas ancianas que les lleva a poder compensar con habilidades nuevas ciertas pérdidas en algunas funciones. Es importante por tanto estimular la independencia de los ancianos/as dado que las condiciones favorables del entorno y la salud les permiten mantener su potencial para funcionar adecuadamente en su vida personal y social. Todo ello no significa que no existan unos límites a la capacidad de adaptación de las personas, como puede ser al comparar a las personas mayores con otras más jóvenes, en lo relativo a las habilidades relacionadas con el tiempo para reaccionar, o de la memoria, así como en el vigor físico. Tales pérdidas no tienen en general por que afectar a las personas ancianas en su vida diaria, toda vez que la mayor parte de ellas están libres de obligaciones familiares y sociales que implican cumplir horarios u otros deberes. Por otro lado, la tecnología y ciertos aspectos prácticos aprendidos, pueden servir de contrapeso, de modo que los aspectos prácticos cognitivos pueden compensar las diferencias en los mecanismos cognitivos, debido a que el conocimiento enriquece y conforma la mente. Las personas después de aprender ciertas técnicas nemotécnicas y ejercitarse en ellas, experimentan mejoras en la memoria.

Algunos gerontólogos consideran que el uso de estrategias de selección, optimización, y compensación, ayuda a las personas a construir su propia vejez con éxito (Baltes y Baltes 1993: 27). La idea de selección se refiere al establecimiento de unas prioridades en función del conocimiento, actividades, y motivaciones anteriores. Optimización tiene que ver con las costumbres de las personas para fortalecer su capacidad para comprometerse en las actividades seleccionadas. Compensación se refiere al uso de mecanismos psicológicos y técnicos que compensen las pérdidas. Se entiende desde esa perspectiva que si bien es cierto que el envejecimiento limita las posibilidades de las personas, también lo es que la tarea de las personas a la hora de buscar la adaptación a los cambios es seleccionar y concentrarse en esas áreas que son de prioridad máxima, y que implican la convergencia de demandas del entorno y motivaciones individuales, habilidades, y capacidad biológica. Tales condiciones conducirán, mediante la mejora del envejecimiento, a completar la evolución cultural. Tendrán pues un impacto social positivo. Desde la Sociología el envejecimiento satisfactorio puede ser entendido como un concepto que va más allá de la caracterización de la persona como un ente psicológico o biológico únicamente, o que pone el énfasis en la colectividad social. Comprende una visión que implica una relación transaccional entre la persona que cambia,

en una sociedad en cambio constante a su vez. No se trata pues de definir una característica personal. Se refiere a la idea del ser humano como unidad biológica y psicológica dentro de un entorno determinado.

La mayoría de las personas ancianas han aprendido a ajustarse con mayor o menor éxito a los cambios que han ido experimentando a lo largo de sus vidas. Además, en la vejez las personas tienden a seguir con las actividades y formas de comportamiento –estilos de vida—que habían desarrollado en etapas anteriores. Las estrategias que Baltes y Baltes explican que utilizan las personas para conseguir un envejecimiento satisfactorio: selección, optimización, y compensación, son aplicables a la hora de explicar la continuidad externa en las actividades en la vejez. Así, las personas mayores seleccionan las actividades prioritarias teniendo en cuenta las constricciones físicas y ambientales, optimizando los resultados mediante la concentración de todos los recursos en la realización de unas actividades mientras se abandona otras, utilizando para eso los instrumentos de compensación necesarios. Pueden ser diversos: desde el uso de técnicas nemotécnicas para mejorar la memoria, hasta cualquier tipo de prótesis, o útil que facilite la competencia funcional. De esta manera las personas con la edad, sobre todo la más avanzada, o con menor salud funcional, tienden a restringir sus actividades siguiendo los procesos de selección, y modelos de adaptación, que han ido desarrollando a lo largo de sus vidas conforme se adaptaban a los diversos cambios, y que les han sido útiles desde su experiencia.

Las personas ancianas muestran interés en seguir siendo útiles y gustan de sentirse responsables de sus vidas (Barenys 1996, Bazo 1996). Tiende a pensarse que las personas mayores sólo son receptoras (de cuidados, apoyo material y económico), sin embargo también realizan aportaciones diversas. Tienden a seguir prestando apoyo y ayuda a sus familiares sobre todo, y también realizan actividades sociales de carácter altruista dentro de asociaciones de voluntariado (Bazo 2001). En diversas investigaciones se ha puesto de manifiesto los intercambios que tienen lugar entre las generaciones, y también como a pesar de los cambios que la modernización ha traído consigo en las relaciones familiares, los hijos no abandonan a sus padres. Se trata de la solidaridad intergeneracional (Silverstein et al. 1998, Bazo 2002). A pesar de las transformaciones experimentadas en las sociedades contemporáneas, todavía la solidaridad familiar y las normas que rigen los comportamientos parecen ser fuertes y ser sostenidas de forma mayoritaria en las sociedades contemporáneas, tanto entre las personas mayores como entre las jóvenes (Bengtson y Roberts 1991; Walker 1993).

Cuando se analiza a las personas mayores se observa el potencial –cada vez mayor—de las nuevas personas jubiladas (Bazo 2001). Es mayor no sólo por razones demográficas, sino también porque cada vez están

pasando a la jubilación siendo más jóvenes y poseen mayores conocimientos y habilidades que sus predecesoras. Eso puede hacer que cada vez deseen más realizar diversas actividades, encontrar un lugar para sí mismas, definiciones nuevas, e identidades satisfactorias. En un mundo que envejece rápidamente suele plantearse si la creatividad y otros aspectos que llevan a la innovación y el desarrollo experimentarán una disminución, e incluso desde el punto de vista económico como puede influir en la demanda. Lo cierto es que las personas de edad se están convirtiendo en un sector cada vez más codiciado en el mercado de bienes y servicios -como los turísticos entre tantos otros—y que la creatividad tiene más que ver con la educación, aprendizajes, y estilos de vida que con la edad, como han demostrado tantos y diversos creadores y artistas que han producido sus mejores obras no sólo en la madurez, sino claramente en la vejez. La educación, la prevención en salud, las políticas en general que promuevan la igualdad entre géneros, las normativas laborales, el mantenimiento de un sistema de salud y de servicios sociales a la altura de lo que es esperable y exigible en las sociedades prósperas, todo ello es fundamental para lograr el objetivo de vivir mejor la gran mayoría, ahora que se vive más años. Lo mismo que se ha conseguido con las mejoras económicas y sociales vivir más y en mejores condiciones de salud y económicas que como vivían las personas en el pasado, queda otra meta por lograr: que las personas de las diversas generaciones vayan transitando en su ciclo vital en las mejores condiciones posibles de salud, económicas y sociales en general, para desembocar en la vejez y morir sin que la inmensa mayoría tenga que experimentar la decrepitud, y que la discapacidad quede reducida notablemente. Todo ello ahorrará costes -la gran preocupación de los gobiernos en la actualidad—pero sobre todo ahorrará sufrimiento y generará bienestar a toda la sociedad. Es responsabilidad de las instituciones y de las personas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Baltes, P.; M. Baltes, eds. (1993) *Successful Aging*. Cambridge: University.
- Barenys, M. P. (1996) *Los ancianos como actores sociales*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 225-238.
- Bazo, M. T. (1992) *La ancianidad del futuro*. Barcelona: SG Editores. Primer Premio de Investigación en Gerontología, Fundación Caja de Madrid.
- Bazo, M. T. (1993) *Mujer, ancianidad, y sociedad*. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28, NM 1, pp. 17-22.
- Bazo, M. T. (1996) *Aportaciones de las personas mayores a la sociedad: Análisis sociológico*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 209-222.
- Bazo, M. T. (2001) *La institución de la jubilación: De la sociedad industrial a la postmodernidad*. Colección Edad y Sociedad. Valencia: Nau Llibres.



- Bazo, M. T. (2002) *Intercambios familiares entre las generaciones y ambivalencia: Una perspectiva internacional comparada*. *Revista Española de Sociología*, 2: 117-127.
- Bazo M. T. y C. Domínguez-Alcón (1996) *Los cuidados familiares de salud en las personas ancianas, y las políticas sociales*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 73: 43-56.
- Bengtson, V. L. R. E. L. Roberts (1991) *Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction*. *Journal of Marriage and the Family*, 53: 856-870.
- Daatland, S.O. (1990) *Ageing, families and welfare systems*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34: 16-20.
- Finch, J. (1989) *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Garber, Alan M. (1989) *Long-term care, wealth, and health of the disabled elderly* en David A. Wise ed. *The Economics of Aging*. Chicago: The National Bureau of Economic Research: 257-277.
- Ginn, J. y S. Arber (1995) *Only connect: Gender relations and ageing* en S. Arber y J. Ginn (eds.) *Connecting Gender & Aging: A sociological Approach*. Buckingham: Open University Press.
- Herzog A. Regula, Karen C. Holden y Mildred M. Seltzer (editoras) (1989). *Health & Economic Status of Older Women*. Amityville, N. York: Baywood.
- Jamieson, A. (1990) *Informal care in Europe* en A. Jamieson y R. Illsley (eds.) *Contrasting European policies for the care of older people*. Avebury: Aldershot.
- Lehr, U. (1991) *Aging in Europe: New directions*. Ponencia presentada en el II Congreso de Gerontología (Madrid).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (1992). *Urban policies for ageing populations*. Paris: OECD.
- Puga, María Dolores (2002) *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España: Una previsión a 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Silverstein, M., V. Burholt, G. C. Wenger, V. L. Bengtson (1998) *Parent-child relations among very old parents in Wales and the United States: A test of modernization theory*. *Journal of Aging Studies*, 12(4): 387-409.
- Walker A. (1993) *Intergenerational relations and welfare restructuring: The social construction of an intergenerational problem* en V. Bengtson; W. Achenbaum (eds.) *The changing contract across generations*. N. York: Aldine de Gruyter.
- Walker A. y L. Warren (1993) *The care of frail older people in Britain: Current policies and future prospects*, en Katz Olson, L. (ed.) *The Graying of the World: Who will Care for the Frail Elderly?* Nueva York: The Haworth Press.

•

María Teresa Bazo es Catedrática de Sociología en la Universidad del País Vasco, coordinadora del grupo de trabajo "Sociología de la Vejez" de la Federación Española de Sociología y autora de numerosos trabajos e investigaciones sobre la vejez . E-mail: mariateresa.bazo@ehu.es