

---

# *¿Acabará el envejecimiento con nuestras sociedades? Datos, ideas y discursos interesados sobre el envejecimiento*

*Will ageing end with our societies? Data, ideas and biased speeches on ageing*

La población mayor de 65 años ha experimentado un notable crecimiento en el País Vasco. Sobre este cambio en la estructura de edades que se ha denominado envejecimiento demográfico se ha construido todo un discurso e imaginario que va más allá del proceso mismo. Así, se ha señalado que vivimos y viviremos en sociedades cada vez más envejecidas e inactivas. Además, se plantea el envejecimiento demográfico como una gran amenaza, tanto para la sostenibilidad del sistema sanitario como del sistema público de pensiones. El objetivo del presente artículo pretende, utilizando datos del País Vasco, intentar clarificar hasta qué punto el discurso adscrito al envejecimiento se sustenta en datos empíricos.

*65 urtetik gorako biztanleria nabarmen hazi da Euskal Herrian. Zahartze demografikoa deitu zaion adin-egituraren aldaketa horren gainean prozesua bera baino haratago doan diskurtso eta imaginario oso bat eraiki da. Hala, gero eta zaharragoak eta inaktiboagoak diren gizarteetan bizi garela eta biziko garela ohartarazi da. Gainera, zahartze demografikoa osasun-sistemaren zein pensio-sistema publikoaren iraunkortasunerako mehatxutzat jo izan da. Hori horrela, artikulua honetan saiatuko da argitzen zahartzeari buruzko diskurtsoak zenbat duen enpirikotasunetik. Horretarako, Euskal Herriko datuak hartuko dira oinarri.*

The population over 65 has remarkably grown in the Basque Country. This change in the age structure, called demographic aging, has come along with a whole discourse and imaginary that goes beyond the process itself. Indeed, it has been pointed out that we live and will live in increasingly aging and inactive societies. In addition, demographic aging is posed as a great threat to both the sustainability of the health system and the public pension system. The objective of this article is to use data from the Basque Country to try to clarify the extent to which the discourse assigned to aging is based on empirical data.

## Índice

---

1. Introducción
2. Cambios en la estructura de edades de la población del País Vasco
3. Discursos, creencias y propuestas en torno al envejecimiento
4. Conclusiones

Referencias bibliográficas

**Palabras clave:** Envejecimiento demográfico, sistema sanitario, sistema de pensiones, País Vasco.

**Keywords:** Demographic ageing, health system, pension system, Basque Country.

**Nº de clasificación JEL:** I12, J11, J14

Fecha de entrada: 29/07/2019

Fecha de aceptación: 07/10/2019

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Al igual que en el resto de las poblaciones occidentales, en el País Vasco el envejecimiento demográfico se ha convertido en uno de los temas de más relevancia mediática, social y política de nuestro tiempo. Es frecuente encontrar en los medios de comunicación noticias acerca del aumento del número y porcentaje de personas mayores, así como su supuesto impacto presente y futuro en la estructura social y económica de nuestra sociedad.

Efectivamente, el denominado envejecimiento demográfico forma parte de uno de los procesos sociales de mayor calado en nuestros tiempos: el descenso de la mortalidad (Macinnes y Pérez, 2008). Esta reducción ha posibilitado que las generaciones lleguen en masa a edades avanzadas, a las que antes solamente llegaban unas pocas personas de cada generación (Pérez, 2003). A pesar de que se trata de un proceso evidentemente positivo, es frecuente la asociación del envejecimiento demográfico con un proceso negativo, con consecuencias nefastas para nuestras sociedades. Así, se destaca el impacto de este proceso en las ratios de dependencia económica, los dramáticos efectos en el mercado laboral, así como los efectos sobre la macroeconomía y, sobre

todo, sobre el gasto público, sin que este análisis venga acompañado de una reflexión sobre los posibles efectos positivos del mismo (Kluge *et al.*, 2014).

Es evidente que este cambio tan profundo de la estructura de edades está generando y generará importantes retos y tensiones en nuestras sociedades, pero parece igualmente cierto que, sobre este, en apariencia, sencillo proceso se ha construido todo un discurso e imaginario que va más allá del proceso mismo (Pérez, 2018). Esta construcción ha sido en ocasiones fruto del desconocimiento o análisis superficial de la evolución demográfica, pero en otras, sin embargo, ha sido debido a un discurso con claros intereses económicos, políticos e ideológicos, propio de lo que en la actualidad se engloba dentro del concepto de posverdad (Domingo, 2018).

El objetivo de este artículo consiste en analizar el envejecimiento demográfico en el País Vasco, intentando no solo utilizar los indicadores clásicos para medirlo, sino también utilizar los indicadores y medidas que intenten clarificar hasta qué punto el discurso adscrito al envejecimiento se sustenta en datos empíricos. Para ello, en primer lugar, se realizará un breve repaso a la evolución en la estructura de edades, para posteriormente hacer una síntesis de las principales ideas que en el discurso mediático, social y político se atribuyen al envejecimiento, en particular, y a la situación demográfica en general. Por último, se intentarán contrastar estas ideas mediante un análisis empírico utilizando el caso de Euskadi.

Además de los datos extraídos de diferentes fuentes de datos estadísticos y de la evidencia o ideas extraídas de la literatura científica sobre el tema, en el artículo también se recogen opiniones del autor.

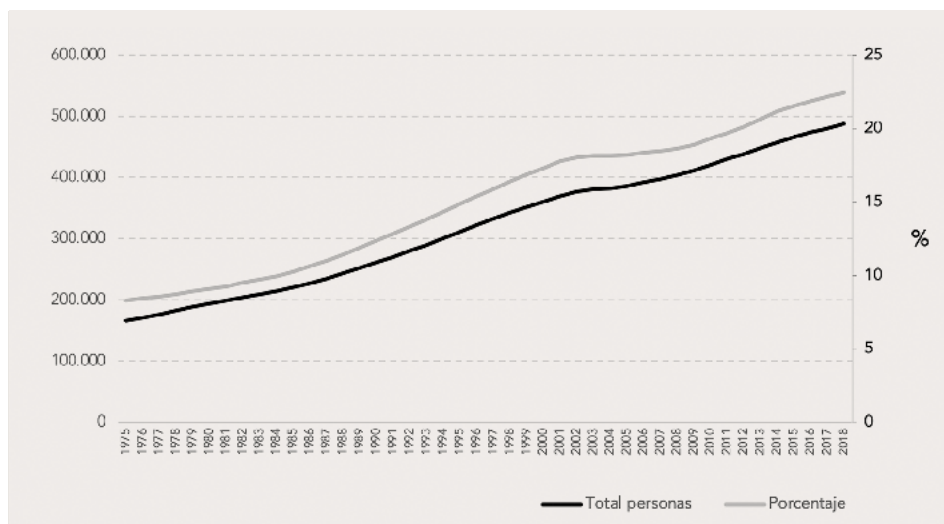
## 2. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE EDADES DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO

El indicador más utilizado para describir el envejecimiento demográfico es la evolución de la población de 65 y más años. En el caso del País Vasco, tal y como puede comprobarse en el gráfico nº 1, el tamaño de este grupo ha crecido tanto en términos absolutos, pasando de 166.000 personas en 1975 a 487.000 en 2018 (crecimiento del 193,5%), como en su peso respecto al conjunto de la población, pasando de representar el 8,3% al 22,5% en ese mismo periodo, es decir, un aumento de 14,2 puntos (170,8%). Además, en 2031, según las proyecciones de Eustat el número de personas de 65 y más años podrá alcanzar las 615.000 personas, es decir, el 28,2% de la población.

Este aumento es aún más acusado en la población de mayor edad. Así, el porcentaje de personas de 85 y más años creció tanto según el peso que suponen en la población total como entre la población de 65 y más años. En el primero de los casos, el porcentaje que este grupo de edad representa en la población total pasó de ser el 0,5% en 1975 al 3,9% en 2018, es decir, un aumento del 751%. Su peso en la población mayor de 65 años también aumentó, pasando de representar el 5,4% en

1975 a representar el 17,1% en 2018. Este proceso se ha denominado «sobre envejecimiento» y tiene su exponente también en el aumento de las personas mayores de 100 años, que han doblado su tamaño en poco más de 10 años.

**Gráfico nº 1. EVOLUCIÓN DEL TAMAÑO (TOTAL PERSONAS EJE IZQUIERDO) Y PESO (PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL DE POBLACIÓN, EJE DERECHO) DEL GRUPO DE 65 Y MÁS AÑOS. EUSKADI 1975-2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

El proceso de envejecimiento es más acusado en las mujeres respecto a los hombres, debido a la mayor esperanza de vida de las primeras. Así, el porcentaje de población de 65 y más años es más de 5 puntos superior en mujeres que en hombres (25,0 frente a 19,8). Las diferencias son mayores en el porcentaje de 85 y más años. Así, el peso que las mujeres mayores de 85 representan en el conjunto de la población es más del doble que en el caso de los hombres.

**Cuadro nº 1. PORCENTAJE QUE REPRESENTAN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD SOBRE LA POBLACIÓN TOTAL DE HOMBRES Y MUJERES. EUSKADI 2018**

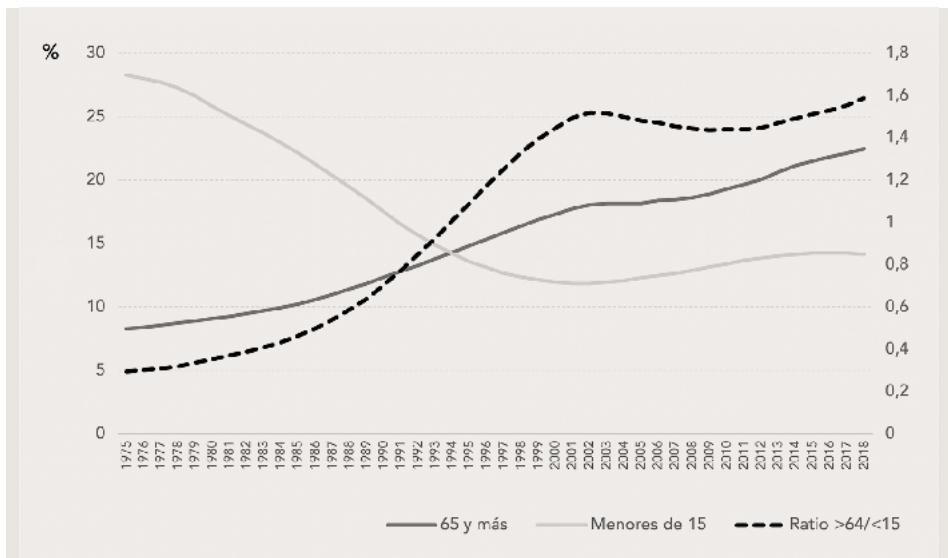
	Total	Hombres	Mujeres
Menores de 15	14,1	15,0	13,3
65 y más	22,5	19,8	25,0
85 y más	3,9	2,5	5,1

Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

La mayor esperanza de vida femenina también supone que dentro del grupo de personas mayores las mujeres tengan un mayor peso, es decir, se produce una clara feminización del envejecimiento. Así, mientras que hasta los 50 años es mayor el número de hombres que el de mujeres en todas las edades, a partir de esa edad ellas son más. A los 67 años, las mujeres ya son un 10% más que los hombres, a los 85 un 70% más, y con 100 y más años el número de mujeres es 7 veces mayor que el de hombres.

Este aumento del tamaño del grupo de personas de 65 y más años ha venido acompañado de la reducción del grupo de personas menores de 15 años. Así, tal y como muestra el gráfico nº 2, si bien en 1975 el peso de la población menor de 15 era ampliamente superior al de las personas de 65 y más (28,3% frente al 8,3%), a partir de 1994 el porcentaje de personas de 65 y más años supera al de menores, para, en 2018 representar casi el doble (22,5% de 65 y más años frente al 14,1% de personas menores de 15). Así, mientras que en 1975 por cada persona menor de 15 años había 0,3 mayores de 64, en 2018 por cada menor hay 1,6 mayores de 64 años. Todo eso a pesar de que el tamaño del grupo de menores de 15 comienza a crecer a principios de la década de 2000.

**Gráfico nº 2. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MENORES DE 15 AÑOS Y MAYORES DE 64 Y RATIO ENTRE AMBOS GRUPOS (MAYORES DE 64/MENORES DE 15) (EJE DERECHO). EUSKADI 1975-2018**



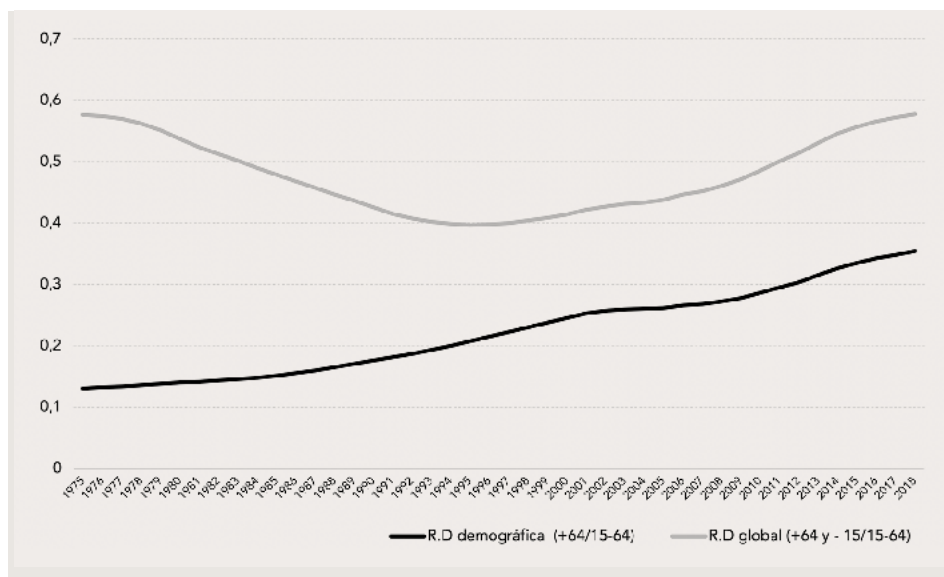
Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

En un intento de analizar las consecuencias económicas de este cambio en la estructura de edades, tradicionalmente también se ha analizado la relación entre

los grupos de edad según estén en edad laboral (16-64 años) o no (0-15 años y mayores de 64). En el caso de Euskadi, el gráfico nº 3 recoge la ratio de dependencia global por edad, y muestra que la relación entre personas en edad laboral y no laboral es similar en 2018 y en 1975 (0,58 y 0,57 personas en edad no laboral por cada persona en edad laboral respectivamente). Esto es así, a pesar de que en el periodo 1975 a 1992 el indicador experimentó un importante descenso, llegando a ser 0,4, debido a la reducción de las personas menores de 15 años. Sin embargo, a este descenso le siguió un crecimiento desde finales de los años 90 motivado por el hecho de que el aumento de las personas mayores de 64 años ya no es compensado por las personas menores, que dejan de descender e incluso aumentan en los últimos años.

Así, si solo tenemos en cuenta las personas que no están en edad laboral por superar los 64 años y los ponemos en relación a la población en edad laboral, es decir la ratio de dependencia por edad mayor, observamos en este un crecimiento constante durante todo el periodo que ha llevado a que, mientras que en 1975 había 0,13 personas mayores de 64 años por cada persona en edad laboral, en 2018 sean ya 0,35.

**Gráfico nº 3. EVOLUCIÓN DE LA RATIO DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA POR MAYORES (MAYORES DE 64 AÑOS RESPECTO A POBLACIÓN DE 15 A 64) Y DE LA RATIO DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA GLOBAL (MAYORES DE 64 Y MENORES DE 16 AÑOS RESPECTO A POBLACIÓN DE 15 A 64). EUSKADI 1975-2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

### 3. DISCURSOS, CREENCIAS Y PROPUESTAS EN TORNO AL ENVEJECIMIENTO

En el apartado anterior se ha descrito el profundo cambio en la estructura de edades de la población vasca por el cual ha aumentado el peso y número de las personas mayores de 64 años y, especialmente, el de las de 85 y más. Este proceso ha provocado el aumento de lo que suponen las personas mayores respecto a las de menor edad y respecto a las personas en edad laboral. El proceso es más acusado en las mujeres.

Hasta aquí es lo que un análisis meramente numérico nos dirá sobre la evolución de la estructura de edades. Sin embargo, sobre esta descripción se han construido una serie de ideas y discursos que han servido también, en ocasiones, para elaborar propuestas de importante calado social, político y económico.

Son varias estas ideas, siendo la más simple la que afirma que al aumentar el número de personas mayores, lógicamente nos encaminamos a sociedades más viejas. Ello supone que nos dirigimos a sociedades donde los atributos que el concepto «viejo» lleva implícito serán cada vez más prevalentes, es decir, sociedades con mayor enfermedad, mayor necesidad de cuidados, más inactivas, más conservadoras y menos innovadoras –al menos–.

De estas ideas, además, se derivan varias crisis o amenazas. La primera hace referencia al sistema de pensiones, ya que se ha utilizado el argumento demográfico para justificar el retraso en la edad de jubilación e incluso para predecir la insostenibilidad del sistema público de pensiones. La segunda amenaza es la relacionada con el aumento de la carga de enfermedad. Así, se ha planteado el envejecimiento asociado necesariamente a dos consecuencias: la insostenibilidad del sistema sanitario y de nuestro sistema público de protección social en general y también la insostenibilidad de nuestro sistema de cuidados.

#### *Vamos hacia un País Vasco más viejo*

Comenzando con la primera de estas ideas, «vamos hacia sociedades más viejas», las noticias que se presentan a continuación ejemplifican la presencia de esta idea en nuestro contexto (figura nº 1).

La idea de que evolucionamos hacia poblaciones más viejas se basa en el supuesto de que el aumento de las personas mayores de 65 años, conlleva un aumento de las personas «viejas». Es decir, considera un umbral fijo de edad, 65 años, para considerar a las personas como mayores o «viejas». Sin embargo, podríamos preguntarnos ¿qué hace a una persona ser «vieja»? Para hacernos una idea podríamos recurrir a las definiciones del término en una institución clásica de la lengua, la Real Academia de la Lengua (RAE) y a una propia de nuestra época, Google.

La RAE define «viejo/a», en su primera acepción, como un adjetivo: «Dicho de un ser vivo: De edad avanzada». Asimismo, define «edad avanzada» como: «anciani-

dad (último periodo de la vida)». Por su parte, Google, una de las fuentes de información más importantes de nuestra época, también en su primera acepción del término, señala que «viejo/a» es: «[persona] Que tiene una edad avanzada y está en el último periodo de la vida, que sigue a la madurez». Es decir, las dos definiciones aluden a la vejez como al periodo de la vida antes de la muerte, por lo que lo que define que una persona sea «vieja» estaría relacionado con el tiempo que le queda por vivir y no tanto por el tiempo que lleva vivido.

Figura nº 1. NOTICIA APARECIDA EN LOS DIARIOS EL PAÍS (11 DE OCTUBRE DE 2018), EL CORREO (24 OCTUBRE DE 2018) Y AGENCIA EFE (20 DE OCTUBRE DE 2018)





La vejez es una categoría social, cultural e histórica que se construye en torno a la edad cronológica y como tal no es un concepto estático, sino que su definición y contenido varía según la época y el territorio. Así, por ejemplo, a principios del siglo pasado, cuando la esperanza en el País Vasco era cercana a los 40 años, una persona de 40 años probablemente entraría dentro de la categoría de persona vieja. En la actualidad, sin embargo, una persona de esa edad está más cerca de la juventud que de la vejez.

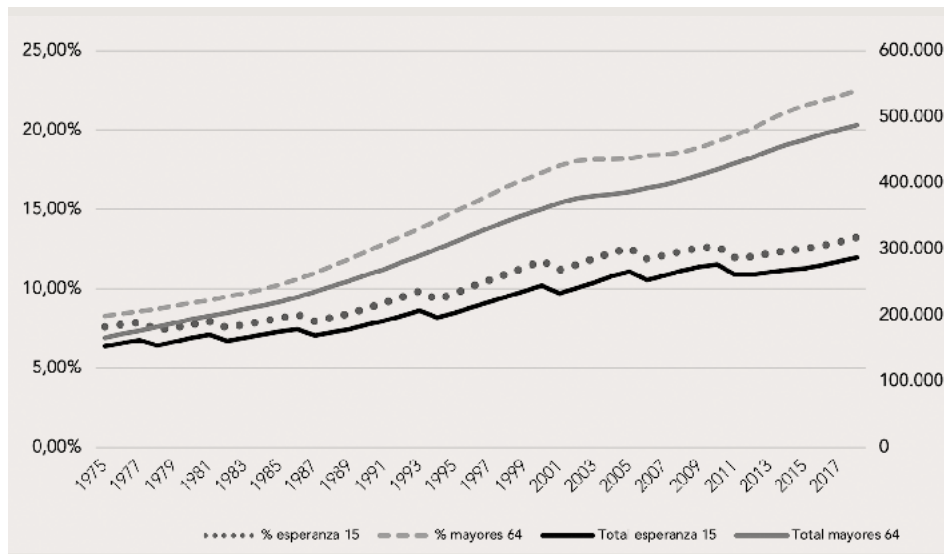
Por todo ello, no tiene sentido concluir que vamos a sociedades más viejas a partir del análisis de la evolución del número de personas que superan un umbral fijo de edad, en este caso los 65 años. ¿Es igual de vieja una persona de 65 años en 1975 que en la actualidad, cuando la esperanza de vida a esa edad en la actualidad es 6 años mayor? Parece que no, si atendemos a la definición de persona vieja o mayor. Podríamos decir que, teniendo en cuenta esta definición de viejo, una persona que en 1975 tiene 65 años se parece más en el tiempo que le queda por vivir, y, por tanto, es igual de viejo que una persona que en la actualidad tiene 74 y, por tanto, difiere de una persona que en la actualidad ha cumplido los 65 años.

Con el objetivo de superar esta limitación, algunos autores (Sanderson y Scherbov, 2008, 2010; Spijker y Macinnes, 2013; Pujol *et al.*, 2014) han propuesto que sería más adecuado medir el envejecimiento demográfico considerando esta perspectiva que tiene en cuenta el tiempo que queda por vivir y no la edad cronológica, es decir, sería más adecuado medir la denominada «edad prospectiva» (Sanderson y Scherbov, 2010). Así, por ejemplo, se ha propuesto como medida contabilizar el número de personas a quienes le quedan 15 años por vivir (Sanderson y Scherbov, 2008, 2010) en lugar del número de personas que han vivido 65 años.

Esta idea de considerar el tiempo que a una persona le queda por vivir en lugar del tiempo vivido, se basa no solo en la definición conceptual de vejez que comentábamos anteriormente, sino también en la idea de que gran parte de los comportamientos y actitudes asociados a la vejez, sus características de salud, así como el impacto económico y social que tendrá esta población se basa, efectivamente, en el número de años que a la persona le queda por vivir, y no tanto a el número de años vividos (Spijker y Macinnes, 2013).

El gráfico nº 4 recoge, para el caso del País Vasco, la evolución de las personas en edades con una esperanza de vida menor de 15 años, tanto en términos absolutos como en su peso respecto al total de la población. Como se puede comprobar, el aumento de esta población es mucho menor que el de las personas mayores de 65 años. Así, si en el periodo de 1975 a 2018, considerando el umbral fijo de 65 años, el envejecimiento había aumentado entre un 171% y un 193%, dependiendo si consideramos el aumento del tamaño de la población o de su peso; en cambio, si se utiliza como indicador la esperanza de vida restante, el aumento se situaría entre un 74% y el 88%. Aumento que fue menor en los últimos años, ya que durante la última década el número de personas «viejas» creció un 0,7% anual.

Gráfico nº 4. **EVOLUCIÓN DEL TAMAÑO (ESCALA DERECHA) Y PORCENTAJE SOBRE POBLACIÓN TOTAL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 64 Y DE LAS PERSONAS EN EDADES CON MENOS DE 15 AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA. EUSKADI 1975-2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de INE.

### ***Hacia una Euzkadi cada vez más enferma: el fin del sistema sanitario y de cuidados***

Como decíamos, otra idea ampliamente difundida en torno al envejecimiento está relacionada con una de las características atribuidas a la vejez: la mala salud o enfermedad. Esta idea sostiene que el envejecimiento de la población provocará un aumento de la mala salud y de la carga de enfermedad, y aumentará, por tanto, el número de personas enfermas y dependientes, con dos consecuencias claras: la insostenibilidad del sistema sanitario tal y como lo conocemos, y la crisis del modelo de cuidados.

Respecto al primero de ellos, la idea en la que se basa el impacto del envejecimiento sobre la sostenibilidad del sistema sanitario es muy simple. Se trata de la constatación empírica de que existe una relación clara entre la edad y el gasto sanitario. Esta relación, que seguiría una curva en forma de «J», conllevaría un mayor gasto a medida que avanza la edad, salvo en las edades cercanas al nacimiento, y en las edades más avanzadas, ya que el gasto parece hacerse constante o incluso decrecer a partir de los 80-90 años (European Commission, 2006; Vela *et al.*, 2019).

A partir de esta relación, hasta no hace más de dos décadas (Abellán, 2019), en la literatura científica al respecto existía cierto consenso en estimar el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario multiplicando las proyecciones futuras del tamaño de

población de cada grupo de edad por su perfil de gasto en el año en curso, manteniendo ese gasto como constante a lo largo de todo el periodo que abarca la proyección. Un ejercicio de proyección simple que aún se repite en no pocos estudios o informes y que sigue estando en la mente no solo de algunas personas investigadoras sino también de gerentes, periodistas, políticas e incluso población general, y que conlleva como consecuencia una sobrestimación del impacto del envejecimiento en el gasto sanitario que puede incluso superar el 50% en el caso de los gastos sanitarios agudos (Abellán, 2019). El error de partida consiste en considerar que esos gastos por grupos de edad se mantienen estables en el tiempo, a pesar de la enorme mejora en la mortalidad y el estado de salud de los diferentes grupos de edad, y sobre todo de los grupos de edad de 65 y más años. La literatura especializada sobre el tema (Puig-Junoy, 2007; Abellán, 2019) ha mostrado que esa manera de calcular el impacto del envejecimiento en el gasto sanitario futuro parte del error de considerar la edad como el factor que determina el gasto sanitario, cuando realmente la edad cronológica no es más que un *proxy* de la cercanía de la muerte, y del estado de salud, que son dos factores individuales que determinan sustancialmente el gasto sanitario individual.

Así, respecto a la proximidad a la muerte, ya desde hace dos décadas (Zweifel, 1999; Werblow *et al.*, 2007; Zweifel *et al.*, 2014) se señalaba que gran parte del impacto de la edad cronológica; es decir, por ejemplo, tener 65 años, dejaba de ser significativo en el gasto sanitario cuando se tenía en cuenta la edad a la muerte; esto es, si la persona está cercana o no a su muerte. Diferentes estudios han mostrado cómo las personas que fallecen cada año suponen una proporción considerable del gasto sanitario total; concretamente estudios en EE.UU. han mostrado que solamente el 5,1% de los beneficiarios del Medicare que fallecen en un año acumulan el 29% del gasto total (Lubitz y Riley, 1993, citado en Puig-Junoy, 2007). De esta forma, varios estudios desde finales de la década de los 1990 han mostrado que no es la edad cronológica sino la cercanía a la muerte lo que determina el gasto individual en salud (Zweifel *et al.*, 1999; Seshamani y Gray, 2004 entre otros). Siguiendo esto, y teniendo en cuenta el aumento de la esperanza de vida, sobre todo a edades avanzadas, el aumento de las personas por encima de un umbral de edad cronológica no supondría un gran impacto en el gasto sanitario, ya que llevaría al aumento del número de personas a las que le queda poco por vivir. Es decir, en la actualidad puede ser 80 años la edad a la que los individuos se encuentra en su último año de vida, y, por tanto, el año que generan un elevado coste. No tendría sentido pensar que, porque dentro de 15 años el número de personas de 80 años vaya a aumentar, el gasto sanitario se va a incrementar considerablemente, porque lo más probable es que las personas que se encuentran en su último año de vida dentro de 15 años no sean las de 80 sino probablemente las de 85.

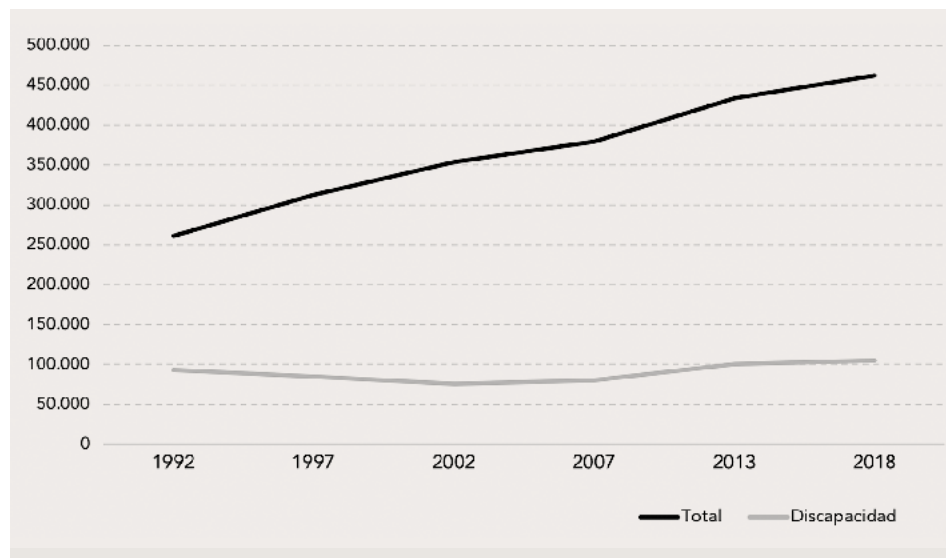
Algunos autores consideran que la proximidad a la muerte también puede ser un *proxy* de un factor más determinante de ese gasto sanitario: el estado de salud, es decir, la morbilidad y discapacidad (Dormont *et al.*, 2006; De Meijer *et al.*, 2011; Carreras *et al.*, 2018). Si esto fuera así, tampoco tendría mucho sentido considerar el

aumento de las personas mayores como indicador de la amenaza de la sostenibilidad del sistema sanitario, ya que, si bien en un momento concreto la edad está relacionada con el estado de salud, esta situación varía con el tiempo, y una persona de 65 años en la actualidad poco tiene que ver con una persona de esa edad en 1990, tanto en términos sociales como de salud (Martín, 2012).

El problema nuevamente se origina al utilizar un umbral fijo, los mayores de 65 años, para crear una categoría invariable en el tiempo, identificando su aumento con un aumento de las personas enfermas. Sin embargo, parece lógico que si lo que queremos determinar es si asistiremos a un aumento del número de personas con mala salud que nos lleve al colapso de los sistemas, lo que deberíamos hacer es analizar la evolución de tal grupo, el de personas enfermas o con mala salud, y no el de personas de una determinada edad.

El gráfico nº 5 muestra la evolución de las personas de 65 y más años, y el de las personas de 65 y más años en mala salud, considerando en este caso como tal padecer alguna discapacidad que impida realizar las actividades de la vida cotidiana. En él podemos ver que si bien el número de personas de 65 y más años crece sustancialmente (76%), el de las personas con discapacidad aumenta en los 16 años analizados un 13%. Esta evolución de las personas con discapacidad ha sido incluso negativa durante el periodo de 1992 a 2007, en el que el número de personas con discapacidad se redujo un 14% a pesar de que el número total de personas de 65 y más años aumentó un 45%.

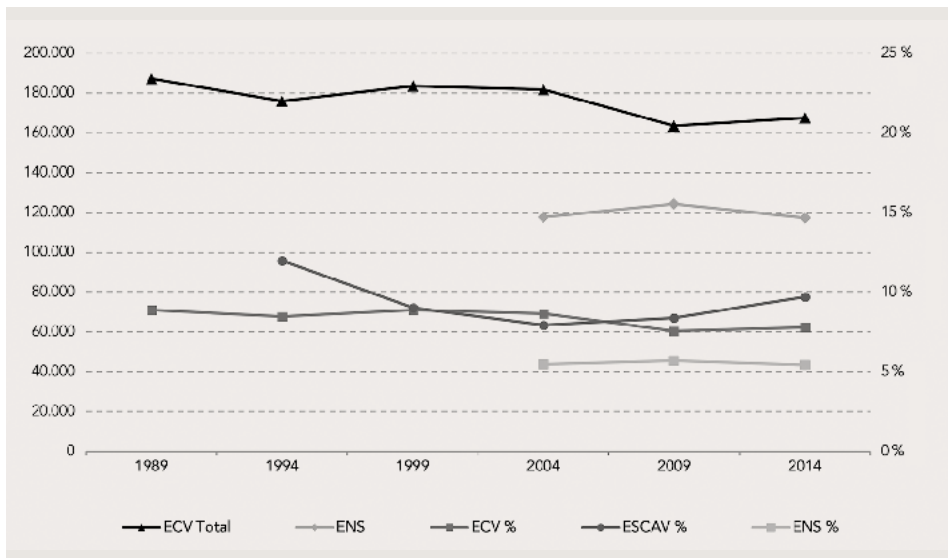
**Gráfico nº 5. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS, TOTAL Y CON DISCAPACIDAD. EUSKADI 1992-2018**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco.

La evolución del número de personas con mala salud es constante si atendemos al total de la población. Así, según se recoge en el gráfico nº 6, en las tres encuestas analizadas (Encuesta de Salud del País Vasco, Encuesta de Condiciones de Vida del País Vasco y Encuesta Nacional de Salud) el número de personas con mala salud y su peso en el total de la población se mantuvo estable en el periodo analizado.

**Gráfico nº 6. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PERSONAS CON MALA SALUD SEGÚN DIFERENTES ENCUESTAS Y MEDIDAS DE SALUD, TOTAL (ESCALA IZQUIERDA) PORCENTAJE (ESCALA DERECHA). EUSKADI 1989-2014**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud del País Vasco, Encuesta Condiciones de Vida del País Vasco, y Encuesta Nacional de Salud.

Esta idea de que el aumento de las personas mayores de 64 años supone un aumento de la enfermedad también se basa en una creencia muy extendida en nuestra sociedad que sostiene que la reducción de la mortalidad, y el consiguiente aumento de la esperanza de vida, ha venido acompañada de un aumento del tiempo con mala salud; es decir, hemos ganado años a la vida, pero a costa de aumentar los años en mal estado de salud.

La evidencia científica se muestra menos contundente al respecto, y, ciertamente, no existe consenso en la literatura internacional sobre si el aumento de esperanza de vida ha venido o no acompañado de un aumento de la mala salud. Así, a la hora de estudiar esa relación entre el descenso de la mortalidad y la evolución del estado de salud poblacional se han propuesto varios escenarios posibles que van desde un

aumento considerable de la morbilidad a un descenso de la morbilidad similar o mayor que el registrado en la mortalidad (Martín, 2012). La respuesta a la pregunta sobre cuál de los escenarios se ajusta a la realidad empírica es clave para prever el impacto que el aumento de la esperanza de vida va a tener en el gasto sanitario, ya que el hecho de que la evolución se ajuste a uno u otro escenario puede suponer que el aumento del gasto sanitario sea hasta más de 4 veces mayor (Blanco-Moreno *et al.*, 2013; European Commission, 2006).

El primero de estos escenarios, el llamado «hipótesis de compresión de la morbilidad» (Fries, 1980, 2001, 2002) sostiene que los factores que han permitido el descenso de la mortalidad también están haciendo que la mala salud y la discapacidad se produzcan a edades cada vez mayores, y cercanas al propio límite natural de la esperanza de vida. Ello conlleva que el número de años que se vive con enfermedad se comprima o concentre. Esta hipótesis conlleva un escenario favorable para la evolución del gasto sanitario y, por ejemplo, en Francia en el periodo que va de 1992 a 2000 en el que la morbilidad experimentó un retroceso, esta mejora provocó un descenso del gasto sanitario del 9,7% que, a pesar de ello, aumentó debido a otros factores (Dormont *et al.*, 2006). El segundo de los escenarios, que coincide con la idea más extendida socialmente, se denomina «hipótesis de la expansión de la morbilidad» (Gruenberg, 1977; Kramer, 1980; Verbrugge, 1984) y sostiene que la reducción de la mortalidad ha venido acompañada de una expansión de la morbilidad y del aumento de los años en mala salud. Por último, se ha propuesto un tercer escenario, denominado «equilibrio dinámico» (Manton, 1982), según el cual mientras el aumento de la supervivencia produce un aumento de los años con morbilidad, los años con discapacidad severa se mantienen relativamente constantes.

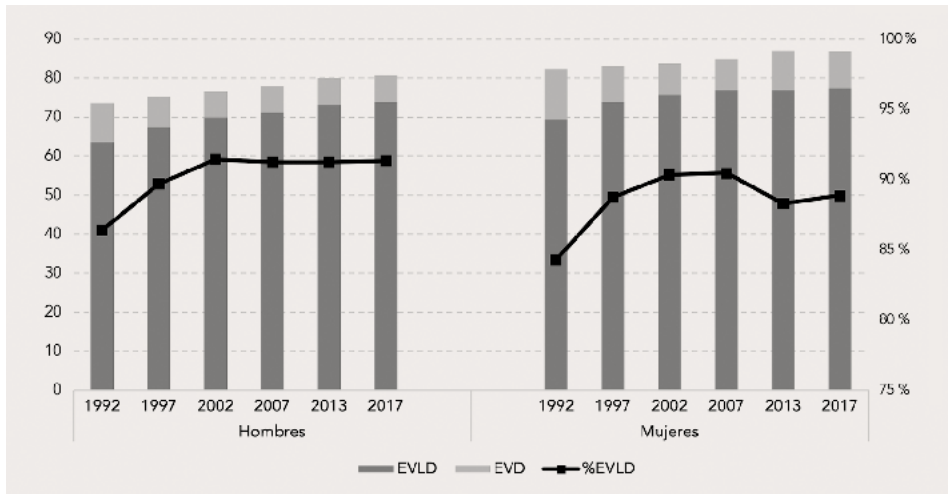
A pesar de la enorme importancia social y sanitaria y el diferente impacto que tendría el hecho de que la población del País Vasco se acercara a uno u otro escenario, el tema ha atraído mucha menos atención que cuantificar el aumento de las personas de 65 y más años.

El gráfico nº 7 puede darnos algunas pistas que permitan determinar cuál de los escenarios se ajusta mejor a la experiencia de Euskadi. En él se han calculado la evolución de la esperanza de vida en el periodo de 1992 a 2017, así como de la esperanza de vida con discapacidad y de la libre de discapacidad; es decir, el número de años que una persona nacida en ese año esperaría vivir sin ninguna discapacidad.

En este gráfico podemos comprobar que en el total del periodo (de 1992 a 2017), y tanto en hombres como en mujeres, el aumento de la esperanza de vida ha venido acompañado de un aumento mayor de la buena salud tanto en hombres como en mujeres y, por tanto, de una reducción de la morbilidad. Así, se han ganado más años libres de discapacidad que años de vida totales y, lógicamente, se ha reducido el número de años vividos con discapacidad. En el caso de los hombres, el número de años que se espera vivir libre de discapacidad aumentó 10,3 años, frente

a los 7,3 años de aumento de la esperanza de vida. En el caso de las mujeres, la esperanza de vida libre de discapacidad aumentó 8,0 años y 4,8 la esperanza de vida total. Es decir, el número de años que se vive con una discapacidad se reduce 3,0 años en hombres y 3,2 en mujeres en el periodo analizado. Realmente se trata de datos muy positivos, ya que supone que en Euskadi hemos ganado años a la vida, pero también mejor vida a los años, y que la discapacidad no ha aumentado, sino que, por el contrario, se ha reducido.

**Gráfico nº 7. EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA (TOTAL BARRA), LA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DISCAPACIDAD (EVL-GRIS OSCURO) Y CON DISCAPACIDAD (EVD-GRIS CLARO) Y EL % DE EVLD SOBRE LA EV (ESCALA DERECHA) POR SEXO. EUSKADI 1992-2017**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INE y Encuesta de Salud del País Vasco.

Sin embargo, esta tendencia parece empeorar en la segunda parte del periodo, en la que la mejora se ralentiza o incluso se invierte. En el caso de los hombres, en el periodo de 2002 a 2013, el aumento de la esperanza de vida es ligeramente mayor que el de la esperanza de vida libre de discapacidad, por lo que aumenta el tiempo que se espera vivir con alguna discapacidad. En el periodo de 2013 a 2017, sin embargo, el aumento de la esperanza de vida se produce en años libres de discapacidad. En el caso de las mujeres la tendencia es más negativa, y en el periodo de 2007 a 2013 los dos años de aumento en la esperanza de vida se producen a costa de un aumento de los años en discapacidad. De 2013 a 2017 la esperanza de vida no crece, descendiendo ligeramente, mientras que la esperanza de vida libre de discapacidad aumenta ligeramente, reduciéndose pues los años vividos en discapacidad. Estas

tendencias en los últimos años no logran revertir la positiva evolución del periodo, pero hace necesario un análisis más profundo y estar especialmente atentos a dicha evolución en los próximos años.

Esta descripción de la evolución de la salud y del número de personas con mala salud muestra cómo el envejecimiento no supone *per se* un gran aumento de la mala salud y del número de personas enfermas y, por tanto, no supone necesariamente semejante amenaza para la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Varios estudios han mostrado empíricamente para España que el impacto que el envejecimiento ha tenido sobre el aumento del gasto sanitario no es tan elevado y que este no es, en ningún caso, el responsable principal de su crecimiento (Ahn, Alonso y Herce, 2003; Casado, 2001; para una revisión de ellos ver: Puig-Junoy, 2007 y Abellán, 2019). Así, se ha cuantificado que alrededor del 10% del aumento del gasto sanitario podría ser atribuible al envejecimiento de la población (Puig-Junoy, 2007), y el impacto ha podido ser en España incluso menor que el de otros factores demográficos como el aumento del tamaño de la población (Puig-Junoy, 2007). De cara al futuro, tampoco parece que el envejecimiento demográfico vaya a suponer una parte considerable del aumento del gasto en salud (para una revisión de los artículos que tratan el tema ver: Puig-Junoy, 2007 y Abellán, 2019).

Un estudio que analizó la evolución del gasto sanitario en Francia en el periodo de 1992 a 2000 concluyó también que el aumento del gasto sanitario debido al envejecimiento fue relativamente pequeño, y que el impacto de los cambios en la práctica clínica fue 3,8 veces mayor que este (Dormont *et al.*, 2006). Así, por ejemplo, la innovación biomédica puede suponer, según el país, hasta un 75% del aumento del gasto sanitario (European Commission, 2018). Es decir, habría que buscar los causantes del crecimiento del gasto sanitario en otros escenarios sociales y económicos que inciden sobre la asistencia sanitaria y las políticas de salud y que suponen un aumento de la prestación real media. Se trata de factores que van desde cambios en la forma e intensidad de la atención sanitaria a un nivel de morbilidad, el coste de las tecnologías sanitarias, a procesos socio estructurales, como el aumento de la renta per cápita, o la progresiva individualización y medicalización de la salud.

Sin embargo, estos factores captan mucha menos atención mediática, política y social que el envejecimiento demográfico, cuando, además, la capacidad de actuación sobre los mismos es mucho más factible que sobre el envejecimiento demográfico en sí, sobre el que, en principio, solo podemos actuar haciendo que las personas no lleguen a ser mayores porque fallezcan con anterioridad o eliminando el acceso a la salud o al cuidado a las mismas.

Además, llama la atención que este diagnóstico lleve aparejado, en ocasiones, una propuesta o recomendación: la progresiva privatización de los sistemas sanitarios. Sin embargo, resulta difícil entender cómo la privatización de los sistemas sanitarios puede salvar a los sistemas sanitarios de los problemas derivados del envejeci-



miento demográfico. Más bien, se podría pensar que un argumento demográfico está sirviendo a una serie de intereses económico-financieros. Por una parte, ayuda a desviar la atención de una de las causas importantes del crecimiento del gasto sanitario, la progresiva mercantilización del cuidado a la salud, y, por lo tanto, ayuda a que la salud sea cada vez un sector más lucrativo. Por otra, ayuda a legitimar la progresiva privatización del sistema sanitario público y ampliar el nicho de mercado de la sanidad privada (Martín *et al.*, 2018).

### ***Hacia una Euskadi menos activa: insostenibilidad del sistema público de pensiones***

Probablemente, uno de los aspectos que más se relaciona con el envejecimiento demográfico y sus causas es el impacto del mismo en el sostenimiento de los sistemas de pensiones. Así, una idea ampliamente difundida socialmente es que nuestro actual sistema de pensiones es insostenible en el futuro cercano y que o bien el sistema desaparecerá o bien quedará circunscrito a la provisión de una pensión mínima que será necesario cumplimentar por parte del individuo. Además, existe cierto acuerdo social en que el causante de dicha insostenibilidad es el envejecimiento demográfico, y que las posibles soluciones son el retraso en la edad de jubilación y el aumento de la natalidad.

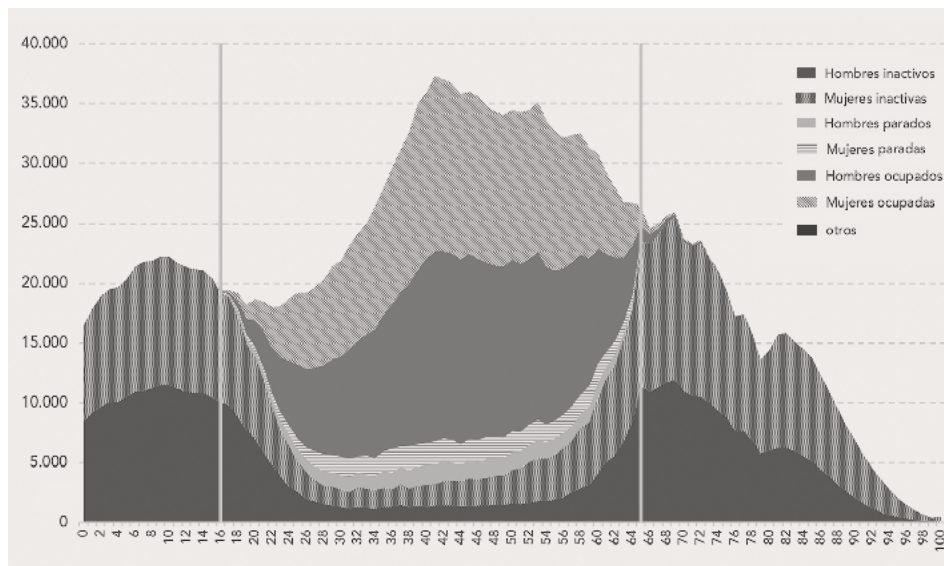
Al igual que en lo descrito para el caso del sistema sanitario, se utiliza el argumento demográfico como un argumento científico, neutro y concluyente sobre una cuestión en la que caben multitud de matices. La idea se basa en el uso de los grupos de edad como si formaran categorías sociales y económicas homogéneas y en las que los umbrales fijos situados según edades cronológicas no varían en el tiempo ni entre individuos. Así, se utilizan indicadores únicamente basados en la estructura de edades, como indicadores de estructura económica y laboral, dando por supuesto que los sujetos son inactivos hasta que cumplen los 16, momento en el que comienzan a ser laboralmente activos y con trabajo remunerado hasta cumplir los 65 años.

Siguiendo esta lógica, estos indicadores (ver ejemplo gráfico nº 3) ponen en relación las personas en edad inactiva (menos de 16 y mayores de 64 años) con las personas en edad activa (16 a 64 años). En la medida en que esa ratio se descompensa o se prevé que se descompense, se habla de la insostenibilidad del sistema de pensiones y de las diferentes propuestas expresadas en el párrafo anterior. Esto se convierte en un argumento claro, sencillo y, sobre todo, objetivo y libre de valores.

Sin embargo, ¿es la edad una buena aproximación a la estructura laboral de una población? El gráfico nº 8 muestra para el País Vasco la relación con la actividad en los diferentes grupos de edad de hombres y mujeres. En él podemos comprobar que, aunque la edad está relacionada con la actividad laboral, ni los 16 años marcan el inicio de la vida laboralmente activa ni los 64 el final de la misma. Así, a los 16 el porcentaje de personas con un trabajo remunerado no alcanza el 1%, y a los 64 solamente el 11% de la población tiene un trabajo remunerado. No es hasta los 24 años cuando el porcentaje de personas que tiene un trabajo remunerado es mayor que el

que no lo tiene y ese porcentaje no alcanza el 80% hasta los 38 años. Ese porcentaje se mantiene en el 80-81% hasta los 46 años, momento en el que comienza a descender levemente hasta los 55 años (73,9%) para hacerlo de manera más acelerada a partir de esa edad, alcanzando el 56,5% a los 60 años y el 11% a los 65 años.

**Gráfico nº 8. NÚMERO DE PERSONAS EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y SEXO POR EDAD. EUSKADI 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Eustat.

Como deja patente el gráfico anterior, parece que utilizar la edad como acercamiento a la relación con la actividad laboral y, por tanto, al sostenimiento del sistema de pensiones, no es del todo correcto. Este error nos llevaría a varias conclusiones que es necesario relativizar.

Una de las primeras conclusiones es focalizar la atención únicamente en el tamaño de la población de 65 y más años, haciendo que este parezca el único elemento de la insostenibilidad del sistema de pensiones. Sin embargo, el gráfico anterior nos muestra que no todo el colectivo de 16 a 64 años se puede considerar laboralmente activo, ya que, por ejemplo, el número de personas sin trabajo remunerado en el tramo de edad de 16 a 64 años es similar (455 mil personas) al del total de personas de 65 y más años (476 mil). No tener en cuenta este hecho hace focalizar el problema del mantenimiento del sistema de pensiones únicamente en los gastos (65 y más años), sobre los que, además, la capacidad de actuación es pequeña, y no en los ingresos (personas en edad activa que no tienen trabajo remunerado), en los que la capacidad de actuación política y social es grande.

El argumento demográfico plantea soluciones al sostenimiento de las pensiones que obvian esa realidad y que no tienen en cuenta que el problema de cotizantes no es un problema demográfico (ausencia de personas en edad de trabajar) sino un problema de falta de puestos de trabajo (Vilches y Gil-Pérez, 2016). Esta realidad es obviada, además, cuando se pone el foco en la población de 16 a 64 años, concibiendo que el problema en ese grupo de edad es lo reducido de su tamaño, obviando, por ejemplo, el hecho de que en su seno haya tantas personas laboralmente no activas como personas de 65 y más años.

Motivado por este error, se llega incluso a plantear que la natalidad y su incremento constituye una de las soluciones a la insostenibilidad del sistema de pensiones. Esto se hace a pesar de que el colectivo de personas de 20 a 30 años presenta en la actualidad unas tasas de paro del 13-15%, y la actividad no alcanza el 90% hasta los 35 años. ¿Es acertado centrarse en la supuesta baja natalidad como la fuente del problema, cuando ya hay más personas jóvenes que trabajos remunerados?

La respuesta a esta pregunta es clara en el caso del País Vasco. En la actualidad, el tamaño de la población joven es menos numeroso que en épocas anteriores, fruto del descenso de la natalidad que se inició a mediados de la década de los setenta y que se prolongó durante 20 años. De esta forma, en la actualidad en el País Vasco el número de personas con 20 años no llega a la mitad del número de personas con 40 años. Cabe preguntarse qué hubiera pasado si la natalidad no hubiera descendido en esos años: ¿Sería el sistema de pensiones hoy más sostenible?

Lógicamente, esto no es más que un ejercicio de ciencia ficción, pero se puede estimar que si el País Vasco hubiera mantenido los valores de la natalidad de la década de los setenta, cuando la natalidad alcanzó valores tremendamente altos, hoy habría el doble de personas en País Vasco en las edades de 20 y 40 años; es decir, se pasaría de las poco más de 500 mil personas de la actualidad a algo más del millón. En la actualidad, en ese grupo de edad la tasa de actividad es más baja que el entorno europeo y ronda el 80%, además la tasa de paro es del 13%. Es decir, del medio millón de personas que componen ese grupo de edad, cerca de 100 mil no tienen un trabajo remunerado ni lo buscan, mientras que hay 50 mil personas que quieren un trabajo, lo buscan, pero no lo encuentran.

Como decíamos, resulta imposible estimar cómo sería la población del País Vasco si la natalidad no se hubiera reducido, pero sí cabe esperar que, con esas tasas de paro y actividad, la incorporación de más número de personas no hubiera supuesto la incorporación de un gran número de cotizantes, sino sobre todo un mayor número de personas paradas o inactivas. Parece más claro que lo que haría al sistema más sostenible sería un mayor número de empleos en ese colectivo, que permita aumentar la actividad y descender el paro, y sobre todo una mejoría en la calidad de dichos empleos, que permitiría aumentar las cotizaciones de esas personas además de no condenarlas a situaciones de precariedad estructural.

Sin embargo, desde el punto de vista de las propuestas relacionadas con el sistema de pensiones derivadas del argumento demográfico, la propuesta que, sin duda, cuenta con más adeptos es el alargamiento de la edad de jubilación. De hecho, ya se ha llevado a cabo en varios países de nuestro entorno, incluido el Estado español (OECD, 2015) y se ha propuesto incluso condicionar esa edad con la de la evolución de la esperanza de vida. El alargamiento de la edad de jubilación no es una propuesta que pueda justificarse desde una base demográfica, ni tampoco la contraria. La demografía únicamente nos señala que hemos ganado años a la vida, pero lo que decidamos hacer como sociedad con esos años es una decisión política o ideológica, no científica. No será, por tanto, la demografía la que nos muestre en qué debemos emplear tales años ganados, ya que no se trata de una decisión ni científica ni técnica, ni mucho menos objetiva, sino una decisión que debería ser el producto de un consenso social amplio.

De hecho, la reducción de la mortalidad, sobre todo en sus primeros momentos, supone una mejora de la sostenibilidad del sistema de pensiones ya que supone que las personas puedan llegar en masa, y en buena salud, a la edad de 65 años, lo que supone que las personas puedan completar la totalidad de su vida activa y, por tanto, aportar una mayor sostenibilidad al sistema.

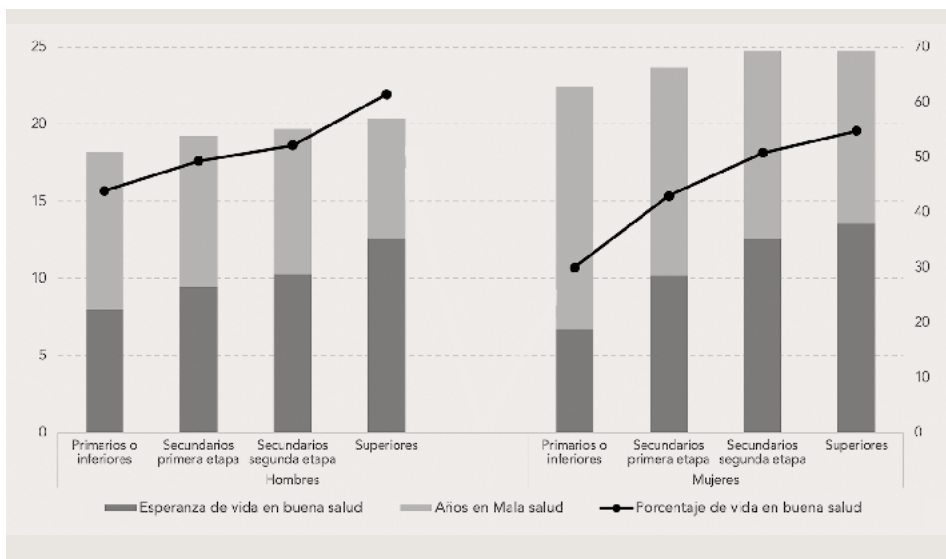
Además, un análisis basado en una evolución únicamente de la estructura de edades, obvia cambios en factores que son incluso más importantes que la propia evolución de la estructura de edades, como por ejemplo la productividad, cuya mejora puede hacer que el sistema sea más sostenible incluso con una menor relación entre personas trabajadoras y dependientes. Solamente hace falta tener en cuenta la historia contemporánea de nuestro país para encontrar ejemplos de esta mejora de la productividad por persona trabajadora.

Por último, la prueba de que el argumento demográfico para justificar el retraso de la edad de jubilación no es sino una justificación para imponer una visión ideológica, reside en que tal argumento no siempre está sujeto a la misma lectura, tal y como nos muestra el siguiente ejemplo. Los datos del gráfico nº 9 muestran las desigualdades sociales en salud en la población mayor. Es decir, diferencias en el estado de salud entre grupos sociales, en este caso según nivel de estudios. Los datos en este caso corresponden al total del Estado, pero el mismo fenómeno ha sido descrito prácticamente en todas las poblaciones, y también ampliamente en el caso del País Vasco (Bacigalupe y Martín, 2007; Martín *et al.*, 2018).

Los datos del gráfico muestran que un hombre de 65 años con estudios primarios o inferiores en España espera vivir, de promedio 18,2 años, de los cuales 8,0 serán en buena salud (el 43,9%) y 10,2 en mala salud. La situación mejora a medida que aumenta el nivel de estudios, de forma que un hombre con estudios universitarios a esa misma edad espera vivir 2,2 años más (20,4), además espera vivir 4,6 años más en buena salud (12,5) y un menor número de años en mala salud, concretamente 2,3 años

menos. Como resultado, mientras que los hombres de estudios primarios esperan vivir el 43,9% de lo que le queda de vida en buena salud, los de estudios universitarios esperan vivir el 61,4%. En el caso de las mujeres, las diferencias también son evidentes: mientras una mujer de estudios primarios o inferiores espera vivir a los 65 años 22,4 años, una de estudios universitarios espera vivir 2,3 años más. Además, espera vivir 6,8 años más en buena salud, y 4,5 años menos en mala salud. Como resultado, mientras que una mujer sin estudios espera vivir el 30,0% en buena salud, el porcentaje aumenta al 54,8 en las mujeres con estudios superiores. Es decir, a medida que aumenta el nivel de estudios, aumenta la vida, aumenta todavía más la vida en buena salud y se reduce la vida en mala salud. Las diferencias entre extremos son todavía mayores si consideramos ambos ejes, género y nivel de estudios, de manera conjunta. Así, la diferencia en la esperanza de vida a los 65 años entre un hombre de estudios primarios y una mujer de estudios universitarios alcanza los 6,6 años.

**Gráfico nº 9. ESPERANZA DE VIDA (TOTAL BARRA), ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD (GRIS OSCURO) Y ESPERANZA DE VIDA EN MALA SALUD (GRIS CLARO), Y PORCENTAJE DE VIDA QUE SE VIVE EN BUENA SALUD (EJE DERECHO) POR NIVEL DE ESTUDIOS EN HOMBRES Y MUJERES. ESPAÑA 2011**



Fuente: Elaboración propia a partir de Martín et al 2019.

La constatación de las desigualdades en salud en la población mayor muestra cómo el argumento demográfico que justifica el retraso en la edad de jubilación no es una cuestión técnica ni objetiva. Si así lo fuera, cabe preguntarse si 2 años de diferencia entre niveles de estudios en la esperanza de vida, casi 7 años si tenemos en

cuenta el sexo y el nivel de estudios conjuntamente, justificaría que la edad jubilación pasara a calcularse en función de las características socioeconómicas y sociodemográficas de las personas. ¿Se deben jubilar más tarde las personas de estudios universitarios?

No solo se trata de tener en cuenta las desigualdades, sino de que el sistema actual puede incluso estar generando mayores desigualdades. Un retraso homogéneo en la edad de jubilación puede generar que las personas de mayor nivel de estudios podrían estar disfrutando de un mayor número de años totales de pensión a igual cotización y, por lo tanto, un mayor retorno, suponiendo, además, una mayor presión al sistema de pensiones (Majer *et al.*, 2011); un hecho que no está presente en el debate en torno a la prolongación de la edad de jubilación.

#### 4. CONCLUSIONES

La estructura de edades de la población vasca ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. El descenso de la mortalidad, primero a edades infantiles y más tarde a edades más avanzadas, ha permitido que las generaciones lleguen en masa a edades avanzadas y que el peso de las personas de 65 y más años aumente. El envejecimiento poblacional será en el País Vasco, como en el resto de poblaciones del entorno, una gran fuente de retos sociales, políticos y económicos. Sin embargo, no es adecuado exagerar el impacto de este aumento a través de medidas incorrectas o discursos interesados.

El aumento de las personas de 65 y más años se ha colocado en el centro de la agenda política y social, asociándose a él diferentes ideas en torno al presente y futuro de nuestras poblaciones, lo cual ha generado, asimismo, propuestas derivadas de gran calado social.

El objetivo de este artículo consistía en mostrar que una parte importante de tales ideas, y, por tanto, también de las propuestas derivadas de las mismas se basan en un uso superficial, incorrecto y a veces interesado de la demografía.

El aumento de las personas de 65 y más años no puede ser interpretado directamente como el avance hacia una sociedad más vieja. La perspectiva convencional que sostiene que las personas se convierten en viejas a una edad fija, determinada e inmutable, lleva a concluir que el aumento de la esperanza de vida supone un rápido proceso de envejecimiento. Sin embargo, hemos mostrado que, si se considera adecuadamente el concepto de vejez, como un concepto más relacionado con el tiempo que nos queda por vivir, el proceso de envejecimiento avanza más lentamente.

Tampoco parece correcto asimilar el crecimiento de esa población a una expansión de la enfermedad y el consiguiente aumento del gasto sanitario hasta la propia insostenibilidad del sistema sanitario público. Se ha mostrado que el aumento de las personas de 65 y más años en Euskadi no ha venido acompañado de un aumento

parejo de la morbilidad, y también, que la evidencia estatal e internacional muestra que el envejecimiento demográfico no supone más del 10% del aumento de gasto sanitario, cuyo responsable principal habría que buscarlo en otros actores. En lo referente al sostenimiento del sistema de pensiones, el argumento demográfico también ha servido de coartada para justificar y proponer medidas que no se justifican por el argumento demográfico y que tienen que ver más con una propuesta política e ideológica.

¿Cuáles son las razones para utilizar, pues, el argumento demográfico? Probablemente, en ocasiones se trata de un uso inocente o equivocado basado en el sentido común y experiencia cotidiana. La demografía es una ciencia que estudia fenómenos que forman parte de lo más básico como humanos –el nacer y el morir– y sobre el que todas las personas tenemos experiencia, opiniones y percepciones. Asimismo, los comportamientos demográficos forman parte del núcleo de religiones e ideologías. Ello conlleva que fenómenos o creencias sobre el comportamiento demográfico de gran calado político o moral como el natalismo formen parte de los marcos más básicos de entender el mundo y lo que nos rodea, sin en ocasiones ni siquiera ser conscientes de ello.

Sin embargo, es fácil pensar que, en ocasiones, el uso no es del todo inocente y forma parte de una estrategia creada desde determinados intereses económicos y financieros. El argumento del envejecimiento es fácil de transmitir, sencillo de entender y, además, como ya hemos comentado, apela a lo más básico como humanos. Además, es fácil de plantear como una cuestión científica y, por lo tanto, objetiva y neutra. El envejecimiento se trata de una cuestión inevitable sobre la que no se puede, o mejor dicho, no se debe actuar, salvo algunas voces que han llamado a poco más que el suicidio u homicidio colectivo de personas mayores. Es decir, es el argumento perfecto. En primer lugar, perfecto para distraer la atención sobre otros actores, ¿por qué si detrás del aumento del gasto sanitario están factores como el precio de la tecnología sanitaria, las prácticas mercantilistas de la salud y de la industria sanitaria o los modelos de entender y tratar la salud, estos no están en la agenda social y política? En segundo lugar, es un argumento ideal para convencernos de la insostenibilidad de dos de los grandes sistemas de protección social y reducción de las desigualdades más importantes: el sistema sanitario y el sistema de pensiones. Asimismo, es un buen argumento para hacernos ver cómo las soluciones propuestas, entre ellas la estrella: la progresiva privatización de estos sistemas, son propuestas técnicas, objetivas y hasta de sentido común. Todo ello, con el evidente objetivo de la creación de un gran nicho de mercado y beneficio.

Durante el artículo ya hemos mostrado que el envejecimiento no supone necesariamente una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario y de las pensiones. Es verdad que el futuro de ambas instituciones es incierto, pero no tanto por el envejecimiento o el descenso de la natalidad, sino por los esfuerzos enormes que de-

terminados sectores están realizando para deslegitimarlo y convertirlo, paulatinamente, en un nicho de mercado para el enriquecimiento de unos pocos.

Su sostenibilidad depende, sobre todo, de su legitimidad social. Mientras socialmente tengamos claro que queremos mantener el derecho a una asistencia sanitaria universal, gratuita y de calidad, así como el derecho a una pensión digna, será fácil que hagamos ambos sistemas sostenibles. Sin embargo, mientras que la idea de la insostenibilidad se extienda, aunque sea basado en ideas falsas, la legitimidad social de los mismos irá decreciendo hasta que finalmente el sistema deje de ser sostenible porque dejará de tener apoyos.

El proceso es muy sencillo, la idea de insostenibilidad futura, la desconfianza en el futuro cercano lleva a que las personas progresivamente vayan buscando una solución individual a esas necesidades que antes se satisfacían colectiva y solidariamente. Las primeras personas que lo hacen son las que tienen más capacidad económica y posibilidad de hacerlo. La huida de esos sectores, que son los socialmente mejor posicionados, hacia el sistema privado implica que tales sectores, con mayor capacidad de presión social, dejen de exigir una adecuada financiación y calidad de sus servicios, ya que han dejado de utilizarlos. De esta forma, los sistemas públicos quedarán progresivamente relegados a la atención de los sectores más pobres, con menor capacidad de presión social y política. La consecuencia es evidente y Richard Titmuss (1958) la expresó con claridad: *«Un servicio para los pobres se convierte inevitablemente en un pobre servicio cuando la clase media, políticamente activa, los abandona»*. Este es el verdadero problema del sistema público en su futuro a medio y largo plazo, la capacidad de seguir siendo sistemas con amplia legitimidad social ante este tipo de discursos falsos e interesados.

Por todo ello, es importante un análisis de la realidad que sirva para poner en cuestión discursos que se basan en análisis sesgados e interesados de la misma. En este aspecto, este trabajo no ha querido ser más que una aportación más.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, J.M. (2019): «Esperanza de vida y sostenibilidad del sistema sanitario». *Cuadernos ICE* nº 908.
- AHN N.; ALONSO, J; HERCE, J. (2003): «Gasto Sanitario y envejecimiento de la población española». Fundación BBVA. Madrid
- BACIGALUPE, A.; MARTÍN, U. (2007): «Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud». Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- BLANCO-MORENO, A.; URBANOS GARRIDO, R.; THUISSARD, V. (2013): «Public healthcare expenditure in Spain measuring the impact of driving factors». *Health Policy*, 111(1):34-42.
- CARRERAS, M.; IBERN, P.; INORIZA, J.M. (2018): «Ageing and healthcare expenditures: exploring the rol of individual health status». *Health Economics*, 27(5): 865-876.
- CASADO, D. (2001): «Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades». *Gaceta Sanitaria*, 15(2):154-163.
- CASADO, D. (coord) (2009): «El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA». *Colección Documentos de Trabajo*. Fundación Pfizer.
- DE MEJIER, C.; KOOPMANSCHAP, M.; D'UVA, T.B.; VAN DOORSLAER, E. (2011): «Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability?». *Journal of Health Economics*, 30(3):425-43.
- DE MEJIER, C.; WOUTERSE, B.; POLDER, J.; KOOPMANSCHAP, M. (2013): «The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review». *European Journal of Ageing*, 10(4): 353-361.
- DOMINGO, A. (ed) (2018): «Demografía y posverdad. Estereotipos, distorsiones y falsedades sobre la evolución de la población». Icaria. Barcelona.
- DORMONT, B.; GRIGNON, M.; HUBER, H. (2006): «Health Expenditure Growth: reassessing the threat of ageing». *Health Economics*, 15(9): 947-963.
- EUROPEAN COMMISSION DIRECTORATE-GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2006): «The impact of ageing on public expenditure Projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-50)». *European Economy, Special Report* nº 1.
- (2018): «The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)». *European Economy Institutional Paper* nº 79.
- HERCE, J. (2019): «Ante el cambio demográfico, ¿natalidad o robotización?». *Cuadernos ICE* nº 908: 23-33.
- KLUGE, F.; ZAGHENI, E.; LOICHINGER, E.; VOGT, T. (2014): «The advantages of demographic change after the wave: fewer and older, but healthier, greener, and more productive?». *PlosOne*, 9(9).
- MACINNES, J.; PÉREZ, J. (2008): «La tercera revolución de la modernidad: la reproductiva». *REIS* (122): 89-118.
- MAJER, I.M.; NUSSELDER, W.J.; MACKENBACH, J.P.; KUNST, A.E. (2011): «Socioeconomic inequalities in life and health expectancies around official retirement age in 10 Western-European countries». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11): 972-979.
- MARTÍN, U. (2012): «Salud y desigualdades sociales en salud en el cambio de siglo en Euskadi». Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco.
- MARTÍN, U.; BACIGALUPE, A.; MORTERUEL M., et al. (2016): «Amenazas al derecho a la salud en Euskadi. Desigualdades sociales en salud y procesos de privatización en el sistema sanitario». *Medicus Mundi*.
- MARTÍN, U.; DOMÍNGUEZ-RODRIGUEZ, A.; BACIGALUPE, A. (2019): «Desigualdades sociales en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España». *Gaceta Sanitaria*, 33(1): 82-84.
- MOSQUERA, I.; GONZALEZ-RABAGO, Y.; MARTÍN, U.; BACIGALUPE, A. (2019): «Socio-economic inequalities in life expectancy and health expectancy at age 50 and over in European countries». *SozialerFortschritt*, 68(4): 258-288.
- OECD (2015): «Pensiones at glance 2015». OECD.

- PÉREZ, J. (2018): «Miedos y falacias en torno al envejecimiento demográfico», en Domingo A. (ed) (2018) *Demografía y posverdad. Estereotipos, distorsiones y falsedades sobre la evolución de la población*. Icaria. Barcelona.
- (2003): «La madurez de masas». Madrid. Imerso.
- PUIG-JUNOY, J. (2007): «Tensiones actuales y futuras sobre el bienestar sanitario. A la búsqueda del necesario equilibrio entre lo deseable y lo sostenible». Fundación Rafael Campalans. Barcelona.
- PUJOL, R.; ABELLÁN, A.; PÉREZ, J.; FARIÑAS, D. (2014): «La medición del envejecimiento». Madrid. *Informes Envejecimiento en red* nº 9.
- SANDERSON, W.; SCHERBOV, S. (2008): «Rethinking age and aging». *Population Boletín*, 63(4).
- (2010): «Remeasuring age». *Science*, 329: 1287-1288.
- (2013): «The characteristics approach to the measurement of population aging». *Population and Development Review*, 39(4): 673-685.
- SPIJKER, J.; MACINNES, J. (2013): «Population ageing: the timebomb that isn't?». *BMJ*. 347.
- TITMUS, R. (1958): «Essays on the welfare state». London: Unwin Hyman.
- VELA, E.; CLERIES, M.; VELLA, V.; ADROHER, C.; GARCÍA-ALTES A. (2019): «Análisis poblacional del gasto en servicios sanitarios en Cataluña (España) ¿Qué y quién consume más recursos?». *Gaceta Sanitaria*, 33(2); 24-31.
- VILCHES, A.; GIL PÉREZ, D. (2016): «La transición a la Sostenibilidad como objetivo urgente para la superación de la crisis sistémica actual». *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 13(2):395-407.
- WERBLOW, A.; FELDER, S.; ZWEIFEL, P. (2007): «Population ageing and health care expenditure: a school of red herrings?». *Health Economics*, 16(10) 1:109-126.
- ZWEIFEL, P.; FELDER, S.; MEIERS, M. (1999): «Ageing of population and health care expenditure: a red herring?». *Health Economics* (8): 485-496.
- ZWEIFEL, P.; FELDER, S.; WERBLOW, A. (2004): «Population ageing and health care expenditure: new evidence on the red herring». *The Geneva Papers on Risk and Insurance: Issues and Practice*, 29(4): 653-667.