

UNA ESPAÑA QUE ENVEJECE

Antonio Abellán García
Adalberto Aguilar Baltar
Francisco Barco Solleiro
Gloria Fernández-Mayoralas
José Luís Jordana Laguna
Francisco Jurdao Arrones
Nicolás Mallo Fernández
Rafael Pineda Soria
Florián Ramírez Izquierdo
Angel Rodríguez Castedo
Fermina Rojo Pérez
José María Ruiz de Velasco
Andrew Sixsmith
Ana Vicente Merino

SERIE: CURSOS DE VERANO

Una España que envejece
primera edición, julio 1992.

- © de cada uno de los autores para sus artículos
- © de la presente edición:
Universidad Hispanoamericana Santa María de la Rábida

ISBN: 84-80010-004-4

DL: GR 863/1992

Imprime: Gráficas Anel, S.A.
Polígono Industrial Juncaril
Albolote (Granada)

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ella mediante el alquiler o préstamo públicos.

I. UNA ESPAÑA QUE ENVEJECE. SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS.

Antonio Abellán García

Los problemas

Los cambios en los comportamientos y patrones demográficos en los últimos lustros han tenido importantes consecuencias en la sociedad española; la más destacable es el envejecimiento de la estructura demográfica.

Este proceso tiene determinadas características y unas claras implicaciones que afectan a la vida personal y a medidas de política económica y social.

El envejecimiento demográfico es un reto que hay que afrontar; este problema es de dominio público pues a la sociedad le preocupan los aspectos económicos y sociales derivados del proceso.

Pero ¿por qué se habla de reto o problema?

En primer lugar, se dice que España envejece porque:

- han caído las tasas de fecundidad,
- hay menos niños en cifras absolutas y relativas con respecto al conjunto de la población,
- hay más personas que sobrepasan el umbral de los 65 años,
- éstas tienen un mayor peso relativo como grupo de edad,
- viven más tiempo que antes,
- este grupo significa el 80% de nuestros fallecidos (cuando a principio de siglo no alcanzaban el 30%),
- además, el problema es más «visible» y existe una mayor conciencia ciudadana y por parte del mismo colectivo de mayores que empieza a organizarse.

ANTONIO ABELLAN GARCIA es investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y Director del Curso.

En segundo lugar, aumentan las demandas de ese grupo y aparecen otras nuevas, traducidas como carga social:

- mantenimiento de recursos económicos; en 1989 cerca de medio millón ganaban menos de 25.000 pts/mes, 250.000 mayores no tenían ningún tipo de ingreso económico; sin embargo, el Estado soporta en la actualidad más de siete millones y medio de pensiones de diferente tipo,

- prestaciones sanitarias: aumentan ostensiblemente los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte; los mayores ocupan más de un tercio de las camas hospitalarias y sus estancias son más prolongadas que las del resto de la población; consumen la mayor parte del gasto médico,

- servicios asistenciales, relacionales y de alojamiento (una cuarta parte de esta población vive sola; más del 60% de las casas no tienen calefacción; existe déficit de alojamientos colectivos, etc.).

Finalmente se habla de reto o desafío en el triple sentido de que este proceso es una amenaza, que aún queda mucho por hacer para alcanzar una completa protección social para este grupo de personas y porque se requiere agilidad y destreza para solucionar los problemas planteados.

Cuántos son y cuántos serán

La *edad* tiene trascendencia económica pues no sólo delimita los grandes conjuntos demográficos, sino que es un factor prioritario para analizar las repercusiones de la evolución demográfica (y el envejecimiento) en los sistemas de protección social o en todo conjunto de políticas de gasto público social (escolarización, sanidad, pensiones...).

Aunque habitualmente se acepta el umbral de los 65 años cumplidos (edad cronológica) para delimitar al grupo de personas mayores, lo cierto es que pueden existir tantos umbrales como criterios de definición de vejez y por consiguiente igual número de grupos.

En cambio, el envejecimiento se refiere al proceso demográfico consistente en el aumento del peso relativo del grupo previamente definido como viejo con respecto a los otros grupos de población.

El número y la proporción de personas de edad han ido creciendo paulatinamente a lo largo de este siglo, pero en los últimos lustros se ha producido una acentuación del proceso. En 1986 se alcanzaba el 12.2% de la población, 4.7 millones de habitantes. Las proyecciones para 1991 (a la espera de los resultados del censo) sitúan la proporción en el 13.2%, es decir, por encima de los 5.2 millones de personas. Estas cifras expresan la gravedad del proceso que ha alcanzado un nivel parecido a otros países europeos de anterior y más fuerte envejecimiento (Cuadro 1.1).

Otra característica destacable es la rapidez con que estos incrementos se han producido, en especial en los últimos tres lustros. Entre 1900 y 1986 el número de personas de edad se multiplicó por cinco, mientras que el conjunto total sólo se duplicó; el crecimiento ha sido incluso mayor entre los llamados «muy viejos» (75 y más años) que han aumentado siete veces.

Heterogeneidad sociodemográfica. La edad del grupo se escalona regularmente en la pirámide de edades, consecuencia directa de tasas crecientes de mortalidad específica; se observa una ligera muesca de los nacidos en torno a 1915, como efecto de pérdidas durante la guerra civil, ya suavizada por el paso de los años.

La sex ratio de las personas de edad está muy desequilibrada y con índices diferentes al resto de los grupos de población: 68.2 varones por 100 mujeres, lo que significa casi 900.000 mujeres más; la relación en los grupos de jóvenes y adultos era de 105.6 y 99.5, respectivamente. A principios de siglo se situaba en 90.7, lo que refleja una supermortalidad masculina a lo largo de este siglo (influencia de la guerra civil y mortalidad profesional).

Existe una mayor longevidad de la mujer que una vez cumplidos los 65 años tiene una esperanza de vida de más de 18 años por 15 los hombres. Curiosamente la disimilitud entre sexos se ha ido produ-

Cuadro 1.1 Población de 65 y más años, 1950-2050 (millones) Cifras reales en (1950-80) y proyectadas.

	1950	1980	1990	2000	2020	2050
Alemania	4.7	9.6	9.5	10.2	11.5	10.2
Australia	0.7	1.4	1.9	2.2	3.4	5.0
Austria	0.7	1.2	1.1	1.1	1.5	1.5
Bélgica	1.0	1.4	1.4	1.4	1.7	1.8
Canadá	1.1	2.3	3.0	3.7	6.1	7.7
Dinamarca	0.4	0.7	0.8	0.7	0.9	0.9
España	2.0	4.1	5.1	5.9	7.0	9.0
Estados Unidos	12.4	25.7	30.4	32.2	47.4	60.7
Finlandia	0.3	0.6	0.7	0.7	1.1	1.0
Francia	4.8	7.5	7.7	8.7	11.2	12.2
Grecia	0.5	1.3	1.2	1.5	1.8	2.0
Holanda	0.8	1.6	1.9	2.1	2.8	3.0
Irlanda	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.8
Italia	3.8	7.7	7.9	8.7	10.3	10.3
Japón	4.4	10.7	14.0	19.4	26.4	26.1
Luxemburgo	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Noruega	0.3	0.6	0.7	0.7	0.8	0.9
Nueva Zelanda	0.2	0.3	0.4	0.4	0.6	0.9
Portugal	0.6	1.0	1.2	1.4	1.6	1.9
Reino Unido	6.4	8.3	8.5	8.3	9.5	10.6
Suecia	0.7	1.4	1.5	1.4	1.7	1.6
Suiza	0.5	0.9	1.0	1.1	1.6	1.4
Turquía	0.7	2.1	2.3	3.5	6.2	13.0

Fuente: OCDE, Banco de datos

ciendo durante este siglo, pues a principio del mismo la esperanza de vida a los 65 años era similar en ambos.

El riesgo de mortalidad es mayor en los hombres y más tardío en las mujeres (Figura 1.1); se inicia la progresión regular de las tasas específicas hacia los 50 años de forma tan evidente que se puede proponer la curva gráfica del aumento de mortalidad como otro criterio para delimitar el inicio de la «última edad».

De los conceptos de longevidad y mortalidad se deriva otro que adquiere a estas edades especial significación: la vida restante o el tiempo por vivir. Los porcentajes han ido aumentando desde principio de siglo de tal forma que en la actualidad se supera el 25% de vida por vivir sobre lo ya vivido, o dicho de otro modo, a las personas de edad le resta más de una quinta parte de su vida total previsible.

El estado civil se va modificando; aumenta la viudedad (49.6% de las mujeres viejas son viudas por sólo el 18% de los hombres), y está más presente en medio urbano que en el rural. Los porcentajes elevados de viudas tienen repercusión en los cálculos de las tasas de reversión de pensiones

El nivel de instrucción marca diferencias notables dentro de este colectivo y con el resto de la población. Aunque se ha reducido la tasa de analfabetismo en las últimas décadas, ésta sigue siendo alta. En 1986, el 47% de los analfabetos españoles eran viejos y además la mayoría mujeres; el porcentaje de personas de edad sin estudios primarios supera el 55%. Este hecho tiene una gran trascendencia en los comportamientos y actitudes de esta población ante la salud y otras políticas asistenciales.

Tendencia futura. La característica más notable es la *irreversibilidad* del proceso de envejecimiento en los próximos decenios, aunque en sí sea reversible al depender de las relaciones porcentuales entre grupos de población que son cambiantes.

Toda proyección se basa en las hipótesis de mortalidad, fecundidad y movimientos migratorios. Normalmente los elementos que entran en los cálculos son los dos primeros pues las tendencias de las migraciones internacionales son muy difíciles de prever y nunca han

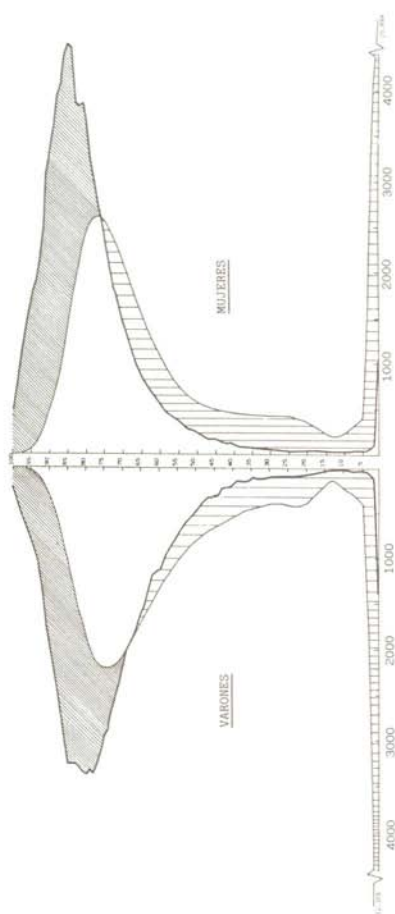


Figura 1.1. Defunciones por edad y sexo en España, 1930 y 1980 (trazo grueso). Generación de 100.000 habitantes.

Fuente: INE: *Tablas de mortalidad*.

adquirido dimensiones destacables en España, por lo que no suelen estimarse; los movimientos intranacionales no alteran el resultado global y sólo sirven para matizar a escala regional el grado de envejecimiento.

La mortalidad se sitúa actualmente en torno al 8 por mil y se supone una estabilidad de la misma en los próximos años o bien una ligera inflexión a la baja, pero siempre dentro de oscilaciones bajas. La razón fundamental para este planteamiento es que la tasa de mortalidad infantil ha quedado reducida a niveles mínimos (de los más bajos del mundo) y porque no es pensable un incremento de mortalidad catastrófica. Por ello, muchas proyecciones mantienen estable esta variable.

Por tanto, la clave para explicar la evolución futura del proceso (y para comprender la gravedad y rapidez actual del mismo, como se verá) es la variación de la tasa de fecundidad, que condiciona el número de nacimientos, el tamaño del grupo de jóvenes y por consiguiente el aumento relativo de los viejos.

Por ello, las proyecciones suelen adoptar unos planteamientos optimistas, pesimistas y medios, en función de la evolución prevista de la tasa. En cualquier caso, y con las tasas del decenio de los 80, España se situará en el año 2021 con un porcentaje de personas de edad superior al 16% (INE); la OCDE sitúa este porcentaje en el 17 para el 2020; el INSERSO en el 16.5% y Naciones Unidas (variante media) en el 20.1% (Figura 1.2).

Paralelamente, el resto de los grupos también verá modificada su composición: los jóvenes disminuyen y la población en edad de trabajar ralentizará su crecimiento y hacia el 2020 empezará a perder efectivos, a la vez que se producirá un serio envejecimiento de la masa laboral. Si comparamos el grupo de 55-59 años con el de 20-24, se obtiene una relación de 76 por cada 100 (en Europa era de 80), que aumentará a 94 en el 2010 (Europa habrá sobrepasado los 117 cinco años más tarde). Estas cifras son preocupantes si se comparan con los 64 trabajadores de edad por cada 100 que se iniciaban en el mercado de trabajo en 1970.

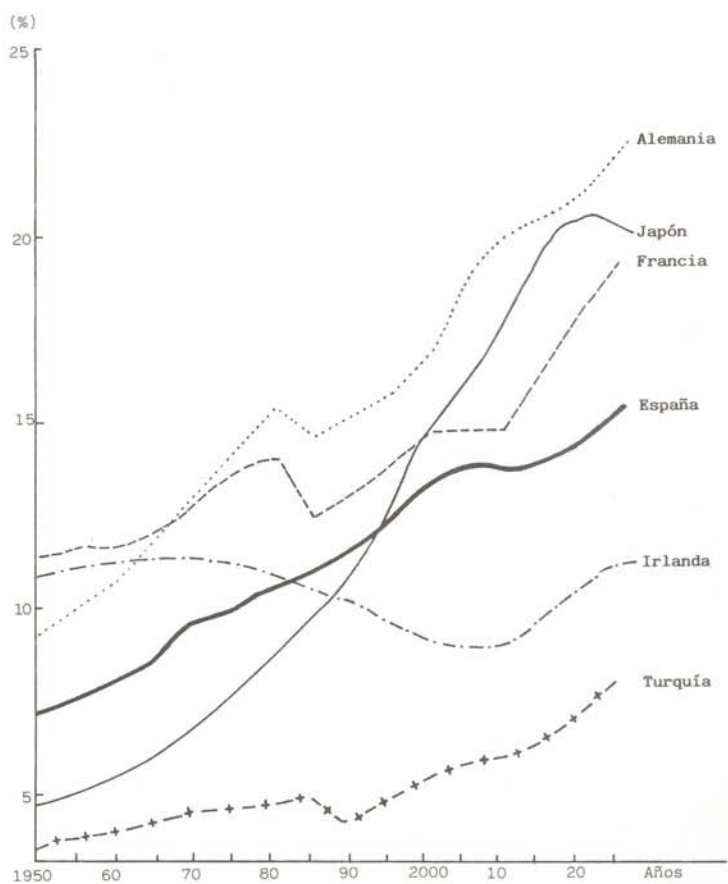


Figura 1.2. Población con 65 y más años (%), 1950-2025. Fuente: Naciones Unidas, variante media.

Causas de la situación actual y futura

Se ha señalado antes que la clave es la evolución de la tasa de fecundidad. Sin embargo, todavía se lee con frecuencia que la mortalidad y los movimientos migratorios son causas del proceso de envejecimiento.

El descenso de las *tasas de mortalidad general*, en parte debido al de la tasa específica de mortalidad infantil, produce el efecto contrario al imaginado: rejuvenece una estructura demográfica pues existen más niños y más adultos en sus correspondientes grupos de edad. En cambio, el descenso en las tasas específicas en las edades superiores genera un «envejecimiento» de los ya viejos, al prolongar aún más su vida. Por ello, el descenso de las tasas de mortalidad general y específica infantil (las dos que han registrado cambios más notables en los últimos años) no es causa del incremento porcentual del grupo de personas de edad, es decir, del envejecimiento demográfico.

Los *movimientos migratorios internacionales* no son significativos a escala nacional. Destacan en la pasada década dos tipos de flujos inmigratorios: población en edad de trabajar y jubilados. Ambos colectivos se conocen muy mal y no es posible avanzar cifras de efectivos. En este segundo semestre de 1991 se está llevando a cabo una regularización de inmigrantes en situación irregular (que afecta fundamentalmente a trabajadores) y todavía no se han realizado investigaciones profundas para conocer el número de jubilados extranjeros.

Si bien el primer tipo provoca un aumento de los grupos centrales de la pirámide, en cambio adquiere cierta importancia local el hecho de recibir a contingentes de extranjeros de edad, jubilados y retirados procedentes de otros países europeos. Las estructuras demográficas en los núcleos costeros, mediterráneos y canarios, se modifican, pero son aún mayores las consecuencias en las formas de vida, servicios sociales y sanitarios, relaciones intergrupos, etc.

En cualquier caso se precisan estudios de detalle que permitan explicar estos flujos y conocer su alcance social, económico y

territorial; actualmente residen en España casi 400.000 extranjeros, pero existe un grave problema de subregistro considerándose la cifra real dos o tres veces superior, tanto en inmigrantes trabajadores como en los jubilados.

Los *movimientos migratorios interiores* tampoco se han estudiado suficientemente; su trascendencia sobre el envejecimiento sólo alcanza a explicar las diferencias puntuales en regiones y comarcas españolas y no justifican el proceso general que está teniendo lugar en España. Se trata de flujos migratorios de retorno, es decir, de antiguos emigrantes que llegaron a las zonas urbanas e industriales de España (sobre todo País Vasco, Cataluña y Madrid) y que tras la jubilación deciden regresar a sus lugares de origen. El volumen de estos desplazamientos es importante (5% de los habitantes que cambian su residencia son personas de edad, entre los que ya no existe el motivo económico o laboral para moverse), pero sus consecuencias están por estudiar.

Descenso de las tasas de fecundidad. Esta es la causa fundamental del proceso de envejecimiento de la población española. El índice sintético de fecundidad (número de hijos por mujer) era en 1988 de 1.38 (INE, cifras provisionales), que junto con Italia es el más bajo del mundo. Este índice está por debajo del nivel de reemplazo generacional que se sitúa en 2.1 hijos por mujer.

España sigue en este sentido el mismo proceso padecido por otros países europeos aunque con varios años de retraso. En los últimos años de la década del 80 se está observando un cambio en la tendencia de estos países con aumento ligero de las tasas de fecundidad: Islandia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Alemania, e incluso Austria, Bélgica y Holanda, aunque se precisa una mayor perspectiva temporal para conocer la firmeza o debilidad de estas tendencias.

Las *causas* de este descenso son complejas y resulta difícil sopesar la importancia de cada una de ellas. Siguiendo en parte a Cliquet (1991) se pueden sintetizar en dos grandes tipos:

a) Cambios en las condiciones de vida. Existe una mayor protección social y una mayor percepción de las transformaciones operadas en

los sistemas de transferencias económicas y sociales; de ello se deriva un comportamiento de restricción del número de hijos, que ya no se precisan para trabajar. La caída de la mortalidad infantil conduce a un menor número de hijos tenidos creando una inercia de descenso. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo es una prueba más del desarrollo individual y profesional de las últimas décadas, que incide en el descenso. La mayor consideración de la calidad de vida y de la prestación de una educación mejor lleva a una menor descendencia.

b) Cambios en los valores sociales. El proceso de secularización de la sociedad (que tímidamente se inicia ya en el s.XIX con la creación del registro civil para el control de los nacimientos, sustituyendo a la Iglesia en ese papel) conduce a una menor influencia de las ideas religiosas en los valores sociales y a una predominancia de valores de racionalidad. Ha avanzado la democratización en todas las esferas, incluida la familiar, donde llega a discutirse el número de hijos deseados, lo que significa un cambio radical con anteriores comportamientos. Ha habido un crecimiento del individualismo, del materialismo y un mayor aprecio del bienestar material.

La suma desigual de todos estos componentes ha conducido a un rápido descenso de la tasa de fecundidad acentuado en España en los últimos tres lustros.

Si complejas son las causas que conducen a esta situación, aún más lo son las soluciones para corregir estas tendencias, pues ni siquiera el poder político es consciente de la gravedad de la situación ni tiene una política demográfica definida. Esta implica a veces a más sectores que los puramente demográficos, como por ejemplo si existen bonificaciones fiscales o incentivación a empresas o beneficios de prestaciones sociales alternativas, etc.

Las soluciones deben apuntar en la dirección de cambios en los valores sociales y culturales (por ejemplo, que se insista más en el «ser» que en el «tener»), y que los hijos no constituyan un obstáculo para una mejor educación, el trabajo femenino o para la calidad de vida de la familia. Debe descartarse que las tendencias actuales se

corrijan espontáneamente, por lo que parece obligada una acción específica en este sentido.

Justicia intergeneracional

En una España que envejece es importante conocer la solidez de los sistemas de protección, social y económica, para las personas de edad. Las transferencias de recursos se presentan como una especie de contrato entre generaciones de trabajadores y pensionistas. El envejecimiento aumenta el peso de las demandas de este colectivo que deben ser satisfechas básicamente por la población en edad de trabajar.

La primera demanda, en orden de preferencia y por el carga económica aparejada, es la del *mantenimiento de recursos económicos* tras la jubilación o la garantía de los mismos para aquellas personas que no tienen ingresos suficientes una vez alcanzados los 65 años. Por tanto, jubilación o umbral de 65 años representan un derecho a bienestar económico y a la vez una carga social.

El estado garantiza esos derechos a través de la transferencia de recursos (pensiones, sanidad, servicios sociales), aunque no es la única vía existente y posible. Históricamente han existido tres tipos básicos de transferencias:

- a) entre generaciones dentro de la misma familia, que se constituía así en el principal elemento socializador o redistribuidor de riqueza,
- b) entre generaciones a través de la sociedad/estado, que garantiza a los no activos unos recursos económicos por parte de la población activa,
- c) sistema de transferencia de recursos de un individuo a sí mismo a través del tiempo, desde un estadio de su vida generador de recursos a otro, a través de un sistema de capitalización.

La familia «protectora» ha dejado de tener ese papel de socialización entre sus miembros debido a un menor tamaño medio familiar, una mayor movilidad geográfica de los hijos, un debilitamiento de los lazos familiares y cambios en los valores sobre la familia. Este explica que algunos de los problemas que el envejecimiento acarrea no

dependan sólo de la evolución demográfica sino también de las transformaciones habidas en la situación y valores familiares.

Por esto el peso de la transferencia de recursos económicos recae directamente en el segundo sistema, el Estado, y paulatinamente adquirirá mayor importancia el tercero; sobre ambos pueden actuar los poderes públicos.

Tipos y número de pensiones. Las pensiones persiguen garantizar recursos a la población afectada, reducir la pobreza y la desigualdad de rentas. No obstante, se considera que suelen reproducir las diferencias económicas desarrolladas durante la vida laboral pues no son el único ingreso de todas las personas mayores y cuando lo es las disparidades son notables; además la vejez es una especie de resumen de todas las características que definieron esa vida llena de contrastes y desigualdades.

En los países donde ha sido posible un estudio longitudinal, se observa que el nivel de pobreza entre las personas de edad ha descendido gracias a los sistemas de pensiones (Estados Unidos, Irlanda, Reino Unido, Bélgica, etc.).

España soportaba en 1990 más de siete millones de pensiones de todo tipo: sistema de la Seguridad Social, asistenciales, minusválidos (contributivos), LISMI, derechos pasivos y de la Administración Local (Cuadro 1.2).

La mayor parte de ellas están encuadradas dentro del sistema de la Seguridad Social. En éste se denominan «pensiones» a las prestaciones económicas vitalicias o de duración indeterminada; también se llaman pensiones a las de orfandad, limitadas en el tiempo, salvo que el beneficiario está incapacitado. Las clases de pensiones son: invalidez permanente, jubilación, viudedad, orfandad y en favor de familiares; el conjunto de las tres últimas se denomina pensiones de muerte y supervivencia. Predominan las de jubilación (2.8 millones), invalidez (1.6) y viudedad (1.5)

Los *afiliados en alta* a la Seguridad Social (que soporta 6.1 millones de pensiones) eran 12.5 millones de trabajadores. La relación

Cuadro 1.2 Pensiones públicas en España, según regímenes y clases, 1990 (miles)

	Total	Jubilación	Invalidez	Viudedad	Otras	Afiliados en alta a la Seguridad Social
Sistema Seguridad Social	6.102,1	2.803,8	1.567,9	1.541,0	189,4	12.513,9
General	2.773,1	1.260,3	627,6	774,1	110,0	8.550,2
Autónomos	618,2	330,2	126,1	147,4	14,5	2.165,4
Agrarios	1.596,3	714,4	481,7	363,5	36,6	1.428,5
Empleadas Hogar	169,0	88,0	76,8	3,2	1,0	192,3
Mar	106,4	43,8	21,6	36,3	0,1	132,9
Minería carbón	74,5	37,8	14,1	20,1	2,5	44,6
Otros	210,1	---	117,2	73,9	---	---
SOVI	554,3	329,3	102,7	122,3	---	---
Minusválidos (contributivos)	201,3					
Asistenciales	327,8	161,2	(166,6 enf.)			
LISMI	289,8					
Derechos pasivos (1988)	722,5					
Administración Local (1988)	111,6					

Fuente: Anuario de Estadísticas Laborales, 1990.

afiliado/pensión es muy baja, 2.1, aunque tiende a estabilizarse en los últimos años tras un descenso importante. Existe un desequilibrio entre los diferentes regímenes del sistema (general, autónomos, agrario, empleados de hogar, trabajadores del mar, minería del carbón). El régimen general, con 2.8 millones de pensiones y 8.6 de afiliados es el más equilibrado y permite el mantenimiento de otros deficitarios, como el de la minería del carbón donde «teóricamente» cada afiliado sostendría a 1.7 pensionistas.

Los trabajadores aportan el 4.8% de su salario, mientras que los empleadores complementan con 24% del mismo, para cubrir prestaciones económicas (excluido paro y formación profesional). Los ingresos por cotizaciones significan aproximadamente el 70% (4.9 billones de pts) de los fondos de la Seguridad Social; el resto para cubrir el presupuesto viene aportado por el Estado. Los gastos del sistema en pensiones significan el 59% del presupuesto (4.2 billones de pts), y se distribuyen entre jubilación (53%), invalidez (27%) y muerte y supervivencia.

La cuantía media de las pensiones de la Seguridad Social se situaba, en 1990, entre 35 y 45.000 pts. (33.1%), siguiéndole en importancia las de montante inmediatamente superior e inferior. La media de las pensiones de jubilación es algo más alta, pero las de viudedad son bastante más bajas; más del 90% de éstas no superan las 45.000 pts mensuales.

Incremento del gasto público. En los últimos años se ha producido un incremento considerable del gasto público en pensiones que supera la media de los países de la OCDE (Cuadro 1.3). Las causas han sido:

- a) Rapidez del proceso de envejecimiento en los últimos quince años.
- b) Adelantamiento «rígido» de la edad de jubilación y aumento de las jubilaciones anticipadas como consecuencia de la crisis económica y como medida de los poderes públicos para regular el mercado de trabajo. Por ello, alterando la edad de jubilación, se ocasionan mayores cambios en los costes sociales que la propia evolución demográfica.

Cuadro 1.3. Tasa de crecimiento anual de los gastos correspondientes a pensiones. OCDE.

Países (años)	Pensiones		Totales
	(1)	(2)	(3)
Australia (1961-85)	6.1	2.5	3.5
Austria (1960-85)	7.3	2.3	4.9
Bélgica (1971-83)	8.1	3.0	5.0
Canadá (1960-85)	8.5	5.6	2.8
Dinamarca (1960-83)	5.2	2.1	3.1
Finlandia (1960-85)	9.3	3.5	5.6
Francia (1970-85)	5.8	--	--
Alemania (1960-85)	5.5	2.7	2.5
Irlanda (1960-85)	7.3	2.2	5.0
Italia (1960-85)	8.9	4.1	4.7
Japón (1960-84)	13.5	6.2	6.9
Luxemburgo (1960-85)	7.0	3.4	3.4
Países Bajos (1960-85)	8.3	4.3	3.9
Nueva Zelanda (1960-85)	5.7	3.2	2.4
Noruega (1960-85)	10.1	5.1	4.7
Portugal (1960-84)	16.5	17.0	-0.5
España (1974-85)	10.8	4.7	5.9
Suecia (1960-84)	7.7	2.9	4.7
Suiza (1960-84)	9.1	2.1	6.8
Reino Unido (1960-85)	4.4	1.8	2.6
Estados Unidos (1960-84)	5.9	3.6	2.3
Media	7.8	3.4	4.2

Fuente: OCDE, *Banco de datos sociales*. OCDE: *La reforme...* p. 27

- 1.- Tasa de crecimiento deflactado.
- 2.- Numero de beneficiarios.
- 3.- Pretaciones reales por beneficiario

c) Extensión de la cobertura y aumento de las prestaciones. Con la reciente Ley de Pensiones no contributivas se ha extendido la protección a toda la población mayor sin recursos suficientes. Con la política de mínimos se han elevado las cuantías de las pensiones acercándolas al salario mínimo interprofesional.

Obviamente estos factores no van a seguir actuando en el inmediato futuro de la misma forma, por lo que no es de esperar un incremento del gasto público tan fuerte como el habido en los últimos años.

Por otra parte, *la tasa de dependencia*, que mide de forma bruta la relación entre la población potencialmente activa y dependiente, se sitúa en torno a 55 (viejos y jóvenes con respecto a 100 adultos) y no se observará un cambio en la tendencia hasta la década de los 20 del próximo siglo. Así el problema se traslada al mantenimiento del desarrollo económico que garantice actividad a los potencialmente activos, más que ser un problema centrado en la evolución demográfica y el envejecimiento.

Salud y vejez

La imagen de carga o peso, debido al coste de las prestaciones económicas a las personas de edad, contribuye a un deterioro y desvalorización social de este colectivo. A ello se añade el hecho objetivo de unas condiciones de salud cambiantes, pasados los 60 años, por lo que los sentimientos y las imágenes de esta edad no han sido ni son muy positivos.

Los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte aumentan con la edad; la degradación de la salud lleva asociados unos gastos sociales intangibles (sufrimiento individual y familiar) y unos costes económicos que soporta el conjunto de la sociedad. El deterioro de la salud ha sido tan marcado que ha existido una tendencia ancestral a identificar vejez y enfermedad.

La salud es la segunda gran preocupación y demanda de las personas de edad, después de la garantía de recursos económicos. El estado de salud afecta directamente a la calidad de vida de las personas

y con la vejez aparecen síntomas fisiológicos (disminución física y sensorial), aumenta la propensión a enfermedades crónicas y existe una percepción diferencial de las mismas según la edad, el sexo y la condición socioeconómica.

Las *enfermedades* más frecuentes padecidas por este grupo de personas son las de tipo circulatorio, aparato digestivo, tumores y respiratorias; destacan los traumatismos como problemas agudos; suele coincidir esta clasificación con la de morbilidad hospitalaria (Cuadro 1.4). En general, los enfermos de edad permanecen en los hospitales durante períodos más largos de tiempo que el resto de la población, para el mismo tipo de enfermedad.

Las *discapacidades* también aumentan con la edad y son una seria limitación a la autonomía y al bienestar personal. Las principales son las referidas a movilidad física (correr, subir escaleras, andar...) y las sensoriales (ver, oír, hablar); por ejemplo, más de la mitad de personas por encima de los 65 años no pueden correr (Cuadro 1.5)

La *mortalidad* también se incrementa considerablemente con la edad (Figura 1.1). Existe una sobremortalidad diferencial en los diferentes grupos, de la que ya se habló. Las causas de defunción no coinciden con las de morbilidad hospitalaria, aunque siguen destacando los problemas circulatorios.

Salud subjetiva. Además de estos problemas existe una salud percibida que se convierte en un importante factor del estado de salud general y significa una predisposición y una actitud para determinar la demanda, utilización e intensidad de los servicios de salud.

La autopercepción del estado de salud viene condicionada por las enfermedades reales padecidas, pero también por factores demográficos, sociales, económicos o residenciales (Cuadro 1.6). Es peor cuanto mayor es la edad, si se es mujer, cuanto más bajo es el nivel de ingresos y de instrucción, que incluso son más determinantes que la propia enfermedad; por ejemplo, las personas con la misma patología autovaloran su salud de forma muy negativa o sólo negativa según su menor o mayor nivel de ingresos, respectivamente. Retomando las características que definían a este colectivo y de acuerdo a esta

Cuadro 1.4. Morbilidad hospitalaria (1988) y defunciones (1985), según causas

Enfermedad	Morbilidad Hospitalaria				Defunciones			
	Población sin viejos		Población 65 y más		Población sin viejos		Población 65 y más	
	%	Días estancia media	%	Días estancia media	Nº	%	Nº	%
I. Infecciones	2.7	13	1.3	28	1.371	1.7	1.918	0.8
II. Tumores	5.8	13	10.9	14	25.030	31.7	43.749	18.7
III. Endocrinas	1.3	13	2.6	12	1.691	2.1	7.955	3.4
VII. Circulatorias	4.8	12	17.0	16	22.401	25.8	119.471	51.1
VIII. Respiratorias	6.9	8	9.3	16	4.294	5.4	24.515	10.5
IX. Aparato digestivo	10.2	10	12.4	11	6.664	8.4	11.307	4.8
X. Genitourinarias	6.4	8	6.6	12	997	1.2	5.665	2.4
XVI. Mal definidas	8.2	8	7.7	13	1.555	2.0	8.208	3.5
XVII. Traumatismos	20.2	9	17.5	16	11.571	14.7	4.096	1.8
Resto enfermedades	33.5	15	14.8	39	5.405	6.8	6.686	2.9
Totales	100	11 \bar{X}	100	19 \bar{X}				
		(2.824.596)		(824.220)	78.962	100	233.570	100
Población total		(33.835.172)		(4.973.786)				

Fuente: INE, Encuesta de morbilidad hospitalaria, Madrid 1990.

INE, Movimiento natural de la población española, Madrid 1990.

Cuadro 1.5 Discapacidades en personas de 65 años y más (%).

Actividad	Madrid	Cataluña	Andalucía
Correr	62.5	52.5	55.8
Subir escaleras	44.5	29.4	36.3
Andar	14.9	11.7	10.8
Oír	13.9	9.8	9.6
Ver	10.5	9.3	12.8

Fuente: INE, *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*, Madrid, 1987.

Cuadro 1.6 Percepción del estado de salud. España, 1987.

Percepción estado de salud.	Total Nacional	Hasta 34 años	65-74 años	75 y más	población de 65 y más años		
					Estudios superiores	Analfa-betos	Ingresos ¹ inferiores 25.000 pts. 100.000 pts.
Muy bueno	14.4	21.0	4.8	6.1	13.9	3.4	4.6
Bueno	53.2	63.9	35.4	31.6	48.7	24.2	25.1
Regular	23.8	12.6	41.9	40.4	31.6	44.2	44.6
Malo	6.7	1.9	14.5	18.6	3.8	24.2	22.6
Muy malo	1.4	0.3	2.7	3.0	1.9	3.7	2.5
N C	0.6	0.3	0.7	0.3	0.5	0.5	0.3
Total (n) (100)	27.756	11.180	3.284	1.663	159	653	607
							75
							679

1.- pts/mes.

Fuente:

*Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.*Abellán García, A.; Fernández Mayoralas, G.; Rodríguez Rodríguez, V.; Rojo Pérez, F.; *El envejecimiento de la población española y sus características sociosanitarias. Estudios Geográficos, 1990, nº 199-200.*

constatación, se puede afirmar que las personas de edad son potenciales y seguros consumidores de servicios sanitarios.

Gastos en salud. La cifra global de gasto sanitario para toda la población supera el 6% del PIB y España ocupaba el puesto 18º dentro de la OCDE en 1984. El 74% del total corresponde a gasto público, que ascendía en 1989 a 2.1 billones de pts (y 0.65 billones el gasto privado). La parte más importante del gasto se dirige a cubrir las necesidades hospitalarias (43% en 1987) de las que son grandes usuarios las personas mayores; le siguen en importancia los gastos ambulatorios y de productos farmacéuticos. La figura 1.3 compara el número de activos con pensionistas y su correspondiente gasto médico.

El gasto se ha incrementado en los últimos años fuertemente, como ha sucedido en otros países, pero España lo ha hecho varios puntos por encima de la media de la OCDE (Cuadro 1.7). Las causas han sido:

- a) Aumento de los efectivos demográficos.
- b) Maduración del sistema de protección por extensión a prácticamente toda la población.
- c) Evolución real de las prestaciones, debido a una mayor utilización de los servicios, por la libertad de los profesionales en los cuidados recomendados, por la demanda creciente inducida por el progreso de la medicina y la tecnología médica.
- d) Disfunción entre el sistema sanitario y social de atención a las personas de edad.

Ante esta situación muchos países intentan frenar los gastos, racionalizándolos. En España existe una prueba reciente de ello en el «Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud», que responde a una petición del Congreso asumida por el Ministerio de Sanidad.

Pero los gastos sociales en general y sanitarios en particular no han de crecer paralelamente al envejecimiento demográfico porque las causas no actuarán en el futuro de la misma forma. Las costumbres y comportamientos sociales en cuanto a higiene, salud, dieta alimen-

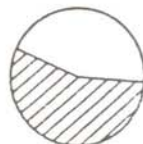
POBLACION PROTEGIDA



GASTO



Nº RECETAS



1982

1985

1988

Figura 1.3. Evolución de la población protegida, gasto y recetas de activos y pensionistas en el período 1982-1988. Fuente: M.D. Herreros Marcos y col., en M^o de Sanidad: *Estudios de utilización de medicamentos*, p.358. Parte tramada=pensionistas.

Cuadro 1.7 Crecimiento de los gastos de salud 1960-84, tasa anual.

Países	gasto real	debido a:	
		demografía	Utilización intensidad
Canadá	6.5	1.4	5.1
Francia	7.9	0.8	7.0
Alemania	4.2	0.4	3.8
Italia	6.5	0.5	5.9
Japón	10.2	1.1	9.1
Reino Unido	4.4	0.3	4.1
Estados Unidos	5.3	1.1	4.1
Media	6.4	0.8	5.6
Australia	3.8	1.6	2.1
Austria	2.8	0.3	2.5
Bélgica	5.2	0.3	4.9
Dinamarca	5.4	0.5	5.0
Finlandia	6.8	0.4	6.3
Grecia	8.3	0.7	7.5
Islandia	3.5	1.3	2.2
Irlanda	7.5	0.9	6.6
Holanda	4.9	1.0	3.9
Noruega	5.6	0.6	5.0
España	7.7	1.0	6.7
Suecia	7.3	0.5	6.8
Suiza	5.1	0.9	4.2
Media	5.7	0.8	4.9
Media total	5.9	0.8	5.1

Fuente: OCDE, *La santé...*, p. 58-59.

ticia, etc., serán diferentes en los viejos del mañana, lo que significará un menor consumo médico. Este ha crecido por la maduración del sistema (mayor cobertura y prestaciones) y por consiguiente no puede crecer indefinidamente. Finalmente, se deberá resolver la inadecuación existente entre sistema hospitalario y social para este colectivo, ocasionada por la falta de previsión de las autoridades públicas, y que ahora lleva a los mayores con enfermedades crónicas o problemas menores a ocupar camas hospitalarias (muy caras) en vez de estar atendidos en instalaciones o centros de tipo intermedio (más baratos) como residencias geriátricas, centros de día, residencias médicas temporales, residencias asistidas, etc.

Espacio y modos de vida

Existe un tercer tipo de demandas o problemas que emanan del proceso demográfico y se refieren al lugar de residencia, la forma de vivir y a las relaciones con el medio social y físico que les rodea.

Lugar de residencia. La concentración y distribución en el territorio presenta grandes desigualdades. Por provincias, destaca un mayor envejecimiento (en cifras relativas) en las del interior y norte peninsular y resulta más agudo el proceso en el medio rural donde los pequeños municipios superan tasas del 20%. Estos municipios presentan patrones de comportamiento demográfico muy similares a las medias de sus respectivas provincias, muy diferenciadas entre sí, de forma que los municipios pequeños de provincias envejecidas tienen tasas más altas que los de provincias con estructura general más joven. Ese modelo se repite en todos los niveles de tamaño de los municipios españoles, excepto en los más grandes, donde los comportamientos son similares.

Es en estos municipios urbanos, de más de 10.000 habitantes, donde se concentra el mayor número de viejos (más de tres millones, 66% del total); por tanto el proceso de envejecimiento es fundamentalmente urbano y los problemas de ordenación territorial de la salud y de los servicios sociales se ven agravados, pues las acciones de

política sanitaria o asistencial no tendrán el mismo éxito en unas zonas que en otras, medido en grado de eficacia y coste por habitante.

El envejecimiento urbano merece una mayor dedicación y profundización pues a su importancia numérica añade un paralelo proceso de envejecimiento urbanístico «in situ». Además tiene implicaciones en modos de vida (ocupaciones, ocio, movilidad, problemas relacionales, etc.), en el parque inmobiliario (renovación y rehabilitación de viviendas, deterioro de centros urbanos...) y se presenta asimismo como un elemento de la crisis urbana. En la ciudad la vida es más cara, menos confortable, más tensa y los movimientos de especulación en el mercado de suelo e inmobiliario pueden utilizar el proceso de envejecimiento como mecanismo de actuación sobre el espacio de la ciudad.

Los movimientos migratorios emergentes (retorno de emigrantes y flujos de jubilados europeos) cambiarán las condiciones de estas concentraciones en los núcleos pequeños del interior y costeros, a la vez que ocasionan vacíos urbanos, más en sus aspectos cualitativos que debido a su actual importancia numérica.

Vivienda. Si se desciende en la escala de estudio al hábitat concreto, al espacio vital de las personas mayores, se comprueba la existencia de nuevos problemas (percepción del espacio, espacio vivido, radio de movilidad, alojamiento físico...).

Las viviendas en la mayoría de los casos están inadaptadas, con problemas de accesibilidad y barreras arquitectónicas, son disfuncionales, y suelen reflejar el mismo proceso de envejecimiento que sus propietarios. El 62.5% de las viviendas ocupadas por personas mayores no tienen calefacción, 31% no disponen de teléfono, o lavadora (20%) y 25% no tienen agua caliente (Encuesta Inerser).

Pero es un hecho que más de dos tercios de las viviendas ocupadas por personas de edad les pertenecen en propiedad y están libres de cargas. Esto conduce al planteamiento de las consecuencias que pueden existir para el mercado por la retención del patrimonio inmobiliario y porque pueden ser un obstáculo a la renovación de núcleos antiguos y a la adaptación arquitectural de las casas (pues no

tienen medios ni iniciativa para hacerla). Por otra parte, aparecen en el mercado nuevos productos financieros que tratan de poner en movimiento ese capital retenido (hipoteca pensión o vitalicio inmobiliario).

El *consumo doméstico* y las necesidades de estos hogares son diferentes a las del resto de la población. El gasto medio según la edad del sustentador principal desciende bruscamente cuando se alcanzan los 65 años. Los hogares consumen menos porque son más reducidos y porque se modifican los hábitos; aumentan los gastos en necesidades primarias (alimentación y vivienda) y descienden los más «cualificados» como ocio, cultura, viajes, etc.(Figura 1.4).

La edad y la incapacidad, traducidos en problemas de movilidad y accesibilidad a equipamientos y servicios comerciales castigan doblemente a este colectivo con precios más altos en sus compras (al no poder realizarlas en grandes centros) y una menor oferta de productos.

La tendencia actual a familias más reducidas, el debilitamiento de los lazos de parentesco, los cambios operados en la familia extensa y una relativa dispersión geográfica de los hijos, llevan a un tipo de hogar más reducido y a la aparición del *fenómeno de la soledad*, que es absoluta en más de un quinto de la población mayor y aumenta con la edad (30% de los mayores de 75 años viven solos); la vida en pareja (soledad acompañada) es la predominante con casi la mitad de los efectivos, y sólo un 33% de los mayores viven en hogares de tres o más miembros.

Los problemas de vivienda, las discapacidades y la soledad conducen a nuevas demandas de alojamiento colectivo institucionalizado (viviendas tuteladas, residencias, etc.). La oferta es mínima, alejada del ratio deseable de 3.5 por 100 personas (según marca el borrador del Plan Gerontológico Nacional que prepara el INSERSO), mientras que la demanda aumenta. De nuevo aparecen diferencias territoriales y socioeconómicas en la provisión de estos equipamientos. Por ejemplo, Madrid concentra su población más envejecida en el centro urbano, mientras que la mayor parte de las

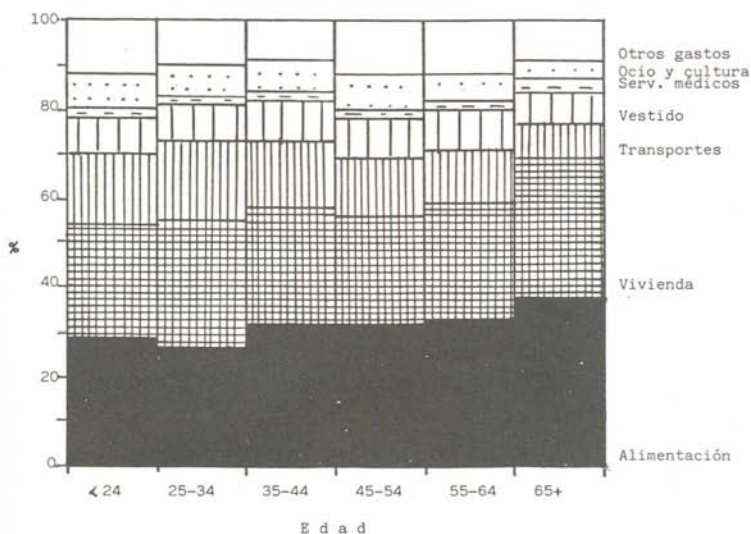


Figura 1.4. Distribución del consumo doméstico en España, 1981, según edad del sustentador principal. Fuente: INE: *Encuesta de presupuestos familiares, 1983*.

plazas ofertadas en residencias se sitúan en la periferia; si se tienen en cuenta la titularidad jurídica el problema se acentúa, pues las públicas se localizan incluso en el extrarradio y los municipios limítrofes.

Esta solución de alojamiento institucionalizado suele acarrear problemas como desarraigo espacial (rara vez la residencia se sitúa en el entorno vivido del anciano), desorientación y ruptura con su medio (amigos, vecinos y familiares). Se encuentran en discusión nuevas fórmulas de atención como acogida familiar, conjuntos de viviendas pequeñas con servicio centralizado, y adaptación de viviendas propias.

Estos problemas han llevado a plantear el debate sobre la conveniencia de una llamada a la solidaridad familiar (e incluso ofrecer un salario al ama de casa que mantiene a sus familiares viejos), y al voluntariado social, así como se plantea la necesaria emergencia de un sector privado lucrativo.

Modos de vida. Los modos de vida y los comportamientos relacionales se modifican con el paso de los años. El espacio vivido se ve constreñido. Políticamente existe un ligero desplazamiento hacia posturas conservadoras (mayor cuanto más alto y más bajo es el nivel cultural), aunque siguen manteniendo un abanico amplio de opciones políticas. Pero sobre todo se modifica la vida cotidiana, en especial en los varones.

El ocio y el tiempo libre dominan la vida de las personas de edad, que aún les queda por vivir más de un 20% de su vida. Las características de este colectivo en este punto son: cambios psicosociales (menor gusto por la movilidad e ideas nuevas); pérdida del ritmo de vida; gran disposición de tiempo libre; incapacidad generalizada para organizarlo; falta creciente de entusiasmo por realizar actividades que rompan con la rutina; los varones precisan más actividades y tareas sustitutorias; sólo un 25% van a hogares y clubs.

Las ocupaciones principales de estas personas son: estar en casa (radio, televisión o no haciendo nada), tareas domésticas (en especial las mujeres), pasear y hacer visitas o ir al bar (varones). En cambio, a las encuestas (M.A.S., 1989) responden señalando preferencias por

pasear, hacer viajes y turismo estar, con jóvenes, ir al club y realizar trabajos voluntarios, según orden decreciente de importancia.

Pero sobre todo las personas de edad pierden su papel en la sociedad urbana e industrializada, dejan de ser los transmisores de cultura y tradiciones, pierden los elementos de una cultura popular en desuso y sufren muchas veces desarraigo espacial, cultural y familiar.

Ante esta nueva serie de situaciones y problemas aparecen y se preparan políticas sociales específicas, instrumentadas por el Instituto Nacional de Servicios Sociales, como el Plan Gerontológico Nacional (del que se hablará en los últimos capítulos del libro).

Conclusión

Los cambios en los comportamientos demográficos de la sociedad española han tenido como consecuencia inmediata un proceso de envejecimiento de las estructuras de población, más acentuado y menos previsto que en el resto de países europeos. El elemento causal fundamental ha sido la caída de la fecundidad.

Gravedad, rapidez e irreversibilidad a corto y medio plazo son las características que definirán este proceso en España. Ello ha ocasionado la aparición de un importante grupo de población (más de cinco millones de personas) con crecientes necesidades y demandas.

Las implicaciones del proceso no son sólo económicas (recursos transferidos, gasto social, fuerza de trabajo disponible, envejecimiento de la masa laboral, cambios en el consumo doméstico, etc.) sino que también afectan a la salud de las personas implicadas (mayor propensión a enfermedades y una particular percepción de las mismas), al sistema sanitario nacional y a sus modos de vida y formas de vivir (actividades de relación, ocio, tiempo libre, alojamientos, etc.)

Todos estos problemas son un reto que los poderes públicos y la sociedad deben afrontar para conseguir uno de los principales objetivos de la política social: satisfacer las necesidades básicas de la población y evitar sus desigualdades.

La naturaleza decidió tener viejos, pero a la sociedad y a los poderes públicos corresponde el decidir en qué condiciones los quiere

mantener, utilizando para ello las normas escritas (leyes, disposiciones, órdenes o planes) y las no escritas (sentimientos, percepciones, imágenes y predisposición hacia ese colectivo).

Bibliografía

- ABELLAN GARCIA, A. (1989): El envejecimiento de la población. Tendencias e implicaciones. Madrid, CSIC, Dpt. Geografía Humana y Regional, nº 1, 86 p.
- ABELLAN GARCIA, A.; RODRIGUEZ RODRIGUEZ, V. (1989): «Proceso de envejecimiento de la población española 1970-1981". En Grupo de Población: *Análisis del desarrollo...*, p. 357-364.
- CONFEDERACION ESPAÑOLA DE CAJAS DE AHORRO (1975): *La situación del anciano en España*. Madrid, 718 p.
- CONSEJO DE EUROPA (1985): *L' evolution de la structure par age de la population et politiques futures*. Strasbourg, Etudes Démographiques, nº 18, 72 p.
- GOZALVEZ PEREZ, V. (1989): «Dinámica natural de la población española 1970-1986". En Grupo de Población: *Análisis...* p. 191-207.
- HELLER, P. S.; HEMMING, R.; KOHNERT, P. W. (1987): *Aging and Social Expenditure in the Major Industrial Countries 1980-2025*. Washington, IMF, 76 p.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1988): *Proyección de la población española para el período 1980-2010*. Madrid, 2 tomos.
- (1989): *Padrón municipal de habitantes de 1986*. Características de la población. Madrid, 251 p.
- (1987): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías*. Madrid.
- (1991): *Migraciones, año 1989*. Madrid, 260 p.
- (1991): *Indicadores sociales*, Madrid, 365 p.
- JOHNSON, P.; CONRAD, CH.; THOMSON, D. (1989): *Workers versus pensioners*. Manchester, University Press, 204 p.
- JOUVENEL, H. de (1989): «Le vieillissement démographique en Europe». *Futuribles*, nº 129-130, p.53-113.
- JUSTEL, M. (1983): *Los viejos y la política*. Madrid, CIS, 268 p.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1989): *La tercera edad en España: aspectos cuantitativos*. Madrid, Insero, 210 p.
- (1989): *La tercera edad en Europa. Necesidades y demandas*. Madrid, Insero, 399 p.

- (1990): *Estudio comparado del gasto en servicios sociales en los países de la CEE*. Madrid, Inerser, 420 p.
- MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA (1986): *Tendencias demográficas y planificación económica*. Madrid, 533 p.
- (1991): *Envejecimiento, edad y empleo en Europa. Situación actual y perspectivas*. Madrid, LXIV+340 p.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990): *Indicadores de salud*. Madrid, 411 p.
- (1991): *Estudios de utilización de medicamentos*. Madrid, Insalud, 387 p.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL: *Anuario de estadísticas laborales*. Madrid, varios años.
- (1988): *El papel del sector público y los gastos sociales 1960-1990*. Madrid, Informes OCDE, 514 p.
- (1990): *De la pirámide al pilar de población. Los cambios en la población y la seguridad social en Europa*. Madrid, Informes OIT, 252 p.
- NACIONES UNIDAS (1988): *Economic and Social Implications of Population Aging*. New York, 430 p.
- OCDE (1979): *Politiques socioéconomiques en faveur des personnes âgées*. Paris, 190 p.
- (1987): *La santé: financement et prestations*. Paris, 104 p.
- (1988): *Le vieillissement démographique. Conséquences pour la politique sociale*. Paris, 98 p.
- (1988): *La réforme des régimes publics de pensions*. Paris, 169 p.
- RODRIGUEZ, V.; FERNANDEZ-MAYORALAS, G.; ROJO, F. (1987): «Le vieillissement de la population espagnole 1960-1981. Répartition spatiale». Séminaire sur les régions à problèmes démographiques en Europe. Strasbourg, p. 485-492.
- RODRIGUEZ POSE, A.; ABELLAN GARCIA, A. (1989): «Estado médico y problemas sociales de personas de edad en régimen hospitalario». En *II Jornadas sobre Población Española*, Palma de Mallorca, 10 p.
- RUIZ CASTILLO, J. (1987): *La medición de la pobreza y de la desigualdad en España. 1980-81*. Madrid. Banco de España, 162 p.
- VICTOR, CH. (1987): *Old age in modern society*. London, Croom Helm, 338 p.
- VINUESA ANGULO, J.; ABELLAN GARCIA, A.; OLIVERA POLL, A.; MORENO JIMENEZ, A. (1988): *El estudio de la población*. Madrid, INAP, 215 p.