

LAS PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CASTILLA Y LEÓN

DOCUMENTO TÉCNICO

Dirección

Pedro Caballero Fernández-Rufete

Profesor Titular de Geografía Humana de la Universidad de Valladolid

Investigación

José María Delgado Urrecho

Profesor Titular de Geografía Humana de la Universidad de Valladolid

Jesús María Gómez García

Profesor Titular de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid

Yolanda González González

Profesora Titular de Estadística y Econometría de la Universidad de Valladolid

Elías González-Posada Martínez

Catedrático de Derecho del Trabajo y Seguridad Social
de la Universidad de Valladolid

Virtudes Niño Martín

Médica y Profesora Asociada de Enfermería Geriátrica
de la Universidad de Valladolid

José Daniel Rueda Estrada

Profesor Titular de Sociología de la Universidad de Valladolid

César Vega García

Sociólogo y Técnico del Secretariado de Asuntos Sociales
de la Universidad de Valladolid

Administración

Marco A. Milán Sarmentero

Las opiniones expresadas en el documento técnico corresponden a sus autores y su publicación no significa que el Consejo Económico y Social se identifique necesariamente con las mismas

PARTE II
DOCUMENTO TÉCNICO

LAS PERSPECTIVAS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
EN CASTILLA Y LEÓN

INTRODUCCIÓN	67
CAPÍTULO 1. "HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD": REALIDAD DEMOGRÁFICA-ENVEJECIMIENTO ACTIVO, UN BINOMIO INDISOCIABLE EN LA ARTICULACIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA Y LEONESA	
1.1 Cuantía y significado del envejecimiento demográfico	80
1.1.1 Castilla y León paradigma de Comunidad envejecida	80
1.1.2 Un proceso más acelerado que en el conjunto español	88
1.2 Las importantes diferencias espaciales en el envejecimiento demográfico	94
1.2.1 Unas diferencias interprovinciales de apreciable magnitud	95
1.2.2 El desigual alcance del proceso en los distintos tipos de espacios	107
1.3 Una realidad demográfica que tiende a consolidarse	113
1.4 El envejecimiento activo como alternativa ineludible ante la realidad demográfica de Castilla y León	136
CAPÍTULO 2. UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: "LA CONDICIÓN SINE QUA NON"	
2.1 Estado de salud de las personas mayores de Castilla y León	142
2.1.1 La percepción de los mayores sobre su estado de salud	143
2.1.2 Morbilidad	148
2.1.3 Mortalidad	153
2.2 Promoción de la salud y bienestar en la vejez	157
2.2.1 Promoción de la actividad física	158
2.2.2 Fomentar una alimentación saludable	161
2.2.3 Fomentar la asistencia y cubrir las necesidades relacionadas con la salud mental	163
2.3 Prevención de las enfermedades en la vejez	164
2.3.1 Las recomendaciones para la prevención de enfermedades en la vejez	166
2.3.2 Disminuir los factores que aumentan el riesgo de sufrir dependencia y maltrato	169
2.4 Acceso universal y equitativo a los servicios de atención a la salud y su coordinación con los servicios sociales	178
2.4.1 Atención Primaria	178
2.4.2 Atención Especializada	190
2.4.3 Coordinación Sociosanitaria	197

2.5 Capacitar a los profesionales de los servicios de salud	206
2.6 Estudio de programas	208
2.7 Las potencialidades del Sistema Sanitario de Castilla y León para contribuir al logro de un envejecimiento activo	212

CAPÍTULO 3. UN ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO: “PIEDRA ANGULAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES” 219

3.1 La participación en el mercado laboral y en la actividad económica de las personas mayores en Castilla y León	222
3.1.1 La actividad, la ocupación y el paro	223
3.1.1.1 <i>La actividad</i>	225
3.1.1.2 <i>La ocupación</i>	228
3.1.1.3 <i>El paro</i>	231
3.1.2 La inactividad y la jubilación, como situaciones absolutamente mayoritarias entre la población de más edad	234
3.1.2.1 <i>Población inactiva</i>	235
3.1.2.2 <i>La población jubilada</i>	237
3.1.3 Una menor participación en la actividad que en el contexto nacional con diferencias por sexo también más acusadas	239
3.2 La implicación de los mayores en las mal llamadas “actividades informales”. Un papel que merece adecuado reconocimiento	243
3.2.1 Personas mayores como cuidadores principales de personas dependientes	244
3.2.2 Personas mayores en hogares multigeneracionales	246
3.2.3 Cuidado de nietos	248
3.2.4 Voluntariado	250
3.2.5 Percepción y realidad en torno a la “actividad informal” de los mayores	251
3.3 El envejecimiento y su tratamiento normativo	254
3.3.1 El envejecimiento y el Derecho del Trabajo	254
3.3.2 La jubilación y la política de pensiones	260
3.3.3 La gestión del empleo de los trabajadores de mayor edad	270
3.3.4 La protección social de la población envejecida	274
3.3.5 ¿Existen modelos alternativos a la exclusión social de la población envejecida?	276
3.4 La participación de los mayores como elemento esencial de la “sociedad civil”	283
3.4.1 Un nuevo concepto de envejecimiento activo	283
3.4.2 Un avance del apoyo jurídico de la vejez activa	290
3.4.3 Recursos y servicios de Castilla y León para fomentar el envejecimiento activo	296
3.4.3.1 <i>Principales programas destinados a favorecer el envejecimiento activo en Castilla y León. Situación y evolución</i>	296
3.4.3.2 <i>La perspectiva intergeneracional</i>	302
3.4.4 La necesidad de “repensar” los mecanismos para alcanzar plenamente un envejecimiento participativo	306
3.4.5 Qué se puede hacer: los diferentes escenarios de actuación	309
3.4.5.1 <i>Las personas mayores forman un colectivo diverso y heterogéneo: presupuesto de la diversidad</i>	311
3.4.5.2 <i>Las respuestas a las necesidades de las personas mayores han de elaborarse con las personas mayores: principio de participación activa</i>	311

CAPÍTULO 4. UN ENVEJECIMIENTO SEGURO: “IMPLEMENTAR EL BINOMIO EDAD-CIUDADANÍA”	317
4.1 La situación económica como elemento importante para un “envejecimiento seguro” de los castellanos y leoneses	320
4.1.1 Análisis del nivel de ingresos, suficiencia económica y riesgo de pobreza de las personas mayores en Castilla y León	321
4.1.1.1 <i>Nivel de ingresos de los mayores castellanos y leoneses</i>	322
4.1.1.2 <i>La suficiencia económica</i>	329
4.1.1.3 <i>El riesgo de pobreza</i>	334
4.1.2 Análisis de las fuentes de ingresos de la población anciana de Castilla y León: las pensiones y otras prestaciones públicas	341
4.1.2.1 <i>Pensiones contributivas</i>	342
4.1.2.2 <i>Pensiones no contributivas y otras prestaciones sociales</i>	362
4.1.3 La situación económica como potencial elemento de inseguridad para los mayores, y sobre todo para las mujeres de más edad	369
4.2 La seguridad personal y del entorno	375
4.2.1 El envejecimiento activo como forma de prevención de la situación de dependencia	378
4.2.2 Marco normativo para las personas mayores en proceso de vulnerabilidad social	379
4.2.3 Un variado catálogo de servicios encaminados a la creación de entornos seguros para los mayores	381
4.2.3.1 <i>Primer nivel: Servicios básicos y generales</i>	383
4.2.3.2 <i>Segundo nivel: Servicios intermedios</i>	388
4.2.3.3 <i>Tercer nivel: Servicios especializados</i>	394
4.2.4 La necesidad de crear “entornos para las personas” en lugar instalar a los mayores en entornos creados	399
CONSIDERACIONES FINALES. HACIA UNA VISIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA	407
GLOSARIO BÁSICO DE TÉRMINOS	415
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES	419
ANEXOS	429
ÍNDICE DE GRÁFICOS	455
ÍNDICE DE TABLAS	459
ÍNDICE DE ANEXOS	463

INTRODUCCIÓN

Sin ser falso, sería incorrecto comenzar el presente informe indicando la idoneidad y oportunidad de profundizar ahora en la temática a que se refiere. Decimos que no es falso porque ahondar en los distintos aspectos vinculados al envejecimiento en nuestra sociedad resulta, más que oportuno y conveniente, imprescindible, tal como tendremos ocasión de mostrar más adelante. No obstante, decimos que sería, en cierto modo, incorrecto porque estaríamos dando la impresión de que es una cuestión que surge ahora y ante la que hay que reaccionar, haciendo reflexiones y proponiendo soluciones con rapidez y realmente no es así. En efecto, la preocupación por el envejecimiento como fenómeno (otros dirían problema) demográfico, económico, social y político, ya lleva bastante tiempo “en el candelerero” y en el centro de los debates, tanto a escala nacional como internacional, a esta última escala un hito de referencia importante fue la Primera Conferencia Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena del 26 de julio al 6 de Agosto de 1982, de la que emanó el primer *Plan de Acción Internacional sobre El Envejecimiento*, en una etapa en la cual aún no se había desarrollado demasiado en nuestro país el tratamiento de esta temática, que rápidamente adquirió una importante presencia en el abanico de las preocupaciones científicas, económicas, sociales y políticas, siendo de todo punto revelador el que la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento se celebrase en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002.

En estrecha relación con el evento que acabamos de mencionar, se produce la consolidación de la perspectiva del “envejecimiento activo”, incardinado en las nuevas perspectivas con que se pretende abordar la cuestión¹. En efecto, no podemos olvidar que uno de los referentes fundamentales para el desarrollo de los distintos análisis, investigaciones y actuaciones en materia de envejecimiento activo ha sido y sigue siendo el documento titulado *Envejecimiento Activo. Un marco político*²,

¹ El Plan de Acción emanado de la Asamblea de Viena, es más simple y plantea un elenco de recomendaciones desde una perspectiva mucho más sectorializada. El texto de este plan puede consultarse on-line en el siguiente enlace de Internet: <http://www.seg-social.es/imserso/internacional/docint-plan.pdf>.

² Este documento es de libre distribución y puede consultarse on-line en el Portal Mayores <http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/ame/asamblea/documentos.html>.

que constituyó la contribución de la Organización Mundial de la Salud a la sobredicha asamblea de Madrid, teniendo una influencia decisiva en la conformación de las resoluciones y del Plan de Acción emanado de la misma. Es más, desde el punto de vista conceptual y metodológico, este documento ha servido de base o de punto de arranque para muchas reflexiones y estudios desarrollados posteriormente³.

Desde un marco, tan amplio y tan general como es el que aporta el trabajo de la OMS antes mencionado, es lógico que las distintas disciplinas o perspectivas científicas se hayan ido “apropiando” de la expresión “envejecimiento activo” para hacer alusión a las cuestiones o aspectos del mismo más relacionadas con la temática específica de la que se ocupan. Así, aun cuando la perspectiva inicial de la OMS superaba con creces el marco de la actividad estrictamente sanitaria para situarse en una óptica más integral e integradora, es lógico que los profesionales de la salud vayan centrando las reflexiones, los estudios y los programas ulteriores en aquellos elementos que son más de su estricta competencia (el ejercicio físico, la actividad física y mental como prevención de enfermedades y dependencias, mejora en la calidad de vida de los mayores dependientes y sus cuidadores, el mantenimiento de la actividad en los mayores dependientes como medida preventiva y terapéutica, el fomento de los hábitos saludables en las personas mayores, etc.).

Igualmente, desde la perspectiva o la óptica económica-laboral, el envejecimiento activo es visto y, por tanto, estudiado, como un mecanismo para hacer frente a las consecuencias de un proceso demográfico que conduce a la existencia de una elevada y creciente proporción de personas no integradas en el mercado de trabajo y que, para su mantenimiento dependen casi por completo de los sistemas públicos de reparto y de redistribución de rentas, en definitiva de un sistema de pensiones, que el propio proceso demográfico parece hacer cada vez más insostenible. En efecto, las personas beneficiarias de pensiones (u otras transferencias similares) no sólo son cada vez más numerosas, sino que también lo son cada vez por más tiempo, debido, por una parte, al alargamiento de la esperanza de vida y, por otra, al adelanto de la edad de retiro de la actividad laboral, cuya media rebaja en varios años la edad, calificada como general en la normativa vigente. Si a ello le añadimos que el grupo de activos se conforma a partir de unas generaciones cuya cuantía mengua a ojos vista, tenemos todos los ingredientes para ver comprometida cada vez en mayor medida la sostenibilidad del sistema público de pensiones, que, como

³ De ello dan fe un buen número de ponencias presentadas en Jornadas sobre Envejecimiento de la Población celebradas en la sede del Consejo Económico y Social de España en noviembre de 2007.

todo el mundo sabe, constituye una de las bases fundamentales del Estado de Bienestar y, por tanto, una de las bases de la cohesión social en nuestro país⁴.

En este mismo contexto, el tratamiento y estudio del envejecimiento activo desde la perspectiva legal o jurídica ha tendido a focalizarse en investigaciones sobre la normativa de acceso y retirada del mercado laboral, la reglamentación sobre pensiones y subsidios y las posibles medidas o acciones para modificar el acervo legal con el fin de facilitar, de una forma o de otra la permanencia de las personas mayores en la actividad económica, todo ello con vistas a una más clara sostenibilidad del sistema, al reducir la cuantía y el tiempo de las prestaciones públicas por jubilación. Así, desde esta parcela de las ciencias sociales, el análisis del envejecimiento activo se asocia al tratamiento de cuestiones tales como los trabajadores de edad en la normativa laboral, reflexiones sobre la discriminación por edad, la edad en la normativa de empleo, la edad en las relaciones laborales, la jubilación y el sistema de seguridad social, regulaciones sobre jubilación, sistemas, propuestas o programas de jubilación flexible, mejora de la empleabilidad de los mayores, etc.⁵.

Por otra parte, quienes desarrollan su actividad científica y/o profesional en el campo de la sociología, el trabajo social o la educación social han intentado aproximarse al propio concepto y al tratamiento del envejecimiento activo desde un amplio abanico de perspectivas, que van los intentos de una nueva conceptualización de la vejez como una etapa dinámica de la vida, hasta en estudio de los recursos y servicios destinados a los mayores, pasando por la participación ciudadana y el asociacionismo en las personas de edad, o por la descripción de distintos programas y o aportaciones que pueden realizar los mayores, tanto en sus entornos más inmediatos como a la sociedad en general⁶. Sin embargo, bajo de ese amplio elenco de

⁴ Son múltiples las referencias que podrían citarse bajo esta perspectiva; aunque sólo sea a título de ejemplo podríamos aludir al artículo de Lourdes Pérez Ortiz “Consecuencias del envejecimiento de la población. El futuro del mercado de trabajo”, publicado en diciembre de 2005 en el Boletín sobre el envejecimiento (ver relación bibliográfica). Una publicación más reciente sobre el particular es: Puyol Antolín, R. (2008). “El envejecimiento de la población y sus repercusiones sobre el mercado de trabajo”. Revista del Instituto de Estudios Económicos, nº. 2-3/2008, págs. 3-20. Por citar sólo algunas accesibles y significativas, aunque no en todas ellas se plantea explícitamente la cuestión del envejecimiento activo como alternativa.

⁵ Sobre estas cuestiones es muy interesante y reciente el siguiente artículo: Fernández Caveda, A. (2008) “Las políticas públicas y la prolongación de la vida activa. Dificultades y posibilidades”. Revista del Instituto de Estudios Económicos, nº. 2-3/2008, pp. 47-63.

⁶ Tal vez pueda parecer que nuestra visión temática de estos profesionales es muy limitada, pero debe entenderse que en estos momentos nos referimos únicamente al tratamiento del envejecimiento activo y no del envejecimiento en general, donde el abanico de temas tratados por este tipo de profesionales resulta extremadamente amplio.

temas tratados, subyace una tendencia común y es que en gran parte de los casos (no en todos) se tiende a sesgar el tratamiento del envejecimiento activo de tal manera que, a veces de forma imperceptible nos conduce a una percepción errónea de este concepto, pues a la postre resulta bastante frecuente identificar envejecimiento activo con actividades por y para los mayores, cuando esto último no deja de ser sólo una parte (tal vez no la más importante) del envejecimiento activo. Una concepción que lleva inevitablemente a entender la potenciación del envejecimiento activo como el incremento, casi podríamos decir la inflación, de actividades destinadas a las personas mayores. A este respecto no deja de ser tremendamente ilustrativo el hecho de que en la página Web del IMSERSO el enlace titulado “envejecimiento activo” sea el que conduce a la información sobre los programas de vacaciones y termalismo⁷.

Hemos explicitado una multiplicidad de visiones conducentes a una diversidad de sesgos en la percepción y tratamiento del concepto que nos ocupa, no por afán de erudición, sino porque, precisamente en virtud de esa diversidad, es muy probable que los contenidos y el desarrollo del presente informe deje “insatisfechos” a la mayor parte de sus lectores. En efecto, quienes lo lean desde una u otra óptica podrán echar en falta la alusión o el mayor desarrollo de unas u otras cuestiones; se podría haber dicho mucho más sobre normativa, sobre actividad, sobre pensiones, sobre voluntariado, sobre actividades de los mayores, sobre programas, sobre servicios sociales, etc. De este modo, el dar cumplido tratamiento a todas esas cuestiones para satisfacción de todos implicaría escribir no un informe técnico de esta envergadura sino una auténtica enciclopedia sobre el envejecimiento activo.

Quienes elaboran el informe son plenamente conscientes de que lo ideal sería hacer un análisis tomando como referencia el mencionado documento de la OMS y proceder al estudio de todos y cada uno de los elementos que esta organización señala como determinantes del envejecimiento activo, referenciándolos mediante investigaciones específicas al espacio castellano y leonés, comparándolos, cuando fuera posible, con otras comunidades autónomas o con el contexto nacional. Ahora bien, muchas veces lo óptimo es enemigo de lo bueno y conscientes de la enormidad de esta tarea y de las limitaciones impuestas por el marco en que se desarrolla el trabajo, este equipo redactor no ha pretendido abordarlo desde la exhaustividad, sino, sobre todo, mantener un enfoque global, integrador y riguroso sobre los aspectos que se consideran fundamentales en relación al envejecimiento activo “en y para”

⁷ En honor a la verdad hemos de señalar que dicho “desajuste” no se da en el Portal Mayores, que tiene, si cabe una mayor difusión, tanto entre los mayores como entre los interesados en los temas relacionados con la tercera edad.

la comunidad autónoma de Castilla y León. Una perspectiva global e integradora que, en definitiva supone mantener el “espíritu” del documento original e inspirador elaborado por la OMS, que define el envejecimiento activo *como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.*

Tomando como referencia tal definición, el planteamiento de la cuestión ha intentado centrarse en lo esencial, es decir en las tres esferas o tres dimensiones articuladoras del proceso de optimización de oportunidades, a saber: la salud, la participación y la seguridad, en torno a las cuales se centran las propuestas políticas fundamentales que recoge dicho documento. No podría ser de otro modo, la condición indispensable para conseguir un envejecimiento activo pleno es que se mantenga una visión y, en consecuencia, una actuación conjunta en estas tres esferas o dimensiones.

En este sentido, el símil de que el envejecimiento activo se apoya en un trípode con estas tres patas, resulta especialmente adecuado, pues, como se sabe, es un instrumento idóneo para ser utilizado en “cualquier terreno”, pues sus distintas patas pueden desplegarse con mayor o menor longitud o inclinación de acuerdo a las rugosidades del suelo, pero, independientemente de ello, si una pata no se despliega el soporte no sirve para nada. Lo mismo podemos decir de las tres dimensiones antes mencionadas. La actuación en cada una de ellas se aplicará con más o menos amplitud o con más o menos intensidad, dependiendo de las circunstancias concretas (de la necesidad-disponibilidad de recursos, de los rasgos y alcance del proceso demográfico o de las características socio-económicas y territoriales del ámbito en que se pretenden aplicar) pero, si se quiere conseguir el objetivo deberán aplicarse todas; de lo contrario podremos estar consiguiendo otras cosas (tal vez muy importantes), pero no un envejecimiento activo pleno, pues, en tanto proceso a la vez individual y social, éste debe ser abordado desde la óptica integradora y multidimensional inherente tanto a los propios individuos como a los grupos sociales.

Estos planteamientos son los que, en definitiva, justifican y otorgan coherencia al enfoque adoptado, en el presente informe técnico, que se ha dividido en cuatro capítulos. El primero de ellos, puede ser considerado como introductorio y no se plantea como un análisis exhaustivo de las estructuras demográficas de nuestra comunidad su única pretensión es mostrar, a grandes rasgos, cual ha sido, es y, previsiblemente, seguirá siendo, el alcance de los procesos de transformación de la estructura por sexo y edad en Castilla y León y, como dice su título poner ante nuestros ojos hasta qué punto esa realidad demográfica “obliga” a que nuestra Comunidad, incluso en mayor medida que muchas otras del territorio español, se plantee el logro de un envejecimiento activo pleno como uno de los pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida y la cohesión social no sólo de los mayores sino de todos sus ciudadanos. Al no pretenderse otra cosa que “poner en antecedentes”,

las consideraciones que en él se realizan son muy sucintas, las imprescindibles para mostrar el grado de envejecimiento alcanzado y su contextualización en conjunto español, con objeto de resaltar, posteriormente, la heterogeneidad territorial, tanto a escala provincial, como en función de los distintos tipos de espacios. A lado de los procesos pasados y presentes, se consideran también los posibles escenarios demográficos en un futuro a medio plazo; bien entendido que no se trata de un “ejercicio de adivinación” sino de valorar el alcance de las tendencias y la situación actual, previendo la evolución en base a unos supuestos razonables. El primer capítulo concluye con unas breves reflexiones sobre lo ineludible que resulta fomentar el envejecimiento activo en un contexto demográfico como el de Castilla y León.

El análisis de las “tres patas del trípode” a que aludíamos antes comienza en el segundo capítulo, referido al envejecimiento saludable, como una condición básica para mantener unos niveles de participación y de seguridad aceptables. En primer lugar, se aporta una sucinta visión sobre el estado de salud de las personas mayores en Castilla y León, para mostrar cuál es la situación de partida sobre la que se debe actuar, insistiendo en las principales rasgos que deben ser tenidos en cuenta, especialmente las diferencias de género, que, habrán de repercutir necesariamente en la planificación sanitaria. A continuación se procura dar cuenta de los principales aspectos y las principales acciones que se producen en nuestra comunidad en relación con las recomendaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud, en concreto las referidas a la promoción de la salud y el bienestar de las personas mayores, especialmente en relación con la actividad física, la alimentación y la salud mental, cuestiones en las que muestra especiales carencias o debilidades el colectivo de la tercera edad. Al lado de lo que podríamos llamar el “aspecto formativo” en la salud, se atiende posteriormente, a la vertiente preventiva, aludiendo a las principales recomendaciones para evitar enfermedades y disminuir los riesgos de dependencia entre las personas de edad.

Aunque el desarrollo de los dos anteriores aspectos (formativo y preventivo) pueden sin duda contribuir a aliviar su carga, es indudable que se debe prestar especial atención a la vertiente asistencial, por dos cuestiones básicas. Por una parte, es la que, en la percepción de los ciudadanos, especialmente de los mayores, ocupa el primer lugar en cuanto a importancia y es la que en todo momento les sirve de referencia. De otro lado, y en relación con lo anterior, es precisamente esa dimensión asistencial, uno de los mejores cauces (no el único) para proceder al desarrollo tanto de la vertiente formativa como preventiva. Así pues, se pasa revista al amplio elenco de servicios y acciones que, en primer lugar, la atención primaria y, en segunda instancia, la atención especializada prestan a las personas mayores. En general, pero especialmente en el caso de los mayores, la asistencia sanitaria no puede llegar a ser completa si no se conecta con las necesidades que, en el plano

de los servicios sociales, tienen las personas atendidas, por lo que se concede una especial importancia a los procesos y mecanismos de coordinación socio-sanitaria, insistiendo, tanto en sus potencialidades como en sus puntos débiles. El desarrollo de esa actividad asistencial debe complementarse con algunas acciones que podríamos denominar transversales, como son la cobertura de necesidades de formación para que los profesionales de la sanidad puedan adaptar su labor a la realidad social y demográfica del espacio en el que trabajan, así como la necesidad de analizar y estudiar los distintos programas, a fin de obtener los mejores resultados de la forma más eficaz posible. Por último el apartado sanitario se concluye con un breve análisis DAFO que muestra en qué situación se encuentra el sistema sanitario de Castilla y León para hacer frente al reto que nos ocupa.

La segunda de las esferas o dimensiones del envejecimiento activo es la que se refiere a la participación, a la que se dedica el capítulo tres, cuyo título, no deja de ser, en cierto modo, una declaración de principios, en el sentido de que es imposible que se cumpla el lema de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento si los mayores no dejan de ser un “colectivo adosado” al entramado y a la dinámica social, y pasan a insertarse en ella de manera real y efectiva. Ciertamente las consideraciones relativas a esta cuestión podrían ser muy variadas, siendo precisamente éste uno de los momentos del análisis que más se presta a “sesgos temáticos”, por lo cual, aun cuando necesariamente se ha debido resumir, el planteamiento adoptado pretende prestar atención distintas cuestiones que consideramos fundamentales. En primer lugar, se pasa revista a un tema de gran preocupación como es la participación de la población en la actividad económica y más concretamente en el mercado laboral tratando de mostrar cuál es la situación en nuestra Comunidad, utilizando para ello las principales fuentes estadísticas disponibles. Ello permitirá no sólo conocer el grado de participación, en cuanto a intensidad sino también las diferencias de género y las diferencias respecto al contexto nacional. Ello, igualmente, posibilitará deducir el amplio margen de maniobra existente en este campo, al menos la entidad del potencial disponible, que podría beneficiarse de incentivos o normativas favorables a una permanencia en la actividad.

Un bajo grado de participación en la actividad económica que contrasta vivamente con el significado que tiene la actuación de los mayores en las mal llamadas actividades informales, a que se refiere el segundo apartado del capítulo, en el que, a modo de ejemplo, se pasa revista a cuatro dimensiones de lo que la nueva “ley de dependencia” califica como “actividades no profesionales”, en las cuales la concurrencia de los mayores es realmente significativa, lo cual, sin duda, puede y debe contribuir a desmontar viejos tópicos y a cambiar la percepción y el concepto que, a nivel social, se tiene de la vejez.

Ciertamente, una referencia a la participación de los mayores en la actividad resultaría algo incompleta si no se hiciese alusión al tratamiento normativo que en nuestro país recibe esta cuestión, no solo como mera aproximación a esta realidad jurídica sino como referencia fundamental para “encajar” perfectamente el margen de maniobra o la capacidad de acción que pueden asumir las instituciones a unas u otras escalas. Una cuestión en la que la capacidad de acción de la Comunidad Autónoma se limita a algunos aspectos más o menos laterales pero, lógicamente, la modificación de lo sustancial en cuanto a derecho del trabajo, regulación de las pensiones etc., debe realizarse a escala estatal. Sin embargo, no está de más introducir unas reflexiones generales sobre el marco jurídico de la participación de los mayores en la actividad a fin de poder encuadrar adecuadamente los potenciales debates sobre el particular.

Aun teniendo gran importancia, está claro que la participación de los mayores en el mercado de trabajo o en las actividades informales, ni es la única vía, ni es suficiente para conseguir que este colectivo participe en la conformación de la propia dinámica social en la medida que le corresponde. Por ello, el tercero de los epígrafes se dedica a estas cuestiones, mediante el tratamiento de un apretado pero enriquecedor abanico de reflexiones. Se hace primeramente una llamada de atención sobre lo que desde esta perspectiva debe significar el envejecimiento activo, advirtiéndose del “peligro” que implica una confusión conceptual en este campo, para, posteriormente, efectuar un reconocimiento de los avances recientes que el desarrollo normativo ha protagonizado. Seguidamente, se pasa revista a los programas existentes que pretenden fomentar esa participación de los mayores, haciendo especial hincapié en la perspectiva intergeneracional, como elemento clave para cambiar la visión social de la vejez, especialmente entre los jóvenes. El apartado y el capítulo concluyen con una serie de consideraciones sobre la necesidad no tanto de incrementar los programas como de plantear las cosas de otra manera, ofreciendo algunas ideas sobre los distintos escenarios de actuación para conseguir una participación no sólo más plena sino también más efectiva.

Sea como fuere, la participación de los mayores en la sociedad únicamente puede alcanzar la intensidad y la continuidad adecuadas si éstos se sienten verdaderamente como ciudadanos de primera clase, pues es frecuente que, en el mejor de los casos, se sientan como “objetos de asistencia” o como “destinatarios de solidaridad”. Para que este sentimiento de verdadera ciudadanía prenda de manera profunda y eficaz entre esa casi cuarta parte de la población castellana y leonesa, resulta imprescindible que exista previamente una sensación de seguridad o, al menos, que la incertidumbre no se conforme como un estado de ánimo quasi-permanente entre nuestros mayores. En definitiva, se trata de atender al tercero de los pilares sobre los que debe asentarse el proceso de envejecimiento activo: la seguridad.

De tal manera que la implantación de entornos seguros debe constituirse en objetivo prioritario de los poderes públicos y de los agentes sociales, no sólo en relación al envejecimiento sino también para cualquier cuestión relacionada con la ciudadanía. Esta es la razón de ser del cuarto capítulo del informe.

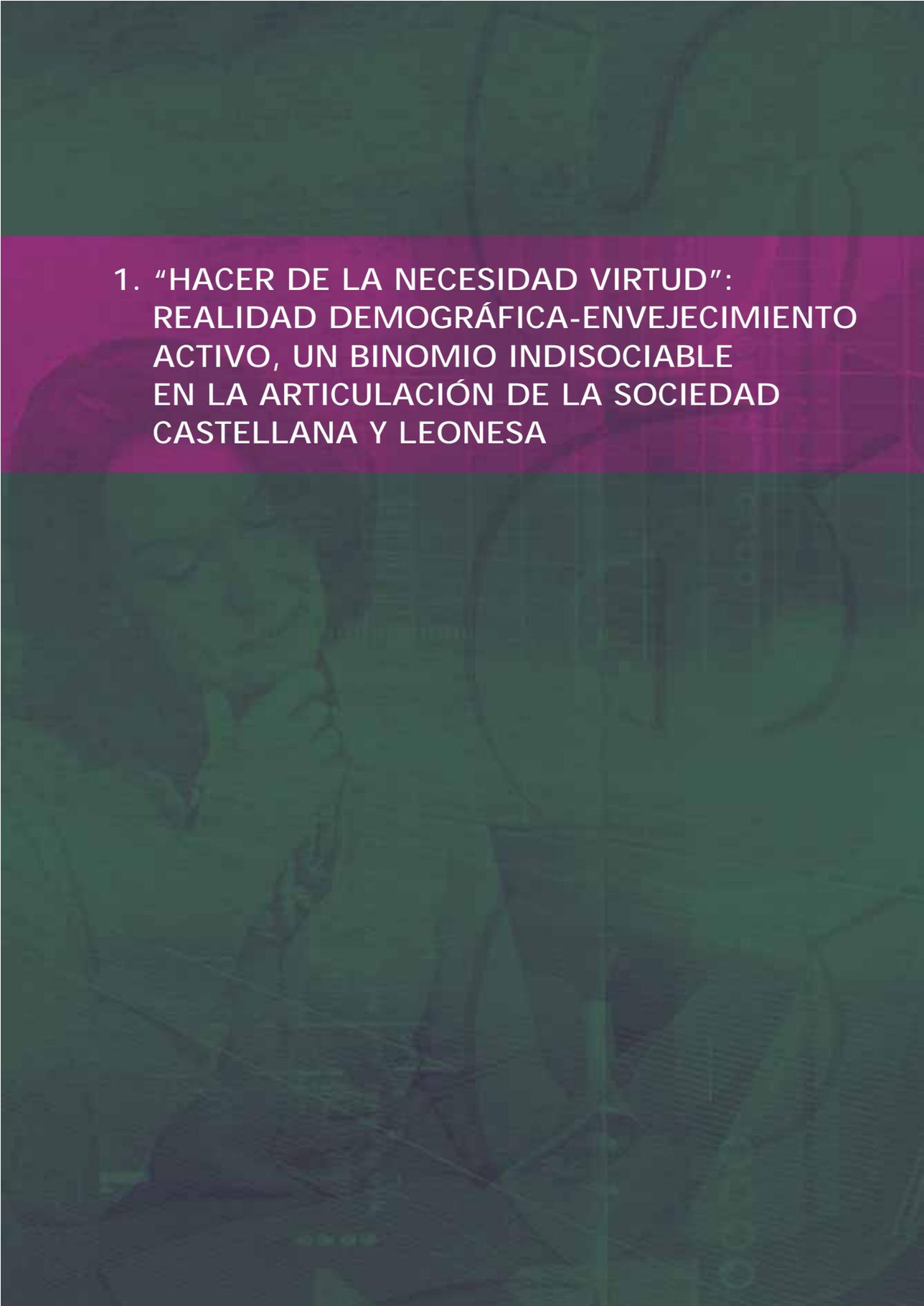
Un aspecto básico y esencial de la seguridad mencionada se refiere, obviamente, al aspecto económico, la seguridad de poder dar satisfacción a las necesidades básicas a través de la adquisición de los bienes y servicios necesarios, para lo cual se requiere disponer de una fuente de ingresos suficiente y segura. En este sentido, se ha considerado conveniente analizar diversas cuestiones relacionadas con el nivel de ingresos en dos planos: primero aludiendo no sólo a su cuantía, sino también introduciendo algunos elementos referidos a la suficiencia económica y al riesgo de pobreza. De otro lado el analizar la importancia y características de las transferencias vía pensiones, que conforman lo esencial del sostenimiento económico de una parte fundamental de nuestra sociedad. Un doble análisis que nos permitirá detectar cuales son los rasgos más significativos, debilidades y los riesgos más patentes así como las desigualdades que afectan a los mayores castellanos y leoneses, siendo, éste uno de los aspectos en que de forma más palpable se perciben los desequilibrios vinculados al género.

Por último, pero no por ello de menor importancia, se insertan las reflexiones centradas en la creación de entornos seguros para los mayores, en definitiva la conformación de unos “mecanismos de protección” más allá de la transferencia de rentas que contribuyan de un modo u otro a conformar espacios de vida en que los mayores se desenvuelvan adecuadamente, sintiendo que los dominan; lo cual permitirá, al menos en buena medida, superar los riesgos de vulnerabilidad social que en las personas de edad son especialmente significativos. Por consiguiente, el contenido de las últimas páginas se centra en las reflexiones sobre la dependencia, el marco normativo para atenderla, así como el catálogo de servicios que, a distintos niveles, se despliegan en Castilla y León con el fin de crear entornos seguros, concluyendo con unas breves reflexiones, sobre la importancia, tanto de los medios, como del enfoque para el logro de los objetivos planteados.

Para finalizar estas consideraciones introductorias tan solo resta añadir algunas pequeñas puntualizaciones sobre los recursos bibliográficos y documentales utilizados. En el análisis de los distintos aspectos se ha procurado recurrir a las fuentes más adecuadas para cada una de las temáticas, cuidando especialmente la actualización de los datos y el carácter más reciente de las publicaciones que sirven como referencia, las cuales aparecen convenientemente citadas en el texto de los capítulos correspondientes así como en la relación de bibliografía y fuentes que se incluye al final. Esta última no pretende, ni mucho menos, ser un repaso exhaustivo, ni siquiera amplio a las publicaciones sobre el envejecimiento ni siquiera de las más

concretas que versan sobre el envejecimiento activo, simplemente pretende reflejar aquellos textos y aquellas fuentes documentales que de manera directa han servido de referencia o de soporte estadístico para la elaboración del documento que ahora se presenta.

A los autores no se les escapa la más que probable circunstancia de que en el momento en el que el texto sea analizado por quienes corresponda, puedan existir actualizaciones de datos o fuentes estadísticas más recientes, respecto a lo cual conviene hacer dos precisiones. En primer lugar, que el estudio se elabora en un momento, un lugar y unas circunstancias concretas; además se están tratando cuestiones en las que, dado su interés, la producción tanto científica como documental y estadística se renueva constantemente de forma muy dinámica; por otra parte las cuestiones como las relacionadas con la población activa y el empleo, que son objeto de observación permanente por los organismos estadísticos competentes (la periodicidad trimestral e la EPA, o la renovación mensual de los datos sobre pensiones), por lo que es necesario tomar un momento concreto de referencia. Por otra parte, hemos de señalar que la finalidad que persigue el análisis de datos y estadísticas que aquí se hace no es abordar un comentario de "coyuntura", sino más bien detectar los elementos más relevantes y significativos de cada una de las temáticas que nos ocupan. En consecuencia, cabe pensar que las revisiones o actualizaciones de datos no harán variar sustancialmente las conclusiones más relevantes expresadas en el texto, que, en líneas generales, esperamos sea de utilidad de cara a los objetivos para los que ha sido concebido.



1. "HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD":
REALIDAD DEMOGRÁFICA-ENVEJECIMIENTO
ACTIVO, UN BINOMIO INDISOCIABLE
EN LA ARTICULACIÓN DE LA SOCIEDAD
CASTELLANA Y LEONESA

1. “HACER DE LA NECESIDAD VIRTUD”: REALIDAD DEMOGRÁFICA-ENVEJECIMIENTO ACTIVO, UN BINOMIO INDISOCIABLE EN LA ARTICULACIÓN DE LA SOCIEDAD CASTELLANA Y LEONESA

La problemática poblacional, es, sin lugar a dudas, uno de los aspectos más preocupantes, más debatidos y más presentes en los distintos foros y en las agendas de los responsables políticos, las instituciones y los agentes sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, pero también es indudable que la prioridad concedida, fruto de un plausible consenso, encuentra dificultades para reconducir de manera plenamente satisfactoria la situación, pues debemos seguir arrastrando el pesado lastre que representan las inercias demográficas asociadas a muchas décadas de un intenso declive. No es nuestra intención desarrollar ahora un análisis detallado de la problemática demográfica castellana y leonesa, existen ya otros informes y estudios en los que se aborda de manera pormenorizada y solvente. Ahora bien, en el marco de un trabajo como el presente resulta necesario, cuando menos, contextualizar la situación de manera adecuada, a fin de ver dónde nos encontramos y hasta qué punto resulta necesario y urgente emprender acciones encaminadas a potenciar y desarrollar el amplísimo abanico de cuestiones relacionadas con el envejecimiento activo. En efecto, aun cuando parece que el “tema estrella” de las cuestiones demográficas de Castilla y León es del de la despoblación, no debemos olvidar bajo ningún concepto que esta cuestión sólo puede ser adecuadamente comprendida bajo una perspectiva global e integradora. Despoblación y envejecimiento son dos elementos de la dinámica demográfica que se alimentan mutuamente, la despoblación, por la manera en que se produce, ha generado y sigue generando un acusado envejecimiento y la situación de intenso envejecimiento demográfico sostiene y evidencia la escasa capacidad de los residentes en Castilla y León para renovarse.

Vamos, pues, a tratar de exponer brevemente el estado de la cuestión, incidiendo primeramente en la entidad y el significado del envejecimiento demográfico de Castilla y León en el contexto nacional, para mostrar cómo la nuestra es una de las regiones en las que con mayor virulencia se manifiesta este fenómeno. Posteriormente, nos centraremos en diferencias espaciales, tanto a escala provincial como en

función de los distintos tipos de espacios, para constatar la cada vez más preocupante imbricación entre el envejecimiento y la despoblación. Este somero vistazo a la evolución reciente y situación actual debe ser completado con la visión prospectiva, es decir, tratando de vislumbrar hacia dónde nos conducen las tendencias actuales como punto de referencia imprescindible para concebir, diseñar y poner en práctica acciones. Finalmente, cerraremos el capítulo con unas reflexiones encaminadas a fomentar una actitud positiva frente a la realidad socio-demográfica de Castilla y León, que puede y debe ser contemplada, no sólo como un problema, sino también (y sobre todo) como una clara potencialidad, si entre todos los implicados conseguimos encauzar los esfuerzos en la dirección adecuada.

1.1 Cuantía y significado del envejecimiento demográfico

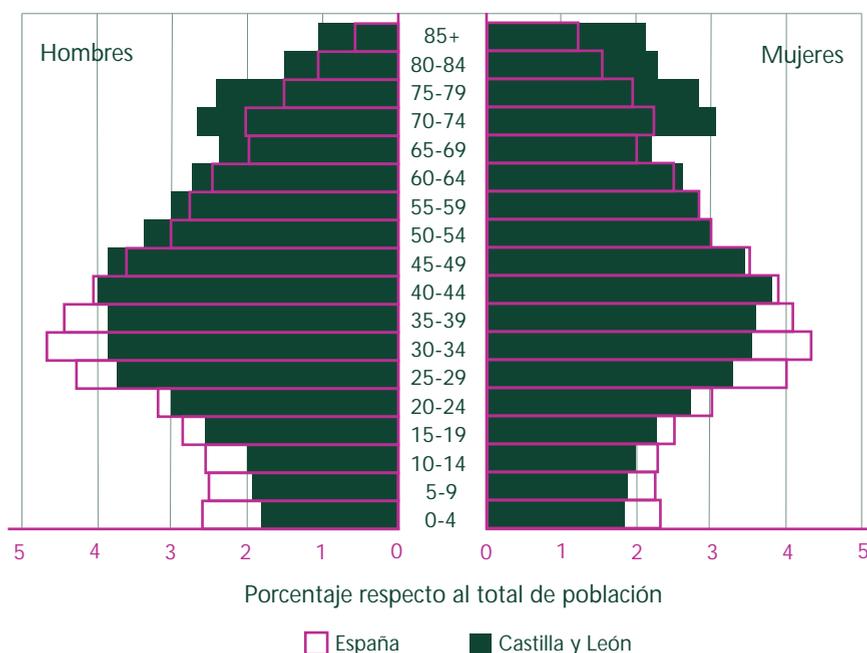
No es necesario incidir en los sobradamente conocidos procesos de emigración y transformación de comportamientos reproductores, que han puesto a nuestra Comunidad Autónoma en una situación, no ya de atonía, sino más bien de agonía demográfica, como se ha constatado en múltiples ocasiones; sin embargo, resulta oportuno comprobar hasta qué punto la modificación reciente del balance global y del balance migratorio, ha podido modificar o no la sostenida tendencia a tendencia a un envejecimiento cada vez mayor que la hace destacar considerablemente en el contexto nacional.

1.1.1 Castilla y León paradigma de Comunidad envejecida

En un anterior informe del propio CES de Castilla y León sobre la Situación de las Personas Mayores se destacaba, en primer lugar, el envejecimiento como un rasgo absolutamente fundamental en el panorama socio-demográfico de nuestra Comunidad. Ha pasado ya casi una década desde la fecha a que se referían los datos que sustentaban tales afirmaciones, aún pertenecientes al siglo pasado; ahora bien, la consulta de información actualizada¹ nos obliga a mantener las afirmaciones entonces realizadas, poniendo incluso mucho más énfasis en el significado de una situación que no deja de ser en extremo preocupante, por más que el sistemático seguimiento de su evolución vaya habituándonos a unos indicadores que no hace mucho serían considerados absolutamente espectaculares, cuando no claramente exagerados.

¹ En el momento de redactar estas líneas los últimos datos detallados de población publicados por el Instituto Nacional de Estadística son los correspondientes a la actualización del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. Ciertamente, en el momento de esa redacción era posible contar con un avance de los resultados a 1 de enero de 2008; sin embargo, hemos decidido no utilizarlos ya que no es posible hacerlo para todas las consideraciones a tener en cuenta en este capítulo.

Gráfico 1.1.1 Pirámides de población de España y Castilla y León a 1 de enero de 2007



La contundencia y rotundidad de las afirmaciones se aprecia con un simple vistazo a las pirámides de población (gráfico 1.1.1), donde se puede constatar la enorme importancia relativa de los escalones correspondientes a la población anciana, que superan con gran amplitud la entidad de estos mismos grupos de edad en el contexto nacional. Igualmente, se mantiene con claridad ese déficit relativo de población adulto-joven (algo más acusado en las mujeres), así como la más apreciable regresión en la base de la pirámide castellana y leonesa, en la que, por el momento, no se esboza, como ocurre en el caso español, ese tímido incremento en la entidad numérica de las generaciones más jóvenes. Una cúspide mucho más abultada y una mayor estrechez en casi todos los escalones de la mitad inferior del gráfico, no hacen sino ratificar, acentuándolo, ese envejecimiento castellano y leonés, tanto desde una perspectiva interna como al situarlo en el contexto nacional.

Según los datos del Padrón Municipal de Habitantes, actualizado a 1 de enero de 2007, las personas empadronadas en Castilla y León representaban el 5,6% de todas las residentes en España, mientras que si restringimos la observación a quienes tienen 65 y más años dicho porcentaje se sitúa dos puntos por encima del anterior, mientras que los castellanos y leoneses incluidos en los otros dos grandes

grupos de edad están claramente “subrepresentados” en el conjunto del país. Así pues, si es habitual caracterizar las estructuras demográficas españolas como claramente envejecidas, para las de nuestra región debían reservarse calificativos mucho más contundentes, a tenor de los valores que alcanzan los indicadores reflejados en la tabla 1.1.1.

Tabla 1.1.1 Comparación de las estructuras por edades en Castilla y León y en España, 2007

Importancia de los grandes grupos de edad			
Grupos de edad	Habitantes		Castilla y León España x 100
	España	Castilla y León	
Jóvenes	6.480.832	291.392	4,49
Adultos	31.188.079	1.667.687	5,35
Ancianos	7.531.826	569.338	7,56
Total	45.200.737	2.528.417	5,59

Principales indicadores de la estructura por edad					
	España	Castilla y León	Diferencia		
			En valor	En %	
Tasa de vejez	16,66	22,52	5,86	35,17	
Índice de Envejecimiento	1,16	1,95	0,79	68,10	
Índice de sobre-envejecimiento	11,76	14,28	2,52	21,43	
Edad Media	40,76	44,68	3,92	9,62	
Edad Mediana	39,17	43,68	4,51	11,51	
Edad Media de los mayores	75,97	76,85	0,88	8,02*	

* Para calcular la diferencia relativa (en %) en la edad media de los mayores se ha restado a los valores originales 65, ya que, por decirlo de algún modo, aquí el valor mínimo no es cero, sino 65; de este modo, si se calcula el porcentaje que supone la diferencia respecto a un total de más de 75 años, la cantidad resultante no resulta expresiva.

Fuente: INE *Padrón Municipal de Habitantes* actualizado a 1 de enero de 2007. Elaboración P. Caballero.

En efecto, podemos observar cómo todos los indicadores presentan para Castilla y León valores considerablemente más altos que para el conjunto nacional, de tal manera que el grado de envejecimiento expresado mediante estas cifras es, en el menor de los casos, casi un 10% superior en nuestra Comunidad Autónoma. Realmente espectacular es la consideración del índice de envejecimiento, que pone en relación los grupos de edades extremos, donde la diferencia con respecto a las cifras generales del país llega a ser del 68%, al valorarse conjuntamente el déficit relativo de jóvenes y la excesiva proporción de personas mayores, hasta el punto de existir en nuestra Comunidad casi dos ancianos por cada menor de 15 años. No menos significativo es el desajuste entre la edad media y mediana, indicadores en los que, como es obvio, las diferencias, tanto absolutas como relativas no pueden ser muy grandes, pero no dejan de ser muy reveladores los casi cuatro años en el caso de la edad media y los más de cuatro años y medio en la edad mediana. En concreto, el que las diferencias en la edad mediana sean superiores a la de la edad media, no hace sino traducir a números una realidad que se observaba muy bien al contemplar la pirámide de edades, nos referimos al también déficit relativo que presentan en Castilla y León los adultos jóvenes o relativamente jóvenes, entre los veinte y los cuarenta años, lo cual no deja de expresar, de manera indirecta, la menor capacidad de revitalización demográfica en Castilla y León frente al conjunto nacional.

Se trata, además, de un “envejecimiento más envejecido”, en el sentido de que los ancianos no sólo son, en términos relativos, mucho más numerosos en Castilla y León que en España, sino que los mayores de nuestra Comunidad tienen más años. En efecto, a través del Índice de sobre-envejecimiento, podemos constatar cómo las personas de 85 y más años representan más de 14% de todos los mayores, cuando en el conjunto español ni siquiera llegan al 12%; por tanto, la diferencia de 2,5 puntos entre uno y otro ámbito representa, en términos porcentuales un desajuste superior al 21%. Igualmente, ese “envejecimiento más envejecido” se evidencia al calcular la edad media de los mayores, que en el caso castellano y leonés es de casi 77 años, superando en 0,88 la registrada para el total nacional, lo cual, aunque no lo parezca, representa una diferencia considerable, pues a estos niveles el desajuste, en número de años no puede ser muy grande. Sobre esta idea queremos resaltar un último apunte (no consignado mediante los indicadores del cuadro): es el que se refiere al peso de los “muy mayores” en el conjunto total de la población. De este modo, los al menos octogenarios representan el 7,13% de los residentes en esta Comunidad Autónoma, cifra que se reduce al 4,53 si ampliamos la observación al conjunto español, diferencia, a todas luces, muy considerable.

Gráfico 1.1.2 Tasa de vejez por Comunidades Autónomas

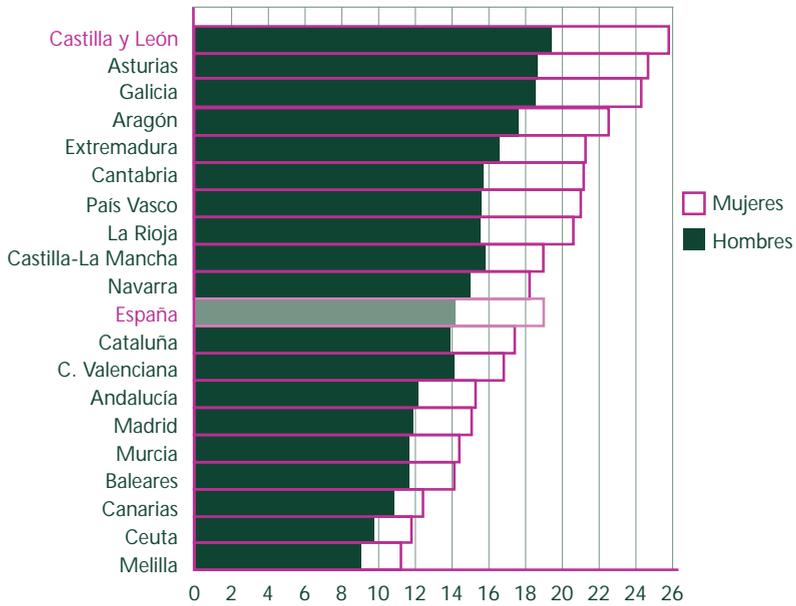


Gráfico 1.1.3 Índice de envejecimiento por Comunidades Autónomas

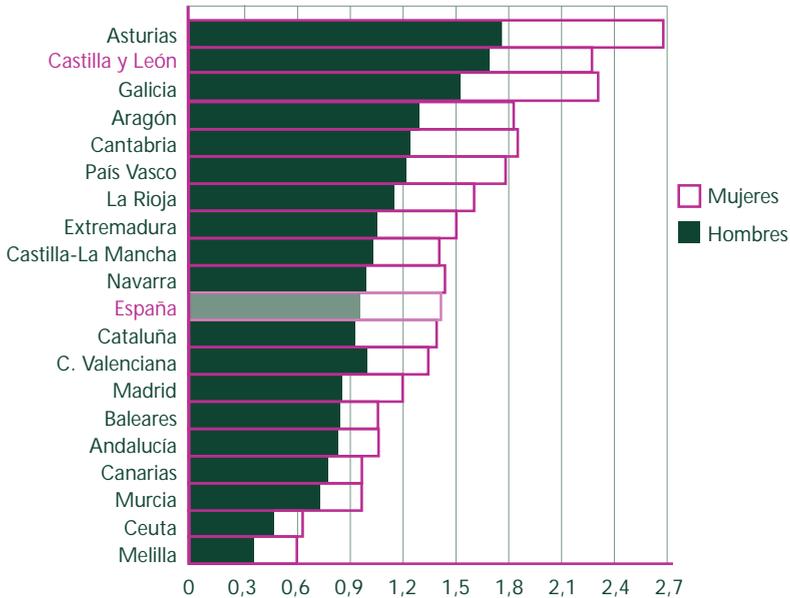


Gráfico 1.1.4 Edad media por Comunidades Autónomas

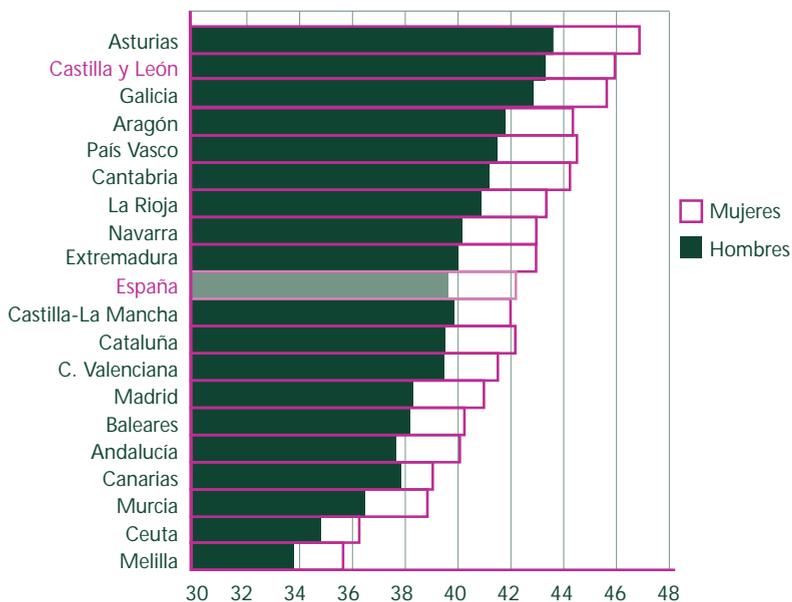


Gráfico 1.1.5 Edad mediana por Comunidades Autónomas

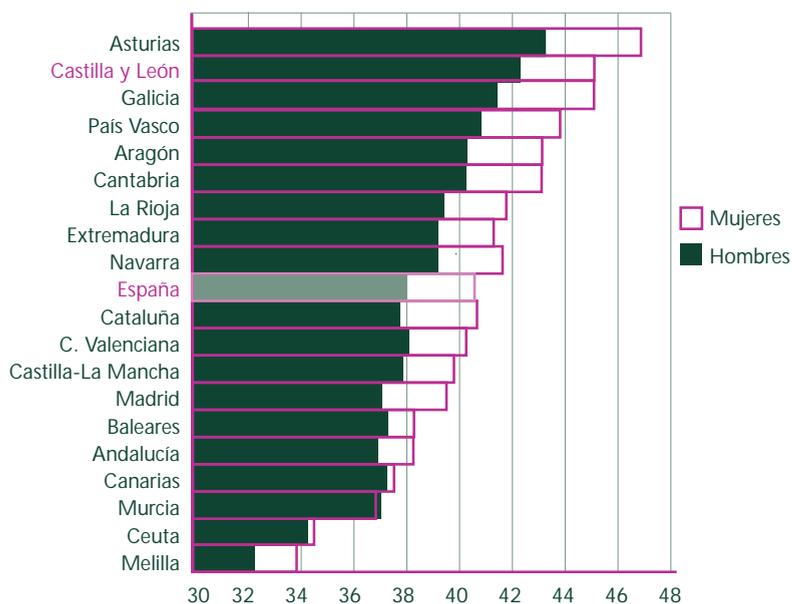


Gráfico 1.1.6 Índice de sobre-envejecimiento por Comunidades Autónomas

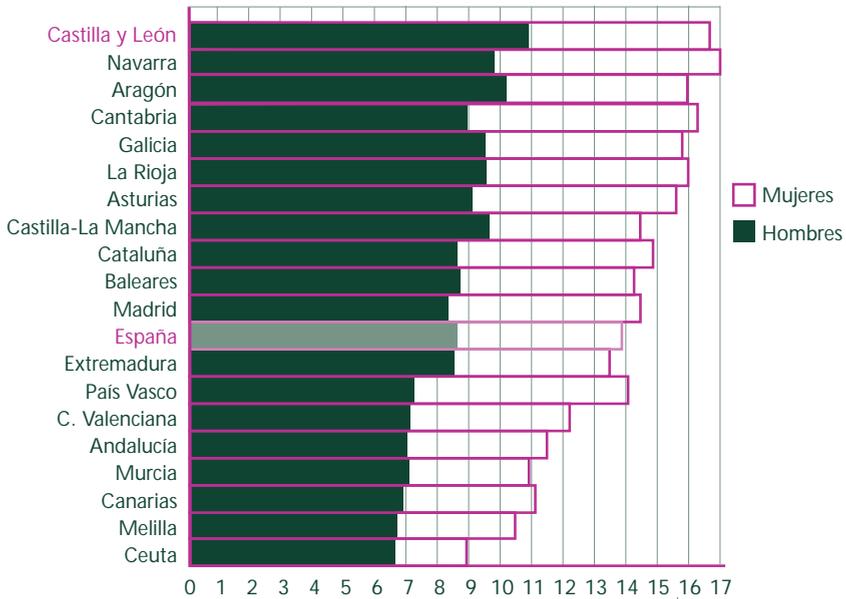
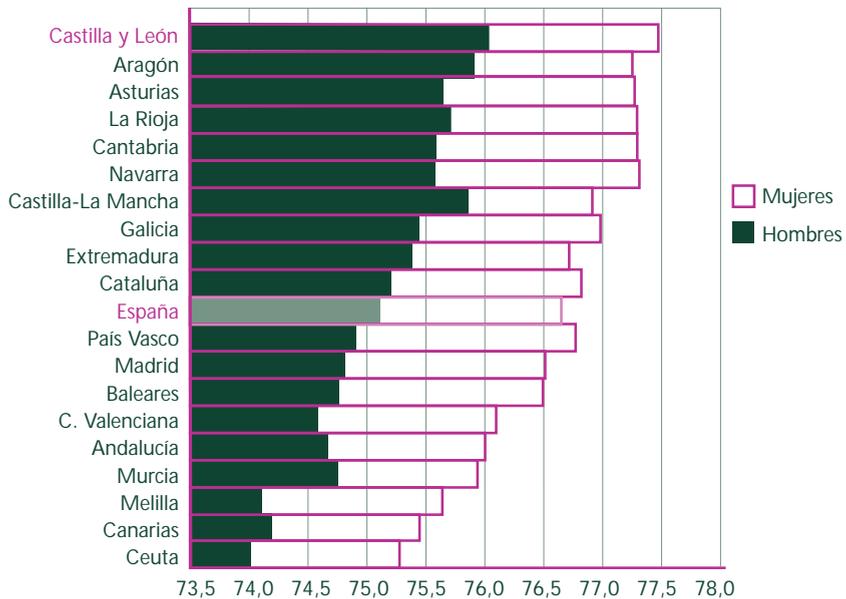


Gráfico 1.1.7 Edad media de los mayores por Comunidades Autónomas



Esta clara situación de espacio envejecido se realza aún más si “enriquecemos” las comparaciones mediante un análisis del panorama que presentan las distintas Comunidades Autónomas españolas, de entre las cuales la nuestra se caracteriza por ocupar una posición preeminente en el *ranking* de envejecimiento (Véanse gráficos 1.1.2 a 1.1.7 y también el Anexo 1). Si nos fijamos inicialmente en indicadores más generales podemos constatar que en la determinación del grado de envejecimiento intervienen en grado variable distintos elementos, que no es el caso dilucidar ahora, simplemente apuntar que figuran en los primeros lugares aquéllas Comunidades en las que se han combinado procesos emigratorios más o menos antiguos e intensos con una baja fecundidad, bien tradicional, bien consecuencia de la dinámica externa; como ha ocurrido en Galicia, Aragón, Asturias o la propia Castilla y León, que son, en una visión de conjunto, las cuatro regiones más envejecidas del país. Dentro de esas cuatro Castilla y León, es, sin duda de las más destacadas, al ser la Comunidad en la que los mayores representan una mayor proporción en el total de residentes y si ocupa el segundo, después de Asturias, en Índice de envejecimiento, edad media y edad mediana, se debe no a la entidad numérica de sus mayores, sino a la mayor debilidad en las cohortes infantiles y primeras de adultos jóvenes.

Este rasgo demográfico fundamental de nuestra comunidad en el Contexto general de las regiones españolas se ve acentuado claramente si procedemos a medir la intensidad del envejecimiento. En efecto, los indicadores que valoran “el envejecimiento del envejecimiento”, aportan una nueva perspectiva, en la cual se producen modificaciones en cierto modo apreciables en la posición ocupada por las distintas demarcaciones, pues los primeros lugares aparecen ocupados por distintas Comunidades, con la única excepción de Castilla y León, que, invariablemente, aparece en primer lugar, tanto al considerar el Índice de sobre-envejecimiento (proporción de los mayores de 85 años en el total de ancianos) con un 14,3%, como en lo tocante a la edad media de los mayores, que es de 76 años para los hombres y 77,5 para las mujeres. La intensidad de este proceso dentro del colectivo de mayores castellanos y leoneses resulta tanto más llamativa si tenemos en cuenta que este grupo está en nuestra región relativamente masculinizado, pues aquí por cada 100 mujeres mayores de 65 años residen 76 varones de las mismas edades; entretanto, en el conjunto nacional esta proporción es de 100 a 73, dentro de una horquilla de mayor a menor masculinización que varía desde 79 a 68, con lo que la nuestra se sitúa en el tramo medio-alto de la lista. Una estructura por sexo que, dada la menor esperanza de vida masculina, implica una tendencia a conformar un colectivo de mayores con menor edad. En definitiva, la claridad, contundencia y profundidad del fenómeno son indiscutibles, aunque su relevancia y significado en el contexto nacional merece algunas precisiones, si en lugar de considerar una “foto fija” del Padrón a 1 de enero de 2007, tenemos en cuenta la trayectoria registrada en los últimos años.

1.1.2 Un proceso más acelerado que en el conjunto español

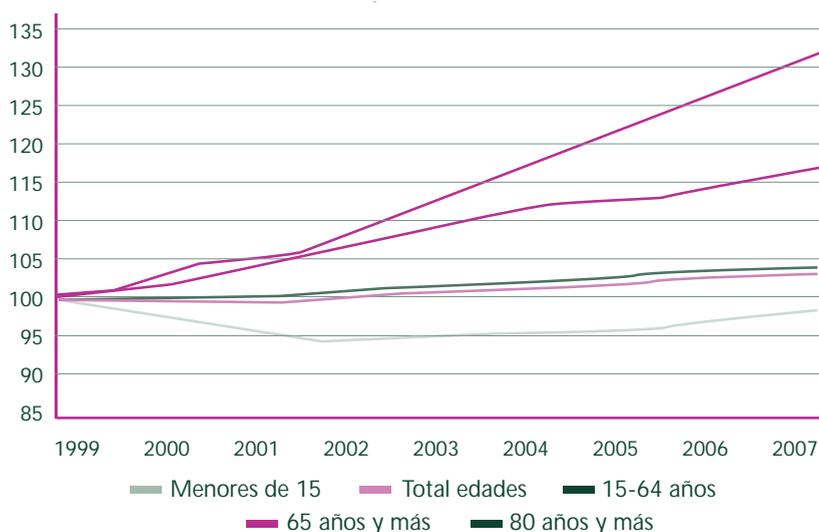
La perspectiva diacrónica de la trayectoria seguida en los últimos años matiza y pone en su justa medida los rasgos del envejecimiento castellano y leonés². Desde esta perspectiva el proceso cuyo alcance, en cuanto a indicadores demográficos, acabamos de comentar, no debe verse como una “espectacular inflación” en el número de personas mayores, sino más bien como unos intensos ajustes en la composición etaria en un contexto de escaso crecimiento poblacional en el que las significativas aportaciones de la población inmigrante, ven menguada su efectividad por un balance natural continuada y preocupantemente negativo, tal como se recoge en el último Informe del CES sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Un hecho que ha venido a ratificar la reciente publicación por parte del INE de los datos correspondientes al Movimiento Natural de la Población de 2007 y las cifras provisionales del total de habitantes a 1 de enero de 2008, donde vemos cómo nuestra Comunidad mantiene la ya apuntada tendencia al incremento de habitantes pero con una intensidad equivalente a la mitad de la registrada en el conjunto nacional (0,98% frente a 1,91%), a lo que contribuye en no poca medida el hecho de que nuestro crecimiento vegetativo sea de -0,27%, mientras el español se sitúa en cifras muy similares pero positivas (el 0,23%).

El gráfico 1.1.8 muestra en qué consiste esa redistribución por edades que provoca esa continuidad en el envejecimiento castellano y leonés, donde el número total de residentes apenas ha crecido un 2% en casi una década (1999 a 2007); variación casi idéntica a la experimentada en el grupo mayoritario de efectivos, los situados entre 15 y 64 años, quienes constituyen la base productiva y reproductora de cualquier población, lo que revela, por tanto, un dinamismo muy poco significativo. En cambio, donde se producen evoluciones contrapuestas, que intensifican el envejecimiento ha sido en los grupos extremos, al registrarse un descenso de un 6% en las generaciones menores de 15 años, de modo que los encargados de “alimentar la base de la pirámide” han perdido entre 1999 y 2007 un total de 17.004 efectivos. En el otro extremo de la escala de edades, quienes han cumplido 65 años registraron una variación positiva que en porcentaje es inferior a la de los jóvenes (el 4%), pero, dada su importancia, implica una variación

² Si no se dice lo contrario, se considerará la evolución entre 1999 y 2007. La primera es la fecha a que se refieren los datos del anterior informe sobre la *Situación de las Personas Mayores en Castilla y León*. La última es la de los últimos datos publicados por el INE, referidos a los resultados detallados de la explotación estadística del Padrón Municipal de habitantes, actualizado a 1 de Enero de 2007. Los resultados provisionales a 1 de enero de 2008, disponibles en ese momento, pero no son suficientes para permitir un tratamiento exhaustivo.

numérica de casi 24.000 personas, cantidad no demasiado inferior al crecimiento experimentado por tramos centrales (15-64 años), quienes, al representar casi los dos tercios de la población regional y constituir de forma absolutamente mayoritaria los tramos de edad de los inmigrantes han llegado a ganar en estos 8 años casi 33.400 efectivos.

Gráfico 1.1.8 Evolución del número de habitantes por grupos de edad. Castilla y León (1998=100)



Así pues, pese al apreciable incremento numérico de la llamada "tercera edad", la espectacularidad del proceso de envejecimiento en Castilla y León no ha consistido tanto en una "avalancha de ancianos", como en el resultado de una redistribución numérica de las distintas generaciones en la que los grupos extremos evolucionan en sentido contrario, de ahí el grado de variación de indicadores al que aludiremos más adelante. En cualquier caso, y centrándonos ya en las personas de más edad, conviene hacer hincapié en una trayectoria que sí ha incidido y seguirá incidiendo de manera importante en las implicaciones, demográficas, sociales, económicas y políticas de nuestras estructuras demográficas; me refiero a la cuantía de las distintas cohortes dentro del grupo de personas mayores. En efecto, para la evolución de la llamada "Tercera Edad" podemos detectar un cierto paralelismo con lo ocurrido para el total de población. Así, mientras los "mayores más jóvenes" (65-69 años) han visto reducidos sus efectivos en 39.443 personas, los residentes con 80 y más años superan en casi 44.000 los registrados en 1999, por lo que su

tasa de crecimiento medio anual acumulativo supera en este periodo el 3,5%³. Ni el total de población, ni ningún otro intervalo (ya sea de grandes grupos o de grupos quinquenales) ha sufrido una variación numérica tan cuantiosa. Por su parte los otros grupos quinquenales de mayores muestran claros crecimientos, aunque de cuantía más moderada, tanto en cifras absolutas como relativas.

Para comprender claramente el por qué de este proceso basta con mirar un poco atrás en la historia demográfica de nuestra región. Observando la pirámide de edades (gráfico 1.1.1) podemos constatar cómo quienes han entrado hace poco en la "tercera edad" y quienes van a hacerlo en breve pertenecen a generaciones muy poco numerosas, concretamente las generaciones menguadas, nacidas en torno a la guerra civil y la inmediata posguerra, que, en nuestra región protagonizaron, además, la emigración de los años sesenta y primera mitad de los setenta, fueron los artífices de aquél éxodo rural, que nuestras ciudades, débiles y poco numerosas no pudieron retener⁴. En consecuencia, a lo largo de las dos primeras décadas del presente siglo, el grupo de mayores ha sido y es nutrido por cohortes mucho menos numerosas que las anteriores, lo cual, contribuye a que no se disparen algunos indicadores de envejecimiento a escala regional. Sin embargo, las ganancias en la esperanza de vida propician una mayor acumulación en los dos últimos escalones de la pirámide. De este modo, aun cuando los índices globales de la estructura por edad puedan hacer pensar que se atenúa el ritmo, no debemos olvidar que el crecimiento numérico de los mayores es significativo y se produce casi exclusivamente por aumento de quienes tienen más probabilidad de presentar limitaciones o dependencias, es decir quienes han cumplido 80 y más años.

Antes hemos caracterizado a nuestra Comunidad como tremendamente envejecida, tanto por los valores en sí mismos como por los rasgos de sus estructuras en contexto nacional; posteriormente hemos enfatizado cómo la perspectiva diacrónica muestra una intensificación progresiva de estos rasgos demográficos; cabe ahora, pues, preguntarse si la trayectoria reciente descrita resulta coincidente con la experimentada a escala general del país y si, en consecuencia, podemos hablar de una atenuación o de un agrandamiento de los desajustes apuntados.

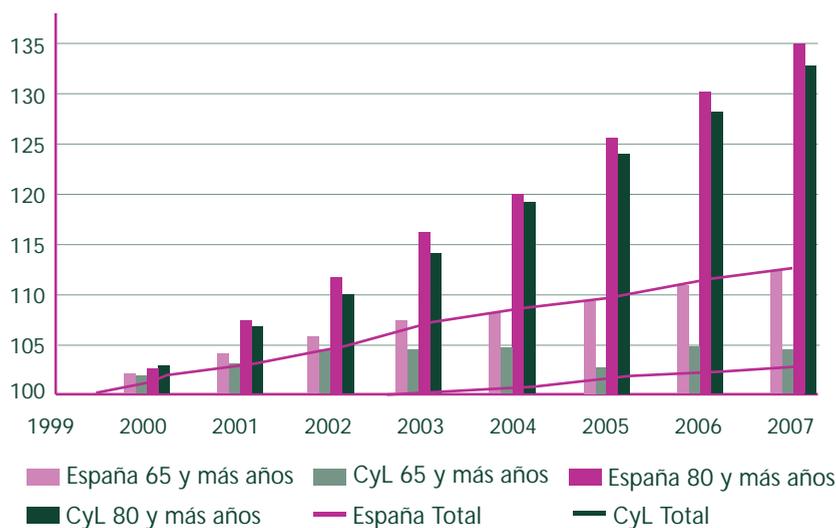
La evolución en cuanto al número de efectivos de mayor edad reflejada en el gráfico 1.1.9 parece apuntar una cierta convergencia entre Castilla y León y España,

³ Resulta tremendamente expresivo señalar que, una tasa de crecimiento medio anual de este tipo implica que los efectivos se duplicarían en menos de veinte años.

⁴ Al parecer, la cuantía de estas generaciones no se ha visto incrementada en virtud del tan reiterado fenómeno de los retornos, pues, según se recoge en el último Informe Anual del CES, el saldo migratorio de los mayores es bastante equilibrado, e incluso ligeramente negativo. Véase Informe sobre la Situación Económica y Social en Castilla y León en 2007. Valladolid. Consejo Económico y Social de Castilla y León. Cfr. Pág. 557.

pues si decíamos que el incremento en el número de ancianos entre 1999 y 2007 fue del 4% en nuestra Comunidad, este porcentaje es tres veces mayor a escala nacional, donde se alcanzó en el mismo periodo una variación numérica de 792.265 persona, cantidad que supone el 11,75% de los mayores residentes en España en 1999. Pese a estas diferencias evolutivas en la cuantía de efectivos de 65 y más años, debemos considerar algunos matices que parecen apuntar hacia una intensificación de los rasgos demográficos que distinguen a Castilla y León en el conjunto Español. En primer lugar, insistiremos en que la valoración del desajuste evolutivo de los mayores entre España y Castilla y León no puede hacerse de forma aislada, sino que, tal como se ha representado en el mismo gráfico, debe enmarcarse en la trayectoria experimentada por la población en su conjunto. Bajo este prisma, resulta absolutamente lógico que las personas mayores incrementen su cuantía de forma más intensa en el conjunto español, donde el crecimiento demográfico ha sido muy superior al registrado en nuestra Comunidad Autónoma, tal como muestra la separación de una y otra curva del gráfico.

Gráfico 1.1.9 Evolución del número de mayores y de la población total, en Castilla y León y en España (1999=100)

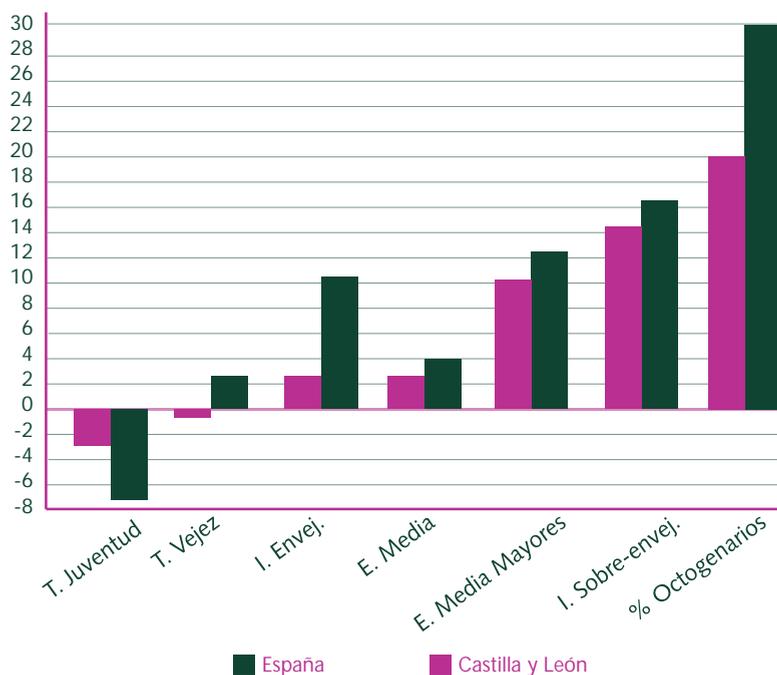


En efecto, tanto de forma visual como a través de los cálculos numéricos, podemos constatar cómo la variación relativa del total de población ha sido en el caso español del 12%, es decir, seis veces superior a la de Castilla y León, que se ha quedado en un escaso 2%; recuérdese, que al comparar la evolución de los mayores el desajuste era de 3 a 1 en lugar de 6 a 1. Por otra parte, si procedemos al cálculo de las tasas de crecimiento anual acumulativo de uno y otro grupo y en uno y otro ámbito, podemos señalar que, pese ese menor incremento de ancianos se registra un mayor envejecimiento en Castilla y León. La población de nuestra Comunidad ha crecido desde 1999 a un ritmo medio del 0,2% anual, mientras que para España dicho porcentaje era siete veces y media superior (el 1,48%).

De otro lado, la comparación de cómo ha crecido el total de población y el grupo de mayores en uno y otro ámbito avala de manera inequívoca la afirmación antes realizada. En el caso español, los porcentajes de variación muy similares para el conjunto y para las personas mayores, incluso con intensidad ligeramente mayor en el total de efectivos. Sin embargo, en nuestra Comunidad Autónoma, la tendencia claramente alcista en el número de ancianos contrasta con una situación no muy alejada del estancamiento en el total de residentes, lo cual determina, obviamente, una intensificación más clara de los rasgos estructurales. En la misma línea argumenta la tercera de las variables incluidas en el gráfico, la variación en el número total de octogenarios, que presenta intensidades perfectamente equiparables en ámbito nacional y en el regional, un crecimiento en los últimos 8 años del 35% para el primero y del 32% para el segundo, lo que implica, en cualquier caso, una tasa de crecimiento anual acumulativo entre 3,5 y 4 por cien. Es evidente que, en un contexto de mucho menos crecimiento poblacional y de menor aumento de los mayores, este ritmo equiparable en la variación de los octogenarios hace destacar muchísimo el sobre-envejecimiento castellano y leonés en el conjunto español.

En definitiva, si España se aproxima cada vez más a la cabeza del ranking europeo de envejecimiento, nuestra Comunidad Autónoma, puede contarse, sin lugar a dudas, entre los espacios más envejecidos y demográficamente más problemáticos de Europa y, aun cuando en ella el número absoluto de personas mayores no se incrementa a un ritmo tan acelerado como en otros territorios de mayor juventud, los indicadores que sirven para medir y comparar los rasgos estructurales de unos y otros sí crecen con más intensidad, por lo que, bajo esta óptica, se puede afirmar con rotundidad que, a pesar su mayor transformación y a pesar de estar en niveles altísimos de envejecimiento, aún registra una intensidad en este proceso sensiblemente superior a la de otras Comunidades e incluso superior a la del país en su conjunto, tal como aparece reflejado en el gráfico 1.1.10, en el que se representa la variación relativa registrada en los principales indicadores referidos a la estructura por edades.

Gráfico 1.1.10⁵ Variación relativa del valor calculado para distintos indicadores de la estructura por edades, 1999-2007



Resulta muy ilustrativo comprobar cómo todos y cada uno de los indicadores se han modificado de forma más intensa en Castilla y León. En primer lugar, la continuada regresión en la cuantía de elementos más jóvenes es manifiesta en ambos casos, pero en nuestra Comunidad pierden importancia de forma mucho más acelerada⁶. Las mismas razones que han hecho perder menos importancia a los jóvenes en el conjunto español explican que el porcentaje de mayores respecto al total de población se haya reducido en el conjunto nacional, no así en nuestro espacio de estudio, donde el aumento porcentual de la tercera edad, sin ser muy intenso, se mantiene de forma ininterrumpida. No debe extrañar, por tanto, que la relación

⁵ Para el cálculo de la variación relativa en la Edad Media de los Mayores, se toman como referencia los valores de edad media pero restándoles, 65 años, ya que este es el valor mínimo que podrían tener y, en consecuencia, si se calcula sobre la edad media total de los mayores estaremos restando mucha importancia relativa a la variación real de este indicador.

⁶ No vamos a entrar ahora en un análisis causal de los procesos descritos; buena parte del mismo puede encontrarse en el último Informe Anual del CESCYL, donde se constata una menor natalidad y fecundidad en Castilla y León, al tiempo que se informa de una menor aportación de la población extranjera al número total de nacimientos. Véase CES op. Cit. Cfr. pp. 579-583.

entre ancianos y jóvenes (Índice de envejecimiento) haya evolucionado de forma tan dispar en uno y otro ámbito. No es necesario comentar la evolución de todos y cada uno de los indicadores, pues a través de todos ellos se ratifica no sólo una mayor celeridad en el proceso de envejecimiento, sino un mayor alcance del mismo, lo que se percibe, sobre todo, en la última de las variables consideradas, el porcentaje de octogenarios, que, si bien ha crecido de forma considerable en ambos casos, en nuestra Comunidad lo ha hecho de forma realmente espectacular.

Tal vez no podamos afirmar rotundamente que Castilla y León se encuentra en "otro estadio" en cuanto a sus estructuras demográficas, pero sin duda ha dado un paso más en la transformación de las mismas. Ahora bien, aunque este capítulo "demográfico" pretenda tener sólo un carácter introductorio quedaría de todo punto incompleto si olvidamos referirnos a los desequilibrios territoriales, en una comunidad tan heterogénea y, sobre todo tan extensa como la nuestra. Por ello, dedicaremos el siguiente epígrafe a mostrar la desigual realidad demográfica a lo largo de un territorio, cuya extensión, contribuye a ampliar considerablemente las dificultades y exige redoblar los esfuerzos para dar respuesta satisfactoria a los retos que plantea la realidad socio-demográfica ante la que nos encontramos.

1.2 Las importantes diferencias espaciales en el envejecimiento demográfico

Ciertamente, las circunstancias y factores que han propiciado una tan amplia transformación de las estructuras demográficas en Castilla y León no pueden haber incidido ni con la misma intensidad, ni con el mismo calendario, ni con la misma amplitud en los distintos sectores de una región con más de 94.000 km², que la convierten en la más extensa de Europa. Por tanto, para dar una visión cabal de esta realidad, vamos a aludir brevemente a esas diferencias territoriales en una consideración a dos escalas. En primer lugar, la escala provincial, que tiene un apreciable significado, tanto desde la perspectiva del "espacio percibido" por la ciudadanía castellana y leonesa, como también desde el punto de vista organizativo, pues sobre esa base se asienta, en gran medida, todo el entramado administrativo y de organización de servicios, encargado de dar respuesta las necesidades de esos ciudadanos. Ahora bien, las características poblacionales de unas u otras provincias no hacen sino reflejar la importancia de unos u otros tipos de espacios, que, en virtud de su propia naturaleza y características han sufrido unos u otros procesos demográficos con mayor o menor alcance e intensidad. Para comprender este tipo de diferencias debemos descender a la escala municipal, procediendo a la agrupación de este tipo de entidades administrativas en función de sus características.

1.2.1 Unas diferencias interprovinciales de apreciable magnitud

En una primera apreciación del reparto por provincias de la población anciana podemos constatar cómo éste no hace sino reflejar, aunque con matices, los desequilibrios generales, tal como se refleja en la tabla 1.2.1 cuyos datos manifiestan cómo, obviamente, la mayor cuantía mayores se concentra en las circunscripciones más populosas. Ahora bien, se detecta una clara alteración de ese orden jerárquico en el binomio Valladolid-León, pues si la primera ha pasado a ser desde 2002 la provincia más poblada de la Comunidad, aún no ostenta tal primacía en lo concerniente al número de ancianos ni de octogenarios, que sigue correspondiendo a León, con un porcentaje en este tipo de habitantes sensiblemente superior al que le corresponde por “cuota demográfica” en el contexto regional.

Tabla 1.2.1 Población total y personas mayores en Castilla y León por provincias, 2007

	Pob. Total		Pob. 65 y + años		Pob. 80 y + años	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ávila	168.638	6,67	42.016	7,38	13.830	7,68
Burgos	365.972	14,47	75.999	13,35	24.525	13,61
León	497.387	19,67	122.361	21,49	37.958	21,07
Palencia	173.281	6,85	39.016	6,85	12.926	7,17
Salamanca	351.326	13,90	82.389	14,47	26.425	14,67
Segovia	159.322	6,30	34.795	6,11	11.373	6,31
Soria	93.593	3,70	23.995	4,21	8.348	4,63
Valladolid	521.661	20,63	92.855	16,31	26.572	14,75
Zamora	197.237	7,80	55.912	9,82	18.217	10,11
Castilla y León	2.528.417	100,00	569.338	100,00	180.174	100,00

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* a 1 de enero de 2007.

Dentro de la coincidencia general apuntada, las diferencias existentes entre la cuota de población y la cuota de mayores nos permiten, en una primera visión clasificar las distintas provincias. Así: Valladolid, Burgos y Segovia serían provincias relativamente jóvenes, en las que reside un porcentaje menor de ancianos que de habitantes. En situación inversa, con desequilibrio a favor de la población mayor se encontrarían Ávila, León y sobre todo Zamora; mientras que se daría una situación de relativo equilibrio en las tres restantes, Palencia, Soria y Salamanca, si bien la primera se aproxima más al grupo de Valladolid y las otras dos al de León, sobre todo en el caso de Salamanca, donde resulta significativo resaltar que residen casi los mismos octogenarios que en Valladolid cuando cuenta con una población muy inferior en número.

Tabla 1.2.2 Principales indicadores de la estructura por sexo y edad en las provincias de Castilla y León, 2007

	España	Castilla y León	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora
Tasa de juventud	14,34	11,52	11,25	12,25	10,41	11,11	11,56	13,04	11,92	12,35	9,94
Tasa de vejez	16,66	22,52	24,91	20,77	24,60	22,52	23,45	21,84	25,64	17,80	28,35
Índice de envejecimiento	1,16	1,95	2,21	1,69	2,36	2,03	2,03	1,68	2,15	1,44	2,85
Edad media	40,76	44,68	45,70	43,81	45,86	45,04	44,96	43,54	45,84	42,55	47,63
Edad mediana	39,17	43,65	44,67	42,78	44,98	44,47	43,84	42,05	44,62	41,45	47,18
Edad media de los mayores	75,97	76,85	77,07	76,93	76,79	77,14	76,90	77,08	77,48	76,18	77,08
Índice sobre-envejecimiento	11,76	14,28	14,91	14,44	13,64	14,57	14,95	14,75	16,82	12,68	15,04
% octogenarios	4,53	7,13	8,20	6,70	7,63	7,46	7,52	7,14	8,92	5,09	9,24
Índice masculinidad	0,98	0,98	1,01	1,02	0,95	0,97	0,95	1,02	1,02	0,96	0,98
Índ. masculinidad edad activa	1,03	1,06	1,10	1,11	1,03	1,07	1,02	1,11	1,12	1,02	1,08
Índ. masculinidad edad fértil	1,05	1,06	1,09	1,10	1,03	1,06	1,03	1,12	1,11	1,03	1,09
Índ. masculinidad ancianos	0,73	0,76	0,81	0,76	0,74	0,72	0,75	0,77	0,79	0,74	0,78

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* actualizado a 1 de enero de 2007.

En cualquier caso, el carácter más o menos envejecido de unas u otras provincias aparece claramente perfilado a través de los principales indicadores de la estructura por edades, recogidos en la tabla 1.2.2, que permite extraer una serie de conclusiones de gran interés. En primer lugar, destaca, ante todo no ya la mencionada profundidad y alcance del proceso, sino también su generalización espacial, ya que ninguna de las provincias de Castilla y León presenta en ninguno de los indicadores que miden el envejecimiento valores inferiores a los del promedio nacional y solamente la capital, claramente destacada por su dinamismo en el contexto regional, registra unos guarismos más o menos equiparables a los de todo el país. Frente a la práctica inexistencia de situaciones claras de juventud demográfica, destaca nítidamente el carácter extremo de los rasgos estructurales en algunas de nuestras provincias menos favorecidas, con tasas e índices que raramente se repiten en otras demarcaciones del país.

Gráfico 1.2.1 Tasa vejez en Castilla y León por provincias

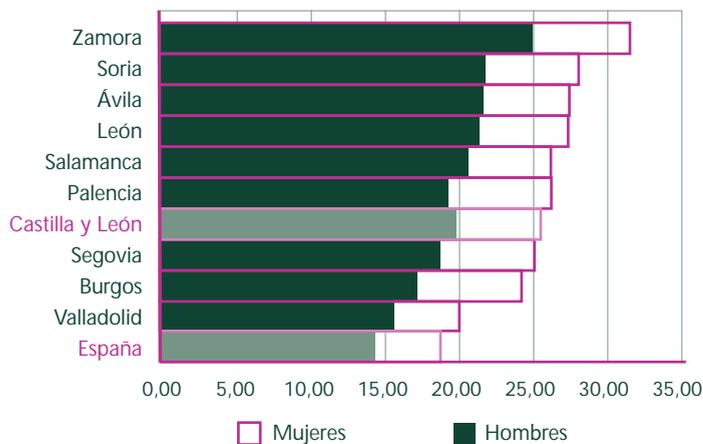


Gráfico 1.2.2 Índice de envejecimiento en Castilla y León por provincias

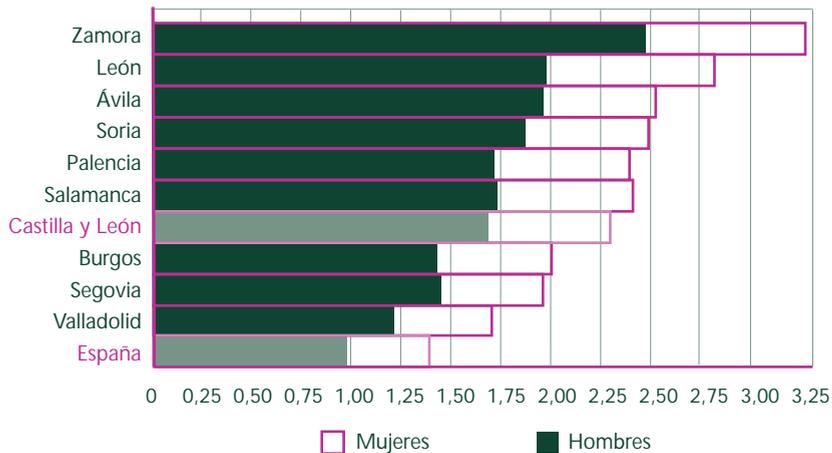


Gráfico 1.2.3 Edad media en Castilla y León por provincias

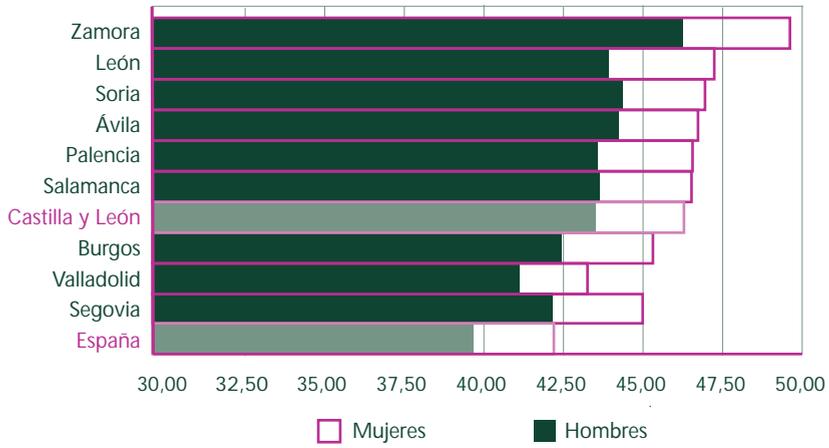


Gráfico 1.2.4 Índice de sobre-envejecimiento en Castilla y León por provincias

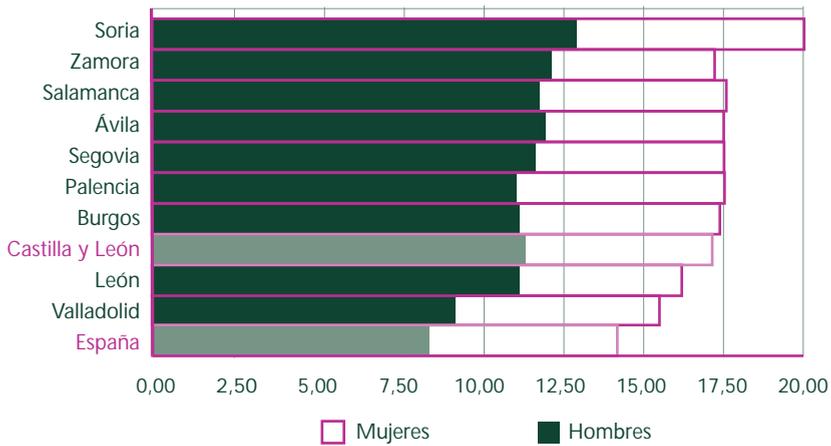


Gráfico 1.2.5 Porcentaje de octogenarios en Castilla y León por provincias

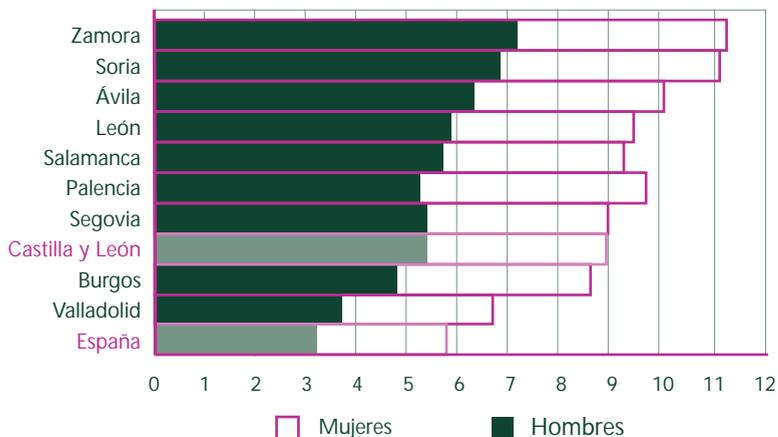
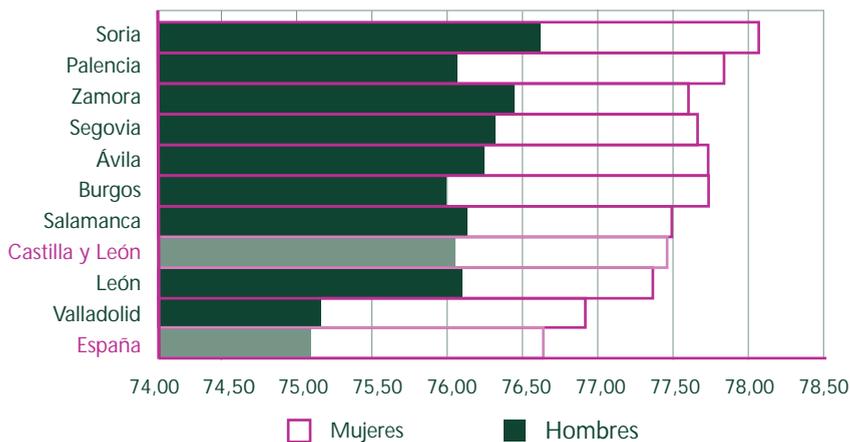


Gráfico 1.2.6 Edad media de los mayores en Castilla y León por provincias



Junto a la tabla antes mencionada, la plasmación gráfica del significado de los datos (gráficos 1.2.1 a 1.2.6), permite de forma mucho más fácil e intuitiva a establecer una “tipología de provincias” dentro de Castilla y León, a partir, tanto del análisis de los valores referidos a la estructura por edades en general como a los que se centran en el fenómeno del sobre-envejecimiento. En primer lugar, podemos distinguir un grupo de cuatro provincias muy claramente envejecidas, formado por Ávila, León, Soria y Zamora, que ostentan valores que se encuentran entre los más altos, no sólo de Castilla y León, sino de todo el país. Otras dos provincias que son Palencia y Salamanca presentan un envejecimiento algo más atenuado pero claramente por encima de la media regional en todos los conceptos. Por último, inmediatamente por encima Valladolid (la provincia más joven) se encuentran Burgos y Segovia, que “alternan sus posiciones” según el indicador considerado pero siempre con registros inferiores a la media regional.

Dentro del primero de los grupos distinguidos destaca con claridad Zamora, cuyos valores pueden ser calificados, sin duda de extremos en el contexto regional, nacional e incluso europeo⁷, al tiempo que su pirámide muestra un perfil espectacular, tal como se refleja en el gráfico 1.2.7. En él se aprecia una base muy estrecha correspondiente a generaciones que, en términos relativos son aún menores que las ya muy menguadas del conjunto regional, hasta el punto de encontrarse entre las 3 provincias españolas en las que los menores de 15 años representan menos del 10% de los residentes, lo cual hace prever que en un futuro inmediato la incorporación de efectivos a las edades productiva y reproductora va a ser exigua. Por el contrario, las generaciones situadas en la cúspide de la pirámide se encuentran entre las más numerosas de los residentes provinciales, como atestigua la longitud de las barras correspondientes a 70-74 años, que, concretamente entre las mujeres es el grupo de edad más numeroso. Un grado de envejecimiento que, posiblemente, no se incremente demasiado a lo largo de los próximos años, ya que las generaciones que ahora acceden a la “tercera edad” se han visto profundamente afectadas por los procesos migratorios durante el desarrollismo y, en consecuencia, son, en términos porcentuales, poco numerosas. Ello no significa, sin embargo, que se garantice, el reemplazo de la población activa, por el carácter extremadamente regresivo de la base al que ya hemos aludido.

⁷ Bajo cualquiera de los tres principales indicadores para medir el grado de envejecimiento, Zamora se encuentra entre las tres primeras provincias españolas, siendo las otras dos Orense y Lugo. Véanse anexos 1 y 2.

Gráfico 1.2.7 Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Zamora

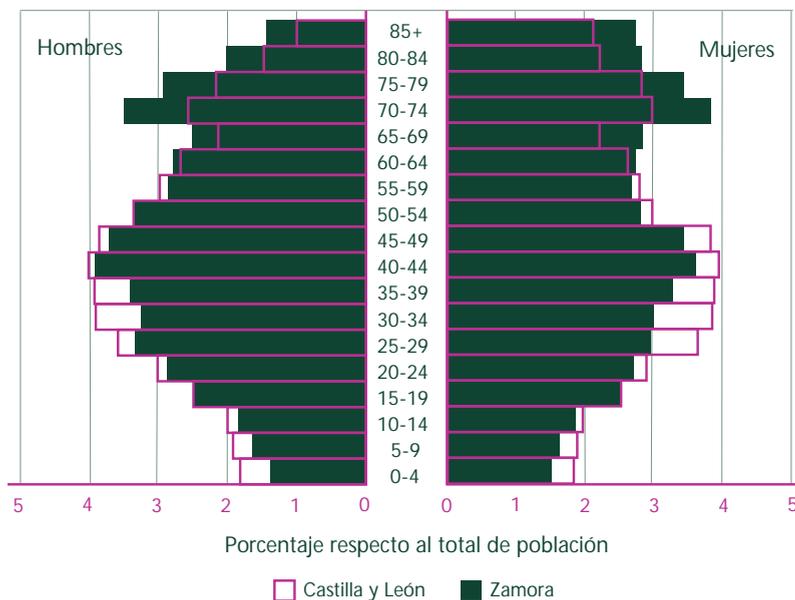
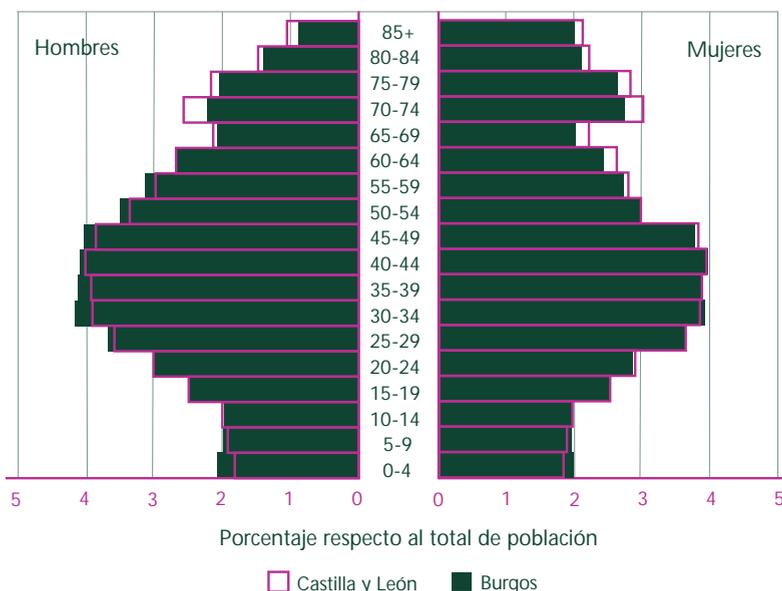
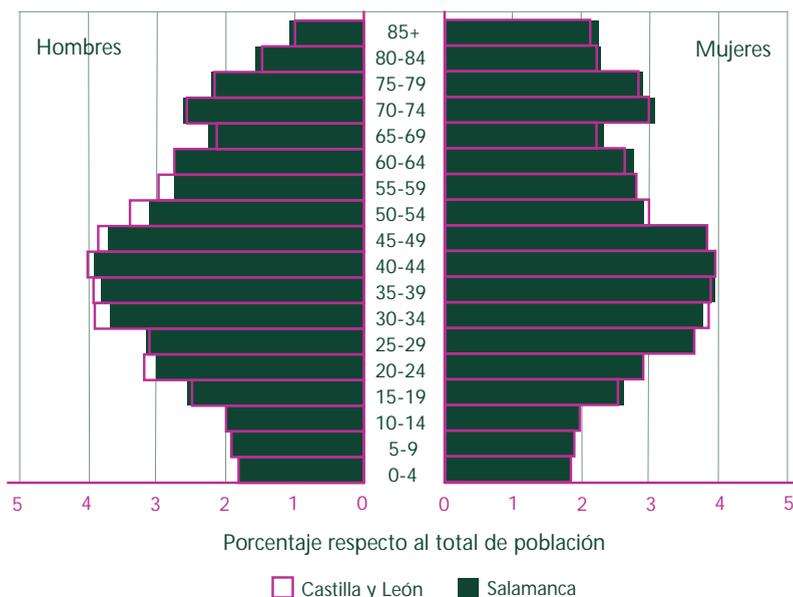


Gráfico 1.2.8 Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Burgos



Las otras tres provincias, que hemos incluido en el grupo de “las más envejecidas”, Ávila, León y Soria, presentan rasgos similares, hasta el punto de que se sitúan a continuación de la anterior, no sólo en el ranking regional sino también en el conjunto nacional, de modo que este grupo de cuatro provincias castellanas y leonesas se encuentra siempre entre las seis más envejecidas de España y sólo las ya mencionadas de Orense y Lugo tienen valores iguales o superiores a ellas⁸. Igualmente, aun cuando la ordenación jerárquica está clara dentro de Castilla y León, en el continuo formado por las provincias españolas es difícil establecer un hiato claro con las situadas a continuación, Salamanca y Palencia, pues si las anteriores se encontraban siempre entre las seis primeras, estas dos no bajan nunca del décimo puesto en la ordenación resultante de algunos otros indicadores. En definitiva, estas demarcaciones que, sin ser las más envejecidas de Castilla y León se encuentran en la cúspide de las provincias españolas reproducen fielmente los rasgos estructurales del conjunto regional, tal como se refleja en el gráfico 1.2.8, en el que, a título de ejemplo se efectúa una comparación entre las pirámides de edades de Salamanca y Castilla y León, entre las que, salvo ligerísimos matices, no existe ninguna diferencia.

Gráfico 1.2.9 Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Salamanca



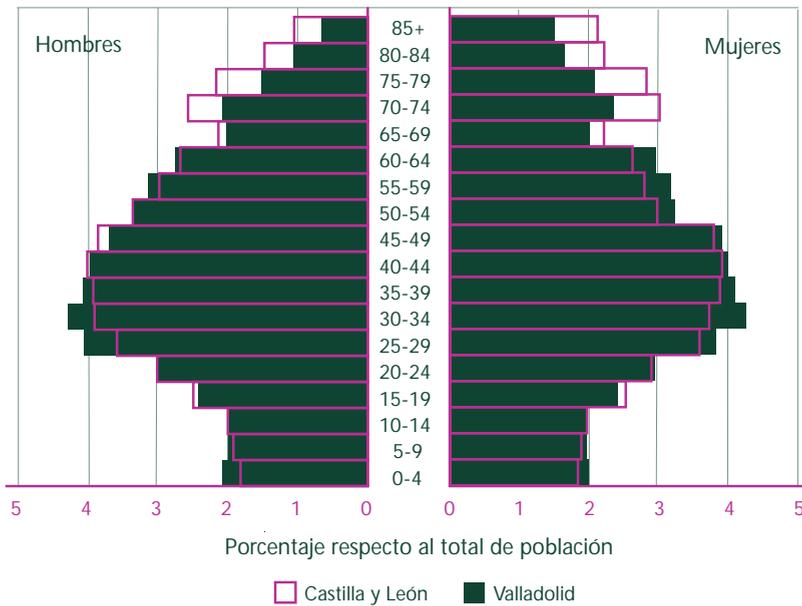
⁸ Únicamente en el índice de envejecimiento encontramos otra circunscripción, que es Asturias, entre las seis primeras, superando ligeramente los valores de Soria, que, pese a contar con un mayor porcentaje de ancianos, tiene una proporción algo mayor de jóvenes que el Principado (Véase anexo 2).

Por último el grupo que presenta un menor alcance del proceso respecto al conjunto regional integra tres provincias, Burgos, Segovia y Valladolid, las dos primeras, aunque presentan una situación más favorable en el contexto regional, pueden ser calificadas sin ambages de envejecidas en el contexto nacional, al encontrarse siempre entre las 15 primeras en los indicadores que valoran esta realidad. De hecho, como se puede comprobar en el gráfico 1.2.8 la pirámide de Burgos no presenta excesivas diferencias, percibiéndose únicamente una acumulación de ancianos ligeramente menor, al tiempo que adultos entre los 25 y 50 años y los niños menores de 10 son, en porcentaje, algo más numerosos que en el conjunto regional, de ahí que, como vemos en la tabla 1.2.2 los valores no sean excesivamente dispares entre uno y otro ámbito, incluso en el caso de Segovia la acumulación de ancianos es muy similar y se dan diferencias sólo en la importancia relativa de adultos y niños.

Valladolid, por su parte es la única provincia de la región con una estructura por edades algo más próxima al patrón nacional, como atestigua la posición intermedia que ocupa en el conjunto de las provincias españolas, con valores próximos, aunque ligeramente superiores a los de todo el país. Así, la pirámide muestra una acumulación de ancianos sensiblemente menor que en el conjunto de la Comunidad, al tiempo que los adultos menores de 40-45 años son claramente más numerosos, lo que es especialmente notoria en el lado de las mujeres; esa diferencia en el grupo de adultos es incluso más perceptible que la existente en la base de la pirámide donde, si bien es cierto que se da un “cierto repunte” en las generaciones más jóvenes no es excesivamente destacado y, además la magnitud relativa de esas generaciones que hoy son adultos jóvenes realza la magnitud de la “regresión” experimentada en los últimos años.

Además, el caso vallisoletano es de los pocos en los que no se percibe un acusado déficit en las generaciones afectadas por los procesos emigratorios, ya que la capital se constituyó en un foco de atracción de alcance supraprovincial. Así las generaciones que acaban de acceder o que accederán en un futuro inmediato a la tercera edad constituyen grupos relativamente numerosos; ello, unido a la espectacularidad en la regresión que se detecta a partir de las cohortes de 20-24 años determina que la tasa de reemplazo de la población activa sea la más baja de la región, pues cada 100 personas en el “tramo de salida” del mercado laboral (60-64 años) sólo hay 79 en el “tramo de acceso” (15-19 años), por lo que es de prever un envejecimiento relativamente más rápido de la población vallisoletana, a menos que se mantenga y/o se intensifique el ligero repunte que se percibe en la base de la pirámide.

Gráfico 1.2.10 Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Valladolid



Los niveles de sobre-envejecimiento ofrecen un panorama más diversificado y no del todo coincidente con el presentado más arriba, incluso se perciben mayores discrepancias en el puesto ocupado por unas u otras provincias en función del indicador de que se trate. Ello no impide que, en líneas generales, las provincias más envejecidas sigan situándose en los primeros puestos. Como se puede apreciar en el Anexo 2.4, Zamora aparece en el contexto nacional, incluso más destacada de lo que revelaban los indicadores generales de envejecimiento, al situarse, en cuanto a porcentaje de octogenarios, por encima de las dos más envejecidas de España (Orense y Lugo). También aparece realzado el sobre-envejecimiento de las provincias castellanas y leonesas si nos fijamos en la importancia del último escalón de la pirámide (85 y más años) dentro del grupo de personas mayores, cuya expresión numérica es el índice de sobre-envejecimiento. Según éste Soria y Zamora figuran en los dos primeros lugares del "ranking" nacional, destacando muy claramente la primera de ellas, que también está a la cabeza de las provincias españolas en cuanto a la edad media de los mayores (anexos 2.5 y 2.6). Ello, más que al incremento numérico de las personas con edades extremadamente avanzadas se debe, esencialmente a lo reducido de las generaciones que han ido accediendo a la tercera edad, muy afectadas, como dijimos, por los procesos emigratorios. De este modo

se explica por qué Soria muestra el mayor índice de sobre-envejecimiento y la mayor edad media, pues, en este caso, la valoración del sobre-envejecimiento se realiza sólo teniendo en cuenta el grupo de ancianos. Sin embargo, si dicha valoración se efectúa considerando el total de residentes la posición de esta provincia no es tan destacada (véase anexo 2.4). Los indicadores de sobre-envejecimiento (anexos 2.4 a 2.6) muestran cómo algunas provincias que aparecían como bastante envejecidas “pierden posiciones” en el ranking del sobre-envejecimiento, mientras que otras, con indicadores generales más moderados destacan de forma más importante. Es el caso de León y Salamanca respectivamente. Sin embargo, escapa al objetivo y posibilidades de este informe el entrar en un análisis más detallado de todas estas modificaciones y de los factores que las explican; baste con destacar que, con independencia de las demarcaciones concretas que la representen, nuestra Comunidad Autónoma también destaca por una amplia generalización espacial en el “envejecimiento del envejecimiento”, como prueba el hecho de que, cualquiera que sea el indicador considerado, siempre se encuentran al menos 6 provincias castellanas y leonesas entre las diez más envejecidas del país.

En cualquier caso, la situación actual responde a trayectorias diferenciadas e incluso aparentemente contradictorias entre unas y otras provincias, tal como se puede apreciar en la tabla 1.2.3, cuyo análisis permite apreciar que, aun no pudiendo afirmar tajantemente que se ha recrudecido el proceso tampoco es correcto pensar que la región inicia una tendencia hacia la revitalización demográfica. En efecto, tan solo se ha registrado un descenso en los indicadores referidos al envejecimiento en las provincias de Ávila, Burgos, Segovia y Soria pero los descensos en la tasa de vejez y, en su caso, el índice de envejecimiento, obedecen al ya mencionado acceso a la tercera edad de generaciones muy poco numerosas, lo que provoca un aumento muy pequeño o incluso un descenso (Ávila y Soria) en el número total de mayores; sin embargo la población, en conjunto está más envejecida, como muestra la evolución de los indicadores sintéticos de edades media y mediana. A nuestro juicio el único ejemplo relativamente claro de recuperación demográfica es el de Segovia, donde, a pesar de que los ancianos se han incrementado en cifras absolutas, lo han hecho con menor intensidad que el conjunto de residentes, al tiempo que registra la mayor variación relativa en el número de jóvenes (menores de 15 años). Si a ello le añadimos la importancia del aporte inmigratorio, constituido, sobre todo, por adultos relativamente jóvenes, podemos explicarnos por qué ésta es la provincia en la que menos se ha incrementado la edad media de su población, respecto a 1999.

El resto de las provincias presentan una situación heterogénea, que depende de diversos factores, entre los que cabe señalar la cuantía de las generaciones que acceden a la tercera edad, o la importancia relativa del aporte inmigratorio. Cabría

pensar, en buena lógica, que las provincias que parten de menores niveles de envejecimiento serían las que más incrementan sus indicadores sobre el mismo; sin embargo no ocurre así entre las menos envejecidas. Mientras Burgos ha registrado escasa intensidad en su proceso de envejecimiento, Valladolid vio incrementarse de forma acusada sus respectivos indicadores. En el otro extremo también encontramos ejemplos como León, que, aun partiendo ya de niveles apreciables, ha asistido a una clara intensificación del proceso. Al mismo tiempo, la situación extrema de Zamora no presenta ni el más mínimo atisbo de que tal situación pueda tender a corregirse ni siquiera mínimamente, pues los valores de tasa de vejez índice de envejecimiento y edad media siguen aumentando “sin prisa pero sin pausa”, pero lo más preocupante de todo es que en esta provincia es donde se ha registrado un descenso más intenso, tanto del número de jóvenes como de la tasa de juventud.

Tabla. 1.2.3 Evolución de los principales indicadores del envejecimiento

	Nº de habitantes			Nº de ancianos			Nº de octogenarios		
	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.
Ávila	166.259	168.638	1,43	42.030	42.016	-0,03	10.712	13.830	29,11
Burgos	347.218	365.972	5,40	73.347	75.999	3,62	17.828	24.525	37,56
León	506.511	497.387	-1,80	117.093	122.361	4,50	27.574	37.958	37,66
Palencia	179.465	173.281	-3,45	39.518	39.016	-1,27	9.670	12.926	33,67
Salamanca	351.128	351.326	0,06	78.054	82.389	5,55	20.588	26.425	28,35
Segovia	146.985	159.322	8,39	34.033	34.795	2,24	8.765	11.373	29,75
Soria	91.252	93.593	2,57	24.374	23.995	-1,55	6.930	8.348	20,46
Valladolid	494.594	521.661	5,47	82.176	92.855	13,00	19.785	26.572	34,30
Zamora	204.650	197.237	-3,62	54.750	55.912	2,12	14.481	18.217	25,80
CyL	2.488.062	2.528.417	1,62	545.374	569.338	4,39	136.333	180.174	32,16
España	40.202.158	45.200.737	12,43	6.739.561	7.531.826	11,76	1.515.899	2.046.554	35,01

	Tasa de vejez			Índice de envejecimiento			Edad media		
	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.
Ávila	25,28	24,91	-1,44	2,02	2,21	9,61	44,44	45,70	2,84
Burgos	21,12	20,77	-1,67	1,71	1,69	-0,88	42,69	43,81	2,63
León	21,12	24,60	16,48	1,93	2,36	22,47	43,58	45,86	5,22
Palencia	22,02	22,52	2,25	1,72	2,03	17,86	42,70	45,04	5,48
Salamanca	22,23	23,45	5,49	1,77	2,03	14,61	42,95	44,96	4,67
Segovia	23,15	21,84	-5,66	1,74	1,68	-3,73	43,03	43,54	1,19
Soria	26,71	25,64	-4,01	2,20	2,15	-2,26	45,30	45,84	1,19
Valladolid	16,61	17,80	7,16	1,12	1,44	28,71	40,48	42,55	5,11
Zamora	26,75	28,35	5,97	2,30	2,85	24,02	45,47	47,63	4,76
CyL	21,92	22,52	2,73	1,77	1,95	10,39	42,93	44,68	4,07
España	16,76	16,66	-0,58	1,13	1,16	2,85	39,67	40,76	2,76

Continúa

Continuación

	Porcentaje de octogenarios			Índice Sobre-envejecimiento			Edad media de los mayores		
	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.	1999	2007	%Var.
Ávila	6,44	8,21	27,44	12,45	14,91	19,73	75,68	77,07	13,00
Burgos	5,13	6,7	30,58	11,67	14,44	23,70	75,42	76,93	14,53
León	5,44	7,65	40,51	11,12	13,64	22,65	75,22	76,79	15,41
Palencia	5,39	7,48	38,74	11,68	14,57	24,73	75,47	77,14	15,92
Salamanca	5,86	7,53	28,42	13,28	14,95	12,56	75,74	76,90	10,81
Segovia	5,96	7,15	19,84	13,17	14,75	12,03	75,68	77,08	13,07
Soria	7,59	8,93	17,57	15,00	16,82	12,11	76,16	77,48	11,84
Valladolid	4	5,1	27,4	11,68	12,68	8,55	75,25	76,18	9,05
Zamora	7,08	9,24	30,53	12,93	15,04	16,34	75,77	77,08	12,16
CyL	5,48	7,13	30,19	12,21	14,28	16,92	75,51	76,85	12,71
España	3,77	4,54	20,28	10,27	11,76	14,47	74,94	75,97	10,41

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes*. Actualizado a 1-1-1999 y a 1-1-2007

Ahora bien, si el conocimiento de las diferencias interprovinciales tiene un apreciable significado, sobre todo en lo relativo a la organización y planificación de las acciones encaminadas a la consecución de un envejecimiento activo y una mayor calidad de vida para nuestros mayores, lo que, en última instancia explica las diferencias descritas es la dinámica, socio demográfica experimentada por unos u otros tipos de espacios, que con mayor o menor generalización se hayan presentes en unas o otras demarcaciones provinciales; por ello se hace necesario descender a la escala municipal para dar cuenta de forma más completa de esas desigualdades territoriales que, indudablemente, están presentes en una comunidad tan extensa como la nuestra.

1.2.2 El desigual alcance del proceso en los distintos tipos de espacios

Tal como se ha consignado en el último Informe sobre la *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2007*, el proceso de envejecimiento o, más aún, el auténtico descoyuntamiento de las estructuras por sexo y edad, presenta una amplísima generalización a lo largo del territorio castellano y leonés. Es más, podemos constatar, sin ningún género de dudas, que se registra una íntima asociación espacial entre los dos grandes problemas demográficos de Castilla y León, la despoblación y envejecimiento⁹. Hasta tal punto es así que el mapa que representa la

⁹ Esta afirmación no debe inducir a pensar que despoblación y envejecimiento son única y exclusivamente problemas demográficos, pues son de sobra conocidas sus implicaciones en otros muchos campos; sin embargo, vienen determinados, obviamente proceso evolutivo experimentado por los efectivos demográficos castellanos y leoneses; unos procesos vinculados, tanto a la dinámica natural como a la migratoria.

edad media de la población, parece ser de forma prácticamente exacta el negativo del referido a la densidad de la población, ambos consignados en la publicación del CES de Castilla y León antes mencionada¹⁰.

De la virulencia con que han actuado algunas dinámicas demográficas en determinados ámbitos es de donde deriva precisamente el mencionado “descoyuntamiento” de esas estructuras por edad. Nos estamos refiriendo, precisamente al mundo rural castellano y leonés, en la mayor parte del cual resulta ya imposible una recuperación demográfica a partir únicamente de sus propios recursos humanos. Si lo que ha conducido a tal situación es el éxodo de sus residentes hacia otros territorios, sólo el aporte de efectivos foráneos puede revertir la brutal alteración estructural de estos ámbitos que, sin duda, se encuentran entre los más desfavorecidos de Europa desde el punto de vista demográfico.

El análisis de la distribución y características de la población según tipo de municipios evidencia la mencionada asociación espacial de los rasgos más negativos de nuestra Comunidad desde el punto de vista demográfico. En efecto, esos rasgos negativos se convierten en dramáticos cuando nos referimos al mundo rural y al colectivo de personas mayores. Es preciso, en primer lugar, enfatizar la situación del ámbito rural en sentido estricto, refiriéndonos con ello a todos los municipios que cuentan con menos de 2.000 habitantes y además se encuentran fuera del área de influencia de los centros urbanos¹¹. Aquí vaciamiento y envejecimiento demográfico se encuentran indisolublemente unidos, alcanzando una magnitud difícilmente imaginable en otros tiempos y en otros ámbitos. Tal como reflejan los datos de cifras absolutas contenidos en el anexo 3 nos muestra cómo este ámbito abarca a nueve de cada diez municipios castellanos y leoneses (2.017 de los 2.248). Es decir, en 78.389 kilómetros cuadrados residen más 625.000 castellanos y leoneses, que representan en torno a la cuarta parte de los efectivos regionales. Pese a la ligera recuperación registrada globalmente en la Comunidad, la tendencia observada durante el último lustro en el mundo rural es hacia una pérdida de peso demográfico y, en consecuencia, hacia un mayor predominio de las circunscripciones situadas en los intervalos de tamaño inferiores.

¹⁰ Véase CES. Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León 2007. Tomo I. Economía, Mercado Laboral, Calidad de Vida y Protección Social. El mapa referido a la densidad de población se encuentra en la p. 547 y el que representa la edad media de la población en la p. 578.

¹¹ Para una visión más precisa puede consultarse el informe mencionado en la nota anterior, donde aparece un mapa con la tipología municipal Cfr. p. 546. La cuantía de los 2.000 se ha referido al año 2007, incluyéndose en esta categoría tres que en los últimos cinco años han atravesado ese umbral; se trata de Coca y Riaza en Segovia y Quintanar de la Sierra en Burgos.

Tabla 1.2.4 Indicadores de la estructura por edad según el tipo de municipio y su variación entre 2002 y 2007

Tipo de municipio	Tasa de juventud	Tasa de vejez	Índice envejecimiento	Edad media	% de octogenarios	I. sobre-envejecimiento	Edad media mayores
Valores a 1 de enero de 2002							
Menos de 500 hab.	6,56	37,78	5,75	52,22	10,95	14,80	76,43
de 500 a 1.000 hab.	8,46	33,59	3,97	49,54	9,45	13,97	76,23
de 1.000 a 2.000 hab.	10,12	27,88	2,75	46,40	7,60	13,44	76,03
Total Rural	7,87	34,58	4,40	50,25	9,81	14,24	76,29
de 2.000 a 5.000 hab.	11,26	25,21	2,24	44,79	6,63	12,65	75,84
de 5.000 a 10.000 hab.	13,54	19,94	1,47	41,60	4,95	11,74	75,58
Total Centros Servicios	12,22	22,98	1,88	43,44	5,92	12,32	75,75
Capitales	12,46	18,25	1,47	41,59	4,61	11,95	75,56
Ciudades no capitales	13,29	19,20	1,45	41,40	4,55	10,96	75,31
Total Urbano	12,61	18,43	1,46	41,56	4,60	11,75	75,51
Periurbano	15,02	11,62	0,77	37,30	2,61	10,91	75,04
Área de influencia urbana	15,02	11,62	0,77	37,30	2,61	10,91	75,04
Todos los municipios	11,47	22,94	2,00	43,87	6,06	12,84	75,85
Valores a 1 de enero de 2007							
Menos de 500 hab.	6,00	37,73	6,29	53,49	13,14	15,87	77,49
de 500 a 1.000 hab.	7,99	32,94	4,12	50,47	11,10	15,33	77,30
de 1.000 a 2.000 hab.	8,88	29,34	3,30	48,46	9,72	15,21	77,20
Total Rural	7,26	34,32	4,73	51,41	11,73	15,59	77,38
de 2.000 a 5.000 hab.	11,35	24,15	2,13	45,21	7,63	14,16	76,91
de 5.000 a 10.000 hab.	13,34	19,19	1,44	42,23	5,85	13,25	76,66
Total Centros Servicios	12,20	22,02	1,80	43,94	6,87	13,82	76,82
Capitales	12,40	19,15	1,54	43,08	5,79	13,71	76,49
Ciudades no capitales	12,90	19,48	1,51	42,62	5,77	12,83	76,48
Total Urbano	12,49	19,21	1,54	42,99	5,78	13,54	76,49
Periurbano.	16,06	10,24	0,64	37,39	2,69	11,31	75,87
Área de influencia urbana	16,75	11,84	0,71	37,85	3,44	12,94	76,26
Todos los municipios	11,52	22,52	1,95	44,68	7,13	14,28	76,85
Variación relativa de los valores entre 2002 y 2007							
Menos de 500 hab.	-8,63	-0,11	9,33	2,43	19,97	7,22	9,24
de 500 a 1.000 hab.	-5,59	-1,95	3,85	1,86	17,45	9,75	9,55
de 1.000 a 2.000 hab.	-12,28	5,25	19,99	4,45	27,91	13,21	10,65
Total Rural	-7,67	-0,73	7,52	2,31	19,47	9,46	9,65

Continúa

Continuación

Tipo de municipio	Tasa de juventud	Tasa de vejez	Índice envejecimiento	Edad media	% de octogenarios	I. sobre-envejecimiento	Edad media mayores
Variación relativa de los valores entre 2002 y 2007							
de 2.000 a 5.000 hab.	0,82	-4,19	-4,98	0,94	15,06	11,89	9,89
de 5.000 a 10.000 hab.	-1,46	-3,76	-2,33	1,51	18,10	12,87	10,12
Total Centros Servicios	-0,17	-4,14	-3,98	1,14	15,99	12,19	9,96
Capitales	-0,50	4,93	5,45	3,57	25,50	14,73	8,85
Ciudades no capitales	-2,92	1,44	4,49	2,94	26,73	17,11	11,28
Total Urbano	-0,97	4,25	5,27	3,45	25,72	15,19	9,32
Periurbano	6,90	-11,86	-17,55	0,24	2,99	3,66	8,27
Área de influencia urbana	11,54	1,85	-8,68	1,47	31,72	18,63	12,13
Todos los municipios	0,52	-1,85	-2,35	1,85	17,67	11,21	9,20

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* (años respectivos). Elaboración P. Caballero.

Una parte importante de la población dispersa en un inmenso territorio, que además, se caracteriza por unas estructuras tremendamente envejecidas y sin tendencias claras hacia un rejuvenecimiento, tal como muestran los indicadores expresados en la tabla 1.2.4. En efecto, ese "inmenso" mundo rural castellano y leonés, presenta indicadores realmente espectaculares, pues en él más de un tercio de los efectivos ha entrado ya en la "tercera edad", y una de cada diez personas ha superado los ochenta años, mientras los que aún no han cumplido quince son menos del 7,5%. En consecuencia, la meda de edad en la población rural de nuestra Comunidad supera el medio siglo. Unos datos que son tanto más negativos cuanto menor es la entidad demográfica de los municipios, tal como se muestra en la mencionada tabla¹². A través de la misma se puede constatar, igualmente, que las tendencias registradas en los últimos años no apuntan precisamente a una mejora de la situación. Es cierto que, al igual que apuntábamos para buena parte de la región, están accediendo a la tercera edad generaciones mermadas por la emigración, lo que hace descender en nuestros pueblos tanto el número ancianos como tasas de vejez, pero el descenso ha sido mucho mayor para la tasa de juventud, lo que, obviamente ha elevado en el último quinquenio otros indicadores que miden el grado de envejecimiento.

¹² Para hacerse una idea más completa de las características de la estructura por sexo y edad en el ámbito rural castellano y leonés, resultará muy interesante, echar un vistazo a las pirámides de edades según el tipo de municipios, que aparecen recogidas en el Informe de CES anteriormente citado, por lo que no tiene sentido repetirlas aquí. Veánse páginas, 572 a 577.

Para hacernos una idea más cabal de la situación demográfica de la población rural castellana y leonesa, resulta tremendamente ilustrativo aludir a algunos datos que, aun no siendo usados habitualmente por los demógrafos, nos dan una idea de la “frecuencia” o del “alcance territorial” que presentan en nuestra región lo que podríamos llamar las “situaciones estructurales extremas”. En lo concerniente a la importancia de los mayores diremos que, según el Padrón a 1 de enero de 2007, hay 145 municipios, con una extensión total de 4.012¹³ km², en los cuales la edad media alcanza o supera los 60 años. Más numerosas aún son las circunscripciones en las que más de la mitad de los residentes superan los 65 años, pues ascienden a 228 totalizando 6.984 kilómetros cuadrados, es decir, una extensión superior a la de la provincia de Segovia. Tan revelador como los datos antedichos resulta valorar la amplitud territorial del “déficit de jóvenes”, pues los menores de 15 años están ausentes en los 2.344 km² pertenecientes a 123 municipios de la región. Si esta misma observación la restringimos a las cinco últimas generaciones los resultados son realmente sobrecogedores, pues en la fecha mencionada carecían de niños menores de 5 años nada menos que 482 demarcaciones municipales que totalizan 11.765¹⁴ km². En suma, al lado de la importancia relativa de los mayores, la escasez o ausencia de jóvenes revela las escasas posibilidades de revitalización de nuestros pueblos a partir de sus propios recursos humanos. Del mismo modo, en este ámbito rural los indicadores referidos al sobre-envejecimiento son más elevados, con un porcentaje de octogenarios muy superior a la media regional y que duplica el registrado en los núcleos urbanos ostentando también cifras récord en el índice de sobre-envejecimiento y la edad media de los mayores, superior a los 77 años. Ahora bien, en una visión diacrónica, el sobre-envejecimiento rural tampoco registra una trayectoria muy diferente a la observada para el conjunto regional, pues, como veremos, son los núcleos urbanos los que presentan una mayor intensidad en la evolución de este aspecto de la estructura por edades.

No tan dramática, aunque poco favorable, es la situación en aquellos municipios también insertos en el mundo rural, pero conformados como núcleos de referencia para su entorno; son los que hemos denominado “centros de servicios”, que, estando fuera de las áreas de influencia urbana, cuentan entre 2.000 y 10.000 habitantes y en sus estructuras demográficas registran valores muy próximos a los del conjunto regional, aunque ligeramente más favorables, por lo que no vamos a detenernos en comentar el significado de los valores consignados para este ámbito en la tabla 1.2.4. Por otra parte, las tendencias observadas en este tipo de núcleos

¹³ Esta extensión equivale de manera casi exacta a la mitad de la provincia de Valladolid.

¹⁴ Pléñese que en Castilla y León sólo cuentan con una extensión superior a esa las provincias de León, Burgos y Salamanca. El resto se encuentran por debajo.

no son tan negativas como en los anteriores, pues han incrementado su número de residentes en un 3,5% a lo largo de los últimos 5 años. Un aumento que se aprecia, sobre todo en los adultos, e incluso ligerísimamente en los jóvenes, al tiempo que los mayores han visto reducirse su cuantía, aunque en muy escasa medida. Por consiguiente, no se puede afirmar que en los centros de servicios exista una clara acentuación del envejecimiento, más bien se trata de una situación estacionaria en cuanto a la transformación de las estructuras por edad.

Frente a lo que pudiera parecer lógico a primera vista, las ciudades de la región sí manifiestan una clara continuidad en su proceso de envejecimiento. Ello no quiere decir que sean los ámbitos más envejecidos, pues parten de una situación en principio más favorable que los antes analizados. Las tasas de vejez se sitúan por debajo del 20%, ciertamente mayores que la de juventud, pero la relación ancianos jóvenes, se sitúa en 159-100, en lugar de los 473-100 del medio rural; por otra parte, el porcentaje de octogenarios no es sino la mitad del registrado en los núcleos rurales. Ahora bien, si nos centramos en los aspectos dinámicos, en las tendencias, debemos señalar que los centros urbanos castellanos y leoneses son el ámbito en el que con mayor intensidad se deja sentir el proceso de envejecimiento¹⁵. Por una parte, las generaciones que están accediendo a la tercera edad son relativamente más numerosas en las ciudades de Castilla y León, hacia donde se dirigió una parte del éxodo rural, de tal manera que, mientras los núcleos rurales y los centros de servicios asisten, como vimos, a un descenso en el número de mayores, este colectivo crece a un ritmo medio superior al 1% anual en el ámbito urbano, siendo el grupo de las capitales de provincia donde la intensidad del fenómeno es más acusada.

Para comprender esa mayor intensidad relativa del proceso en las ciudades, y sobre todo en las de mayor tamaño, no sólo debemos aludir a la presencia de generaciones relativamente abundantes que están cumpliendo los 65 años, sino que es necesario añadir a ello el hecho de que la población de más edad está tendiendo a trasladarse a los centros urbanos bien porque allí se sitúan en mayor medida los servicios asistenciales, bien porque se percibe una “mayor seguridad” o, simplemente, por allí residen hijos o familiares a quienes pueden recurrir ante cualquier contingencia. Así podemos comprender porque durante el lustro 2002-2007, se ha registrado en las ciudades un aumento de octogenarios incluso sensiblemente superior al del medio rural (25,7% frente a 19,5%). De otro lado, el “potencial de rejuvenecimiento” que se vincula a la dinámica urbana, en realidad se ha trasladado principalmente hacia las

¹⁵ Ciertamente, la variación relativa de algunos indicadores es más elevada para ámbitos periurbanos o para una más amplia área de influencia urbana. Sin embargo, en buena medida, se trata espacios con estructuras demográficas muy diferentes y, aunque el incremento del número de ancianos es, en porcentaje, muy grande, no es tan significativo en un contexto de mucha mayor juventud.

áreas periurbanas y, en menor medida, a un radio más amplio, afectando a los municipios insertos en los que hemos denominado “áreas de influencia urbana”. Ello impide que “mejoren” los indicadores de envejecimiento como lo han hecho, en esos otros espacios, e incluso como lo han hecho, de alguna manera, en los centros comarcales de servicios.

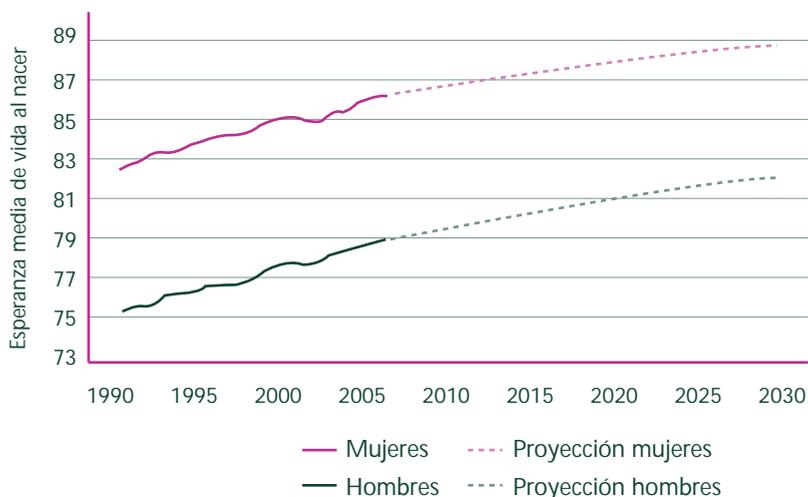
En definitiva, con toda la complejidad y toda la problemática que introducen tanto la magnitud territorial de la región y la diversidad de la dinámicas socio-territoriales, vinculadas a los distintos tipos de espacios, resulta incuestionable que el envejecimiento se está configurado, como una de las realidades poblacionales más preocupantes en nuestra Comunidad Autónoma. Los procesos, leves pero perceptibles, de “revitalización demográfica” a los que se ha asistido, tanto a escala regional como nacional, resultan de todo punto insuficientes para revertir una situación estructural con la que hay que contar y a la que hay que adaptarse, máxime si tenemos en cuenta que las perspectivas no auguran la llegada de otro nuevo modelo o de otro tipo de situación, tal como vamos a considerar a continuación.

1.3 Una realidad demográfica que tiende a consolidarse

Las dificultades para conocer el futuro demográfico de Castilla y León a medio plazo han aumentado considerablemente desde 2008 como consecuencia de las incógnitas que plantea el desarrollo de nuevas políticas migratorias a escala de la Unión Europea, todavía incipientes, y de la propia legislación española al respecto. De lo que no cabe duda es de la tendencia manifiesta a restringir en ambos ámbitos territoriales la entrada de nuevos trabajadores extra comunitarios, pues ante la pérdida de empleos en el sector de la construcción, la crisis económica a medio plazo y la situación a largo plazo creada por el encarecimiento de la energía, que afecta a todos los sectores y supone la desaceleración del crecimiento de las economías receptoras de inmigrantes, el ciclo migratorio se verá sometido al impacto del nuevo escenario¹⁶. En sentido opuesto, las causas que explican la expulsión de población de los países emisores y en especial las que afectan a los del África Subsahariana se mantendrán y muy posiblemente, incrementarán en los próximos años. Incluso en el supuesto de una contención real de los flujos, el reagrupamiento familiar seguirá permitiendo la pervivencia de saldos positivos a escala nacional, si bien su intensidad menguará con respecto al primer quinquenio del siglo XXI.

¹⁶ SÁNCHEZ ALONSO, B. (2008): “Cambio de escenario, ¿cambio de políticas?”, en El País, 9 de Junio de 2008.

Gráfico 1.3.1 Evolución de la esperanza de vida en Castilla y León



Fuente: INE. *Indicadores Demográficos Básicos* y proyección propia y elaboración propia. Elaboración J.M. Delgado.

La incidencia de las nuevas políticas migratorias nacionales en la Comunidad Autónoma, si no se considera la introducción de unos amplios márgenes de aplicación que permitan asegurar las necesidades de mano de obra derivadas de las particularidades socioeconómicas de cada territorio, pueden ser contraproducentes. Frente al descenso coyuntural de la demanda de empleo en la construcción, el sector agrario mantiene sus requerimientos y los nuevos servicios destinados al cuidado y atención de la población mayor constituyen yacimientos de empleo en creciente ascenso, precisando un aporte de trabajadores con cualificación media que se espera sea proporcionado por los inmigrantes, ante las crecientes dificultades para que tales tareas se mantengan en el ámbito familiar¹⁷. Por otra parte, los flujos migratorios inciden directamente en las estructuras demográficas, por lo que su variación a medio plazo modificaría el peso relativo de los grupos de edad, sin descartar tampoco su función como potenciadores de la natalidad.

¹⁷ Consejo Económico y Social de Castilla y León (2005): *La situación de los nuevos yacimientos de empleo en Castilla y León*. Ed. CESCYL, Valladolid, 629 pp., pág. 97 y sig.

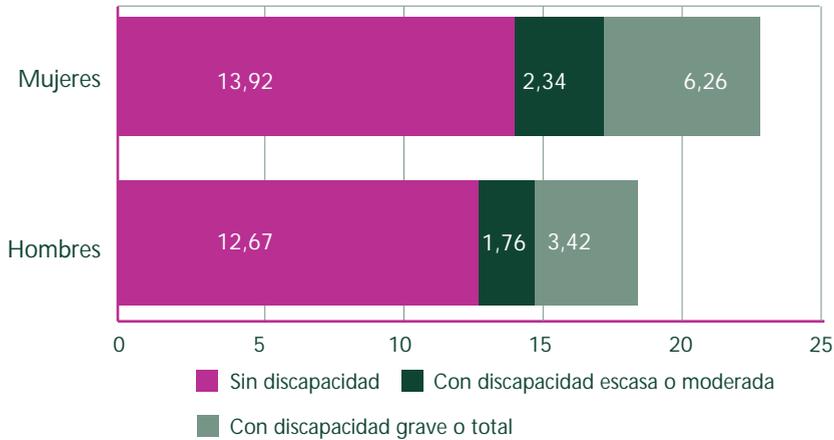
Gráfico 1.3.2 Esperanza de vida restante a los 65 años de edad en Castilla y León



Fuente: Proyección propia. Elaboración J.M. Delgado.

No obstante, al margen de estas dificultades para definir la cuantía total y el perfil definitivo que adoptará en unas décadas la pirámide de población regional, precisar la importancia del colectivo formado por los mayores, así como su estructura interna por sexo y edad, resulta menos problemático. Se trata de individuos cuyas edades superan en la actualidad los 45 años, umbral a partir del cual apenas inciden los flujos migratorios de carácter laboral, aunque sí los de retorno, más fácilmente cuantificables. Con una esperanza de vida ya muy elevada y aún tendente al alza, las tasas de mortalidad de los grupos de 65 a 75 años han caído en torno al 70% en los últimos veinte años y se han reducido en más del 50% entre quienes tienen de 75 a 85 años. El aumento de la esperanza media de vida al nacer una vez alcanzados los niveles actuales se debe principalmente a la reducción de la mortalidad en edades avanzadas y así seguirá siendo en el futuro, mejorando a la par las expectativas de vida de este colectivo.

Gráfico 1.3.3 Años de vida restante a los 65 según nivel de discapacidad



Fuente: Elaboración J.M. Delgado a partir de tablas publicadas por M. Guillén Estay (2006).

Menor mortalidad y mayor esperanza de vida se conjugan en una prolongación destacable del número de años restantes por vivir desde el momento de la jubilación. Si en 2006 un varón de 65 años podía esperar sobrevivir como media otros 17,9 años y una mujer 22,5, al haber superado las probabilidades de defunción existentes hasta llegar a esa edad, en 2031 los márgenes se prolongarán hasta 20,1 y 24,3 años respectivamente y eso, considerando un escenario de evolución de la esperanza de vida bastante conservador¹⁸. Dicho con otras palabras, el tiempo transcurrido tras la jubilación, de mantenerse ésta en los 65 años, supondría aproximadamente la mitad de la vida activa de una persona, teniendo presente que la misma comenzase en torno a los 25 años, puesto que la prolongación del período de formación ha retrasado hasta cerca de ese momento de la entrada en el mercado laboral.

La prolongación de la esperanza de vida restante a partir de la jubilación implica asimismo la correspondiente a los años de vida libres de discapacidad, que en estos momentos suponen el 71% de los restantes para los varones y 62% para las mujeres de Castilla y León. Unas proporciones ligeramente mayores en realidad si sumamos las correspondientes a personas cuya discapacidad no les impide realizar

¹⁸ Por escenario "bastante conservador" nos referimos a una esperanza de vida media al nacer proyectada en función de un límite de 90 años para las mujeres. Suponiendo un límite de 95 años, la esperanza de vida restante a los 65 sería de 22,0 años para los varones y 26,4 para las mujeres.

ningún tipo de actividad normal gracias a ayudas técnicas e incluso, a quienes pese a una discapacidad moderada, pueden seguir participando en otras. La dependencia total o extrema se reduce por tanto a apenas 3,4 años para los hombres que han alcanzado los 65 de edad, pero casi el doble para las mujeres, lastrando así la mayor longevidad femenina y tendiendo a igualar la duración del período de envejecimiento activo en ambos sexos¹⁹. El futuro aumento de la esperanza de vida, incluso manteniéndose las mismas proporciones en la distribución de los niveles de discapacidad por sexo y edad, supondría que los varones llegarían al menos a los 79 años en el 2031 con plenas capacidades, mientras las mujeres superarían los 80 en esas condiciones. Naturalmente, los progresos médicos y la mejora de la atención sanitaria potenciarán la tendencia hacia un incremento aún mayor de tales límites.

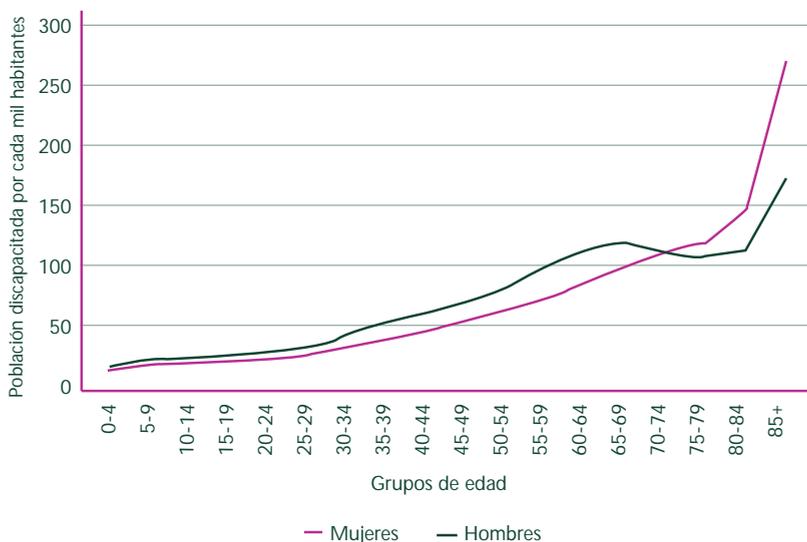
Tabla 1.3.1 Esperanza de vida restante y discapacidad en Castilla y León, 2006

Varones							Mujeres						
Edad	Esperanza de vida restante (años)						Edad	Esperanza de vida restante (años)					
	Total		Discapacidad					Total		Discapacidad			
	Libre	Ligera	Moderada	Grave	Total		Libre	Ligera	Moderada	Grave	Total		
65	17,852	12,671	0,070	1,688	1,471	1,953	65	22,517	13,919	0,098	2,240	2,472	3,787
70	14,037	9,244	0,069	1,496	1,388	1,840	70	18,045	10,119	0,089	1,957	2,300	3,581
75	10,569	6,200	0,058	1,323	1,328	1,659	75	13,806	6,867	0,075	1,582	2,021	3,260
80	7,753	3,951	0,050	1,068	1,101	1,106	80	10,077	4,323	0,053	1,123	1,547	3,031
85	5,620	2,340	0,010	0,730	0,972	1,640	85	7,101	2,478	0,032	0,676	1,163	2,751
90	4,106	1,399	0,000	0,506	0,846	1,355	90	4,955	1,519	0,030	0,296	0,774	2,336
95	3,252	0,705	0,000	0,394	0,527	1,676	95	3,560	0,597	0,029	0,018	0,496	2,422

Fuente: Elaboración J. M. Delgado a partir de M. Guillén Estay (2006).

¹⁹ Guillén Estay, M. (2006): Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas. Ed. Fundación BBVA, Bilbao, 185 pp. Ref. pp. 48, 56 y 98.

Gráfico 1.3.4 Población con discapacidad igual o superior al 33% Castilla y León (2006)



Fuente: Gerencia de Servicios Sociales. Memoria 2005 (Junta de CyL). Elaboración J.M. Delgado.

En términos relativos, la discapacidad comienza a ser notable a partir de los 60 años entre los varones, cuando una décima parte de los residentes en la Comunidad se ven afectados en un grado igual o superior al 33%, mientras las mujeres llegan a esa situación a partir de los 70 años y asciende rápidamente desde los 80 debido a su longevidad. Ello suponía en 2006 la existencia de 152.751 personas en tal situación y explica también las diferencias en la distribución etaria, pues mientras entre los varones la mitad de las discapacidades mencionadas afectan a mayores de 59 años, su concentración en edades avanzadas es muy superior en las mujeres, marcando ese percentil a partir de los 70.

Tabla 1.3.2 Escenarios de la proyección

Escenario (2026)	Evolución de la fecundidad		
	Según tendencia (F1)	Nivel de reemplazo (F2)	
Evolución de los flujos migratorios	Sin migraciones (M1)	2.348.247 habitantes 638.863 mayores de 65 Índ. de envejecimiento 1,88 Edad media 47,75 años F1+M1	2.375.706 habitantes 638.863 mayores de 65 Índ. de envejecimiento 1,74 Edad media 47,28 años F2+M1
	Reducción a la mitad de la tasa migratoria (M2)	F1+M2 2.629.249 habitantes 667.609 mayores de 65 Índ. de envejecimiento 1,66 Edad media 46,37 años	F2+M2 2.660.434 habitantes 667.689 mayores de 65 Índ. de envejecimiento 1,55 Edad media 45,91 años

Esperanza de vida en 2026:
 87,41 años (mujeres)
 81,14 años (varones)

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes y Movimiento Natural de la Población (INE).
 Proyección y elaboración J. M. Delgado.

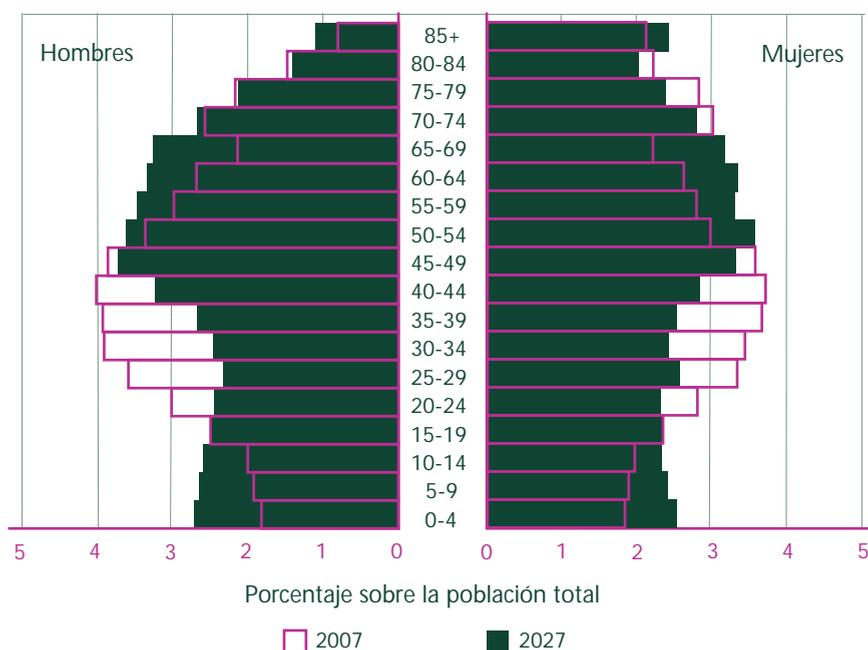
El mantenimiento de las tendencias actuales en el proceso de envejecimiento de la población castellana y leonesa dará lugar a un ascenso continuo de las cifras de población mayor, potenciado por estar unido al de la esperanza de vida en ambos sexos. Ante las dificultades ya descritas para conocer la evolución demográfica en los próximos años se han planteado cuatro escenarios posibles, determinados por el comportamiento de la fecundidad y los flujos migratorios. En el primer caso se propone o bien el mantenimiento de la ligera tendencia al alza en el número de hijos por mujer, que pasaría de 1,17 en 2006 a 1,87 al término de la proyección en el año 2026 (Escenario F1) o bien el supuesto de alcanzar en esa fecha el nivel de reemplazo generacional, fijado en 2,10 (Escenario F2). Por lo que respecta a los flujos migratorios, se ha fijado un primer escenario exento de los mismos para que sirva de base comparativa que permita cuantificar su incidencia en el conjunto de la población (Escenario M1), mientras el segundo implica una reducción a la mitad de la tasa migratoria general existente en el momento de partida, calculada a partir de la ecuación compensadora de población y ajustada por grupos de sexo y edad (Escenario M2). La mortalidad se ha fijado en todos los escenarios a partir de la hipótesis de un aumento paulatino de la esperanza de vida, ajustando éste y la distribución de la mortalidad por sexo y edad a tablas modelo elaboradas para períodos de cinco años, partiendo de la mortalidad del momento en 2006.

Como en los últimos años, el posible crecimiento del número de residentes en Castilla y León dependerá exclusivamente de la continuidad de los saldos migratorios favorables, dado que en ausencia de los mismos e incluso aumentando la fecundidad, la región perdería rápidamente efectivos. Salvo en el primer escenario, el índice de envejecimiento disminuiría en el futuro al mantenerse estable o expandirse ligeramente la base de la pirámide de población, a la par que se ensanchen las cohortes de adultos jóvenes por los aportes inmigratorios, compensando así el aumento en cifras absolutas de los mayores de 65 años. Por el contrario, la edad media de la población ascenderá por encima de los 44,65 años de 2007, matizada siempre por el rejuvenecimiento de los grupos de población activa en virtud de los flujos migratorios dominantes.

Con un descenso a la mitad de la tasa quinquenal correspondiente al período 2002-2007, los flujos migratorios registrarían un saldo positivo total hasta el 1 de Enero de 2027 de 262.061 personas, aportando los nacimientos en esos veinte años, en el mejor de los casos, hasta cerca de medio millón de efectivos (485.691), mientras las defunciones restarían 615.735 individuos, manteniendo por tanto el saldo natural negativo que se viene padeciendo desde 1988 (Escenario F2+M2). El comportamiento migratorio en los grupos de edad más avanzada es difícil de cuantificar, por cuanto la comparación entre las fuentes disponibles (Padrón Municipal de Habitantes, Movimiento Natural de la Población y Estadística de Variaciones Residenciales) da diferentes resultados según el método utilizado, subvalorando ésta última el aporte migratorio real²⁰. Realizadas las oportunas correcciones, el saldo migratorio de los mayores de 65 años se muestra positivo, si bien bastante reducido y caracterizado por un elevado índice de masculinidad. A lo largo del último quinquenio conocido supuso un aporte medio anual de apenas 1.576 personas, las tres cuartas partes varones, hecho que se explica por presentar una mayor dependencia cuando viven solos que la mostrada por las mujeres, lo cual a la larga se traduce en su desplazamiento al hogar de las hijas o a una residencia. De mantenerse las tasas migratorias actuales por sexo y edad, en el período 2021-2026 el saldo medio anual presentado por estas cohortes sería de 1.694 personas.

²⁰ Las altas y bajas padronales a partir de las cuales se elabora la Estadística de Variaciones Residenciales, a diferencia del Movimiento Natural de la Población, no siempre se contabilizan en el año durante el cual han tenido lugar, por lo que los saldos obtenidos mediante la ecuación compensadora de la población (Población final = Población inicial + nacimientos - defunciones + saldo migratorio) se encuentran expuestos a errores múltiples, en especial en los grupos de edad donde las tasas de mortalidad son elevadas. De ahí que se haya optado por aplicar un método de regresión a partir de la proyección retrospectiva de población mediante perspectivas de paso, obviando los datos de la Estadística de Variaciones Residenciales, cuyas cifras con respecto a los saldos totales obtenidos por ecuación compensadora no difieren en exceso (73.486 ó 73.095 personas entre 2002 y 2007, respectivamente), pero sí al aplicar el segundo sistema (94.097 personas). Véase al respecto J.Vinuesa y D.Puga ((2007): Técnicas y ejercicios de Demografía, Ed. INE, Madrid, 397 pp. Ref. p. 327.

Gráfico 1.3.5 Comparación de pirámides de población de Castilla y León en 2007 y 2027



Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes*, 2007. Elaboración J.M. Delgado.

La pirámide de población del año 2027 nos muestra la importancia del desplazamiento de las cohortes activas presentes hacia edades más elevadas frente a la merma de los grupos de activos jóvenes, pues la recuperación de la fecundidad, además de tardía, afectaría a generaciones en edad reproductora muy reducidas. Y ello, pese a la inclusión en ellas de los nuevos inmigrantes. En términos absolutos los mayores de 70 años apenas variarían en número, pero sí los grupos de 50 a 69 y sobre todo, aumentaría la cohorte de 65 a 69 años. La prolongación de la esperanza de vida se aprecia en el mayor tamaño del grupo culminante, con un alto índice de feminidad.

Tabla 1.3.3 Evolución de la población mayor de 65 años

Total	Mayores de 65 años		Tasa de envejecimiento	
	F1+M1	F2+M2	F1+M1	F2+M2
2007	569.338		22,52	
2012	569.127	575.138	22,97	22,46
2017	570.679	587.088	23,48	22,66
2022	593.128	613.381	24,86	23,39
2027	638.863	667.689	27,21	25,10
Varones	F1+M1	F2+M2	F1+M1	F2+M2
2007	245.265		19,60	
2012	243.919	248.346	19,94	19,57
2017	245.299	257.331	20,46	19,99
2022	262.667	274.863	22,30	21,04
2027	288.203	304.378	24,85	22,92
Mujeres	F1+M1	F2+M2	F1+M1	F2+M2
2007	324.073		25,37	
2012	325.208	326.792	25,92	25,30
2017	325.380	329.757	26,43	25,30
2022	330.461	338.518	27,35	25,73
2027	350.660	363.310	29,50	27,27

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (INE) y proyección propia.
Elaboración J. M. Delgado.

El conjunto de mayores de 65 años tenderá a aumentar en el futuro, alcanzando a representar una cuarta parte del total de residentes, con una proporción aún más elevada entre las mujeres. Considerando los saldos migratorios enunciados, en 2027 habrá un 17% más que en la actualidad, pero también se habrá prolongado su esperanza de vida restante libre de discapacidades tanto para los varones –14,0 años– como para las mujeres –14,9 años–. Durante otros 1,9 años (ellos) o 2,5 (ellas) se verán afectados por una discapacidad ligera o moderada, padeciendo los 3,8 ó 6,7 años restantes discapacidad grave o total. En ausencia de migraciones el peso relativo de los mayores podría ascender hasta un 27% de la población total y cerca del 30% entre las mujeres, si bien sus cifras absolutas apenas aumentarían en poco más de un millar.

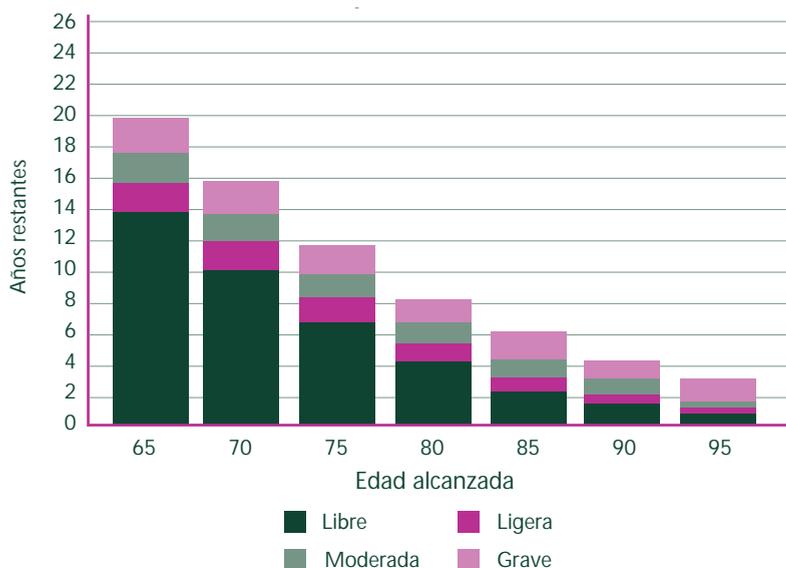
Tabla 1.3.4 Población mayor en 2027

Edad	Varones	Mujeres	Ambos
65-69	92.198	93.273	185.471
70-74	75.100	76.957	152.057
75-79	59.101	66.928	126.028
80-84	41.371	55.441	96.812
85-89	21.592	35.594	57.185
90 y más	14.966	35.090	50.056

Fuente: Proyección propia, J. M. Delgado.

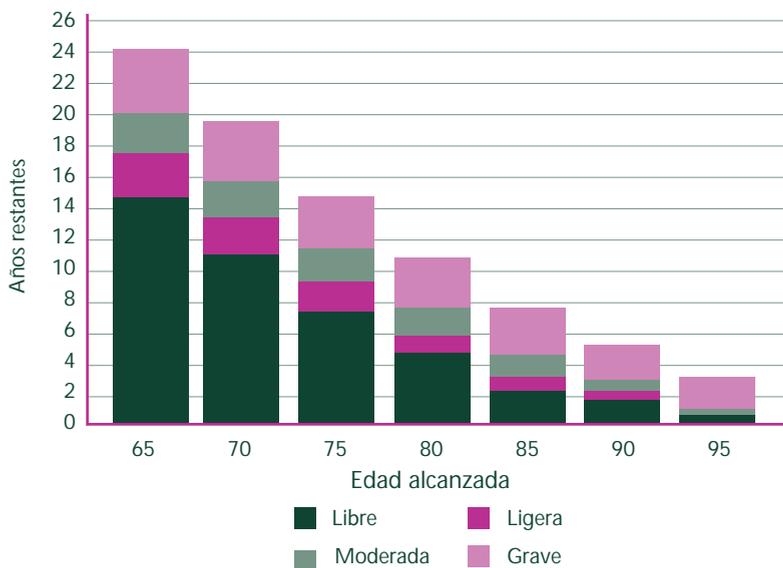
Con independencia de la presencia o no de tales flujos, la tasa de sobre envejecimiento o proporción de mayores de 80 años sobre el total de mayores seguirá una evolución dispar, ascendiendo en los primeros años hasta llegar al 31% en 2017 para volver a reducirse en años posteriores, siendo en 2027 inferior a la actual (25,6% frente al 27,1% de 2007). La edad media del grupo, debido a la redistribución de la cohortes etarias, será algo inferior a la actual, 75,44 años para los varones (76,6 en 2007) y 77,26 las mujeres (78,0).

Gráficos 1.3.6 Esperanza de vida restante y discapacidad Castilla y León, 2027 (varones)



Fuente: Elaboración J. M. Delgado a partir de M. Monteverde (2005) y M. Guillén (2006).

Gráficos 1.3.7 Esperanza de vida restante y discapacidad
Castilla y León, 2027 (mujeres)



Fuente: Elaboración J. M. Delgado a partir de M. Monteverde (2005) y M. Guillén (2006).

Se ha prolongado la proyección del escenario F2+M2 hasta 2032 para apreciar la supervivencia de las últimas generaciones que en 2007 formaban ya parte del conjunto de personas mayores, todas ellas con 90 a más años en esa fecha. Las variaciones en el tamaño de los grupos de edad se deben tanto a su entidad inicial como al incremento de las probabilidades de supervivencia en las próximas décadas, que superarán el 50% para quienes tengan 85 años (47% los varones y 58% las mujeres), habiendo llegado al límite de los 65 años el 90% de los hombres y el 96% de las mujeres.

Gráfico 1.3.8 Evolución de la población mayor de 65 años (2007-2032)

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* y proyección propia. Elaboración J.M. Delgado.

La proyección a escala provincial presenta mayores problemas, al tratarse de poblaciones reducidas, por lo que el margen de error se amplía considerablemente. Se han aplicado los mismos escenarios descritos para el conjunto regional, pero a diferencia de éste, la diversidad de situaciones impide dar una visión única del universo analizado, considerando conveniente mantener la totalidad de opciones contempladas a la vista de los resultados obtenidos. Así, mientras que para la mayor parte de las provincias el escenario F1, basado en el mantenimiento de una evolución de la fecundidad acorde con las tendencias presentes, implica no alcanzar el nivel de reemplazo generacional propuesto en F2, en el caso de Valladolid sucede lo contrario, al tratarse de la única donde el saldo vegetativo todavía es positivo en la actualidad gracias a los nacimientos de madres extranjeras. De aplicar el escenario continuista, el índice sintético de fecundidad alcanzaría los 2,89 hijos por mujer, valor a todas luces exagerado, habiéndose preferido la yuxtaposición de las hipótesis desarrolladas en F2+M2 (límite de 2,1 hijos por mujer y tasa migratoria reducida a la mitad en 2027), pese a lograr un máximo demográfico en el F1+M2. En menor medida el problema se extiende a Ávila y Burgos, que llegarían a límites de 2,24 hijos por mujer, por lo que en las dos provincias el máximo de población al finalizar el período proyectado corresponde al escenario F1+M2,

si bien por idénticas razones es más plausible el F2+M2. Salamanca, Segovia y Soria siguen en cambio la tendencia general, obteniendo máximos de fecundidad y poblacionales bajo las hipótesis de F2+M2. La situación de León, Palencia y Zamora es muy diferente, pues con independencia del desarrollo elegido, en todos los casos la población final sería inferior a la inicial de 2007, pero las menores pérdidas vuelven a coincidir con lo previsto en F2+M2, dado que con una prolongación en el tiempo de sus tasas de fecundidad aplicando la tendencia actual apenas se lograrían índices de 1,21, 1,70 y 1,44 hijos por mujer, respectivamente.

Tabla 1.3.5 Combinación de escenarios contemplados en la proyección provincial de la población total al año 2027

	Pob. inicial (2007)	Población final (2027)				Escenario	
		F1+M1	F2+M1	F1+M2	F2+M2	Máximo	Mínimo
Ávila	168.638	155.831	154.898	180.929	179.817	F1+M2	F2+M1
Burgos	365.972	354.696	352.301	408.273	405.432	F1+M2	F2+M1
León	497.387	429.518	449.841	463.436	485.521	F2+M2	F1+M1
Palencia	173.281	157.070	160.267	159.578	162.784	F2+M2	F1+M1
Salamanca	351.326	316.924	327.762	345.325	357.197	F2+M2	F1+M1
Segovia	159.322	151.336	154.220	190.457	194.237	F2+M2	F1+M1
Soria	93.593	82.570	85.509	95.838	99.307	F2+M2	F1+M1
Valladolid	521.661	539.964	519.831	610.895	587.408	F1+M2	F2+M1
Zamora	197.237	164.757	170.217	174.174	179.775	F2+M2	F1+M1
Total (1)	2.528.417	2.352.667	2.374.845	2.628.905	2.651.479	F2+M2	F1+M1
Total (2)	2.528.417	2.348.247	2.375.706	2.629.249	2.660.434	F2+M2	F1+M1
Total de la suma de escenarios máximos y mínimos absolutos por provincias						2.678.920	2.329.204

(1) Total obtenido mediante agrupación ("botton-up").

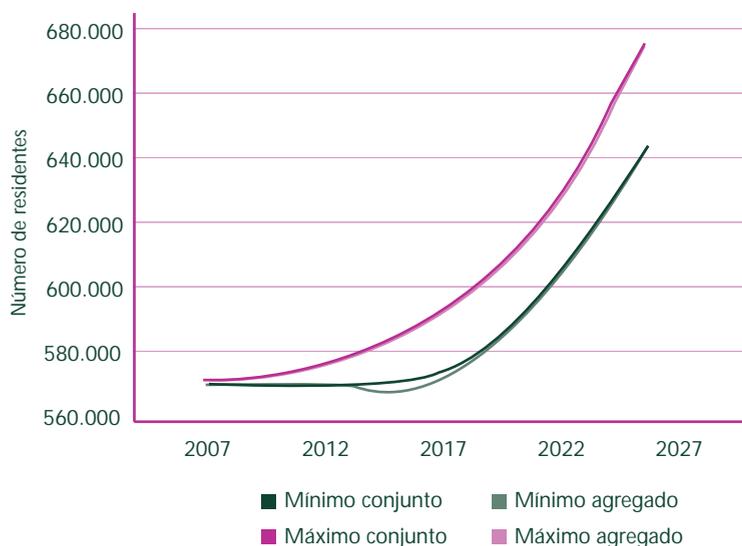
(2) Proyección del conjunto de la CCAA.

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* y proyección propia. Elaboración J. M. Delgado.

A escala de la Comunidad Autónoma el método de proyección "botton-up", basado en esta agrupación provincial a partir de las proyecciones individuales de cada provincia, nos proporciona unos resultados muy similares a los obtenidos para el conjunto, incluso en la agrupación de escenarios F2+M2, la utilizada para Castilla y León. En casi todos los casos el peso de la población mayor de 65 años aumentaría en ausencia de desplazamientos migratorios, pero existen diferencias apreciables. En las provincias de Palencia y Zamora las tasas de envejecimiento más elevadas corresponderían a una situación en la cual, manteniéndose una fecundidad por debajo del nivel de reemplazo generacional, se siguieran las pautas actuales, sin que los flujos migratorios introdujesen matices importantes, pues a medio

plazo los aportes foráneos serían mínimos. En menor grado, este problema afecta también a la provincia de León, superándose en las tres el 28% de población mayor e incluso, el 30%. La situación opuesta correspondería a Burgos, Segovia y Valladolid, donde los saldos migratorios, aunque inferiores a los del primer quinquenio del Siglo XXI, evitarían que las tasas de envejecimiento llegaran al 24%, mientras en Ávila y Soria los márgenes oscilarían en torno al 25%. En cifras absolutas y dentro de la hipótesis de una reducción a la mitad de las migraciones, las mayores cuantías de población con 65 o más años se alcanzarían en 2027 en todas las provincias salvo Zamora, donde a la elevada pérdida de población total se añadiría también la de mayores, manteniendo en el futuro guarismos menores a los actuales.

Gráfico 1.3.9 Proyección de población mayor de 65 años según métodos y escenarios



Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* y proyección propia. Elaboración J. M. Delgado.

Combinando las diferentes posibilidades, Castilla y León alcanzaría en 2027 una cifra de personas mayores situada entre las 638.204 y 666.127, entre un 12 y 17% superior a la de 2007, dependiendo la horquilla de los desplazamientos migratorios derivados sobre todo del retorno de emigrantes, cuyas mayores tasas se concentran entre las edades de 60 a 69 años para los varones y 60-64 las mujeres. La cuantía es semejante a la obtenida mediante la proyección conjunta, difiriendo tan sólo en un 0,01% entre los máximos posibles, lo cual confirma los resultados obtenidos.

Tabla 1.3.6 Proyección de la población total y mayor de 65 años por provincias, según escenarios

	Población total					Población mayor de 65 años					Tasa de envejecimiento				
	F1	F2	F1+M1	F2+M1	F1+M1	F1	F2	F1+M1	F2+M1	F1+M1	F1	F2	F1+M1	F2+M1	
Ávila															
2007	168.638	168.638	168.638	168.638	168.638	42.016	42.016	42.016	42.016	42.016	24,9	24,9	24,9	24,9	
2012	164.138	164.076	171.248	171.184	171.184	40.339	40.339	40.339	41.033	41.033	24,6	24,6	24,0	24,0	
2017	160.475	160.242	174.001	173.748	173.748	39.227	39.108	40.682	40.681	40.681	24,4	24,4	23,4	23,4	
2022	157.656	157.137	177.140	176.548	176.548	39.025	39.025	41.550	41.547	41.547	24,8	24,8	23,5	23,5	
2027	155.831	154.898	180.929	179.817	179.817	41.464	41.464	45.034	45.030	45.030	26,6	26,6	24,9	25,0	
Burgos															
2007	365.972	365.972	365.972	365.972	365.972	75.999	75.999	75.999	75.999	75.999	20,8	20,8	20,8	20,8	
2012	361.812	361.653	376.531	376.365	376.365	77.172	77.172	77.480	77.480	77.480	21,3	21,3	20,6	20,6	
2017	358.353	357.758	386.596	385.948	385.948	80.057	79.752	80.351	80.350	80.350	22,3	22,3	20,8	20,8	
2022	355.919	354.589	396.971	395.462	395.462	84.366	84.366	85.433	85.432	85.432	23,7	23,8	21,5	21,6	
2027	354.696	352.301	408.273	405.432	405.432	92.490	92.490	94.389	94.386	94.386	26,1	26,3	23,1	23,3	
León															
2007	497.387	497.387	497.387	497.387	497.387	122.361	122.361	122.361	122.361	122.361	24,6	24,6	24,6	24,6	
2012	481.103	482.539	492.174	493.639	493.639	119.547	119.547	120.776	120.777	120.777	24,8	24,8	24,5	24,5	
2017	463.965	469.236	484.111	489.585	489.585	114.800	117.497	120.121	120.130	120.130	24,7	25,0	24,8	24,5	
2022	446.579	458.117	474.219	486.455	486.455	119.298	119.298	123.260	123.287	123.287	26,7	26,0	26,0	25,3	
2027	429.518	449.841	463.436	485.521	485.521	127.153	127.153	132.383	132.441	132.441	29,6	28,3	28,6	27,3	
Palencia															
2007	173.281	173.281	173.281	173.281	173.281	39.016	39.016	39.016	39.016	39.016	22,5	22,5	22,5	22,5	
2012	168.724	168.937	169.659	169.872	169.872	38.359	38.359	38.588	38.588	38.588	22,7	22,7	22,7	22,7	
2017	164.351	165.144	165.973	166.766	166.766	38.240	38.646	39.178	39.179	39.179	23,3	23,4	23,6	23,5	
2022	160.433	162.205	162.552	164.321	164.321	40.955	40.955	41.731	41.733	41.733	25,5	25,2	25,7	25,4	
2027	157.070	160.267	159.578	162.784	162.784	45.044	45.044	46.036	46.041	46.041	28,7	28,1	28,8	28,3	

Continúa

Continuación

	F1	F2	F1+M1	F2+M1	F1	F2	F1+M1	F2+M1	F1	F2	F1+M1	F2+M1	F1	F2	F1+M1	F2+M1	
Salamanca																	
2007	351.326	351.326	351.326	351.326	82.389	82.389	82.389	82.389	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5	23,5
2012	343.084	343.841	351.927	352.702	82.445	82.445	83.528	83.530	24,0	24,0	23,7	23,7	23,7	23,7	23,7	23,7	23,7
2017	334.444	337.241	350.782	353.703	80.524	81.956	84.316	84.322	24,1	24,3	24,0	23,8	23,8	24,1	24,3	24,0	23,8
2022	325.634	331.770	348.414	354.970	83.167	83.167	86.736	86.754	25,5	25,1	24,9	24,4	24,4	25,5	25,1	24,9	24,4
2027	316.924	327.762	345.325	357.197	88.544	88.544	93.370	93.410	27,9	27,0	27,0	26,2	26,2	27,9	27,0	27,0	26,2
Segovia																	
2007	159.322	159.322	159.322	159.322	34.795	34.795	34.795	34.795	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8	21,8
2012	157.394	157.600	167.895	168.115	34.069	34.069	34.368	34.368	21,6	21,6	20,5	20,4	20,4	21,6	21,6	20,5	20,4
2017	155.298	156.052	175.758	176.625	33.169	33.555	34.299	34.300	21,4	21,5	19,5	19,4	19,4	21,4	21,5	19,5	19,4
2022	153.209	154.851	183.179	185.199	34.305	34.305	35.690	35.694	22,4	22,2	19,5	19,3	19,3	22,4	22,2	19,5	19,3
2027	151.336	154.220	190.457	194.237	37.619	37.619	39.968	39.977	24,9	24,4	21,0	20,6	20,6	24,9	24,4	21,0	20,6
Soria																	
2007	93.593	93.593	93.593	93.593	23.995	23.995	23.995	23.995	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6	25,6
2012	90.727	90.938	94.693	94.913	22.872	22.872	23.202	23.202	25,2	25,2	24,5	24,4	24,4	25,2	25,2	24,5	24,4
2017	87.863	88.635	95.303	96.140	21.459	21.854	22.553	22.555	24,4	24,7	23,7	23,5	23,5	24,4	24,7	23,7	23,5
2022	85.115	86.792	95.628	97.526	21.577	21.577	22.647	22.653	25,4	24,9	23,7	23,2	23,2	25,4	24,9	23,7	23,2
2027	82.570	85.509	95.838	99.307	22.907	22.907	24.387	24.400	27,7	26,8	25,4	24,6	24,6	27,7	26,8	25,4	24,6
Valladolid																	
2007	521.661	521.661	521.661	521.661	92.855	92.855	92.855	92.855	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8
2012	522.227	520.965	540.560	539.250	100.686	100.686	101.618	101.617	19,3	19,3	18,8	18,8	18,8	19,3	19,3	18,8	18,8
2017	525.440	520.628	561.135	555.950	113.050	110.588	112.293	112.287	21,5	21,2	20,0	20,2	20,2	21,5	21,2	20,0	20,2
2022	531.341	520.370	584.264	571.977	120.326	120.326	122.891	122.874	22,6	23,1	21,0	21,5	21,5	22,6	23,1	21,0	21,5
2027	539.964	519.831	610.895	587.408	132.476	132.476	136.300	136.262	24,5	25,5	22,3	23,2	23,2	24,5	25,5	22,3	23,2
Zamora																	
2007	197.237	197.237	197.237	197.237	55.912	55.912	55.912	55.912	28,3	28,3	28,3	28,3	28,3	28,3	28,3	28,3	28,3
2012	188.518	188.883	191.956	192.324	53.382	53.382	54.235	54.236	28,3	28,3	28,3	28,2	28,2	28,3	28,3	28,3	28,2
2017	180.011	181.375	186.064	187.446	50.092	50.791	52.601	52.605	27,8	28,0	28,3	28,1	28,1	27,8	28,0	28,3	28,1
2022	171.999	175.040	180.008	183.103	49.535	49.535	52.296	52.308	28,8	28,3	29,1	28,6	28,6	28,8	28,3	29,1	28,6
2027	164.757	170.217	174.174	179.775	50.508	50.508	54.108	54.134	30,7	29,7	31,1	30,1	30,1	30,7	29,7	31,1	30,1

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes y proyección propia. Elaboración J. M. Delgado.

La comparación de ambos métodos de proyección, conjunta y agregada (botton-up), resulta no sólo coincidente, sino que difiere considerablemente de las realizadas con anterioridad y basadas en parámetros anteriores²¹. La población total de Castilla y León muestra una cifra inferior a la señalada en estudios precedentes debido exclusivamente al tratamiento de los flujos migratorios, pues si entonces se consideró un ligero incremento debido a la continuidad de la tendencia observada, en ésta ocasión y dadas las razones expuestas, se ha supuesto su reducción a la mitad. De ahí que en lugar de los 2.743.051 habitantes que se obtendrían en 2025 en el caso de mantenerse la intensidad de los flujos actuales y una fecundidad más elevada el número se haya reducido a 2.678.920 en 2027, en el mejor de los casos, sumando los máximos posibles alcanzados en cada provincia. En lo que respecta a los mayores de 65 años, en cambio, la nueva proyección ofrece una cuantía algo más elevada, entre 638.204 y 666.127 frente a 600.786 de entonces, a la par que la tasa de envejecimiento ascendería al 25% en lugar del 22% estimado anteriormente, todo ello derivado de la disminución de los flujos de salida y del mayor incremento de la esperanza de vida que se ha introducido en este nuevo estudio.

1.3.7 Principales índices de la estructura por edad en 2027 (F2+M1)

	Tasa de envejecimiento	Tasa de sobre-envejecimiento	Índice de envejecimiento	Edad media	Edad media > 65 años
Ávila	25,04	30,81	1,59	46,05	76,45
Burgos	23,28	29,22	1,41	44,92	76,20
León	27,28	31,32	1,79	47,36	76,59
Palencia	28,28	28,48	1,85	47,53	76,09
Salamanca	26,15	32,37	1,64	46,52	76,72
Segovia	20,58	29,82	1,18	43,40	76,21
Soria	24,57	32,42	1,50	45,48	76,75
Valladolid	23,20	28,76	1,36	44,80	76,11
Zamora	30,11	33,83	2,11	48,96	77,10
CyL	25,12	30,57	1,66	45,97	76,43

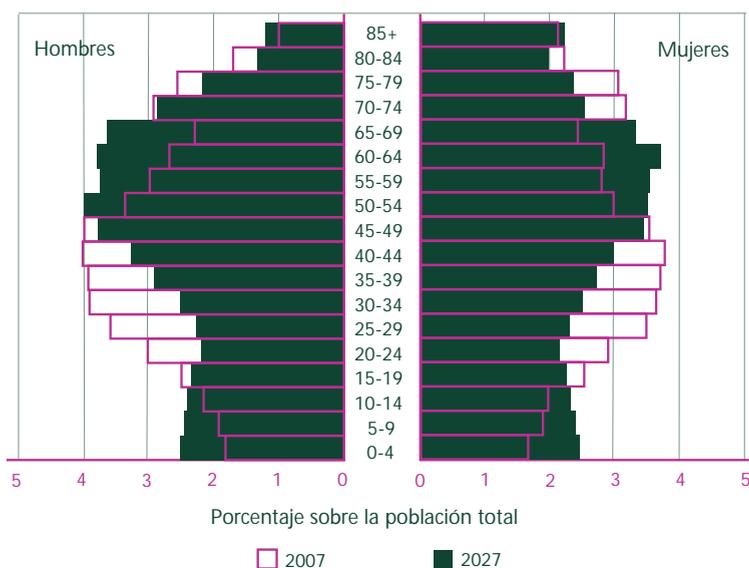
Fuente: Proyección propia. Elaboración J. M. Delgado.

Al igual que en el conjunto de la Comunidad, la edad media de la población aumentará en todas las provincias, permaneciendo sólo Segovia, Valladolid y Burgos por debajo de los 45 años. En cambio, se confirma el extremado envejecimiento de Zamora, con cerca de 49 años de edad media y más de dos mayores de 65 por

²¹ Véase Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León en 2006, Ed. Consejo Económico y Social de Castilla y León, Valladolid, 2007, Tomo I, 773 pp. Ref. pág. 514. También en Dirección General de Estadística de la Junta de Castilla y León.

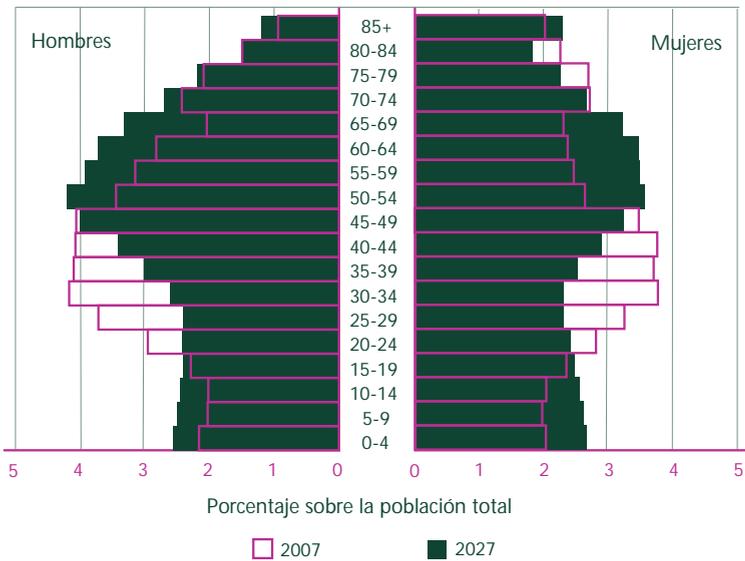
cada menor de 16 años. Palencia y León mantendrán asimismo su tendencia actual en este mismo sentido, agravada en las tres provincias por la escasa inmigración. La edad media de las personas mayores, por el contrario, puede descender algunas décimas en todas las provincias salvo Zamora, aunque manteniéndose muy cercana a la que tenían en 2007. Semejante comportamiento se debe tanto a los diferentes tamaños de las generaciones que en el límite de la proyección habrán superado la edad de jubilación en cada territorio como al aumento de la probabilidad de alcanzar hasta los 79 años con vida, frente al menor incremento con respecto a los 85. En definitiva, todos los mayores tendrán una esperanza de vida restante superior a la actual, pero los avances favorecerán en mayor medida, como es lógico, a los grupos de edad menos avanzada de entre ellos. A ello se suma una mayor proporción de jóvenes, en el supuesto de alcanzar los 2,1 hijos por mujer, así como unos saldos migratorios menos favorables para las mujeres, al haber contemplado en la proyección unas tasas migratorias superiores para los varones en la casi totalidad de los grupos de edad pero, especialmente, en la cúspide de la pirámide. En todos los casos se prevé una rápida aceleración del proceso de envejecimiento en décadas posteriores, debido al elevado peso que en 2027 tendrán las cohortes de 50 a 69 años de edad.

Gráfico 1.3.10 Comparación de pirámides de población de Ávila en 2007 y 2027



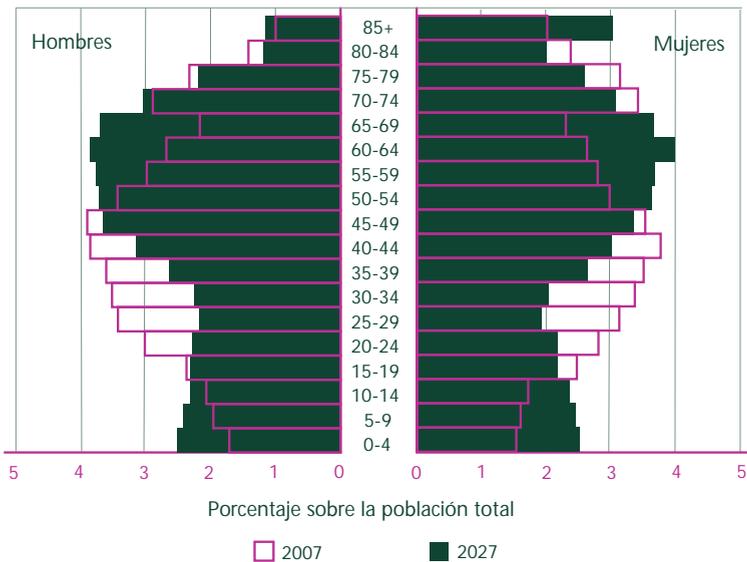
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.11 Comparación de pirámides de población de Burgos en 2007 y 2027



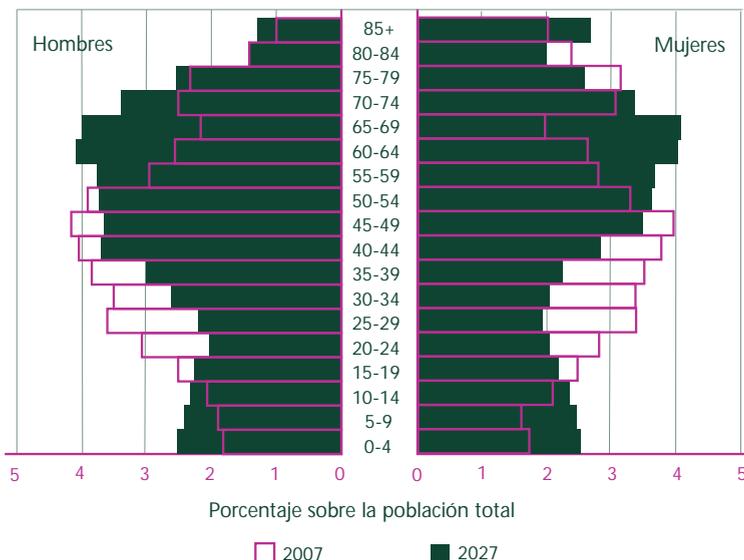
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.12 Comparación de pirámides de población de León en 2007 y 2027



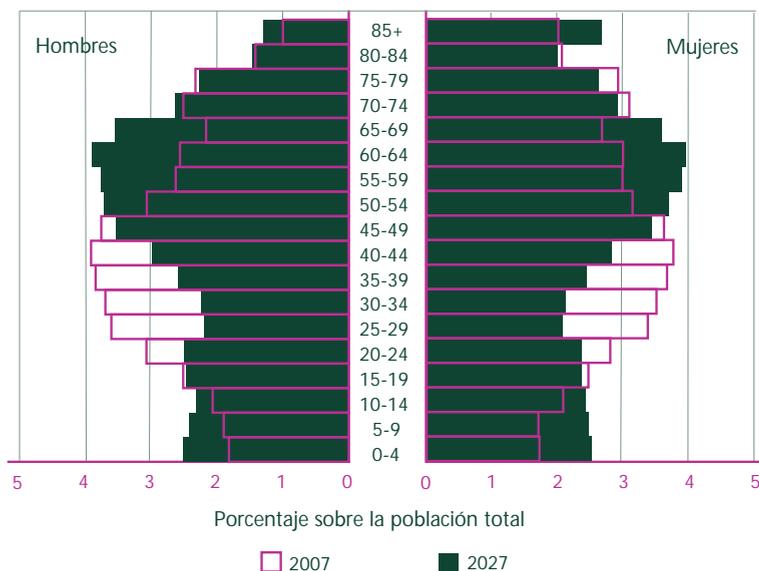
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.13 Comparación de pirámides de población de Palencia en 2007 y 2027



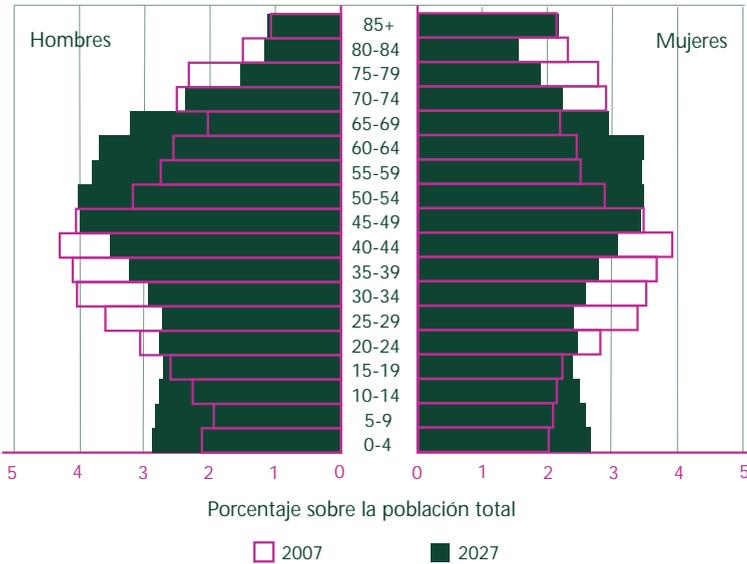
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.14 Comparación de pirámides de población de Salamanca en 2007 y 2027



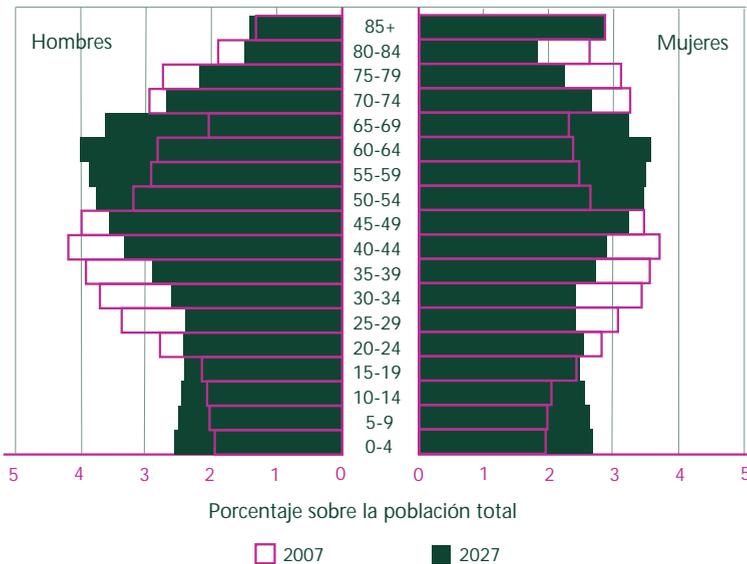
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.15 Comparación de pirámides de población de Segovia en 2007 y 2027



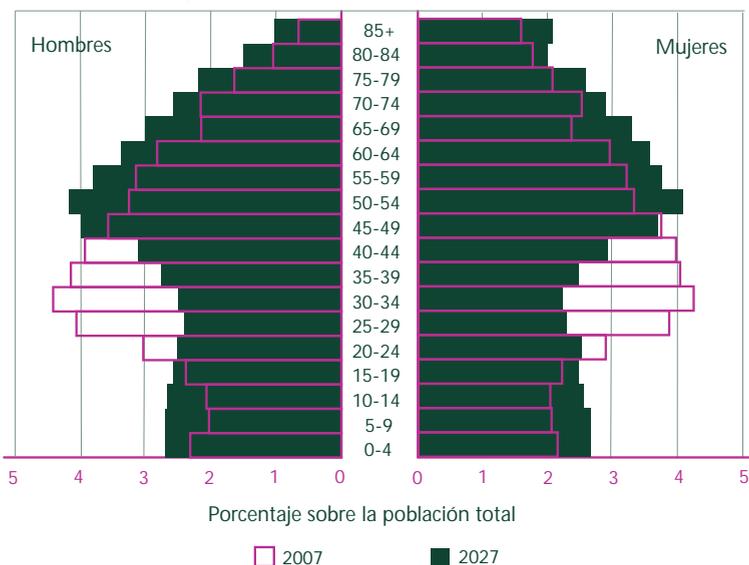
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.16 Comparación de pirámides de población de Soria en 2007 y 2027



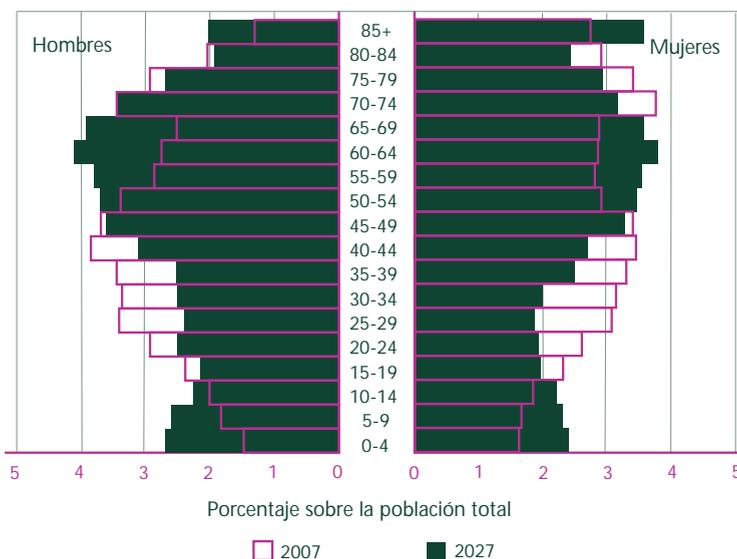
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.17 Comparación de pirámides de población de Valladolid en 2007 y 2027



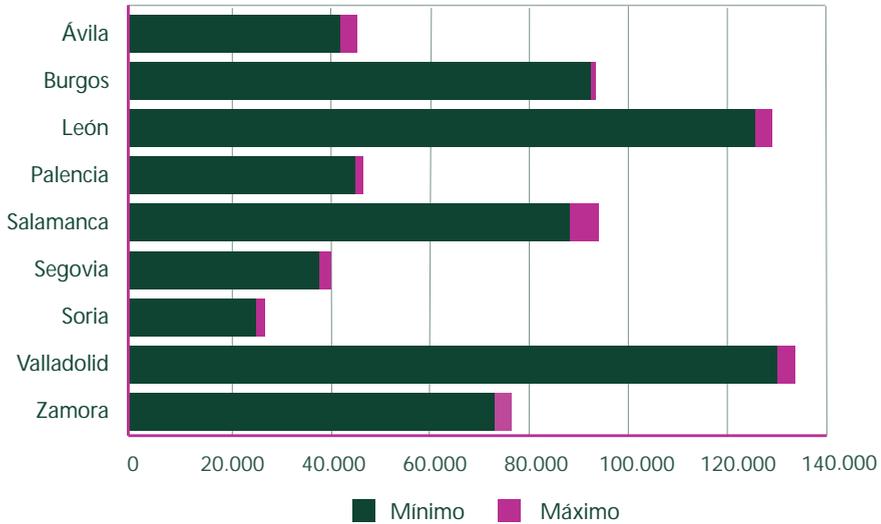
Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.18 Comparación de pirámides de población de Zamora en 2007 y 2027



Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

Gráfico 1.3.19 Población de 65 años y más en 2027 en Castilla y León



Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes 2007*. Elaboración J. M. Delgado.

1.4 El envejecimiento activo como alternativa ineludible ante la realidad demográfica de Castilla y León

En los epígrafes precedentes, así como en diversos informes anteriores, bien específicos, bien sobre la situación socio-económica de Castilla y León, se ha mostrado cómo, junto a la escasa densidad de población, el envejecimiento es, en primer lugar, un rasgo caracterizador que hace destacar sobremedida a nuestra Comunidad dentro del contexto nacional, otorgándole un dudoso honor de ser una de las regiones europeas en las que la problemática socio-demográfica adquiere unos tintes más sombríos. Tres aspectos o connotaciones de esas estructuras por edad otorgan a la afirmación antedicha una contundencia excepcional, los cuales conviene, a modo de recapitulación, resaltar ahora.

En primer lugar, la *profundidad de las transformaciones*, pues, se ha visto, los indicadores encargados de medir y comparar tal realidad alcanzan valores a los que no se asemejan más que los registrados en otras pocas regiones españolas. Baste con recordar que hay prácticamente dos ancianos por cada joven, o que la proporción de aquéllos respecto al total de residentes es más de uno por cada cinco, o que más de la mitad de la población alcanza ya los cuarenta y cinco años. El segundo rasgo

a destacar es el de la *generalización espacial*. A escala provincial vimos cómo todas las de nuestra Comunidad se encuentran por encima de los valores medios nacionales, incluso la más joven, que es Valladolid y cómo, cualquiera que sea el indicador considerado, seis de las nueve se encuentran entre las diez más envejecidas de España. La generalización espacial de esos rasgos se aprecia mejor, si cabe, al descender a un análisis a escala municipal, pues la inmensa mayoría del nuestro territorio, constituido por los municipios rurales, la situación puede calificarse sin ambages de extrema. Considerados en conjunto los más de 2.000 municipios rurales (con más de 78.000 km² de superficie), albergan casi 450 ancianos por cada 100 jóvenes y en los que la edad media de la población supera los 50 años. El tercer rasgo básico que otorga rotundidad a los planteamientos efectuados es la continuidad temporal del proceso. Tanto la evolución registrada en el último quinquenio, como las proyecciones, basadas en supuestos razonables (incluso podríamos decir que, en algunos aspectos son optimistas) muestran a las claras el continuado incremento del número de ancianos, su peso específico en el total de residentes, así como la edad media de las poblaciones. Un envejecimiento, por otra parte, “cada vez más envejecido”, pues las tendencias antes apuntadas, tanto para un pasado reciente como, previsiblemente, para el futuro inmediato otorgan un protagonismo cada vez mayor a los escalones más altos de la pirámide de edades.

El hecho de que la sociedad castellana y leonesa muestra hoy y vaya a seguir mostrando en el futuro este rasgo como elemento esencia de su conformación y muy destacado en el contexto nacional debe hacernos orientar la reflexión en dos sentidos complementarios e igualmente importantes unos y otros. Por un lado, la adopción y/o intensificación de las medidas para evitar la pérdida de efectivos demográficos. Resulta vital “retener” en nuestra Comunidad Autónoma a aquellos individuos que tan adecuadamente hemos sabido formar, aprovechando así el “valor añadido” de la “inversión” realizada. Pero en el punto que ahora nos encontramos no basta con “retener”, sino también es necesario “captar” nuevos residentes, que aporten una vitalidad social económica y demográfica de la que Castilla y León está en extremo necesitada. Ahora bien, más allá de estas consideraciones, estas acciones escapan al marco del presente informe, formando parte de las acciones de esa estrategia contra la despoblación, que con el tiempo ha transformado un más que plausible consenso político en un elenco de logros que revitalicen demográfica, social y económicamente a nuestra región.

Lo que sí afecta o está relacionado con el presente Informe es el otro de los sentidos que deben tener las reflexiones a las que nos referíamos. Nos referimos, concretamente a la imperiosa necesidad de transformar lo que se antoja como un problema en una verdadera potencialidad de futuro para nuestra Comunidad. En efecto, si el envejecimiento se conforma como una realidad tan profunda como

ineludible, se impone proceder, tal como reza nuestro título “haciendo de la necesidad virtud”, de tal manera que esa realidad que casi siempre se presenta con tintes sombríos se transforme en un aspecto más de nuestra sociedad a la que esta se adapta y al que la sociedad le saca partido. Ciertamente resulta fácil decirlo, pero resulta más complejo llevarlo a la práctica y para ello no queda otro remedio que implementar todas aquellas medidas que sean necesarias para conseguir que se materialicen de forma plena los elementos fundamentales de eso que se ha venido a denominar “envejecimiento activo” y cuyo resultado final no es otro que la materialización del eslogan de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, es decir, la consecución de “una sociedad para todas las edades”; una sociedad en la cual los mayores no sean identificados automáticamente como una carga, una sociedad en la que los mayores tienen la opción de seguir realizándose desde el punto de vista laboral, una sociedad en la participación comunitaria de los mayores no sea una “cuestión aparte y específica”, sino un aspecto más de la vida cotidiana en el ámbito local y comunitario.

En efecto, en el momento en que los mayores tengan todas esas oportunidades de realización personal, en el momento en que el acceso a la tercera edad no sea socialmente considerado como “un punto y aparte” en la vida de las personas y se consiga que éstas sigan manteniéndose activas no solo se “dejará de gastar”, sino que se “obtendrán ingresos adicionales”. Porque está demostrado que la realización de actividades encaminadas a conseguir ese envejecimiento activo (que deben desarrollarse a lo largo de todo el ciclo vital) tendrán como primer efecto conseguir, no sólo unas personas más sanas, sino también unas personas más capaces de luchar y sobreponerse a los efectos limitantes de la edad, personas capaces de aportar su experiencia acumulada, tanto en el ámbito laboral como en el de la participación comunitaria, siendo, en consecuencia parte activa de la sociedad en lugar de “clases pasivas”. Esto no es, ni mucho menos, fácil de conseguir, requiere todo un cambio de mentalidad, no sólo de los propios mayores, sino también de los agentes políticos y sociales, de los empresarios, de sindicatos, de la administración y, en general, de toda la ciudadanía castellana y leonesa, que debe asumir que, sin perder de vista otras exigencias, el tener una sociedad con nuestros rasgos demográficos no tiene por qué ser sinónimo de sociedad con graves problemas, lo cual será irremediablemente cierto si no se adoptan las medidas oportunas. Pero antes de adoptarlas es preciso tener una idea cabal, un diagnóstico acertado de cual es la situación actual en lo tocante a las distintas vertientes bajo las que se deben enfocar las acciones conducentes a conseguir un auténtico envejecimiento activo.

2. UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: "LA CONDICIÓN *SINE QUA NON*"



2. UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE: “LA CONDICIÓN *SINE QUA NON*”

Lo que se persigue en la mayoría de las actuaciones sanitarias desde la perspectiva del envejecimiento y ciclo vital es procurar que las personas lleguemos a la vejez sin enfermedades y con buena salud, que nos permita seguir siendo autónomos e independientes en las actividades cotidianas. A la vejez podemos llegar con un excelente estado funcional, tanto físico como mental, con muy buena salud y con bajo riesgo de enfermar, lo que denominamos envejecimiento saludable. Si a todo esto sumamos la consecución de una actitud positiva frente al propio proceso de envejecimiento, y una vinculación y participación social activa, estamos hablando de envejecimiento activo. De manera que el envejecimiento saludable no es sólo una parte o un aspecto más del envejecimiento activo, sino que resulta, como decimos en el título, una condición *sine qua non*, toda vez que resulta en extremo complicado conseguir una plena integración y participación en la sociedad si las condiciones de salud no son buenas y, además, si a la vejez se llega “lleno de achaques”, jamás se podrá cambiar esa negativa percepción de los mayores como una carga.

Para fomentar el envejecimiento activo, según la Organización Mundial de la Salud, es necesario que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. Aunque se ha visto que el envejecimiento de la población es uno de los rasgos más característicos y distintivos de nuestra Comunidad Autónoma no constituimos tampoco una excepción en cuanto a procesos y tendencias, pues es un cambio que se está produciendo en todas las sociedades modernas y avanzadas que nos rodean, lo cual puede aportar un beneficio mutuo en lo concerniente diagnósticos, propuestas y/o actuaciones en la materia, de tal manera que los vínculos de intercambio y colaboración resultan absolutamente necesarios en todos los aspectos pero aún más, si cabe, en cuestiones referidas a la salud.

Se ha repetido hasta la saciedad que el envejecimiento de la población es uno de los mayores desafíos de la humanidad y también uno de nuestros mayores triunfos. El envejecimiento a escala mundial al entrar en el siglo XXI, impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una

importante contribución a la estructura de nuestras sociedades. El envejecimiento activo presenta dos dimensiones igualmente importantes, que son la dimensión individual y la dimensión colectiva, cuya consideración no es excluyente sino complementaria, especialmente en los aspectos referidos a la salud, ya que la plena consecución de ese envejecimiento activo que preconizamos solamente se puede lograr si las personas realizan su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, de tal manera que lleguen a edades avanzadas en buenas condiciones de salud, pudiendo así participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Es aquí donde se revela en toda su plenitud la complementariedad entre la dimensión individual y la social, pues si se consigue que a lo largo de todo su ciclo vital las personas vayan generando y adquiriendo hábitos de vida saludables, actitudes positivas de cara a su propia realización personal, obtendremos unas personas mayores más sanas, más participativas y, en definitiva, más vitales, que, en modo alguno podrán ser identificadas como una carga para la sociedad que, eso sí, les proporcionará protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. Así pues, la consecución de estos objetivos pasan por cumplir algunas exigencias en materia de salud, de tal modo que desde la óptica sanitaria el envejecimiento activo plantea una serie de pre-requisitos, que son los siguientes:

- Estar bien de salud: Prevención y promoción de la salud.
- Tener buen funcionamiento físico.
- Tener buen funcionamiento mental.
- Ser autónomo e independiente.
- Participar socialmente.

Conviene pues, en primer lugar, echar un vistazo a la situación de Castilla y León en cuanto al estado de salud de las personas mayores para, posteriormente, centrarnos en las acciones y los aspectos que es necesario desarrollar para potenciar ese envejecimiento activo desde el punto de vista sanitario.

2.1 Estado de salud de las personas mayores de Castilla y León

Desde la óptica de la salud, las personas mayores son, sin duda alguna, un grupo de población de especial relevancia en nuestra Comunidad Autónoma, tanto por su cuantía, como por la tendencia demográfica analizada en el capítulo anterior que mostraba un persistente incremento de este colectivo. Además se conforman como uno de los grupos poblacionales que hace más frecuente e intensivamente uso de las diversas prestaciones del sistema sanitario castellano y leonés. En Castilla y León las personas de 65 años y más suponen casi el 23% del total la población con una

tendencia poblacional hacia el sobreenvjecimiento a expensas de las cohortes de los más ancianos, facilitado por una esperanza de vida para ambos sexos por encima de 81 años, que es una de las más altas de España¹. Representando, como decimos, menos de la cuarta parte de los residentes, este grupo poblacional causó en el año 2002 más del 56% de las estancias hospitalarias en los centros de la Gerencia Regional de Salud y más de un 43% de los ingresos. Por otra parte, las necesidades de nuestros mayores son más amplias, pues la tasa de discapacidad de los mayores de 65 años en Castilla y León es de 372,7‰, superior a la tasa general del país y sólo por debajo de la que presentan las comunidades andaluza y murciana. Igualmente, nuestros mayores son protagonistas en otro capítulo muy importante de los gastos sanitarios: el gasto farmacéutico, que en nuestra comunidad corresponde en más de un 80% a los pensionistas, muy por encima de lo que corresponde a su “cuota demográfica”, aun cuando tengamos en cuenta que, frente a la aportación de la población en general, los pensionistas no abonan ninguna parte de dicho gasto.

2.1.1 La percepción de los mayores sobre su estado de salud

La valoración del estado de salud desde una óptica subjetiva se puede realizar a través de la Encuesta Nacional de Salud, que es una investigación que el INE realiza en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo. Su finalidad principal es obtener información sobre el estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. Para ello se escoge una muestra de viviendas, que para la realizada en 2006-2007 asciende a un total de 31.300 distribuidas en 2.236 secciones censales. Ello deja fuera de la muestra a los mayores que bien en residencias, cuya inclusión, obviamente, sesgaría los resultados. En cualquier caso los resultados se pueden considerar significativos ya que éstos son un porcentaje pequeño.

¹ Según los últimos datos de Esperanza de Vida publicados por el Instituto Nacional de Estadística, Castilla y León tenía una esperanza de vida de 81,28 años para el conjunto de los dos sexos, superando en más de un año la del conjunto nacional, que era de 80,23. Para hacernos una idea de la posición de nuestra Comunidad Autónoma en el ranking de las CCAA diremos que para los varones ocupa el tercer lugar tras Madrid y Navarra y para las mujeres ocupa el segundo lugar tras Cantabria.

Tabla 2.1.1. Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses, ambos sexos, total nacional, 2006
(porcentajes respecto al total de cada grupo de edad)

	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	100	21,39	48,60	22,46	5,52	2,04
De 0 a 4 años	100	39,73	46,14	11,68	1,57	0,88
De 5 a 15 años	100	40,00	50,02	8,98	0,72	0,29
De 16 a 24 años	100	33,65	53,64	11,35	0,96	0,40
De 25 a 34 años	100	26,25	54,81	15,51	2,42	1,01
De 35 a 44 años	100	20,54	55,04	19,13	3,47	1,81
De 45 a 54 años	100	12,68	52,27	26,43	6,25	2,37
De 55 a 64 años	100	9,68	42,26	33,84	10,93	3,30
De 65 a 74 años	100	6,98	37,48	39,63	11,60	4,30
De 75 y más años	100	5,62	28,73	43,71	16,56	5,39

Fuente: INE. *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Elaboración V. Niño.

A escala nacional, se aprecia que los españoles tienen una aceptable percepción de su salud, ya que más de los dos tercios lo consideran bueno o muy bueno y menos de un 10% lo consideran malo o muy malo, apreciándose cómo a partir de la adolescencia se da una nítida correlación inversa entre edad y percepción positiva de la salud (Tabla 2.1.1 Continuando aún a escala nacional y centrando la atención en el colectivo de mayores, que es el que nos interesa, desglosado, además, por sexos, podemos sacar conclusiones interesantes (tabla 2.1.2).

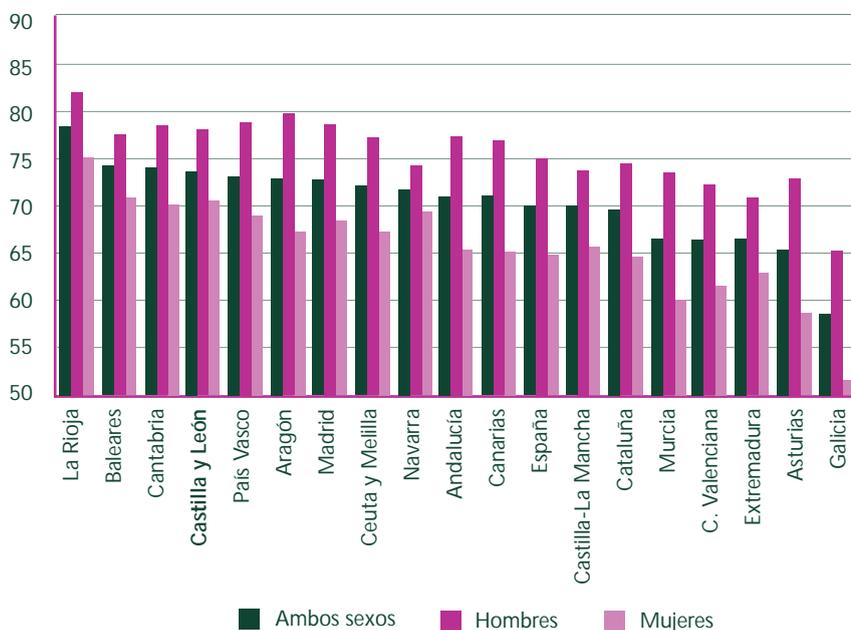
Tabla 2.1.2. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses, población total y mayores, por sexo, 2006
(porcentajes respecto al total de cada grupo de edad)

	Población total			65 a 75 años			75 y más años		
	Ambos sexos			Ambos sexos			Ambos sexos		
	Varones	Mujeres		sexos	Varones	Mujeres	sexos	Varones	Mujeres
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Muy bueno	21,39	23,25	19,57	6,98	8,92	5,48	5,62	6,49	4,99
Bueno	48,60	51,87	45,4	37,48	45,45	31,33	28,73	35,13	24,15
Regular	22,46	18,87	25,96	39,63	35,24	43,02	43,71	42	44,92
Malo	5,52	4,35	6,67	11,6	8,18	14,25	16,56	11,64	20,07
Muy malo	2,04	1,67	2,4	4,3	2,21	5,92	5,39	4,74	5,86

Fuente: INE. *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Elaboración V. Niño.

En primer lugar diremos que, a diferencia de lo que sucede en otros grupos de edad y en el conjunto de la población, los mayores son un colectivo con menor grado de satisfacción en cuanto a su salud, pues el porcentaje de los que la consideran buena o muy buena se sitúa por debajo de 50, siendo poco más de un tercio los mayores de 75 que responden de esta manera (en el total de población era del 70%). Pero no sólo se observan acusadas diferencias en función de la edad, sino también en función del sexo, siendo una percepción siempre más positiva en el caso de los hombres que en el de las mujeres. En efecto, los datos de la tabla 2.1.2 muestran cómo más de las tres cuartas partes de los varones consideran bueno o muy bueno su estado de salud, dicha proporción desciende por debajo de los dos tercios para el caso de las mujeres.

Gráfico 2.1.1 Porcentaje de personas que perciben su estado de salud como bueno o muy bueno por CCAA, 2006



Fuente: INE. *Encuesta Nacional de Salud*, 2006. Elaboración V. Niño.

Estas diferencias se agrandan considerablemente si centramos la observación en el colectivo de los mayores, pues en el grupo de 65 a 75 años aún son mayoría los varones con una percepción buena o muy buena de su salud (el 54,4%), e incluso entre los que tienen más de 75 años la proporción se mantiene por encima del 40%; sin embargo, las respuestas de la misma índole son claramente minoritarias

entre las mujeres encuestadas. Concretamente, en el grupo de 65 a 75 años el porcentaje es de un 36,4 para situarse incluso por debajo de 30 en el siguiente intervalo de edades. Estos resultados, ya en primera instancia nos deben hacer reflexionar seriamente sobre la necesidad de otorgar también un enfoque de género a las acciones que en materia de salud, puedan realizarse orientadas a las personas mayores.

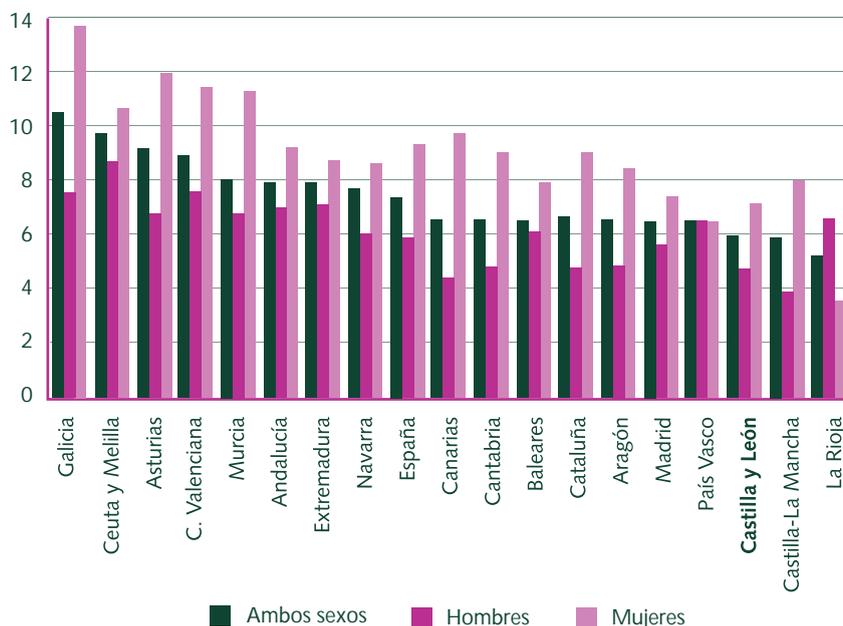
Los datos que aporta la Encuesta Nacional de Salud no permiten realizar una consideración desglosada por Comunidades y grupos de edad para conocer la “posición” que ocupan nuestros mayores en cuanto a la percepción de su salud. Sin embargo, los datos por Comunidades Autónomas referidos al total de población nos permiten, al menos “contextualizar” a Castilla y León en el conjunto nacional. Una información que se ha resumido en los gráficos 2.1.1 y 2.1.2.

En primer lugar se puede constatar que, aun pudiendo afirmar que existe una amplia generalización espacial en cuanto a la buena percepción de la salud, existen apreciables diferencias. Ciertamente, en todas las Comunidades Autónomas resulta mayoritario el porcentaje de personas que perciben su salud como buena o muy buena; no obstante, existen apreciables diferencias, que, en una consideración general para ambos sexos alcanzan desajustes de más de veinte puntos porcentuales, aunque si descartamos los extremos superior e inferior de la jerarquía (La Rioja y Galicia respectivamente) la horquilla reduce su amplitud a menos de la mitad. En cualquier caso, a parte de esa percepción mayoritaria y de los desajustes entre Comunidades, se pueden sacar algunas conclusiones claras. En primer lugar, la absoluta generalización espacial de uno de los rasgos ya apuntados en cuanto a la percepción de la salud, nos referimos a la desigual percepción de hombres y mujeres sobre esta cuestión.

Efectivamente, en todas y cada una de las Comunidades Autónomas se registran más que perceptibles diferencias. Así en los porcentajes de quienes perciben su salud como buena o muy buena se detecta un desajuste hombres-mujeres, que en el menor de los casos prácticamente alcanzan los cinco puntos porcentuales, mientras que en otros nueve dicha amplitud se sitúa más allá de los diez puntos. En el extremo contrario, es decir en la percepción de la salud como mala o muy mala, las discrepancias también son claras, con bastante mayor frecuencia las mujeres tienen esta percepción en la práctica totalidad de las Comunidades, aunque en este caso tenemos dos casos excepcionales: País Vasco, en el que no existe ninguna diferencia y La Rioja, donde ésta se da en sentido contrario al resto de las demarcaciones².

² No es nuestro objetivo dar explicación a estas excepciones ni siquiera debemos apuntar posibles causas, pues para ello habría que hacer un análisis mucho más detenido de la muestra y de los procesos e incidencias en la obtención de los datos, ya que parece difícil explicar que la realidad presente una excepcionalidad tan sorprendente.

Gráfico 2.1.2 Porcentaje de personas que perciben su estado de salud como malo o muy malo por CCAA, 2006



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Elaboración V. Niño.

Otra conclusión importante es que no se detecta una correlación clara entre niveles de envejecimiento y percepción de la salud. Así, vemos cómo, ciertamente, Comunidades ampliamente envejecidas, como Galicia o Asturias figuran en las últimas posiciones en cuanto a la percepción positiva de la salud o, a la inversa, entre las primeras en cuanto a percepción negativa. Pero no se cuentan entre las más envejecidas todas las que registran un carácter más negativo en este aspecto, sino que entre ellas se encuentran algunas con mayor grado de juventud, al menos en el contexto español. Así, Murcia, Comunidad Valenciana o Extremadura presentan porcentajes relativamente bajos en cuanto a la percepción buena o muy buena y, en el extremo contrario, también Murcia, la Comunidad Valenciana o Ceuta y Melilla, registraron, en términos relativos una alta frecuencia de respuestas en cuanto a percepción mala o muy mala.

En sentido inverso al que venimos describiendo, nuestra Comunidad Autónoma ejemplifica también esa falta de correlación envejecimiento-percepción de salud. Como vimos en el capítulo anterior, Castilla y León es la Comunidad Autónoma que registra unos porcentajes más elevados de población anciana y se encuentra entre las de mayor sobre-envejecimiento; en cambio, en ella los resultados de la Encuesta

Nacional de Salud se muestran sorprendentemente positivos, ya que, los porcentajes de percepción buena o muy buena se sitúan claramente por encima de la media nacional, ocupando, en una consideración conjunta para ambos sexos, la cuarta posición del *ranking* nacional. Por el contrario, las personas que emplean los calificativos de mala o muy mala para referirse a su salud representan porcentajes no sólo sensiblemente inferiores a los del conjunto español, sino a los de la mayor parte de las regiones, tan solo Castilla-La Mancha y La Rioja se sitúan por debajo de la nuestra en este aspecto. En consecuencia, podemos deducir que la saludabilidad de nuestros mayores resulta bastante aceptable, al menos dentro de las coordenadas en que se mueve el nuestro país, lo cual debe servir para “relajar” la atención sino todo lo contrario, debe servir de acicate para redoblar los esfuerzos encaminados a conseguir un envejecimiento saludable y para ello no es suficiente con constatar esta “aceptable” situación, sino que es necesario profundizar en algunos aspectos que inciden negativamente en el estado de salud de los mayores de Castilla y León, tales como la morbilidad y las causas de mortalidad.

2.1.2 Morbilidad

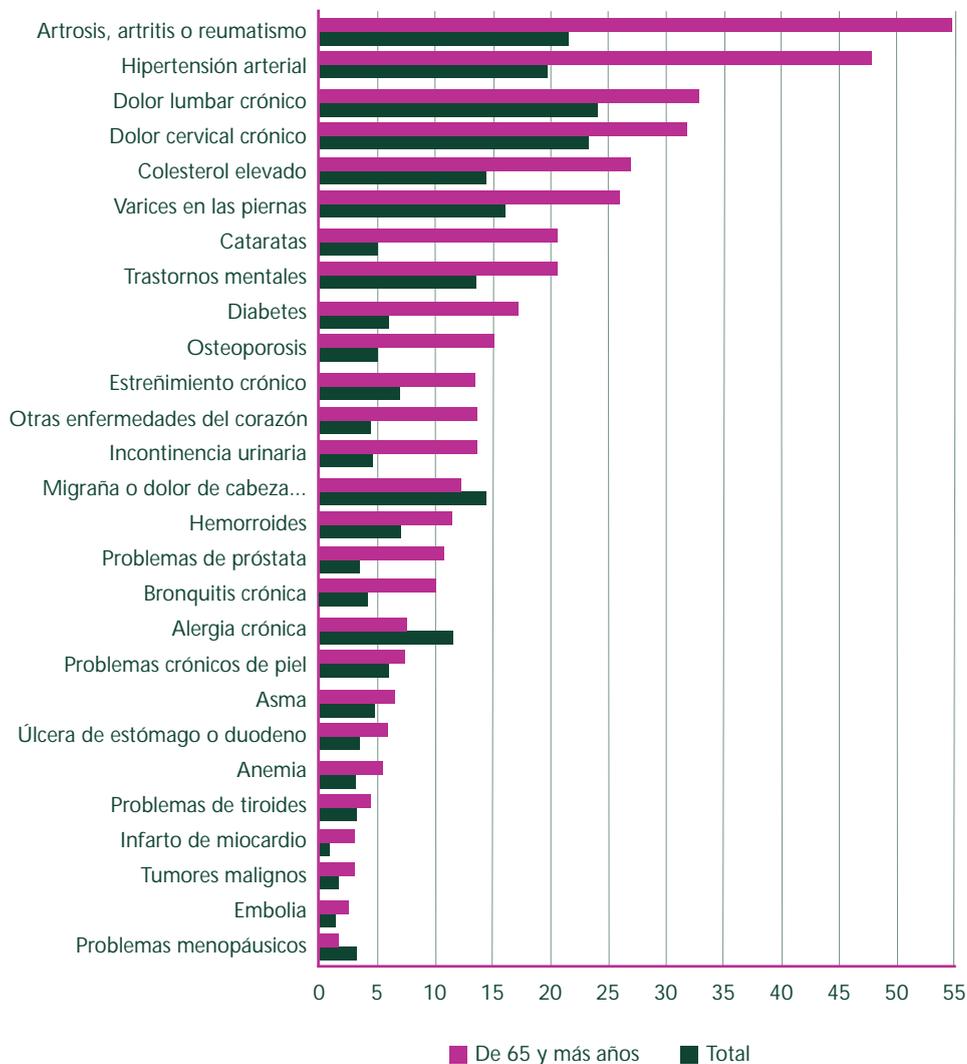
A medida que las personas envejecen, se producen cambios importantes en cuanto a las causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad, cobrando un especial protagonismo las enfermedades no transmisibles, siendo esta afirmación aplicable a todas las regiones del mundo, incluso para los países en vías de desarrollo (Tabla 2.1.3). En consecuencia, a tenor de la evolución demográfica, la carga atribuible a enfermedades no transmisibles va en aumento y representa actualmente casi la mitad de la carga mundial de morbilidad (para todas las edades).

Tabla 2.1.3 Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo

- Enfermedades cardiovasculares (como la cardiopatía coronaria).
- Hipertensión.
- Accidente cerebrovascular.
- Diabetes.
- Cáncer.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Enfermedades músculo esqueléticas (como la artritis y la osteoporosis).
- Enfermedades mentales (principalmente, demencia y depresión).
- Ceguera y alteraciones visuales.

Fuente: OMS, 1998.

Gráfico 2.1.3 Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en España.
Población de 16 años y Población de 65 y más años



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Elaboración V. Niño.

El envejecimiento de la población y los cambios en la distribución de los factores de riesgo han acelerado en muchos países en desarrollo la epidemia de enfermedades no transmisibles. En efecto, a través de los datos contenidos en la Encuesta Nacional de Salud, podemos constatar la enorme prevalencia de los problemas o enfermedades crónicas o de larga duración en nuestro país, especialmente entre la población mayor. Así, un primer vistazo a las cifras relativas manifiesta cómo los mayores registran, en el conjunto de toda esta morbilidad una afectación muy superior a la del conjunto de la población.

Así, los porcentajes de personas que declaran haber padecido alguno de los tipos de problemas o enfermedades mencionados a lo largo de los últimos doce meses arrojaba un total de 234%, lo que quiere decir que, como media, cada una de las personas encuestadas había manifestado, haber sufrido en el último año más de una afectación (2,34 como media). En cambio si de ese gran grupo de población mayor de 16 años nos fijamos únicamente en las personas mayores, podemos comprobar cómo la frecuencia de las afectaciones prácticamente se multiplica con dos, arrojando una suma total de 429, es decir, una media de más de cuatro afectaciones por persona. Frente a ello, el número de medio de afectaciones en el colectivo de 25 a 64 años se reduce a 2 y en el de 16 a 25 no llega ni siquiera a una. Tal como se refleja en el gráfico 2.1.3, las enfermedades o problemas que con mayor frecuencia se presentan en las personas mayores son la “ Artrosis, artritis o reumatismo”, que afectó a más de la mitad de la población mayor residente en España³, seguido de la Hipertensión Arterial (casi la mitad). Por su parte, la Hipercolesterolemia, los dolores crónicos de espalda (tanto cervicales como lumbares) o las varices afecta a entre un cuarto y un tercio de los mayores, revelándose también como muy significativas las cataratas, los trastornos mentales o la diabetes, que afectan aproximadamente a uno de cada cinco mayores en España. Por tanto, podemos, hacernos una idea de la directa relación que existe entre la estructura por edad de las poblaciones y las necesidades de atención médica vinculadas a esta morbilidad y, por tanto, de la urgencia de adoptar medidas encaminadas a lograr una vejez saludable.

El desglose de datos que aporta la Encuesta Nacional de Salud no permite hacer un comentario directo diferenciando la situación concreta de los mayores castellanos y con compararlo con el conjunto español. Tan solo se dispone de datos desglosados por Comunidades Autónomas para el conjunto de población mayor de 16 años. Lo esencial de esta información se ha resumido en el gráfico 2.1.4, que nos permite

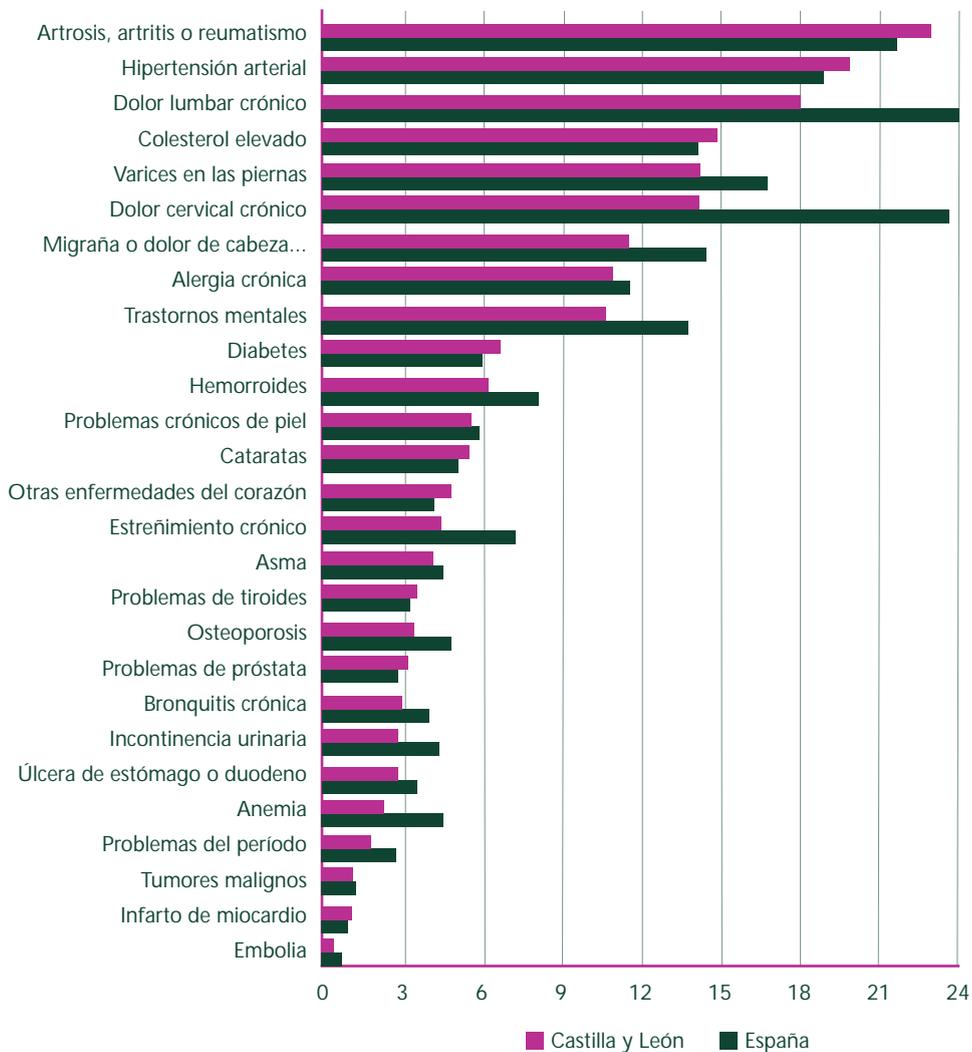
³ Recuérdese que la frecuencia de padecimiento que expresan los datos manejados es la presencia de afecciones en los últimos doce meses, lo que no quiere decir que el padecimiento sea en todos los casos permanente.

realizar algunas deducciones, interesantes. En primer lugar el relativamente buen estado de salud de nuestra población adulta y anciana en relación a este tipo de morbilidad, ya que aun siendo una región con un porcentaje de muy superior de población mayor, presenta una prevalencia de esta morbilidad más limitada, pues, mientras en toda España la prevalencia de este tipo de morbilidad en los mayores de 16 años, sumaba un 234% (una media de 2,3 afectaciones por encuestado) en Castilla y León dicha cifra se reduce a 2,01, es decir una cuantía inferior a la del grupo de 25 a 64 años.

Desde un punto de vista cualitativo, se puede constatar que son pocos los problemas o enfermedades en los que el porcentaje de afectados es mayor en Castilla y León que en España, concentrándose en las que, según los datos nacionales por grupos de edad se revelaban como más propias y específicas de la tercera edad. En efecto, tal extremo se puede constatar en los casos de "Artrrosis, artritis o reumatismo", "Hipertensión Arterial", "Hipercolesterolemia", "Diabetes" o "Cataratas", entre las de mayor prevalencia. Lo cual es lógico a tenor del mayor envejecimiento poblacional manifestado en capítulos anteriores. En cambio, aquellas enfermedades en que se presenta una mayor discrepancia en Castilla y León y España (con mucha mayor presencia en el conjunto nacional) son las lumbalgias, las varices u otros problemas intestinales. Estas aun siendo, como todas, más frecuentes entre los mayores no se muestran tan concentradas en la tercera edad.

En Castilla y León los trastornos crónicos más frecuentes diagnosticados por el médico familia en la población adulta y especialmente los mayores de 65 años, son la hipertensión arterial (en el 20,7% de las personas), la artrrosis, artritis o reumatismo (20,7%), la diabetes (6,2%), la hipercolesterolemia (15,9%), la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (13,8%), la alergia crónica (12,2%), el asma (5,5%) y la bronquitis crónica (4,8%). Estas enfermedades, esencialmente son enfermedades de la edad avanzada, resultan costosas para las personas, las familias y el sistema público. Pero muchas de ellas pueden prevenirse o retrasarse, y el no hacerlo producirá enormes costes humanos y sociales.

Gráfico 2.1.4 Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en Castilla y León y en España. Población mayor de 16 años



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Elaboración V. Niño.

Las investigaciones realizadas recientemente muestran cada vez más que los orígenes del riesgo de enfermedades crónicas, como la diabetes y las enfermedades cardíacas, comienzan en la primera infancia o incluso antes. Más tarde, este riesgo está determinado y modificado por factores, como la situación socioeconómica y las experiencias durante toda la vida. El riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles sigue aumentando a medida que las personas envejecen; ahora bien, no debemos olvidar que existen elementos de comportamiento, como el tabaquismo, la ausencia de actividad física, una dieta inadecuada u otros factores de riesgo establecidos para los adultos, que son los que colocarán a las personas en una situación de mucho mayor riesgo de desarrollar estas enfermedades en la ancianidad.

2.1.3 Mortalidad

En este momento las causas de muerte ya se vinculan ante todo, bien a causas indole degenerativa (enfermedades cardiovasculares y oncológicas, sobre todo), bien a otras ligadas a formas de vida y hábitos de comportamiento humano (mala nutrición, condiciones de trabajo, estrés, contaminación, la vida sedentaria, tabaquismo, accidentes de circulación, etc.). Desde hace algunas décadas las ganancias en la esperanza de vida se han trasladado desde los jóvenes hacia los ancianos. Igualmente, la evolución de enfermedades crónicas y degenerativas hacen que éstas se presenten en edades cada vez más avanzadas, haciendo que, al propio tiempo, se modifiquen las principales causas de muerte, de tal modo que en la cuarta etapa de la transición epidemiológica cobren un especial protagonismo las causas sociales o de comportamiento.

Las enfermedades del aparato circulatorio siguen siendo la principal causa de muerte tanto para la población en general, como entre las personas mayores. Dentro de este grupo hay que destacar las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de muerte entre los hombres menores de 74 años, y los accidentes cerebrovasculares como la primera causa de mortalidad entre las mujeres mayores de 65 años. En el año 2005, este tipo de afecciones, causaron en España 126.907 muertes (57.742 en varones y 69.165 en mujeres), lo que supone el 33% de todas las defunciones (el 29% en varones y el 37% en mujeres), con una tasa de mortalidad de 292 por 100.000 habitantes (270 en varones y 314 en mujeres). Esta situación se repite en nuestra Comunidad, siendo del mismo modo, la primera causa de mortalidad, pues fallecieron por este tipo de causas 8.686 personas de un total de 27.468, con un porcentaje para ambos sexos cercano al 32% (28,1% para los hombres y 35,5% para las mujeres). Los 2 principales componentes de las enfermedades del sistema circulatorio son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular, que, en conjunto, producen casi el 60% de la mortalidad cardiovascular total. En España, la enfermedad

isquémica del corazón es la que ocasiona un mayor número de muertes cardiovasculares (31%). Este porcentaje es mucho mayor en varones (38%) que en mujeres (25%), no siendo muy diferente la situación en nuestra Comunidad.

La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio ha mostrado una evolución descendente debido a diversos factores, atribuibles a la reducción de los factores de riesgo así como a la mejora en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Debido a este descenso, más brusco en las edades más jóvenes, la mortalidad por esta causa se ha concentrado en las edades más avanzadas, aunque también es perceptible la mejora de la situación en este colectivo, donde ha disminuido ligeramente esta mortalidad cardiovascular.

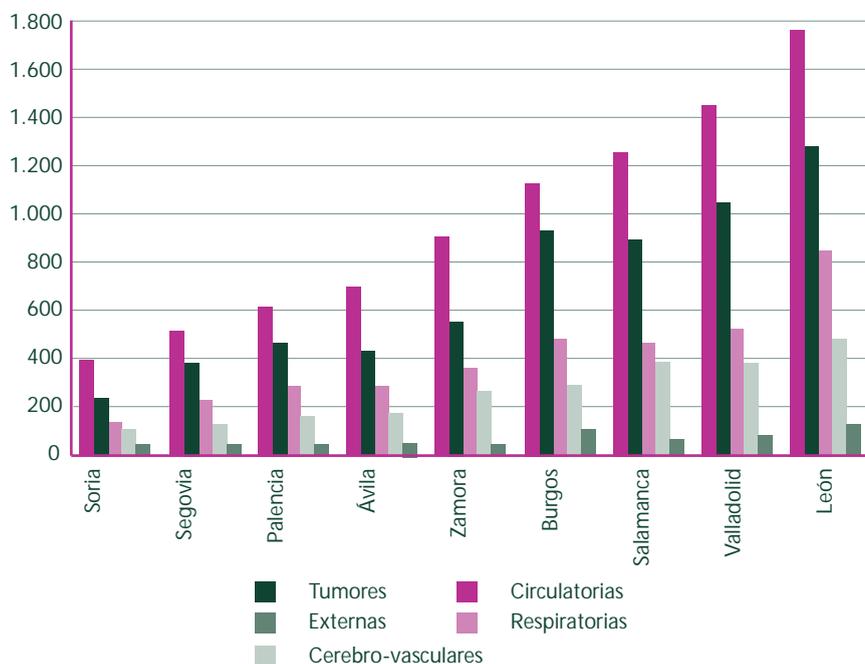
El cáncer va cobrando protagonismo creciente como causa de mortalidad frente a una disminución porcentual de las enfermedades cardiovasculares, este efecto, que se produce en todo el territorio nacional, se aprecia de igual modo en la población de edad avanzada de Castilla y León. Los tumores son la segunda causa de muerte por orden de importancia, para el conjunto de la población y también para los mayores. Este tipo de afecciones provocó en 2005 algo más de 100.000 defunciones en España, lo que representó prácticamente el 26% del total para ambos sexos, pero con una prevalencia mucho más acusada para hombres y mujeres. Para el caso concreto de Castilla y León, también este grupo ocupa el segundo lugar, pero, la incidencia relativa es algo mayor (el 27%). En cualquier caso, tanto en todo el país como en nuestra región la diferencia por sexos es muy acentuada, hasta el punto de que, para los varones, el de importancia de las causas de muerte se invierte, pasando a ser los tumores la primera y las enfermedades circulatorias la segunda, afirmación que es válida tanto para la población en general como para los mayores, que, en realidad son los que determinan el significado de las distintas causas, pues no debemos olvidar que más de las cuatro quintas partes de las defunciones corresponden a personas de la tercera edad (83% en España y 87% en Castilla y León). Dentro de este grupo el cáncer de pulmón en los hombres, el de mama en las mujeres, y el de intestino grueso en ambos sexos, son los que más han contribuido al aumento de la mortalidad por esta causa.

Le siguen en importancia, aunque ya distanciadas, las defunciones debidas a enfermedades del aparato respiratorio, que muestran también un cierto crecimiento durante los últimos años y en 2005 provocaron el 12,2% de las muertes en España y el 12,9% en Castilla y León. Aunque con una menor diferencia que en el caso de los tumores, esta causa de muerte se da con más intensidad relativa en los varones, debido a la gran incidencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que está muy relacionada con el consumo de tabaco.

Respecto a las enfermedades circulatorias y las oncológicas los expertos se muestran optimistas, previendo mejoras en los tratamientos y la prevención precoz,

especialmente de la mortalidad por causas oncológica. Con la mortalidad por casi todas las causas, concentrándose en las edades avanzadas, algunos de los principales riesgos actuales de muerte, como el cáncer de mama y de pulmón, presentan picos de mortalidad en edades entre 30 y 80 años. Por lo cual, las mejoras en la supervivencia a estas afecciones, mediante tratamientos más eficaces, así como un retraso en su aparición, por las medidas preventivas, supondrían importantes ganancias en esperanza de vida, concentrando la muerte cada vez más en las edades más avanzadas. En consecuencia, la edad media de defunción causada por enfermedad "crónica" se va incrementando, lo que significa una mayor capacidad supervivencia general en las enfermedades crónicas.

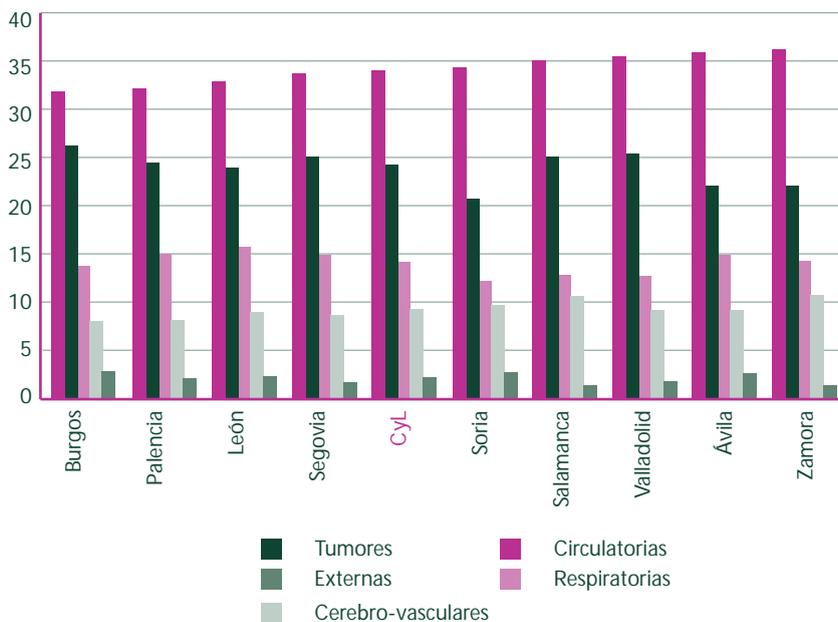
Gráfico 2.1.5 Defunciones de personas de 65 y más años según sus principales causas en las provincias de Castilla y León, 2005. Cifras absolutas



Fuente: INE. *Defunciones según causa de muerte*, 2005. Elaboración V. Niño.

Finalmente, hemos de señalar que, dentro de Castilla y León no se aprecian sustanciales diferencias en cuanto a la incidencia de unos u otros grupos de enfermedades en la mortalidad, tal como se ha reflejado en los Gráficos 2.1.5 y 2.1.6, en los que se recoge la incidencia de los principales grupos de causas, en las distintas provincias. En el primero de ellos, que representa cifras absolutas, muestra, una correlación lógica entre al cuantía de la población y el volumen total de defunciones por las distintas causas. En este sentido hay que realizar la salvedad, ya aludida en el primer capítulo del binomio León-Valladolid. Aunque la segunda cuenta con más población, ya se vio cómo los niveles de envejecimiento son muy superiores en la primera, por lo que no es de extrañar que el número total de muertes sea claramente más elevado. Igualmente, podemos observar que absolutamente en todas las provincias se mantiene la misma "jerarquía", en lo concerniente a la importancia de unas u otras causas.

Gráfico 2.1.6 Defunciones de personas de 65 y más años según sus principales causas en las provincias de Castilla y León, 2005. Porcentajes



Fuente: INE. *Defunciones según causa de muerte, 2005*. Elaboración V. Niño.

Por su parte, el segundo gráfico, que refleja lo mismo en valores porcentuales no sólo viene a ratificar esa misma jerarquía en las causas de muerte de los mayores, sino también que apenas existen diferencias reseñables en cuanto a la frecuencia de unas u otras causas dependiendo de las provincias. En todas ellas, las enfermedades cardiovasculares son las principales, con porcentajes que oscilan en la estrecha horquilla de 32 a 36 por 100, y dentro de ellas destacan las cerebro-vasculares, que adquieren una amplia significación, representando entre el 8 y el 11% del total según provincias. Oscilaciones también pequeñas presentan también las otras grandes causas de muerte entre nuestros mayores y no merece la pena entrar ahora en disquisiciones acerca de los elementos explicativos de esas pequeñas discrepancias. Más bien merece la pena resaltar esa coincidencia, que permite, en cierto modo, avalar la validez general de las acciones que puedan emprenderse de cara a retrasar la aparición y mejorar no sólo la supervivencia, general sino el nivel de bienestar general, de quien las padece.

En cualquier caso, no podemos perder de vista que prácticamente todas las causas que se erigen como principales responsables, no sólo del deterioro físico, sino también de la mortalidad de nuestros mayores, no sólo tienen una incidencia similar en todo el extensísimo territorio castellano y leonés, sino también comparten factores de riesgo, características etiológicas y consecuencias para la salud de las personas. Por ello resulta indudable que los logros derivados de fomentar el envejecimiento activo no deben plantearse como solución de última hora, sino como un proceso vital, permanente, cuyos frutos se dejarán sentir de forma generalizada en el espacio y en el tiempo, y se manifestarán no sólo en el bienestar de nuestros mayores, sino en el uso más racional y eficiente de nuestro sistema sanitario. En este contexto resulta, pues, ineludible el desarrollo de algunas consideraciones sobre el fomento de la salud entre nuestros mayores.

2.2 Promoción de la salud y bienestar en la vejez

La promoción de la salud considerada como el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo, permite a las personas controlarla y mejorarla, actuando sobre estilos de vida, factores personales o medioambientales que contribuyen a preservarla. Un principio inherente al enfoque de promoción de la salud es el implicar a toda la población en el contexto de su vida cotidiana, para ello es necesario que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las actividades emprendidas para modificar y actuar sobre los factores determinantes de la salud.

El envejecimiento activo, productivo, exitoso, satisfactorio, saludable son nuevos conceptos que forman parte del campo semántico que expresa en un término más común y sencillo envejecer bien. Según la Organización Mundial de la Salud es considerado un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Desde este punto de vista podemos incluir básicamente tres componentes de salud íntimamente relacionados (salud física, mental y social), que generan como resultados:

- Elevada capacidad funcional física
- Elevada capacidad cognitiva
- Mantenimiento activo en la sociedad
- Baja probabilidad de padecer enfermedades
- Baja probabilidad de padecer incapacidad

Los beneficios de las actividades de promoción de la salud dirigidas al conjunto de la población se manifiestan también entre las personas mayores para las que, no obstante, se deben tener en cuenta sus particularidades a la hora de diseñar y poner en práctica programas específicos, entre los que resultan prioritarios los dedicados a promover determinadas prácticas que, entre los mayores, presentan una clara tendencia a descuidarlas, como son la actividad física y la alimentación saludable, las cuales además de mejorar la salud, previenen diversas enfermedades. La participación activa en el propio autocuidado, es importante en todas las etapas del ciclo de la vida. Uno de los mitos sobre el envejecimiento, gira en torno a la idea de que, en la vejez, es ya demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Es todo lo contrario: implicarse en una actividad física adecuada, tener una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y de los medicamentos en el proceso de envejecimiento, puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida.

2.2.1 Promoción de la actividad física

Los efectos beneficiosos del ejercicio regular están bien documentados y hacen que constituya la acción que presenta un mayor soporte de evidencia en relación directa entre su práctica y la promoción del envejecimiento activo saludable. Debemos de ser capaces de controlar su aplicación y cumplimiento, así como conocer las estrategias más efectivas y viables, para hacer de ello una realidad cotidiana entre la mayor parte de la población. La OMS estima que la falta de actividad física, conjuntamente con dietas inapropiadas y uso de tabaco, causa la mayoría de las enfermedades coronarias prematuras y aumenta el riesgo de diferentes cánceres, diabetes, presión arterial elevada, dislipidemias, osteoporosis, depresión y ansiedad. La investigación

epidemiológica ha demostrado efectos protectores de diversa consistencia entre la actividad física y el riesgo de presentar estas enfermedades crónicas.

Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física presentan menores tasas de mortalidad que sus homónimos sedentarios, así como una mayor longevidad. Pero, además, las personas que en cualquier momento de su vida abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente o aumentan su forma física, reducen de manera significativa sus tasas de mortalidad. Ello, evidentemente, se traduce en una mayor sensación de bienestar y salud, un menor uso de los servicios sanitarios y una percepción positiva en cuanto al grado de autonomía y capacidad personal; en definitiva, ayuda de forma incuestionable a alcanzar una buena parte de los objetivos implícitos en el amplio término de envejecimiento activo.

La frecuencia del sedentarismo aumenta con la edad. También se producen diferencias entre las diversas Comunidades Autónomas, con una prevalencia de sedentarismo durante la actividad ocupacional que oscila desde el 49,3% y el 37,1% de Madrid y Aragón, respectivamente, hasta el 20,9% de la Rioja, mientras que la inactividad física durante el tiempo libre también cambia entre las distintas Comunidades.

El deseable incremento en el grado de actividad física puede llevarse a cabo de 2 formas:

- Procurando acumular 30 minutos o más de actividad física moderada-intensa en la mayoría de los días de la semana, mediante la incorporación de más actividad habitual en la práctica diaria con modalidades como subir escaleras, trabajos caseros o de jardinería, baile o caminar parte o todo el trayecto de ida y vuelta al trabajo.
- Realizando algún ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, con una frecuencia mínima de 3 veces no consecutivas por semana, una duración mínima de cada sesión de 40-60 minutos, dependiendo del tipo de ejercicio o deporte, y a una intensidad que produzca una frecuencia cardíaca del 60-85% de la máxima teórica.

Aumentar la actividad física después de los 60 años tiene un impacto positivo notable sobre estas condiciones y sobre el bienestar general. Las personas mayores deberían realizar, además, 2 ó 3 sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad y fuerza/resistencia muscular para paliar los efectos del envejecimiento sobre el aparato locomotor, que les conducen a un mayor riesgo de caídas y a la incapacidad para el autocuidado y al encajamiento precoz. Se ha comprobado que, cuando se practican habitualmente, los ejercicios que trabajan la fuerza y la resistencia muscular, la flexibilidad y **mejoran** el equilibrio y la marcha, asociados con un programa

de paseos, son los más adecuados. La reducción de caídas es del 14-27%. Las actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, realizar labores domésticas de relativa intensidad, o montar bicicleta, entre otras muchas, permiten hacer disminuir la tendencia hacia una progresiva inactividad y, por tanto abatir los perjuicios de una vida sedentaria.

Los ejercicios realizados en grupo de una manera estandarizada no son efectivos para las personas mayores, mientras que los ejercicios personalizados, adaptados a las cualidades concretas de cada persona, propuestos y controlados por un profesional cualificado y realizados individualmente en el domicilio sí que lo son. Diversas instituciones de prestigio, entre ellas, la *US Preventive Services Task Force*, así como la OMS también recomiendan estos tipos de ejercicio físico.

El fomento de la actividad física entre los mayores, en tanto elemento ineludible para conseguir un envejecimiento activo, debe descansar en tres tipos de intervenciones:

- **Intervenciones asistenciales.** Los profesionales de la salud en Castilla y León tienen en la promoción de la actividad física un nuevo frente de batalla. La intensidad y frecuencia de uso que los mayores hacen del sistema de salud castellano y leonés determina que el personal sanitario, en especial de atención primaria, tenga un gran potencial para desempeñar un papel de primer orden en la promoción de la actividad física regular. En efecto, las diferentes modalidades de consulta permitirán proporcionar los consejos y el adiestramiento adecuado para que nuestros mayores tomen conciencia de que es tan necesario seguir los consejos sobre actividad física como tomar los medicamentos prescritos. Aparte de las actuaciones de fisioterapia y rehabilitación, resulta ineludible el fomento de las actividades preventivas relacionadas con los factores de riesgo (hipertensión arterial u obesidad), así como con diferentes enfermedades (diabetes y cardiopatía isquémica) o trastornos (estreñimiento crónico). Esta “educación para la salud” sobre el ejercicio físico, dirigida a las personas mayores puede y debe ser, tanto individualizada como colectiva, pero siempre en consonancia con sus capacidades. Ahora bien, para que fructifique un nuevo paradigma de salud, que haga de la actividad física una necesidad, es preciso cambiar los ambientes que promueven la inactividad, como la inseguridad en nuestras ciudades, la falta de espacios de recreación la ausencia de promoción de salud en escuelas y puestos de trabajo, que deben ser tenido en cuenta dentro del segundo tipo de intervenciones que vamos a considerar.
- **Intervenciones sociales.** Es necesario, al mismo tiempo, llevar a cabo actuaciones que modifiquen el entorno en el que se mueven nuestros mayores, con el fin de conseguir entornos que minimicen las limitaciones para el desarrollo

de la actividad física. En este sentido, conviene organizar las vías públicas de forma que se conviertan en espacios donde se pueda pasear agradablemente. Para ello conviene trazar aceras amplias y separadas de los carriles para bicicletas así como establecer zonas de paso seguras, con semáforos que concedan tiempo suficiente para cruzar. Igualmente, resulta de todo punto necesaria la creación y/o acondicionamiento de espacios al aire libre para la práctica del ejercicio físico (taichi, juegos tradicionales, etc.).

- **Intervención comunitaria.** Obviamente, el diseño y evaluación de las diferentes actividades no debe realizarse al margen de los afectados, por ello resulta en extremo conveniente elaborar proyectos de investigación comunitaria en los que participen conjuntamente las asociaciones vecinales, los colectivos de personas mayores y los responsables de salud pública y atención primaria.

2.2.2 Fomentar una alimentación saludable

En este aspecto concreto relacionado con el envejecimiento saludable, nuestro ámbito cuenta con una “cultura gastronómica” que al menos nos aproxima a la llamada *dieta mediterránea*, facilitando, en parte, la labor en este campo. Según las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), el término alimentación mediterránea se refiere a los patrones tradicionales de alimentación propia de los países mediterráneos hace aproximadamente 50 años. Aunque hay distintas variedades, los componentes principales de esta alimentación son:

- Un elevado consumo de cereales, frutas, verduras, frutos secos y legumbres.
- El aceite de oliva como fuente principal de la grasa.
- Un consumo moderado de pescado, pollo, leche y productos lácteos (queso y yogur).
- Bajo consumo de carne y productos cárnicos.
- Un alto grado de actividad física y el consumo diario de vino.

Tanto para la población en general, como para los mayores en particular las intervenciones dietéticas, para ser realmente efectivas deben estructurarse en cinco pasos:

- Averiguar las prácticas dietéticas y los factores de riesgo relacionados.
- aconsejar el cambio de las prácticas dietéticas no saludables.
- acordar los objetivos individuales del cambio dietético.
- Ayudar a cambiar las prácticas dietéticas o a afrontar las barreras motivacionales.
- Asegurar un seguimiento y apoyo regular o derivar a un recurso más intensivo.

El consejo sobre una alimentación saludable debe formar parte de las actividades cotidianas en medicina de familia y enfermería, deben llevarse a cabo de forma regular. Los consejos deben ser, ante todo, comprensibles, pues la mayoría de los pacientes desconocen las características de la alimentación saludable. Pueden proporcionarse de forma individualizada o en grupos. Los profesionales de Atención Primaria deben estar formados para proporcionar consejos dietéticos específicamente orientados a los mayores, con conocimientos exhaustivos y actualizados sobre alimentación, de manera que puedan transmitir, a este colectivo (así como a otros) unas recomendaciones dietéticas claras y comprensibles. De este modo al lado de la labor más específicamente médica, deberán desarrollar, en cierto modo, una “labor educativa” en este aspecto.

Las características más importantes de una dieta sana, tanto para el conjunto de la población como, especialmente, para los mayores, las podríamos resumir en:

- Un alto consumo de verduras, legumbres, frutas, frutos secos y cereales integrales.
- Una alta ingesta de aceite de oliva utilizada tanto para cocinar como para aliñar los alimentos.
- Una baja ingesta de grasas saturadas.
- Un moderado consumo de pescado.
- Una entre baja y moderada ingesta de productos lácteos (principalmente en forma de queso y yogurt).
- Una baja ingesta de carne y productos cárnicos procesados.
- Una regular pero moderada ingesta de vino.
- Un bajo consumo de cremas, mantequilla y margarina.
- Un alto consumo de ajo, cebolla y especias.

Los resultados de varios estudios de cohorte han destacado los beneficios de esta dieta o de algunos de sus componentes sobre la mortalidad, principalmente por causa cardiovascular. La dieta mediterránea podría proteger de la enfermedad cardiovascular a través de otros mecanismos, entre los que cabe destacar: una mejora en el perfil lipídico y en la presión arterial (Estruch, 2006), un aumento en la sensibilidad a la insulina (Estruch, 2006) o una mejora en la función endotelial. Actualmente el patrón de alimentación tradicional mediterráneo ha sufrido cambios importantes acercándose este modelo al de los países del norte. Uno de los mayores cambios que se han producido ha sido el de la disminución progresiva del porcentaje de energía aportado por los carbohidratos y el incremento de la energía aportado por la grasa, especialmente de origen animal.

Un objetivo debe ser el concienciar a la población mayor de que con la adecuada orientación, cualquiera es capaz de adquirir y desarrollar por sí mismo hábitos die-

téticos saludables que permitan convertir la actividad cotidiana de comer en algo no sólo placentero, sino también altamente saludable, contribuyendo así a mejorar la salud y el bienestar de la población mayor. Nada más elemental, más personal y más satisfactorio que potenciar la propia salud a través de la elección consciente de las propias comidas; éste es pues el ejemplo más inmediato y evidente de que los hábitos de vida son el primer paso para mejorar las condiciones de salud.

2.2.3 Fomentar la asistencia y cubrir las necesidades relacionadas con la salud mental

Los trastornos mentales en conjunto, constituyen en Europa la causa más frecuente de carga de enfermedad para el entorno del paciente, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida, es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Si en lugar de fijarnos en “grupos de causas” nos fijamos en causas más concretas constataremos que la depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebro vascular, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.

La promoción de la salud mental tiene como objetivos proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social y crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, así como potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas. Las decisiones implican a los individuos en el proceso de conseguir una salud mental positiva, de mejorar la calidad de vida. El mantenimiento de la capacidad mental y el aprendizaje son dos elementos fundamentales en la salud mental. Cuanto más desarrolladas y activas se tengan las facultades cognitivas y, en general, las facultades mentales, mayor retardo conseguiremos en la aparición e implantación de condiciones limitativas serias en las personas de edad.

La Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León, aprobada por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, incluye en la línea estratégica de asistencia psiquiátrica una mejora de la accesibilidad y el desarrollo de programas específicos, como la implementación de un programa de psiquiatría que incluya la atención a los problemas crónicos más frecuentes en personas mayores, el apoyo sanitario en centros residenciales y de día de carácter social y actuaciones respecto de las personas con enfermedad mental grave y prolongada que envejecen.

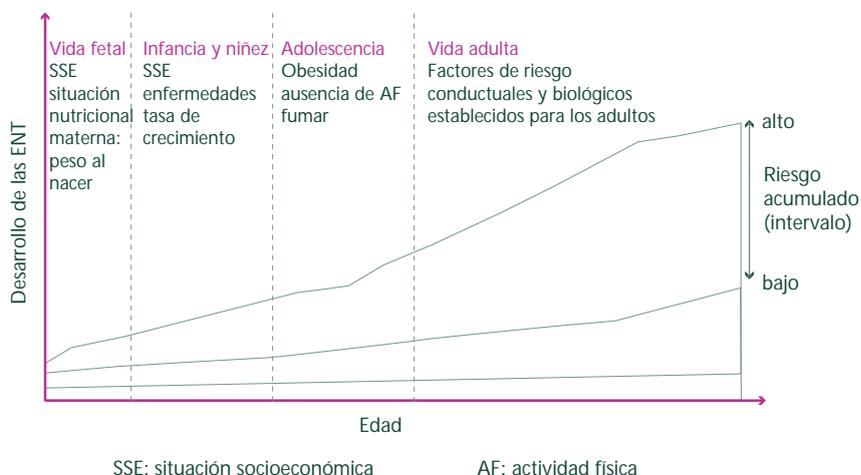
Uno de los objetivos centrales es proporcionar servicios globales de salud mental para las personas que están envejeciendo, que abarquen desde la promoción de la salud mental a los servicios de tratamiento para la enfermedad mental, la rehabilitación y la

reintegración en la comunidad, cuando sea necesario. En este sentido, se debe prestar especial atención al aumento de la depresión y a las tendencias suicidas debidas a pérdidas de facultades mentales y al aislamiento social. Del mismo modo, es clave proporcionar asistencia de calidad a las personas mayores con demencia y otros problemas neurológicos y cognoscitivos en sus hogares y en instalaciones residenciales, cuando sea apropiado, así como, prestar especial atención a las personas que están envejeciendo con discapacidades intelectuales de larga duración.

2.3 Prevención de las enfermedades en la vejez

La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. La prevención se refiere tanto a la prevención «primaria» (por ejemplo, evitar el tabaquismo) como a la prevención secundaria (por ejemplo, la detección selectiva precoz de las enfermedades crónicas), o a la prevención «terciaria», por ejemplo, el tratamiento clínico apropiado de las enfermedades. Todo esto contribuye a reducir el riesgo de discapacidades. Aunque se realicen los mejores esfuerzos en promover la salud y prevenir las enfermedades, las personas se ven expuestas a un riesgo creciente de desarrollar enfermedades a medida que envejecen, tal como se expresa en el gráfico 2.3.1.

Gráfico 2.3.1 Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde un enfoque del ciclo vital



Fuente: Tomado de Aboderin y col., 2002.

Para incrementar el efecto beneficioso en el anciano, será imprescindible individualizar la prevención centrando el esfuerzo y recursos a aquellas actividades que más probablemente puedan prevenir la morbilidad, mortalidad y situaciones de dependencia, y siempre teniendo en cuenta el estado funcional de la persona mayor. Hay que tener en cuenta que el objetivo de las actividades de prevención en los mayores es el aumento de la expectativa de vida activa o libre de incapacidad, es decir, prevenir el deterioro funcional y cuando éste se ha producido, recuperar el nivel funcional previo con el objetivo de que la persona mayor pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible. La valoración funcional se considera prioritaria por ser un buen predictor de morbi-mortalidad y del consumo de recursos asistenciales y uno de los mejores indicadores del estado de salud. Aun cuando casi siempre se alude a ellas como un conjunto genérico, las personas mayores presentan un alto grado de heterogeneidad y, en consecuencia, se deberá decidir la realización de las actividades en función del beneficio individual, marcado por la expectativa de vida y no tanto por la edad del individuo.

Uno de los primeros autores que se ocupa del envejecimiento activo es Fries. En sus planteamientos este autor parte del establecimiento de las condiciones y los factores biomédicos modificables y no modificables que ocurren a lo largo de la vejez. Desde la perspectiva médica, de la que parte Fries, y con base en la observación inequívoca de que la edad estaría relacionada fuertemente con la enfermedad, establece cuáles son las condiciones patológicas fatales y no fatales de mayor incidencia y prevalencia en la vejez. Entre las enfermedades fatales, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las causas más frecuentes de morbi-mortalidad en la vejez. Por otro lado, las enfermedades calificadas de no fatales de mayor probabilidad en la vejez son las enfermedades osteoarticulares y de espalda, como la artritis y artrosis, y las de los sistemas endocrinos como la diabetes, lo cual coincide, en líneas generales con lo enunciado al analizar los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

Pero lo más importante del trabajo de Fries no es el listado de aquellas enfermedades (fatales y no fatales) sino su énfasis en cómo prevenirlas y, sobre todo, en cómo promover la salud, es decir, como implantar factores protectores comportamentales, como los llamados estilos de vida o hábitos saludables que influyen, incluso subclínicamente (p. ej., no fumar previene el cáncer de pulmón) en la aparición (o no) de la enfermedad y de la discapacidad asociada.

Existen enfermedades de alta prevalencia en la vejez que cuentan con factores protectores y/o de riesgo comporta mental, ya que éstos dependen de los estilos de vida o los hábitos saludables. No es el momento de abordar el amplio ámbito de la medicina comportamental o la psicología de la salud en sus aspectos promocionales o preventivos; lo más importante aquí es establecer las áreas sobre las que se debería actuar para promocionar la salud, y prevenir la enfermedad y la discapacidad en la tercera edad.

2.3.1 Las recomendaciones para la prevención de enfermedades en la vejez

Los factores de riesgo sirven de indicadores del estado de salud futuro, y cinco de las 10 principales amenazas mundiales guardan relación con enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo de alcohol, la hipercolesterolemia, la obesidad o el sobrepeso. Esto forma parte de la llamada «doble carga», una transición epidemiológica sobradamente documentada, dentro de la cual la aparición de todas estas enfermedades no transmisibles, con una serie de factores de riesgo compartidos, viene a sumarse a la persistente amenaza de las enfermedades transmisibles. En consecuencia, se precisan ahora sistemas de salud capaces de ofrecer una respuesta integral al conjunto de las enfermedades comunes, con independencia de su origen.

Son varias las asociaciones y entidades científicas que elaboran y categorizan recomendaciones preventivas; entre ellas cabe destacar desde que se creó en 1979 la *Canadian Task Force on Preventive e Health Care*, la *US Preventive Service Task Force*, que se creó en 1984, y otras como *United States Preventive Service Task Force*, *American Heart Association*, *American Academy of Family Physicians*, *American Medical Association*, *American Geriatrics Society*, *American College of Physicians*, *American Diabetes Association*, o la *American Cancer Society*. En España nació en diciembre de 1988 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

En esa fecha tuvo lugar a cabo la Primera Reunión Estatal sobre Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria. En esta reunión participaron médicos de familia, pediatras, enfermeras y técnicos de salud pública de toda España. A partir de 1995, empieza elaborar las primeras recomendaciones el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. En la tabla 2.3.1 se recogen las recomendaciones de actividades preventivas, tanto para las comunes a edades previas como las específicas para personas mayores.

Tabla 2.3.1 Recomendaciones de actividades preventivas

I. Actividades comunes a edades previas		
I.a Actividades de promoción de la salud y prevención primaria		
Actividad	Recomendación	Grado de recomendación (1)
Tabaquismo	Investigar, ofertar consejo y ayuda cada dos años si es fumador. Intervención sobre los que quieren dejar de fumar. El consejo médico, el de enfermería y la terapia intensiva individual o grupal han demostrado su eficacia.	A
Consumo de alcohol	Preguntar el consumo, cuantificación y consejo de cese periódico. Estar alerta ante signos de abuso y síntomas.	B
Prevención de accidentes	Utilización del cinturón de seguridad y evitar riesgo de alcohol en la conducción, evitar riesgos ambientales para evitar caídas.	B
Presión arterial	Toma de presión arterial cada 1-2 años y si pertenece algún grupo de riesgo de hará de forma oportunista.	A
Colesterol	Si los valores son normales, determinación cada 5-6 años. Entre 65 y 75 años si hay factor de riesgo (diabetes, tabaco, hipertensión) hacer determinación.	A
Actividad física	Ejercicio físico regular, aeróbico y de resistencia, entrenamiento de la fuerza muscular y el equilibrio, adecuado a las características de los individuos.	A
Nutrición	Indicar una alimentación saludable, centrar los esfuerzos en dislipemias y otros factores cardiovasculares.	B
Vacuna de la gripe > 65 a.	Vacunación sistemática.	A
Vacuna tétanos-difteria	Primovacunación si no se ha vacunado previamente. Dosis de recuerdo cada 10 años.	A
Vacuna anti-neumocócica > 65 años	Vacunación al menos un vez, si pertenecen a grupo de riesgo (institucionalizados, enfermedades metabólicas, cardiovasculares...) revacunar cada 6 años.	B/C
I.b Actividades prevención secundaria y terciaria		
Cáncer de cervix > 65-70 años	No realizar o aumentar la periodicidad de las citologías si se ha hecho regularmente en edades anteriores y estas han sido normales. Si el cribado cesa en > 65 años, los factores de riesgo deberán ser evaluados anualmente y reiniciar éste si alguno se hace presente y la paciente goza de buena salud.	C
Cáncer de mama	Mamografía cada dos años, en la Comunidad de Castilla y León entre 45 años hasta los 70 años.	B
Cáncer de endometrio	Advertir que consulten si presentan sangrado vaginal.	C
Hormona estimulante del tiroides	No realizar un cribado universal, si sobre grupos determinados, como las mujeres > 50 años, o personas con posibles síntomas.	C

Continúa

Continuación

II. Actividades específicas de personas mayores, síndromes geriátricos

Trastornos de movilidad y equilibrio	Despistaje si la edad es > 75 años o toma más de cuatro fármacos (especialmente psicoactivos o antihipertensivos).	C
Caidas	Practicar ejercicio físico, especialmente el entrenamiento del equilibrio y el fortalecimiento muscular. Proporcionar consejos a los cuidadores y personas mayores sobre la aceptación de medidas para reducir el riesgo de caídas. Usar protectores de cadera en personas mayores frágiles con alto riesgo de caídas. Realizar una intervención multifactorial y multidisciplinaria intensiva, individualizada y domiciliaria en ancianos con alto riesgo de caídas (> 75 años, antecedentes de caídas, polifarmacia, consumo de hipnóticos, antihipertensivos, inestabilidad, deterioro cognitivo).	A/B
Alteraciones visuales	Efectuar un examen completo de la vista por parte de un oftalmólogo una vez al año en pacientes diabéticos y aquellos que presenten una presión intraocular elevada o antecedentes familiares de glaucoma.	B
Incontinencia urinaria	Investigar sobre la presencia de pérdidas de orina para la detección de incontinencia, así como su estudio básico.	C
Hipoacusia	Preguntar sobre la dificultad en la audición, y si es preciso aconsejar el uso de audífonos.	B
Malnutrición	Identificar a las personas mayores con factores de riesgo para consejo y modificación de dichos factores. Realizar la medición periódica de peso y talla: una pérdida de peso significativa es un indicador de sospecha.	C
Polimedicación	Formar a los profesionales sanitarios, en el uso adecuado de los medicamentos, la educación sanitaria de los pacientes, revisión periódica de los medicamentos consumidos, utilización de sistemas informáticos y de hojas de perfiles de prescripción.	C
Maltrato en la persona mayor	Se recomienda preguntar sistemáticamente acerca del maltrato familiar y mantenerse alerta en los sucesivos contactos.	C
Valoración geriátrica integral	Todas las persona mayores frágiles examinados por el personal sanitario por primera vez, se les realizarán en seis meses una valoración geriátrica integral, al objeto de mejorar los resultados en salud.	A

(1) Leyenda para el grado de recomendación:

- A. Recomendación basada en evidencia consistente, soportada en metanálisis, ensayos clínicos, o estudios de cohortes prospectivos de buena calidad.
- B. Recomendación basada en evidencia inconsistente, aunque a veces suficiente para soportar la recomendación, derivada de metanálisis, ensayos clínicos o estudios de cohortes de baja calidad, o estudios de casos y controles.
- C. Pobre evidencia para la recomendación, basada en consensos, práctica habitual, opinión o series de casos para el estudio de diagnósticos, tratamientos, prevención o cribado.

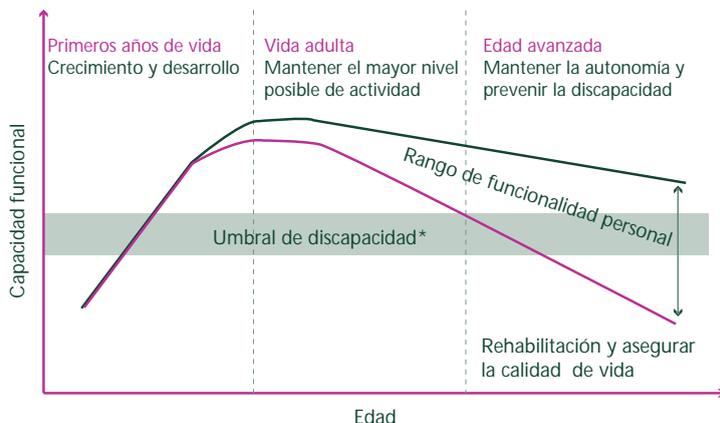
2.3.2 Disminuir los factores que aumentan el riesgo de sufrir dependencia y maltrato

En un primer grupo de consideraciones haremos alusión a las referidas a la **Dependencia**, respecto a lo que cabe apuntar que, en una visión de conjunto, la capacidad de las personas mayores es relativamente amplia, como se puede comprobar a través de la Encuesta Nacional de Salud, que, a través de algunas de sus preguntas, investiga el mantenimiento de las capacidades para el desarrollo de actividades de la vida diaria sin necesidad de ayuda. En este sentido, el 65,6% de la población de 65 y más años se declara capaz de realizar las ocho actividades relacionadas con el cuidado personal (74,4% de los hombres y 59,1% de las mujeres). Un 61,4% afirma que puede realizar las 13 actividades relacionadas con las labores domésticas (67,1% de los hombres y 57,2% de las mujeres) y un 68,6% se considera capaz de realizar las seis actividades relacionadas con la movilidad (77,5% de los hombres y 62,0% de las mujeres).

No obstante, esas mismas cifras revelan un apreciable grado de pérdida de autonomía personal, cuya principal consecuencia es la necesidad del individuo de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él, es decir, la dependencia de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Una trayectoria a través del ciclo vital, que aparece perfectamente reflejada en el gráfico 2.3.2.

Según los datos de la fuente antes mencionada, nuestra Comunidad goza de una situación claramente mejor que el conjunto nacional, pues, tal como se expresa en el gráfico 2.3.3., las personas mayores sin ninguna dependencia funcional son porcentualmente más numerosas en nuestra región, 66% entre los hombres y 62% entre las mujeres, cuando dichos valores son para el conjunto español de 60 y 45 por cien respectivamente. Un desajuste especialmente acusado en el caso femenino, donde se alcanzan más de 17 puntos porcentuales, reduciéndose a algo menos de seis en el caso de los varones. No deja de ser altamente significativo que incluso las mujeres castellanas y leonesas registren una mayor autonomía los varones en el conjunto de España. Esa mejor situación se percibe en todos y cada uno de los tipos de dependencia considerados, pues en ningún caso su prevalencia es mayor en Castilla y León que en el conjunto nacional, volviendo a destacarse con nitidez esa ventaja comparativa de las mujeres castellanas y leonesas, para quienes el porcentaje de dependientes es, cuando menos, doce puntos inferior al registrado para España por el mismo motivo.

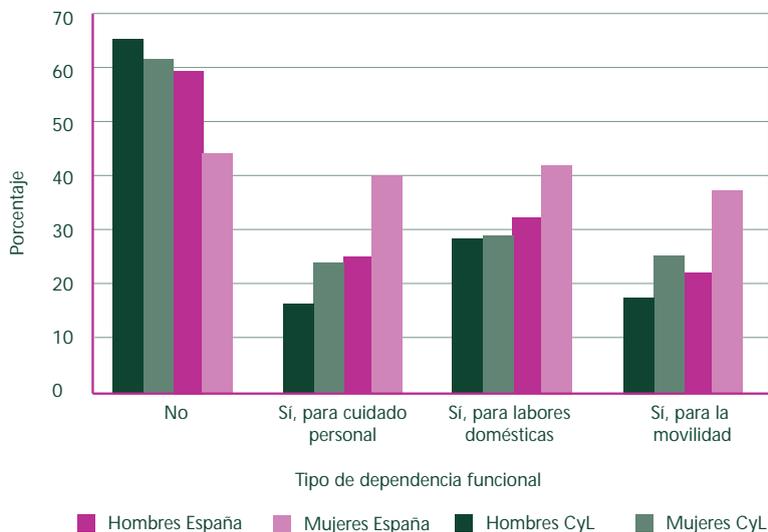
Gráfico 2.3.2 Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital



* Los cambios en el entorno pueden reducir el umbral de discapacidad, disminuyendo así el número de personas con discapacidad en una comunidad. La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta y con factores externos y medioambientales. La pendiente del declive puede llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. Sin embargo, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible a cualquier edad mediante medidas tanto individuales como de salud pública.

Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997.

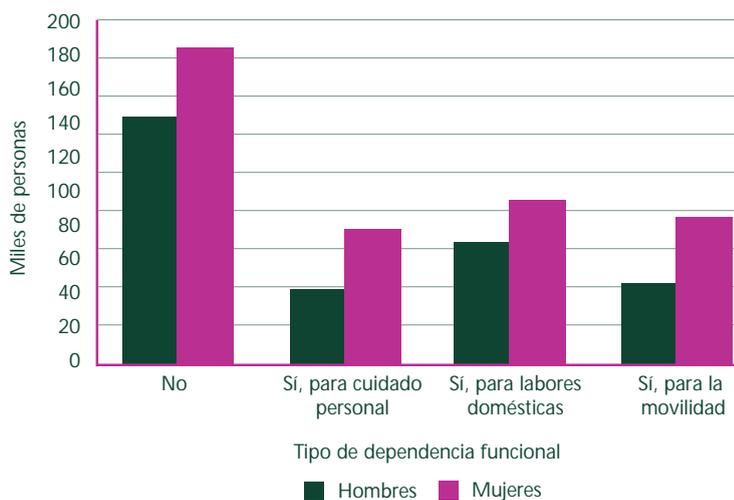
Gráfico 2.3.3 Dependencia funcional de la población mayor de 65 años, en España y Castilla y León



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud, 2006. Elaboración V. Niño.

Lo dicho anteriormente nos muestra las tremendas diferencias por sexo en cuanto a las situaciones de dependencia y sus tipos en nuestra Comunidad Autónoma. En efecto, el análisis de los datos nos muestra cómo, las limitaciones de autonomía descansan mayoritariamente en un rasgo muy significativo del colectivo de mayores, que es su feminización. La mayor cuantía de las féminas, determina que, en cifras absolutas ellas formen el colectivo mayoritario bajo cualquier consideración que podamos hacer. Las mayores 65 años con plena autonomía son más numerosas que los varones (188.500 frente a 153.000)⁴, lo cual tiene su importancia en el sentido de poder constituirse, como de hecho ocurre, en cuidadoras. Ahora bien, no debemos olvidar que también protagonizan en mayor cuantía que los hombres los casos de limitación o pérdida de autonomía, en cualquiera de los tres tipos de dependencia considerados (Gráfico 2.3.4). De este modo, si volvemos sobre el gráfico 2.3.3 podemos constatar cómo a su mayor número, viene a sumarse un menor porcentaje de casos en que se mantiene la autonomía y, por contra, una mayor prevalencia de la dependencia para cualquiera de las tres funciones consideradas⁵. Una diferencia por sexos que se revela, tanto a escala nacional como de Castilla y León.

Gráfico 2.3.4 Dependencia funcional de los mayores en Castilla y León



Fuente: INE. *Encuesta Nacional de Salud, 2006*. Elaboración V. Niño.

⁴ Todas las afirmaciones que hacemos sobre este particular se basan en los datos aportados por el INE en la *Encuesta Nacional de Salud, 2006*.

⁵ Sólo se registra un mayor equilibrio entre hombres y mujeres en la dependencia funcional para realizar labores domésticas, lo que viene a revelar también una cierta "componente cultural" en la percepción de la dependencia.

Depender por tanto de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, se erige en la principal preocupación, en causa fundamental de sufrimiento y, por ende, en elemento conducente a una merma en la calidad de vida en relación con la salud durante cualquier etapa de la vida de nuestros mayores, incluso en sus años finales. Ellos, como la práctica totalidad de la población, recibe asistencia sanitaria gratuita, en la inmensa mayoría de los casos pública⁶, en nuestra Comunidad a través de Sacyl. Un derecho que, si bien es independiente de la edad, debe materializarse de forma algo diferenciada para el colectivo que nos ocupa, pues presenta algunas peculiaridades en su forma de enfermar, introduciéndose, en consecuencia, una cierta diferenciación respecto a otros grupos poblacionales en lo que se refiere a los procesos de diagnóstico, asistencia y tratamiento. Entre esas peculiaridades cabe destacar las siguientes:

- Padecer enfermedades específicas relacionadas. Determinados problemas de salud como los derivados de la patología cardiovascular (accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), neurológicos (enfermedad de Alzheimer y otras demencias), órganos de los sentidos (cataratas, sordera), son mucho más prevalentes en este grupo de edad.
- Presencia de pluripatología: Varias enfermedades y sus efectos, se suman en una misma persona.
- Las enfermedades adquieren modos de presentación diferente con manifestaciones atípicas e inespecíficas y patrones evolutivos peculiares con tendencia frecuente hacia la incapacidad y dependencia.
- Deterioro más rápido y recuperación más lenta, con importancia del proceso rehabilitador cuando hay ausencia de tratamiento o éste es tardío.
- Repercusión en diferentes aspectos de la persona: induciendo problemas en las esferas funcional, mental y social.
- Adaptaciones a determinados fármacos en función de la edad, ante determinadas enfermedades que requieren un tratamiento específico.
- Tendencia de las enfermedades a presentar incapacidad funcional y dependencia, especialmente sino se aplica un diagnóstico correcto y un tratamiento precoz.

⁶ Una gratuidad de la asistencia sanitaria que, para una parte minoritaria de la población está vinculada a los concertos establecidos entre diversas mutualidades (MUFACE, ISFAS, entre otras) y entidades privadas de seguros de salud.

Estas peculiaridades en las personas mayores hacen que se establezca una clasificación en cinco tipologías que ayudan a comprender las diferencias en sus necesidades de atención sanitaria. Estas situaciones no son estáticas, existiendo movilidad entre ellas, en ocasiones muy rápida, y provocando un riesgo de progresión hacia situaciones de mayor deterioro si no son atendidos adecuadamente. Esta tipología es la siguiente:

- Persona mayor sana.
- Persona mayor con enfermedades crónicas.
- Persona mayor en riesgo y frágil:
 - > Fragilidad preclínica.
 - > Fragilidad clínica.
- Persona mayor en situación de dependencia transitoria o permanente.
- Persona mayor en situación al final de vida.

La fragilidad se considera como un proceso continuo que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional (fragilidad preclínica); si éste progresa, lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, que requiere la utilización de recursos sanitarios y sociales (fragilidad clínica). Si estas necesidades no son cubiertas adecuadamente y a tiempo, se produce la dependencia, que más tarde puede llevar a la institucionalización y, finalmente, al fallecimiento. Por ello, en la tipología de persona mayor en riesgo y frágil se incluye en realidad 2 subgrupos de pacientes, el anciano frágil propiamente dicho (fragilidad preclínica) y el anciano en riesgo (fragilidad clínica).

Para prevenir la dependencia, según la Organización Mundial de la Salud, es necesario fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y especializada, y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración. Cuando el sistema sanitario es adecuado y funciona de manera satisfactoria los ancianos sanos, a nivel general y poblacional, se benefician mayoritariamente de una serie de medidas a tres niveles:

- **Prevención primaria de la dependencia.** Medidas enfocadas a disminuir la futura incidencia de dependencia y, por lo tanto, dirigidas a individuos no dependientes, no estando afectadas las actividades de la vida diaria, con lo que se conseguirá evitar la aparición esas limitaciones. Contiene tanto actividades de prevención primaria como vacunaciones, tabaquismo, evitar accidentes, así como el manejo de factores de riesgo y situaciones más específicas de personas mayores relacionados con la aparición de dependencia como, hospitalización, síndromes geriátricos, deficiente soporte social, medicación, pero en personas que aún mantienen la funcionalidad íntegra. Incide también

sobre personas mayores sanas, pero sobre todo en los ancianos de riesgo determinados a partir de la existencia de esos factores predictores, y a las personas mayores con enfermedades crónicas, pero que aún no tienen afectación funcional establecida.

- **Prevención secundaria de la dependencia.** Consiste en la intervención sobre esta situación de pérdida de funcionalidad precoz, cuando todavía existen posibilidades de reversión o de modificar su curso considerando la continuidad desde grados leves de pérdida funcional hasta grados avanzados de dependencia establecida, y por lo tanto, de mejorar su pronóstico.
- **Prevención terciaria de la dependencia.** Medidas encaminadas a la persona mayor dependiente, con el objeto de abordar sus problemas, aminorar sus consecuencias o actuar sobre su progresión, como las medidas rehabilitadoras, de fisioterapia, de soporte a cuidadores, correcto tratamiento de la patología derivada del inmovilismo, etc.

Existen toda una serie de recomendaciones encaminadas a la prevención de la dependencia, que se adaptan a la tipología de personas mayores antes enunciada. Entre ellas cabe destacar siguientes:

- *Persona mayor sana.* Todavía no han experimentado enfermedad crónica ni deterioro funcional, por lo que los esfuerzos deben de encaminarse para mantener la salud, intensificando las actividades de promoción de la salud y de prevención primaria. Es de extrema importancia la prevención secundaria para detectar precozmente la enfermedad y evitar su repercusión.
- *Persona mayor con enfermedades crónicas no dependiente.* Evitar que las complicaciones de sus enfermedades crónicas, incurables, de larga evolución sean la causa de futura morbilidad y deterioro funcional. Las actividades de prevención en estos pacientes debe centrarse en la prevención secundaria y terciaria de enfermedad.
- *Persona mayor frágil y en riesgo de dependencia o con dependencia leve con posibilidades de revertir.* Conserva la independencia funcional de manera inestable y son vulnerables de instauración de dependencia más o menos intensa y definitiva ante cualquier proceso agudo o intercurrente, influido por su entorno psicosocial y/o la atención sanitaria y social recibida. En este caso, las medidas se centran en las actividades de prevención secundaria y terciaria de enfermedad, además de actividades preventivas en los síndromes geriátricos, simultáneamente con los de prevención de deterioro funcional y de la *iatrogenia*, en ambos niveles asistenciales, atención primaria y atención especializada.

- *Persona mayor en situación de dependencia transitoria o permanente.* La dependencia se ha presentado y las principales medidas de prevención van encaminadas a evitar la progresión de ésta o su remisión en las de carácter transitorio, centradas fundamentalmente en la prevención terciaria de enfermedad, y especialmente en el manejo de los síndromes geriátricos, de prevención de deterioro funcional y de *iatrogenia*.
- *Persona mayor en situación al final de vida.* La persona mayor en esta situación suele presentar una alta o total dependencia junto con una enfermedad crónica avanzada y/o terminal. El pronóstico de vida es muy difícil de establecer, pero en general menos de seis meses. Los esfuerzos preventivos deben de ser siempre individualizados a la persona mayor y en concreto a su situación clínica y pronóstico vital:
 - > Prevención, detección y manejo continuado de síndromes geriátricos y de síntomas cuando haya variaciones, como causas de disconfort y empeoramiento, detección de deterioro cognitivo-delirio, ansiedad, depresión, insomnio, estreñimiento, incontinencia, y dolor; revisión periódica de medicación; atención a la salud del cuidador familiar; situaciones de maltrato y abuso.
 - > Alimentación según sus necesidades, vacunación neumocócica, antigripal.
 - > Atención sanitaria y social de acuerdo con sus necesidades, evitando la fragmentación y parcelación de la atención. La atención al final de la vida no debe de excluir a ningún profesional.

Las situaciones de dependencia tienen un componente sanitario y un componente social. La unión de estos dos componentes es debido a que en dichas situaciones confluyen variables sanitarias, que provoca la propia enfermedad, y variables sociales, debido a que las situaciones de dependencia generadas por la enfermedad afectan tanto a la persona que la padece como a su entorno social y familiar. Prevenir la dependencia en las personas mayores no es sólo prevenir la enfermedad, sino que además es prevenir específicamente el deterioro funcional y la iatrogenia.

Un segundo grupo de consideraciones en esta dimensión preventiva a la que nos estamos refiriendo son las concernientes al **Maltrato**. En este caso, a diferencia de otros, como la violencia de género, el maltrato no tiene que estar, necesariamente asociado a elementos psicológicos, educacionales o comportamentales previos, ni estar constituido por acciones premeditadas. En efecto, los cuidados que los mayores necesitan, cuando alcanzan edades muy avanzadas y tienen un alto grado de dependencia, desencadenan un estrés añadido a las familias que ha de ocuparse de los mismos. Estos cuidados pueden llegar a suponer en el seno de estas familias una sobrecarga tan pesada que conduzca al maltrato como desahogo. Las agresiones

contra los ancianos, casi siempre provenientes de sus familiares y cuidadores, tienen mucho que ver con el carácter de dependencia, fragilidad y exclusión social del anciano, tal y como es percibido en nuestros días. En un momento histórico en el que cada vez la esperanza de vida es mayor, y por tanto la población de personas mayores aumenta, cobran especial importancia este tipo de situaciones. Como se señala en el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud y la Red Internacional para la Prevención del Maltrato, en uno de los documentos preparados para la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, el maltrato a las personas mayores empieza a cobrar interés en los últimos veinte años, después de haber sido abordado el abandono y el abuso infantil y con posterioridad el fenómeno del maltrato conyugal.

Ciertamente, a la mayoría de las personas les resulta difícil comprender que el maltrato pueda ocurrir, y piensan que sólo se da en instituciones, rechazando la idea de que las personas mayores puedan ser maltratadas en sus propios hogares y por sus propios familiares. No obstante, diversas investigaciones ponen de manifiesto que tales situaciones se están produciendo en realidad. La detección de malos tratos es siempre una tarea muy compleja. No resulta fácil sacar a la luz un fenómeno que en muchas ocasiones permanece oculto y es escondido por los propios protagonistas del mismo; es decir, por la persona que agrede y por la persona agredida. Para la persona que agrede estos comportamientos pueden no ser interpretados como maltrato y para la persona mayor maltratada, poner en conocimiento de otras personas o denunciar la situación puede suponer una vergüenza o un trauma y, por lo tanto, se intenta evitar. De todas formas, la relación que se establece forma parte de los modelos culturales, por lo que cualquier conducta debe ser analizada teniendo en cuenta esta referencia.

Aunque, como hemos dicho, resulta difícil diagnosticar una situación de maltrato, a no ser que exista una denuncia o un informe técnico, se pueden apreciar indicios en el comportamiento que ayudan a diagnosticar o detectar estas situaciones referidas tanto a la persona mayor como a las personas que mantienen con ellas una relación ya sea familiar o institucional. En este sentido, los profesionales de la salud, de los servicios sociales y de los servicios jurídicos son los que están en mejores condiciones de llegar a conocer y evidenciar este tipo de situaciones. Siendo en extremo conveniente que todo este tipo de profesionales reciba formación acerca de la naturaleza de estos “indicios comportamentales de maltrato” en distintos ámbitos, de los cuales pasamos a enumerar los más significativos:

- En la consulta de Atención Primaria:
 - > Retraso en la solicitud de asistencia sanitaria.
 - > Antecedentes de fracturas, lesiones, infecciones.
 - > “Propensión” a tener accidentes.

- > No seguimiento de la pauta farmacológica.
- > Sobredosis de psicofármacos.
- > Uso frecuente de los servicios de urgencias.
- > Acompañamiento por una persona diferente al cuidador, o falta de colaboración de éste.
- > Confusión, temor, ansiedad.
- > Deshidratación, desnutrición.
- > Quemaduras, contusiones, hematomas, fracturas.
- > Úlceras por presión.
- > Incontinencia de esfínteres.
- > Alteraciones del sueño o del habla.
- > Escasa higiene o ropa inadecuada.
- En la consulta domiciliaria:
 - > Mala relación entre el anciano y cuidador.
 - > Entorno manifiestamente inadecuado para el paciente
- En la consulta en instituciones:
 - > Uso excesivo de psicofármacos.
 - > Medidas de contención físicas inadecuadas o innecesarias.
 - > Tendencia a la obstinación diagnóstica y /o terapéutica.
 - > Negación de asistencia o limitación de determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos por razones de edad.
 - > Utilización de forma innecesaria de medidas que anticipan o aumentan la dependencia (sillas de ruedas, pañales, dar de comer).
 - > Despersonalización de la asistencia.
 - > Infantilización en el trato.
 - > Escaso cuidado en respetar la intimidad de la persona mayor.
 - > Rigidez en las normas y horarios de visitas, comida, descanso.
 - > Disponer del dinero de la persona mayor competente sin su consentimiento explícito.

Ahora bien, todas estas medidas y todos estos esfuerzos para prevenir la dependencia funcional y el maltrato sólo se podrán llevar a cabo en un marco en el que todos y cada uno de los ciudadanos tengan un acceso universal y equitativo a unos servicios de salud que funcionen eficazmente. Pero, es más, los servicios de salud no

pueden ser algo aparte y desligado de la prestación de otros tipos de servicios que también resultan imprescindibles para lograr un auténtico envejecimiento saludable, nos referimos especialmente a los servicios sociales. Conviene, pues, dedicar aunque solo sean unos breves párrafos a estas consideraciones.

2.4 Acceso universal y equitativo a los servicios de atención a la salud y su coordinación con los servicios sociales

Un requisito indispensable para lograr un envejecimiento saludable, así como un objetivo general debe ser el garantizar una atención sanitaria de calidad dirigida a las personas mayores desde los diferentes niveles asistenciales, mejorando la accesibilidad y la eficiencia en la prestación de servicios. Así como potenciar la coordinación sociosanitaria.

2.4.1 Atención Primaria

La atención Primaria se ocupa de la mayoría de los problemas de salud de las personas de todas las edades, y entre ellas las personas mayores. Además de la capacidad para resolver problemas frecuentes, el papel que tiene la atención primaria es relevante en muchos otros aspectos. Es el único nivel asistencial capaz de asegurar las medidas preventivas básicas (vacunaciones, consejos dietéticos y de hábitos de vida, control de los factores de riesgo cardiovascular, etc.) y también de establecer programas de detección temprana de problemas (cáncer, deterioro cognitivo, etc.). La atención primaria es también un eslabón importante en el seguimiento y control de las enfermedades crónicas, en el seguimiento y resolución de problemas intercurrentes de las personas dependientes y, muy especialmente, de las situaciones que requieren atención domiciliaria.

El 95% de las personas mayores residen en su domicilio y, por lo tanto, desde el punto de vista sanitario sus referentes son el médico y la enfermera de familia así como el conjunto del equipo de atención primaria de salud. Durante un año, el 90% de las personas mayores son visitadas por su médico y enfermera al menos una vez y en un apreciable número de casos la visita se repite en múltiples ocasiones.

La atención primaria ocupa un lugar preferente tanto en la prevención como en la asistencia de la dependencia y de las personas mayores que viven en la Comunidad (97% de la población mayor de 65 años). Algunos datos, extraídos del Libro blanco de la dependencia, que reflejan esta importancia son los siguientes:

- La mayoría de consultas médicas por parte de la población general (57% de ellas) se producen en los centros de salud.
- Existe una asociación entre el incremento poblacional de personas mayores de 65 años y una mayor presión asistencial (que en 2003, de 37,3 pacientes/día atendidos por el médico de familia), asistencia a este sector de población (47% de los pacientes atendidos en el centro de salud) tanto en consulta como en domicilio (en este último suponen más del 40% de las realizadas; el 1,1% de las personas de esta edad requirieron atención domiciliaria en los últimos 15 días según la Encuesta Nacional de Salud de 2001) y tiempo requerido por consulta.

En la actualidad se ha percibido la necesidad de adecuar el tipo de asistencia que se presta en el nivel de Atención Primaria a las peculiaridades que presentan las personas mayores. Por ello el sistema sanitario de Castilla y León ha realizado un esfuerzo para poner en marcha diversas actuaciones encaminadas a conseguir la mencionada adecuación, poniendo de relieve el compromiso de adecuar su funcionamiento a la realidad social y demográfica de nuestra Comunidad Autónoma y, aunque todavía queda un importante camino por recorrer en esta faceta, cabe destacar aquí algunas de las actuaciones que ya están en funcionamiento.

Servicio de Atención Primaria: Servicio de Prevención y detección de problemas en el anciano

En 1995 se introdujo en la cartera de servicios de Atención Primaria el servicio de Prevención y detección de problemas en el anciano, con sus normas técnicas que deben de aplicarse a todas las personas mayores de 75 años con una periodicidad al menos bianual y que se detallan a continuación:

- ***Anamnesis***
 - > Existencia o no de incontinencia urinaria.
 - > Antecedentes de caídas.
 - > Consumo de fármacos.
 - > Agudeza visual.
 - > Agudeza auditiva.
 - > Existencia o no de ingresos hospitalarios.
 - > Con quién vive.
 - > Hábitos alimentarios.
- ***Exploración física***
 - > Toma de tensión arterial.
 - > Canal auditivo, dirigida a la detección de tapón de cerumen.

- **Exploración buco dental** dirigida a la detección de:
 - > Caries.
 - > Periodontitis.
 - > Problemas con las prótesis dentales.
 - > Lesiones orales cancerosas o precancerosas.
- **Consejos/información** a la persona mayor o cuidador sobre:
 - > Higiene bucodental.
 - > Manejo y uso de las prótesis dentales.
 - > Prevención de la periodontitis.
 - > Prevención de cáncer de boca.
 - > Alimentación.
 - > Ejercicio físico (activo o pasivo) adecuado a la edad y estado de salud.
 - > Uso apropiado de los medicamentos.
 - > Prevención de accidentes domésticos.
 - > Higiene personal.
- **Valoración del Riesgo**
 - > Mediante cuestionario de Barber o instrumentos similares de *screening*, aceptados en el protocolo del servicio, con especificación, en su caso, de los motivos de pertenencia.
- **Valoración Clínica** que incluya al menos:
 - > Diagnóstico de los problemas de salud relevantes en la persona mayor (Hipertensión, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica).
- **Valoración Funcional** de las actividades de la vida diaria
 - > Mediante la aplicación de la escala de valoración de Barthel, índice de Katz o similares.
- **Valoración Emocional**
 - > Exploración de síntomas y equivalentes depresivos.
- **Valoración Mental** de la función cognitiva
 - > Mediante Test de Pfeiffer, Minimental o similares.
- **Valoración Social** respecto a:
 - > Red de apoyo familiar y social.
 - > Situación económica y de vivienda.
 - > Cambios de domicilio.
 - > Utilización del ocio/tiempo libre.

- **Plan de Cuidados** que incluya:
 - > Problemas identificados.
 - > Intervenciones y/o actividades en función de los problemas identificados.

Tras la puesta en marcha de la Ley de la Dependencia la Cartera de Servicios sufrió un reajuste y se desarrolló el Servicio de Atención a la Dependencia con la intención de garantizar una respuesta integral e integrada a las situaciones de dependencia, a través de la sistematización de actividades de prevención, de abordaje multiprofesional, continuado y permanente a la misma, así como la atención al cuidador familiar e integración-coordinación de los servicios de salud con la red de Acción Social.

Servicio de Atención-Visita domiciliaria a pacientes inmovilizados

La Ley General de Sanidad concede al domicilio del paciente uno de los lugares más importantes de actuación de los profesionales sanitarios. Trata de dar respuesta a las necesidades y problemas presentes desde el estudio de las necesidades básicas. Se consideran Pacientes Inmovilizados en Atención Primaria a las personas que pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que solo la pueden abandonar con la ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio (salvo casos excepcionales)). Tal consideración es independiente de la causa que provoque la inmovilización, pero el tiempo previsible de duración de esta dificultad debe ser superior a dos meses. En la Historia Clínica de toda persona incluida en el servicio, quedará registrado:

- El motivo de inclusión.
- Identificación de persona/s cuidadora/s del paciente.
- Red de apoyo familiar y social.
- Situación económica y de vivienda.
- Cambios de domicilio.
- Utilización del ocio/tiempo libre.
- Diagnóstico de los problemas de salud relevantes que padece el paciente.
- Tratamientos farmacológicos.
- Valoración funcional para las actividades de la vida diaria mediante cuestionario o test validado.
- Valoración del estado de nutrición, control de esfínteres, estado de piel y mucosas, estado de conciencia, trastornos del sueño, y síntomas físicos.
- Plan de cuidados.

Servicio de Equipos de soporte de Atención Domiciliaria

Los equipos de soporte de atención domiciliaria comenzaron su andadura en la Comunidad de Castilla y León (León y Burgos) en el año 2000 como consecuencia de la complejidad creciente de los enfermos atendidos en su domicilio, poniéndose de manifiesto la participación de unidades cualificadas con conocimientos específicos en valorar casos concretos y que trabajen en colaboración con el equipo de atención primaria. Su campo de actuación es coordinar entre sí a la familia, el hospital, el equipo de atención primaria y los servicios sociales. Los objetivos generales de este servicio son los siguientes:

- Promover la atención a pacientes que se encuentran inmovilizados, en situación terminal o personas mayores en situaciones de riesgo, con patología compleja, que requieren cuidados en domicilio, con criterios de equidad, calidad de atención y máxima cobertura.
- Mejorar y potenciar la calidad de la atención domiciliaria que se realiza desde Atención Primaria siguiendo las directrices marcadas en la cartera de servicios del Sacyl en el servicio de inmovilizados, terminal y anciano de alto riesgo.
- Realizar la valoración integral de los pacientes en su entorno, detectando de forma estandarizada los problemas actuales y los potenciales, así como desarrollar las actividades preventivas que puedan mejorar la situación del paciente de forma conjunta y coordinada con el resto de los miembros del equipo.
- Las líneas de trabajo de los equipos de soporte de atención domiciliaria se centran fundamentalmente en:
 - Apoyar y contribuir a la formación, motivación y capacitación de los profesionales del equipo de atención primaria y así aumentar la calidad en la atención prestada.
 - Colaborar junto con el personal sanitario del equipo de atención primaria en la atención prestada a pacientes con enfermedades complicadas, personas mayores de riesgo, terminales y sus familiares.
 - Optimizar la coordinación entre los distintos profesionales y dispositivos relacionados en la atención domiciliaria, por encima de la atención individual.

Servicio del Cuidador Familiar

El importante incremento experimentado por el grupo de personas mayores, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes plantea cada vez más una serie de demandas que desbordan la limitada capacidad de respuesta familiar, en cuyo supuesto el sistema sociosanitario debe tomar el relevo ofreciendo

soluciones adecuadas. La atención de los mayores sigue siendo en España un asunto esencialmente familiar: el 94% de las personas que necesitan cuidados reciben éstos de un familiar.

En un modelo social como el nuestro, que, en lo concerniente a las relaciones intergeneracionales, puede ser calificado de fuertemente “familiarista” y con una distribución de roles según el género aún fuertemente marcada, son los familiares más cercanos, casi siempre mujeres, los que aportan la mayor parte del apoyo informal a los mayores, especialmente a los de edad muy avanzada, aquejados con frecuencia de problemas funcionalmente incapacitantes. De hecho, el 86,5% del cuidado que reciben los mayores dependientes, es llevado a cabo por la familia. Así, desde el momento en que se genera la necesidad de apoyo, el cuidador familiar se enfrenta a la circunstancia de emplear su tiempo y energías en estas tareas, que en muchas ocasiones sobrepasan la capacidad y/o las posibilidades de estas personas. De este modo, la figura del cuidador familiar se erige en uno de los elementos decisivos para la “supervivencia” de los mayores dependientes; una figura que, obviamente no puede ser ignorada ni por el sistema de protección social ni por el sistema sanitario, de tal manera que, cada vez aparece más explicitada y reconocida la distinción entre cuidadores informales y cuidadores formales, ambos tipos deben ser objeto de atención.

Cuidadores formales. No se debe identificar cuidador formal con personal cualificado, puesto que en buena parte de los casos no es así. Lo que le otorga el carácter de “cuidador formal” es, simplemente el percibir una remuneración por los servicios prestados. Las actuaciones de cara a ellos deben tender a proporcionar a los cuidadores remunerados adecuadas condiciones de trabajo, tanto en lo que se refiere a jornadas y horarios como a remuneración; además debe prestarse una atención especial a aquellos que carecen de experiencia y tienen una baja condición social y profesional (la mayoría de los cuales son mujeres), para quienes el apartado de formación es fundamental.

Cuidadores informales. La ayuda es la asistencia aportada a personas dependientes por un miembro de la familia o alguien próximo a la misma (amigos), sin remuneración, sobre la base de relaciones personales estrechas. El 88,9% de los mayores dependientes declaran recibir ayuda desde el sector informal, familiares y amigos que ayudan a un 86% de las mujeres mayores dependientes, pero que llegan a ocuparse del 93% de los casos de los ancianos con necesidades de ayuda. Tan sólo un 2,5% recibe ayuda de servicios sociales públicos (3% de las mujeres y un 1% de los hombres mayores), el 7,3% de empleados del hogar remunerados (que llegan a atender a un 10% de las ancianas dependientes), 0,2% del voluntariado y 1,1% de otras personas. Reconocer que los cuidadores ancianos pueden llegar a quedarse socialmente aislados, perjudicados económicamente y enfermos ellos mismos, y ayudarles en sus necesidades.

Con independencia del carácter formal o informal, la mayoría de los cuidadores son mujeres, de edades comprendidas entre los 45 y los 69 años, aunque este rasgo, así como la intensidad en la dedicación, se acentúan en el caso de la ayuda no remunerada. En estos casos más de la mitad son hijas y el 20% esposas. El 85% de los mayores que reciben ayuda lo hacen 7 días a la semana y la mayoría de las cuidadoras declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de este trabajo. Circunstancias que señalan el precario equilibrio en el que se encuentra este tipo de apoyo. No hacen falta más datos para comprender que los cuidadores no remunerados son pilar fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario, cuya viabilidad a largo plazo puede llegar a ponerse en peligro, debido a dos cuestiones, una de carácter demográfico, por el cada vez más reducido tamaño de las generaciones, que hace disminuir el número de cuidadores potenciales⁷, pero, sobre todo por la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral, lo que dificulta sobremanera la el mantenimiento de esas tareas de apoyo informal.

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede derivar en distintas formas de malestar o deterioro, que, en no pocos casos van más allá del mero cansancio; de hecho es más frecuente de lo que se cree aparición de problemas físicos, que siendo de por sí relativamente frecuentes en su grupo de edad se ven agravados por las tareas propias de su labor como cuidadoras. Las familias cuidadoras, han venido asumiendo y continúan asumiendo hoy en día una carga como provisoras de cuidados como una "obligación" o un "deber moral" o como una parte de ese "honrarás a tu padre y a tu madre"; ello sin darse cuenta de que la prolongación en el tiempo de tales situaciones de cuidado amenazan la salud física y mental del familiar o familiares que asumen esa responsabilidad.

Para dar respuestas adecuadas a esta situación en Castilla y León desde el año 2004 se han puesto en marcha el servicio al cuidador familiar en la Comunidad de forma individual y el servicio de educación para la salud a grupos de cuidadores, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores familiares.
- Evitar la institucionalización innecesaria (por motivos de claudicación familiar y/o déficit de cuidados)
- Incrementar la formación en cuidados.
- Promover la participación comunitaria de los cuidadores familiares en la Comunidad de Castilla y León.

⁷ En honor a la verdad diremos que, este aspecto es menos importante, al menos en un futuro relativamente próximo y podría verse compensado por una diferente "distribución de roles en función del género, que otorgase un mayor papel a los varones en este aspecto.

- Lograr la asunción de un rol no disfuncional (mantener un adecuado nivel de autoestima)
- Promover la autoayuda en una dinámica de grupo.
- Disminuir la incidencia y prevalencia del “síndrome del cuidador enfermo”.
- ***Criterios de inclusión***
 - > Personas en cuya Historia Clínica exista algún registro que indique la condición de persona cuidadora y que conste, al menos, una visita con su contenido en el periodo de evaluación.
- ***Consignar con la Inclusión***
 - > La condición de cuidador como problema de salud.
 - > La fecha de inclusión en el servicio.
 - > Identificación de la persona a la que cuida.
- ***Valoración***
 - > Detección del riesgo o cansancio del cuidador (Zarit)
 - > Identificación de los cuidados que debe prestar el cuidador (ICUB 97)
 - > Situación sociofamiliar.
 - > Actualización de problemas de salud.
- ***Plan de cuidados***
 - > Priorización de problemas en relación con la situación de cuidador.
 - > Intervención y/o actividades en función de los problemas identificados.
 - > Periodicidad de las visitas.
 - > Atención al duelo en caso de fallecer el paciente sujeto de cuidados.
- ***Seguimiento***, al menos visita trimestral
 - > Evolución.
 - > Revisión del plan de cuidados.
- ***Atención grupal***
 - > Inclusión o no en la actividad de atención a grupos de cuidadores y los motivos por los que no se incluye en su caso.

Con respecto a los Centros de Salud cabe señalar que la reforma de la Atención Primaria de Salud se ha producido en Castilla y León a un ritmo superior a la media nacional, lo que ha supuesto la constitución de plantillas multidisciplinarias de profesionales que tienen como referencia un centro de salud. Su paulatino ajuste a los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad, a través de progresivo crecimiento de su Cartera de Servicios.

Las nuevas acciones impulsadas con motivo de la transferencia de medios y servicios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a Castilla y León han puesto la dotación de servicios como Detección de problemas en el anciano, visita domiciliaria, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria creados en las Áreas de Salud de Burgos y León, Atención al Paciente Terminal, Atención al Cuidador Familiar, y Fisioterapia.

Cuidados al paciente terminal

Aun cuando, obviamente tiene menos relación con el envejecimiento activo, pero sí con un final digno de esta etapa. Es conveniente apuntar que la cartera de servicios de Atención Primaria incluye también un Servicio de Atención al Paciente Terminal, definido por la propia cartera como la atención a las personas que presentan una enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, con pronóstico de vida inferior a 6 meses⁸. Las normas técnicas, que definen los criterios de calidad que deben seguirse en la aplicación de este servicio, incluyen el registro de los principales síntomas del paciente, la identificación y valoración de las personas cuidadoras del paciente en el entorno socio-familiar, y la realización de visitas de seguimiento con periodicidad mínima quincenal para el control de la evolución del paciente y la actualización del plan de cuidados. Del mismo modo se ha consolidado el Centro Regional de Referencia en Cuidados Paliativos, así como la puesta en marcha de un teléfono regional de información y consulta en esta materia.

Atención Sanitaria Geriátrica

El 23 de diciembre de 2004 se firma el Acuerdo 163, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007. Una parte de las actividades en él planteadas son asistenciales a desarrollar en el ámbito de la Atención Primaria, la cual se fundamenta en la atención integrada e integral:

La perspectiva de *atención integrada* hace referencia a que el Plan debe alinear las intervenciones asistenciales del Sistema Sanitario con aquellas que faciliten la accesibilidad al mismo, potenciándose el impulso de acciones de protección de la salud y prevención de la enfermedad así como la incorporación del área de rehabilitación e integración social de las personas mayores.

⁸ Aunque pueda parecer lo contrario, este punto no está fuera de lugar en el contexto de un análisis del envejecimiento activo, ya que la percepción o, mejor aún, la seguridad de que se va a tener un adecuado y digno tratamiento en las últimas fases de la vida, influye de forma positiva en la manera en que los mayores y su entorno inmediato afrontan la progresiva aparición de dolencias o limitaciones funcionales.

La atención integral implica un trabajo de coordinación de esfuerzos que debe entenderse tanto a nivel interno en la propia Consejería de Sanidad, como a nivel externo con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades por sus competencias en materia de Servicios Sociales.

Desde el punto de vista de la coordinación dentro de la propia Consejería de Sanidad, el Plan pretende fortalecer la implicación de los diferentes niveles asistenciales definiendo competencias y circuitos asistenciales entre la Atención Primaria de Salud y el nivel de Atención Especializada en todas sus vertientes. La atención sanitaria a las personas mayores constituye una prioridad dentro de los ejes de acción de la Junta de Castilla León; con ello pretende, en primer lugar, adecuarse a las tendencias evolutivas de la estructura demográfica (descritas en el capítulo 1) y, por otra parte, dar respuesta satisfactoria y adecuada a la creciente demanda y consumo de recursos tanto sanitarios como sociales que este grupo poblacional presenta.

Continuidad de cuidados

La Ley General de Sanidad confiere al domicilio del paciente uno de los lugares más importantes de actuación de los profesionales sanitarios. Según recoge la Ley 44/2003, de 21 noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, uno de los principios a los que deben someterse los profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones será "La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialista dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad".

Por su parte, el concepto de cuidar es mucho más amplio, haciendo referencia al acto de proveer asistencia o ayuda a una persona necesitada, miembro de la familia, amigo o cliente, con la finalidad de permitirle mantener un nivel óptimo de independencia. Dado que la asistencia sanitaria es sólo una parte de los cuidados que puedan precisar, en especial las personas mayores. Un sistema eficaz de garantías sociales y sanitarias no puede, en consecuencia, obviar la coordinación. Esta coordinación entre niveles asistenciales por parte de los profesionales de enfermería surgió en un principio de la propia reforma sanitaria de forma espontánea, plasmándose posteriormente en el documento de alta hospitalaria con el que las enfermeras de ambos niveles asistenciales pueden comunicarse entre sí de forma regularizada.

Entre los objetivos del sistema sanitario de Castilla y León, se encuentra el proporcionar una continuidad asistencial a las personas a medida que envejecen tomando en consideración sus opiniones y preferencias. Para ello resulta en extremo conveniente

reorientar los sistemas actuales, que se organizan alrededor del cuidado de enfermedades agudas, hacia otro sistema que proporcione una continuidad asistencial completa a través de todas las fases de la vida que incluya la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas, la provisión justa del apoyo de la comunidad y la asistencia digna y paliativa de larga duración.

La mayoría de las personas mayores, y entre ellas los que sufren diferentes tipos de dependencia, prefieren vivir en casa, es el modelo dominante en todos los países de la UE, y por supuesto de las personas mayores de Castilla y León. Por ello el funcionamiento de todo el sistema asistencial (no sólo sanitario) debe adaptarse, en la medida de lo posible, a esta realidad. De ahí que en los programas de inmobilizados y terminales se resalta la importancia de la visita domiciliaria por parte de la enfermera como una de las más elementales actividades que se pueden y deben realizar dentro de la Zona Básica de Salud. En este contexto la tipología de personas susceptibles de recibir atención domiciliaria y de beneficiarse de una continuidad en los cuidados es la siguiente:

- Personas mayores con enfermedad terminal que precisen cuidados paliativos.
- Personas mayores enfermas con incapacidad para desplazarse al centro de salud.
- Personas mayores cuya situación social les impide desplazarse centro de salud.
- Personas mayores de 75 años en las primeras 48 horas tras el alta hospitalaria.

La atención a los cuidados de larga duración se debe ver como una continuidad de cuidados en el que el sujeto puede consumir recursos sanitarios y recursos sociales varias veces a lo largo de su vida, bien sea de forma secuencial o bien de forma aleatoria en el tiempo. Así, una persona con una enfermedad crónica puede pasar del hospital a su domicilio para volver luego al hospital y después al domicilio con una serie de servicios complementarios, como son la rehabilitación, la atención sanitaria a domicilio, la asistencia a un Centro de Día, etc. Los cuidados que requiere una persona con patología crónica y con discapacidad funcional a lo largo de su vida son «sanitarios» y «sociales» a la vez, aunque puede darse una preponderancia de los cuidados sanitarios en algunos casos y, en otros, la preponderancia de los cuidados personales y sociales, de ahí que la coordinación entre ambos sea básica para dar respuesta adecuada en cada momento a la demanda de unos u otros.

Para conseguir la coordinación asistencial debe existir un mecanismo de transferencia de la información relativa a los problemas de salud de las personas mayores y/o de la atención recibida por los mismos. En este contexto de la coordinación, la continuidad implica la presencia de un mecanismo que asegure una sucesión ininterrumpida de acontecimientos entre las visitas de la persona mayor. La longitudinalidad y la continui-

dad difieren en que, en la primera, la sucesión de acontecimientos está relacionada en el tiempo y tiene lugar en todo el amplio espectro de posibles problemas de salud o motivos de visita, por el contrario en la continuidad el aspecto más importante es la sucesión de los acontecimientos entre las visitas. Se han publicado muchos estudios sobre la continuidad asistencial, donde en la mayor parte de ellos no se han diferenciado adecuadamente los conceptos de longitudinalidad (presencia y utilización de una fuente asistencial regular durante el tiempo) y continuidad (secuencia de visitas en las que existe un mecanismo de transferencia de la información).

Esta prioridad en salud junto a la existencia de intervenciones eficaces para la prevención, tratamiento y rehabilitación de diferentes problemas de salud que son frecuentes en este grupo de población, se enmarca y da respuesta a la exigible garantía del derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Todos los aspectos antedichos, justifican la existencia de una planificación regional en relación a la atención sanitaria geriátrica, buena parte de la cual ha de recaer, como no podía ser de otro modo en la Atención primaria, que ha mostrado un incremento de su capacidad de resolución, tal y como se muestra al comparar los datos anuales de derivaciones a especialista (unas 840.000) en relación al número total de consultas (29 millones de consultas/año, de las que 17 millones corresponden a consultas médicas y 11 a consultas de enfermería). Del mismo modo es preciso resaltar el número de pruebas de laboratorio (casi 950.000), radiología (235.000), diagnóstico precoz de distintos tipos de cáncer (586.000) o intervenciones de cirugía menor (19.000) que se realizan en Castilla y León cada año en el ámbito de la Atención Primaria. Un incremento en la eficacia y en la capacidad de resolución en el primer nivel de la asistencia sanitaria que, sin duda, beneficia de forma especial a la población mayor que, en definitiva es la que tiene una mayor dificultad y una mayor “desorientación” para moverse “hacia arriba” y “hacia abajo” en los distintos niveles del sistema, precisando dentro de él un “referente cercano” no sólo desde el punto de vista físico, sino desde el punto de vista de la facilidad e inmediatez para resolver la mayor parte de sus problemas en relación con la salud y, sobre todo, de quien recibir consejos para conseguir una vejez saludable. Sin embargo, por eficaz que sea, resulta imposible que la Atención Primaria pueda dar cumplida respuesta a toda la problemática de salud, tanto de la población en general como de los mayores en particular, por lo que los siguientes niveles deben tener también una adecuada planificación en este aspecto.

2.4.2 Atención Especializada

Un porcentaje elevado de personas mayores presentan situaciones de fragilidad en su salud claras y acusadas, bien porque presentan enfermedades crónicas en las que no son raras las reagudizaciones, bien porque sufren con frecuencia enfermedades agudas frecuentes que, en ocasiones dejan secuelas importantes. Ello hace que a menudo sea necesario el ingreso hospitalario o la consulta diagnóstica a equipos especializados. Los últimos datos disponibles de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del año 2006, muestran cómo, incluso en mayor medida que la Atención Primaria, hospitalaria se focaliza de manera creciente en el colectivo de mayores, lo que, obviamente, resulta muy significativo para nuestra Comunidad Autónoma, tal como se puede apreciar a través de los datos consignados en las tablas 2.4.1 y 2.4.2⁹.

Tabla 2.4.1 Altas hospitalarias según ámbito de residencia y edad, 2006 (número total de altas)

	Todas las edades		Personas de 65 y más años					
	Días	%	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
			Días	%	Días	%	Días	%
España	4.725.788	100	1.760.492	37,25	895.725	18,95	864.768	18,30
CyL	290.928	100	129.905	44,65	67.783	23,30	62.121	21,35
Ávila	17.150	100	7.608	44,36	4.027	23,48	3.582	20,89
Burgos	49.619	100	21.630	43,59	11.553	23,28	10.078	20,31
León	64.460	100	31.118	48,27	15.911	24,68	15.208	23,59
Palencia	21.166	100	9.138	43,17	4.781	22,59	4.358	20,59
Salamanca	34.307	100	15.765	45,95	8.056	23,48	7.711	22,48
Segovia	15.946	100	6.942	43,53	3.709	23,26	3.233	20,27
Soria	10.353	100	5.139	49,64	2.860	27,62	2.278	22,00
Valladolid	56.969	100	21.844	38,34	11.170	19,61	10.675	18,74
Zamora	20.958	100	10.719	51,15	5.719	27,29	5.001	23,86

Fuente: INE. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*. 2006. Elaboración V. Niño.

Se puede apreciar, en primer lugar, una clara correlación en la utilización de los servicios hospitalarios y el grado de envejecimiento de la población. Así en el conjunto nacional y para ambos sexos, cerca del 40% de las altas hospitalarias correspondieron

⁹ En cuanto a los datos por provincias se ha tenido en cuenta la provincia de residencia y no la de hospitalización, ya que, a nuestro juicio refleja mejor la realidad, al menos si queremos establecer comparaciones con la realidad demográfica.

a personas mayores, lo cual supone porcentaje muy superior al que éstos representan en el total de población. Dicho porcentaje se dispara en el caso de Castilla y León donde las altas hospitalarias correspondientes a mayores de ambos sexos supusieron casi un 45% de todas las registradas en el año 2006. Además, un mayor desglose territorial nos permite apreciar cómo es, en realidad el nivel de envejecimiento general de la población el que en mayor medida determina la intensidad de uso hospitalario en los distintos ámbitos como prueba el que las provincias de Castilla y León más envejecidas sean las que registren un mayor protagonismo de los mayores en las altas hospitalarias, quienes acaparan en torno a la mitad del total, como ocurre en Zamora, Soria o León, mientras que Burgos y Valladolid tienen porcentajes muy inferiores, claramente por debajo de la media regional.

Tabla 2.4.2 Estancias hospitalarias según ámbito de residencia y edad, 2006 (número de días)

	Todas las edades		Personas de 65 y más años					
			Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
España	33.194.442	100	16.613.946	50,05	8.273.567	24,92	8.340.379	25,13
CyL	2.281.014	100	1.292.170	56,65	674.921	29,59	617.249	27,06
Ávila	123.373	100	74.278	60,21	38.689	31,36	35.589	28,85
Burgos	356.783	100	204.286	57,26	109.207	30,61	95.079	26,65
León	545.877	100	335.959	61,54	165.022	30,23	170.936	31,31
Palencia	251.256	100	114.002	45,37	64.706	25,75	49.296	19,62
Salamanca	237.975	100	136.322	57,28	73.381	30,84	62.941	26,45
Segovia	104.799	100	57.048	54,44	30.717	29,31	26.330	25,12
Soria	89.348	100	56.403	63,13	29.322	32,82	27.082	30,31
Valladolid	415.646	100	213.867	51,45	110.038	26,47	103.831	24,98
Zamora	155.958	100	100.005	64,12	53.839	34,52	46.164	29,60

Fuente: INE. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*, 2006. Elaboración V. Niño.

La misma realidad, pero de forma mucho más contundente se aprecia si en lugar de las altas nos fijamos en el número de días de estancia en hospitales. Bajo esta óptica el protagonismo de los mayores es abrumador. En toda España, la mitad de todos los días de estancia hospitalaria registrados correspondieron a personas de 65 y más años, para elevarse casi al 57% en nuestra Comunidad Autónoma, siendo absolutamente revelador el hecho de que las cuatro provincias con mayor envejecimiento de nuestra Comunidad Autónoma cuenten con porcentajes superiores a 60, aunque se puede observar un panorama algo más variado en el que la correlación envejecimiento-porcentaje no es absoluta.

Ciertamente, la atención hospitalaria no conforma toda la atención especializada, sino que la complejidad de las situaciones médicas y sociales hace necesaria, aun sin un ingreso hospitalario, una valoración integral especializada en el propio domicilio por el equipo de valoración de cuidados geriátricos. Los equipos de atención primaria también tienen la responsabilidad de saber identificar cuándo ésta es necesaria para facilitar el diagnóstico global y la elaboración de estrategias de intervención conjuntas. Sin embargo, estas actuaciones aún deben alcanzar un mayor desarrollo y no han tenido tiempo aún ni de alcanzar todas sus potencialidades ni de generar un registro estadístico suficientemente amplio, por lo que para valorar hasta qué punto la intensidad en el uso de la atención especializada recae sobre las personas mayores, hemos de continuar refiriéndonos a la parte de este nivel asistencial que cuenta con una mayor cobertura estadística.

Los datos comentados anteriormente sobre altas y días de estancia son elocuentes acerca del protagonismo de los mayores en este aspecto, pero resulta aún más revelador de esa intensidad el traducir los datos a cifras relativas, refiriéndolas al total de población residente, lo cual nos puede dar una idea más concreta, no sólo del protagonismo que queremos enfatizar sino también de la posición relativa de Castilla y León en el contexto nacional, así como de las diferencias por sexo existentes¹⁰.

Tabla.2.4.3 Indicadores de uso de la asistencia especializada hospitalaria según ámbito de residencia y edad, 2006

Ámbito	Altas hospitalarias por 100.000 habitantes			Días estancia hospitalaria por habitante				
	Todas las edades	Personas de 65 y + años		Todas las edades	Personas de 65 y + años			
		Ambos	Varones		Ambos	Varones	Ambos	
Total	10.512	23.448	28.192	19.968	0,74	2,21	2,60	1,93
CyL	11.519	22.797	27.623	19.147	0,90	2,27	2,75	1,90
Ávila	10.194	18.017	21.314	15.351	0,73	1,76	2,05	1,53
Burgos	13.597	28.459	35.225	23.325	0,98	2,69	3,33	2,20
León	12.949	25.372	30.437	21.611	1,10	2,74	3,16	2,43
Palencia	12.219	23.385	29.347	19.127	1,45	2,92	3,97	2,16
Salamanca	9.740	19.119	22.739	16.396	0,68	1,65	2,07	1,34
Segovia	10.095	19.895	24.384	16.426	0,66	1,63	2,02	1,34
Soria	11.067	21.324	26.833	16.948	0,96	2,34	2,75	2,01
Valladolid	10.946	23.645	28.395	20.124	0,80	2,31	2,80	1,96

Fuente: INE. *Encuesta de Morbilidad Hospitalaria*, 2006. Elaboración V. Niño.

¹⁰ Las cifras relativas se han calculado con referencia a la población estimada a mitad de año 2006, es decir la media aritmética de los datos del Padrón a 1 de enero de 2006 y a 1 de enero de 2007.

En efecto, a través de la tabla 2.4.3 podemos comprobar cómo entre los mayores el uso hospitalario es mucho más intenso, tanto a escala nacional como regional. La comparación del número de altas hospitalarias por cada 100.000 entre el total de población y la población mayor arroja una relación prácticamente del simple al doble (1,98) en el caso de Castilla y León y un poco mayor en el conjunto español. Una relación que con unos u otros matices se mantiene de forma general en el conjunto de las provincias castellanas y leonesas. Ahora bien, conviene enfatizar el significado en la intensidad de uso hospitalario, pues los valores consignados en la tabla vienen a mostrar que, en el año 2006 entre uno de cada 10 y uno de cada 8 residentes en Castilla y León ha estado ingresado en un centro hospitalario (uno de cada 10 para el conjunto español). En cambio, si restringimos la observación a la población mayor las proporciones oscilan entre uno de cada cuatro y uno de cada cinco habitantes (en el caso español casi uno de cada cuatro).

Con mayor claridad se refleja ese uso más intenso por la población mayor si tenemos en cuenta el número de días de estancia por habitante, que, frente a algo menos de uno para el conjunto de Castilla y León, supera los dos días y cuarto, como media, para los mayores, para situarse en 2,27 días. Aun cuando puedan existir diferencias relativamente apreciables en cuanto al número de días de estancia entre unas y otras provincias, en función de situaciones concretas en las que no podemos entrar ahora, la relación entre los días de estancia por habitante referidos a los mayores y a todas las edades, se establece en unos parámetros entre 1:2 y 1:3, siendo tanto más amplia cuanto más joven es, en conjunto, la población. En definitiva, resulta indudable que la progresiva transformación de las estructuras demográficas se traduce en una creciente presión sobre los recursos sanitarios de la Comunidad, que deben adaptarse a tales situaciones.

Un último apunte sobre el uso de este tipo de atención y su influencia en las posibles actuaciones encaminadas a lograr un envejecimiento activo debe referirse a la desigualdad de uso que se hace en función del sexo. Si a la hora de considerar la propia percepción de la salud veíamos cómo las mujeres presentaban un panorama "más desfavorable" que en el caso de los hombres, ello no se traduce, ni mucho menos en que éstas ejerzan un mayor protagonismo en el uso de la atención hospitalaria, pues en términos relativos los hombres no sólo acuden más a los hospitales, sino que, además, tienen una presencia en ellos menos continuada, tal como se aprecia en la tabla 2.4.3. Estos desajustes en el la percepción de la propia salud entre hombres y mujeres y la falta de concordancia entre esa percepción y el unos que se hace de los recursos, debe hacernos reflexionar sobre

qué aspectos y elementos concretos lo están provocando, que pueden ser de origen muy diverso y el delimitarlos y analizarlos escapa ahora al estrecho marco del presente Informe¹¹.

En consonancia con lo que venimos afirmando se encuentra la información recogida en el Plan de Atención Geriátrica de Castilla y León donde se apunta que en los hospitales de la Comunidad Autónoma se elevó en más de 10 años en el periodo comprendido entre 1985 y 2000, lo que supone un incremento más acelerado que la edad media de la población, con lo cual se puede deducir una mejora de la situación sanitaria en edades anteriores. De la misma forma se ha observado una progresiva concentración de los ingresos y de las estancias hospitalarias de las personas mayores con una especial relevancia en el grupo de edad de los mayores de 75 años. En efecto, si comparamos los datos anteriores con la información recogida en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Castilla y León durante los años 2001, 2002 y 2003, vemos cómo el porcentaje de altas hospitalarias de personas mayores en el total ha ido aumentando progresivamente, desde el 42,9% en 2001, hasta el 44,2% en 2003, la ligera variación que representa el dato de 2006 (44,6%) no significa una ralentización en ese proceso que desplaza y concentra este tipo de asistencia en edades más avanzadas, sino que responde a ese "menor aporte" de generaciones de 65-69 años, ya comentada en el capítulo 1.

En cualquier caso, se nota una progresiva concentración en las personas de más edad. La más eficaz asistencia sanitaria a los mayores, y a la población en general, se percibe también en la disminución del número medio de días de estancia media hospitalaria, que disminuye de forma aproximada dos días en diez años, pero que también lo hace de manera similar la de los mayores, (unos seis días en los últimos diez años). No obstante, aunque sigue esta tendencia progresiva, parece haberse ralentizado algo el ritmo, pues según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, la estancia media en los últimos cinco años se ha reducido tan solo un día tanto para el conjunto regional como para Castilla y León, que, sin embargo, muestra unas reducciones algo más acusadas en el grupo de personas mayores, pues la estancia media de los grupos de 65-74 y 75-84 han visto cómo la estancia media se reducía en dos días, mientras que dicha variación era de sólo un año para el total nacional¹².

¹¹ Por apuntar tan solo alguna referencia que surge "a vuela pluma", diremos que en ello influyen desde aspectos culturales y perceptivos como la desigual consideración que unos y otras tienen sobre la "gravedad" de sus afecciones o "achagues", o incluso aspectos en relación con los protocolos sanitarios de ingreso o asistencia hospitalaria que a veces revisten un sesgo de carácter "masculino".

¹² La estancia media ha variado entre 2001 y 2006 de 8 a 7 días en el conjunto español para todas las edades; mientras que en Castilla y León ha pasado de 9 a 8. Para la población de 65-74 años la evolución ha sido de 10 a 9 días en España y de 11 a 9 en nuestra Comunidad. Los de 75-84 años ha pasado de 11 a 10 en España y de 12 a 10 en Castilla y León. Para el grupo de personas de más edad no podemos establecer comparaciones por el desigual nivel de desglose que presentan los datos de uno y otro año

Tabla 2.4.4 Frecuencia de asistencia a servicios sanitarios según edad en Castilla y León, 2007 (porcentajes)

Servicio sanitario	Frecuencia de asistencia	Grupos de edad (años)							Total
		16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>=75	
Médico Especialista	Ninguna vez	71,4	69,3	65,7	64,1	56,5	46,5	31,5	60,3
	Una vez	18,1	17,0	18,1	20,0	20,6	26,3	26,7	20,2
	Dos veces	4,2	7,2	8,5	7,8	12,1	8,5	16,3	8,9
	Tres o más veces	6,3	6,2	7,4	8,1	10,4	18,7	25,5	10,5
	Ns/Nc	0,0	0,3	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,1
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Servicio de urgencia	Ninguna vez	86,4	86,9	86,6	90,2	89,0	81,5	74,6	85,9
	Una vez	9,9	9,9	10,3	6,6	7,7	14,7	16,4	10,3
	Dos veces	2,1	2,1	1,9	1,7	2,0	2,8	6,1	2,4
	Tres o más veces	1,6	0,9	0,9	1,5	0,9	1,0	2,2	1,2
	Ns/Nc	0,0	0,2	0,3	0,0	0,4	0,0	0,7	0,2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Hospitalizados	Ninguna vez	97,7	95,5	95,5	96,3	94,6	91,0	81,0	93,9
	Una vez	1,8	3,7	3,6	3,2	4,4	7,6	14,3	4,9
	Dos veces	0,4	0,5	0,2	0,4	0,5	1,3	2,6	0,7
	Tres o más veces	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	1,4	0,3
	Ns/Nc	0,0	0,2	0,3	0,0	0,4	0,0	0,7	0,2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Odontólogo	Ninguna vez	60,8	66,2	65,2	65,1	72,4	77,9	81,1	68,6
	Una vez	23,7	22,0	20,7	20,3	17,9	12,2	10,7	19,0
	Dos veces	8,0	7,2	8,7	9,1	4,5	6,8	4,0	7,2
	Tres o más veces	7,5	4,6	5,1	5,5	4,8	3,1	3,5	5,0
	Ns/Nc	0,0	0,0	0,3	0,0	0,4	0,0	0,7	0,2
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Junta de Castilla y León. *Condiciones de Vida de la Población de Castilla y León, 2007*.

La información recopilada con otra perspectiva distinta también avala a las afirmaciones hechas del incremento de la presión sobre el sistema sanitario vinculada al envejecimiento. Así, en la publicación de la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Castilla y León sobre las *Condiciones de Vida de la Población de Castilla y León* correspondiente al año 2007 se muestra cómo en diversos aspectos de la atención especializada la frecuentación de asistencia, es más alta en las personas mayores que en el resto de los grupos de edad, con diferencias realmente importantes entre los grupos de “menor riesgo” y los mayores, al percibirse una clara intensificación para el grupo situado por encima de los 75 años. Así entre la mitad y los dos tercios de los mayores residentes en nuestra Comunidad visitaron al menos una vez en 2007 al médico especialista, entre la cuarta y la quinta parte

hubieron de recurrir al servicio de urgencias y entre un 9 y un 19% estuvieron hospitalizados en ese año. Tan solo en el caso de las visitas al odontólogo la frecuencia de uso fue menor entre las personas de más edad, lo cual puede explicarse por la propia idiosincrasia de este grupo, unido a la distinta naturaleza que tiene la cartera de prestaciones de esta especialidad dentro de nuestro sistema sanitario (véase tabla 2.4.4).

Las intervenciones que se pueden realizar de manera específica desde atención especializada son, actuaciones de prevención secundaria y terciaria basadas en aquellas experiencias en las que la valoración geriátrica integral ha mostrado su eficacia en la reducción de la incidencia de deterioro funcional. La valoración geriátrica integral se refiere al proceso de evaluación diagnóstica integral o global y planificación de intervenciones terapéuticas y cuidados, llevada a cabo por diferentes profesionales de forma interdisciplinaria, básicamente se requiere el concurso de médico, enfermera, terapeuta y trabajadora social, aunque pueden participar otros.

La obligación de los facultativos es establecer los mecanismos necesarios para ofrecer el mejor proceso diagnóstico y terapéutico posible en un determinado entorno asistencial y social. Los conocimientos de todos aquellos que participan en la prestación de asistencia sanitaria están al servicio de los pacientes y solamente desde la suma de los conocimientos de las diferentes disciplinas se podrá dar respuesta adecuada y eficaz a las necesidades, cada vez más complejas, de los pacientes castellanos y leoneses y sus familias. En paralelo a las actuaciones en el nivel de Atención Primaria, en el momento actual se ha percibido la necesidad de adecuar el tipo de asistencia que se presta en el nivel de Atención Especializada a las peculiaridades que presentan las personas mayores, poniéndose en marcha diversos programas y servicios entre los que cabe destacar los siguientes:

- *Equipos de valoración de cuidados geriátricos.* Los equipos de valoración de cuidados geriátricos surgieron en 1993 para implementar los modos de actuación de la geriatría en los hospitales. Se consideran como una unidad hospitalaria interdisciplinaria y básica en la atención específica a los pacientes geriátricos del centro, y de apoyo a la Atención Primaria. Entre sus funciones destacamos:
 - > Valoración geriátrica integral de los pacientes de este tipo.
 - > Asesoramiento y seguimiento. Supervisión de los problemas de salud.
 - > Participar en la elaboración y ejecución de protocolos para grupos de riesgo: inmovilizados, incontinentes, etc.
 - > Incidir en la coordinación asistencial intra/extra hospitalaria, para que se produzca un traslado adecuado de pacientes geriátricos en ambos sentidos, intentando en todo caso que las altas hospitalarias sean ágiles y con una ubicación idónea.

- > Asesorar y apoyar a la Atención Primaria de Salud del área correspondiente, en todo lo que suponga favorecer la permanencia en la comunidad de la persona mayor frágil e, incluso, de ciertos pacientes geriátricos.
- > Formación y educación para la salud dirigidas a profesionales intra y extra-hospitalarios, estudiantes, cuidadores principales.
- **Hospitalización a domicilio.** Se considera como aquella actividad llevada a cabo con recursos humanos y materiales, similares a los hospitalarios realizada en el propio domicilio del paciente capaz de realizar procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Las unidades de hospitalización a domicilio se crearon para dar respuesta a:
 - > Envejecimiento de la población y su dependencia.
 - > Al proceso de tratamiento externo de algunos procesos.
 - > Aumento de los costes sanitarios.

Los pacientes atendidos son fundamentalmente geriátricos, con cuidados paliativos, con nutrición artificial, de cirugía mayor ambulatoria, son derivados a esta unidad desde otros servicios hospitalarios para ser atendidos una vez dados de alta.

En cualquier caso, las múltiples dimensiones que abarca la atención sanitaria integral a las personas mayores, pone de manifiesto una de las cuestiones más complejas y a la vez más fundamentales para conseguir los objetivos, no sólo de una vejez saludable o, al menos satisfactoria, sino también para que ésta se asiente incluso en el mayor grado de actividad y participación por parte de este colectivo, aun cuando existan serias limitaciones. Nos estamos refiriendo, obviamente, a la coordinación sociosanitaria, uno de los grandes caballos de batalla en las sociedades que envejecen y, al tiempo una de las claves fundamentales para conseguir “una sociedad para todas las edades”, por lo que conviene considerar a cómo se ha abordado ese proceso en Castilla y León.

2.4.3 Coordinación Sociosanitaria

En España la primera vez que se puso de relieve de forma “oficial” la necesidad de coordinar los Servicios Sanitarios con los Servicios Sociales fue en 1993 con la firma del Acuerdo Marco de Cooperación entre el Ministerio de Sanidad y el de Asuntos Sociales. A partir de este tímido proyecto, se crearon las Comisiones Socio-Sanitarias de Áreas como instrumento de valoración de asignación de recursos, planificación y seguimiento de los programas de atención a las personas mayores. Sin embargo, estas Comisiones no fueron más que un simple foro de discusión, sin haber conseguido nada debido a la falta de equilibrio que existe entre ellas, a su escasa infraestructura, así como a la falta de recursos sociosanitarios adecuados, todo lo cual se traducía en una enorme dificultad para gestionar casos.

En nuestra Comunidad, el Decreto 16/1998, de 29 de enero, que aprobó el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, pretendió dar un impulso decidido a la corresponsabilidad y a la cooperación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, a fin de utilizar de la forma más eficiente posible los recursos de ambos. El desarrollo de las previsiones en él contenidas se llevó a efecto mediante el Decreto 74/2000, de 13 de abril, en virtud del cual se creó y reguló la estructura de coordinación de atención sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León.

La experiencia acumulada desde la aprobación de la citada norma, junto a los cambios derivados de la asunción de nuevas competencias en el ámbito de la asistencia sanitaria, aconsejó renovar los esfuerzos dirigidos a lograr la complementariedad y coordinación entre el Sistema de Acción Social y el Sistema de Salud. Por ello, se aprobó el Decreto 49/2003, de 24 de abril que pretende dotar a los diversos órganos que integran las estructuras de coordinación sociosanitaria de Castilla y León del papel relevante que les corresponde en el contexto de los actuales patrones sociodemográficos y de enfermedad. A este fin, se articula la participación de las Corporaciones Locales en el Consejo de Dirección del Plan Socio sanitario, se profundiza en el contenido funcional de los distintos órganos, y se promueve la creación de los Equipos de Coordinación de Base como estructuras de coordinación sociosanitaria más operativas y próximas a los ciudadanos.

Con la finalidad de coordinar las actuaciones relativas al desarrollo, seguimiento y evaluación de la planificación de la atención sociosanitaria, se crean diversas estructuras, como, el Consejo de Dirección del Plan Sociosanitario, la Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud, la Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria, el Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria y los Equipos de Coordinación de Base, a los cuales haremos alusión seguidamente.

- *El Consejo de Dirección del Plan Socio sanitario.* Es de ámbito autonómico y su responsabilidad ha sido el impulso, seguimiento y evaluación del Plan Sociosanitario, la adaptación de los Sistemas de Acción Social y de Salud a los nuevos requerimientos, la priorización de actuaciones y la ordenación y coordinación de recursos sanitarios y sociales. El Consejo de Dirección asumió igualmente la coordinación de las propuestas y acciones de las Comisiones de Dirección de las Áreas de Salud y ha creado los Grupos de Trabajo Técnico inter-consejerías.
- *La Comisión de Dirección del Plan Sociosanitario del Área de Salud.* De ámbito provincial, cuya responsabilidad ha sido la de coordinar las actuaciones de las organizaciones Sanitarias y Sociales, vinculadas a los objetivos de la planificación sociosanitaria en su provincia. Capacidad de decisión sobre cuestiones relacionadas con la mejora en la prestación de servicios y con el incremento o adaptación

de los recursos en su ámbito. La comunicación con las estructuras técnicas se realiza a través del Coordinador de la Comisión Sociosanitaria y de su Secretario, que lo es también de la Comisión de Dirección.

- **La Comisión de Coordinación de la Atención Sociosanitaria.** De ámbito provincial o de Área de Salud, constituida como un grupo de expertos con experiencia y conocimiento en el ámbito competencial del que proceden (A. Primaria y Especializada, Servicios Sociales, Salud Mental y Drogodependencias.). Las responsabilidades de la Comisión de Coordinación:
 - > Analizar los procesos de prestación coordinada de servicios que presentan dificultades.
 - > Colaborar en la resolución de casos complejos.
 - > Hacer propuestas de mejora a la Comisión de Dirección.
 - > Recoger necesidad de adaptación o creación de nuevos recursos.
- **El Coordinador del Plan de Atención Sociosanitaria.** Preside la Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de salud, y tiene por misión:
 - > Analizar y realizar informes sobre los procesos y resultados de la coordinación de los que se deduzcan, si fuera necesario, propuestas de modificación de los servicios y recursos existentes.
 - > Intercambiar información acerca de los servicios sociales y sanitarios prestados en su ámbito territorial.
 - > Desarrollar estrategias de información, evaluación y formación acerca de la coordinación sociosanitaria entre los profesionales de su ámbito.
 - > Proponer la organización de los equipos de coordinación de base de su ámbito territorial, con criterios de acercamientos de la gestión al ciudadano y de la coordinación como valor añadido a los servicios prestados.
 - > Elevar a la comisión de dirección posibles propuestas al plan sociosanitario de Castilla y León, así como propuestas para implantar a los profesionales en la mejora de la atención social y sanitaria prestada.
 - > Apoyar y supervisar la actividad de los equipos de coordinación de base de su ámbito territorial, e impulsar los programas de apoyo a las familias de los usuarios, así como la colaboración de las asociaciones de autoayuda y del voluntariado.
 - > Valorar los nuevos recursos y servicios que puedan aparecer en su demarcación geográfica.
 - > Aquellas otras funciones de estudios y propuestas que sobre el desarrollo, seguimiento y evaluación de la coordinación sociosanitaria se consideren oportunas o le sea encomendadas de conformidad con la normativa aplicable.

- *Equipos de Coordinación de Base (ECB)*. Un ECB es un grupo de profesionales de intervención directa, que trabajan en Equipos de Atención Primaria, Centros de Acción Social y, en su caso, equipos de distrito (Salud Mental, Protección a la Infancia), y que tienen un ámbito geográfico común definido a partir de las zonas básicas de salud y de las zonas básicas de acción social.

La tarea esencial de un ECB es la gestión compartida de casos de personas y familias que necesitan la prestación simultánea o sucesiva de servicios sociales y sanitarios, es decir que el ECB trabaja para resolver problemas complejos en los que confluyen, en la misma persona o familia, la enfermedad y la dependencia junto a dificultades para la convivencia y la integración social.

Con el fin de constituir un mecanismo formalizado de relación entre los servicios Sociales y Sanitarios más próximos al ciudadano, garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran prestaciones simultáneas, o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, y detectar las necesidades de mejora tanto de procesos como de servicios o recursos, las Comisiones de Coordinación propondrán la organización de Equipos de Coordinación de Base teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- > El conjunto de los ECB dará cobertura a toda la población.
- > Cada ECB actuará en aquella demarcación territorial que permita la máxima eficacia de su intervención considerando las concretas zonificaciones establecidas para los Servicios Sociales y Sanitarios. A este fin se podrán utilizar también como referentes, en caso necesario, las agrupaciones naturales de la población, tales como barrios, comarcas o similares.
- > En función de los criterios anteriores cada Centro de Acción Social, Equipos de Atención Primaria, Equipos de Salud mental, Gerencia Territorial de Servicios Sociales u otro dispositivo, órgano o institución que es su caso proceda podrán participar en más de un ECB.

Estos Equipos estarán compuestos por profesionales que participan en la prestación directa de Servicios Sociales o sanitarios a los ciudadanos, tendrán la naturaleza de grupos de trabajo de carácter multidisciplinar, su composición concreta es la siguiente:

- > Un profesional de cada Centro de Acción Social del ámbito territorial de actuación.
- > Un profesional Sanitario de cada Equipo de Atención Primaria del ámbito territorial de actuación.
- > Un Trabajador Social del Equipo de Atención Primaria.
- > En función de la naturaleza del caso a tratar, se incorporaran:
 - Un profesional del Equipo de Salud Mental.

- Técnico de la Gerencia de Servicios Sociales.
- Miembros de Asociaciones.

- **Funciones**

- > Detectar los casos que precisen de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva, por parte de los Servicios Sanitarios y sociales, analizarlos en común y adaptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación.
- > Intercambiar conocimientos relativos a los servicios Sociales prestados a personas o grupos así como a la oferta y normas técnicas de actuación de los servicios sanitarios especialmente en relación con las personas en situación de dependencia o en riesgo de padecerla.
- > Intercambiar conocimientos a cerca de las actuaciones de los grupos formales e informales de apoyo, a fin de incluirlos en la medida de lo posible en los procesos de coordinación, favoreciendo la solución de los problemas concretos.
- > Elevar a los superiores inmediatos propuestas para la adopción de soluciones, o bien plantearlas a otros órganos distintos a través de la Comisión de Coordinación.
- > Mantener informada sobre el desarrollo de sus actividades de coordinación a la correspondiente comisión de coordinación.
- > Informar sobre el desarrollo de sus actividades de coordinación a los profesionales así como a las asociaciones y órganos de participación comunicaría de su ámbito, así como la forma en la que puedan efectuar las aportaciones oportunas.

El desarrollo del II Plan Sociosanitario contempla diferentes acciones entre las que es oportuno destacar las relativas a la potenciación de la coordinación socio sanitaria, la garantía de la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario y la prevención de la dependencia, la mejora de la asistencia sanitaria en los centros de carácter social y de la continuidad de cuidados en los hospitales, así como la atención a las necesidades específicas de determinados colectivos.

Los objetivos del II Plan Sociosanitario se establecieron con una vigencia que se extendía hasta el 31 de diciembre del año 2007, previéndose no obstante una actualización formal de los mismos a partir del segundo semestre del año 2005, en función de las correspondientes evaluaciones de sus resultados. Este II Plan Sociosanitario ha descansado en unos **principios rectores** fundamentales, que ha sido los pilares sustentadores del mismo y que son los siguientes:

- Principio de integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud.
- Principio de orientación al conjunto de la población.
- Principio de primacía de la intervención a través de los recursos generales y normalizados.
- Principio de primacía de la intervención en el ámbito familiar y comunitario.
- Principio de participación ciudadana.

La aplicación de estos principios se ha pretendido llevar a efecto a través de cuatro **líneas estratégicas de actuación** a las cuales vamos a dedicar las siguientes consideraciones, centrándonos en las áreas de intervención y los logros alcanzados dentro de cada una de ellas.

Línea Estratégica I. Potenciar la coordinación sociosanitaria

- **Áreas de intervención**
 - > Establecer un marco normativo común: Proyecto de ley de coordinación, normativa sobre autorización y registro de Centros y servicios y coordinación en la inspección.
 - > Crear estructuras de Coordinación operativas: decretos estructuras, creación equipos de coordinación de base, apoyo comisiones de coordinación sociosanitaria, grupos de trabajo.
 - > Desarrollar la gestión de procesos y la gestión de casos: elaboración material del apoyo, difusión e implantación de los materiales, evitar duplicidades en ambos Sistemas.
 - > Implantar sistemas de información compartidos: diseño, desarrollo e implantación, mapa de procesos de coordinación, estrategia de Información.
 - > Formar específicamente a los profesionales para la Coordinación Sociosanitaria: formación de formadores y formación horizontal, incorporación de actuaciones en los programas formativos de Sacyl y de la Gerencia de Servicios Sociales y recopilar información, elaborar material de apoyo y difusión.
- **Logros alcanzados**
 - > Supresión de los centros sociosanitarios. Con la publicación del Decreto 49/2005 que establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se ha logrado eliminar el concepto de los centros sociosanitarios, reafirmando el concepto de que los centros se adscriben a la red de salud o a la de acción social, con independencia de que en ellos se presten servicios de ambas redes con sus propias características.

- > Se ha conseguido afianzar un modelo de coordinación propio de nuestra Comunidad, consolidándolo conceptualmente, no sólo porque las estructuras que lo hacen posible se regularizaron normativamente, sino también porque tanto los gestores como los profesionales de ambas redes de atención han interiorizado su necesidad.
- > Finalización de la puesta en marcha y funcionamiento de la totalidad de las estructuras operativas que hacen posible la coordinación de los dos sistemas: los Equipos de Coordinación de Base y las Comisiones de Coordinación SocioSanitaria de Área, habiendo cubierto todo el territorio castellano leones.
- > Se ha conseguido implantar el uso de un instrumento de gestión compartida: la Guía de Gestión de Casos. Sin embargo ello no ha estado exento de dificultades, debido a la complejidad y extensión de dicha guía. En consecuencia, se ve la necesidad de rediseñar un instrumento nuevo de comunicación entre el ámbito sanitario y el social y que sea utilizado por todos los equipos de coordinación de base de la Comunidad Autónoma.
- > Organización y difusión de la formación de los profesionales, implementando la metodología de trabajo conjunto y compartido, extendiendo el conocimiento de las características específicas de cada uno de los sistemas de atención, y favoreciendo con ello la aproximación de los profesionales.
- > Se ha trabajado la educación para la salud, apoyo a los cuidadores, prevención de la dependencia, actividades todas ellas realizadas por lo profesionales de forma conjunta. Se ha impulsado el trabajo en equipo a través de los equipos de coordinación de base.
- > Intercambio de conocimiento entre las diferentes Consejerías, haciendo posible el acercamiento y comprensión de los técnicos entre si, y las posibilidades de eficiencia que un abordaje conjunto de la atención puede tener para ambas redes asistenciales.

Línea Estratégica II. Garantizar la prestación integrada de Servicios en el ámbito comunitario y prevenir la dependencia

- **Áreas de intervención**

- > Mejorar los cuidados a domicilio de las personas que los necesitan: incremento de los servicios de ayuda a domicilio (8% a los mayores de 75 años en 2007), analizar la adecuación del servicio de ayuda domiciliaria y cuidador en Atención Primaria y Salud Mental, experiencia piloto de cuidados domiciliarios integrados y así como acciones prioritarias para atención a domicilio en el medio rural.

- > Potenciar el cuidado y la capacitación de los Cuidadores Familiares: servicio de Atención al Cuidador Familiar en la Comunidad y actividades grupales con cuidadores en colaboración con el equipo de Atención Primaria y los centros de Acción Social.
 - > Reforzar los recursos intermedios para el mantenimiento de la persona en el domicilio familiar: aumentar cobertura de servicios de atención diurna, plazas de estancias temporales, establecer requisitos de acceso diferenciados entre respiro e imprevistos y definir perfiles de usuario.
 - > Fortalecer las medidas preventivas de la dependencia, mediante el desarrollo de diversos tipos de actuaciones como la *estrategia regional de envejecimiento saludable* o la *estrategia regional sobre accidentes y daños traumáticos*, así como mediante la incorporación de la prevención a la planificación, al tiempo que se procede a evaluar y reajustar los programas de vida activa.
- **Logros alcanzados**
 - > Desde Atención Primaria se salud implantó el servicio de atención al cuidador familiar, incrementando de forma progresiva su cobertura. El personal de enfermería de atención primaria asumió la valoración de la dependencia mediante las personas dependientes adscritas al servicio de inmobilizados en su domicilio.
 - > El Servicio de Ayuda a Domicilio, creció hasta cumplir el objetivo previsto y se han reforzado otros servicios complementarios como catering, lavandería, etc. La red de servicios sociales se ha ampliado y mejorado en cuanto a los recursos de apoyo a las personas y a las familias.

Línea Estratégica III. Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales

- **Áreas de intervención**
 - > Mejorar la atención integral en los centros de carácter social.
 - > Impulsar el uso racional del medicamento en los Centros de Servicios Sociales.
 - > Poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial: equipo de valoración de cuidados geriátricos, trabajo social, equipos domiciliarios y servicio de atención al usuario.
 - > Atención al cuidador del enfermo hospitalizado.
 - > Disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes: formalizar las Unidades de convalecencia ya existentes, elaborar guías de funcionamiento diferenciando perfiles, tipo de atención, derivación y continuidad asistencial.

- **Logros alcanzados**

- > Se ha consolidado la figura del psiquiatra consultor en sus centros de residencia como procedimiento de atención a personas con discapacidad psíquica Asimismo, se ha iniciado el procedimiento de atención socio sanitaria a personas con enfermedad grave y prolongada.
- > Se ha normalizado la atención sanitaria al Centro Zambrana, asumiéndola íntegramente el EAP de Delicias.
- > Prestación farmacéutica a los centros residenciales de personas mayores de la Gerencia de Servicios Sociales desde los centros hospitalarios de referencia, que se ha demostrado muy eficiente por la mejora de la calidad de las prescripciones fármaco terapéuticas, y la disminución de costes.

Línea Estratégica IV. Atender las necesidades específicas de determinados colectivos

- **Áreas de intervención**

- > Personas Mayores: acciones formativas incorporadas a Sacyl y Servicios Sociales, desarrollar programa psicogeriatría, función tutelar y protección de derechos.
- > Menores: formación sobre situaciones de riesgo y comunicación, valoración y tratamiento sanitario de menores en acogida, prestación integrada de servicios a jóvenes infractores y menores con necesidades especiales.
- > Personas con Discapacidad: sensibilización y formación, modelo coordinado de atención temprana, y atención sanitaria en los centros de personas con discapacidad.
- > Personas con problemas derivados de las drogas: grupo de trabajo regional, definición de procedimientos de prestación, problemas de interconsulta, monitorización de procesos y casos.
- > Otras personas en situación de riesgo o exclusión social: principios de accesibilidad y normalización, y sensibilización de los profesionales.

- **Logros alcanzados**

- > El colectivo de las personas con enfermedad mental, ha sido un objetivo prioritario de actuación en el II Plan. En este sentido cabe resaltar el compromiso adquirido por la Consejería de Familia, a través de la Gerencia de Servicios Sociales, de incluir a las personas con discapacidad por enfermedad mental, como receptoras de las prestaciones de su red de atención residencial y de inserción social complementada con la atención sanitaria de Sacyl.
- > Abordaje de enfermos con patologías diversas que forman parte del colectivo de las personas sin hogar.

El II Plan Socio sanitario 2004-2007 se elaboró en torno a las citadas cuatro líneas estratégicas, con la intención de englobar los aspectos más importantes de la atención socio sanitaria, entendida ésta como la prestada por dos redes de servicios, la sanitaria y la de servicios sociales, persiguen como objetivo, proporcionar una respuesta única a las múltiples y diferentes necesidades sanitarias y sociales que se presentan a los ciudadanos de forma simultánea o sucesiva, aun siendo autónomas en su funcionamiento y financiación.

De hecho el propio II Plan Socio sanitario de Castilla y León, su desarrollo y puesta en marcha han supuesto un modelo de actuación para nuestros sistemas de protección social que se sustentan, en la integración funcional de los Sistemas de Acción Social y de Salud, los cuales, sin perjuicio de la idiosincrasia propia de cada uno de ellos, comparten sin duda lo más esencial: los destinatarios de sus actuaciones, es decir, los ciudadanos quienes deben recibir esos servicios de la forma más satisfactoria posible. En este sentido, la adecuada delimitación de competencias y la definición de ámbitos propios es el sustrato imprescindible para la necesaria coordinación de actuaciones entre ambos Sistemas.

Obviamente, tanto la acción sanitaria en sí misma como la que se ejerce de forma coordinada con los Servicios Sociales no podría funcionar adecuadamente si no se contase con profesionales adecuadamente capacitados para desempeñar tales labores. En este sentido, aun sin dudar de que en Castilla y León se cuenta con unos niveles de preparación y competencia más que suficientes, es necesario enfatizar que el concepto de adecuada preparación tiende a “caducar” rápidamente si esa formación no se entiende como un proceso permanente y continuado que permita entender e incorporar a la práctica profesional los avances y los cambios experimentados no solo desde la óptica científica, sino también en el panorama social y demográfico. Por ello dentro de las perspectivas de conseguir un envejecimiento saludable, en tanto parte de un envejecimiento activo más amplio, es necesario referirse, aunque sea brevemente a esta cuestión.

2.5 Capacitar a los profesionales de los servicios de salud

Su objetivo es garantizar la capacitación profesional en la prevención y el abordaje de los problemas de salud más frecuentes entre los ancianos. Se hace necesaria una actualización y adaptación de profesionales y organizaciones, al configurarse un nuevo escenario resultante de la acción combinada de un conjunto de procesos, como son los cambios impuestos por el progreso científico y tecnológico, los nuevos perfiles epidemiológicos y sociales de la población, las transformaciones operadas en los sistemas de información y en los modelos de organización sanitaria, las exigencias de la sociedad y las expectativas de los usuarios respecto a los servicios

de salud, el contexto relacional profesional-paciente en el que se tiende hacia un mayor protagonismo y participación del paciente, frente a la figura de este como un mero “destinatario de cuidados”.

Dado que tanto la sociedad, como el estado de los conocimientos científicos, técnicos y organizativos están en continuo proceso de cambio, la adecuada respuesta no puede sino provenir de la *Formación Continuada*, entendida como proceso que tiene como finalidad mantener y mejorar la competencia de los profesionales, de manera que sean capaces de responder de forma eficaz a las necesidades de los pacientes, a las demandas del sistema sanitario, a los cambios y exigencias sociales y asimismo contribuir al desarrollo y a la satisfacción profesional. Para superar los urgentes retos planteados sentando al mismo tiempo unas bases más sólidas para el futuro de los sistemas sanitarios, es necesario que los planificadores de la salud reflexionen sobre la composición del personal sanitario desde el punto de vista del nivel de formación y de las distintas especialidades. Entre las actividades de formación debemos de destacar:

- Formación de los profesionales de Atención Primaria en relación con los servicios de atención a la dependencia en las personas mayores: Prevención y detección de problemas en el anciano, Atención domiciliaria al paciente inmovilizado, Atención al paciente terminal y Atención al cuidador principal, a través del impulso de actividades de formación continuada en relación con las necesidades detectadas.
- Formación relacionada con el modelo de coordinación socio-sanitaria para la prestación de cuidados integrales: gestión compartida de casos y mejora de procesos de coordinación sanitaria y social, formación en el modelo de coordinación al personal directivo y de equipos de coordinación de base.
- Educar a los trabajadores sanitarios y sociales para que hagan posible la creación de modelos de asistencia primaria y de asistencia de larga duración que reconozcan los puntos fuertes y las contribuciones de las personas ancianas. Incorporar módulos sobre envejecimiento activo en los planes de estudio médicos y sanitarios a todos los niveles. Proporcionar educación especializada en gerontología y geriatría a los profesionales médicos, sanitarios y de los servicios sociales.
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores: Cuidadores informales. Proporcionar a los miembros de la familia, a los consejeros de la misma edad y a otros cuidadores informales, información y formación sobre la forma de cuidar a las personas a medida que envejecen.
- Formar a todos los profesionales de la salud y de los servicios sociales sobre el proceso de envejecimiento y las formas de optimizar el envejecimiento activo entre los individuos, las comunidades y los grupos de población.

Los responsables políticos están preocupados por la fuga de profesionales registrada entre el personal sanitario, pero las investigaciones al respecto son aún incipientes. Los movimientos de profesionales de la salud reproducen fielmente las pautas de emigración de los profesionales en general. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud, hecho que cobra una especial relevancia en la Comunidad de Castilla y León. Si a ello le añadimos que el grado de envejecimiento existente y el más que probable incremento de sus valores en un futuro inmediato, podremos comprender fácilmente que la “presión” sobre nuestro sistema sanitario no va a verse precisamente muy aliviada. En consecuencia, se debe reflexionar sobre la extrema necesidad de diseñar estrategias adecuadas, no ya para evitar la fuga de profesionales, sino para contar con los más capacitados, a cuya formación ha dedicado sus recursos nuestra Comunidad Autónoma.

Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mucha mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. Es importante concienciar de forma permanente y continúa sobre la necesidad de mejorar y formarse a los profesionales sanitarios, a los cuidadores y a los ciudadanos y, en general, a la sociedad castellano y leonesa.

2.6 Estudio de programas

El envejecimiento de la población de Castilla y León es un fenómeno global que requiere medidas regionales y locales. Para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad, lo cual obliga a una labor de revisión y puesta al día de todas las acciones encaminadas a conseguir unos objetivos que no cambian, aunque sí puede cambiar la perspectiva, la forma o los medios de abordarlos.

Se hace, pues, necesario, estudiar los programas que se han lanzado desde diversas instancias y que están encaminados a lograr un envejecimiento saludable, tratando de mostrar su adecuación a los rasgos sociales demográficos y territoriales de Castilla y León, valorar su verdadero alcance en cuanto a participación y/o seguimiento, así como las dificultades existentes para una mayor y mejor implementación de los mismos y también establecer mecanismos o pautas de referencia que establezcan, en la medida de lo posible el “grado de proporcionalidad” entre los recursos empleados y los logros conseguidos.

El proceso de cambio socio-demográfico descrito en capítulos anteriores, plantea muchas cuestiones fundamentales a los responsables políticos, no sólo de nuestra región sino de todo el país e incluso a escala internacional. En un mundo cada vez más intercomunicado, el hecho de no afrontar de manera racional y en cualquier parte del mundo los imperativos demográficos y los rápidos cambios de las pautas de la enfermedad, tendrá consecuencias socioeconómicas y políticas globales.

¿Cómo podemos ayudar a las personas a que sigan siendo independientes y activas a medida que envejecen? ¿Cómo podemos reforzar las políticas de promoción y prevención de la salud, especialmente las dirigidas a las personas ancianas? Ya que la población vive más años, ¿cómo se puede mejorar la calidad de vida en la edad avanzada? ¿Hará quebrar tal cantidad de personas de edad avanzada nuestros sistemas sanitarios y sociales? ¿Cómo repartir de forma equilibrada el cuidado de las personas que necesitan asistencia a medida que envejecen entre la familia y el estado? ¿Cómo reconocer y apoyar el importante papel que desempeñan estas personas a medida que envejecen cuidando de otros? La Organización Mundial de la Salud sostiene que los países podrán afrontar el envejecimiento si los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil, promulgan políticas y programas de «envejecimiento activo» que mejoren la salud, la participación y la seguridad de los ciudadanos de mayor edad. Ha llegado el momento de hacer planes y actuar.

El término «Salud» se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos, así como entre generaciones de viejos y de jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutarán como abuelos dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar su vejez y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en

todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, se requieren entornos favorables que «hagan que las decisiones saludables sean decisiones fáciles». Los datos disponibles indican cada vez más que la vejez en sí misma no está asociada con el aumento de los gastos sanitarios. Lo costoso es la discapacidad y la mala salud, con frecuencia asociadas a la edad avanzada, porque en ella se manifiestan o se hacen patentes los “riesgos acumulados” en etapas anteriores en las que con una visión muy del “corto plazo”, no se han adecuado hábitos y pautas de vida saludables”. A medida que las personas envejecen con un mejor estado de salud, es posible que el gasto sanitario no aumente tan rápidamente.

Según la OMS (2001) los modelos actuales de prestación de servicios sanitarios para enfermedades agudas no son adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones que envejecen rápidamente. A medida que vaya envejeciendo la población, continuará aumentando la demanda de medicamentos que se usan para retrasar y tratar las enfermedades crónicas, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida. Esto exige un esfuerzo por parte de todos para aumentar el acceso asequible a medicamentos básicos y seguros y para garantizar mejor el uso correcto y eficiente tanto de los fármacos actualmente en uso como de los nuevos. En este esfuerzo deben colaborar la Junta de Castilla y León, los trabajadores sanitarios, la industria farmacéutica, los empresarios y las organizaciones que representan a las personas ancianas.

El diseño y, en su caso, la revisión y actualización de programas encaminados a estos objetivos no puede ser abordado única y exclusivamente desde la perspectiva sanitaria, ésta es muy importante, pero, ha quedado patente en consideraciones anteriores, no es única. En consecuencia, se requiere la acción sobre los tres pilares básicos del envejecimiento activo, la salud, la participación y seguridad.

- **Salud.** Cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y más calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejecen. Habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y servicios sanitarios. Las personas que necesitan asistencia deben tener acceso a toda la gama de servicios sociales y de salud que abordan las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen.
- **Participación.** Cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencias, las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en diferentes actividades tanto remuneradas como sin remunerar, contribuyendo con ello a un mayor bienestar personal y colectivo que se traduce, a su vez, en una menor presión sobre el sistema sanitario.

- **Seguridad.** Se debe apoyar a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad y las políticas y los programas abordaran las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, viendo garantizadas la protección, la dignidad y la asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas.

El envejecimiento de la población se ve impulsado por dos factores, a saber, una disminución de la proporción de niños, reflejo a su vez de una disminución de las tasas de fecundidad en la población general, y un aumento de la proporción de adultos de más de 60 años, consecuencia de la disminución de las tasas de mortalidad. Esta fase que ha sido denominada como “la segunda transición demográfica” traerá consigo varios retos importantes para los planificadores de la salud y las políticas sociales. Aunque los datos estadísticos muestran que conforme envejecen las poblaciones, aumenta la carga de enfermedades no transmisibles, la evidencia acumulada en países desarrollados, muestra, sin embargo que la prevalencia de enfermedades crónicas y los niveles de discapacidad entre las personas mayores pueden reducirse adoptando medidas apropiadas de promoción de la salud y estrategias de prevención de las enfermedades no transmisibles. Un hecho especialmente preocupante es el aumento de la prevalencia de riesgo de enfermedades crónicas observado en los países en desarrollo o en otros con graves crisis en sus sistemas sanitarios y/o asistenciales. Las oportunidades perdidas por los sistemas de salud para afrontar o gestionar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la edad se traducirán en aumentos de la incidencia, de la prevalencia y de las complicaciones asociadas a estas enfermedades, y pueden por tanto desviar recursos de otras prioridades como la salud materno infantil.

La mejora de los sistemas de salud y de sus respuestas al envejecimiento de la población está justificada económicamente. Con unas razones de dependencia de las personas mayores que están aumentando prácticamente en todos los países del mundo, la contribución económica y los papeles productivos de las personas mayores cobrarán mayor importancia. Ayudar a la gente a mantenerse sana y a asegurarse una buena calidad de vida para sus últimos años de vida constituye uno de los mayores retos para el sector sanitario de los países tanto desarrollados como en desarrollo. Por ello, en el caso que ahora nos ocupa, que es el de nuestra Comunidad Autónoma, como hemos dicho en otras ocasiones, el requisito previo al envejecimiento activo es el envejecimiento saludable y el principal artífice de su logro, aparte de los ciudadanos castellanos y leoneses, debe ser nuestro sistema sanitario, al cual conviene “pasar revista”, en el sentido de mostrar en qué medida está preparado para afrontar este reto.

2.7 Las potencialidades del Sistema Sanitario de Castilla y León para contribuir al logro de un envejecimiento activo

Uno de los objetivos centrales del Sistema Sanitario de Castilla y León es el de conseguir un buen estado de salud para las personas mayores, concibiendo la salud como factor clave de la autonomía, que de esta forma posibilita una experiencia de envejecimiento activo. Mantener esta autonomía es el principal objetivo tanto para las personas como para los responsables políticos. En orden a la plena consecución de esta meta el sistema sanitario de Castilla y León ha hecho y está haciendo, y continuará, sin duda, en esta línea de realizar esfuerzos para conseguirlo. Ahora bien, el que se trabaje en esta línea no quiere decir que se alcancen plenamente los logros propuestos. Se trata de “una carrera de fondo” o, mejor aún, de un proceso permanente. En este sentido sólo se podrán tomar decisiones acertadas en el ámbito sanitario si se analizan y se conocen cuáles son los puntos fuertes y los puntos débiles del sistema Sanitario de Castilla y León, es decir, si tenemos plena conciencia de qué es lo que se debe mantener tal como está, que es lo que se debe reforzar y qué es lo que se debe modificar de manera más amplia.

En estas breves consideraciones sobre este particular vamos a partir de un conjunto de factores detectados en el análisis interno y externo, sobre los que se construye la matriz DAFO instrumento de análisis que facilita la toma de decisiones. Como consecuencia del análisis del entorno y del análisis interno surgirán una serie de factores para conseguir el éxito en el desarrollo del proyecto planteado.

El análisis DAFO, estructurado en torno a las cuatro conocidas variables (Debilidades, Fortalezas, Amenazas y Oportunidades), posibilita el estudio, sistematización y comprensión de las características del Sistema Sanitario de Castilla y León, al tiempo que permite resaltar con mayor claridad los elementos a tener presentes cuando se establezcan las orientaciones a seguir en el diseño y elaboración de un “itinerario de intervenciones” que de adecuada respuesta a las necesidades y demandas de los ciudadanos y la sociedad a la que sirve.

De las cuatro variables consideradas, las debilidades y fortalezas pertenecen al ámbito interno del fenómeno analizado. Este análisis debe considerar una gran diversidad de factores relativos a aspectos de logística, recursos disponibles, financiación, organización. Por su parte, las amenazas y oportunidades pertenecen siempre al entorno externo de la organización, debiendo ésta superarlas o aprovecharlas, anticipándose a las mismas. Aquí entra en juego la flexibilidad, el dinamismo y la capacidad de reacción de la institución. Vamos, pues a enumerar cuáles deben ser los puntos a considerar, para luego realizar una valoración final de la situación.

- **Ámbito interno. Fortalezas**
 - > Sistema universal y gratuito.
 - > Demanda de los servicios por parte de la población.

- > Existencia de equipos multidisciplinares.
 - > Existencia de planes de formación continuada en la Consejería de Sanidad.
 - > Voluntad de mejora mantenida de las autoridades sanitarias en Castilla y León.
 - > Existencia de planes anuales de gestión en la Gerencia Regional
 - > Legislación vigente facilitadora.
 - > Participación de agentes sociales y profesionales en la planificación.
 - > Implicación de los recursos personales, profesionalización, y compromiso de los profesionales.
 - > Proximidad a las personas mayores y sus necesidades.
 - > Coordinación unificada de servicios.
 - > Modernización y utilización de las nuevas tecnologías en la población, estructuras y servicios de la Gerencia Regional.
 - > Elementos coordinación y cooperación entre la los diferentes niveles de la asistencia sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada), así como entre ésta y los servicios sociales.
 - > Concordancia general entre lo que los ciudadanos consideran prioritario y la oferta de programas y servicios de salud.
 - > Disponibilidad de la Cartera de Servicios común, a nivel de todas las Áreas de salud de la Comunidad.
 - > Eficacia de las actividades preventivas para reducir la morbi-mortalidad.
 - > Existencia de una red de servicios asistenciales amplia, diversificada, consolidada y profesionalizada.
 - > Amplia experiencia y cualificación de los profesionales que participan en programas y servicios específicos de intervención en el sistema sanitario.
 - > Revisión y examen continuo y permanente de la forma de trabajar y actuar.
- **Ámbito interno. Debilidades**
 - > Falta de cultura de gestión por procesos.
 - > Escasez de programas de información y educación para la salud en Atención Especializada y Atención Primaria.
 - > Falta de autoevaluación y diseño de planes de mejora.
 - > Falta de sistematización en el abordaje de los problemas que conlleva el envejecimiento de la población.
 - > Sobrecarga de los familiares.
 - > Necesidad de mayor apoyo a los cuidadores.
 - > Presencia de listas de espera y retraso en el consiguiente aplicación terapéutica.

- > Limitación y escasa elaboración de protocolos de derivación en los pacientes que precisan continuidad de cuidados.
 - > Escasa coordinación con los servicios sociales.
 - > Dispersión de la información clínica.
 - > Necesidad de mejorar el sistema de información.
 - > Gasto farmacéutico elevado.
 - > Falta de política de mantenimiento preventivo.
 - > El paciente percibe como escaso el tiempo de dedicación por parte de los profesionales sanitarios.
 - > Escasa concienciación de los usuarios del coste que supone la puesta en marcha y mantenimiento de los servicios sanitarios.
 - > Escasa capacidad para anticipar/detectar necesidades y expectativas de pacientes y familiares.
 - > Escasa utilización de herramientas de valoración de resultados de intervenciones realizadas.
 - > Envejecimiento de las plantillas de profesionales del Sistema sanitario.
 - > Escasez de datos epidemiológicos sobre enfermedades degenerativas y enfermedades mentales en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
 - > Baja implicación de las personas en planes y actividades de gestión y planificación.
 - > Elevado absentismo.
 - > Sensación de falta de reconocimiento general en algunos colectivos.
 - > Escasa difusión de los logros alcanzados en resultados.
- **Ámbito externo. Oportunidades**
 - > Legislación sólida y, en general, bien desarrollada.
 - > Se fomenta EFQM como modelo de gestión.
 - > Voluntad política e implicación real de las autoridades sanitarias de Castilla y León.
 - > Existencia de mecanismos para llevar a cabo una gestión participativa.
 - > Implantación de metodologías de calidad y gestión por procesos.
 - > Existencia de Planes de formación de Médicos Internos Residentes y de especialidades de enfermería.
 - > Presencia de algunos estímulos sociales externos que demanden cambios en la forma de actuar.
 - > Elaboración de guías y protocolos clínicos.
 - > Desarrollo de la Ley de Dependencia.
 - > Movimiento asociativo fuerte y consolidado.

- > Trabajo conjunto entre ambos niveles que refuerza la propia intervención.
 - > Disponibilidad de instrumentos a través de los de Nuevas Tecnologías de la Información.
 - > Intercambio de experiencias y colaboración con otras Comunidades Autónomas.
 - > Oportunidad de lograr la diferenciación entre la calidad en la gestión y un enfoque de continuidad de cuidados.
 - > Implicación de diferentes instituciones.
- **Ámbito externo. Amenazas**
 - > La propia presión de los usuarios, que se percibe, además de manera creciente, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.
 - > Crisis económica, que puede comprometer la necesaria expansión en cuanto a los recursos dedicados al sistema sanitario.
 - > Alarma social generada por los medios de comunicación.
 - > Fragmentación y da veces desconexión entre de los sistemas sanitario y social.
 - > Riesgo de desbordamiento en el futuro de los Sistemas de Atención Primaria y Especializada debido a la demanda creciente.
 - > Escasa valoración social y sanitaria del trabajo con pacientes crónicos.
 - > Presión de la industria farmacéutica (nuevos medicamentos, más caros).
 - > Factores que reducen la motivación de los profesionales.
 - > Estructura del poblamiento de Castilla y León: escasa densidad y alto grado de dispersión de la población, que dificulta y encarece la prestación de servicios a todos los ciudadanos de la Comunidad.

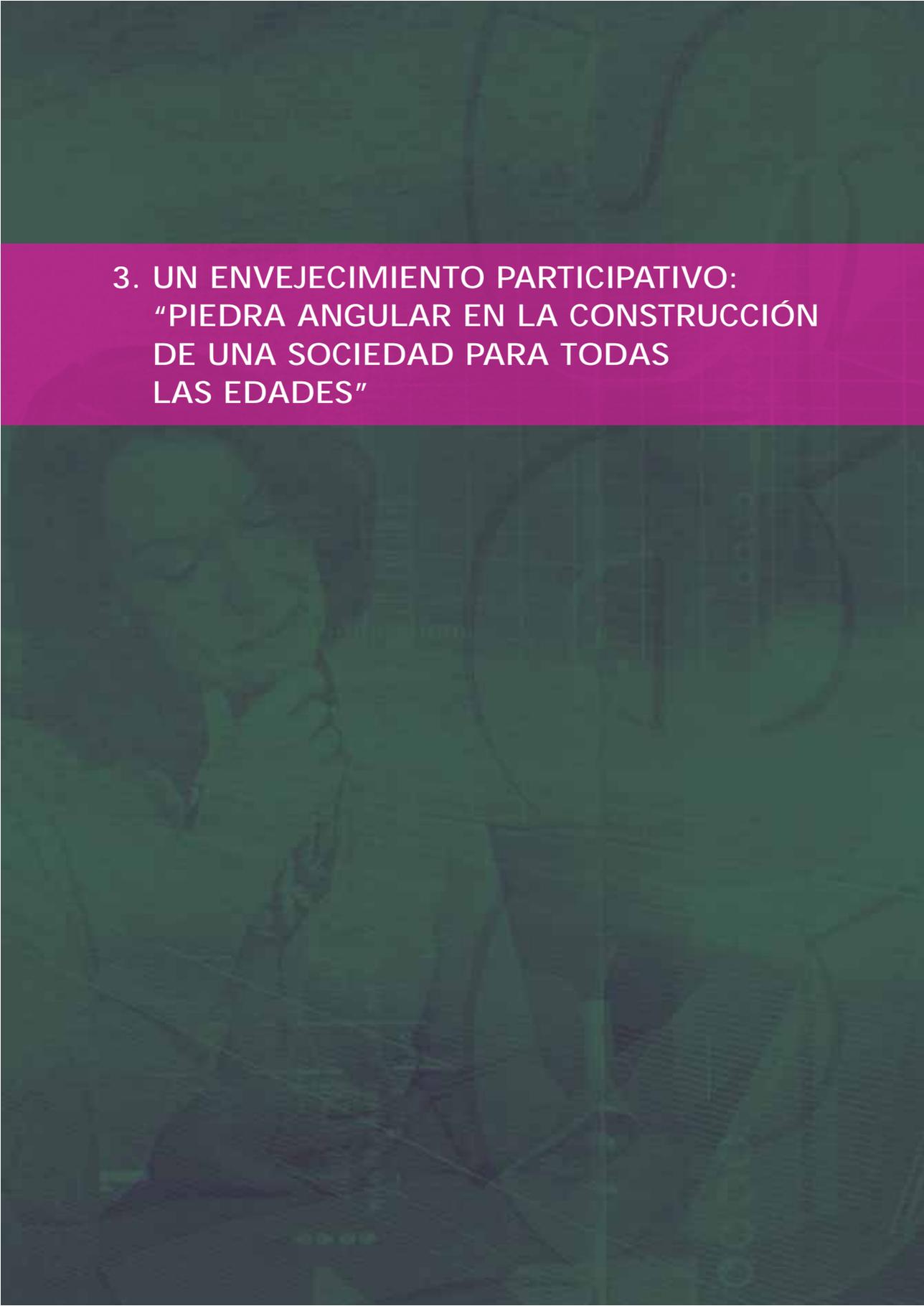
Del análisis realizado en las líneas anteriores se pueden desprender dos “sentimientos” encontrados pero que no debemos considerar contradictorios, sino que deben estar presentes en la mente de todo responsable y planificador mínimamente concienciado. Estos dos sentimientos podemos resumirlos en dos afirmaciones:

- El sistema Sanitario de Castilla y León no se encuentra, ni mucho menos, inerme ante los retos que plantean los importantes cambios socio-demográficos que estamos viviendo.
- Aun contando con medios y posibilidades, tenemos ante nosotros una tarea difícil y compleja, que requiere un continuo “cuestionamiento” acerca de la calidad, eficacia y oportunidad de la asistencia prestada. Los logros deben servir de estímulo pero para la “autocomplacencia”, que es un enemigo fundamental en la tarea de mejorar.

Bajo esta perspectiva o esta dualidad posibilidades-retos, resulta conveniente explicitar cuáles son los principales desafíos que tiene el sistema sanitario castellano y leonés de cara a conseguir un “envejecimiento saludable”, concebido como *condición sine qua non*, para lograr en toda su plenitud un envejecimiento activo. Esos retos, en orden a una modernización de los servicios que se prestan a la sociedad son los siguientes:

- La reordenación de las formas de prestar sus servicios a las personas mayores, con la finalidad de ofrecerlos con unas mayores cotas de eficacia, agilidad y proximidad.
- La imperiosa necesidad de adaptación progresiva y continuada a la realidad social del envejecimiento y a la despoblación de la zona rural de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
- Búsqueda de soluciones para disminuir la frecuencia y gravedad, así como para mejorar la calidad de vida de todas las personas mayores que padecen algún tipo de enfermedad y favorecer la permanencia de las mismas en su entorno, no sólo es una prioridad para todos los sistemas sanitarios, sino que afecta e implica a diversos sectores de la sociedad.
- Intervenir sobre los problemas considerados como prioritarios, que en este momento, en nuestra Comunidad son los siguientes:
 - > Infarto agudo de miocardio.
 - > Diabetes mellitus.
 - > Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón.
 - > Enfermedades cerebro-vasculares (ictus).
 - > Tumor maligno del colon.
 - > Tumor maligno de la mama.
 - > Trastornos del humor (afectivos): Depresión.
 - > Insuficiencia cardíaca.
 - > Accidentes de tráfico de vehículos de motor.
 - > Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores: EPOC.
 - > Dolor asociado a la patología osteoarticular.
 - > Patología infecciosa grave, relacionada con las políticas de vacunaciones, políticas de antibioterapia, diagnóstico microbiológico, prevención de infecciones nosocomiales y seguridad del paciente.
 - > Prestación de servicios de sanidad ambiental.
 - > Prestación de servicios de seguridad alimentaria.
 - > Salud en el entorno laboral. Principalmente relacionado con los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.
 - > Dependencia asociada a la enfermedad.

Estos problemas debe ser abordados desde una perspectiva integral e integradora, bajo la cual se deben planear las diversas medidas. Unas medidas que deben ir desde la educación para la salud y la promoción de la misma en todos los colectivos sociales hasta la atención en los servicios asistenciales, pasando por la coordinación con otro tipo de servicios, en especial los servicios sociales. Todo ello acompañado del diseño de programas, procedimientos y protocolos que permitan evaluar la eficacia, el alcance, el grado de cumplimiento y el grado de satisfacción de las medidas y actuaciones realizadas, como medio para lograr que los procesos de mejora no funcionen “a golpes”, sino que formen parte del quehacer cotidiano de los profesionales y los responsables sanitarios. En este sentido, los expertos han planteado y deben seguir planteando de forma continuada, cuáles son los márgenes de mejora hacia los que dirigir los esfuerzos, a la luz de la evidencia y los conocimientos actuales para avanzar, entre otros aspectos, en eficacia, en continuidad, en coordinación o en accesibilidad. Ello, permitirá hacer realidad ese objetivo de un envejecimiento sano que haga de las personas mayores un colectivo “en plenitud de facultades”, capaz de participar como cualquier otro en nuestra sociedad: un envejecimiento sano hace posible un envejecimiento participativo, que es la segunda de las grandes perspectivas, que vamos a tratar a continuación.



3. UN ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO: “PIEDRA ANGULAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES”

3. UN ENVEJECIMIENTO PARTICIPATIVO: “PIEDRA ANGULAR EN LA CONSTRUCCIÓN DE UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES”

En los capítulos anteriores hemos visto que la evolución socio-demográfica viene a conformar a la sociedad castellana y leonesa como una sociedad altamente envejecida en el contexto nacional. También se ha enfatizado el hecho de que la situación en relación a la salud de las personas mayores, aun cuando deba ser objeto de continua mejora, muestra unas claras potencialidades de mantener y mejorar unas condiciones de bienestar físico y autonomía personal que permitan ser en gran medida optimistas de cara a la consecución de ese fin último, que es el de lograr “una sociedad para todas las edades”. En cualquier caso, debemos ser conscientes de que encontrarse bien, o el mantener la mayor autonomía posible es condición necesaria pero no suficiente, para sentirse auténticos ciudadanos, las personas mayores (al igual que cualquier otra) no sólo necesitan que les “atiendan” o que les “asistan”, necesitan sentir y hacer sentir a los demás que tienen algo que decir y que aportar a la comunidad, necesitan, ser miembros activos, participar en el “engranaje social”, desde múltiples ópticas que abarcan desde su papel en las familias y hogares, hasta la vertiente asociativa, pasando, como no, por la propia actividad económica y laboral. Vamos pues a analizar brevemente las distintas dimensiones en las que puede tomar parte activa la llamada “tercera edad”, viendo cómo está la situación y cuáles son las perspectivas de futuro en relación con el objetivo de este informe, comenzando por esa dimensión que, en líneas generales, es percibida como la forma más “palpable”, “directa” o “efectiva” de participación de los jóvenes en la sociedad.

3.1 La participación en el mercado laboral y en la actividad económica de las personas mayores en Castilla y León

Ya se ha descrito en el capítulo 1 la situación de progresivo envejecimiento que viene experimentando la población de la Comunidad Autónoma de Castilla y León¹; por ello, es en extremo conveniente analizar cuál es la situación en la que se encuentran las personas mayores que residen en ella y, asimismo, tratar de identificar los rasgos que las caracterizan con vista a poder comprender mejor la realidad de la etapa vital que constituye la vejez.

En este sentido, una de las dimensiones básicas de la vida de las personas mayores es su relación con el mercado de trabajo, ya sea ésta resultado de la participación de forma activa en el mismo o, al contrario, por su inactividad laboral. Asimismo, a la hora de abordar la relación de las personas mayores con el mercado laboral deben tomarse en consideración las recientes transformaciones que afectan a la vida laboral de las personas y al momento de su retirada del mercado de trabajo o jubilación. Por ello, en el análisis se incluyen indicadores que no están específicamente referidos a las personas de 65 o más años, sino al colectivo de trabajadores de más edad y que en las estadísticas laborales convencionalmente se identifican con aquéllos de 55 y más años de edad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, en este apartado se analizan algunos indicadores básicos del mercado laboral en España y en Castilla y León tomando como referencia el año 2007 y que pondrán de manifiesto la situación relativa en cuanto a la actividad, el empleo, el paro y la inactividad laboral del colectivo de trabajadores de más edad y de las personas mayores en España y en Castilla y León. No se pretende tanto profundizar en la relación entre los diferentes grupos de edad de la población castellana y leonesa como perfilar los rasgos que caracterizan al colectivo de personas mayores de la región en relación con la actividad laboral y su experiencia en la jubilación.

La fuente estadística básica para llevar a cabo este análisis ha sido la *“Encuesta de Población Activa”* (EPA) del año 2007 que elabora el INE, con datos desagregados según el sexo y la edad. Adicionalmente, se han utilizado algunos resultados seleccionados de la *“Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores”* (ECVM) y del *“Informe 2006. Las personas mayores en España”*, publicados ambos por el IMSERSO y referidos al año 2006. Finalmente, para el caso específico de Castilla y León, se han considerado los resultados de un reciente estudio denominado *“Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León. Año 2007”*,

¹ Recuérdese que los indicadores consignados en las, tablas, gráficos y anexos, del mencionado capítulo sitúan a nuestra Comunidad a la cabeza del conjunto español, y a la mayoría de sus provincias en los puestos más elevados del “ranking”.

con información estadística actualizada sobre las personas de 65 y más años que residen en esa Comunidad Autónoma. Y, asimismo, de otros documentos que aparecen convenientemente recogidos en la bibliografía.

3.1.1 La actividad, la ocupación y el paro

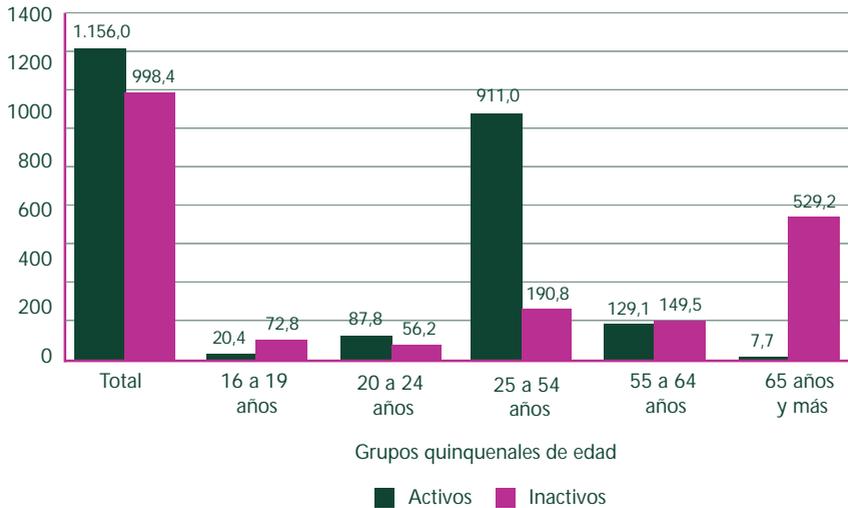
De acuerdo con los datos que proporciona la Encuesta de Población Activa, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León había, en promedio, para el año 2007 un total de 2.154.400 personas en edad de trabajar (16 y más años), de las que 1.156.000 se encontraban en situación laboralmente activa y el resto eran inactivos (Cuadro 3.1.1). Del conjunto de trabajadores que forman parte de la población activa de Castilla y León, 136.900 personas tenían 55 y más años (el 16,8% de la población regional dentro de ese intervalo de edad) y sólo 7.700 tenían 65 años o más de edad (el 1,4%). Estos datos ponen de relieve que las personas mayores mayoritariamente llevan a cabo su vida al margen del mercado de trabajo, siendo muy pocos los que aún se mantienen laboralmente activos una vez que alcanzan la edad de jubilación (Gráfico 3.1.1).

Tabla 3.1.1 Población de 16 y más años según relación con la actividad, según sexo y grupo de edad, 2007 (Media anual, en miles de personas)

	España				Castilla y León			
	Pob. 16 y +	Activos	Ocupados	Parados	Pob. 16 y +	Activos	Ocupados	Parados
Ambos sexos								
Total	37.662,9	22.189,9	20.356,0	1.833,9	2.154,4	1.156,0	1.073,0	83,0
16 a 19 años	1.844,7	548,2	390,8	157,4	93,2	20,4	14,3	6,1
20 a 24 años	2.797,6	1.885,9	1.600,5	285,3	144,0	87,8	75,0	12,7
25 a 54 años	20.946,9	17.349,5	16.093,2	1.256,4	1.101,8	911,0	852,5	58,5
55 años y más	12.073,7	2.406,4	2.271,6	134,8	815,6	136,9	131,2	5,7
Varones								
Total	18.480,7	12.802,5	11.987,3	815,2	1.062,2	680,1	647,8	32,4
16 a 19 años	948,3	329,0	250,4	78,6	47,9	13,1	9,6	3,5
20 a 24 años	1.431,2	1.032,6	903,8	128,9	73,9	51,2	45,3	5,8
25 a 54 años	10.665,6	9.879,2	9.343,8	535,4	565,9	524,0	503,6	20,4
55 años y más	5.435,5	1.561,7	1.489,3	72,4	374,6	91,9	89,2	2,7
Mujeres								
Total	19.182,2	9.387,4	8.368,8	1.018,7	1.092,2	475,9	425,3	50,6
16 a 19 años	896,4	219,2	140,4	78,8	45,3	7,3	4,7	2,6
20 a 24 años	1.366,4	853,3	696,8	156,5	70,1	36,6	29,7	6,9
25 a 54 años	10.281,3	7.470,4	6.749,4	721,0	535,9	387,0	348,9	38,1
55 años y más	6.638,2	844,7	782,2	62,4	441,0	45,0	42,0	3,0

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa, 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

Gráfico 3.1.1 Población de 16 y más años según grupos de edad en Castilla y León, 2007 (miles de personas)



Fuente: INE. Encuesta de Población Activa. 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

Pero, la realidad de la participación de las personas mayores de Castilla y León en el mercado de trabajo y la actividad económica esconde amplias diferencias por cuanto se trata de un colectivo social muy heterogéneo, que se ponen de manifiesto cuando se realiza un análisis del mercado laboral detallando por sexo y grupos de edad, así como a través de la comparación de la situación de Castilla y León con la de otras regiones y con el contexto nacional.

Tabla 3.1.2 Tasas de actividad, empleo y paro de la población de 16 años y más y de la población de 55 años y más por CCAA, 2007 (media anual)

	Población de 16 años y más			Población de 55 años y más		
	Actividad	Empleo	Paro	Actividad	Empleo	Paro
Andalucía	56,2%	49,1%	12,8%	17,1%	15,3%	10,2%
Aragón	58,8%	55,7%	5,2%	19,1%	18,3%	4,1%
Principado de Asturias	50,5%	46,3%	8,5%	15,9%	15,3%	3,4%
Baleares	64,1%	59,6%	7,0%	23,9%	23,0%	3,7%
Canarias	61,0%	54,7%	10,4%	22,6%	20,9%	7,7%
Cantabria	56,2%	52,9%	5,9%	18,9%	18,4%	2,4%
Castilla y León	53,7%	49,8%	7,2%	16,8%	16,1%	4,1%
Castilla - La Mancha	56,0%	51,8%	7,6%	16,6%	15,8%	5,0%
Cataluña	62,5%	58,4%	6,5%	23,3%	22,1%	4,9%

Continúa

Continuación

	Población de 16 años y más			Población de 55 años y más		
	Actividad	Empleo	Paro	Actividad	Empleo	Paro
Comunidad Valenciana	60,1%	54,9%	8,8%	20,2%	19,2%	5,1%
Extremadura	52,9%	45,9%	13,1%	16,4%	14,8%	9,8%
Galicia	54,3%	50,1%	7,6%	18,0%	17,1%	5,1%
Comunidad de Madrid	63,9%	59,9%	6,3%	23,8%	22,7%	4,7%
Región de Murcia	60,5%	55,9%	7,6%	19,3%	18,2%	5,7%
Navarra	60,8%	57,9%	4,8%	21,6%	21,0%	2,7%
País Vasco	57,6%	54,1%	6,1%	19,5%	18,8%	3,8%
La Rioja	58,9%	55,6%	5,7%	19,2%	18,7%	2,8%
Ceuta y Melilla	52,8%	42,6%	19,3%	18,5%	16,5%	10,8%
Total Nacional	58,9%	54,0%	8,3%	19,9%	18,8%	5,6%

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa, 2007. Elaboración J.M.ª Gómez y Y. González.

3.1.1.1 LA ACTIVIDAD

En el año 2007 y en promedio anual, la población activa de Castilla y León alcanzó la cifra de 1.156.000 personas, aumentando el 1,6% con respecto al año anterior. La tasa de actividad de la región creció en igual cuantía que la media nacional (0,6 puntos porcentuales) a lo largo de 2007 hasta situarse en el 53,7% de la población en edad de trabajar (de 16 y más años). Pese a ello, sigue siendo una de las regiones españolas con menor tasa de actividad (sólo por encima de Extremadura, Asturias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla), lejos aún de la tasa de actividad media para España, que fue del 58,9% en ese mismo año (tabla 3.1.2).

Diferenciando según el sexo de los trabajadores castellanos y leoneses se puede apreciar que las tasas de actividad de Castilla y León para los varones y las mujeres se situaron en ese año en el 64,0% y el 43,6% respectivamente, siendo ambos valores inferiores a los registrados por el conjunto nacional, que fueron del 69,3% para los varones y del 48,9% para las mujeres (tabla 3.1.3).

Por lo que respecta específicamente al colectivo de trabajadores de 55 años y más, la tasa de actividad nacional ha experimentado un incremento de algo menos de un punto desde el año 2005 al 2007 (0,8 puntos). La Comunidad Autónoma de Castilla y León, situada por debajo de la media nacional, ha tenido también un crecimiento, pero en una proporción algo menor (el 0,6%). De hecho, esta región muestra una de las menores tasas de actividad en este tramo de edad (el 16,8% en 2007), situándose por debajo solamente las tasas correspondientes a las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha (16,6), Extremadura (16,4) y Asturias (15,9), exceptuando Ceuta y Melilla.

Tabla 3.1.3 Tasas de actividad, empleo y paro según sexo y edad, 2007 (media anual)

Ambos sexos	España			Castilla y León		
	Actividad	Empleo	Paro	Actividad	Empleo	Paro
Total	58,9%	54,0%	8,3%	53,7%	49,8%	7,2%
16 a 19 años	29,7%	21,2%	28,7%	21,9%	15,3%	30,0%
20 a 24 años	67,4%	57,2%	15,1%	61,0%	52,1%	14,5%
25 a 54 años	82,8%	76,8%	7,2%	82,7%	77,4%	6,4%
55 años y más	19,9%	18,8%	5,6%	16,8%	16,1%	4,1%
Varones						
Total	69,3%	64,9%	6,4%	64,0%	61,0%	4,8%
16 a 19 años	34,7%	26,4%	23,9%	27,4%	20,0%	26,9%
20 a 24 años	72,1%	63,1%	12,5%	69,2%	61,3%	11,4%
25 a 54 años	92,6%	87,6%	5,4%	92,6%	89,0%	3,9%
55 años y más	28,7%	27,4%	4,6%	24,5%	23,8%	2,9%
Mujeres						
Total	48,9%	43,6%	10,9%	43,6%	38,9%	10,6%
16 a 19 años	24,4%	15,7%	35,9%	16,1%	10,3%	35,6%
20 a 24 años	62,4%	51,0%	18,3%	52,2%	42,4%	18,8%
25 a 54 años	72,7%	65,6%	9,7%	72,2%	65,1%	9,8%
55 años y más	12,7%	11,8%	7,4%	10,2%	9,5%	6,7%

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa. 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

Adicionalmente, si se toma en consideración el sexo y la edad de los trabajadores de Castilla y León de 55 años y más, diferenciando dentro de ellos los que tienen 65 años y más años, se constata, en primer lugar, el brusco descenso que experimentan las tasas de actividad ya que menos de la mitad de las personas de entre 55 y 64 años siguen siendo laboralmente activas (en torno al 47% para España y para Castilla y León) y solo lo son una escasa minoría de las personas mayores (el 2% y el 1,4%, respectivamente). Esto indica que la retirada del mercado de trabajo se ha adelantado temporalmente a la edad de los 65 años que marca el momento de la jubilación (tabla 3.1.4).

Tabla 3.1.4. Tasas de actividad de las personas mayores según sexo y edad, 2007 (media anual)

	España	Castilla y León
Ambos sexos		
55 a 64 años	47,4%	46,3%
65 años y más	2,0%	1,4%
Varones		
55 a 64 años	63,1%	61,5%
65 años y más	3,2%	2,3%
Mujeres		
55 a 64 años	32,5%	30,9%
65 años y más	1,1%	0,7%

Fuente: INE. *Encuesta de Población Activa*, 2007.
Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

El resultado anterior se corrobora también en la distinción según sexo, siendo las tasas de actividad femeninas muy inferiores a las masculinas. En el caso de los varones de entre 55 a 64 años, en torno al 60% permanecen laboralmente activos, mientras que tal situación solo la presenta algo menos de un tercio de las mujeres de este grupo de edad, si bien es posible que buena parte de estas mujeres nunca hayan realizado una actividad laboral formal y remunerada. Estas diferencias según sexo se manifiestan tanto en Castilla y León como dentro del contexto nacional, si bien las tasas de actividad que registra la región son, para ambos sexos, notablemente más bajas que el promedio nacional.

En España, la evolución del mercado de trabajo en los últimos años ha repercutido positivamente en el aumento de las tasas de actividad para ambos sexos, pero particularmente las de las mujeres, y para todos los grupos de edad, especialmente los jóvenes de 20 a 24 años. Aunque ese incremento de las tasas de actividad ha sido mucho menos importante para los trabajadores de más edad, constituye un cambio de tendencia con respecto a la última década². En Castilla y León la evolución ha sido algo diferente, pues se observa un leve descenso de la tasa de actividad de los varones de 55 años y más en los tres últimos años (de 2005 a 2007), frente a un ascenso de la tasa correspondiente a las mujeres y que, además, es más acusado que en el que se experimenta en el contexto nacional (Anexo 4.1).

² En España, la tasa de actividad de los hombres de 65 a 69 años ha aumentando entre los años 2004 y 2005 en algo más de 1 punto porcentual y la de las mujeres en algo menos de medio punto. Igualmente, varones y mujeres de 60 a 64 años han aumentado su vinculación con el mercado en unos 3 puntos en dicho período (IMSERSO: "Las personas mayores en España. Informe 2006", p. 205).

3.1.1.2 LA OCUPACIÓN

En promedio para el año 2007, la población ocupada de Castilla y León se situó en 1.073.000 personas. Esta cifra representa un aumento del 2,6% respecto del año anterior, frente a un aumento del 3,1% que experimenta la ocupación a escala nacional. En el citado año, la tasa de empleo de la región fue del 49,8%, superando en un punto porcentual a la del año anterior, mientras que en España fue del 54%, siendo 0,7 puntos porcentuales superior a la registrada en 2006. Estos datos sitúan a Castilla y León entre las Comunidades Autónomas con menor tasa de empleo, solo por encima de los casos de Andalucía, Extremadura y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (tabla 3.1.2).

Por sexos, la tasa de empleo de los varones de Castilla y León se situó en el 61,0% y la de las mujeres en el 38,9%, frente a unas tasas del 64,9% y del 43,6% en España. Y por lo que respecta al colectivo laboral de mayor edad (55 y más años), la tasa de empleo regional fue del 16,1% en el año 2007, frente al 18,8% que se registra a escala nacional en ese año (Tabla 3.1.3). Esta cifra, al igual que ocurría con las tasas de actividad, sitúa a Castilla y León entre las regiones españolas con menor proporción de población ocupada de mayor edad, sólo superando las correspondientes a Extremadura (14,8%), Andalucía (15,3%), Asturias (15,3%) y Castilla La Mancha (15,8%) (tabla 3.1.2).

La tasa de empleo de los trabajadores de más edad (55 años y más) muestra una evolución positiva en los últimos tres años, en España y en Castilla y León, con incrementos de 0,8 y 0,6 puntos porcentuales, respectivamente; si bien, lejos aún de los casi 2 puntos porcentuales en que aumenta dicha tasa para el total de la población ocupada en igual período temporal. Si se analiza esta evolución según el sexo, se observa con claridad la peor situación que, en general, presentan las mujeres frente a lo que ocurre para los varones en términos de empleo. Concretamente, en 2007 y para el colectivo de trabajadores de 55 y más años, la tasa de empleo de Castilla y León fue del 23,8% para el caso de los varones, frente al 9,5% para el de las mujeres. Ambas tasas regionales se encuentran muy por debajo de los valores medios que se alcanzan dentro del contexto nacional, que son del 27,4% y del 11,8%, respectivamente. Se aprecia, asimismo, un estancamiento del ritmo de crecimiento de empleo entre los varones de mayor edad de Castilla y León, hecho que contrasta con el creciente dinamismo en el empleo que se observa entre las mujeres de la región integradas en dicho grupo de edad. Estas tendencias se manifiestan también a escala nacional, si bien se encuentran agudizadas en el contexto laboral de la región, particularmente en lo que respecta a las mujeres trabajadoras de mayor edad, entre las que la tasa de empleo creció 1,7 puntos porcentuales entre 2005 y 2007, frente a los 1,1 puntos de crecimiento promedio resultantes para España (Anexo 4.2).

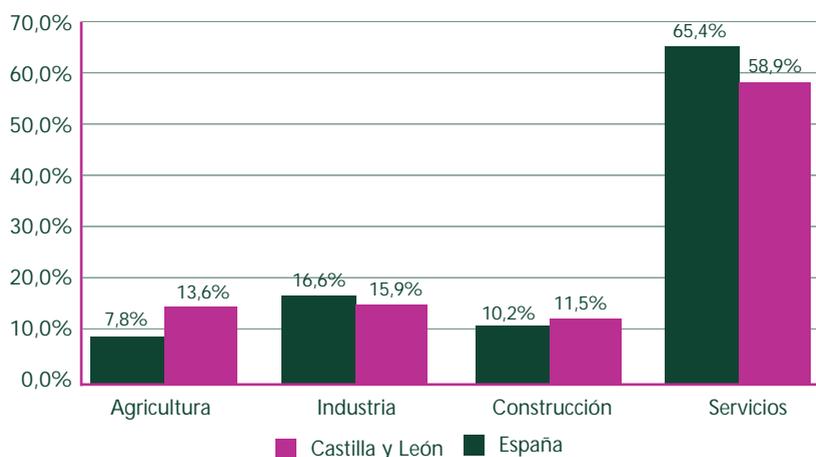
Tabla 3.1.5 Población ocupada de 55 años según sexo y sector de actividad, 2007 (media anual, en miles de personas)

		Agricultura	Industria	Construcción	Servicios	Total sectores
CyL	Total	17,9	20,9	15,1	77,3	131,2
	Varones	14,2	18,8	14,7	41,6	89,3
	Mujeres	3,7	2,1	0,5	35,7	42
España	Total	178	377,1	230,8	1.485,8	2.271,7
	Varones	132,2	319,4	225,4	812,3	1.489,3
	Mujeres	45,8	57,6	5,3	673,5	782,2

Fuente: INE. *Encuesta de Población Activa*, 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

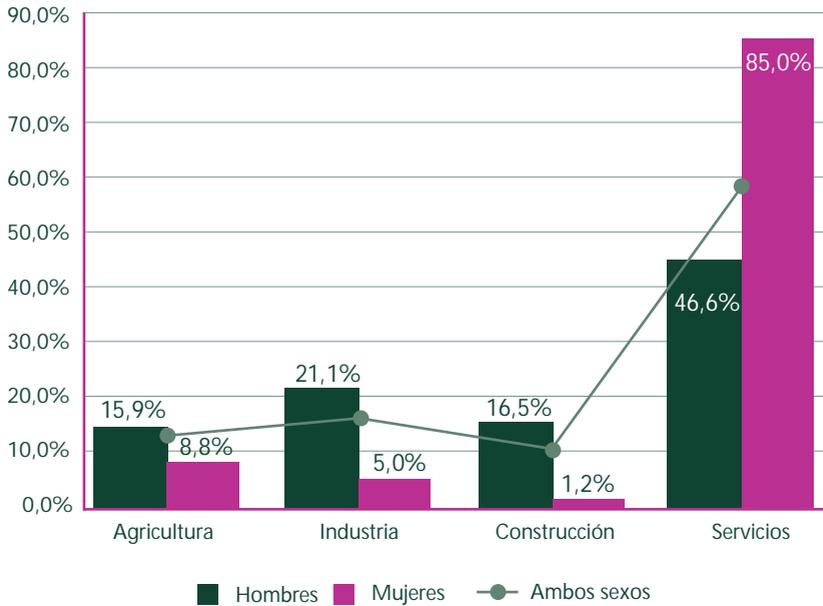
Al analizar la distribución sectorial de la ocupación entre los trabajadores de más edad en España se aprecia que, durante el año 2007, ésta se concentró en la actividad industrial y, fundamentalmente, en el sector de los servicios (tabla 3.1.5). En Castilla y León se mantiene la misma pauta distributiva anterior, siendo las ramas del sector terciario (el 58,9%) y las industriales (el 15,9%) las que aglutinan a la mayoría de los ocupados de este grupo de edad. No obstante, destaca en el ámbito regional el mayor peso proporcional que representan los empleos en el sector agrario, frente al contexto nacional (13,6% y 7,8%, respectivamente), lo que pone de relieve la relevancia que aún hoy ostenta la actividad agraria entre los trabajadores de más edad de la región (gráfico 3.1.2).

Gráfico 3.1.2 Distribución sectorial de la población ocupada de 55 años y más en España y en Castilla y León, 2007.



Fuente: INE. *Encuesta de la Población Activa*, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 3.1.3 Distribución sectorial de la población ocupada de 55 años y más según sexo en Castilla y León, 2007



Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Atendiendo al sexo, la distribución sectorial de la población ocupada de 55 años y más de Castilla y León presenta amplias diferencias. Así, destaca la abrumadora presencia de las mujeres con empleos en el sector servicios (el 85%), que casi duplica la de los varones. En el resto de sectores, en cambio, la relevancia de las mujeres ocupadas de 55 años y más es muy inferior a la de los varones. Las diferencias con respecto al contexto nacional se centran particularmente en el sector agrario regional, en el que encuentran ocupación un porcentaje mucho mayor de varones de más edad que el promedio para España, con el 15,9% y 8,9% del total, respectivamente (gráfico 3.1.3).

El colectivo de trabajadores ocupados de 55 años y más se caracteriza también por mostrar una proporción muy baja de empleo asalariado. Concretamente, el 9,8% del total de este grupo de edad en Castilla y León, frente al 9,2% en España (tabla 3.1.6). Este dato sugiere que las personas que siguen trabajando en el tramo de edad más alto son, en buena parte, trabajadores por cuenta propia y, por tanto, que tienen mayor capacidad para decidir cuándo abandonar la actividad laboral que desempeñan.

Atendiendo a la distribución según sexo, la proporción de varones asalariados entre los trabajadores de mayor edad supera ampliamente la correspondiente a las mujeres y

ello tanto en España como en Castilla y León. No obstante, en el caso concreto de los varones, la proporción regional de asalariados es mayor que el promedio para España.

Tabla 3.1.6 Asalariados según sexo y edad en España y Castilla y León, 2007 (media anual)

		16 a 19 años	20 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 años y más
CyL	Total	1,4%	8,2%	30,7%	27,4%	22,4%	9,8%
	Varones	1,6%	8,5%	28,6%	27,2%	22,9%	11,1%
	Mujeres	1,2%	7,9%	33,6%	27,8%	21,6%	8,0%
España	Total	2,1%	8,9%	31,8%	27,8%	20,1%	9,2%
	Varones	2,4%	8,7%	30,7%	27,7%	20,2%	10,3%
	Mujeres	1,8%	9,1%	33,3%	28,0%	20,0%	7,8%

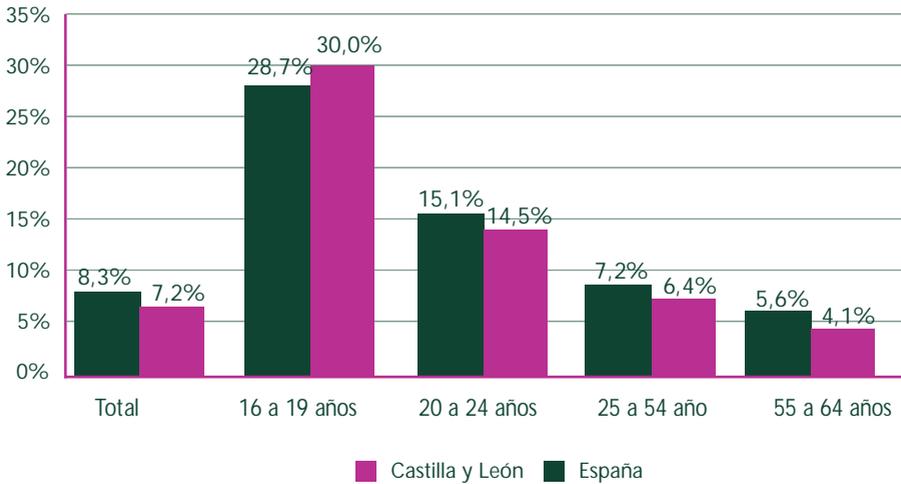
Fuente: INE. *Encuesta de Población Activa*, 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

3.1.1.3 EL PARO

En promedio para el año 2007, el total de población activa desempleada en Castilla y León fue 83.000 personas, lo que representa una disminución del 10,2% (9.400 personas) en relación con el año anterior, mientras que en España el descenso sólo fue del 0,2% en igual período (tabla 3.1.1). La tasa de paro en Castilla y León registra unos valores inferiores a la nacional y muestra una evolución similar a la tasa nacional para el conjunto de la población y también para el grupo de personas entre 55 y más años. Así, en promedio para el año 2007, la tasa de paro fue del 7,2% en Castilla y León y del 8,3% en el conjunto nacional, lo que supone una reducción de 0,9 y 0,2 puntos porcentuales sobre el año anterior en la región y en España, respectivamente. De acuerdo con estos resultados, Castilla y León, ocuparía el octavo puesto de las regiones españolas (incluidas Ceuta y Melilla) con menor tasa de paro en el año 2007 (tabla 3.1.2).

La tasa de paro de los trabajadores de Castilla y León es inferior a la tasa promedio nacional en todos los grupos de edad, salvo los trabajadores más jóvenes (16 a 19 años). Para los que tienen 55 y más años, la tasa de paro es del 4,1% en Castilla y León, frente a un promedio del 5,6% en España (gráfico 3.1.4), dato que la sitúa entre las regiones españolas con menor nivel de paro en este grupo de edad, por encima de Aragón, País Vasco, Baleares, Asturias, La Rioja, Navarra y Cantabria. La evolución del desempleo entre los trabajadores de más edad ha sido, en general, positiva en los tres últimos años (Anexo 4.3). si bien resultan especialmente vulnerables al desempleo por cuanto la probabilidad de que se conviertan en parados de larga duración (más de 1 año buscando empleo) es mayor que para trabajadores más jóvenes.

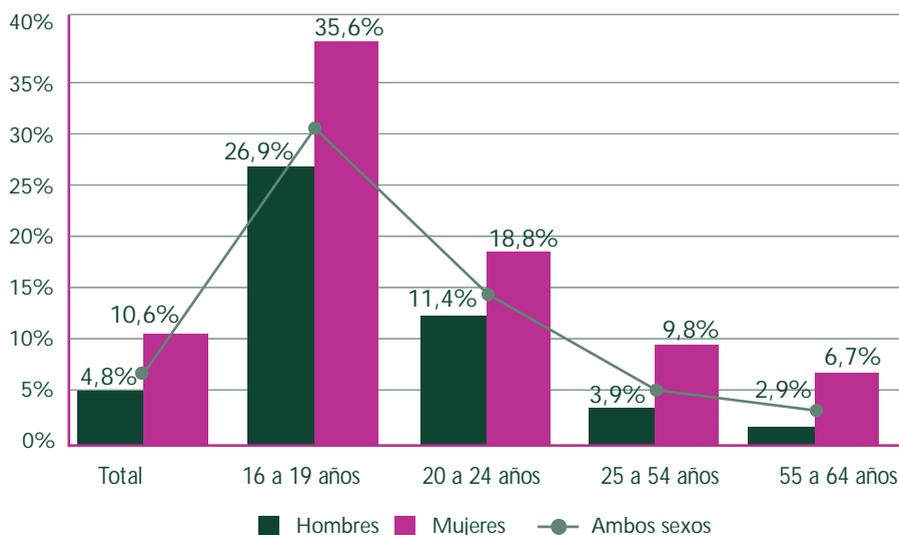
Gráfico 3.1.4 Tasa de paro por grupos de edad en España y Castilla y León, 2007



Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M.^a Gómez y Y. González.

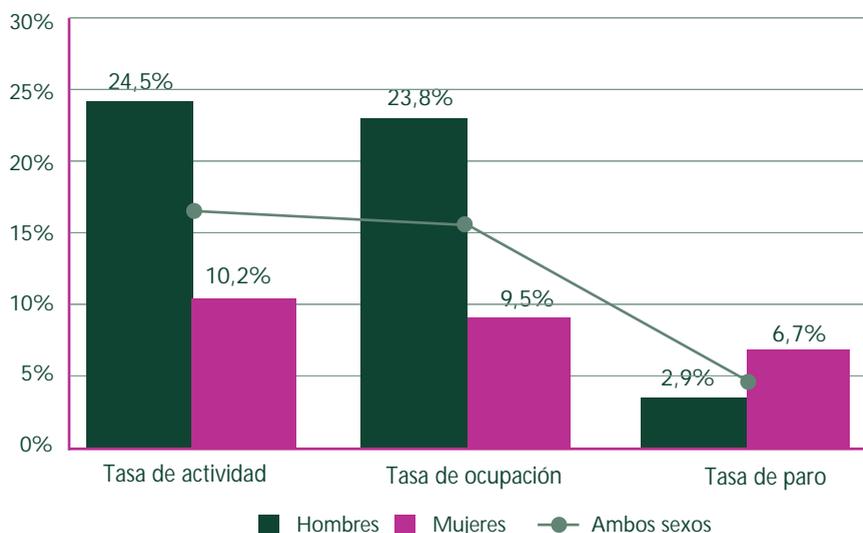
Diferenciando según el sexo y para el caso de los trabajadores varones de mayor edad de Castilla y León, la tasa de paro fue del 2,9% en 2007, lo que representa un retroceso de 1,4 puntos porcentuales sobre el año anterior, mientras que para España se observa un estancamiento de dichas tasas en torno al 4,6% en el último año. Las tasas de paro femeninas de la región, que superan siempre a las de los varones en todas las edades, también han evolucionado positivamente, reduciéndose en casi 3 puntos porcentuales durante los tres últimos años para el total de mujeres y en 0,6 puntos porcentuales para las de más edad, siendo en 2007 del 10,6% y del 6,7%, respectivamente (gráfico 3.1.5). En ese año y en España, la tasa de paro femenina también se redujo aunque en menor grado que en la región, hasta el 10,9%, pero creció 0,3 puntos porcentuales entre las trabajadoras de mas edad (7,4%). En general, las tasas de paro regional y nacional durante el año 2007 son muy similares en el caso de las mujeres, mientras que son más bajas entre los varones de la región (tabla 3.1.3).

Gráfico 3.1.5 Tasa de paro por grupos de edad y sexo en Castilla y León, 2007



Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 3.1.6 Actividad, ocupación y paro de los trabajadores de 55 años y más según sexo en Castilla y León, 2007

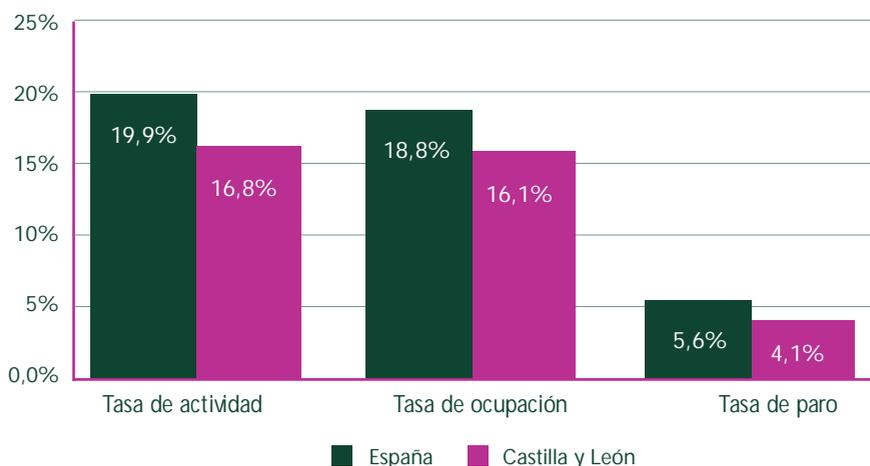


Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Si se comparan las tasas de actividad, de ocupación y de paro de la población trabajadora de más edad (55 años y más) de Castilla y León se observa que existe una amplia disparidad entre sexos pues las tasas de actividad y de ocupación de los varones más que duplican las de las mujeres, mientras que cuando se trata de las tasas de paro ocurre todo lo contrario (gráfico 3.1.6).

Asimismo, al comparar los valores regionales y nacionales de dichas tasas también se pone de manifiesto diferencias entre la situación de los trabajadores de 55 años y más en Castilla y León y en España, que se plasman en que las tasas de actividad, de ocupación y de paro regionales son inferiores a las nacionales, si bien la distancia se estrecha en el caso de la referida al desempleo (gráfico 3.1.7).

Gráfico 3.1.7 Actividad, ocupación y paro de los trabajadores de 55 años y más en España y en Castilla y León, 2007



Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

3.1.2 La inactividad y la jubilación, como situaciones absolutamente mayoritarias entre la población de más edad

Una vez analizados los elementos más significativos de la participación de la población de más edad en la actividad económica, es conveniente hacer alusión, aunque sea muy brevemente, a aquellas situaciones de inactividad, que son altamente frecuentes entre nuestros mayores, aspecto en el que las diferencias por sexo también resultan muy reveladoras.

3.1.2.1 POBLACIÓN INACTIVA

La población inactiva total de Castilla y León se estima en 998.400 personas, en promedio para 2007, habiéndose reducido el 0,7% respecto del año anterior. Esa reducción no afectó, sin embargo, al grupo de edad de 55 a 64 años, ni tampoco al grupo de los de 65 años y más, cuyas cifras de inactivos apenas han variado en los últimos tres años, totalizando 149.500 y 529.200 personas en 2007, respectivamente. En España, en cambio, la población inactiva total sufre un repunte en 2007 (el 0,3%), aumentando el número de inactivos en los dos grupos de edad citados (tabla 3.1.7 y Anexo 4.4).

Tabla 3.1.7 Población inactiva según edad en España y Castilla y León, 2007 (media anual)

	España		Castilla y León	
	Población (miles)	Porcentaje	Población (miles)	Porcentaje
Ambos sexos				
55 a 64 años	2.510,7	52,6%	149,5	53,7%
65 años y más	7.156,7	98,0%	529,2	98,6%
Varones				
55 a 64 años	855,9	36,9%	54,1	38,5%
65 años y más	3.017,9	96,8%	228,6	97,7%
Mujeres				
55 a 64 años	1.654,7	67,5%	95,4	69,1%
65 años y más	4138	98,9%	300,6	99,3%

Fuente: INE. *Encuesta de Población Activa*, 2007. Elaboración J.M.^a Gómez y Y. González.

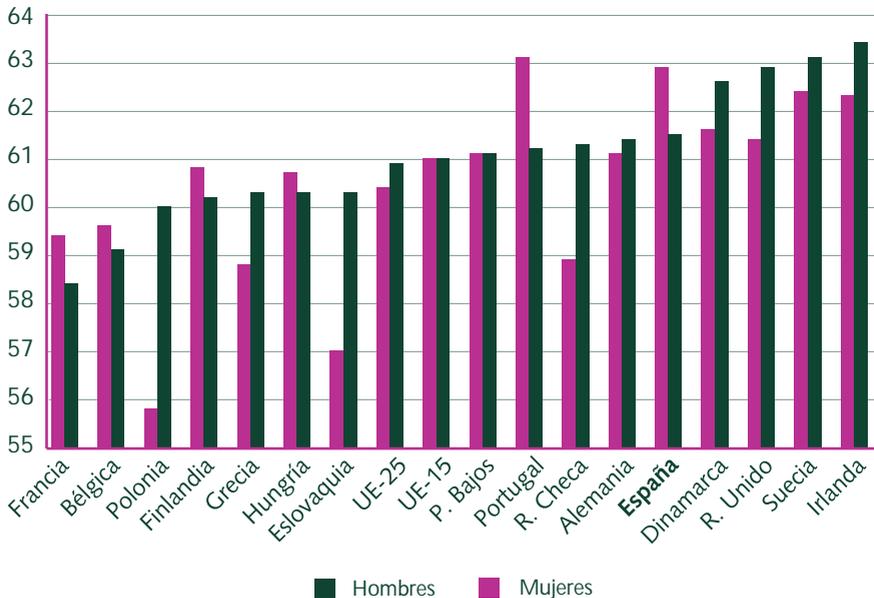
Según la EPA, el 98,6% de la población de 65 años y más de Castilla y León en 2007 se encuentra en situación de inactividad laboral, siendo una tendencia que también se detecta entre las personas de 55 a 64 años, en los que la inactividad ya afecta a más de la mitad de ellos (el 53,7%). Estos resultados se corroboran para el caso de España, si bien la inactividad entre las personas mayores es menos frecuente que en Castilla y León.

En lo que se refiere a la población regional masculina de más edad, se aprecia un brusco incremento de la inactividad al llegar a los 65 años (el 97,7%, frente al 38,5% grupo de edad de 55 a 64 años). De hecho, el total de varones inactivos de la región ha aumentado durante el periodo 2005-2007, afectando particularmente al grupo de edad de 55 a 64 años. En cuanto a las mujeres inactivas, éstas representan la práctica totalidad de las que tienen 65 años y más (el 99,3%) en 2007, si bien su número tiende a disminuir en Castilla y León, al contrario que en España (Anexo 4.5).

Aunque la población inactiva puede ser también numerosa en otros colectivos de trabajadores más jóvenes (por ejemplo, los de 16 a 24 años), la situación de inactividad difiere cualitativamente de la que presentan las personas de más edad. En los primeros se trata, mayoritariamente, de un alargamiento del periodo formativo, con vistas a una mejor incorporación al mercado de trabajo. Sin embargo, entre los segundos, la retirada de la actividad laboral se explica fundamentalmente por la jubilación.

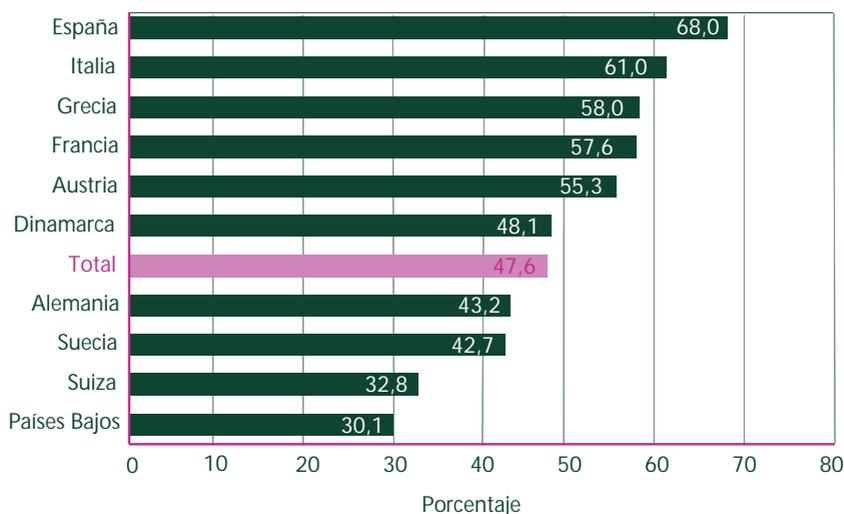
En cuanto al momento de la retirada del mercado laboral, según Eurostat, la edad media de jubilación de la Unión Europea (UE-25) es de 60,7 años, siendo un poco más baja para las mujeres (60,4 años) que para los varones (60,9 años). España es uno de los países con una jubilación más tardía (62,2 años), siendo ésta más baja en el caso de los varones (61,5 años) que en el de las mujeres (62,9 años). Entre 2001 y 2004, la edad media de jubilación ha aumentado en casi todos los países europeos. En España, en igual período, la edad media aumentó en más de un año, aunque debido, fundamentalmente, al retraso en casi tres de la edad media de jubilación femenina (gráfico 3.1.8).

Gráfico 3.1.8 Edad media de retirada del mercado laboral según sexo en los países de la Unión Europea, 2004



Fuente: EUROSTAT. *Sustainable Development Indicators*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González

Gráfico 3.1.9 Porcentaje de personas a las que les gustaría jubilarse tan pronto como puedan, 2004



Nota: Se refiere a Trabajadores de 50 a 59 años (Sin ponderar).

Fuente: *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Proyecto SHARE.*

Los datos procedentes de Eurostat parecen indicar que en Europa, y también en España, se está produciendo una inversión de la tendencia al abandono anticipado del mercado laboral que se había observado en el pasado. No obstante, hay que señalar que esos datos no se computan a los parados de edades próximas a la jubilación y que, en muchos casos, no volverán a ocupar un puesto de trabajo, en especial aquéllos de larga duración. Por otra parte, cuando se pregunta a los trabajadores de más edad, son una escasa minoría los que piensan que van a mantenerse activos más allá de los 65 años (menos del 10%) y, en cambio, son muchos los que desearían jubilarse lo antes posible, en particular los españoles (gráfico 3.1.9).

3.1.2.2 LA POBLACIÓN JUBILADA

El análisis de la población inactiva pone de manifiesto el alto grado de institucionalización que la jubilación tiene entre la población de 65 años y más. Según datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores, 2006 (ECVM) que elabora el IMSERSO, sólo el 0,7% de los mayores de 65 años españoles sigue trabajando. La gran mayoría de ellos (el 63,6%) ha trabajado anteriormente y hoy está jubilado, particularmente los varones (el 98,3%). Entre las mujeres, la condición de jubiladas sólo alcanza al 38,3% del total, en las que la mayor parte tiene la condición de pensionista que no ha trabajado con anterioridad (35,6%) o la de ama de casa (24,6%).

Por lo que respecta al caso de Castilla y León, los resultados del estudio estadístico denominado “Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León. Año 2007” (JCyL) realizado con carácter específico para la población anciana de la región indica que apenas el 0,4% de las personas de 65 o más años que residen en dicha Comunidad Autónoma se encuentran actualmente en activo, mientras que el 61,1% del total son jubilados después de haber trabajado a lo largo de toda su vida. Los varones de más de 65 años son los que en mayor medida ostentan la condición de jubilados que han trabajado siempre (el 95,2% frente al 34,1% de las mujeres). Por su parte, el 45,8% de la población femenina nunca ha trabajado fuera del hogar (Tabla 3.1.8).

Tabla 3.1.8 Situación laboral de la población de 65 años y más según sexo en España y en Castilla y León, 2006-2007

Ambos sexos	España			Castilla y León		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Trabajo remunerado por cuenta ajena o propia	1,1%	0,4%	0,7%	0,5%	0,2%	0,4%
Está jubilado/a y ha trabajado siempre	98,3%	38,3%	63,6%	95,2%	34,1%	61,1%
Nunca ha trabajado fuera de casa	0,1%	24,6%	14,3%	0,1%	45,8%	25,6%
Otras situaciones	0,5%	36,5%	21,3%	3,9%	19,6%	12,6%
Ns/Nc	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: IMSERSO. *Encuesta sobre las Condiciones de Vida de los Mayores, 2006*.
JCyL. *Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León, 2007*.
Elaboración: J.M.^a Gómez y Y. González.

El contraste de los resultados de ambas fuentes estadísticas, pese a no ser totalmente homogéneos, es lo suficientemente indicativo como para identificar la mayor presencia relativa en Castilla y León de las personas de 65 años y más que nunca han trabajado fuera de casa (25,6%), siendo éstas fundamentalmente de sexo femenino (45,8%), así como la menor proporción de mujeres jubiladas que han trabajado siempre (34,1%) y el inferior grado de participación en la actividad laboral de las personas mayores de la región (0,4%), todo ello en relación a la situación para el conjunto de España.

Ambos estudios también ponen de manifiesto cambios en la consideración de la jubilación como experiencia vital, de modo que predomina cada vez más una concepción positiva de la jubilación, entendida como una etapa de liberación del trabajo y de merecido descanso. En el contexto nacional, dicha valoración es más frecuente entre los varones (40,5%) que entre las mujeres (33,6%), lo que puede

tener relación con la distribución de las tareas en el hogar según sexo, en la medida en que muchas mujeres no se liberan nunca de las tareas domésticas. Asimismo, la situación económica también influye de forma directa en una positiva valoración de la jubilación, sobre todo en el caso de los varones (43,4%). En las mujeres, en cambio, esta influencia es menos evidente, quizá porque la mayoría de ellas no son las que sustentan económicamente el hogar (33,3%). En este sentido, la relación particular de cada individuo con el mercado de trabajo constituye, normalmente, un fuerte condicionante de su nivel de ingresos posterior y, por tanto, de su situación económica durante esta etapa de la vida de las personas mayores.

En cuanto a Castilla y León, el estudio sobre la situación socioeconómica de las personas mayores de la región revela que el 58,1% de las actualmente jubiladas se muestran muy o bastante de acuerdo con respecto a que estaban deseando hacerlo, con una proporción algo mayor entre los varones (59,6%) que entre las mujeres (55,8%); el 70,9% lo está con la idea de que la jubilación presenta hoy en día muchas ventajas; y el 94,4% con que la de que la jubilación constituye un merecido descanso, sin que dentro del ámbito regional se detecten diferencias apreciables según sexo en este aspecto (tabla 3.1.9).

Tabla 3.1.9 Grado de acuerdo de la población jubilada de 65 años y más con respecto a la jubilación según sexo en Castilla y León, 2007

Ambos sexos	España		Total
	Hombre	Mujer	
Estaba deseando jubilarse	59,6%	55,8%	58,1%
Hoy en día la jubilación tiene muchas ventajas	71,8%	69,7%	70,9%
La jubilación constituye un merecido descanso	95%	93,6%	94,4%

Fuente: JCyL. *Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León, 2007*. Elaboración: J.M.^a Gómez y Y. González.

3.1.3 Una menor participación en la actividad que en el contexto nacional con diferencias por sexo también más acusadas

La Organización Mundial de la Salud sostiene que si un mayor número de personas disfrutaran de la oportunidad de tener un trabajo digno (apropiadamente remunerado, en entornos adecuados, protegido contra los riesgos) desde la juventud, se llegaría a la vejez siendo capaz de seguir participando en la fuerza laboral y, en consecuencia, toda la sociedad saldría beneficiada. De acuerdo con ello, debe de propiciarse un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de apoyar la contribución activa y productiva que las personas mayores puedan realizar, y de hecho realizan, a la sociedad (OMS, 2002).

Pero ello, requiere conocer, previamente, la situación en la que se encuentran y los rasgos que caracterizan al colectivo de personas mayores en relación con la actividad laboral y su experiencia en la jubilación, para poder plantear actuaciones encaminadas a incrementar la participación económica de los mayores y para afrontar satisfactoriamente la realidad de la etapa vital que constituye la vejez. A continuación, se sintetizan algunas conclusiones extraídas del análisis efectuado en los epígrafes anteriores sobre la participación en el mercado laboral y en la actividad económica de las personas mayores en Castilla y León.

A pesar de que la tasa de actividad de Castilla y León creció en 2007 hasta el 53,7% de la población de 16 y más años, sigue siendo una de las regiones españolas con menor tasa de actividad, bastante alejada de la media para España (el 58,9%). Las tasas de actividad de Castilla y León para los varones y las mujeres se situaron en ese año en el 64,0% y el 43,6% respectivamente, siendo también ambos valores inferiores a los registrados por el conjunto nacional (el 69,3% y el 48,9%, respectivamente).

Pero, la realidad de la participación laboral y en la actividad económica de las personas mayores muestra amplias diferencias por sexo y grupos de edad. Así, considerando el colectivo que integra a los trabajadores de 55 años y más de Castilla y León, la tasa de actividad regional se sitúa por debajo de la media nacional (el 15,30% frente al 16,78%, respectivamente) y, aunque dicha tasa ha experimentado un ligero crecimiento en los últimos años en paralelo a la evolución positiva del mercado laboral español, el aumento en la región ha sido de menor cuantía (el 0,6%) que el acontecido a escala nacional (el 0,8%). De hecho, la Comunidad Autónoma de Castilla y León registra actualmente una de las más bajas tasas de actividad entre los trabajadores de este tramo de edad de toda España (el 16,8% en 2007).

La experiencia de la vida cotidiana de las personas mayores (65 años y más) de Castilla y León se caracteriza fundamentalmente por su retirada de la actividad laboral, siendo una escasa minoría los que todavía se mantienen activos más allá de los 65 años (el 1,4%, frente al 2% de media en España). Pero, la retirada del mercado de trabajo se ha adelantado temporalmente a la edad de los 65 años, pues ya se constata un brusco descenso en las tasas de actividad entre los trabajadores de 55 a 64 años de la región, de modo que solo el 47% siguen siendo laboralmente activos en 2007. Este resultado se corrobora también en la distinción según sexo, siendo siempre las tasas de actividad femeninas muy inferiores a las masculinas y también siempre menores que los valores promedio a escala nacional.

Por lo que respecta al empleo, la tasa de empleo regional fue del 49,8%, en 2007, frente a una tasa media del 54% en España. Por sexos, la tasa de empleo masculino fue del 61% en Castilla y León y la femenina del 38,9%, frente a unas tasas medias del 64,9% y del 43,6% en España. Entre el colectivo laboral de 55 y más

años, al igual que ocurría con las tasas de actividad, la tasa de empleo de Castilla y León la sitúa entre las regiones españolas con menor proporción de población ocupada de mayor edad (el 16,1% en 2007, frente a una media del 18,8% a escala nacional). Dentro de este tramo de edad, la tasa de empleo masculino de Castilla y León fue del 23,8% y la femenina del 9,5%, ambas se encuentran muy por debajo de los valores medios nacionales (el 27,4% y el 11,8%, respectivamente). No obstante, se aprecia un mayor dinamismo en el empleo que a nivel nacional entre las mujeres trabajadoras de más edad durante los tres últimos años.

Los servicios (con el 58,9%) y la industria (con el 15,9%) son las actividades que concentran a la mayoría de los ocupados dentro de este grupo de trabajadores de más edad, si bien destaca el mayor peso proporcional de los empleos agrarios en relación con el contexto a escala nacional (13,6% y 7,8%, respectivamente) y que resalta la relevancia que aún tienen las actividades agrarias entre los trabajadores ocupados de más edad de Castilla y León. Destaca también la fuerte presencia de mujeres de más edad de la región ocupadas en el sector terciario (el 85%), que casi duplica la de los varones, y el mayor porcentaje de los trabajadores varones ocupados en el sector agrario de Castilla y León en comparación con el conjunto nacional (el 15,9% y 8,9% del total, respectivamente).

El colectivo de trabajadores ocupados de 55 años y más se caracteriza por mostrar una proporción muy baja de empleo asalariado, tanto en Castilla y León como en España (9,8% y 9,2% respectivamente) pues los asalariados de 55 y más años suponen un porcentaje menor respecto al total de asalariados de los que representan los activos de igual edad respecto al total de activos, lo que nos indica el mayor peso específico de los autónomos, con más facilidad para decidir su retirada del mercado laboral.

En 2007, la tasa de paro en Castilla y León fue inferior a la media nacional (el 7,2% y 8,3%, respectivamente), hecho que también se constata para los trabajadores de 55 y más años (el 4,1% en Castilla y León, frente al 5,6% de promedio en España) y la sitúa entre las regiones españolas con menor nivel de paro en este grupo de edad. Las tasas de paro femeninas de la región superan siempre a las de los varones para todos los grupos de edad, siendo similares a las que se registran en media para España en el caso de las mujeres y algo más bajas entre los varones de la región.

Una comparación de las tasas de actividad, de ocupación y de paro de la población trabajadora de más edad (55 años y más) de Castilla y León permite apreciar que existe una amplia disparidad entre sexos pues las tasas de actividad y de ocupación de los varones más que duplican las de las mujeres, mientras que cuando se trata de las tasas de paro ocurre todo lo contrario. Por su parte, si se comparan los valores regionales y nacionales de dichas tasas también se pone de manifiesto diferencias entre la situación de los trabajadores de 55 años y más en Castilla y León y en España, que se plasman en que las tasas de actividad, de ocupación y de paro regionales son

siempre inferiores a las nacionales, si bien la distancia se estrecha en el caso de la referida al desempleo.

El 98,6% de la población de 65 años y más de Castilla y León en 2007 se encuentra en situación de inactividad laboral, que es una proporción que supera ligeramente el promedio para el caso de España (98%). El total de varones inactivos de la región ha aumentado durante el período 2005-2007, afectando particularmente al grupo de edad de 55 a 64 años. En cuanto a las mujeres inactivas, éstas representan la práctica totalidad de las que tienen 65 años y más (el 99,3%) en 2007. Aunque existen datos que indican que en España, se está produciendo una inversión de la tendencia al abandono anticipado del mercado laboral que se había observado en el pasado, cuando se pregunta a los trabajadores de más edad, menos del 10% piensa mantenerse activo tras cumplir los 65 años y una amplia mayoría desearía jubilarse lo antes posible (el 68% en España).

Los datos más actualizados referidos al caso de Castilla y León, correspondientes al año 2008, indican que sólo el 0,4% de las personas de 65 o más años siguen activas, estando el 61,1% jubilado tras haber trabajado toda su vida. La inmensa mayoría de los varones ha trabajado siempre y de forma regular, sin embargo, entre las mujeres sólo la tercera parte ha tenido una vida laboral continuada (95,2% varones, frente al 34,1% de mujeres) y casi la mitad (el 45,8%) nunca ha trabajado fuera del hogar. En comparación con el conjunto de España, en Castilla y León existe una mayor presencia relativa de personas de 65 años y más que nunca han trabajado fuera de casa (el 25,6%), fundamentalmente mujeres (45,8%) y, en cambio, una menor proporción de mujeres jubiladas que han trabajado siempre (34,1%) y de actividad laboral de las personas mayores (el 0,4%).

Las personas mayores de Castilla y León conciben la jubilación como una fase más de la vida, socialmente legitimada y con una visión positiva. Así, el 58,1% de las personas actualmente jubiladas se muestran muy o bastante de acuerdo con respecto a que estaban deseando poder abandonar la actividad laboral (el 59,6% en varones y el 55,8% en mujeres); el 70,9% lo está con la idea de que la jubilación presenta hoy en día muchas ventajas; y el 94,4% con la opinión de que la jubilación constituye un descanso merecido.

Para finalizar, es preciso señalar que los anteriores resultados y conclusiones se centran únicamente en la participación de las personas mayores dentro del mercado laboral formal, por lo que no toman en consideración la valiosa contribución que estas personas llevan a cabo de manera informal (actividades económicas ocasionales, trabajos domésticos no remunerados, ayudas familiares en la atención y cuidado de nietos o familiares enfermos, etc.) y las muchas otras actividades que desarrollan de forma voluntaria en centros educativos, comunidades locales e instituciones no lucrativas, así como en empresas y en organizaciones políticas, entre otras.

Si de lo que se trata es de que, en la medida de lo posible, las personas mayores puedan seguir siendo independientes y activas a medida que envejecen, habrán de diseñarse programas específicos que fomenten los hábitos saludables y que mejoren la calidad de vida de este colectivo de personas de edad avanzada, pero también otros que faciliten su participación activa en la sociedad, no sólo con medidas tendentes a favorecer su continuidad en el mercado laboral más allá de la edad legal de jubilación, sino también a través de un creciente reconocimiento social y apoyo institucional de la labor que nuestras personas mayores desempeñan en el sector informal, en el seno de nuestras familias y de muchas organizaciones sociales. En este sentido, las posibilidades y ventajas que puede ofrecer el trabajo voluntario para aquellas personas mayores que lo deseen son muchas, no solo porque supone una contribución positiva para la sociedad en su conjunto, sino porque beneficia también a las propias personas mayores en el marco de sus relaciones sociales y en el ámbito de su bienestar personal, aspecto al que vamos a dedicar brevemente las siguientes consideraciones.

3.2 La implicación de los mayores en las mal llamadas “actividades informales”. Un papel que merece adecuado reconocimiento

Si, como acabamos de ver, la participación de las personas mayores en la actividad económica está siendo últimamente uno de los “temas estrella” tanto en los debates como en las concepciones como en los planteamientos de la política económica y social. Desde todos los ámbitos, a todas las escalas y en todos los territorios de nuestro entorno, se está poniendo un especial empeño en analizar cómo combatir el proceso de envejecimiento que está produciéndose en la sociedad occidental y cómo garantizar la prestación de recursos (económicos y materiales) a las personas mayores. La viabilidad del sistema de pensiones (que se analizará en el capítulo cuarto) es uno de los principales quebraderos de cabeza para políticos y economistas, la atención adecuada a personas mayores dependientes (y apoyo a sus familias), es uno de los logros sociales que con mayor énfasis se comunica.

Sin duda, es necesario tener en cuenta todos estos aspectos, pero no es menos cierto que, intencionadamente o sin intención, conducen a que se tenga una percepción del envejecimiento y, en consecuencia, de las personas mayores, como un problema actual, con connotaciones y repercusiones de toda índole (económicas, políticas, sociales, etc.), que, indudablemente deben ser atendidas. No obstante, estas perspectivas ocultan (o siendo benévolos ponen en un segundo plano), el importante papel que las personas mayores desempeñan en nuestra sociedad. Las personas mayores en muchos casos lejos de ser “una carga” para las estructuras “macro-sociales” (Estado, Comunidades) o las estructuras microsociales (familia, entorno)

pasan precisamente a configurarse como una parte o un elemento importante para el sostenimiento económico y social del estado y de la Comunidad Autónoma.

Por desgracia, apenas existen datos estadísticos generales, fiables y comparables, sobre el papel de las personas mayores como elemento activo del proceso productivo, sobre son escasos en lo que podríamos llamar “producción no regulada” o “no contabilizada”. Cuando existen, la mayor parte de esos escasos estudios se centran más en las personas mayores y su envejecimiento como yacimiento de empleo para otros, ya sea para realizar actividades orientadas a este nuevo colectivo de consumo (viajes para mayores, actividades lúdicas, actividades de dinamización socio-cultural, etc.), ya sea para atender su dependencia (creación de residencias y servicios de ayuda a domicilio, prestación de servicios personales, etc.).

Por esta carestía de datos, el objetivo de este capítulo no es tanto cuantificar la aportación de las personas mayores, directa o indirectamente, al sistema productivo nacional, como reivindicar ese importante papel que las personas mayores ejercen en nuestra sociedad y que sin duda les convierten en una pieza fundamental para el mantenimiento de un “equilibrio razonable”. Por ello hemos seleccionado a modo de ejemplo una serie de campos de actuación en el que las personas mayores son agentes directos de actividades, que afortunadamente han dejado de denominarse actividades informales, para recibir la más justa denominación de actividades no profesionales. Una participación y unas actividades que, sin duda, deben hacernos reflexionar muy mucho acerca de nuestra visión del papel de nuestros mayores en la sociedad y en la economía. Así los siguientes apartados aludirán someramente a los principales campos en los que la concurrencia y participación de los mayores resulta especialmente significativa.

3.2.1 Personas mayores como cuidadores principales de personas dependientes

Tal vez de los cuatro campos que vamos a presentar éste sea el más conocido y el más estudiado. Cuando se habla de la atención a personas mayores dependientes, y de los recursos existentes, ya se da como sobreentendido que España, dentro de los distintos modelos de bienestar existentes en Europa (tal como señalan gran cantidad de autores), se encuentra enclavada dentro del denominado “Modelo Mediterráneo”, junto con otros países de la cuenca mediterránea, como Italia, Portugal o Grecia; en síntesis podemos decir que se caracteriza porque “persigue combinar recursos del bienestar estatal, familiares y privados, para la obtención de satisfacción vital y autonomía de los ciudadanos”.³

³ VV.AA. (2002). *Envejecimiento y mundo rural en Castilla y León*. Madrid. Fundación Encuentro. Cfr. p. 177.

En 1998, los datos contenidos en la Encuesta sobre la soledad en las Personas Mayores (CIS, 1998) y recogidos fielmente en la publicación “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración”⁴ venían a reflejar claramente las peculiaridades de la atención a las personas mayores dependientes no institucionalizadas en España a través de los resultados consignados en la tabla 3.2.1.

Tabla 3.2.1 Tipo de ayuda recibida por las personas mayores dependientes en el hogar

Tipo de ayuda recibida	Porcentaje
Sólo Apoyo Informal (AI)	83,1
Sólo Ayuda Domiciliaria Privada (ADP)	4,9
Solo Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	1,0
AI + ADP	7,3
AI + SAD	3,7

Fuente: Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia...*
Op. Cit. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

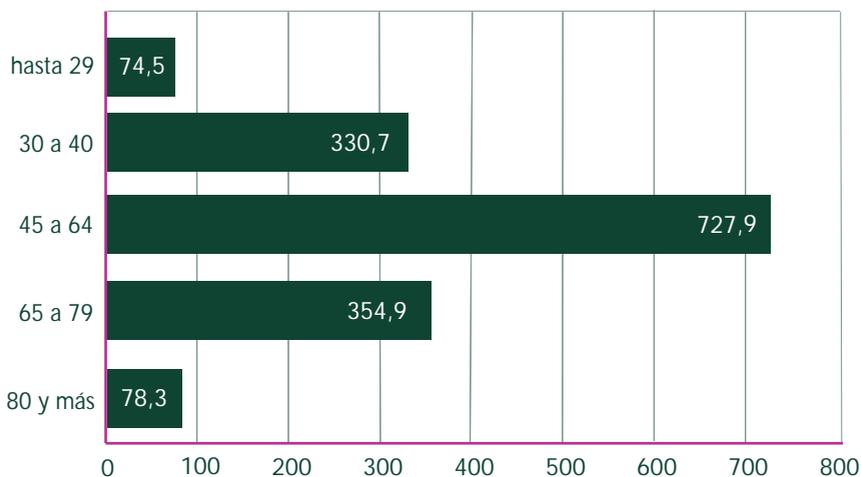
Este apoyo no profesional prestado a las personas dependientes, como reflejaba la citada encuesta sobre soledad del CIS, pone de relieve el importante papel desempeñado por los cónyuges como cuidadores principales de las personas mayores dependientes que ascendía al 35% de los casos, cuando la persona dependiente era un varón y al 18% cuando la persona cuidada era una mujer. Es decir que las personas mayores aparte de ser cuidadas, en un alto porcentaje, también son responsables de la atención directa a sus familiares, especialmente las mujeres, lo que sin duda tiene un coste económico rara vez cuantificado.

Ciertamente, las personas cuidadoras (sean mayores o no) van siendo cada vez en mayor medida objeto de atención y apoyo por parte de las administraciones; no obstante, en el avance de resultados de la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia*, elaborada por el INE en 2008, se indica que hoy por hoy las personas mayores siguen ejerciendo un papel fundamental (pocas veces reconocido, al darse por supuesto) en la atención a las personas dependientes, tal y como se refleja el gráfico 3.2.1, confeccionado a partir de la fuente mencionada. A través del mismo podemos constatar cómo en el año 2008, unas 433.200 personas dependientes son atendidas principal y diariamente por personas mayores; es decir más de la cuarta parte de los dependientes que recibe

⁴ Casado, D. y López, G. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Barcelona. Fundación La Caixa. Colección de Estudios Sociales nº 6.

cuidados personales se los deben a una persona mayor, lo que, sin duda, certifica ese carácter decisivo que atribuimos a la aportación de las personas mayores a la vertebración económica y social de un tema tan capital como es la atención a las personas, dependientes. En este sentido, no disponemos de información que desglose por la edad del cuidador y, al mismo tiempo la edad de la persona cuidada, pero, si duda el restringir la observación a los dependientes mayores otorgaría una mayor significación al papel de los mayores.

Gráfico 3.2.1 Personas que reciben cuidados personales según grupo de edad del cuidador (miles)



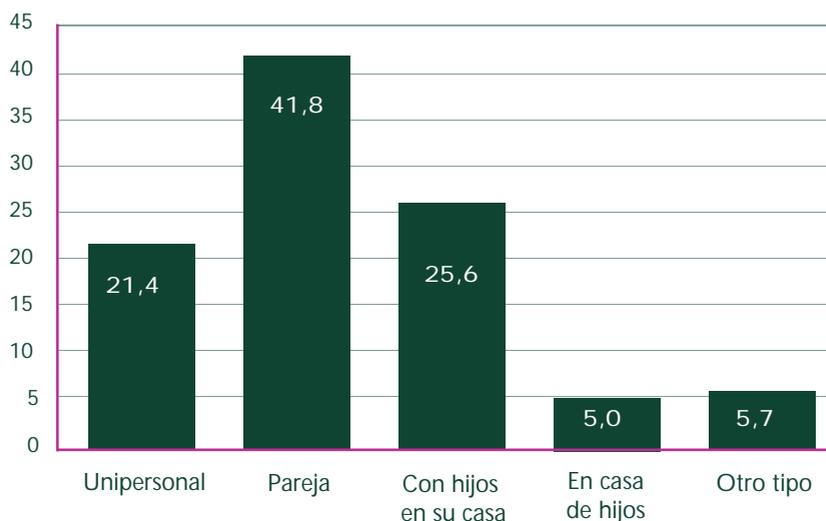
Fuente: INE. *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*, 2008. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

3.2.2 Personas mayores en hogares multigeneracionales

Es conocido el tópico de que cuando la persona mayor envejece va a vivir en casa de sus hijos (generalmente hijas) suponiendo una carga para el "pobre afectado". La evolución social reciente ha venido a dejarlo precisamente en eso, en un tópico. Y así lo ratifican los datos estadísticos disponibles, que muestran lo contrario. Es cierto que en España una apreciable proporción de los hogares tienen carácter multigeneracional (con más de una generación bajo el mismo techo. Más concretamente, en lo que se refiere a los hogares donde residen mayores, casi un tercio (concretamente el 30,6%) presentan esta característica. Sin embargo, sólo un 5% se adecua a la imagen tópica descrita al principal del párrafo (es decir, un mayor residiendo en casa de alguno de sus descendientes), siendo mucho más habitual en

los hogares intergeneracionales con mayores, que sean los descendientes quienes, por circunstancias que no es al caso explicar ahora, continúan viviendo en casa de los padres; situación a la que responde más de la cuarta parte de los hogares que cuentan, al menos, con un mayor (25,6%), tal como se refleja en el gráfico 3.2.2.

Gráfico 3.2.2 Forma de convivencia de los mayores en España, 2006
(porcentaje de hogares)



Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores*, 2006.
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

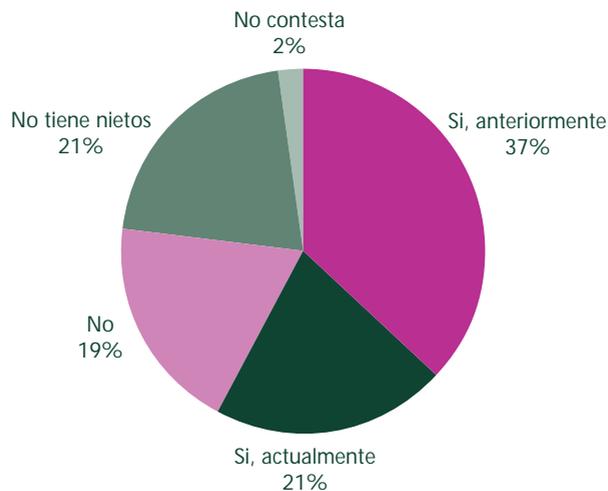
La realidad descrita tiende a consolidarse de manera rápida y contundente, como se muestra si adoptamos una perspectiva diacrónica, aunque sea en el estrecho marco temporal que nos permiten los datos. En efecto, durante el periodo transcurrido desde 1998 hasta 2006, fecha de la encuesta antes citada, la proporción de hogares multigeneracionales en los que el mayor reside en casa de los hijos se ha reducido prácticamente a la mitad (pasando del 9,9% al 5%). En cambio, la reducción en los hogares multigeneracionales con situación inversa (hijos en casa de los padres), aunque se ha dado, ha sido, muchísimo menor, no llegando ni siquiera a un punto porcentual (26,4% en 1998 y 25,6 en 2006). Aunque no existan datos suficientes para demostrarlo, sin duda la emancipación tardía de los jóvenes, vinculada a la carestía de la vivienda, o la precariedad de condiciones en el empleo, contribuyen a que lo predominante sea que las personas mayores alojen en sus domicilios a sus descendientes y no a la inversa, aunque la imagen social proyectada es la contraria, sin duda en relación con esa visión de la vejez y el envejecimiento como aspectos negativos y problemáticos. Tal vez dentro de este epígrafe, aunque sin datos adecuados

para demostrarlo se puede incluir la de aquellas personas mayores que aunque ya no mantengan a sus descendientes bajo el mismo techo continúan prestándoles un apoyo económico, ejerciendo de avalistas en hipotecas y créditos, recibéndolos a diario a comer en sus casas (evidentemente sin coste alguno para los vástagos) etc.

3.2.3 Cuidado de nietos

Probablemente desde el punto de vista social, este apoyo es el que más repercusión tiene o, al menos, el más visible; no obstante, si se hiciera una valoración económica de las “prestaciones” efectuadas por los mayores, tal vez no apareciese éste en primer lugar. En la sociedad moderna actual, y con el discurso tantas veces oído (incorporación de la mujer al mercado de trabajo...), se podría llegar a la conclusión de que para un porcentaje bastante elevado de familias españolas, lo que verdaderamente hace posible la conciliación de la vida laboral y familiar es, sin duda, el apoyo de los abuelos. Tal y como se refleja de una manera precisa en el estudio “La estructura Social de la Vejez en España. Nuevas formas de envejecer” Imserso 2006, se corrobora la importancia del cuidado de menores por parte de sus abuelos, como consecuencia generalmente de la actividad profesional de sus hijos o hijas. En el año 2004 se calculaba que uno de cada cinco mayores empleaba parte de su tiempo cotidiano en el cuidado de menores, es decir que ese “ejército de cuidadores” estaba compuesto por más de millón y medio de personas. Además, otro 37,4% de los mayores afirmaron haber realizado estas funciones en otros momentos de su vida.

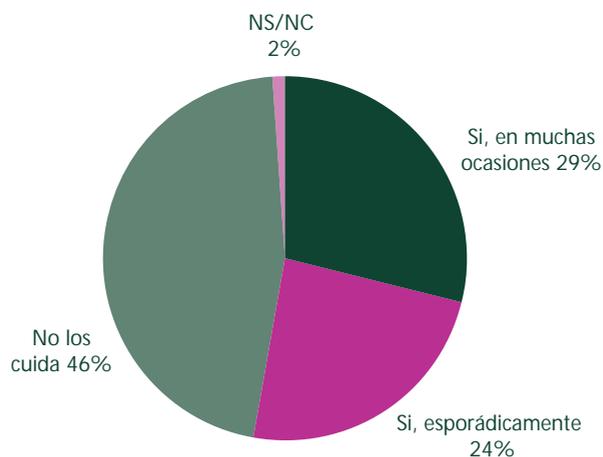
Gráfico 3.2.3 Participación de los mayores en el cuidado cotidiano de los nietos mientras los padres trabajan. España, 2006



Fuente: IMSERSO. *La estructura social de la vejez en España. Nuevas formas de envejecer*, 2006.
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

La realidad arriba descrita para el conjunto español no es, ni mucho menos, distinta para el caso de Castilla y León, tal y como se refleja en el reciente informe elaborado por la Junta de Castilla y León "Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León. 2007". Ciertamente el la forma de plantear el cuestionario y, por tanto la forma de presentar los resultados es distinta a la anterior y por ello no podemos establecer una comparación exacta entre el ámbito nacional y el regional. Sin embargo, si es suficiente para ratificar que en nuestra región la significación del papel de los mayores en este campo es, cuando menos, similar a la del conjunto español. En efecto, según los datos del informe mencionado, representados en el gráfico 3.2.4, más de los dos tercios de los mayores castellanos y leoneses (exactamente el 69,6%) declaraba tener nietos y de ellos el 28,6% dice cuidarlos de manera casi habitual, y otro el 24,1% lo hacen esporádicamente, siendo, por tanto, menos de la mitad los que no los cuidan.

Gráfico 3.2.4 Distribución de los mayores en función de la dedicación al cuidado de los nietos, Castilla y León, 2007 (porcentaje)



Fuente: Junta de Castilla y León. *Situación Económica y Social de las Personas Mayores de Castilla y León, 2007*. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Cuando se profundiza en los motivos de esa atención, se puede constatar la afirmación hecha anteriormente acerca de la conciliación de la vida familiar y laboral, pues queda patente que también en nuestra región las personas mayores pueden ser calificadas como los verdaderos “agentes de la conciliación”, al menos para un número considerable de familias. Dicho de otro modo, si no fuese por los mayores, en nuestra región la incorporación de la mujer al mercado laboral habría sido menor o, al menos, más dificultosa. Sin embargo, las motivaciones laborales no aparecen como las únicas, pues, la importancia que revisten los motivos vinculados al ocio de los padres, el apoyo a las tareas domésticas o incluso el grupo de razones no específicas (“otras razones”) no hacen sino reflejar el amplio abanico de situaciones en las que los mayores salen “al quite”, contribuyendo tanto al bienestar como a la mayor cohesión en las células básicas de convivencia. En este sentido cabría hacer especial mención de la indudable relevancia que adquiere su concurrencia en el caso de las familias monoparentales, en las cuales los mayores, en gran parte de los casos se configuran no solo como un mero apoyo o ayuda sino como la “primera línea de defensa” ante la vulnerabilidad social de este tipo de hogares.

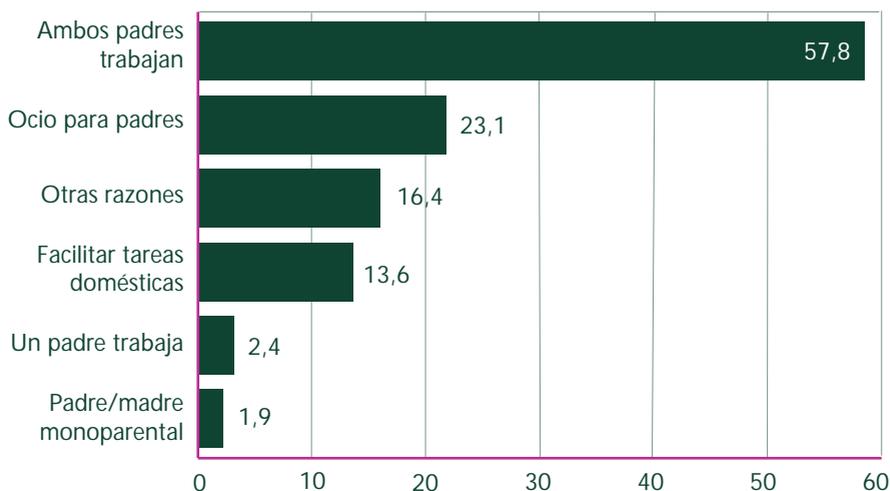
En definitiva, una mirada algo más detenida hacia la contribución de los mayores en relación a los niños, hace derrumbarse enseguida otro de los mitos más arraigados; cuando se habla de apoyo y solidaridad entre generaciones, la primera imagen que viene a la cabeza es la de un joven ayudando a una viejecilla desvalida. Sin negar, ni mucho menos, la existencia de loables casos de actuaciones juveniles orientadas a los mayores, sin duda es más frecuente ver a una persona mayor ayudando a sus hijos a cuidar (y educar, lo que sin duda es también necesario reconocer) a sus nietos; esto es visto como “un aspecto más”, pero muy raramente como un acto de apoyo entre generaciones.

3.2.4 Voluntariado

Finalmente, y dentro de esta aproximación acerca de las actividades no profesionales realizadas por las personas mayores, y generalmente infrarreconocidas, conviene destacar la creciente incorporación de este colectivo a tareas activas de voluntariado. Hasta ahora la principal sensación es la de pensar que la persona mayor ofrece el perfil ideal para recibir la acción de voluntariado. Actualmente en Castilla y León el 2,8% de las personas mayores de 65 años participan de una manera habitual en tareas de voluntariado social; no obstante, en este aspecto los estereotipos de género tienen un peso enormemente significativo, de tal modo que el voluntariado es una faceta de participación de los mayores altamente feminizada ya que los hombres suelen optar por dedicar esa parte de su tiempo libre a estar con amigos o participar de otra serie de asociaciones (de jubilados, deportivas). Los condicionamientos y prejuicios sociales sobre la presencia del hombre en determinadas

tareas que tradicionalmente han tenido una mayor presencia femenina pueden también explicar la menor participación del varón en tareas del voluntariado.

Gráfico 3.2.5 Razones por las que los mayores cuidan de sus nietos
Castilla y León, 2007

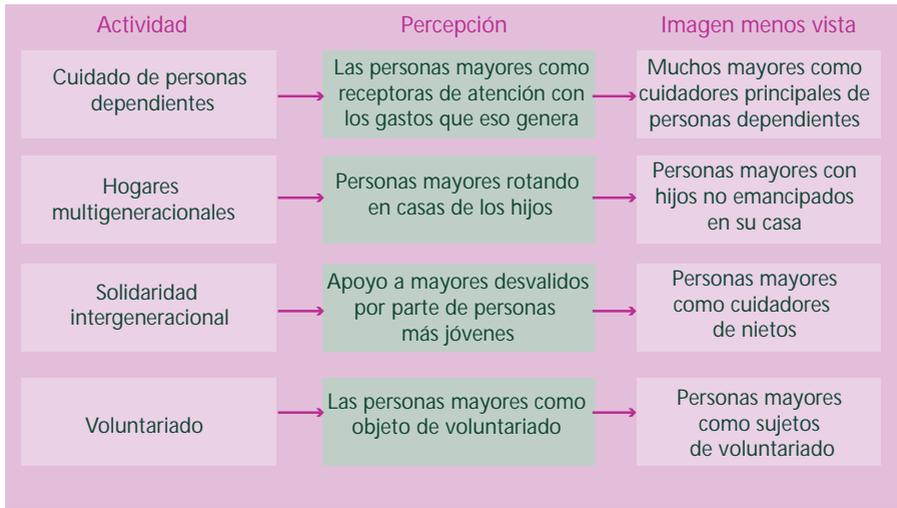


Fuente: Junta de Castilla y León. *Situación Económica y Social de las Personas Mayores de Castilla y León, 2007*. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

3.2.5 Percepción y realidad en torno a la “actividad informal” de los mayores

En definitiva, como hemos explicado al principio, la intención de este breve epígrafe ha sido demostrar y reconocer el papel que muchas personas mayores ejercen a través de su actividad para el desarrollo social de España y de Castilla y León y que no solamente es poco reconocida, sino que en muchos casos, ni tan siquiera es percibida, contribuyendo, una vez más, a asociar envejecimiento como algo negativo y por lo tanto apartado y aparcado de la participación social, tal como se expresa en el gráfico 3.2.6.

Gráfico 3.2.6 Percepción y realidad sobre participación de personas mayores en actividades “informales”



Todo este discurso intenta poner en valor, algo que frecuentemente se olvida en la sociedad: que las personas mayores, aunque hayan perdido el “rol de productores” propio de un modelo de trabajo industrial que categoriza a la población en dos grandes grupos: población activa (ocupada o no) y población dependiente (los que no han entrado en el mundo laboral por no tener la edad o han salido de él por rebasar una determinada edad), no por ello dejan de formar parte de todo el complejo entramado social y económico. Las personas mayores siguen siendo “recursos humanos” y por lo tanto “capital social”, aunque sean perceptores de una pensión y no de un salario.

Ha quedado de manifiesto que en torno a las personas mayores se mueven muchos recursos que generan riqueza; se crean puestos de trabajo, se perfilan nuevas profesiones y, por lo tanto, se genera una red de riqueza en la que directamente el eje productor de la misma es la propia persona mayor. Esta contribución al PIB es necesario ponerla de manifiesto, para que en la balanza de resultados, empiece a cambiarse el discurso de “persona mayor” como carga de prestaciones, consumidor de recursos, elemento pasivo, para que se ponga en valor el elemento dinámico, proactivo e impulsor de riqueza, de movimiento de la economía y de transformación social.

En este apartado hemos querido poner también en valor otras actuaciones de las personas mayores, aunque aun no estén suficientemente cuantificadas en términos económicos. No sería difícil hacer la tabla de equivalencias, para cuantificar el valor económico de estas actividades que hemos planteado más arriba, estableciendo el valor medio del trabajo realizado y traducirlo en unidades monetarias. El valor de la hora de trabajo que un profesional o un empleado percibe por el mismo trabajo multiplicado

por el número de horas que se dedica a estas actividades podría darnos la magnitud de riqueza que se genera y que no queda cuantificada en la balanza final. En todo caso, parece que hacer “invisible” este trabajo que realizan las personas mayores, forma parte de una “economía sumergida de la solidaridad y de la convivencia social”.

Frente a los discursos que ponen el acento en el coste social de las personas mayores, queremos poner el acento en la aportación directa a la sociedad, no solo en cuanto trabajo que de otra manera no se realizaría o que habría que pagar a coste de mercado, sino en cuanto a la doble vertiente de corresponsabilidad social que desempeñan las personas mayores.

En una sociedad que habla de derechos y de deberes, pensamos que en primer lugar hay que reconocer el deber de cualquier ciudadano a contribuir al bienestar de la sociedad, a implicarse en la mejora de las condiciones de vida y a implicarse de manera activa, como “buen ciudadano” en hacer frente a los problemas familiares o sociales. La jubilación es un término laboral que genera unos derechos económicos, debido a unas aportaciones realizadas. Pero no existe la “jubilación social”. En este sentido, desde un planteamiento de compromiso social, entendemos que las personas mayores no sólo pueden asumir algunas tareas, para las que están cualificadas, tienen tiempo y pueden dar un sentido a su “ocio liberado”, sino que tienen una responsabilidad social.

Si pensamos en la sociedad como la mayor de las empresas, su capital social lo constituyen todas las personas, independientemente de su edad; por ello, aplicando los principios de la “responsabilidad social corporativa”, deberíamos valorar como una exigencia ética, derivada de la esencia social de toda persona, la corresponsabilidad en cualquier tarea que contribuya a dar respuesta a las necesidades sociales, aunque sean en el ámbito familiar o comunitario.

Poner en valor económico el trabajo que realizan las personas mayores en esa inversión social, es hacer visible su aportación y erradicar la mala visión como personas pasivas; pero señalado esto, pensamos que estas actuaciones no deben ser una excepción, sino el resultado de un compromiso que se deriva de la propia convivencia social. Los primeros en responder a las necesidades sociales deben ser los “ciudadanos”; solo cuando la acción es insuficiente o no puede ser llevada a cabo con las adecuadas garantías, es cuando las políticas y servicios públicos pueden intervenir, con ese carácter subsidiario.

La autoayuda, el mutualismo, la creación de redes de ciudadanía, son y deben seguir siendo valores en alza en una “buena” sociedad. En cuanto ciudadanos, no sólo somos sujetos de derechos, sino también de deberes. El referente más elocuente pueden ser estas personas mayores, que ante problemas de conciliación, ante problemas familiares, de soledad, de incomunicación, de dependencia, se ponen al servicio de los ciudadanos, sean familiares o no, para contribuir a hacer una vida más integrada e integradora. Una participación que deberá ir integrándose en un marco normativo

regulado, que permitan un reconocimiento no solo social, sino también desde el punto de vista jurídico y, aunque nunca se podrá equiparar, al menos si deberá contar con un tratamiento normativo tal como cuenta todo lo que se refiere a la participación en la actividad económica, las aportaciones y los derechos de percepción de pensiones, que es, básicamente a lo que vamos a referirnos en el siguiente epígrafe.

3.3 El envejecimiento y su tratamiento normativo

No se debe olvidar que la participación de la población en la actividad económica, sea tanto de manera formal como informal, en un Estado de derecho como es el nuestro, se encuadra dentro de un “marco normativo” que debe respetarse, pero que también, si es necesario debe modificarse con el fin de adaptarlo a las exigencias y necesidades de los nuevos tiempos, de manera que esa regulación, lejos de poner trabas, facilite e incluso “garantice” la consecución de una sociedad para todas las edades, tanto en lo que se refiere a la regulación del trabajo y el empleo como a la protección social de este colectivo que, tradicionalmente ha sido bastante vulnerable.

3.3.1 El envejecimiento y el Derecho del Trabajo

La edad constituye una de las variables que ha servido, y sigue sirviendo de referencia tradicional no sólo al Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, sino también a otros sectores del ordenamiento jurídico.

La edad mínima para trabajar y la edad de jubilación constituyen los referentes más expresos en la tradición jurídico laboral, habiéndose añadido con el transcurso del tiempo a otras instituciones como pueden ser los relacionados con los contratos formativos o la promoción del empleo. Por el contrario la cuestión del envejecimiento no ha tenido presencia significativa en la normativa laboral, sino es de manera indirecta a través de la cuestión de la vejez, terminología usada para las pensiones del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), un régimen residual que se aplica a los trabajadores y derechohabientes que, reúnan los requisitos exigidos por la legislación del extinguido régimen, cuando los afectados no tuvieran derecho a pensión del actual Sistema de la Seguridad Social, con excepción de las pensiones de viudedad de las que puedan ser beneficiarios.⁵

⁵ Los requisitos son: tener cumplidos los 65 años de edad o 60 en el supuesto de vejez por causa de incapacidad. Esta incapacidad debe ser permanente y total para la profesión habitual y no derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional; no tener derecho a ninguna otra pensión a cargo de los regímenes que integran el Sistema de la Seguridad Social, o a sectores laborales pendientes de integración en el mismo, con excepción de las pensiones de viudedad de las que puedan ser beneficiarios; haber estado afiliado al Régimen del Retiro Obrero o tener cubiertos 1.800 días de cotización al Régimen del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) antes de 1-1-67.

La vejez como indica Borrajo Dacruz, es un concepto relativo, por no decir equívoco, que aparece como sinónimo tanto de ancianidad como de senilidad, y en cualquiera de ambos sentidos, hace relación al tiempo, considerando el citado autor que el problema está en determinar si con el transcurso del tiempo se puede hablar ya de vejez o si por el contrario, es preciso que el transcurso del tiempo de cómo resultado esa pérdida o disminución de vitalidad, salud o facultades.⁶

El Tribunal Constitucional en la sentencia 22/1981, publicada en el BOE de 20 de julio de 1981 (BOE núm. 172)⁷, declaró que resulta inadmisibile desde el punto de

⁶ Cfr. Borrajo Dacruz, E.: *“Estudios jurídicos de previsión social”*. Editorial Aguilar, Madrid, 1962, pp. 163 y ss.

⁷ Indicaba el Tribunal Constitucional que no cabe duda de que algunas actividades exigen unas condiciones físicas o intelectuales que el transcurso del tiempo puede menoscabar, por lo que en estos casos puede presumirse razonablemente que esa disminución de facultades resulta ya patente a una edad determinada y sobre esta base establecerse la extinción de la relación laboral. Pero, dadas las distintas aptitudes requeridas en las diversas actividades laborales, lo que ya no es razonable es presumir esa ineptitud con carácter general y a una misma edad para todos los trabajadores cualquiera que sea el sector económico en que se hallen integrados y el tipo de actividad que dentro de él desarrollen. Y aún más difícil resulta alegar esa ineptitud para justificar una limitación al derecho al trabajo si se tiene en cuenta que se presume no de todos los ciudadanos que alcanzan una edad determinada, sino sólo de los trabajadores por cuenta ajena a que se refiere el art. 1 del Estatuto de los Trabajadores que no se hallen expresamente excluidos del ámbito regulado por dicha Ley, de tal suerte que esa presunción de ineptitud desaparece si al llegar a la edad fijada el trabajador ejerciere libremente la misma actividad profesional. En cualquier caso, la incapacitación generalizada para trabajar basada en una presunción de ineptitud iuris et iure carecería de base constitucional, pues afecta a la raíz misma del derecho al trabajo entendido como libertad de trabajar, anulando de hecho su contenido esencial.

Se alega que la fijación de una edad laboral máxima es de naturaleza análoga a la fijación de una edad mínima y que si se admite ésta no existe fundamento para rechazar aquélla. Sin embargo, es preciso destacar que la imposición de una edad laboral mínima tiene una razón de ser específica que no puede trasladarse a la fijación de una edad máxima. Con la primera lo que se pretende es garantizar una formación básica, dentro de una política encaminada a promover la igualdad real y efectiva de todos los ciudadanos y a remover los obstáculos que impidan a éstos el pleno desarrollo físico y psíquico de su personalidad: y, aun cuando el proceso de maduración no se produzca de la misma forma en todos los individuos, la tipificación viene también justificada por la necesidad de uniformar los ciclos educativos y evitar una costosa diversificación según el ritmo de evolución de cada niño o adolescente. Se trata, en definitiva, de una medida inspirada en principios y valores fundamentales asumidos constitucionalmente (artículos 9.2 y 27.1 de la Constitución Española), y la creciente sensibilización de las sociedades democráticas respecto de la importancia de la realización de tales valores y principios viene manifestándose en la paulatina elevación de la edad requerida para el inicio de la actividad laboral.

Añade el Tribunal que la edad de acceso a la jubilación, obedece a criterios opuestos a los que sirven de fundamento a la jubilación forzosa, criterios que aparecen reflejados en la Recomendación núm. 162 sobre los trabajadores de edad adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo en su 66.^a Reunión celebrada en Ginebra en 1980: en el apartado 4 de la misma, relativo a la preparación y

vista constitucional la extinción del contrato de trabajo por el hecho exclusivo de la edad, tesis la anterior que no suscribió el citado Tribunal en la sentencia 99/1987 publicada en el BOE de 26 del junio de 1987 (BOE núm. 152), relativa a la jubilación de los funcionarios públicos, al justificar que se puede decir que se da una diferencia de trato legislativo, que no resulta arbitraria. Se trata, de acuerdo con la doctrina constitucional, de regímenes jurídicos distintos, aplicables a situaciones diferentes, es decir, uno estatutario y otro laboral, puesto que no son los mismos los derechos y deberes de uno y otro personal y es razonable esa distinción, ya que, como se dijo en la STC 57/1982, la igualdad de trato de funcionarios y trabajadores no se infiere de la Constitución, y de ello es prueba la también distinta regulación y previsión constitucional, cuyo art. 35.2 remite al Estatuto de los Trabajadores y el 103.3 al Estatuto de los funcionarios, lo que justifica las regulaciones diferenciadas, que no parecen irrazonables. Si la distinción entre ambos regímenes es una opción constitucionalmente lícita del legislador, también lo será la diferencia en los elementos configuradores de los mismos, no justificándose por ello la sospecha de arbitrariedad.

En el Libro Verde que lleva como título: “Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones”⁸, se realiza un breve tratamiento del enfoque global del ciclo de vida activa, considerándose que las personas de más de 55 años aumentarán un 9,6% entre 2005 y 2010, y un 15,5% entre 2010 y 2030. En tal contexto resulta imprescindible, se dice, un nuevo lugar para las personas mayores, toda vez que el número de personas mayores (65-79 años) experimentará un fuerte crecimiento después de 2010 y hasta alrededor de 2030 (+37,4%), y éstas serán más activas, porque su salud será mejor, tendrán una situación económica más

acceso al retiro, se recomienda que en todos los casos en que ello sea posible se adopten medidas encaminadas a lograr que el paso del trabajador a la situación de retiro se efectúe voluntariamente y a establecer un sistema que permita una transición progresiva entre la vida profesional y un régimen de actividad libre. La más reciente política de protección a la tercera edad propugna, pues, la voluntariedad y progresividad de la jubilación, rasgos contrarios a los de la jubilación forzosa, caracterizada por su obligatoriedad y su radicalidad o falta de progresividad. Las reiteradas propuestas en pro de una reducción de la edad de jubilación no van dirigidas a la fijación de una edad de jubilación forzosa, sino de la edad de admisión a la pensión de jubilación fijada por la legislación de la Seguridad Social, y lo que se pretende, en último término, es la creación de las condiciones jurídicas, económicas y asistenciales que flexibilicen las condiciones de acceso a la jubilación o a las pensiones y estimulen la jubilación anticipada mejorando los sistemas de seguridad social.

En consecuencia, tampoco puede aducirse que cabe argumentación para justificar la limitación al ejercicio del derecho al trabajo en la forma incondicionada supuestamente contenida en la disposición adicional quinta del Estatuto de los Trabajadores, ni desde el punto de vista del principio de igualdad ni desde el punto de vista de las posibles limitaciones previstas en los textos internacionales anteriormente mencionados.

⁸ Bruselas, 16.3.2005 COM (2005) 94 final.

desahogada porque habrán constituido, en mayor proporción, pensiones completas, y dispondrán de un ahorro más elevado que sus predecesores y que sus hijos.⁹

En orden a tales presupuestos fue aprobada la Decisión del Consejo de 12 de julio de 2005 relativa a las Directrices para las políticas de empleo de los Estados miembros (2005/600/CE), la directriz integrada número 17, estableció la necesidad de promover un enfoque del trabajo basado en el ciclo de vida mediante la renovación de los esfuerzos dirigidos a crear vías hacia el empleo para los jóvenes y a reducir el paro juvenil; medidas decididas para eliminar las diferencias existentes entre hombres y mujeres en materia de empleo, desempleo y remuneración; una mejor conciliación de la vida familiar y profesional, incluidos, en particular, servicios accesibles y asequibles de asistencia infantil y cuidado de otras personas dependientes; la modernización de los sistemas de pensiones y asistencia sanitaria, de modo que se garantice su adecuación, viabilidad financiera y capacidad de adaptación ante la evolución de las necesidades, con el fin de apoyar la participación en el empleo y la prolongación de la vida activa, sobre todo por medio de medidas adecuadas que incentiven el trabajo y resten atractivo a la jubilación anticipada; el fomento de condiciones laborales propicias para el envejecimiento activo¹⁰. Un envejecimiento activo que como quedó expresado en las conclusiones de la troika presidencial de 2 de Febrero de 2008, relativa a la “Flexibilidad y Seguridad a lo largo de la vida”, se vino a concretar que Europa debe reforzar el equilibrio entre flexibilidad y seguridad (flexiguridad) para afrontar los desafíos del siglo XXI, precisándose que las estrategias para el envejecimiento activo deberán desarrollarse en paralelo a medidas de flexiguridad, y si se quiere retener a las personas en el mercado de trabajo, deberá promoverse el aprendizaje permanente, garantizar la salud y seguridad laboral, y adaptar los lugares de trabajo a las necesidades de grupos individuales.¹¹

⁹ Cabe indicar que las personas mayores de algunos países tienden cada vez más a instalarse en otra región u otro país, con lo cual se advertirá que la movilidad no se limita a los jóvenes o las personas activas. Su consumo se orientará hacia nuevos bienes y servicios y desean participar activamente en la vida social, y es posible que quieran proseguir una actividad profesional, o combinar empleo a tiempo parcial y jubilación, tendencia que se está imponiendo en los Estados Unidos, ocurriendo que en 2003 la tasa de actividad de las personas entre 65 y 74 años era del 5,6% en la Unión Europea, frente a un 18,5% en los Estados Unidos.

¹⁰ La Directriz transcrita fue incorporada a las Directrices para las políticas de empleo (2005-2008).

¹¹ Cabe recordar que el objetivo establecido por el Consejo Europeo de Barcelona de 2002 es, por una parte, que en 2010 siga en activo el 50% de los trabajadores de edades comprendidas entre los 55 y los 64 años y, por otra, que antes de 2010 se haya retrasado cinco años la edad de salida efectiva del mercado de trabajo. Aparte de enfrentarse con el aspecto financiero, los sistemas de asistencia sanitaria también tendrán que evolucionar para hacer frente a la previsible demanda por parte del número creciente de personas mayores, sobre todo para mejorar el acceso a la asistencia sanitaria. En 2003 la tasa de actividad de las personas entre 65 y 74 años era del 5,6% en la Unión Europea, frente a un 18,5% en los Estados Unidos.

Puede argumentarse que el descenso de la fuerza laboral podría contrarrestarse reduciendo la infrautilización de la mano de obra que imperante en Europa. No obstante, parece que el descenso de la fuerza laboral junto con el envejecimiento de ésta tendrá como resultado una escasez de mano de obra y la falta de trabajadores cualificados (especialmente en algunas regiones y sectores de la economía), una ralentización del progreso tecnológico, así como una reducción de la movilidad y flexibilidad de la fuerza laboral. Por el contrario, desde el punto de vista de la demanda se observa una dinámica creciente, es decir, una rápida evolución tecnológica, cambios radicales en los patrones de trabajo (trabajos temporales, empleos a tiempo parcial, fragmentación del trabajo y duración del mismo). Es así que los cambios en la naturaleza del empleo, de una vida laboral y un entorno de trabajo estructurados, hacia un trabajo planificado y gestionado por uno mismo, más flexible y personal, podrían causar dificultades a los trabajadores mayores. Por ello, resulta preocupante la posibilidad de que parte de la mano de obra, y en especial las personas mayores, no sean capaces de adaptarse a los nuevos requisitos de la vida laboral. Teniendo en cuenta el constante envejecimiento de la población y la creciente proporción de dependencia de las personas mayores, así como la actual estructura económica de los planes de pensiones, se llega a la conclusión de que, en general, Europa se enfrenta al importante reto de adaptar su mercado laboral y los sistemas de seguridad social a dichos cambios.

En la consecución de tales objetivos han de tomarse en consideración los análisis realizados al respecto¹², pudiéndose afirmar lo siguiente:

- Existe una estrecha correlación entre la edad media de jubilación real y el trabajo desarrollado de forma continuada. El incremento de las pensiones de jubilación y los subsidios relacionados con el desempleo tienen gran influencia sobre la decisión de jubilarse. La existencia y disponibilidad de generosos subsidios de desempleo parecen factores necesarios para que las variables del mercado laboral influyan sobre los índices de actividad de los trabajadores mayores.
- Las variables del mercado laboral desempeñan un importante papel a la hora de explicar las diferencias regionales y las variaciones en el tiempo de la actividad económica de los hombres mayores, el aumento del índice de desempleo entre los jóvenes influye en el descenso del índice de participación en la fuerza laboral, los cambios de tamaño y edad de la población en edad laboral parecen hacer

¹² Vid. Blöndal, S y S. Scarpetta.: "Early retirement in OECD countries: the role of social security systems", Economic Studies No. 29, 1997/II. Igualmente Vlasblom, J. and Nekkers, G.: Regional Differences in Labour Force Activity Rates of Persons Aged 55+ in the European Union, European Commission. (2001).

mucha presión para que los hombres mayores se jubilen antes de la edad reglamentaria.

- Los factores institucionales, como los distintos sistemas de negociación (el nivel de centralización/coordiación de las negociaciones salariales) y el grado de sindicalización (el porcentaje de la población activa que es miembro de algún sindicato) desempeñan papeles directos e indirectos, por ejemplo: el alto grado de sindicalización ha favorecido un retiro temprano al promover planes de jubilación anticipada a nivel empresarial y sectorial. Puede advertirse igualmente que el mayor efecto de los cambios de la oferta de mano de obra sobre los índices de participación se encuentra en países en los que la negociación sectorial no estaba coordinada.
- Las personas con más estudios tienden a permanecer más tiempo en el mercado laboral.
- La posibilidad de posponer la jubilación aumenta los índices de actividad.
- La posibilidad de jubilarse anticipadamente reduce los índices de actividad de los hombres menores de 65 años y aumenta los índices de actividad de los hombres mayores de 65 años, encontrándose resultados parecidos en los casos en que existe la posibilidad de acogerse a una jubilación parcial.

En la comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones¹³, mediante la que formulaba la propuesta de informe conjunto sobre protección social e inclusión social 2008, se constataba el aumento de la tasa de empleo de todas las categorías de trabajadores de más edad, y que las medidas activas de inclusión social y las reformas de las pensiones y los mercados laborales habían mejorado la incentivación del trabajo. No obstante sigue siendo aún necesario que trabajen más personas y que permanezcan más tiempo económicamente activas. Igualmente se añade que junto con el esfuerzo por mejorar la productividad, que contribuirá a cimentar una base más sólida para los sistemas de protección social y a lograr pensiones adecuadas y sostenibles, es preciso afrontar las reformas de las pensiones que puedan promover el envejecimiento activo, de forma que al aumentar la empleabilidad, se reduzcan los sistemas de jubilación anticipada, se flexibilice la jubilación y se refuercen los incentivos para prolongar la vida laboral.

En cuanto a la promoción de vidas laborales más largas, se advierte que en la última década se han hecho profundas reformas estructurales del mercado laboral y de las pensiones en la mayoría de los países, y en algunos Estados miembros aún no se

¹³ Bruselas, 30-01-08. COM (2008) 42 final.

dan por concluidas. Estas reformas están basadas en un planteamiento del ciclo de vida, con el refuerzo de la relación entre cotizaciones de pensión y las prestaciones, y en estrategias de envejecimiento activo, con una reducción del acceso a los sistemas de jubilación anticipada, el aumento de los incentivos para trabajar más tiempo y la mejora de la empleabilidad de los trabajadores de más edad. Tales reformas deben complementarse con medidas de flexiguridad a lo largo del ciclo de vida para mejorar tanto la cantidad como la calidad de los empleos, especialmente de las personas con carreras menos estables y salarios bajos que tienen dificultades para lograr una pensión adecuada.

Se constata en la comunicación citada que los trabajadores que se acogen a una jubilación anticipada representan en torno a un 20% de la población de entre 55 y 64 años, y por lo tanto, la reducción de estas jubilaciones anticipadas debe contribuir considerablemente a extender la vida laboral de los trabajadores. Se afirma que la reciente mejora de las tasas de empleo de las personas de 55 a 64 años beneficia a todas las categorías de trabajadores, incluidos los poco cualificados, influyendo que la mayoría de los Estados miembros están llevando a cabo reformas para reducir las jubilaciones anticipadas, centradas en las prestaciones por desempleo y jubilación anticipada y el acceso a las pensiones por discapacidad y a la rehabilitación, revisándose también los sistemas fiscales y las pensiones privadas.

Por todo ello los objetivos claves de estas reformas son el endurecimiento de las condiciones de admisión y la creación de un marco adecuado para que los trabajadores de más edad puedan seguir participando en el mercado laboral, con excepciones en los casos de trabajos especialmente exigentes o peligrosos. Es necesario pues una mayor incentivación de la prolongación de la vida laboral y la contratación, el mantenimiento de trabajadores de más edad por parte de los empleadores, el incremento de las oportunidades de empleo para las personas con discapacidad y poco cualificadas mediante una mejora de las condiciones de trabajo, la validación del aprendizaje no formal, y la disponibilidad de oportunidades de mejora de las capacidades, por ejemplo en tecnologías de la Información y la Comunicación, en reciclaje profesional y de formación continua. A pesar de lo expresado, no obstante, en algunos Estados miembros siguen aumentando las jubilaciones anticipadas, y por ello, deben aplicarse medidas más sistemáticas para reducir de manera significativa el tiempo entre el final del último empleo y el inicio de la jubilación legal fortaleciendo las medidas por reducir la discriminación de los trabajadores de más edad en el mercado laboral.

3.3.2 La jubilación y la política de pensiones

En España el Pacto de Toledo, en la redacción del Informe de la Comisión no permanente del Pacto de Toledo del Congreso de los Diputados el 30-09-03, señalaba

en su recomendación 6ª la necesidad de orientar las cotizaciones de la Seguridad Social al empleo, constatando que las políticas de bonificaciones y exoneraciones de cotizaciones sociales pueden ser un instrumento útil para favorecer la incorporación o permanencia en el mercado de trabajo de personas con especiales dificultades de acceso o en situaciones de riesgo de expulsión de aquél, siendo conveniente intensificar el apoyo a los trabajadores de mayor edad, limitando el recurso a las prejubilaciones y desincentivando el abandono prematuro de la vida laboral, y todo ello en aras a conseguir la prolongación voluntaria de la vida laboral más allá de la edad legal de jubilación, aplicando una política adecuada de cotización.

En la recomendación 10ª relativa al carácter contributivo del sistema se reafirma la idea de que es preciso seguir reforzando el principio de contributividad como elemento básico para la preservación del equilibrio financiero del sistema. A tal fin se recomienda seguir avanzando en el objetivo de lograr una mayor proporcionalidad entre las pensiones y el esfuerzo de cotización realizado, en línea con lo que se ha venido haciendo en los últimos años, todo ello sin perjuicio de la adecuada atenuación derivada de criterios de solidaridad.

En la recomendación 11ª, relativa a la edad de jubilación, considera que son indudables los efectos beneficiosos que se derivan de la permanencia en el mercado de trabajo de los trabajadores de más edad, lo cual presenta ventajas para ellos, su entorno y el conjunto de la sociedad, que de esta forma puede aprovechar la experiencia y los conocimientos de estos trabajadores, teniendo además efectos positivos para el Sistema de Pensiones. Se entiende que la necesidad de continuar por el camino ya iniciado a los efectos de conseguir el objetivo de que la edad real de jubilación se aproxime cada vez más a la mínima y general legalmente establecida. La Comisión entiende, no obstante, que resulta conveniente seguir adoptando medidas con la finalidad, por un lado, de fomentar la prolongación de la actividad laboral de aquellos que opten por mantenerse en el mercado de trabajo una vez alcanzada la edad a la que pueden acceder a la pensión de jubilación y, por el otro, que impida cualquier tipo de discriminación por razón de edad que tenga por consecuencia la expulsión prematura del mercado de trabajo de trabajadores con plenas facultades físicas y psíquicas para continuar desarrollando su labor¹⁴. La Comisión considera

¹⁴ Conviene recordar las dificultades que entraña para la consecución de tales objetivos el encontrar un equilibrio entre la discriminación por razón de edad y la política general de empleo. En la Sentencia del Tribunal de Justicia (Gran Sala) de 16 de octubre de 2007, asunto C-411/05, (Félix Palacios de la Villa y Cortefiel Servicios, S.A.) se considera que debe considerarse que una normativa nacional que prevé la extinción automática del contrato de trabajo cuando el trabajador cumpla la edad de jubilación establecida en dicha normativa, dispensa, de manera directa, un trato menos favorable a los trabajadores que hayan alcanzado esa edad en comparación con las demás personas activas en el

que sólo en supuestos específicos y justificados deberían poder utilizarse recursos públicos de la Seguridad Social para ajustes de plantilla que supongan jubilaciones anticipadas. No obstante lo anterior, determinadas formas de trabajo y colectivos por razón de su actividad o grado de discapacidad pueden obligar a contemplar consideraciones específicas en tomo a la edad legal de jubilación. La Comisión consideró asimismo conveniente mantener la figura del contrato de relevo y de sustitución.

En materia de jubilación, el legislador español, de acuerdo con las orientaciones de la Unión Europea y otros Organismos Internacionales, así como con el Pacto de Toledo, ha tratado de incentivar la prolongación voluntaria de la vida laboral, así como promover una mayor conexión entre la jubilación flexible y las exigencias de los procesos productivos. Las Leyes 12/2001, 35/2002, y la más reciente Ley 40/2007, así como los Decretos 1131 y 1132/2001 siguen la dirección indicada haciendo más onerosa la anticipación de la edad de jubilación e invirtiendo la

mercado laboral. El legislador español reconoce la jubilación forzosa habilitada en convenio colectivo si tiene por objeto ofrecer oportunidades en el mercado de trabajo a las personas que buscan un empleo. De ese modo, se habilita la posibilidad de establecer en los convenios colectivos cláusulas que posibiliten la extinción del contrato de trabajo por el cumplimiento de la edad de jubilación al requisito de que la medida se vincule a objetivos coherentes con la política de empleo expresados en el convenio colectivo, tales como la transformación de contratos temporales en indefinidos, el sostenimiento del empleo o la contratación de nuevos trabajadores. Tal apreciación se ve confirmada por el hecho de que, el artículo 19, párrafo tercero, del convenio colectivo objeto de litigio indica expresamente el objeto de fomentar el empleo como la finalidad que inspira la medida establecida en dicha disposición. Por lo tanto, debe considerarse que, en principio, un objetivo como el contemplado en la normativa controvertida en el litigio principal justifica objetiva y razonablemente, en el marco del Derecho nacional, conforme a lo exigido por el artículo 6, apartado 1, párrafo primero, de la Directiva 2000/78, que los Estados miembros puedan establecer una diferencia de trato por motivos de edad. Además, no puede estimarse que con dicha medida se vean excesivamente menoscabadas las expectativas legítimas de los trabajadores que hayan sido objeto de una medida de jubilación forzosa por haber alcanzado el límite de edad previsto, puesto que la normativa pertinente no se basa sólo en una edad determinada, sino que tiene también en cuenta la circunstancia de que, al término de su carrera profesional, los interesados obtienen una compensación financiera consistente en una pensión de jubilación, como la prevista por el régimen nacional controvertido en el litigio principal, que se fija en un nivel que no puede considerarse inadecuado. En consecuencia, concluye el Tribunal, procede responder que la prohibición de toda discriminación por razón de edad, tal como se aplica en la Directiva 2000/78, debe interpretarse en el sentido de que no se opone a una normativa nacional, como la controvertida, que considera válidas las cláusulas de jubilación forzosa establecidas en los convenios colectivos que exijan, como únicos requisitos, que el trabajador haya alcanzado el límite de edad a efectos de jubilación, fijado en 65 años por la normativa nacional, y que cumpla con las demás condiciones en materia de seguridad social para acceder a la prestación de jubilación en su modalidad contributiva, siempre que dicha medida, pese a basarse en la edad, esté justificada objetiva y razonablemente, en el marco del Derecho nacional, por una finalidad legítima relativa a la política de empleo y al mercado de trabajo, y los medios empleados para lograr este objetivo de interés general no resulten inadecuados e innecesarios a este respecto.

constatada situación de que en España la edad media de jubilación ordinaria es inferior a la existente otros países, no alcanzando como media los 65 años¹⁵.

El Preámbulo de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social señala, entre otros objetivos, progresar en el camino ya iniciado de favorecer la prolongación voluntaria de la vida laboral más allá de la edad legal de jubilación, sin olvidar tampoco la necesidad de paliar las consecuencias negativas experimentadas por los trabajadores de más edad expulsados prematuramente del mercado laboral.

Con el objeto de contar con una imagen exacta de la cuestión de la jubilación en nuestro sistema jurídico conviene esquematizar el complejo tratamiento que ofrece la legislación a la hora de evaluar el ciudadano sus expectativas. El vigente Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, contempla uno de los perfiles tradicionales del envejecimiento en conexión con el la extinción del contrato de trabajo por razón de la edad, y así tendrán derecho a la pensión de jubilación, en su modalidad contributiva, las personas incluidas en el citado Régimen General que, además del general derecho a ser titular de prestaciones reúnan las siguientes condiciones: haber cumplido sesenta y cinco años de edad, tener cubierto un período mínimo de cotización de quince años, de los cuales al menos dos deberán estar comprendidos dentro de los quince años inmediatamente anteriores al momento de causar el derecho. A efectos del cómputo de los años cotizados no se tendrá en cuenta la parte proporcional correspondiente por pagas extraordinarias, asimismo considera el legislador que en los supuestos en que se acceda a la pensión de jubilación desde una situación de alta o asimilada al alta, sin obligación de cotizar, el período de dos años deberá estar comprendido dentro de los quince años anteriores a la fecha en que cesó la obligación de cotizar.

También tendrán derecho a la pensión de jubilación quienes se encuentren en situación de invalidez provisional y reúnan las condiciones que se establecen en la ley. No obstante, la pensión de jubilación podrá causarse, aunque los interesados no se encuentren en el momento del hecho causante en alta o situación asimilada a la de

¹⁵ En el Informe sobre la vida laboral y prejubilaciones, realizado por el Consejo Económico y Social, junio 2000, Informe 2/2000, se indica que al margen de las consecuencias que desde el punto de vista personal puede tener relegar a la inactividad a personas que se encuentran en plena madurez profesional y que tienen en perspectiva un importante número de años de vida, desde el punto de vista social, el fenómeno tiene una enorme trascendencia por dos razones: la pérdida del capital humano adquirido a lo largo de muchos años con una importante inversión de recursos públicos y privados para su formación y por otra parte el coste económico que esta práctica depara para el sistema de protección por desempleo al que se añade el coste económico que para los trabajadores que ven mermadas sus rentas tanto por la pérdida prematura de salarios como por la cuantía de la pensión que finalmente generarán.

alta, siempre que reúnan los requisitos de edad y cotización. Añadir que el percibo de la pensión de jubilación es incompatible con la realización de trabajos por cuenta propia o ajena, o con la realización de actividades para las Administraciones Públicas, que den lugar a su inclusión en un Régimen de la Seguridad Social, excepto en la jubilación parcial y en la jubilación flexible.

El legislador contempla igualmente la jubilación anticipada, considerando que la edad mínima de sesenta y cinco años podrá ser rebajada por Real Decreto, a propuesta del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, en aquellos grupos o actividades profesionales cuyos trabajos sean de naturaleza excepcionalmente penosa, tóxica, peligrosa o insalubre y, acusen elevados índices de morbilidad o mortalidad, siempre que los trabajadores afectados acrediten en la respectiva profesión o trabajo el mínimo de actividad que se establezca¹⁶. De igual modo, la edad mínima podrá ser reducida en el caso de personas con discapacidad en un grado igual o superior al 65% en los términos contenidos en el correspondiente Real Decreto acordado a propuesta del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales, o también en un grado de discapacidad igual o superior al 45%, siempre que, en este último supuesto, se trate de discapacidades reglamentariamente determinadas en los que concurren evidencias que determinan de forma generalizada y apreciable una reducción de la esperanza de vida de esas personas. Todo ello considerando que la aplicación de los correspondientes coeficientes reductores de la edad en ningún caso dará ocasión a que el interesado pueda acceder a la pensión de jubilación con una edad inferior a la de 52 años.

Como variante de lo anterior podrán acceder a la jubilación anticipada: en primer lugar, los trabajadores que tengan cumplidos los sesenta y un años de edad, sin que a estos efectos resulten de aplicación los coeficientes reductores antes indicados; también quienes se encuentren inscritos en las oficinas de empleo como demandantes de empleo durante un plazo de, al menos, seis meses inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la jubilación¹⁷; en tercer lugar, los que acrediten un período mínimo de cotización efectiva de treinta años; y cuarto, que el cese en el

¹⁶ Tal puede ser el caso de los trabajadores incluidos en Estatuto Minero, personal de vuelo de trabajos aéreos, trabajadores ferroviarios, artistas, profesionales taurinos, bomberos al servicio de las administraciones y organismos públicos.

¹⁷ Tal requisito será exigible en aquellos supuestos en los que el empresario, en virtud de obligación adquirida mediante acuerdo colectivo o contrato individual de prejubilación, haya abonado al trabajador tras la extinción del contrato de trabajo, y en los dos años inmediatamente anteriores a la solicitud de jubilación anticipada, una cantidad que, en cómputo global, represente un importe mensual no inferior al resultado de sumar la cantidad que le hubiera correspondido en concepto de prestación por desempleo y la cuota que hubiera abonado o, en su caso, la cuota de mayor cuantía que hubiera podido abonar en concepto de convenio especial con la Seguridad Social.

trabajo, sea como consecuencia de la extinción del contrato de trabajo, no se haya producido por causa imputable a la libre voluntad del trabajador¹⁸. A tales efectos, se entenderá por libre voluntad del trabajador la inequívoca manifestación de voluntad de quien, pudiendo continuar su relación laboral y no existiendo razón objetiva que la impida, decide poner fin a la misma. Se considerará, en todo caso, que el cese en la relación laboral se produjo de forma involuntaria cuando la extinción se haya producido por alguna de las siguientes causas: en virtud de expediente de regulación de empleo o de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal; por muerte, jubilación o incapacidad del empresario individual, cuando determinen la extinción del contrato de trabajo; por despido; por despido basado en causas objetivas; por resolución voluntaria por parte del trabajador, en los supuestos previstos en los artículos 40, 41.3, 49.1.m y 50 del Estatuto de los Trabajadores¹⁹; por expiración del tiempo convenido o realización de la obra o servicio objeto del

Como complemento a lo anterior indicar que la disposición adicional décima del Estatuto de los Trabajadores señala que en los convenios colectivos podrán establecerse cláusulas que posibiliten la extinción del contrato de trabajo por el cumplimiento por parte del trabajador de la edad ordinaria de jubilación fijada en la normativa de Seguridad Social, siempre que se cumplan los siguientes requisitos: a) esta medida deberá vincularse a objetivos coherentes con la política de empleo expresados en el convenio colectivo, tales como la mejora de la estabilidad en el empleo, la transformación de contratos temporales en indefinidos, el sostenimiento del empleo, la contratación de nuevos trabajadores o cualesquiera otros que se dirijan a favorecer la calidad del empleo. b) el trabajador afectado por la extinción del contrato de trabajo deberá tener cubierto el período mínimo de cotización o uno mayor si así se hubiera pactado en el convenio colectivo, y cumplir los demás requisitos exigidos por la legislación de Seguridad Social para tener derecho a la pensión de jubilación en su modalidad contributiva.

¹⁸ En el caso de que el cese en el trabajo, sea como consecuencia de la extinción del contrato de trabajo, no se haya producido por causa imputable a la libre voluntad del trabajador, tampoco será exigible en aquellos supuestos en los que el empresario, en virtud de obligación adquirida mediante acuerdo colectivo o contrato individual de prejubilación, haya abonado al trabajador tras la extinción del contrato de trabajo, y en los dos años inmediatamente anteriores a la solicitud de jubilación anticipada, una cantidad que, en cómputo global, represente un importe mensual no inferior al resultado de sumar la cantidad que le hubiera correspondido en concepto de prestación por desempleo y la cuota que hubiera abonado o, en su caso, la cuota de mayor cuantía que hubiera podido abonar en concepto de convenio especial con la Seguridad Social.

¹⁹ El artículo 40 se refiere a la movilidad geográfica. El artículo 41 a la modificación sustancial de condiciones de trabajo de carácter individual. El artículo 49.1.m, afecta a la extinción del contrato por decisión de la trabajadora que se vea obligada a abandonar definitivamente su puesto de trabajo como consecuencia de ser víctima de violencia de género. El artículo 50 trata de la extinción por voluntad del trabajador, entendiéndose que serán causas justas para que el trabajador pueda solicitar la extinción del contrato, las modificaciones substanciales en las condiciones de trabajo que redunden en perjuicio de su formación profesional o en menoscabo de su dignidad, la falta de pago o retrasos continuados en el abono del salario pactado, y cualquier otro incumplimiento grave de sus obligaciones por parte del empresario, salvo los supuestos de fuerza mayor, así como la negativa del mismo a reintegrar al trabajador en sus anteriores condiciones de trabajo en los supuestos previstos en los artículos 40 y 41 de la Ley relativos a la movilidad geográfica, y a las modificaciones sustanciales del contrato, siempre y cuando una sentencia judicial haya declarado los mismos injustificados.

contrato, siempre que dichas causas no hayan actuado por denuncia del trabajador; por resolución de la relación laboral, durante el período de prueba, a instancia del empresario, siempre que la extinción de la relación laboral anterior se hubiera debido a alguno de los supuestos contemplados en este apartado, o haya transcurrido un plazo de tres meses desde dicha extinción.

En los casos de acceso a la jubilación anticipada señalada en el párrafo anterior, la pensión será objeto de reducción mediante la aplicación, por cada año o fracción de año que, en el momento del hecho causante, le falte al trabajador para cumplir los sesenta y cinco años, de los siguientes coeficientes: entre treinta y treinta y cuatro años de cotización acreditados: 7,5%; entre treinta y cinco y treinta y siete años de cotización acreditados: 7%; entre treinta y ocho y treinta y nueve años de cotización acreditados: 6,5%; con cuarenta o más años de cotización acreditados: 6%. Para el cómputo de los años de cotización se tomarán años completos, sin que se equipare a un año la fracción del mismo.

En cuanto a la cuantía de la pensión, en su modalidad contributiva, se determinará aplicando a la base reguladora, los porcentajes siguientes: por los primeros quince años cotizados el 50%; por cada año adicional de cotización, comprendido entre el decimosexto y el vigésimo quinto, ambos incluidos el 3%; por cada año adicional de cotización, a partir del vigésimo sexto el 2%, sin que el porcentaje aplicable a la base reguladora supere el 100%, salvo en el supuesto de que se acceda a la pensión de jubilación a una edad superior a los 65 años, siempre que al cumplir esta edad se hubiera reunido el periodo mínimo de cotización establecido en el artículo 161.1.b, se reconocerá al interesado un porcentaje adicional consistente en un 2% por cada año completo transcurrido entre la fecha en que cumplió dicha edad y la del hecho causante de la pensión. Dicho porcentaje se elevará al 3% cuando el interesado hubiera acreditado al menos cuarenta años de cotización al cumplir 65 años. El porcentaje adicional obtenido según lo establecido se sumará al que con carácter general corresponda al interesado, aplicándose el porcentaje resultante a la respectiva base reguladora a efectos de determinar la cuantía de la pensión, que no podrá ser superior en ningún caso al límite establecido no podrá superar la cuantía íntegra mensual que establezca anualmente la correspondiente Ley de Presupuestos Generales del Estado.

En el supuesto de que la cuantía de la pensión reconocida alcance el indicado límite sin aplicar el porcentaje adicional o aplicándolo sólo parcialmente, el interesado tendrá derecho, además, a percibir anualmente una cantidad cuyo importe se obtendrá aplicando al importe de dicho límite vigente en cada momento el porcentaje adicional no utilizado para determinar la cuantía de la pensión, redondeado a la unidad más próxima por exceso. La citada cantidad se devengará por meses vencidos y se abonará en catorce pagas, sin que la suma de su importe y el de la pensión o pensiones

que tuviera reconocidas el interesado, en cómputo anual, pueda superar la cuantía del tope máximo de la base de cotización vigente en cada momento, también en cómputo anual.

En cuanto a la jubilación parcial, los trabajadores que hayan cumplido 65 años de edad y reúnan los requisitos para causar derecho a la pensión de jubilación, siempre que se produzca una reducción de su jornada de trabajo comprendida entre un mínimo de un 25% y un máximo de un 75%, podrán acceder a la jubilación parcial sin necesidad de la celebración simultánea de un contrato de relevo. Asimismo, siempre que con carácter simultáneo se celebre un contrato de relevo, los trabajadores a tiempo completo podrán acceder a la jubilación parcial cuando reúnan los siguientes requisitos:

- Haber cumplido la edad de 61 años, o de 60 si se trata de los trabajadores que tuvieran la condición de mutualista el 1 de enero de 1967, sin que, a tales efectos, se tengan en cuenta las bonificaciones o anticipaciones de la edad de jubilación que pudieran ser de aplicación al interesado.
- Acreditar un período de antigüedad en la empresa de, al menos, 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de la jubilación parcial. A tal efecto se computará la antigüedad acreditada en la empresa anterior si ha mediado una sucesión de empresa en los términos previstos en el artículo 44 de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, o en empresas pertenecientes al mismo grupo.
- Que la reducción de su jornada de trabajo se halle comprendida entre un mínimo de un 25% y un máximo del 75%, o del 85% para los supuestos en que el trabajador relevista sea contratado a jornada completa mediante un contrato de duración indefinida y se acrediten, en el momento del hecho causante, seis años de antigüedad en la empresa y 30 años de cotización a la Seguridad Social. Dichos porcentajes se entenderán referidos a la jornada de un trabajador a tiempo completo comparable.
- Acreditar un período previo de cotización de 30 años, sin que, a estos efectos, se tenga en cuenta la parte proporcional correspondiente por pagas extraordinarias.
- Que, en los supuestos en que, debido a los requerimientos específicos del trabajo realizado por el jubilado parcial, el puesto de trabajo de éste no pueda ser el mismo o uno similar que el que vaya a desarrollar el trabajador relevista, exista una correspondencia entre las bases de cotización de ambos, de modo que la correspondiente al trabajador relevista no podrá ser inferior al 65% de la base por la que venía cotizando el trabajador que accede a la jubilación parcial. Reglamentariamente se desarrollan los requerimientos específicos del trabajo para considerar que el puesto de trabajo del trabajador relevista no pueda ser el mismo o uno similar al que venía desarrollando el jubilado parcial.

- Los contratos de relevo que se establezcan como consecuencia de una jubilación parcial tendrán, como mínimo, una duración igual al tiempo que le falte al trabajador sustituido para alcanzar la edad de sesenta y cinco años.
- El disfrute de la pensión de jubilación parcial en ambos supuestos será compatible con un puesto de trabajo a tiempo parcial.

Contempladas las distintas cuestiones en el Régimen General conviene hacer una breve mención a las peculiares exigencias de los Regímenes Especiales. En el Régimen Especial Agrario y en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, los trabajadores por cuenta ajena, tienen una jubilación que se otorga con la misma extensión, forma, términos y condiciones que en el Régimen General. No obstante, en determinados casos especiales, podrán jubilarse con menos de 65 años aquellos trabajadores que, a lo largo de su vida laboral, hayan efectuado cotizaciones en alguno de los Regímenes de la Seguridad Social que reconozcan el derecho a la jubilación anticipada, siempre que se cumplan determinados requisitos.²⁰

Por lo que afecta al Régimen Especial de Empleados de Hogar, la prestación se concede con la misma extensión y condiciones que en el Régimen General de la Seguridad Social, con algunas particularidades, si bien la jubilación parcial no se protege.

En el Régimen Especial de la Minería del Carbón, la edad mínima exigida de 65 años se rebajará en un periodo equivalente al que resulte de aplicar al periodo de tiempo efectivamente trabajado en cada categoría y especialidad profesional de la minería del carbón, el coeficiente que corresponda de conformidad con una escala que comprende desde el 0,50 al 0,05, según la peligrosidad y toxicidad de la actividad desarrollada. El trabajador, con edad real inferior a 60 años, sólo podrá jubilarse si con la edad teórica (edad real más las bonificaciones), llega a sobrepasar los 65 años. Por lo que afecta a la jubilación anticipada por tener la condición de mutualista, ésta podrá producirse a partir de los 60 años de edad real, con aplicación de coeficientes reductores, para aquellos trabajadores que estuvieran comprendidos en el campo de aplicación de este régimen especial el día 1-4-69 y fueran cotizantes a alguna de las Mutualidades Laborales del Carbón en 31 de marzo de dicho año o en cualquiera otra fecha con anterioridad, o quienes hubiesen sido cotizantes a alguna de las Mutualidades Laborales de trabajadores por cuenta ajena con anterioridad a 1-1-67.

²⁰ La pensión es compatible con la realización de labores agrarias, de carácter esporádico y ocasional, sin que, en ningún caso, puedan llevarse a cabo tales labores durante más de 6 días consecutivos, ni invertir en ellas un tiempo que exceda, al año, del equivalente a un trimestre. La jubilación parcial está pendiente de desarrollo reglamentario, la jubilación anticipada de trabajadores minusválidos no se protege, al igual que la jubilación anticipada sin tener la condición de mutualista no se protege. En el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos la pensión es compatible con el mantenimiento de la titularidad del negocio y con el desempeño de las funciones inherentes a dicha titularidad.

En el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, la prestación se reconoce en los mismos términos y condiciones que en el Régimen General, no obstante existen coeficientes reductores de la edad de jubilación en determinados trabajos, entre otros, debidos a la dureza, condiciones de penosidad, lejanía en que se desarrolla el trabajo en el mar, y que hacen posible reducir la edad de jubilación en hasta 10 años, como máximo, respecto a la general de 65 años, asimismo los coeficientes reductores que se aplican varían según la clase de embarcación, tipos de navegación y naturaleza del trabajo.

El conjunto de disposiciones antes indicadas generan una situación estadística de acuerdo con los datos a 1 de Septiembre de 2008, que para España es la que sigue:

Tabla 3.3.1 Número total de pensiones a 1-09-2008

C. Autónoma	Nº pensiones	C. Autónoma	Nº pensiones
Andalucía	1.338.211	Extremadura	202.718
Aragón	275.433	Galicia	709.824
Asturias	292.330	Madrid	917.800
I. Balears	160.302	Murcia	214.876
Canarias	241.425	Navarra	115.585
Cantabria	128.134	País Vasco	481.214
Castilla y León	579.099	La Rioja	62.074
Castilla-La Mancha	332.169	Ceuta	7.561
Cataluña	1.502.019	Melilla	6.948
C. Valenciana	847.747	España	8.415.469

Fuente: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Consulta on-line

Tabla 3.3.2 Número de pensiones de jubilación y su importancia en el conjunto de las pensiones contributivas

Provincia	Número a 1-09-2008	% respecto al total de pensiones contributivas
Ávila	23.140	60,68
Burgos	53.383	64,91
León	87.215	61,82
Palencia	23.361	58,08
Salamanca	47.020	62,90
Segovia	19.537	61,21
Soria	14.708	65,51
Valladolid	57.470	59,85
Zamora	32.602	62,36
CyL	358.436	61,90
España	4.951.144	58,83

Fuente: D.G. de Estadística de la Junta de Castilla y León con datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Para Castilla y León, como puede advertirse, a 1 de septiembre de 2008 el 61,90% de las pensiones lo son de jubilación, correspondiendo el resto del porcentaje a las pensiones de incapacidad permanente con un 7,47%, viudedad con el 27,101%, orfandad con el 2,89%, siendo el porcentaje de favor de familiares del 0,64. Cuya pormenorización provincial se ha recogido en la tabla 3.3.2, sin que se perciban unos desajustes excesivamente grandes en la importancia de las pensiones de jubilación entre unas y otras (mínimo 58,8 de Palencia, máximo 65,5% de Soria).

3.3.3 La gestión del empleo de los trabajadores de mayor edad

Junto a la jubilación como solución tradicional frente al cumplimiento de la edad, distintos instrumentos internacionales plantean soluciones menos inflexibles, lo cual lleva a la necesidad de articular junto al mantenimiento del contrato de trabajo la gestión idónea de la relación laboral de los afectados.

La Recomendación sobre los trabajadores de edad de 1980 dictada por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, dictaminó su aplicación a todos los trabajadores que, por el avance de su edad, están expuestos a encontrar dificultades en materia de empleo y ocupación, considerando que los problemas de empleo de los trabajadores de edad deberían tratarse en el contexto de una estrategia global y equilibrada de pleno empleo y, a nivel de la empresa, de una política social global y equilibrada, tomando debidamente en cuenta a todos los grupos de población y garantizando así que los problemas del empleo no se desplacen de un grupo a otro.

Son distintos los planos en que la Recomendación acomete los mecanismos de protección, el primero de ellos la igualdad de oportunidades y de trato, de manera que no exista discriminación en el acceso a los servicios de orientación profesional y de colocación, y que en función de sus aptitudes profesionales, experiencia y calificaciones, los trabajadores de edad tengan acceso a un empleo de su elección, tanto en el sector público como en el privado, a reserva de los casos en que excepcionalmente se fijen límites de edad a causa de las exigencias, condiciones o reglamentaciones particulares de ciertos tipos de empleo, igualmente a los medios de formación profesional, en particular los de perfeccionamiento y actualización de la formación, la licencia pagada de estudios, en particular con fines de formación y de educación sindicales, la promoción y a una justa distribución de tareas, la seguridad en el empleo, a la remuneración por un trabajo de igual valor, a las medidas de seguridad social y a las prestaciones sociales, a condiciones de trabajo, incluidas las medidas de seguridad e higiene, a la vivienda, a los servicios sociales y a las instituciones sanitarias, en particular cuando este acceso esté vinculado a la actividad profesional o al empleo.

Otro de los planos contemplado es la protección en el escenario de una política nacional de mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo en todas las fases de la vida activa. Por ello cuando las razones de las dificultades de adaptación de los trabajadores de edad estén ligadas ante todo a su envejecimiento, deberían tomarse medidas en los tipos de actividad de que se trate, en la medida en que esto sea posible, con miras a corregir las condiciones de trabajo y de medio ambiente de trabajo que puedan acelerar el proceso de envejecimiento, modificando las formas de organización del trabajo y la ordenación de los horarios de trabajo que entrañen exigencias y ritmos excesivos en relación con las posibilidades de los trabajadores interesados, en particular limitando las horas extraordinarias, y adaptando el puesto de trabajo, y las tareas que éste exige, al trabajador que ocupa dicho puesto, utilizando todos los medios técnicos disponibles y, en particular, aplicando los principios de la ergonomía, a fin de preservar la salud, prevenir los accidentes y mantener la capacidad de trabajo vigilando de forma más sistemática del estado de salud de los trabajadores.

La Recomendación considera que podrían adoptarse las medidas en el ámbito de la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores o con la participación de sus organizaciones representativas, o por vía de negociación colectiva, que permitan reducir la duración normal del trabajo, diaria y semanal, de los trabajadores de edad dedicados a ocupaciones penosas, peligrosas o insalubres, fomentar la reducción progresiva de la duración del trabajo de todos los trabajadores de edad que así lo solicitaren, durante un período prescrito anterior a la fecha en que los interesados alcancen la edad normal de admisión a las prestaciones de vejez, incrementar las vacaciones anuales pagadas en función de la antigüedad o de la edad, permitir que los trabajadores de edad organicen a su propia conveniencia el tiempo de trabajo y el tiempo libre, en particular facilitándoles empleo a tiempo parcial y previendo horarios flexibles, y facilitar la asignación de los trabajadores de edad a empleos de horario normal diurno, tras cierto número de años de actividad en un sistema de trabajo por turnos en régimen continuo o semicontinuo, sistemas de remuneración que tengan en cuenta no sólo la rapidez de ejecución, sino también los conocimientos prácticos y la experiencia, o el traslado de los trabajadores de edad de un trabajo remunerado en función del rendimiento a un trabajo remunerado en función del tiempo.

Se constata asimismo la necesidad de preparación al acceso de la jubilación mediante sistemas que permitan una transición progresiva entre la vida profesional y un régimen de actividad libre, el paso de un trabajador a la situación de retiro se efectúe voluntariamente, debiendo el garantizar que, cuando se reduzca progresivamente la duración del trabajo de los trabajadores de edad hasta un nivel prescrito o éstos pasen a desempeñar un nuevo trabajo a tiempo parcial, dichos trabajadores disfruten,

durante un período anterior a la fecha en que alcancen la edad normal de admisión a la prestación de vejez, de una prestación especial que compense total o parcialmente la reducción de su remuneración.

En el curso de los años que preceden el fin de la actividad profesional, señala el texto, deberían ponerse en práctica programas de preparación para la jubilación, y a este respecto convendría tener en cuenta las disposiciones del Convenio de la OIT sobre la licencia pagada de estudios. Los programas deberían, en particular, permitir a los interesados hacer planes para su jubilación y adaptarse a esa nueva situación, proporcionándoles informaciones acerca de los ingresos, y en particular las prestaciones de vejez a que normalmente puedan tener derecho, sus obligaciones fiscales como pensionistas y las ventajas anexas que se les concedan, tales como asistencia médica, servicios sociales y reducciones en las tarifas de ciertos servicios públicos, las posibilidades y condiciones de continuación de una actividad profesional, especialmente a tiempo parcial, como también la posibilidad de constituirse en trabajadores por cuenta propia, el envejecimiento individual y los medios para prevenirlo, tales como exámenes médicos, ejercicio físico y régimen alimenticio, la utilización del tiempo libre, y las facilidades disponibles para la educación de adultos, ya sea para responder a los problemas específicos de la jubilación o bien para mantener o desarrollar sus campos de interés o sus calificaciones.

Uno de los escenarios a los que se otorga cada vez más importancia es, como es sabido, el que afecta a la salud en el trabajo. La relación existente entre el envejecimiento y el trabajo exigen un tratamiento particularizado de naturaleza preventiva cuando se ejercita la actividad productiva en tales condiciones de edad.

La visión, la audición, y la motricidad son elementos de la salud que exigen un tratamiento particularizado en los centros de trabajo cuando se trata de ejercer funciones profesionales por parte del sector laboral que nos ocupa. Como se sabe la visión se ve deteriorada por el propio proceso normal de envejecimiento del ojo, las pérdidas en la agudeza visual, la acomodación, la sensibilidad al contraste, el deslumbramiento, la adaptación a la intensidad de la luz, la visión del color, o la percepción binocular, hacen recomendable asegurarse de que el nivel de luz sobre textos y controles sea adecuado para la legibilidad durante la actividad profesional. Resulta imprescindible por tal causa incrementar en los centros de trabajo la cantidad de luz, y procurar el control de la iluminación por parte del trabajador, no utilizando superficies reflectantes, y usando acabados mates en todas las superficies. Cuando se trabaja con pantalla de visualización se han de eliminar brillos de las superficies reflectantes, mediante la adecuada iluminación general evitándose posturas desfavorables para reducir los esfuerzos.

Igualmente resulta oportuno tomar en consideración el tamaño y color de las señales, y en su caso la duración de las mismas, cuidar la iluminación en el paso de zonas

muy iluminadas a zonas de pobre iluminación, evitando fuentes de deslumbramiento, como fuentes de luz no protegida y superficies reflectantes cuando el paso es de zona oscura a iluminada y procurando una buena iluminación de grandes pasillos y corredores para que no se produzcan grandes contrastes en los niveles de iluminación en el paso de zonas oscuras a iluminadas. Es imprescindible consecuentemente facilitar que el propio trabajador pueda adaptar el nivel del sonido a su capacidad auditiva mediante mecanismos de regulación de su intensidad, utilizar el volumen del sonido como una señal en sí misma en situaciones de alarma. Combinar y ofrecer simultáneamente señales auditivas y visuales. Eliminar las señales auditivas que puedan funcionar como distracciones. Reducir todo lo posible el ambiente sonoro de fondo. Eliminar la reverberación y los ecos. Evitar señales acústicas en los rangos de frecuencias más altas (por encima de los 4.000 Hz.).

En cuanto a las capacidades motrices, es bien conocido que con el transcurso de los años la capacidad músculo esquelética muestra importantes cambios, pudiendo llegar a significar la reducción de la fuerza muscular un 25% a los 60 años respecto a la habida a los 20 años. A medida que se envejece, las dimensiones corporales sufren cambios, existiendo una pérdida importante de fibra, que genera alteraciones anatómicas y musculares. Tales cambios en el tamaño corporal tienen implicaciones para el diseño de puestos de trabajo, afectando a las alturas de los planos de trabajo, ocasionando reducción de las actividades sensomotoras, que afecta a los movimientos y reflejos.

Se hace necesario pues brindar soluciones a la mejora de las funciones motrices, y a las operaciones más habituales en el manejo de objetos, utensilios, herramientas. Se hace imprescindible evaluar el tamaño de los objetos así como su diseño, de manera que puedan ser asidos con facilidad, y también la textura que haga posible mantenerlos bien agarrados. En cuanto a la disposición de orientación del movimiento de los mandos debe considerarse que cuando se precise fuerza, el movimiento de los controles debe ser horizontal, y se busca precisión, se dispondrán los mandos con movimiento vertical. Se han de evitar trabajos de elevación, empuje, arrastre y facilitarlos mediante el uso de ayudas mecánicas, y adoptar medidas para la prevención de caídas como colocación de felpudos antideslizantes, escaleras amplias e iluminadas, pasamanos, etc.

En la adaptación de puestos de trabajo, es necesario integrar en la gestión de la empresa el aumento progresivo de la edad media de los trabajadores y la correspondiente evolución de sus aptitudes psicofisiológicas. Se hace necesario rediseñar los puestos de trabajo de forma que se adapten a las características de los trabajadores de edad. En la esfera individual, han de darse dar soluciones concretas a las necesidades particulares del trabajador de acuerdo con los problemas de salud y capacidad, estableciendo horarios de trabajo particulares y pausas. En el plano

colectivo, habrán de habilitarse nuevas políticas de mejora de las condiciones de trabajo, nuevas formas de prevención de la salud, modificar el régimen de vacaciones o permisos, estableciendo jornadas o semanas laborales más cortas, adaptar las condiciones de trabajo a las características de los trabajadores, nuevos mecanismos de formación particularizados, ajustes en los planes de la carrera profesional, cambios en la organización del trabajo, y introducción de nuevas tecnologías que eviten las tareas repetitivas y desarrollen el enriquecimiento de tareas, el trabajo en equipo, y la polivalencia.

3.3.4 La protección social de la población envejecida

En la contribución de la Asociación Internacional de la Seguridad Social a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en su reunión de Madrid del 8 al 12 de abril de 2002, al tratar del envejecimiento y la vida productiva, así como la protección social y la sostenibilidad, se estableció la ineludible limitación a los riesgos que pueden correr las personas al ahorrar para su jubilación, igualmente la importancia de la seguridad para garantizar los ingresos en la vejez, asegurando la igualdad del género en los regímenes de pensiones, subrayando la función del Estado en materia de protección social, crecimiento económico o de empleo como elemento clave para enfrentarse a la presiones demográficas y a la protección social, el cambio radical de la tendencia hacia una jubilación anticipada, y asegurar la sostenibilidad de la asistencia médica y los cuidados a largo plazo, concluyendo en la necesidad de la protección social como condición previa para el envejecimiento activo.

Tal protección social debe tomar en consideración los distintos riesgos que afectan a los distintos regímenes de pensiones, tanto privados como públicos, y así: el riesgo del mercado de trabajo, relacionado con el desarrollo de la trayectoria del empleo, según sea precario, o afectado por los expedientes de reestructuración; el riesgo de la inversión que puede abarcar a la pérdida parcial o total de los ahorros o de las inversiones; y el riesgo de la inflación, haciendo volátiles los ingresos. Ello hace necesario que el Estado controle los posibles riesgos, siendo un elemento importante del control la existencia de una pensión básica que prevea ingresos suficientes.

Junto a lo anterior, el envejecimiento activo debe optimizar las oportunidades para un bienestar físico, social y mental, mejorando las expectativas de vida sana, la productividad y la calidad de vida en la vejez, siendo uno de sus componentes el empleo, incluyendo dentro de tal concepto el trabajo no remunerado, las actividades comunitarias, la integración en redes sociales y las actividades de ocio. Exigiéndose políticas, que afecten al mercado de trabajo, la economía, la educación, la seguridad social y la asistencia sanitaria.

En España Libro Blanco sobre la atención de las personas en situación de dependencia²¹, afirma que se hace necesario reconocer que el proceso acelerado de envejecimiento de la población y la evolución de las familias españolas están provocando que el apoyo informal, en el que principalmente se sustenta el cuidado de las personas dependientes, si bien no sólo mayores, también discapacitados, esté entrando en crisis, tal como se ha consignado en otros apartados de este estudio. Tal afirmación viene a estar respaldada por los datos de proyecciones de población realizadas por el INE, que se recogen en el citado Libro.

La Exposición de motivos de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, indica que en España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7% de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6%). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años. Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio²². Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

La Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, afronta como objeto promover la calidad de vida y la protección de las mujeres y hombres mayores, tiene por objeto establecer el marco jurídico de actuación de los Poderes Públicos de Castilla y León, mediante una adecuada calidad de vida y bienestar psicosocial, facilitando los servicios, desde una perspectiva socio-sanitaria, que le permitan mantenerse el mayor tiempo posible con autonomía personal. El eje de tal política es la atención integral, desde una perspectiva

²¹ Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 1ª edición, 2005. Vid. igualmente el informe realizado por el Senado español: Ponencia sobre la problemática del envejecimiento de la población española, Serie I, Boletín Oficial de las Cortes generales, de 17 de noviembre de 1999.

²² Sobre este aspecto recuérdese lo consignado en el capítulo 1 de este estudio, así como en los sucesivos informes del CES de Castilla y León que allí se citan.

biopsicosocial del envejecimiento, a través de medidas globalizadoras, desde una óptica socio-sanitaria, que garanticen la calidad de vida de los mayores, desde la colaboración y coordinación con el sector público y privado, en especial sin ánimo de lucro, buscando siempre la calidad de los servicios con la máxima rentabilización de los recursos, y sin olvidar el apoyo comunitario que requiere la unidad familiar, tal como se ha recogido en los capítulos y epígrafes anteriores.

3.3.5 ¿Existen modelos alternativos a la exclusión social de la población envejecida?

En la comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, publicado en 2002, se resumió la respuesta de Europa al envejecimiento, considerando la necesidad de una estrategia materializada en una orientación hacia políticas y prácticas en favor del envejecimiento activo. Entre las principales prácticas en este ámbito destacaban el aprendizaje permanente, la prolongación de la vida activa, la promoción de una jubilación más tardía y progresiva, la potenciación de la jubilación activa y el fomento de actividades que promuevan las capacidades y el estado de salud de las personas mayores. Estas prácticas permiten elevar la calidad de vida media de los ciudadanos y, a nivel social, contribuyen a alcanzar mayores niveles de crecimiento, a aliviar la carga de la dependencia y a reducir considerablemente el coste de las pensiones y la atención sanitaria. Son, por tanto, estrategias que redundan en beneficio de todos los ciudadanos, independientemente de su edad.

Sostiene Ali Taqi, que en los países industrializados las personas viven más, tienen menos hijos y se jubilan antes. La proporción de ancianos en la población está en aumento; su participación en la fuerza de trabajo declina. A medida que la relación numérica entre cotizantes y beneficiarios desciende, tales tendencias despiertan recelos acerca de la oferta futura de mano de obra y de la financiación de las pensiones. Una respuesta política por la que se aboga ampliamente es buscar tasas de participación más altas, especialmente elevando las edades de retiro y restringiendo la jubilación anticipada. Poco se ha hecho por mejorar la posición de los adultos mayores en el mercado laboral. Es preciso que la acción se oriente en tres sentidos: el fomento de la formación, la flexibilidad en materia de colocación y lugar de trabajo; el cambio de actitudes mediante la educación y la información, y la prohibición de que los motivos de edad induzcan a discriminar en el empleo.

En el citado artículo se sostiene que los países industrializados se enfrentan a una brecha provocada por el envejecimiento, la continuación de este desequilibrio plantea el riesgo de que se produzca en un plazo de quince a veinte años una grave crisis de las pensiones, a la que se ha denominado la “bomba de relojería” vinculada al envejecimiento. En los últimos años, varios países han decidido elevar la edad que da derecho a recibir una pensión pública básica, en su mayoría aplicando esta

medida de manera gradual. Japón, por ejemplo, ha elevado dicha edad de los 60 a los 65 años, y Estados Unidos, de los 65 a los 67. Bélgica, Portugal y el Reino Unido proceden a igualar la edad aplicada a las mujeres con la de los hombres. Añade que parece emerger un consenso entre la mayoría de los países industrializados advirtiendo que la mejor forma de abordar la presunta “bomba de relojería” vinculada al envejecimiento consiste en reforzar la presión sobre los ancianos para que se mantengan en la población activa. La mejora de las oportunidades a disposición de las personas de edad avanzada exigirá el avance en tres frentes: la consolidación de la posición de los ancianos en el mercado de trabajo, la lucha contra los prejuicios y los estereotipos y las acciones frente a la discriminación por razón de edad. Es preciso así mejorar las destrezas de los trabajadores de edad avanzada, mediante la mejora de la posición laboral de los trabajadores de edad avanzada exige la utilización generalizada de la formación y el aprendizaje permanente. Además de la formación, se necesita conseguir que mejore el grado de adaptación del trabajo y el entorno laboral a las necesidades de las personas de edad avanzada contribuirá a multiplicar el interés del empleo para estos trabajadores, trabajar a tiempo parcial al igual que elevar la flexibilidad general en las prácticas de trabajo. También erradicar la discriminación, planificar el futuro, promover la formación y la flexibilidad en el lugar de trabajo y modificar las actitudes mediante la educación y la información.

Por otro lado, Asghar Zaidi, director del Centro Europeo de Viena de Investigación en Política Social, dentro de la jornada realizada sobre “El Envejecimiento de la Población” celebrada en el CES, en Madrid el 24 y 25 de octubre de 2007, identificó las áreas en las que hará falta realizar reformas dentro de las políticas públicas, a fin de de afrontar la cuestión del envejecimiento de las sociedades del futuro. Dichas áreas son: política de pensiones, política de sanidad y atención a largo plazo, política de empleo, política de migración e integración, y desarrollo de una cultura del envejecimiento. El conjunto de las políticas han de ser transversales, buscando que se beneficien del potencial de las personas de edad avanzada, donde el concepto de envejecimiento activo tendrá que estar en el centro de todas las políticas, resultando igualmente necesaria la implicación de los participantes claves, especialmente en el sector privado y en la sociedad civil.²³

Por lo que afecta a las pensiones, éstas tendrán que continuar proporcionando unas prestaciones adecuadas y financieramente sostenibles, evitando por ello la excesiva

²³ Vid. *Tercera edad, trabajo e iguales oportunidades*. Revista Internacional de Seguridad Social. OIT, número 55, 2002.

generosidad, manteniendo unos niveles de vida decentes, y proporcionando los recursos adecuados a los pensionistas. Junto a lo anterior no debe olvidarse a las personas que normalmente no quedan cubiertas por el sistema como es el caso de las mujeres que restan tiempo a sus carreras profesionales y se ocupan de los niños, o proporcionan cuidados a sus padres, y en tal sentido conviene subrayar como ejemplo la experiencia de Suecia que proporciona créditos de pensión a las mujeres que renuncian a parte de su tiempo de trabajo para ocuparse de sus hijos o de sus mayores. Otro desafío al que se enfrentará en el futuro la política de pensiones es garantizar la justicia intergeneracional, y en tal caso el sector privado tendrá que desempeñar un papel significativo en la previsión de las pensiones para que los individuos ahorren y se beneficien de esos ahorros en el momento de su jubilación.

Resulta asimismo conveniente aumentar la conciencia sobre la imprescindible adaptación responsable a nuevos estilos de vida, lo que generaría la mejora del estado sanitario y funcional de la gente de edad avanzada, considerando que la salud durante las primeras etapas de nuestra vida nos proporcionará más años de vida, y también una buena condición de salud en esos mismos años.

En cuanto a las políticas públicas y privadas, las políticas públicas necesitan proporcionar incentivos a ciertos miembros de las familias, para que puedan cuidar de sus propios miembros más ancianos. Resulta imprescindible una asociación entre los sectores público y privado, de forma que puedan elaborar soluciones en las que en un futuro se pueda proporcionar una atención a largo plazo, más asequible y de mejor calidad, donde el sector privado, tradicional creador de ideas innovadoras, ha de colaborar en que se satisfagan las exigencias adicionales de atención social y sanitaria; una atención que se puede facilitar en el hogar, en los centros de día o en otras instituciones.

En lo que afecta a la política de empleo, se han de proporcionar incentivos para que haya más gente que trabaje, y de manera especial las personas de mayor edad, prolongando sus carreras al mismo tiempo que se alarga la longevidad. También harán falta otros cambios, de forma que cada vez haya más gente que trabaje en los sectores que se ocupen de las personas de edad más avanzada, como es el caso del sector de enfermería, de servicios sanitarios y servicios sociales, procurando que el crecimiento de la productividad contribuya a aumentar los resultados económicos de la sociedad.

Como se sabe las sociedades que envejecen terminan por importar trabajadores jóvenes de otras sociedades, pero eso genera más problemas para los países que exportan a esos jóvenes emigrantes, sin embargo algunas de las personas que no tienen oportunidades de empleo en sus propios países tendrán la posibilidad de encontrar oportunidades de trabajo en otros lugares y después regresar con recursos a su propio país, contribuyendo al desarrollo del mismo.

En fin es deseable el desarrollo de una nueva cultura que interiorice el paradigma de que a medida que vivimos más tiempo se han de elaborar ideas innovadoras que tengan por finalidad el que se pueda utilizar todo el potencial de las personas de edad avanzada con miras a proporcionar beneficios globales a la sociedad en su conjunto, pero también fórmulas conocidas como las propuestas formuladas en el Informe sobre la vida laboral y prejubilaciones realizado por el Consejo Económico y Social, junio 2000, Informe 2/2000, donde se señala la necesidad de establecer diversas medidas, entre las que se enumeran, sin ánimo exhaustivo, las siguientes:

- Incentivar el empleo de los trabajadores de mayor edad con problemas de integración o permanencia en el mercado de trabajo. A tal efecto deberían aplicarse medidas específicas dirigidas a la adaptación de estos trabajadores a los cambios del mercado y a los requerimientos de las nuevas tecnologías.
- Revisar en profundidad la oferta formativa actual, en todos sus ámbitos (formación profesional continua, ocupacional y reglada), con el objetivo de potenciar la empleabilidad de las personas y el desarrollo de destrezas con valor de continuidad.
- Es especialmente importante que en las empresas se garantice el acceso a la formación continua de los trabajadores de más edad en igualdad de condiciones con el resto de los trabajadores.
- Impulsar políticas activas específicas para los trabajadores de más edad, implantando programas de formación adecuados a las necesidades reales de las empresas. Estos programas deberían tener como objetivo la adecuación de sus perfiles profesionales bien a las innovaciones tecnológicas y organizativas que pueden haberse producido en sus sectores productivos de origen, permitiendo su retorno a los mismos, bien favoreciendo su inserción en sectores y ocupaciones distintas de las que tradicionalmente hubiesen desempeñado pero que incrementarían sus posibilidades de ocupación. En este último sentido juegan un papel fundamental tanto el impulso que se dé al desarrollo del sector servicios –sobre todo en aspectos tales como los servicios sociales y a la comunidad– como el fomento del trabajo autónomo, junto a otras posibles fórmulas de iniciativa empresarial como alternativas factibles para su reinserción laboral.
- En relación a las políticas activas específicas ya existentes o de reciente implantación, sería conveniente un mayor desarrollo de indicadores de calidad, esfuerzo e impacto para la evaluación y seguimiento de sus resultados, así como establecer mecanismos permanentes de control de calidad y mejora continua de las acciones y propuestas.
- Analizar las razones por las que en España se ha producido una escasa utilización de los instrumentos de tránsito flexible a la jubilación y de intercambio generacional.

- En relación con los Expedientes de Regulación de Empleo, es oportuno fomentar principios de buenas prácticas entre los agentes que intervienen en tal procedimiento administrativo, así como por parte de la Autoridad Laboral. El desarrollo de esos principios puede contribuir a una mejor utilización del instrumento previsto en el artículo 51 del Estatuto de los Trabajadores para dar respuesta a dos necesidades: salvaguardar los derechos de los trabajadores y contribuir a la viabilidad de las empresas.
- En este sentido, los agentes sociales –empresas y representantes de los trabajadores– deben afrontar la decisión y el trámite del Informe-consulta, teniendo en cuenta las necesidades antes aludidas, de modo que la extinción del empleo sólo debe ser contemplada como medida inevitable para la preservación de otros puestos de trabajo, objetivo que, por otra parte, ya contempla la Ley.
- Asimismo, la Autoridad Laboral deberá velar por la salvaguarda de los derechos que debe tutelar y, en concreto, por que la negociación se realice con buena fe, transparencia y suficiencia en la información, así como por la racionalidad en las decisiones contempladas, favoreciendo al mismo tiempo la consecución de un acuerdo.
- Especialmente en los casos de Expedientes de Regulación de Empleo que afectan a empresas en expansión, donde estas medidas tienen su origen en procesos de concentración y fusión de empresas o de descentralización productiva, todas las partes implicadas en el procedimiento deberán poner especial énfasis en garantizar la transparencia en el mismo, contemplar la búsqueda y prospección de alternativas a la extinción del empleo, o en su caso contemplar –conforme a las medidas que pueden conceptuarse como buenas prácticas– criterios de voluntariedad manteniendo la defensa de los derechos de los trabajadores y la salvaguarda de la viabilidad de las empresas.
- Los Servicios de Empleo deben asumir un papel más activo y desarrollar programas de asesoramiento y orientación a las empresas, especialmente las Pymes, de manera que éstas dispongan de una amplia información sobre las ventajas que en este momento supone la contratación de mayores de 45 años que además sean desempleados de larga duración. De la misma forma, los Servicios de Empleo pueden apoyar y estimular una cultura empresarial que permita a las empresas anticiparse a los cambios y efectuar sus procesos de adaptación de manera no traumática.
- Ante las dificultades para permanecer en el mercado de trabajo, debe analizarse la posibilidad de establecer una banda de edad de jubilación voluntaria para aquellos trabajadores con largas carreras de cotización al Sistema, teniendo en cuenta que en los próximos años va a quedar sin efectividad la

posibilidad de acogerse a la jubilación anticipada, pues cada vez son menos los trabajadores que pueden acreditar cotizaciones anteriores a 1967. En estos supuestos, el establecimiento de coeficientes reductores en la base reguladora de la pensión tendría que ponderarse en relación con diversos factores, entre otros el número de años cotizados.

- La permanencia durante un largo período en situación de desempleo tiene importantes repercusiones sobre la cuantía de la pensión generada, ya que la percepción del subsidio para mayores de 52 años lleva aparejada, en la mayoría de los casos, la cotización por base mínima, lo que puede llegar a significar que más de la mitad de los años que se computan para el cálculo de la base reguladora de la pensión lo sean por esta base. De esta manera, trabajadores con largas carreras de cotización por bases medias e incluso máximas pueden generar una pensión muy inferior a la que les hubiese correspondido de permanecer ocupados. En este sentido deberían articularse medidas que, basándose en el principio de contributividad y teniendo en cuenta el mantenimiento del equilibrio financiero del Sistema, palien esta situación. No obstante, en relación con esta medida así como con otras enunciadas anteriormente, la principal consideración debe centrarse en los mecanismos de financiación necesarios para asumirla. Desde esta perspectiva, la culminación del proceso de separación de las fuentes de financiación del Sistema de Seguridad Social debe actuar como una de las premisas necesarias.
- Fomentar la previsión social complementaria –objetivo en el que la negociación colectiva tiene un importante papel que desempeñar–, como instrumento adicional a las pensiones del sistema público, tanto de las resultantes de la jubilación ordinaria como de la jubilación anticipada.

Al hilo de lo indicado cabe, en fin, establecer como conclusión a las reflexiones sobre el tratamiento normativo del envejecimiento, las posibles actuaciones que puede desarrollar la Comunidad Autónoma en el tema objeto de estudio, considerando con carácter previo que, como se sabe, el artículo 149.1.7.^a de la Constitución establece como competencia exclusiva del Estado la legislación laboral; sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas. La exigencia de uniformidad que informa el título competencial del Estado sobre «legislación laboral» determina, en definitiva, que «ningún espacio de regulación externa les resta a las Comunidades Autónomas, las cuales únicamente pueden disponer de una competencia de mera ejecución de la normativa estatal» (STC 195/1996, de 28 de noviembre [RTC 1996, 195], F. 11). En consecuencia son las Cortes Generales y no las Asambleas legislativas de las Comunidades Autónomas las que ostentan la potestad legislativa en el ámbito laboral, y que: “la competencia estatal incluye en el término los reglamentos tradicionalmente llamados ejecutivos, es

decir, aquéllos que aparecen como desarrollo de la Ley y, por ende, como complementarios de la misma" (STC 18/1982).

Asimismo el artículo 149.1.17^a, considera que es competencia exclusiva del Estado la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, y de acuerdo con tales presupuestos le sentencia del Tribunal Constitucional de 7 de julio de 1989, señaló que las concretas facultades que integran la competencia estatutaria de gestión del régimen económico de la Seguridad Social serán sólo aquellas que no puedan comprometer la unidad del sistema o perturbar su funcionamiento económico uniforme, ni cuestionar la titularidad estatal de todos los recursos de la Seguridad Social o engendrar directa o indirectamente desigualdades entre los ciudadanos en lo que atañe a la satisfacción de sus derechos y al cumplimiento de sus obligaciones de Seguridad Social. Tales facultades autonómicas deben, en suma, conciliarse con las competencias exclusivas que sobre la gestión del régimen económico la Constitución ha reservado al Estado, en garantía de la unidad y solidaridad del sistema público de Seguridad Social.

Sin embargo, la Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 239/2002 (Pleno), de 11 diciembre (RTC 2002\239), interesa recordarlo, otorgó legitimidad constitucional a las Comunidades Autónomas con competencias en materia de asistencia social para otorgar ayudas de esta naturaleza a las personas que, aun percibiendo prestaciones asistenciales del Sistema de Seguridad Social, se encontraran en situación de necesidad. Tales prestaciones económicas instrumentadas por las Comunidades Autónomas con sus propios recursos no interfieren ni quebrantan el régimen económico unitario de la Seguridad Social, ya que de su régimen jurídico se deduce con claridad que no generan obligación económica o carga alguna que deba soportar el Estado. Añadiendo que las Comunidades Autónomas disponen de autonomía financiera para poder elegir sus objetivos políticos, administrativos, sociales y económicos. Consecuentemente la asistencia social se sitúa al margen de las técnicas prestacionales de la Seguridad Social, pudiendo ser calificada como una técnica de protección fuera del sistema de la Seguridad Social con caracteres propios que la separan de otros afines o próximos a ella, dispensada por entes públicos o por organismos dependientes de entes públicos cualesquiera que éstos sean o también por entidades privadas.

Así pues, la reserva de este ámbito competencial a favor del Estado, limita, en cierto sentido la capacidad de actuación, lo cual no quiere decir que la Comunidad Autónoma se deba quedar completamente al margen, sino que cabrá llevar a cabo una serie de acciones encaminadas a completar el tratamiento normativo relacionado con la participación de los mayores en la actividad económica, teniendo como finalidad la búsqueda de un envejecimiento activo en tanto eslabón imprescindible en la consecución de "una sociedad para todas las edades", entre ellas podemos destacar las siguientes:

- Incentivar el empleo de los trabajadores de mayor edad con problemas de integración o permanencia en el mercado de trabajo.
- Realizar una oferta formativa específicamente proyectada para los trabajadores de mayor edad, en todos sus ámbitos, es decir: formación profesional continua, ocupacional y reglada.
- Desarrollar políticas activas específicas para los trabajadores de más edad, y programas de asesoramiento y orientación a las empresas, especialmente las Pymes, para la contratación de trabajadores mayores.
- Fomentar la previsión social complementaria en los convenios colectivos, así como la asistencia social como instrumento adicional a las pensiones del sistema público, en los casos de jubilación parcial.

Si el tratamiento normativo de todas las cuestiones que afectan al ámbito laboral los derechos de jubilación, etc. son absolutamente claves a la hora de centrar las reflexiones sobre el envejecimiento activo, no debemos olvidar que la participación en la actividad económica no es la única y ni (por lo que muestran las estadísticas) la más frecuente forma de participación social de las personas mayores, pues la dinámica demográfica y social descrita en apartados anteriores muestra hasta qué punto no debemos verlos como “un potencial productivo”, ni tampoco como “una creciente carga”, sino que forman parte de una sociedad compleja, plural, activa y en continuo movimiento. Vamos, pues, a centrar las siguientes consideraciones en esas otras dimensiones en las que los mayores se revelan como un colectivo capaz de realizar importantes contribuciones a la sociedad a la que pertenecen.

3.4 La participación de los mayores como elemento esencial de la “sociedad civil”

3.4.1 Un nuevo concepto de envejecimiento activo

El análisis de la transformación social desde la perspectiva de la edad nos lleva a constatar las divergencias existentes en relación al concepto de vejez y a determinar cuál es la frontera de edad que marca el inicio de la misma. Así lo explican algunas teorías del envejecimiento y de las consecuencias de la jubilación, como las teorías del déficit que proyectan una imagen de la vejez como deterioro, como ruptura, como dependencia estructurada o carga social, entre las que sobresalen las teorías del desacoplamiento, desvinculación o retraimiento, que sostienen que la jubilación y el envejecimiento conllevan inevitablemente reducción de las relaciones entre la persona que envejece y las demás personas en el medio social al que pertenecen; se asume que las personas mayores tienden a aislarse socialmente, no se sienten útiles, no perciben su función, pierden la seguridad, se auto marginan, produciéndose una

despreocupación social. (Cumming, E. y Henry, W., 1961). Frente a ellas, las teorías centradas en la actividad, que enfatizan que las personas, para ser felices, necesitan mantenerse activas, es decir, que un envejecimiento satisfactorio consiste en permanecer como en la edad adulta (teoría de la continuidad, Rosow, 1963; Atchley, 1987, 1991²⁴), por lo que es importante sustituir los roles que han podido perderse por otros nuevos (Harvighurst, R., 1961; Subirats, J. 1992; Amorós, P. y otros, 2006). En este enfoque podemos mencionar la teoría de roles dice que pone de manifiesto la necesidad de encontrar y definir nuevos roles, nuevas funciones que estructuren y den un sentido a la vida (Moody, 1998²⁵)

Por suerte, vivimos hoy en un modelo de sociedad donde la vida en sí misma se convierte en un valor para todas las edades. La demanda de salud, bienestar, mejor calidad de vida, poder disfrutar y experimentar nuevas sensaciones, tener vivo el deseo de estar presente y ser tenido en cuenta, de no delegar, forma parte de nuestro estilo de vida, de manera que se está convirtiendo en un valor dominante en nuestra sociedad.

Es frecuente la clasificación de la vejez en dos grandes grupos: la denominada vejez competente (Fernández-Ballesteros, R. 1985; 1998) y la vejez dependiente (Bazo, M.T. 1998). Aun reconociendo el lado bondadoso de la clasificación, parece una fotografía bastante alejada de la realidad, ya que la competencia es una cualidad que no debería perderse en ninguna situación, ni siquiera en la situación de dependencia, ya que la dependencia no es una condición, sino una situación que puede ser más o menos invalidante (por eso se establecen grados), más o menos temporal o reversible y más o menos totalizante.

Frente a las conquistas indiscutibles de que hoy se benefician las personas mayores con respecto a otras épocas de la historia, entre las que podemos citar una mejor calidad de vida, mejores condiciones económicas y de salud, más o distintas oportunidades para disfrutar del tiempo libre y del ocio o el incremento de recursos y servicios sociales, también hay que poner de manifiesto algunas pérdidas y situaciones importantes, unas ya clásicas y otras nuevas o que se expresan de forma diferente, tales como una pérdida de autoridad y de reconocimiento social; diferen-

²⁴ Citado por varios autores entre los que podemos señalar: Bazo, T. (coord.) (1998): Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Editorial Médica Panamericana, Madrid. Amorós Martrí, P. y otros (2006) Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente. Alianza Editorial. Madrid. Ortiz de la Huerta, D. "Aspectos sociales del envejecimiento", en www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm.

²⁵ Puede consultarse además de la referencia anterior: Alonso Benito, L.E. y Pérez Ortiz, L. (2002) "Problemas actuales del estudio de la jubilación y las edades del trabajo: la perspectiva sociológica", en www.mtas.es/publica/revista/numeros/ExtraSS03/Estudios04.pdf.

cias entre las personas mayores; diferencias que hunden sus raíces en la propia condición de clase social; diferencias importantes en función del género; diferencias en función del medio de vida, es decir, entre las personas mayores que viven en ciudades o núcleos grandes, donde se concentran los servicios y las personas mayores que viven en pequeñas poblaciones donde el acceso a determinados servicios sanitarios, sociales, lúdicos tienen connotaciones distintas.

Los avances y riesgos detectados ponen de manifiesto la gran diversidad de situaciones e incluso de formas de incluir a las personas mayores en la dinámica social; la contradicción se reproduce respecto a la valoración social del colectivo de personas mayores: se valora como un logro positivo alargar la vida, pero socialmente existen muchas connotaciones negativas respecto de las personas mayores, que se reflejan en estereotipos, formas de discriminación y de marginación. Algunas de estas contradicciones son detectadas desde perspectivas teóricas distintas. Así, los análisis sociológicos (Gil Calvo, E. 2003) constatan el cambio social experimentado y evidencian las dificultades de muchas personas mayores para adaptarse a esos cambios.

Desde una perspectiva económica, el incremento del número de mayores asegura, por un lado, un mercado de consumo muy importante y un incremento de puestos de trabajo para profesionales, pero a la vez se pone de manifiesto que el incremento demográfico de personas mayores implica un menor valor social a la vez que un mayor gasto social (Pérez Ortiz, L. 2006).

En consecuencia podemos afirmar que el envejecimiento de la población, lo que sin duda supone un enorme progreso, representa a la vez un reto para las políticas y sistemas de bienestar social, permitiendo que las personas mayores puedan seguir participando en la sociedad, tener unos servicios asequibles, apropiados y ajustados a sus necesidades.

Frente a estas diferencias estructurales, podemos poner de manifiesto otros problemas cada vez más visibles y más frecuentes. Podemos mencionar las situaciones de fragilidad o vulnerabilidad que suelen venir unidos al envejecimiento y sobre todo el fenómeno de la dependencia, o de la pérdida de autonomía personal, tema que plantea nuevas incógnitas, nuevas formas de respuesta, nuevas oportunidades y nuevos retos, pero también problemáticas nuevas.

Haber prolongado el momento del envejecimiento, haber conseguido “ganar más años a la vida” es sin duda el resultado de grandes avances, logros y conquistas sociales, pero todo ello se ha dado unido a unos grandes cambios y revoluciones sociales que no siempre han estado coordinados y acompasados.

- Cambios en la duración del período de jubilación: si a finales del siglo XIX, cuando se fija en los países desarrollados la edad de jubilación, lo esperado es que a esa edad llegaran pocos y que permanecieran poco tiempo bajo esa

condición de jubilados, la situación a comienzos del siglo XXI es totalmente diferente: el tiempo medio de ser preceptores de pensión se ha generalizado y multiplicado por 10.

- Cambios en la asignación de roles: en la sociedad actual la realidad empieza a ser considerablemente diferente: la diferenciación de roles es más difusa; el mundo laboral, productivo y extra doméstico no es exclusivo del hombre, ni tampoco el mundo intra doméstico es exclusivo de la mujer. Se ha hecho más visible y normalizada la entrada del hombre en el dominio del hogar y la presencia de la mujer en el mundo laboral productivo. Pero este encuentro de roles y funciones no significa que el peso, el reparto y la responsabilidad de tareas entre hombres y mujeres sea equilibrado; sigue siendo la mujer quien a cambio de su presencia pública soporta la doble tarea productiva y reproductiva; o al menos lo hace con mayor dedicación que el hombre.
- Cambios del modelo familiar: Muy unidos a este proceso de redefinición de roles aparecen dos fenómenos sociales muy importantes:
 - > El tamaño de la familia se reduce, con lo cual la red familiar se hace más frágil.
 - > La propia estructura familiar se ve modificada con nuevas formas de convivencia y de modelos familiares.

En este panorama de cambios hablar de “envejecimiento activo” supone también dejar claro el concepto de qué entendemos, desde esta óptica social, por envejecimiento activo. Es frecuente dividir a las personas mayores en dos grandes grupos: mayores con capacidad de realizar una vida con autonomía y mayores en situación de dependencia como dos realidades totalmente enfrentadas. Bajo esta clasificación es frecuente pensar en un envejecimiento saludable, productivo y activo en personas que entrarían dentro del grupo de vejez competente y dejar al margen del envejecimiento activo a las personas en situación de dependencia.

Ser activo se contrapone a ser “pasivo”; ser activo es ante todo ser autónomo, ser promotor de un estilo de vida, de una actividad, de una implicación personal y social; no deberíamos confundir este concepto de actividad creativa con ser un consumidor de actividades. Es fácil correr el riesgo y confundir sociedad activa, persona activa o envejecimiento activo con ser una persona capaz de consumir una oferta de actividades para llenar un tiempo más o menos vacío o carente de contenidos.

Existen muchos programas, servicios y proyectos, orientados hacia las personas mayores que se basan en una “oferta” de servicios o actividades que a través de un mercado bien sea privado o público se presentan como una “cartera de servicios” para las personas mayores pensando que el consumo de los mismos determina el grado y nivel de actividad de las personas mayores. En nuestra opinión el

“envejecimiento activo” es también la proyección de los valores, de la forma de ser, de los principios y convicciones de la persona a lo largo de toda su trayectoria vital. Si una persona a lo largo de su vida ha tenido inquietudes, motivaciones e intereses para alcanzar o conseguir determinadas metas que le hagan feliz, le satisfagan o le ayuden a realizarse, podríamos decir que esa persona ha sido una persona activa y probablemente seguirá teniendo una vejez activa.

El envejecimiento activo no puede ser sólo consecuencia de la suma de actividades diseñadas por profesionales especializados en atender a personas mayores o a personas de edad avanzada. Ello no significa que no existan profesionales que puedan prestar un apoyo, una ayuda y que puedan orientar, incluso plantear nuevas expectativas aunque ello suponga crear nuevas necesidades en la medida en que sean oportunidades para abrir horizontes a todas las personas manteniendo vivo el entusiasmo y las ganas de vivir; lo que queremos señalar es que no nos parece éticamente adecuado convertir el ocio y el activismo instado desde la oferta profesional en un fin en sí mismo, aunque esta práctica se pueda legitimar en cuanto representa un yacimiento de empleo entorno a la vida y necesidades de las personas mayores, lo cual siendo bueno, no es un elemento suficiente para legitimar la acción profesional.

En nuestra opinión una “sociedad activa” es aquella capaz de implicarse, de plantear retos, proponer alternativas, crear redes sociales, relacionales, diseñar modelos éticos de convivencia, de ilusionar a la sociedad, a la población; si la vida en sí se presenta desde el punto de vista social como algo que merece la pena, que da sentido y compensa a la vida, obviamente tendremos una población envejecida activa, ilusionante e ilusionada.

Envejecimiento activo no es solo actividad, ejercicio o movimiento; también podemos hablar de un envejecimiento activo en personas que consumen de forma pasiva, de manera contemplativa y sedentaria otras formas que les mantienen despierto el interés y la curiosidad. No toda la oferta del envejecimiento activo puede estar basada en la actividad, crear asociaciones, luchar por promover lugares de encuentro público. La vida privada, los hobbies, como la música, pintura, escritura, etc. son en sí aspectos tan buenos que pueden ser la mejor oferta para algunas personas, y por lo tanto una opción tan buena como organizar bailes, excursiones o ciclos de conferencias.

De hecho, y tal y como se recoge en la tabla 4.4.1, la actividad diaria de las personas mayores, excepto en casos lógicos, como pueden ser la dedicación al trabajo remunerado o a los estudios, no difieren significativamente de la actividad diaria desarrollada por la población general.

Tabla 3.4.1 Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad de la población general y mayor de 65 años en Castilla y León

Actividades principales	Grupo de población	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
		% personas	Duración	% personas	Duración	% personas	Duración
			media diaria		media diaria		media diaria
Cuidados personales	General	100,0	11:15	100,0	11:18	100,0	11:11
	> 65 años	100,0	12:25	100,0	12:43	100,0	12:12
Trabajo	General	32,4	7:53	41,4	8:33	23,7	6:45
	> 65 años	1,6	3:03	2,2	3:32	1,2	2:24
Estudios	General	12,1	5:10	10,9	5:04	13,3	5:14
	> 65 años	1,0	1:00	1,4	1:06	0,6	0:50
Hogar y familia	General	82,2	3:36	69,7	2:05	94,3	4:41
	> 65 años	88,8	4:12	79,8	2:38	95,5	5:10
Trabajo voluntario reuniones	General	14,8	1:17	10,9	1:26	18,5	1:11
	> 65 años	23,9	1:12	17,8	1:27	28,5	1:05
Vida social y diversión	General	70,8	2:06	72,6	2:13	69,1	2:00
	> 65 años	71,4	2:10	75,9	2:17	68,0	2:04
Deportes y actividades al aire libre	General	50,3	2:03	50,1	2:22	50,5	1:44
	> 65 años	69,9	2:16	77,3	2:44	64,2	1:50
Aficiones y juegos	General	22,2	1:52	27,1	2:00	17,5	1:39
	> 65 años	19,4	2:14	25,2	2:17	15,1	2:10
Medios de comunicación	General	89,0	2:38	87,9	2:48	90,2	2:29
	> 65 años	96,5	3:22	96,9	3:42	96,1	3:07
Trayectos y empleo del tiempo no especificado	General	87,5	1:18	89,9	1:20	85,1	1:16
	> 65 años	73,5	0:57	78,5	1:03	69,7	0:53

Fuente: INE. Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-2003.

Por lo tanto las ofertas destinadas al consumo de ocio activo en las personas mayores han de ser tan plurales como las opciones que se adopten a nivel personal, es decir, han de ser respetuosas con las opciones y decisiones personales. Por ello, nos parece totalmente adecuado y por lo mismo una exigencia y demanda no excluir del apoyo institucional todas aquellas actividades planteadas no por grupos de intereses, sino por personas que optan por el crecimiento y desarrollo de sus capacidades creativas a nivel más individual.

Ante todo debemos tener claro, que si la sociedad es plural y diversa se han de plantear abanicos de opciones que respondan a esa diversidad y que puedan ser libremente aceptadas; debería evitarse que las opciones que se ofrecen como ocio activo, añadan un plus de riesgo y de discriminación para la población. Es decir, los servicios públicos tienen que planificar actividades lúdicas para las personas mayores, pero el apoyo público a estas iniciativas no puede desconocer que no todas las personas están en igualdad de condiciones de acceso a determinados servicios.

Además muchas personas mayores no pueden acceder a la oferta de servicios que se ofrecen como mecanismos para promover un envejecimiento activo, bien porque la situación económica no se lo permite, dada la cuantía de sus pensiones, bien porque por vivir en un medio determinado tienen que atender, aunque estén jubilados, otras tareas domésticas o responsabilizarse de situaciones de familiares; muchas personas mayores cultivan pequeños huertos, tienen animales domésticos que atender, se han hecho cargo del cuidado de algún familiar, ya sea mayor, menor o enfermo, lo que al margen de la situación económica les impide disponer de tiempo para beneficiarse o acceder a algunos servicios, salvo que sus quehaceres queden cubiertos o puedan ser atendidos temporalmente si accedieran a alguno de estos servicios que se ofertan. El llamado “efecto mateo” de los servicios sociales, puede también aparecer en este tipo de programas, cuando a muchos de estos servicios solo acceden personas que tienen la información, o que se encuentran socialmente en una situación de ventaja. Pensamos que la llamada “discriminación positiva” o las actuaciones positivas que se plantean en temas de género para garantizar la igualdad de oportunidades, podrían ser adoptadas también cuando se fijan las condiciones y criterios para acceder a este tipo de oferta pública de servicios.

Muchas personas mayores que por la capacidad adquisitiva que tienen se ven auto-excluidas, o cuando la información no siempre llega a toda la población y si llega no siempre lo hace bajo un mensaje positivo, sino más bien disuasorio para quienes están en situación de desventaja, son personas que no ven salida ni se les ofrecen alternativas a las actividades o a las ocupaciones que deben realizar y que forman parte de su propia vida activa.

Si hoy existen “servicios de respiro” para personas con dependientes a cargo, servicios que ante todo buscan mejorar la calidad de vida, la salud mental, el descanso de todas aquellas personas que se encuentran en una situación de responsabilidad con cargas familiares y si esta fórmula se está viendo que ofrece un beneficio claro y directo sobre las personas para que repongan fuerzas, sigan conectadas con la vida, no rompan las redes de las que forman parte, proponemos que una medida de características similares podría plantearse para que personas mayores que no pueden acceder a determinados servicios o recursos y que si estuvieran en otra situación o tuvieran la garantía de que su ausencia no supondría un riesgo, podrían verse liberados de la presión real o moral y por lo tanto poder tener mayor oportunidad para acceder a estos servicios de ocio y encontrarse en igualdad de condiciones con quienes no tienen estas limitaciones.

Además de todos los aspectos que hemos considerado en este análisis sobre el envejecimiento activo, debemos también introducir un giro para referirnos al envejecimiento activo desde la perspectiva de género. Pensando desde lo que hemos denominado “ocio activo”, es fácil ver la diferencia existente entre las mujeres y los

hombres mayores, aunque se hayan producido muchos cambios respecto a otras épocas. Las mujeres han ido desarrollando un ocio más recreativo y productivo, inserto en su condición de mujeres. En definitiva, el envejecimiento activo en los hombres y en las mujeres deberá también plantear el tipo de competencias y de déficits de competencias entre hombres y mujeres, lo que plantea retos de otra naturaleza. Quienes tienen la responsabilidad de programar y planificar los servicios y de establecer las condiciones de acceso a ellos deberán tener en cuenta estas situaciones.

3.4.2 Un avance del apoyo jurídico de la vejez activa

El sentido del término “envejecimiento activo” ha empezado a introducir nuevos matices y nuevas dimensiones; hay que diferenciar la actividad física de la actividad mental; podrá haber un envejecimiento activo basado en la participación, movilidad, desarrollo de programas y propuestas para responder a los intereses de las personas mayores carentes de discapacidades o de merma de capacidades, a la vez que habrá que impulsar un envejecimiento activo para aquellas otras personas mayores que tengan dificultades, pérdidas de alguna función o que se encuentren en una situación de mayor o menor dependencia. A esto nos podemos referir con el término “vejez mentalmente activa”.

En este sentido cabe recordar algunos aspectos que señala el Decálogo de las personas mayores (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología):

- El alto envejecimiento de la población española es un logro histórico. El envejecimiento en España es consecuencia de su progreso.
- Toda persona mayor debe sentirse orgullosa por haber llegado ahí. Envejecer supone haber sobrevivido.
- La vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra. Tan plena, productiva, creativa, afectiva y llena de relaciones sociales, de calidad de vida, independencia, etc.
- Es posible disminuir la frecuencia e intensidad de la dependencia. La educación sanitaria, la prevención y el adecuado manejo de las enfermedades son las medidas necesarias para ello.

No obstante esta constatación, sí podríamos decir que frente al riesgo que supone impulsar a las personas mayores a excluir o autoexcluirse del mundo de la vida por el hecho de ser mayores o de no formar parte del mundo productivo, se empieza, como hemos visto, a valorar y a garantizar el derecho de las personas mayores a mantener una vida activa, a garantizar o reconocer una vejez activa y no solo un envejecimiento activo, ya que este, en sentido estricto se produce a lo largo de toda la vida y no solo a partir de una determinada edad convencional.

Por ello, podríamos decir que además de estar estudiado el impacto social, el valor añadido que supone una vida activa en las personas mayores, los beneficios directos e indirectos de mantener una vida socialmente activa, son aspectos que han sido recogidos en diferentes normas jurídicas que tratan de garantizar esa visión y ese derecho subjetivo, pero también un derecho de la sociedad que se ve beneficiada con las aportaciones y la creatividad, o la autogestión de servicios y redes de apoyo que pueden prestar las personas mayores. La salvaguarda de estos derechos hacia las personas mayores está suficientemente reconocida y recogida en diversas normas jurídicas de ámbito internacional, nacional o autonómico. Algunas de las cuales citamos a continuación.

- *Declaración Universal de los Derechos Humanos*: Artículo 22. “Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social y a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, teniendo en cuenta la organización y los recursos de cada estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables para su dignidad y para el libre desarrollo de su personalidad”.
- *Resolución 46/1991 de 16 de diciembre de la Asamblea General de las Naciones Unidas*, por la que se aprobaron los Principios a favor de las personas de edad. Los “Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad” tienen como objetivo lograr que dichas personas puedan lograr su independencia, la participación en su sociedad, cuidados adecuados a sus necesidades, su autorrealización y el respeto por su dignidad.
- En este apartado debemos mencionar la *I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento* que supuso un hito en la toma de conciencia del fenómeno del envejecimiento e impulsó políticas sociales hacia las personas mayores (1982).
- *II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento Madrid (2002)*: Convocada por Naciones Unidas y celebrada en Madrid. En ella, se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. El objetivo del Plan de Acción consiste en garantizar que en todas partes, la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos. En dicho Plan, se expresa que su objetivo es garantizar que, en todas partes, la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que, las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos de pleno derecho.

En cuanto a la legislación en el ámbito europeo, el envejecimiento también es un aspecto abordado, pues el proceso de envejecimiento que se está produciendo en los países de la Unión Europea requiere una estrategia global compuesta de políticas que se refuerzan mutuamente. En este ámbito se pueden destacar los siguientes hitos:

- Carta Social Europea, aprobada el 18 de octubre de 1981, firmada por España el 27 de abril de 1978 y ratificada el 6 de mayo de 1980.
- Protocolo adicional a la Carta Social Europea, hecho en Estrasburgo el 5 de mayo de 1988.
- Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, hecha en Niza el 7 de diciembre de 2000. En el Artículo 25 señala los Derechos de las Personas Mayores: “La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural.”
- Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo, de 18 de marzo de 2002, titulada “La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial - Promover el progreso Económico y Social en un mundo en proceso de envejecimiento. Contribución de la Comisión Europea a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento” .

La estrategia de la Unión Europea pretende elevar la calidad de vida de los ciudadanos, aliviando la carga de la dependencia y reduciendo el coste de las personas y de la atención sanitaria. En este contexto, las principales respuestas políticas desde la UE al envejecimiento son:

- Preservar el crecimiento y el saneamiento de las finanzas públicas.
- Dar respuesta adecuada al desafío que plantea el envejecimiento y la disminución de la mano de obra.
- Garantizar pensiones adecuadas, viables y adaptables. Se pretende conseguir desde la UE lo siguiente:
- Garantizar el acceso a unos servicios sanitarios y a cuidados de larga duración de calidad, asegurando la viabilidad financiera de los servicios.

Finalmente como objetivo transversal a las políticas destinadas a personas mayores la UE propone promover medidas que permitan mejorar la participación social, la atención, la realización personal y en definitiva, la consecución de un envejecimiento activo.

A nivel estatal, en nuestro país, siempre es necesario partir de la Constitución Española de 1978, donde se establece la obligación de los poderes públicos de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de los individuos y grupos en los que se integran sea real y efectiva, remover los obstáculos que dificultan su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, social y cultural; todo ello reflejado en el artículo 9.2. Además, es preciso mencionar de manera especial los artículos 49 y 50, referidos a las personas con discapacidad y a las personas mayores respectivamente.

Dentro de la normativa a escala estatal resulta de especial relevancia la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Una ley que, si bien no ha sido redactada y aprobada pensando únicamente en los mayores, es obvio que serán éstos quienes en mayor medida se beneficien de la misma.

Igualmente, baste recordar la ya analizada Ley General de la Seguridad Social (Ley 26/1990), que garantiza la prestación económica por causa de jubilación, en su modalidad contributiva, que será única para cada beneficiario y consistirá en una pensión vitalicia que le será reconocida, en las condiciones, cuantía y forma que reglamentariamente se determinen, cuando, alcanzada la edad establecida, cese o haya cesado en el trabajo por cuenta ajena.

De especial significación en lo concerniente al “envejecimiento participativo” resulta el Real Decreto 2171/1994, de 4 de noviembre, modificado por el Real Decreto 428/1999, de 12 de marzo: creación y regulación del Consejo Estatal para las Personas Mayores. Éste tiene la finalidad de institucionalizar la colaboración y participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de población en el campo de competencias atribuidas a la Administración General del Estado. Canaliza hacia la Administración General del Estado las iniciativas y demandas de las personas mayores. Asesora e informa sobre las consultas que le son formuladas por los Departamentos Ministeriales e Instituciones en materias que afectan a las condiciones y calidad de vida de la población mayor.

Por su parte, el Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007). Plantea una política integral destinada a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad y pone a su disposición una amplia red de recursos.

A nivel autonómico, también se ha producido un desarrollo normativo importante dentro del que cabe destacar las siguientes Leyes, Decretos y Normativas:

- *La Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León*, especialmente los siguientes artículos:
 - > Art. 13.3. Derecho de acceso a los servicios sociales: los ciudadanos de Castilla y León tienen derecho a acceder en condiciones de igualdad al sistema de acción social de Castilla y León y a recibir información sobre las prestaciones de la red de servicios sociales de responsabilidad pública.

- > Art. 13.5. Derechos de las personas mayores: las administraciones públicas de Castilla y León velarán para que las personas mayores no sean discriminadas en ningún ámbito de su existencia y garantizarán sus derechos, en particular, la protección jurídica y de la salud, el acceso a un alojamiento adecuado, a la cultura y al ocio, y el derecho de participación pública y de asociación.
- > Art. 13.7. Derechos de las personas en situación de dependencia y sus familias: los castellanos y leoneses que se encuentren en situación de dependencia tienen derecho a las prestaciones públicas necesarias para asegurar su autonomía personal, su integración socioprofesional y su participación en la vida social de la Comunidad. Las familias con personas dependientes a cargo tienen derecho a las ayudas de las administraciones públicas de la Comunidad en los términos que determine la Ley.
- > Art. 13.8. Derechos de las personas con discapacidad: las personas de Castilla y León con algún grado de discapacidad tienen derecho a la igualdad de trato y de oportunidades, a la accesibilidad en cualquier ámbito de su vida, así como a las ayudas públicas necesarias para facilitar su plena integración educativa, laboral y social.
- > Art. 70.10. Asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario. Promoción y atención de las familias, la infancia, la juventud y los mayores. Prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia y la exclusión social.
- *Ley 18/1988, de 28 de diciembre, de Acción Social y Servicios Sociales.* Según el artículo 11, el apoyo a la tercera edad se lleva a cabo mediante servicios tendentes a mantener al individuo en su entorno social, a promover su desarrollo socio-cultural, y, en su caso, a procurarle un ambiente residencial adecuado.
- *Decreto 13/1990, de 25 de enero, que regula el Sistema de Acción Social de Castilla y León* y desarrolla los principios y líneas establecidos por la anterior Ley en aspectos de articulación y coherencia del sistema, corresponsabilidad de las Administraciones Públicas, participación concertada de las entidades privadas y mecanismos de coordinación y colaboración, son el fundamento más directo de la actual organización de los servicios sociales en nuestra Comunidad.
- *La Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León*, dedica su Título II al Ocio, la Cultura y la Participación, siendo el Capítulo I de dicho título el que recoge todo lo relacionado con el ocio y la cultura. Así, en su *artículo 17 dice que* "La programación del ocio y la cultura comprende una serie organizada de intervenciones encaminadas especialmente a aumentar la autonomía y desarrollo personal de las

personas mayores en los distintos aspectos de su vida diaria, y a diferentes niveles de relación interpersonal". Y señala, además, en el artículo 18 que "Las personas mayores podrán participar, de forma creativa, libre, crítica y constructiva, en la programación y el desarrollo de las actividades culturales y de ocio dirigidas a la sociedad" y que "Los Poderes Públicos promoverán en la sociedad actitudes y comportamientos que favorezcan el acercamiento y acceso permanente de las personas mayores a todos los recursos disponibles en materia de ocio y cultura, adoptando las medidas necesarias para ello".

Por otra parte, el Capítulo II del mismo Título hace referencia a la participación de las personas mayores, tanto individual como grupal y en diferentes formas (voluntariado, participación institucional y a través de órganos de participación). Atendiendo a las definiciones que se dan de las distintas formas de participación, cabe remitirse al artículo 23 para hacer referencia a la de voluntariado: "el comportamiento social organizado, efectuado libre y gratuitamente por personas independientes, mediante actividades que redunden en beneficio de la comunidad".

- *Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores:* La notable variación en las necesidades de las personas mayores, así como la aparición de otras nuevas, tiene gran influencia en la tipología de los centros, en las distintas modalidades de prestación de servicios y en el personal que los presta. Se ha visto la necesidad de fomentar la polivalencia de los centros para la prestación de los nuevos servicios, con el objeto de rentabilizar tanto las instalaciones existentes como los recursos humanos, para poder conseguir una adecuada atención.
- *Decreto 56/2005, de 14 de julio, por el que se aprueba el Plan Estratégico del Sistema de Acción Social de Castilla y León.*
- *Decreto 57/2005, de 14 de julio, por el que se aprueban los Planes Regionales Sectoriales de Atención y Protección a la infancia, de Atención a las Personas Mayores, de Atención a las Personas con Discapacidad, y de Acciones para la Inclusión Social.*
- *En el Plan Regional Sectorial de Atención a personas mayores de Castilla y León 2004-2007, al que ya se ha aludido en el capítulo referido al envejecimiento saludable, se menciona como una línea estratégica el envejecimiento activo y las acciones de carácter preventivo, y se proponen como actuaciones: Promover la salud física y el autocuidado; desarrollo y mantenimiento de las competencias cognitivas y psicoafectivas; facilitar la adaptación a los cambios derivados de la jubilación; competencias y habilidades que posibiliten la*

vida autónoma y el desenvolvimiento; potenciar la relación entre la persona mayor y los miembros de su núcleo familiar; ocupación activa y creativa del tiempo libre; facilitar a los mayores de Castilla y León el acceso a servicios, establecimientos y recursos en condiciones favorables; optimizar la oferta de programas preventivos y de potenciación del envejecimiento activo.

En definitiva, todos estos avances en el desarrollo de normativas de distinto rango y alcance muestran esa preocupación creciente a la que se ha venido aludiendo en los distintos apartados de este informe y buena parte de ellas conducen, o al menos facilitan, la consecución de ese envejecimiento participativo. Sin embargo, aun siendo básicos y fundamentales, los avances en el plano “jurídico” no son suficientes, sino que es necesario implementar una serie de recursos que conduzcan a la materialización de los objetivos y fines planteados.

3.4.3 Recursos y servicios de Castilla y León para fomentar el envejecimiento activo

Como hemos visto al referirnos al marco jurídico, es a través del Plan Regional Sectorial de Atención a personas mayores de Castilla y León por donde se canalizan los servicios y recursos destinados a favorecer el envejecimiento activo para las personas mayores de nuestra Comunidad Autónoma. Dentro de éste plan, el Área 1 “Promoción del envejecimiento activo y prevención” tiene como finalidad abordar las necesidades de aquellas personas que “encontrándose con un nivel de salud razonablemente adecuado, abordan esta etapa de la vida con expectativas de desarrollo personal y social” y continúa “en términos generales y bajo una perspectiva preventiva, se incluyen actuaciones que pretenden promover actitudes activas ante la salud, el mantenimiento de la calidad de vida, la formación, la cultura, el disfrute del tiempo libre, la solidaridad y la participación”.

3.4.3.1 PRINCIPALES PROGRAMAS DESTINADOS A FAVORECER EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN CASTILLA Y LEÓN. SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN

Los recursos de ocio y participación aquí presentados se prestan bien directamente por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, o bien, mediante concierto por entidades públicas y privadas. Estos servicios conviven tanto con los que se prestan a nivel nacional (viajes y programas del Imsero), como con aquellos que se prestan a nivel municipal (Aulas de Mayores de ayuntamientos, programas de entidades municipales y supramunicipales) y a otras entidades de diversa índole con amplia participación de personas mayores (Universidades Populares, asociaciones de vecinos, etc.).

Así mismo, se ha considerado que fijar el año 2002 como punto de partida para conocer la evolución de la participación de los distintos programas expuestos aporta una perspectiva suficientemente amplia; ello por dos razones:

- Es un periodo lo razonablemente amplio para ver las tendencias de los distintos recursos presentados.
- Da continuidad al Informe a Iniciativa Propia del CESCYL: IIP 5/02. "La situación de las personas mayores en Castilla y León", elaborado en el año 2002.

Los principales programas destinados a favorecer el ocio y el envejecimiento activo son los siguientes:

- **Red de centros de día - Unidades de atención social**

Los centros de día son un recurso social cuya finalidad es ofrecer servicios y actividades a las personas mayores para que disfruten de su tiempo libre, se relacionen con otras personas y para ayudarles a mantenerse activas y participar en la sociedad. En función de la atención ofrecida se distinguen dos tipos de unidades: de atención social y de estancias diurnas. Las unidades de atención social son recursos que favorecen la promoción personal y con carácter preventivo respecto a la dependencia, dirigido a personas mayores con un buen nivel de autonomía funcional, a través de la oferta de actividades en dos grupos, por un lado los talleres ocupacionales (teatro, gimnasia, juegos didácticos, coro, pintura, manualidades, charlas, juegos de mesa, audiovisuales...) y por otro talleres psicosociales (entrenamiento en memoria, relajación, estimulación psicomotriz, lectura, alfabetización...) ofreciendo también otros servicios (biblioteca, comedor, peluquería, podología, etc.).

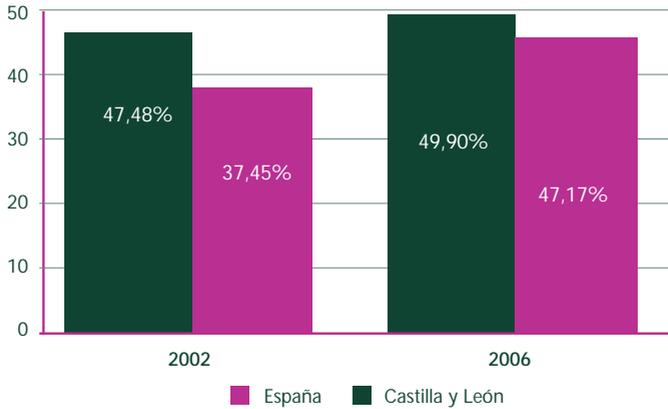
Tabla 3.4.2 Evolución del número de centros de día de la Gerencia de Servicios Sociales y del número de usuarios, 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de centros	51	49	54	54	50	50
Nº de usuarios	267.430	267.430	286.592	283.697	284.510	284.510

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León de 2002 a 2007*. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

En estos centros están asociadas unas 285.000 personas mayores, lo que supone un incremento de unas 17.000 personas con respecto a 2002 (en porcentaje el aumento es de algo más de 6%). Esto significa que casi la mitad de los mayores de 65 años de Castilla y León están registrados en la red de centros de día.

Gráfico 3.4.1 Índice de cobertura de los centros de día en Castilla y León y en España, 2002 y 2006



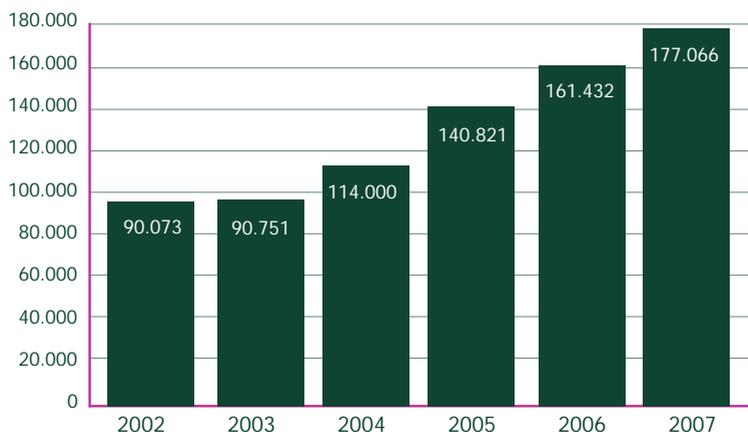
Nota: Los datos de Castilla y León son de 31/12/2006 y los de España de enero de 2007.

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Esta evolución ha sido bastante moderada en los últimos cinco años dónde solamente se ha incrementado su cobertura en un 2%. La cobertura actual, es sensiblemente superior a la media nacional, aunque en el último lustro se ha recortado esa diferencia, debido al notable incremento de la cobertura a nivel nacional.

- **Club de los 60**

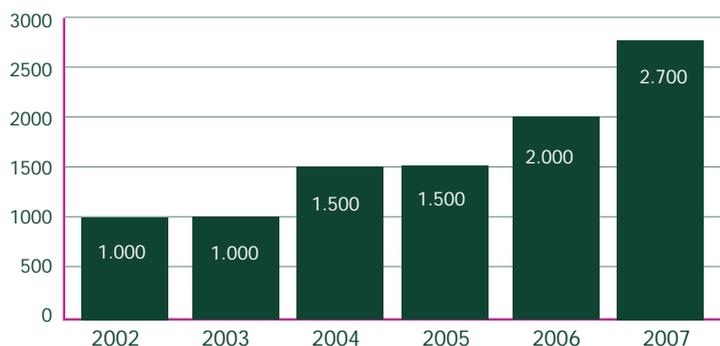
Este programa se dirige a las personas con 60 o más años, residentes en Castilla y León y su inscripción como socios es gratuita. Incluye una serie de actividades destinadas a favorecer el desarrollo personal y la ocupación creativa del tiempo libre, entre las que destacan los viajes tanto nacionales, como internacionales, concursos literarios y de pintura, e intercambios con mayores de otras comunidades. En el intervalo de tiempo estudiado, se ha incrementado sustancialmente el número de socios (casi 87.000 más) como su índice de cobertura que ha pasado de 15,99 en 2002 a 31,10 en 2007.

Gráfico 3.4.2 Evolución del número de socios del Club de los 60, 2002-2007

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007.
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

- **Programa de Termalismo**

Este programa ofrece la estancia en un balneario de Castilla y León, durante 10 días, nueve noches en régimen de pensión completa. Incluye, entre otros, tratamiento terapéutico básico adecuado a cada usuario, según criterio médico y actividades socioculturales durante la estancia de carácter optativo. También en este intervalo de tiempo se ha incrementado ostensiblemente el número de plazas disponibles.

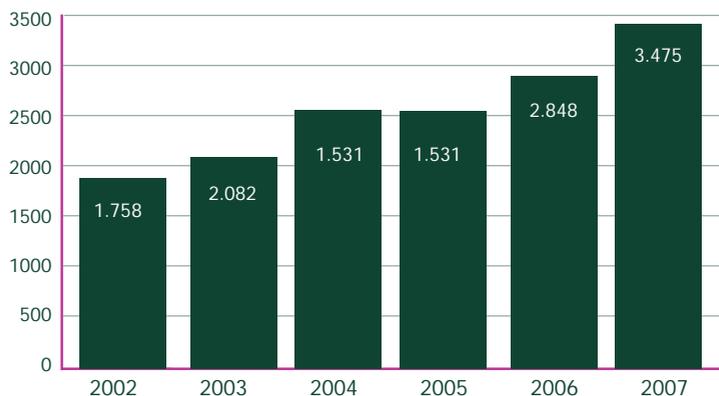
Gráfico 3.4.3 Número de plazas ofertadas en el Programa de Termalismo, 2002-2007

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007.
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

- **Programa Interuniversitario de la Experiencia**

En este programa, iniciado en 1993 tiene como objetivo conseguir profundizar y divulgar entre los mayores diferentes campos de la cultura, fomentando su participación en la sociedad actual. Actualmente cuenta con 25 sedes y dentro de su constante evolución cabe destacar que participan todas las Universidades de Castilla y León. Así mismo además de las sedes existentes en las capitales de provincia, el programa se ha ido extendiendo, primero al resto de municipios mayores de 20.000 habitantes (Ponferrada, Medina del Campo, Aranda de Duero y Miranda de Ebro) y posteriormente a otros municipios que ejercen como cabecera de comarca, facilitando el acceso a las personas mayores residentes en el medio rural.

Gráfico 3.4.4. Evolución del número de personas mayores participantes en el Programa Interuniversitario de la Experiencia, 2002-2007

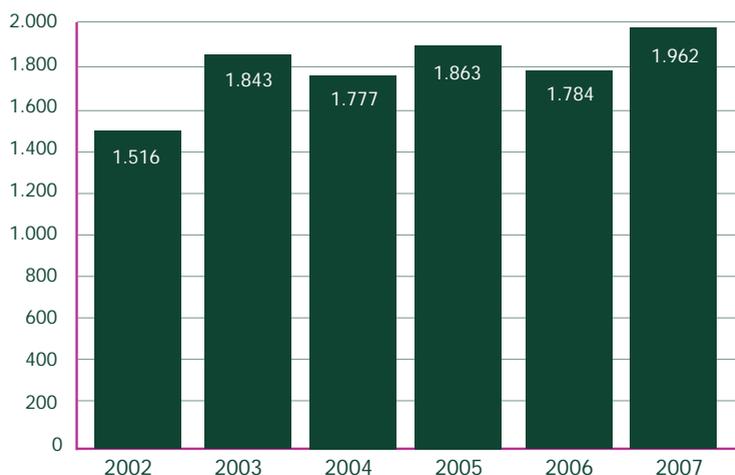


Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

- **Programa de Convivencia Intergeneracional: intercambios culturales**

Su inicio data de 1997 y tiene como finalidad fomentar las relaciones entre personas mayores y jóvenes universitarios a través de actividades dirigidas a crear oportunidades para el intercambio de experiencias y acercamiento de estos dos sectores de población. Se fundamenta en el marco de un convenio suscrito entre la Gerencia de Servicios Sociales, las cuatro Universidades Públicas de Castilla y León y los Ayuntamientos de Burgos, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid. En relación a la evolución desde 2002, conviene destacar la incorporación de instituciones que se ha producido en los últimos cinco años (entre 1997 y 2002 era un programa entre la Universidad de Valladolid y la Gerencia de Servicios Sociales)

Gráfico 3.4.5 Evolución del número de personas mayores participantes en el Programa Convivencia Intergeneracional, 2002-2007



Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

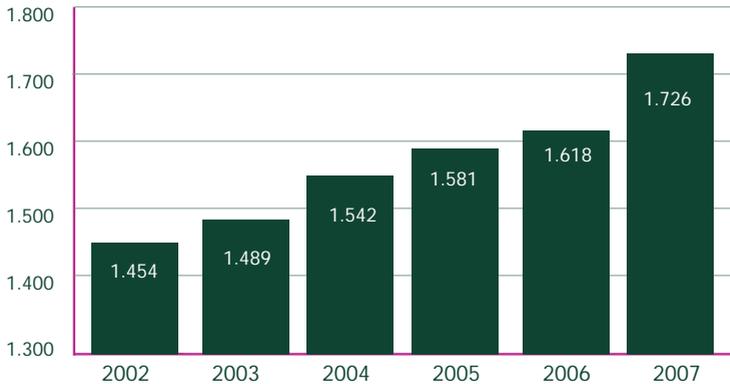
• Asociacionismo

La dispersión de población en Castilla y León es uno de los principales retos a los que se enfrentan, no solo las instituciones, sino también los ciudadanos especialmente las personas mayores, ya que además de sus dificultades de movilidad, son en términos relativos y absolutos muy numerosas en el medio rural, tal como se ha podido constatar en el Capítulo 1. Precisamente por ello el asociacionismo se revela como una de las principales vías para facilitar tanto el envejecimiento activo, como la prestación de servicios culturales y de ocio en nuestros pueblos.

La principal actividad desarrollada es el Programa de Desarrollo Comunitario y Animación Sociocultural, a través del cual aproximadamente 250.000 mayores, los más provenientes del ámbito rural reciben ayuda, no solamente para el mantenimiento de sus asociaciones, sino también para la realización de actividades de tipo cultural y recreativo, así como para la recepción de diversos servicios como peluquería y podología.

El asociacionismo de personas mayores en Castilla y León también se ha incrementado en este intervalo de tiempo en más de 270 asociaciones. No se ha podido disponer del dato exacto del número de asociados; sin embargo, a través de estimaciones indirectas, se calcula que en torno al 48% de ellas tienen menos de 100 socios y el 75% no llega a los 200.

Gráfico 3.4.6 Evolución del número de Asociaciones de Personas Mayores, 2002-2007



Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, Años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Como se podido constatar en las consideraciones anteriores, existe una oferta bastante diversificada que ofrece una alternativas variadas que pueden encauzar la participación de nuestros mayores en la sociedad. Sin embargo, una adecuada participación de este colectivo no debe concebirse única y exclusivamente por y para los mayores, por lo cual, aun cuando alguno de los programas mencionados inciden en ello, es conveniente dedicar cuando menso unas líneas a la perspectiva intergeneracional.

3.4.3.2. LA PERSPECTIVA INTERGENERACIONAL

Las relaciones intergeneracionales han adquirido una especial relevancia en el contexto de la atención a las personas mayores, especialmente desde el año 1999, Año Internacional de las personas mayores que tuvo como lema "Una sociedad para todas las edades", aún plenamente vigente. En una sociedad como la actual con unos altos índices de población mayor, parece lógico suponer que la conciencia hacia los problemas y la realidad de los mayores es un tema superado. Sin embargo, quizás por el culto "a lo joven" que impera en la sociedad, en detrimento de valores como la experiencia, se hace preciso profundizar en este tipo de solidaridad entre las generaciones. A este respecto, podemos hacer las siguientes reflexiones que caracterizan a la sociedad actual y que condicionan las relaciones entre las diferentes generaciones:

- Los cambios en los valores, estructuras y formas de la familia, que han dado lugar a una desaparición progresiva de la estructura tradicional de la familia (de tres generaciones), para ser sustituida por nuevas formas familiares, caracterizadas por un sistemático alejamiento físico y actitudinal entre las distintas generaciones.

- Un creciente interés por la tecnología en detrimento de los saberes populares y tradicionales. El avance de los medios de comunicación, la técnica y la ciencia, ha provocado de forma indirecta un arrinconamiento de la transmisión personal (oral y escrita) de los valores culturales. Esto unido a la necesidad continua de reciclaje que exige el conocimiento de la tecnología ha dado lugar a una creciente dificultad de los mayores para adaptarse a estos medios, lo que les ha ido relegando a un segundo plano en lo que a transmisión cultural se refiere.
- La crisis del Estado de Bienestar, que ha llamado la atención en relación al papel que la familia y la comunidad tiene en el mantenimiento de la calidad de vida y bienestar social de sus miembros. Si bien, el derecho constitucional a disponer de cobertura social es un precepto básico, las instituciones y la atención profesional, no puede sustituir totalmente el importante papel que tienen los vínculos familiares, por cuanto combinan atención con afecto, elemento éste último, que debe ser ofrecido por las redes de apoyo informal para garantizar la percepción de integración, seguridad y apoyo por los mayores.

Según *The Beth Johnson Foundation* (Instituto de la Unesco para la Educación), en su informe "Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional", los programas intergeneracionales son vehículos para el intercambio determinado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones más viejas y las más jóvenes para beneficios individuales y sociales (Definición internacional adoptada en Dortmund, en abril de 1999). Estos programas serán efectivos y por lo tanto tendrán beneficios para ambas generaciones cuando cumplan las siguientes características:

- Que demuestren beneficios mutuos para los participantes.
- Que establezcan nuevos papeles sociales y/o las nuevas perspectivas para los participantes jóvenes y mayores.
- Que puedan involucrar múltiples generaciones y deben incluir por lo menos dos generaciones no adyacentes y sin lazos familiares.
- Que promuevan el conocimiento aumentado y la comprensión entre las generaciones más jóvenes y más viejas y el crecimiento del auto estima para ambas generaciones.
- Que se dirijan a problemas sociales y políticas apropiadas para aquellas generaciones involucradas.
- Que incluyan los elementos de una buena planificación del programa.
- Que se desarrollen relaciones intergeneracionales.

Así mismo en el contexto europeo, la Unión Europea apuesta claramente por la solidaridad intergeneracional como método eficaz para luchar contra los cambios demográficos que se vienen produciendo en su territorio, y cuyo efecto más evidente es el proceso de envejecimiento de la población. En el Libro Verde de la Comisión titulado "*Frente a los Cambios Demográficos. Una Nueva Solidaridad entre Generaciones*" (COM(2005)0094), ya se destaca la necesidad de fomentar las relaciones intergeneracionales como elemento de cohesión social ante los cambios demográficos existentes.

De hecho, en comunicaciones posteriores, por citar el más reciente de 30 de enero de 2008 "*Informe sobre el Futuro Demográfico de Europa (2007/2156(INI))*" de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales de la UE, hace una clara referencia a la cooperación intergeneracional donde literalmente "insta a los Estados miembros a que promuevan los proyectos intergeneracionales en los que las personas mayores trabajan junto con los jóvenes para compartir capacidades y adquirir nuevos conocimientos; pide a la Comisión que facilite el intercambio de buenas prácticas en este ámbito".

España a través del Imserso (dependiente del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte) promueve lo intergeneracional y su conexión con en ámbito educativo. Así en el Plan de Acción para Personas Mayores (2003-2007) plantea llevar a cabo una serie de actuaciones que conectan la esfera educativa con el ámbito intergeneracional entre las que cabe destacar:

- Promover la participación de los mayores en los centros educativos, colaborando en los distintos programas y niveles.
- Diseño de programas educativos –integrados en los programas de educación social y en la cultura de los derechos humanos–, dirigidos al fomento de las relaciones intergeneracionales y a superar los estereotipos negativos de las personas mayores.

Finalmente, en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, se apuesta firmemente por la existencia de programas que conecten a las personas mayores con los jóvenes (especialmente con los universitarios) En los sucesivos Planes Regionales Sectoriales de Atención a Personas Mayores²⁶, los programas universitarios intergeneracionales se consolidan como elemento, tanto preventivo y promotor del envejecimiento activo (Programa de Intercambio Cultural, anteriormente mencionado), como de apoyo a

²⁶ IV Plan Regional Sectorial de Atención y Protección a Personas Mayores, aprobado por Decreto 57/2005, de 14 de julio.

personas mayores dependientes y en situación de vulnerabilidad social (Programa de Alojamientos Compartidos, en el siguiente capítulo). No obstante, estos programas, a pesar de ser una iniciativa válida para favorecer el desarrollo de relaciones intergeneracionales, no son suficientes y deben ampliarse, teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Son programas marcadamente urbanos, sin ninguna trascendencia ni alcance en el medio rural.
- Tampoco son capaces de llegar a la totalidad de los colectivos de jóvenes (sólo universitarios).
- Finalmente, pese a ser intergeneracionales y poner en contacto a dos generaciones con grandes dificultades para su conexión, se olvida de la generación intermedia.

Por lo tanto, para fomentar las relaciones intergeneracionales, además de iniciativas específicas que son totalmente válidas para perfiles y situaciones concretas, se considera adecuado realizar actuaciones más integradoras. De hecho a nivel internacional ya se están produciendo respuestas, entre las que destacamos el CFAA (*Communities for all ages*) traducido como Comunidades para todas las edades, entendido este concepto como una red de relaciones, centros, actividades formales e informales y servicios para toda la comunidad independientemente de la edad o colectivo específico al que se pertenezca. Este enfoque parte de la negación de que no se puede resolver fragmentariamente problemas de ámbito común o que afectan a todos. En esta línea uno de los principales recursos que se promueven son los Centros Intergeneracionales.

Estos centros, de los que ya existen experiencias en Europa y Estados Unidos, consisten en que en un mismo espacio se puedan prestar servicios a varios grupos de población distintos (con el ahorro económico que eso supone) y que además a través de la orientación y apoyo de los profesionales de esos centros, además de la prestación de los servicios, se puedan producir conexiones, dinámicas y actitudes positivas entre los receptores de esos servicios.

Sin ninguna duda pueden ser una solución más que válida para Castilla y León, especialmente para el medio rural, pues en la inmensa mayoría de los municipios, podríamos decir que ni siquiera de las comarcas, cuentan con una “masa crítica” suficiente para justificar la implantación de equipamientos muy específicos. Por ello, ésta sería la forma de aportar criterios de eficacia y eficiencia a los recursos disponibles, facilitando al tiempo la conexión de las personas mayores del medio rural con las generaciones más jóvenes. Un ejemplo a estudiar podría ser que en un mismo espacio exista un centro de día y un centro de educación infantil. Además del ahorro evidente de equipamientos, de transporte y de personal, mediante la

orientación de profesionales cualificados, se pueda favorecer la creación de apoyos informales entre los propios usuarios de los servicios. No obstante, y así lo recogen los datos de los distintos Centros Intergeneracionales existentes, un estudio más pormenorizado de cada zona y sus necesidades, podría dar la clave de las características específicas de cada Centro Intergeneracional.

3.4.4 La necesidad de “repensar” los mecanismos para alcanzar plenamente un envejecimiento participativo

Como se ha subrayado a lo largo de todo el capítulo, una persona mayor no es solamente activa por el hecho de participar en los programas institucionales destinados a fomentar esta actividad, o incluso se puede valorar desde un concepto más amplio si una persona mayor que no participa de estos programas puede ser más activa en la medida en que no necesita ningún encauzamiento específico para poder ejercer esa participación en la sociedad. Desde esta premisa de partida, es necesario recalcar que los datos aquí reflejados solo pueden constatar la voluntad de los estamentos públicos para fomentar esas actividades destinadas a facilitar un envejecimiento más participativo, pero que no incluyen a aquellas personas mayores, que fuera de estos cauces “ejercen” su actividad.

La otra premisa a la hora de analizar los principales recursos es que solamente se han incluido en el estudio aquéllos que se prestan en toda Castilla y León, es decir, los que por ser de titularidad o de competencia regional, posibilitan el acceso a ellos en todas las provincias de la Comunidad Autónoma. Aun cuando en algunos casos puedan resultar tremendamente interesantes, se han tenido que dejar al margen las iniciativas de tipo municipal o privadas de carácter claramente local. Ello por dos motivos: en primer lugar porque su número es lo suficientemente elevado para resultar inabarcable en el marco de este informe; en segundo lugar, su desarrollo puede ser inestable o no tener continuidad en el tiempo y, en consecuencia, ni resulta fácil seguir su evolución, ni dan una medida exacta de la disponibilidad general de programas y recursos.

Con estas dos premisas el panorama de la carta de servicios destinados a favorecer el envejecimiento activo en Castilla y León es cuando menos de luces y sombras. Bien es cierto que en periodo que va desde 2002 a 2007 se han incrementado casi todos los índices de cobertura y número absoluto de participantes de los programas existentes, y que tres servicios (Centros de Día, Programa de desarrollo comunitario y Club de los 60) tienen unos índices de cobertura más que satisfactorios (los dos primeros llegan a la mitad de la población mayor y el último a un tercio de la misma), mientras que el resto de los programas tienen una cobertura mucho más pequeña (ninguno llega a más del 1% de la población mayor).

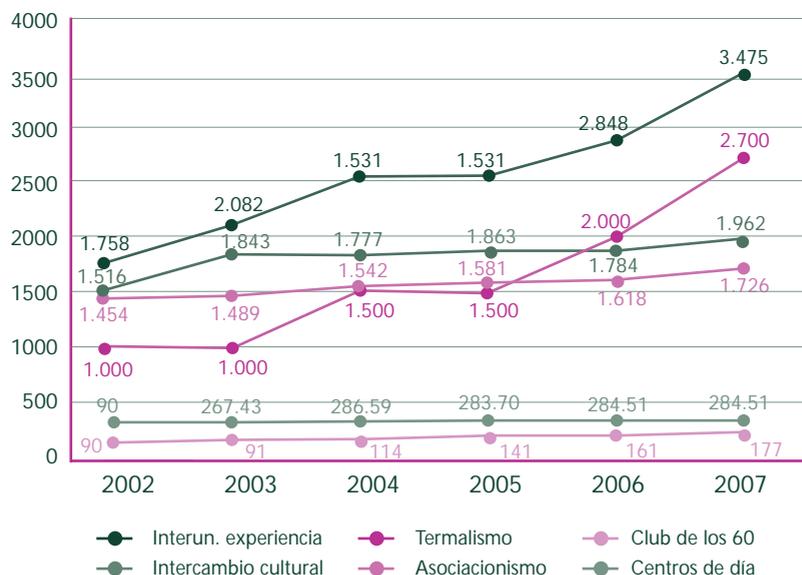
Tabla 3.4.3 Evolución índice de cobertura de los principales programas de cultura y ocio, 2002-2007

Programa	2002	2007
Centros de día	47.48	49.99
Club de los 60	15.99	31.10
Termalismo	0.18	0.47
Interuniversitario Experiencia	0.31	0.61
Intercambio cultural	0.27	0.17
Desarrollo comunitario (1) y (2)	33.01	43.91

- (1) Al no disponer de datos exactos, en la columna de 2002 se consigna como número de usuarios el nº de asociados en 2003.
- (2) Al no disponer de datos exactos, en la columna de 2007 se consigna como número de usuarios el nº aproximado de asociados en 2007.

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Gráfico 3.4.7 Evolución de los principales recursos para fomentar el envejecimiento participativo en Castilla y León, 2002-2007



Nota: El nº de usuarios de Centros de Día está expresado en cientos de miles. La curva de asociacionismo representa el número de asociaciones, no de afiliados.

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

También es un aspecto muy positivo a destacar los esfuerzos que se están realizando en materia de coordinación interinstitucional, el que en el Programa Interuniversitario de la Experiencia participen todas las Universidades de Castilla y León, o que para el Programa de Convivencia Intergeneracional, se esté trabajando con las Universidades Públicas e incorporando a los ayuntamientos donde está implantado el programa son sin duda pasos en una dirección adecuada. Coordinar (a través de las Federaciones de Asociaciones de Mayores) a más de 1.500 asociaciones también es, sin duda, un esfuerzo que está obteniendo resultados en un ámbito tan necesitado de iniciativas y de actividades como es el medio rural.

No obstante, si profundizamos un poco podemos llegar a otras conclusiones que nos pueden hacer reflexionar sobre los distintos servicios existentes:

- Estar inscrito como usuario de un servicio, no tiene porque significar hacer un uso de un servicio. Se puede ser socio de un centro de mayores y no pisar por él, o necesariamente desarrollar alguna actividad de las ofertadas, por lo tanto, en alguno de los servicios (Centros de Día, Club de los 60, etc.) el índice de cobertura no tiene porque reflejar fielmente el uso real por parte de las personas mayores que, sin duda, es bastante menor.
- En el caso del Programa de desarrollo comunitario, es cierto que es una buena medida para combatir la dispersión territorial y poder prestar ciertos servicios que intenten, aunque no consigan, igualar los servicios que se prestan a las personas mayores del medio urbano. Pero, ¿es necesario crear una asociación exclusivamente de personas mayores como condición indispensable recibir ese servicio? Con el tamaño tan reducido de los municipios de la región, en bastantes casos puede ser, cuando menos, sintomático que los pocos residentes de ese municipio pertenezcan a distintas asociaciones en función de la edad o de otras características para poder acceder a servicios.
- La gran mayoría de los programas ofertados no tienen en cuenta el territorio, cuando éste es una variable determinante, no sólo para el acceso a los servicios, sino también para el diseño de los mismos.
- Se apuesta tímidamente por la intergeneracionalidad, cuando las características demográficas y territoriales de Castilla y León nos aconsejan no fragmentar la prestación de servicios (especialmente en el medio rural), y existen muchas experiencias en otros países que avalan esta línea como una alternativa viable para fomentar el envejecimiento activo y prevenir la dependencia.

Deberíamos analizar por lo tanto el concepto de “envejecimiento activo”, teniendo en cuenta la oferta que en este momento se plantea para las personas mayores. Vivimos en una sociedad globalizada que ofrece muchas posibilidades, que ha creado un mercado para la tercera edad, que da nuevas posibilidades a las personas de

edad libres de cargas laborales y que tienen la posibilidad y la oportunidad de disfrutar, de incorporar a su vida nuevas experiencias; pero lo que es válido para unos no necesariamente ha de ser válido para todos; en ocasiones todos los programas y actuaciones, así como la oferta de servicios pensados para mantener activos a una población pueden acabar haciéndoles más dependientes y pasivos, ya que la oferta puede inducir a que las personas mayores se convierten en meros consumidores de acciones o servicios.

No es ese el concepto de envejecimiento activo que hay que promover. Obviamente, ello no significa que esa oferta de servicios que plantean tanto el mercado como los poderes públicos sea desdeñable. Esta oferta habrá que adaptarla, a la trayectoria vital, a los intereses personales y vitales de las propias personas. Si ser activo es estar comprometido con la cultura, con la política, con el ocio, con el saber; será necesario ir pensando en una “cartera de servicios” diseñada no solo por los profesionales, sino fundamentalmente por las propias personas mayores de acuerdo a su estilo de vida.

Esto puede generar discrepancias y desigualdades; puede llevar a plantear una diversidad y heterogeneidad social con el riesgo de hacer sociedades desiguales; es cierto que personas mayores que han vivido en un entorno rural, en un medio físico con unas características diferentes a las que han vivido en un medio urbano, probablemente demanden un tipo de servicios, oportunidades de acuerdo a sus forma de entender la calidad de vida; habría que ver si una oferta pública de servicios sirve y vale de igual manera para toda la población, independientemente de donde se ha vivido, de cuales han sido las experiencias laborales, los intereses, los valores, o la cultura; si es adecuada con independencia de las oportunidades que se han tenido en la sociedad y en la vida; probablemente será conveniente y oportuno introducir la variable entorno, estilo de vida, medio geográfico, mundo rural o mundo urbano, para diversificar la oferta de acuerdo al modo de vida y a los valores dominantes de estos medios. Esto no tiene porqué incidir en la calidad de los servicios; lo que queremos afirmar es que la oferta ha de estar diversificada y adaptada a las características (estilo de vida, valores, preferencias) de los presuntos compradores o consumidores de servicios.

3.4.5 Qué se puede hacer: los diferentes escenarios de actuación

Vivimos en una dinámica social, en la que ya hemos asumido que las fórmulas tradicionales para hacer frente a las cosas no sirven. Forma parte de nuestra cultura el aceptar nuestra incompetencia para afrontar los cambios. Nada de lo que hagamos en la vida se puede hacer sin una preparación previa: preparación para recibir los sacramentos, preparación para el matrimonio, preparación para acceso al trabajo, preparación para la jubilación, etc. Las instituciones tanto públicas como privadas

han asumido este papel de facilitadores de la preparación. En esta lógica podríamos entender las políticas de envejecimiento activo como formas de preparación para afrontar la vejez y sus consecuencias.

Puesto que hablamos de “envejecimiento activo, promoción de la autonomía y prevención de la dependencia” se podría proponer la aplicación de un modelo de actuación que utilizan los profesionales de la salud basado en la prevención, al que se ha aludido en el capítulo 2. En efecto, en el ámbito de la salud se suelen diferenciar tres niveles de actuaciones médicas, denominadas prevención primaria, secundaria y terciaria.

- La Prevención primaria, se refiere a todas las actuaciones que se hacen en el medio social, con carácter universal, para sensibilizar a la población sobre determinadas problemáticas, de manera que modificando comportamientos o cambiando actitudes, se pueda evitar que determinadas situaciones, problemas o enfermedades aparezcan. La prevención primaria comprende tanto actuaciones de promoción de hábitos saludables como de protección de los mismos. Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción y la acción preventiva es la educación para la salud, que incluye no solo la transmisión de la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en el bienestar, sino el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima así como el conocimiento de los factores y comportamientos de riesgo.
- La Prevención secundaria, (diagnóstico precoz, cribado, o screening) se refiere a todas aquellas actuaciones que se realizan una vez que aparecen los primeros síntomas de una enfermedad, con el fin de poner remedios que hagan que la situación no se deteriore, incluso que disminuya o se pueda corregir a tiempo su evolución. La prevención secundaria corresponde a las acciones destinadas a la detección precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno. Incluye acciones de recuperación de la salud.
- Y la prevención terciaria. En este nivel se trata ya de trabajar en programas de rehabilitación, porque la situación que se quería evitar en las prevenciones primarias o secundarias, ya ha hecho su acto de presencia y es necesario reparar para normalizar.

Este enfoque, más centrado en la prevención y promoción que en la reparación, nos parece muy adecuado, porque significa un cambio de mentalidad, de planteamiento, en el que las palabras nos ayudan a transformar la realidad. No se trata de falsear la realidad, sino de cambiar el paradigma de análisis.

Las personas mayores no son los otros; seremos también nosotros, por eso, la prevención primaria, debe ser un continuo aprendizaje que nos prepare a ser autónomos,

libres, creadores, partícipes en la sociedad, sin esperar que nos ofrezcan las respuestas, sino creándolas y proponiéndolas. (En todo caso, los programas no se imponen, se proponen). La prevención secundaria, debería ser el aspecto más importante a tener en cuenta cuando ya se ha pasado el umbral que nos lleva a formar parte del genérico “personas mayores”, jubilados.

3.4.5.1 LAS PERSONAS MAYORES FORMAN UN COLECTIVO DIVERSO Y HETEROGÉNEO: PRESUPUESTO DE LA DIVERSIDAD

No se puede pretender hacer homogéneo un colectivo tan heterogéneo y tan dilatado como es el de las personas mayores. Entre las personas mayores encontramos tantas diferencias y realidades como existen en la propia sociedad. Por suerte a mayores llegan o llegamos los mismos que formamos la sociedad: hombres y mujeres, ricos y pobres, personas con niveles de estudios diferentes, con experiencias vitales y laborales distintas, con diferentes formas de pensar, con principios, valores y creencias distintas. Por ello, no podemos pretender homogeneizar por razón de la edad lo que por su propia naturaleza es diverso y heterogéneo.

La edad es una variable de las muchísimas que conforman la trayectoria y la experiencia vital de las personas y al igual que ocurre con cualquiera otra de las variables, tomada aisladamente, es capaz de “homogeneizar” en muy escasa medida. Por consiguiente, la manera en que cada persona ha ido construyendo su propia vida y adaptándose a los cambios, el impacto de sus vivencias personales, tienen que ser un referente fundamental para plantear la pluralidad de escenarios y realidades que puedan satisfacer sus aspiraciones.

Los profesionales y los responsables de plantear respuestas, recursos, alternativas y servicios para atender las necesidades y demandas de las personas mayores, no pueden obviar estas realidades vitales y personales; al menos tendrán que tener en cuenta que esas diferencias han de permitir el entendimiento, el intercambio, la riqueza de unas vidas y vivencias compartidas. No se trata de segregar y dar respuestas segregadoras en los servicios a las personas mayores, partiendo de las diferencias personales y sociales; se trata de tener en cuenta esa diversidad y riqueza para que la respuesta sea gratificante y enriquecedora para todos, sin que se perciba la segregación, la exclusión y la diferencia-desigualdad social.

3.4.5.2 LAS RESPUESTAS A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES HAN DE ELABORARSE CON LAS PERSONAS MAYORES: PRINCIPIO DE PARTICIPACIÓN ACTIVA

Pero partiendo de esta premisa, que consideramos totalmente básica y esencial, hoy más que nunca es necesario que cualquier diseño de servicios, de proyectos, de

respuestas que se pueda dar para cualquier colectivo o desde las instituciones que tienen la responsabilidad de la protección social, se haga dando audiencia, protagonismo y liderazgo a los propios interesados o afectados. La tutela de cualquier colectivo, solo está legitimada cuando la capacidad de decisión está limitada, perdida o no existe.

Desde una visión de economía de trueque, la sociedad civil y los poderes públicos han de plantear iniciativas orientadas a garantizar los derechos, prestaciones y servicios que favorezcan la presencia activa, prevengan la situación de dependencia y promuevan la situación de actividad, iniciativa, creatividad y desarrollo de las personas mayores. Pero desde esta perspectiva de trueque, no hay que olvidar que las personas mayores no son sujetos pasivos receptores; son protagonistas y agentes sociales, que tienen también, no sólo la oportunidad sino, podríamos decir, “el deber social”, de poner en activo todo su patrimonio cultural, vivencias, experiencias y saberes. Su aportación a la sociedad no solo es conveniente, sino absolutamente imprescindible, si de verdad se quiere construir una sociedad más integrada. Como señalaba Carmen Marco en la ponencia sobre el envejecimiento activo en el VI Congreso Nacional de ONGs de Mayores, “Ha llegado el momento de considerar a las Personas Mayores, como participantes activas de una sociedad que integre el Envejecimiento y que considere a dichas personas, contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo”.

Una visión positiva de la vejez, significa un reconocimiento de la autoridad, de la sabiduría, de la dignidad y de la experiencia de los mayores. Significa la inclusión en la vida social y económica y el aprovechamiento de sus capacidades y experiencias. Las personas mayores son el activo de la sociedad, su presencia y aportaciones son necesarias y exigibles. La vida no solo tiene una dimensión personal e individual sino también una dimensión social que se puede y debe compartir y expresar colectivamente.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, reconoce como un derecho esta participación. Así, en el artículo 4.2.e se afirma que las personas en situación de dependencia tendrán derecho “a participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación”. En la misma línea, el artículo 29, referido a la elaboración del Programa Individual de Atención, vuelve a señalar que dicho programa ha de hacerse mediante la “participación, consulta, u opinión del beneficiario o de su familia o entidades tutelares que le representen”.

Los técnicos podrán hacer estudios, valoraciones, análisis de la realidad y plantear propuestas de cambio, de mejora, teniendo en cuenta la eficiencia de recursos y diseñar estrategias para conseguir determinados fines, o como señala el proyecto de Ley para elaborar el “plan individualizado de atención”; pero los fines, las alter-

nativas, las formas de prestar y atender a las necesidades de un colectivo, y desde luego, del de las personas mayores, solo puede hacerse desde el protagonismo, la audiencia y el liderazgo de las propias personas mayores, desde sus propias plataformas y mecanismos de organización. Debemos proclamar el fin de las tutelas y de las minorías de edad de los ciudadanos, romper la “paradoja de la minoría de edad de los mayores”.

El avance y desarrollo social se mide hoy por la capacidad de autonomía, autodeterminación, capacidad de toma de decisiones que tenga la ciudadanía. Una sociedad madura es una sociedad activa que se implica en la búsqueda de respuestas, que asume el protagonismo, que sabe marcarse unas metas y unos límites y que es capaz de generar procesos de cambio y desarrollo creando sinergias sociales. El poder de la ciudadanía es un derecho básico que no se debe delegar a nadie, ya sean políticos o técnicos. Por ello, no debemos olvidar todas estas cuestiones a la hora de diseñar el futuro inmediato de lo que queremos sea el porvenir del bienestar, calidad de vida y protección de las personas mayores de Castilla y León.

Como síntesis final queremos remarcar algunas situaciones que ponen de manifiesto las diferencias que aún perduran en cuanto a oportunidades para garantizar a todas las personas mayores un envejecimiento o vejez activa.

Retomando la tesis de que el acceso a servicios, recursos o programas, que con apoyo profesional se vienen impulsando no llegan por igual a todas las personas, habrá que tener muy en cuenta en todas las políticas sobre envejecimiento activo lo referido al medio social y a la condición de género.

El hábitat en sus diferentes elementos: modelo rural-urbano, tamaño o número de habitantes, dispersión o distancia respecto de un centro de referencia, como puede ser un Centro de día, un hogar, un Centro de Acción Social, un Centro de Salud, etc. opera de manera muy diferente en aspectos tan simples como la información, la organización de los recursos o el acceso a esos recursos, a los programas y servicios.

- La información sobre servicios, recursos y programas para alentar la participación y la actividad, así como las oportunidades de estar informados sobre estos recursos, son sensiblemente menores cuando se vive en una zona rural que en un contexto diversificado y plural, como el mundo urbano.
- El modelo de organización de los recursos sigue estando más pensado para la población urbana que para la población rural.
- De igual modo, el acceso a los programas de apoyo es más difícil para las personas que viven en las zonas rurales, en poblaciones muy pequeñas o distanciadas de un centro de servicios.

El “coste añadido” para acceder o beneficiarse de un servicio cuando se opta por el modelo de vida rural, no parece que quede compensado. Entendemos que la mal

denominada práctica de “discriminación positiva” tendría que ser aplicada con las personas mayores que viven en las zonas rurales. El precio que pagan por vivir en una zona rural no parece muy justo viendo las oportunidades que se pierden (oferta) o las dificultades para acceder a los servicios y programas. El precio de la tranquilidad que puede ofrecer el modelo de vida rural podemos, al menos dudar de que quede compensado. Por otra parte, ese modelo puede ser un factor de riesgo cuando las capacidades y la fragilidad por la edad hacen acto de presencia. Es posible que en el futuro deba contemplarse la aplicación de un “plus de peligrosidad en materia de dependencia” si se vive en el medio rural.

Además de este factor residencial hay que tener en cuenta el factor de género; consideramos que es necesario debatir ampliamente, la diferencia en cuanto al tema de la vejez activa y las oportunidades para mantener una presencia activa en condiciones de paridad, y el papel de la mujer mayor, en general, y de la mujer mayor rural, en particular. La doble discriminación es un riesgo real, sobre el que hay que tener preparados instrumentos e indicadores de alta precisión y sensibilidad para ver dónde están las mujeres, qué hacen, cuáles son sus condiciones de vida y cómo se está trabajando para mejorar la calidad de vida de la mujer e incluirla en los programas de vejez activa.

Llama particularmente la atención el hecho de que cuando un hombre se queda solo, está viudo, la respuesta o el apoyo social que se le suele ofrecer para mantenerle en su medio, sea la oferta del servicio de ayuda a domicilio. Parece que se presupone que sus habilidades domésticas están atrofiadas y no es posible o no compensa, invertir en programas de recuperación. Sin embargo, cuando esta situación se da en una mujer, estos apoyos externos casi siempre llegan en esa etapa a la que anteriormente nos referíamos al hablar de prevención terciaria o en la frontera entre el tránsito entre la disminución de la autonomía y la inclusión en situación de dependencia.

Igualmente es un síntoma que reproduce una forma de pensar y una forma de asumir la diferencia de género como un elemento de trato diferenciado, el hecho de que la prestación de muchos de estos servicios, sobre todo el de ayuda a domicilio se encomiende generalmente a mujeres. Cuando en la prestación del servicio haya también paridad de género (y no nos referimos a cuotas), entonces podremos decir que las cosas están cambiando. Estaremos construyendo sociedades más igualitarias.

Es frecuente, sobre todo en algunas zonas rurales, observar quiénes son los usuarios de los hogares o centros de día, qué hacen y cuando acuden al centro. La variable género vuelve a dibujar un panorama elocuente, reflejo de la cultura social. La presencia de la mujer en el centro de día, es inversamente proporcional a la “razón de masculinidad”, de manera que no solo asisten menos mujeres, sino menos tiempo y con menor frecuencia cuanto mayor es la edad. Sin embargo, la presencia del hombre es

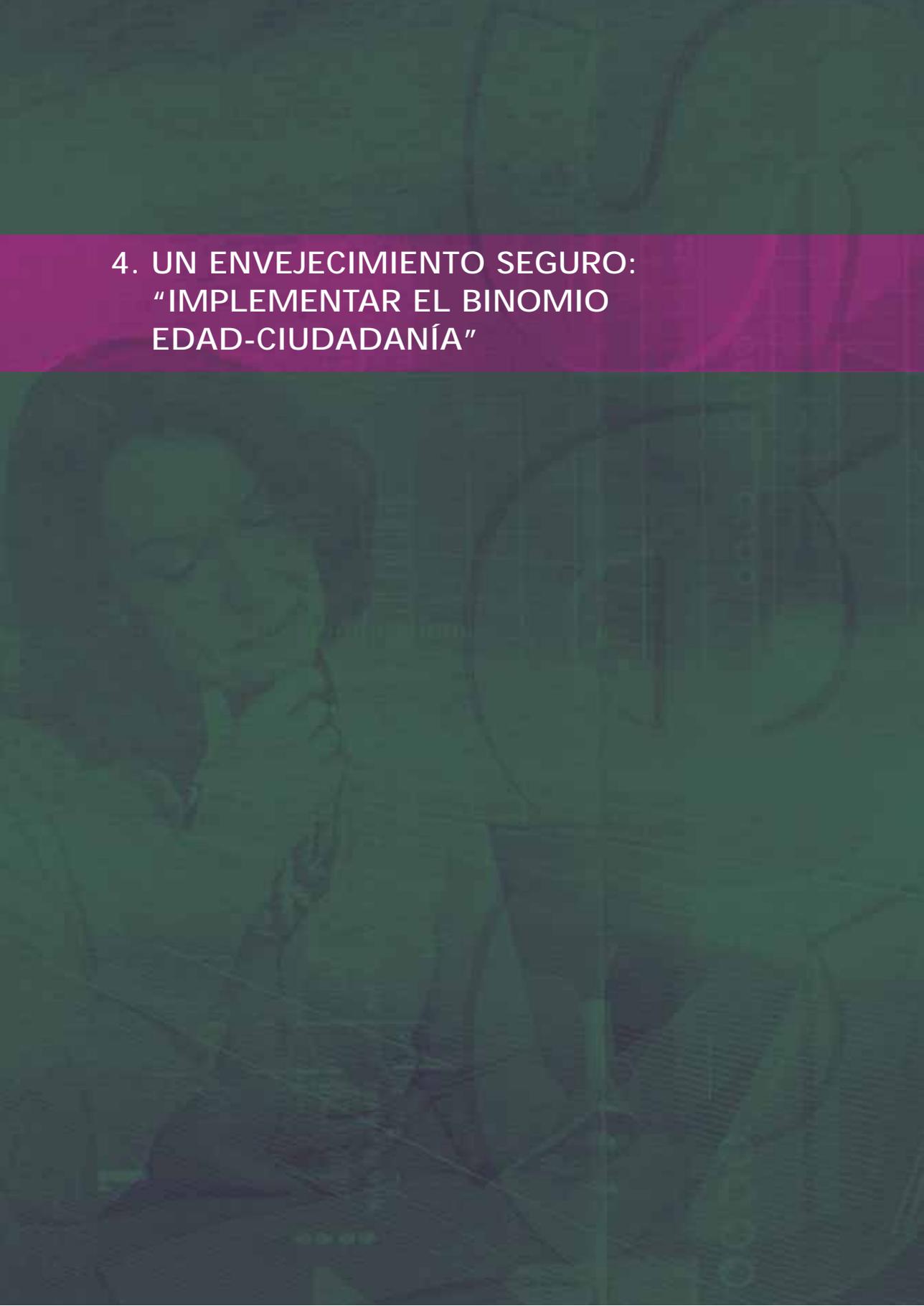
bastante constante, independientemente de la edad, y desde luego el horario es considerablemente diferente. La disponibilidad del hombre para asistir al hogar refleja una conducta distinta.

Desde esta perspectiva las mujeres deben ser objeto de especial atención en la promoción de la vejez activa ya que la presencia y participación de la mujer en los procesos de toma de decisiones sigue siendo escasa, y también en la defensa de sus derechos, ya que las mujeres tienen más carencias que los hombres en muchos aspectos: menores ingresos, más riesgo de discapacidad, mayor nivel de soledad, menor acceso a la educación y la cultura. La paradoja está en que viven más, pero no viven mejor, o no viven con mejor calidad.

Sin embargo hay que tener en cuenta, que en el modelo de sociedad actual y sobre todo en el tema de la dependencia, las mujeres son, en muchas ocasiones, la única fuente de provisión de cuidados en situaciones de enfermedad, discapacidad o dependencia, incluso en edades avanzadas.

Finalmente es preciso expresar que tanto la educación familiar, como la educación formal, los medios de comunicación y las propias personas mayores han de invertir esfuerzos en modificar la estructura mental de la sociedad, para adoptar pautas de comportamiento que lleven a ser más autónomos, interdependientes, tolerantes y cooperantes. Implicarnos en la sociedad y ser agentes activos nos llevará a mantener la ilusión por sentir interés, ya que "Se envejece cuando se pierde el interés y la curiosidad por la sociedad", decía Santiago Ramón y Cajal.

En definitiva, las reflexiones aportadas en los epígrafes anteriores nos ponen de manifiesto cómo realmente existe una creciente preocupación, un creciente despliegue de medios y un creciente apoyo normativo para que los mayores sean parte activa de la sociedad en sus diversas dimensiones. Ahora bien, aun reconociendo los avances, es necesario realizar un continuado esfuerzo de análisis, incluso podríamos decir de "autocrítica", para llevar a cabo un permanente proceso de mejora. Pero, al tiempo que esto se lleva a efecto, es necesario no perder de vista lo imprescindible de incidir en el tercero de los pilares en que hemos apoyado la realización de este informe, "el envejecimiento seguro", pues, despejar las incertidumbres de los mayores es una condición indispensable para animarles a permanecer activos, ocupando el papel que realmente les corresponde en la sociedad.



4. UN ENVEJECIMIENTO SEGURO: “IMPLEMENTAR EL BINOMIO EDAD-CIUDADANÍA”

4. UN ENVEJECIMIENTO SEGURO: “IMPLEMENTAR EL BINOMIO EDAD-CIUDADANÍA”

El presente capítulo tiene como objetivo fundamental centrar la atención en la “tercera pata” del trípode que soporta el envejecimiento activo. Hemos de insistir, como ya hicimos al principio, en la validez de este símil para recalcar que no por tratarlo después de los demás lo consideremos ni más ni menos importante, es igual que los demás, como ocurre en este tipo de soporte, si falla una de las patas es imposible que se mantenga. En este sentido podemos tener un envejecimiento más o menos sano, más o menos participativo, pero si entre nuestros mayores la cruda realidad o, simplemente, el sentimiento predominante es la incertidumbre, la percepción de no sentirse protegidos, el temor de vivir y proyectarse en su entorno, entonces el envejecimiento activo no funcionará por mucho tiempo, porque la salud será percibida como un logro, importante sí, pero parcial, y el grado de participación será bien, menos intenso del deseado y deseable o, si es intenso, estará condenado a ser efímero en virtud de esa sensación de inseguridad.

Ciertamente, el amplio concepto de la “seguridad” aunque, obviamente, es único, puede ser planteado desde múltiples ópticas y desde variadas acepciones, que, obviamente, no pueden ser recogidas en su totalidad dentro del limitado marco de este documento técnico. Por ello, nosotros hemos seleccionado dos que consideramos esenciales de cara a lograr en su plenitud un envejecimiento activo. Por una parte la seguridad económica, entendida como la garantía de obtener unos ingresos mínimos que permitan cubrir de forma mínimamente satisfactoria y digna las necesidades fundamentales. Se tratará de enfatizar hasta qué punto la seguridad económica de nuestros mayores y, por tanto, la seguridad económica de casi la cuarta parte de los ciudadanos castellanos y leoneses depende del un sistema público cuya continuidad resulta absolutamente vital para nuestra Comunidad Autónoma.

Ahora bien, la sensación de seguridad no viene únicamente determinada por la percepción de unos ingresos, sino que existen otra serie de elementos que vienen a garantizar la seguridad personal y del entorno, que, en buen medida está vinculada tanto a la conformación y características del “espacio de vida” del mayor, como a la disponibilidad de una serie de recursos y servicios asistenciales organizados a distintos niveles; una red de recursos y servicios que más allá de su puesta en marcha

y adecuado funcionamiento, debe ser percibida como algo a lo que se puede acceder sin dificultad, toda vez que si ese elenco de posibilidades son percibidas como algo que se encuentra fuera del alcance de la mayor parte de los mayores difícilmente puede generar una sensación de protección y seguridad que permita a “los que nacieron antes” sentirse ciudadanos de pleno derecho y con plenas posibilidades de realización personal.

4.1 La situación económica como elemento importante para un “envejecimiento seguro” de los castellanos y leoneses

En este epígrafe se realiza un análisis centrado en una serie de indicadores referidos al elemento material que contribuye a la seguridad de las personas mayores en Castilla y León, con el objetivo de conocer mejor su situación económica y de contextualizar sus actuales condiciones de vida respecto del conjunto de la población española. En este sentido, es preciso señalar que las personas mayores presentan ciertas características económicas diferenciadas con respecto al resto de la población debido, fundamentalmente, a que a los 65 años se produce un cambio drástico en la relación con el mercado de trabajo que repercute en sus condiciones de vida. Así, al cumplir esa edad (o antes, incluso) la gran mayoría de los trabajadores abandonan la actividad laboral debido al retiro y la jubilación, de modo que, para la gran mayoría, su principal fuente de ingresos pasa a ser las prestaciones del sistema de protección social (las pensiones, cuyo desarrollo normativo se ha tratado en el capítulo segundo) y los posibles recursos patrimoniales. Esta población de mayores no constituye, sin embargo, un colectivo de personas homogéneo con respecto a la situación económica, pudiendo existir diferencias en función del sexo, el estado civil, la relación con la actividad económica, las fuentes de ingresos, etc. que deben ser examinadas.

De acuerdo con ello, a continuación se analizará el nivel de ingresos y de suficiencia de recursos económicos percibida, así como el riesgo de pobreza que presenta el colectivo que forman las personas mayores de la Comunidad Autónoma de Castilla y León según diferentes criterios y en términos comparativos con el caso de España. Posteriormente, se examinarán diversos aspectos básicos del sistema de prestaciones públicas (pensiones contributivas, no contributivas y otras prestaciones), dada su relevancia como fuente de ingresos de las personas mayores y, en consecuencia, como elemento determinante de esa situación económica de la población anciana.

Las principales fuentes de datos para realizar estos análisis han sido, en el primer caso, los datos sobre ingresos extraídos de la “*Encuesta de Condiciones de Vida*,

2006" (ECV) que elabora el INE, complementados, en algunos casos, con datos de la "Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores" (ECVM) y del "Informe 2006. Las personas mayores en España", publicados ambos por el Imserso y referidos al año 2006. Asimismo, para el caso concreto de Castilla y León, se han considerado los resultados de un reciente estudio denominado "Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León. Año 2007", elaborado por la Dirección General de Estadística de la Junta de Castilla y León.

En lo que respecta al apartado dedicado al estudio cuantitativo de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social, los datos proceden de las estadísticas e informes periódicos (Anuario y Boletín de Estadísticas Laborales) que periódicamente viene publicando el Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN) y también las estadísticas que sobre prestaciones de naturaleza no contributiva que elabora el IMSERSO. Estas fuentes estadísticas, así como otros varios documentos manejados en la elaboración de este epígrafe aparecen consignados en la correspondiente relación bibliográfica incluida al final del trabajo.

4.1.1 Análisis del nivel de ingresos, suficiencia económica y riesgo de pobreza de las personas mayores en Castilla y León *

Tal como reza el título de este apartado, respecto a los ingresos de las personas mayores cabe realizar inicialmente tres grupos de consideraciones, por una parte lo que es la cuantificación de los niveles de ingresos, es decir, la cuantía en la percepción de rentas por parte de las personas mayores, para constatar a través de los dos siguientes epígrafes en que medida esa percepción de ingresos genera lo que podríamos llamar una suficiencia económica y en que medida los mayores residentes en nuestra Comunidad Autónoma están sometidos a riesgo de caer en situaciones de pobreza, todo ello ateniéndose a los datos disponibles en las fuentes anteriormente mencionadas.

* Los autores agradecen la colaboración de D.^a Mercedes Prieto Aláiz, profesora del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valladolid, en la disponibilidad y en el análisis de los datos estadísticos de este apartado.

4.1.1.1 NIVEL DE INGRESOS DE LOS MAYORES CASTELLANOS Y LEONESES

La medida considerada en este apartado para estudiar la situación económica de las personas mayores ha sido la renta disponible de la persona por unidad de consumo o renta equivalente¹, a partir de la explotación de la última Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2006) que elabora el INE y cuyos datos para el caso de los ingresos están referidos al año 2005².

Tabla 4.1.1 Renta Equivalente anual media según edad en España y en Castilla y León, 2005 (euros)

Grupos de edad	Castilla y León	España
De 17 a 54 años	12.987,8	13.558,9
De 55 a 59 años	13.189,7	14.446,2
De 60 a 64 años	11.061,2	13.033,1
De 65 y más años	9.078,9	10.415,1
Total	11.863,8	12.934,6

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*.
Elaboración: J.M. Gómez y Y. González

Un primer análisis de los datos comparados de la renta equivalente del total de población en España y en Castilla y León muestra que el valor medio para dicha variable en la región se sitúa por debajo de la media nacional, lo que igualmente ocurre si hacemos referencia únicamente al colectivo de personas de 65 años y más. En cualquiera de los dos territorios se observa que los valores de renta media para dicho grupo de edad están por debajo de los valores medios globales y de los valores para cualquier otro grupo de edad.

¹ La renta equivalente se calcula dividiendo la renta por las unidades de consumo, teniendo asignado cada miembro del hogar un valor para dicha unidad en función de la estructura del hogar y de la existencia de economías de escala que se producen en el hogar al aumentar su número de miembros.

² Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2006) manejados corresponden a las personas mayores de 16 años, habiéndose depurado la encuesta para trabajar con los datos de renta que no incluyen la no respuesta, valores negativos y el 1,2% superior e inferior de las observaciones.

Tabla 4.1.2 Renta Equivalente de la población de 65 y más años según edad por Comunidades Autónomas, 2005 (euros)

	Pob. 65 y + años	% s/Pob. 65+	Pob. Total	% s/Pob. Total
Andalucía	8.996,20	86,4	10.921,80	82,4
Aragón	10.578,00	101,6	13.446,40	78,7
Asturias	12.803,80	122,9	13.447,20	95,2
Baleares	12.784,10	122,7	14.748,30	86,7
Canarias	8.889,30	85,4	10.889,30	81,6
Cantabria	11.780,00	113,1	12.989,50	90,7
Castilla-La Mancha	8.766,40	84,2	11.687,90	75,0
Castilla y León	9.078,90	87,2	11.863,80	76,5
Cataluña	11.796,00	113,3	14.621,50	80,7
C. Valenciana	9.927,80	95,3	12.697,70	78,2
Extremadura	8.764,10	84,1	9.794,80	89,5
Galicia	10.047,40	96,5	11.990,00	83,8
Madrid	11.388,10	109,3	14.977,40	76,0
Murcia	9.330,60	89,6	11.573,40	80,6
Navarra	13.230,60	127,0	16.034,90	82,5
País Vasco	12.097,20	116,2	15.224,30	79,5
Rioja (La)	9.511,60	91,3	12.515,80	76,0
Ceuta	11.502,80	110,4	11.334,40	101,5
Melilla	11.531,40	110,7	15.348,80	75,1
Total	10.415,10	100,0	12.934,60	80,5

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

En Castilla y León, la renta media equivalente para los mayores de 65 años representa el 76,5% de la media de todos los hogares de la Comunidad Autónoma, correspondiendo las rentas medias más altas al grupo de personas de 55 a 59 años (un 11,2% superior a la media) y al de 17 a 54 años (un 9,5% superior). Por su parte, la relativa al grupo de edad de 60 a 64 años supone el 93,2% de la renta media total. Un comportamiento similar se observa en el caso de España, aunque en este contexto las diferencias son algo menores que entre los castellanos y leoneses, pues la renta media de los mayores de 64 años representa el 80,5 de la media de la renta para el total (un 11,7% más para el grupo de 55 a 59 años, un 4,08% para el grupo de 17 a 54 años y equivalente a la media total, un 0,8% superior, para el grupo de 60 a 64 años). Por su parte, es significativo que la renta media disponible equivalente de las personas mayores en Castilla y León sea el 87,2% de la correspondiente media para la población anciana en España.

Una comparación de los valores medios en las distintas Comunidades Autónomas, para el grupo de las personas mayores sitúa a Castilla y León en los últimos lugares, únicamente por encima de tres regiones españolas, concretamente serían (en orden creciente de su renta disponible) las siguientes: Extremadura, Castilla La Mancha y Andalucía.

Tabla 4.1.3 Distribución de la población de 65 y más años por tramos de Renta Equivalente en España y en Castilla y León, 2005

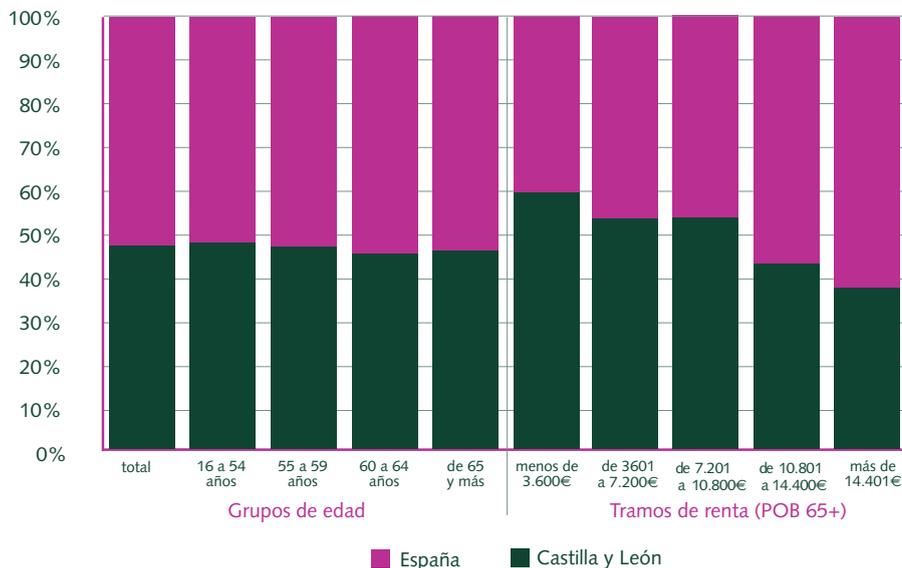
Tramos de renta	Castilla y León		España	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menos de 3.600 €	9.618	3,1	95.063	2,1
De 3.601 a 7.200 €	109.941	35,7	1.376.165	30,7
De 7.201 a 10.800 €	108.367	35,2	1.331.822	29,7
De 10.801 a 14.400 €	46.414	15,1	870.304	19,4
Más de 14.401 €	33.566	10,9	814.420	18,1
Perdidos	307.905	100,0		0,0
Total	4.548.704	100,0	4.487.775	100,0

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Distinguiendo por tramos de renta se aprecia que la población de 65 o más años se sitúa principalmente en los inferiores. Así, en Castilla y León, el 74% del total del grupo tienen una renta que no supera los 10.800 € al año, subsistiendo algo más de la mitad del grupo anterior con unas rentas de hasta 7.200 € al año. En el caso del conjunto nacional, la proporción de mayores de 64 años que no superan los 10.800 € anuales es sensiblemente inferior con algo más del 60%, mientras que los que tienen rentas de hasta 7.200 € son casi un 36%.

A continuación vamos a analizar el comportamiento de diversas variables para el grupo de mayores para acercarnos a la verdadera situación económica de dicho grupo. El hecho de ser varón favorece la tenencia de una mayor renta entre el grupo de mayores, tanto en Castilla y León como en España. En la práctica este hecho no es específico de este grupo pues dicho comportamiento se repite para el resto de grupos de edad. En el caso de nuestra Comunidad los valores medios para los mayores de 64 años son inferiores a los del total nacional para los dos géneros, ascendiendo a 9.115,4 € anuales para los varones y a 9.052,9 para las mujeres. El resto de grupos de población presentan mayores rentas medias anuales.

Gráfico 4.1.1 Renta Equivalente según edad de la persona y según tramos de renta de la población de 65 años y más en España y en Castilla y León, 2005



Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2006. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.4 Renta Equivalente según sexo en España y en Castilla y León, 2005 (euros)

Sexo	Castilla y León		España	
	Población de 65 años y más	Población Total	Población de 65 años y más	Población Total
Varones	9.115,4	12.108,3	10.745,8	13.246,6
Mujeres	9.052,5	11.630,1	10.162,9	12.640,7
Total	9.078,9	11.863,8	10.415,1	12.934,6

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2006. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.5 Renta Equivalente de las personas de 65 años y más según estado civil en España y en Castilla y León, 2005 (euros)

Estado civil de la persona	Castilla y León	España
Soltero	7.365,00	9.965,80
Casado	9.009,70	10.400,90
Separado	12.765,40	10.558,70
Viudo	9.457,80	10.537,70
Divorciado	6.125,00	10.111,90
Total	9.078,90	10.416,20

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

El estado civil no parece constituir una variable diferenciadora del nivel de renta equivalente para el conjunto de personas de 65 años y más en el conjunto español, pues los valores que se obtienen para las distintas categorías de estado civil consideradas se sitúan, todos ellos, muy próximos a la media para el total de la población.

En el ámbito de Castilla y León, en cambio, se observa un mayor grado de dispersión de los valores de renta equivalente de las personas mayores en relación con el estado civil, destacando, en particular, el inferior valor de la renta equivalente en el caso de las personas mayores que se integran en el grupo de los solteros respecto de la media, que es de 7.365 €, frente a los 9.079 € que se registran para el conjunto de la población regional de 65 años y más. Y, asimismo, que dicho indicador de renta supera ampliamente el citado valor promedio cuando se trata del colectivo de personas mayores separadas de la región (12.765 €), un resultado que, en este último caso, que no se corrobora a escala nacional.

El análisis de la situación del hogar de las personas mayores según su relación con la actividad muestra, para Castilla y León, que la mayoría pertenece a hogares en donde todos los miembros del mismo están inactivos (el 70,5%), seguido de los que pertenece a hogares donde todos los miembros activos están ocupados (22,8%). En unas proporciones bastante menores se encuentran aquéllos en los que todos los activos están parados (2,7%) y los de los hogares en los que hay ocupados y parados (2,5%). Sus rentas medias se ven favorecidas, como es de esperar, por la ocupación de los miembros del hogar. Un comportamiento similar se ve para el total nacional, aunque, de nuevo, presenta una mejor situación económica que en el territorio regional.

Tabla 4.1.6 Renta Equivalente según la situación del hogar de la persona en relación con la actividad económica en España y en Castilla y León, 2005 (euros)

Situación del hogar en relación con la actividad	Castilla y León		España	
	Población de 65 años y más	%	Población de 65 años y más	%
Todos inactivos	8.276,1	70,5	9.167,9	66,0
Activos ocupados	11.926,7	22,8	13.424,6	26,3
Ocupados y parados	9.364,4	2,5	11.699,8	2,3
Activos parados	6.593,7	2,7	8.100,5	2,0
No clasificable	7.530,4	1,5	11.820,6	3,4
Total	9.078,9	100,0	10.415,1	100,0

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

A partir de los resultados de la tabla anterior, una variable que nos aporta información interesante es la relativa a la capacidad de hogar de la persona para llegar a fin de mes. En este caso, se observan valores previamente esperados pues las cifras de renta media para los mayores de 64 años son mayores a medida que disminuyen las dificultades para llegar a fin de mes. Lo que se puede destacar es que poco más de la mitad de la población de 65 y más años (51,3%) de Castilla y León señala tener alguna o muchas dificultades para llegar a fin de mes frente a los que indican cierta o mucha facilidad y que la proporción de los que tienen muchas dificultades (un 7,1%) supera a los que tienen muchas facilidades (un 2,3% únicamente). Para España los resultados son también similares, aunque en este caso, los mayores de 64 años que dicen tener muchas dificultades para llegar a fin de mes son el 11,3% del total, mientras que los que tienen muchas facilidades son solamente el 1%.

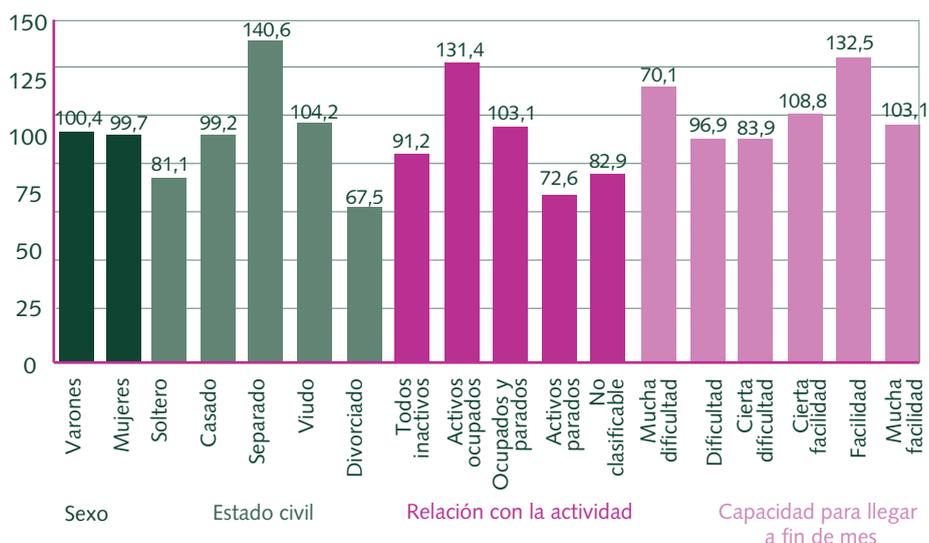
Tabla 4.1.7 Renta Equivalente según la capacidad del hogar de la persona para llegar a fin de mes en España y en Castilla y León, 2005 (euros)

Capacidad para llegar a fin de mes	Castilla y León		España	
	Población de 65 años y más	%	Población de 65 años y más	%
Mucha dificultad	6.365,8	7,1	7.361,4	11,3
Dificultad	8.793,5	16,2	8.381,0	17,7
Cierta dificultad	7.617,7	28,0	9.540,0	31,7
Cierta facilidad	9.879,3	33,9	12.371,7	26,6
Facilidad	12.027,4	12,5	14.028,4	11,7
Mucha facilidad	9.359,6	2,3	14.327,6	1,0
Total	9.078,9	100,0	10.415,1	100,0

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Los resultados del análisis efectuado previamente pueden también presentarse en forma del valor de los índices sobre la renta equivalente media de la población de 65 años y más en Castilla y León, tomando en consideración el sexo del individuo, su estado civil, su relación con la actividad económica y su capacidad para llegar a fin de mes. Estos valores aparecen recogidos de forma comparativa en el siguiente gráfico (gráfico 4.1.2). Como puede apreciarse, aunque las diferencias según el sexo son poco relevantes, no ocurre igual para el resto de variables consideradas. En concreto, las personas mayores separadas y las que están ocupados disponen del nivel de renta equivalente más elevado, que supera en más del 40% y del 30%, respectivamente, el valor promedio para el total de población mayor. Por su parte, aquéllos que manifiestan poder llegar con facilidad a fin de mes disfrutan del nivel de renta más alto (el 32,5% mayor que la renta equivalente media), superior, incluso, al de aquellos otros que manifiestan llegar a fin de mes con mucha facilidad.

Gráfico 4.1.2 Renta Equivalente de la población de 65 años y más según sexo y estado civil, relación con la actividad económica del hogar y capacidad para llegar a fin de mes del hogar en Castilla y León (Renta Equivalente media = 100)



Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2006. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González

4.1.1.2 LA SUFICIENCIA ECONÓMICA

Como complemento a los resultados que se derivan de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2006) del INE, expuestos previamente, a continuación se analizan los correspondientes al estudio denominado "*Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007*" obtenidos a partir de una encuesta realizada a personas de 65 años y más que residen en hogares y en centros residenciales para personas mayores de la Comunidad Autónoma de Castilla y León³; y que son indicativos del grado de suficiencia económica tal y como es percibida por los propios ancianos.

De acuerdo con dicha fuente estadística, el 50% de la población de 65 o más años de la Comunidad con ingresos manifiesta que éstos son inferiores a los 600 € mensuales, observándose claras diferencias según el sexo. Así, el 46,2% de los hombres de 65 o más años de Castilla y León tiene ingresos superiores a 600 € mensuales, mientras que esto solo se constata en el 32,0% de las mujeres. Se constata también que el nivel de ingresos netos mensuales de las personas de 65 o más años de la región disminuye a medida que aumenta la edad. Asimismo, cuanto mayor es la edad es más elevado el porcentaje de personas que declara no saber cual es su nivel de ingresos. Si se considera el lugar de residencia se observa que el 48,7% de los mayores que residen en hogares reciben unos ingresos netos mensuales comprendidos entre los 301 y 600 €, mientras que entre aquéllos que residen en centros para mayores, ese porcentaje se reduce al 43,3%. Más de la cuarta parte (el 25,6%) de los individuos que residen en centros para mayores declaran no saber su nivel de ingresos mensuales.

³ Las unidades estadísticas objeto de la investigación han sido los centros residenciales para personas mayores, así como las personas de 65 o más años que residen en hogares, entendiéndose por hogar a "la persona o conjunto de personas que ocupan en común una vivienda familiar principal, o parte de ella, y consumen y/o comparten alimentos u otros bienes con cargo a un mismo presupuesto". Las personas de 65 o más años residentes en hogares han sido seleccionadas a partir del marco que proporciona el padrón municipal de habitantes a 1 de enero de 2006, últimos datos disponibles en el momento del diseño del estudio. Las personas de 65 o más años residentes en centros residenciales para mayores se han seleccionado a partir del marco de centros residenciales para personas mayores de Castilla y León. El trabajo de campo fue realizado del 22 de octubre de 2007 al 23 de enero de 2008.

Tabla 4.1.8 Nivel de ingresos netos mensuales de las personas mayores de Castilla y León según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes)

	Sexo			Edad						Lugar de residencia	
	Total	Varón	Mujer	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Hogar resid.	Centro resid.
≥ 300 €	0,5	4,0	2,4	1,2	2,8	2,9	1,5	4,0	1,5	2,7	1,6
301 a 600 €	45,5	49,1	47,6	37,4	44,3	46,9	49,5	55,4	55,9	48,7	43,3
601 a 900 €	28,5	22,6	25,2	33,2	30,7	23,1	24,7	20,6	11,5	27,5	16,4
901 a 1.200 €	12,0	6,6	8,9	11,0	10,4	10,1	8,1	4,7	8,1	9,6	6,3
≥ 1.200 €	5,7	2,8	4,1	6,5	4,2	6,2	3,0	0,7	2,3	4,3	3,2
No sabe	4,4	9,9	7,5	3,6	2,8	6,5	9,2	11,3	19,5	2,7	25,6
No contesta	3,4	5,0	4,3	7,1	4,8	4,3	4,0	3,3	1,2	4,5	3,6
Total	100,0	100,0									

Nota: Sólo para las personas mayores que tienen ingresos.

Fuente: Junta de Castilla y León, *Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Por su parte, el 48,2% de los residentes de Castilla y León de 65 años y más que tienen ingresos encuentran mucha o bastante dificultad para poder ahorrar y el 15,4% no puede ahorrar. Si se toma en consideración la variable sexo, las diferencias entre hombres y mujeres mayores en cuanto al grado de dificultad para ahorrar no son muy notorias, si bien el porcentaje de mujeres que declara no poder ahorrar es algo más elevado que el de varones (16,3% y 14,2%, respectivamente). En lo que se refiere a la diferencias según la edad, las personas mayores de 70 a 74 años son las que manifiestan en mayor medida tener mucha o bastante dificultad para ahorrar (52,3%), siendo los grupos con edades más avanzadas, de 85 a 89 años y más de 90 años, los que en mayor porcentaje declaran no poder hacerlo (el 21,1% y el 27,6% respectivamente). Los resultados de la citada encuesta constatan, asimismo, que las personas mayores que viven en centros residenciales manifiestan en mucha mayor medida no poder ahorrar (el 38,3%), frente aquellos otros que residen en hogares (el 9,4%).

Tabla 4.1.9 Grado de dificultad de las personas mayores de Castilla y León para ahorrar según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes)

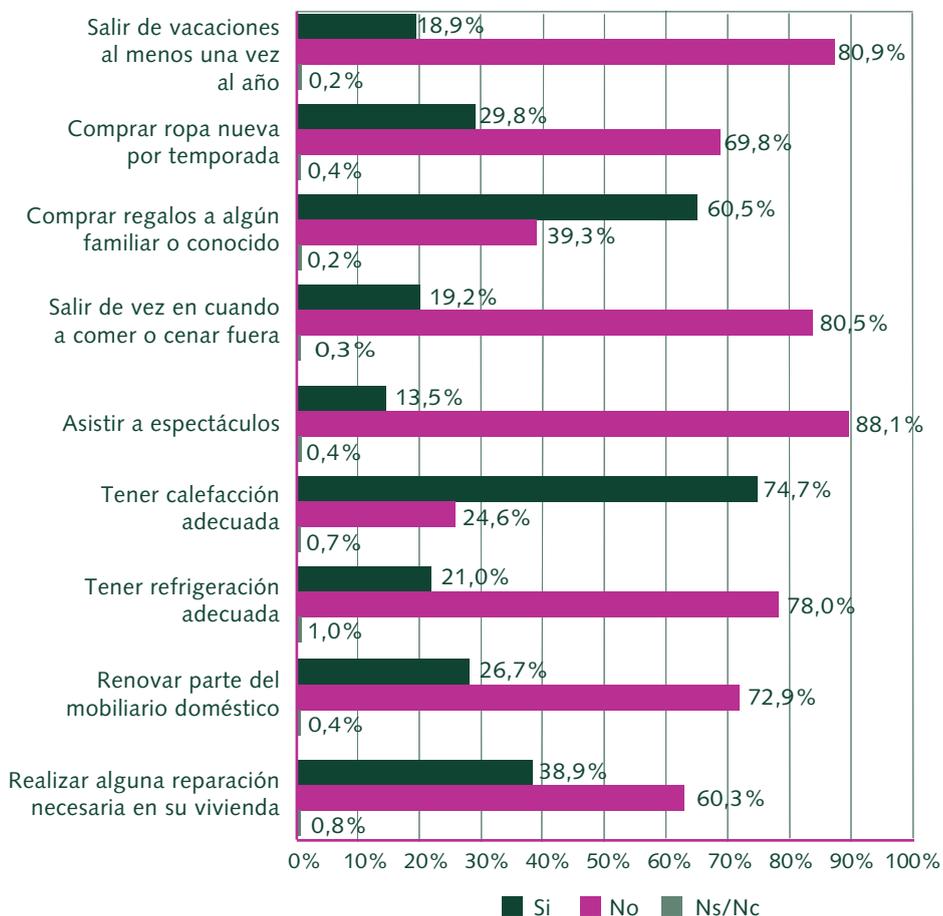
Dificultad para ahorrar	Sexo			Edad						Lugar de residencia	
	Total	Varón	Mujer	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Hogar resid.	Centro resid.
Mucha	13,9	11,4	16,0	14,3	15,4	13,4	12,9	15,4	10,9	14,5	12,0
Bastante	34,3	36,2	32,7	35,4	36,9	33,4	35,4	30,4	30,0	39,3	14,6
Poca	23,7	26,1	21,8	24,1	25,6	26,9	22,3	20,3	17,1	26,4	13,6
Ninguna	9,2	9,6	8,9	11,5	9,4	9,9	9,1	6,9	7,1	8,1	13,3
No puede	15,4	14,2	16,3	12,7	10,9	13,2	16,5	21,1	27,6	9,4	38,3
Ns/Nc	3,5	2,5	4,3	2,0	1,8	3,2	3,8	5,9	7,3	2,3	8,2
Total	100,0	100,0									

Nota: Sólo para las personas mayores que tienen ingresos.

Fuente: Junta de Castilla y León, *Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

En cuanto a las posibilidades de gasto de las personas mayores de Castilla y León, los resultados del estudio realizado mediante encuesta en 2007 pone de manifiesto que si bien más de la mitad de ellos declara poder permitirse tener calefacción adecuada y comprar regalos a familiares o conocidos (el 74,7% y el 60,5%), son mayoría los que señalan que no lo pueden hacer con otro tipo de gastos. Concretamente, sólo el 38,9% de la población de 65 o más años de la región manifiesta poder permitirse realizar una reparación necesaria en su vivienda, el 29,8% comprar ropa nueva por temporada, el 26,7% renovar parte del mobiliario o equipamiento doméstico, el 21% tener refrigeración adecuada, el 19,2% salir de vez en cuando a comer o cenar fuera, el 18,9% salir de vacaciones al menos una vez al año y el 13,5% asistir a espectáculos.

Gráfico 4.1.3 Gastos que pueden permitirse las personas mayores en Castilla y León, 2007 (porcentajes)



Fuente: Junta de Castilla y León, *Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007*.

Distinguiendo según el sexo, los resultados del citado estudio estadístico indican que, en general, los varones de 65 años y más de Castilla y León manifiestan poder permitirse realizar todos los tipos de gasto considerados en el análisis en mayor medida que las mujeres. Por su parte, cuanto menor es la edad del grupo al que pertenece el individuo más alto es el porcentaje de personas mayores que manifiestan poder permitirse cada uno de los gastos objeto del estudio.

Por lo que se refiere a las posibles diferencias en función del lugar de residencia de las personas mayores, las que viven en hogares declaran, en general, poder permitirse

todos los tipos de gastos en mayor medida que los que se encuentran en centros residenciales. Destacan, en este sentido, las diferencias en cuanto a poder permitirse tener calefacción adecuada (90,1% frente 15,1%), comprar regalos (67,2% frente a 35,1%), salir de vacaciones al menos una vez al año (23,0% frente a 3,5%) y asistir a espectáculos (16,1% frente a 3,4%). Los que viven en centros residenciales, en cambio, declaran que pueden permitirse gastos en mayor medida que los que viven en hogares únicamente a la hora de comprar ropa nueva por temporada (35,4% frente a 28,4%).

Tabla 4.1.10 Gastos que se pueden permitir las personas mayores de Castilla y León según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes)

Tipo de gastos	Sexo			Edad						Lugar de residencia	
	Total	Varón	Mujer	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90+	Hogar	Centro resid.
Salir de vacaciones al menos una vez al año	18,9	20,7	17,5	33,1	28,1	19,7	13,8	7,1	2,6	23,0	3,5
Comprar ropa nueva por temporada	29,8	31,7	28,4	35,8	31,9	31,8	26,1	27,7	23,0	28,4	35,4
Comprar regalos a familiar o conocido	60,5	65,6	56,6	76,2	69,0	67,1	54,1	44,6	35,0	67,2	35,1
Salir de vez en cuando a comer o cenar	19,2	22,1	16,8	29,9	24,3	21,5	14,5	10,9	8,0	19,6	17,7
Asistir a espectáculos	13,5	14,8	12,5	22,9	20,1	15,1	7,9	6,1	3,6	16,1	3,4
Tener calefacción adecuada	74,7	77,4	72,4	83,1	87,7	79,0	70,1	59,1	47,6	90,1	15,1
Tener refrigeración adecuada	21,0	19,7	22,1	21,8	27,7	20,1	17,7	18,8	16,1	23,5	11,4
Renovar mobiliario o equipamiento	26,7	28,5	25,3	33,9	31,0	32,8	24,3	15,9	7,8	32,6	4,3
Realizar reparación necesaria en vivienda	38,9	44,2	34,7	45,7	49,1	44,4	33,4	25,5	18,8	48,0	3,9

Nota: Sólo para las personas mayores que tienen ingresos.

Fuente: Junta de Castilla y León, *Situación Económica y Social de las Personas Mayores en Castilla y León, 2007*.

Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

4.1.1.3 EL RIESGO DE POBREZA

El análisis del fenómeno de la pobreza supone un ámbito de estudio muy amplio, que abarca un gran número de factores y mecanismos que tienen que ver con la desigualdad en la situación económica de las personas u hogares, con su falta de recursos y, en última instancia, con los diversos procesos que desembocan en la exclusión social⁴. En la mayor parte de las investigaciones, la pobreza se entiende no como un concepto universal o absoluto, sino relativo; es decir, vinculado al nivel de ingresos de las personas o los hogares dentro de un ámbito territorial determinado y en el momento temporal en que se realiza el análisis, por lo que se precisa establecer un umbral o nivel específico de renta en referencia al cual las personas u hogares pueden ser considerados como pobres. En este sentido, un indicador convencionalmente utilizado es la denominada “tasa de riesgo de pobreza”, que se define como el porcentaje de personas que viven en hogares en los que la renta disponible equivalente es igual o inferior al 60% de la renta mediana equivalente del país o territorio en el que residen.

La fuente de datos manejada en este apartado procede de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2006. Concretamente, con los datos relativos a las personas de 16 años y más, estando los resultados referidos a dicha población. La variable monetaria utilizada para estudiar la situación de la pobreza ha sido la “renta equivalente”, siendo su valor mediano para el caso español de 11.787 € anuales. La Comunidad Autónoma de Castilla y León presenta una renta mediana de 10.604 € en igual período, siendo el 11,1% inferior al valor correspondiente para el conjunto nacional. De acuerdo con ello, la tasa de riesgo de pobreza para España situaría el umbral de pobreza en una renta disponible equivalente de 7.072,18 € anuales, siendo éste el nivel de renta de referencia considerado en el análisis que se efectúa a continuación:

Tabla 4.1.11 Tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad, 2005 (porcentajes)

	De 17 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 y más años	Todas las edades
Castilla y León	15,7	15,7	20,5	37,0	21,6
España	16,3	13,5	19,3	31,7	19,5

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2006. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

⁴ Este concepto recoge, además de aspectos de desigualdad económica, otros relacionados con la precariedad laboral, los déficits de formación, la carencia de una vivienda digna o de acceso a la misma, las frágiles condiciones de salud, la ausencia de relaciones sociales y familiares, etc. que condicionan la vida y oportunidades de las personas en la sociedad.

Al comparar los datos correspondientes al caso de la Comunidad Autónoma de Castilla y León y los referidos a España se pone de manifiesto que la tasa de riesgo de pobreza es más alta entre la población regional que para el conjunto nacional (el 21,6%, frente al 19,5%, respectivamente). Atendiendo a la edad de los individuos, podemos observar que las tasas de riesgo de pobreza más elevadas se encuentran en el grupo de edad que integra a las personas mayores (65 años y más), que superan la media correspondiente al total de la población tanto en España como en Castilla y León. No obstante lo anterior, las diferencias entre los ámbitos regional y nacional en la tasa de riesgo de pobreza se acentúan para el caso concreto de las personas de 65 y más años, ya que dicha tasa es del 37% en Castilla y León, frente al 31,7% de la correspondiente para España. Este resultado pone de relieve el mayor grado de precariedad económica de la población anciana de Castilla y León, pues más de un tercio de las personas mayores tienen un nivel de renta que no alcanza el umbral de pobreza.

Tabla 4.1.12 Tasa de riesgo de pobreza según sexo, 2005 (porcentajes)

	Varones	Mujeres	Total
Castilla y León	19,9	23,2	21,6
España	17,9	20,9	19,5

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*.

Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Si se toma en consideración el sexo del individuo, el análisis de la situación de pobreza pone de relieve notables diferencias entre la población masculina y la femenina. Así, las tasas de riesgo de pobreza son bastante más elevadas entre las mujeres que entre los varones, tanto en España como en Castilla y León. No obstante, los resultados obtenidos a partir de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2006 son mucho menos favorables para la población que reside en la citada Comunidad Autónoma. Así, la proporción de mujeres castellanas y leonesas con una renta disponible equivalente situada por debajo del nivel que define el umbral de pobreza anteriormente señalado es del 23,9%, siendo del 19,9% entre la población masculina de la región. En ese año, las correspondientes proporciones a escala nacional eran del 20,9% y del 17,9% para las mujeres y para los varones, respectivamente.

Pero, a pesar del resultado anteriormente señalado para el conjunto de la población femenina, cuando en el análisis se considera conjuntamente la edad y sexo del individuo se puede apreciar que, en Castilla y León, las tasas de riesgo de pobreza de las mujeres son menores que las de los varones para el grupo de edad que engloba a la población de 60 a 64 años (el 15,2% frente al 24,7%, respectivamente), siendo

dichas tasas prácticamente iguales para el que integra a las personas de 65 años y más. Lo contrario ocurre para los restantes grupos de edad. Esta situación puede ser reflejo de la precariedad de rentas asociada a las situaciones de desempleo de larga duración y a la jubilación anticipada que puede estar afectando a los trabajadores varones de más edad de Castilla y León. En España, las tasas de riesgo de pobreza de las mujeres superan siempre a las de los varones en todos los grupos de edad considerados.

Tabla 4.1.13 Tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad y sexo, 2005 (porcentajes)

	De 17 a 54 años	De 55 a 59 años	De 60 a 64 años	De 65 y más años	Todas las edades
Varones					
Castilla y León	14,4	9,7	24,7	37,0	19,9
España	15,8	9,7	18,3	28,8	17,9
Mujeres					
Castilla y León	17,1	21,9	15,2	36,9	23,2
España	16,8	17,1	20,2	33,8	20,9

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Cabe destacar, por otra parte, que el colectivo formado por los varones de 55 a 59 años es el que presenta la menor tasa de riesgo de pobreza, con unas proporciones que no alcanzan el 10% de la población masculina en España y en Castilla y León. Este resultado se relaciona con el hecho de que, en gran medida, dicho colectivo aún se encuentra participando activamente en el mercado laboral, lo que le permite disponer de un nivel medio de renta equivalente más alto que el que se obtiene para otros grupos de edad más jóvenes y, consecuentemente, reduce de modo importante las proporciones de aquéllos que no llegan a superar el umbral de pobreza.

Precisamente, el análisis de las tasas de riesgo de pobreza considerando la relación del individuo con la actividad económica pone de manifiesto que, como era de esperar, dichas tasas son mucho más elevadas entre los que no trabajan que entre aquéllos que están ocupados laboralmente (el 28,6% y el 13,4% en Castilla y León, respectivamente). Dentro del primer grupo, el colectivo de personas que presenta un mayor riesgo de pobreza es el de los parados, con una tasa situada en torno al 29%. No obstante, entre esta población de desempleados existen también diferencias según el sexo del individuo en cuanto al riesgo de encontrarse en situación de pobreza, pues, en términos globales, son las mujeres las más desfavorecidas (con un 29,9% de ellas en situación de pobreza frente al 26,2% de los hombres que no

trabajan). Destaca también que la peor situación económica entre los varones no trabajadores se concentra en el grupo de los jubilados y los parados; mientras que en el caso de las mujeres no trabajadoras, la peor situación corresponde a las paradas y a las inactivas por circunstancias distintas de la jubilación. Adicionalmente, la tasa de riesgo de pobreza entre las mujeres de Castilla y León que están en paro es casi 11 puntos porcentuales más elevada que la que se registra entre los varones desempleados (el 32,2% y el 21,4% respectivamente).

Los resultados también indican que dentro del colectivo que forman las personas jubiladas en Castilla y León, el 28,4% dispone de un nivel de renta equivalente inferior al que delimita el umbral de pobreza. En este caso, la proporción de varones jubilados (31,2%) es mucho mayor que el que se registra entre las mujeres jubiladas (19,4%).

En lo que respecta a España, la proporción de personas que no trabaja y que se encuentra en riesgo de pobreza es ligeramente inferior a la de Castilla y León (el 28,3%), aunque superior igualmente al que presentan los ocupados. De la misma manera, entre los no trabajadores, los peor situados varones se encuentran entre los parados y jubilados siendo las mujeres peor situadas las que se encuentran entre las paradas y las inactivas por otras circunstancias. El colectivo de parados es también el que muestra la mayor proporción (el 29,6%), si bien, en el contexto nacional, los varones desempleados presentan una tasa más elevada (el 32,6%) que las mujeres (el 27,1%). Entre los jubilados, al igual que ocurría en Castilla y León, la proporción de varones en riesgo de pobreza supera a la de mujeres, aunque las diferencias son menos acusadas que en el ámbito de la región.

Tabla 4.1.14 Tasa de riesgo de pobreza según actividad económica y sexo, 2005 (porcentajes)

Actividad económica	Castilla y León			España		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Trabaja	15,5	9,8	13,4	12,4	8,9	11,0
No trabaja	26,2	29,9	28,6	27,1	28,9	28,3
• Parado	21,4	32,2	29,0	32,6	27,1	29,6
• Jubilado	31,2	19,4	28,4	27,4	24,5	26,4
• Otra situación	14,6	31,3	28,6	23,5	30,4	29,0

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.15 Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según sexo, 2005 (porcentajes)

	Varones	Mujeres	Total
Castilla y León	37,0	36,9	37,0
España	28,8	33,8	31,7

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*.

Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Si el análisis se circunscribe a la población de 65 años y más se puede observar, como ya se ponía de manifiesto en los resultados referidos a la tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad y sexo (tabla 4.1.13), unas altas proporciones de personas mayores en riesgo de pobreza, tanto en España (el 31,7%) como en mayor medida también en Castilla y León (el 37%). El análisis diferenciado según el sexo de este grupo de población no refleja unas desviaciones significativas para dichas tasas en el caso de Castilla y León. No ocurre lo mismo en el contexto nacional, en donde las mujeres de 65 años y más registran unas tasas de riesgo de pobreza más altas que las de los varones (el 33,8% frente al 28,8% respectivamente).

Tabla 4.1.16 Tasa de riesgo de pobreza entre las personas mayores inactivas, 2005 (porcentajes)

	No trabaja	Jubilado	Otra situación
Castilla y León	36,9	32,4	42,8
España	32,2	28,0	40,2

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*.

Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

De acuerdo con los datos de la *Encuesta de Condiciones de Vida* de 2006, el 36,9% de personas mayores inactivas de Castilla y León se encuentra en riesgo de pobreza, frente una media nacional del 32,2% para ese mismo colectivo de ancianos. Y, asimismo, que casi un tercio (el 32,4%) de los jubilados de la región no alcanzan el nivel de renta que determina el umbral de pobreza. Una proporción que asciende hasta el 42,8% entre aquéllos que no reciben la prestación de jubilación, fundamentalmente mujeres. Esta situación se corrobora también a escala nacional, si bien con una menor intensidad, pues el porcentaje de los mayores de 64 años de España que se encuentran en riesgo de pobreza es del 28% para los jubilados y del 40,2% para el resto de inactivos.

Por lo que concierne al estado civil de las personas mayores, los datos indican que, tanto en Castilla y León como en el conjunto de España, la mayor tasa de riesgo de pobreza correspondería al colectivo formado por las personas mayores que no se han casado nunca, con el 46,7% entre los solteros de Castilla y León y el 41,8% del

total de solteros en España. A continuación, se sitúa el grupo formado por aquéllas que se encuentran en situación de viudedad, con el 36,5% y el 33,4% de los viudos de 65 años y más dentro de cada uno de esos ámbitos territoriales, respectivamente.

Tabla 4.1.17 Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según estado civil, 2005 (porcentajes)

Estado civil	Castilla y León	España
Soltero	46,7	41,8
Casado	36,5	30,0
Separado	-	30,0
Viudo	36,5	33,4
Divorciado	-	26,4

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*.
Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Si analizamos la composición de los hogares de las personas mayores se observa que la proporción de personas de 65 años y más de Castilla y León que viven solos es del 20,5%, siendo dicha proporción del 18% en España. Este tipo de hogares unipersonales es el que, de acuerdo con los datos de la *Encuesta de Condiciones de Vida*, presenta mayor riesgo de pobreza: el 57,1% en Castilla y León, frente al 52,4% en España.

Tabla 4.1.18 Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según número de miembros del hogar y sexo, 2005 (porcentajes)

	Número de miembros					Total
	1	2	3	4	5	
Castilla y León	57,1	34,0	28,2	21,5	36,7	37,0
España	52,4	32,2	15,9	26,8	20,3	31,7

Nota: No se recogen los datos referidos a personas mayores pertenecientes a hogares con más de 5 miembros dada la baja frecuencia de los mismos en el conjunto de la población de 65 años y más.

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Las diferencias encontradas sobre la pobreza de las personas mayores que viven solas en Castilla y León frente a España pueden también deberse a la existencia de algunos aspectos diferenciales entre ambos territorios. Así, de acuerdo con la citada fuente estadística, del total de hogares de personas mayores que viven solas en Castilla y León, el 16,3% está formado por un varón y el 83,7% restante está compuesto por una mujer (el 22,6% y el 77,4% en España, respectivamente). La renta equivalente media para cada uno de estos grupos es de 6.719 €, en los varones, y de 7.651 €, en las mujeres. De acuerdo con ello, la renta equivalente media del

grupo de varones de 65 años y más que viven solos en Castilla y León no alcanzaría el nivel que constituye el umbral de pobreza, lo que explicaría los mayores porcentajes de hogares de este tipo que se encuentran en riesgo de pobreza en Castilla y León en comparación con el caso español.

Por su parte, en el 95,6% del total de los hogares formados únicamente por un varón de 65 años y más en Castilla y León, éste es jubilado y en el 4,4% restante aún trabaja. En el caso de los hogares de personas mayores formados por una sola mujer, algo más de la mitad (el 59,8%) declara estar en situación de inactividad, el 39,5% son jubiladas y únicamente el 0,7% son aún trabajadoras. A escala nacional, la mayor parte de los hogares constituidos por una persona mayor corresponde al grupo de jubilados, con independencia de si se trata de un varón o una mujer. No obstante, mientras que esta situación se corrobora en una proporción muy alta entre los varones (el 91,1%), se encuentra mucho más repartida con otras situaciones de inactividad en caso de las mujeres (el 52,3%).

Tabla 4.1.19 Distribución de las personas mayores que viven solas según actividad económica y sexo, 2005 (porcentajes)

Actividad económica	Castilla y León			España		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Trabaja	4,4	0,7	1,3	7,9	1,1	2,6
No trabaja	95,6	99,3	98,7	92,1	98,9	97,4
• Jubilado	95,6	39,5	48,6	91,1	52,3	61,0
• Otra situación	0,0	59,8	50,1	0,5	46,5	36,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida 2006. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

En lo que se refiere a la distribución según el estado civil de los hogares de personas mayores que viven solas, en Castilla y León predominan claramente los formados por viudos y viudas (el 79,5% de los hogares unipersonales en los que la persona mayor es un varón y el 89,1% si se trata de una mujer), seguidos de aquellos formados por personas que han permanecido solteras (el 20,5% entre los varones y el 10,2% entre las mujeres). En lo que respecta al conjunto nacional, se mantiene la anterior pauta en la distribución de los hogares de personas mayores que viven solas en función del estado civil, con una marcada preponderancia de las situaciones de viudedad (el 78,5%) seguidas a distancia por las de soltería (el 15,3%). No obstante, se constata en España la presencia relativa de otros tipos de estados civiles en este tipo de hogares en mayor medida que ocurre dentro del contexto de Castilla y León.

Tabla 4.1.20 Distribución de las personas mayores que viven solas según estado civil en España y en Castilla y León, 2005 (porcentajes)

Estado civil	Castilla y León			España		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Soltero	20,5	10,2	11,9	20,7	13,8	15,3
Casado	0,0	0,0	0,0	2,3	0,2	0,7
Separado	0,0	0,0	0,0	2,2	2,1	2,1
Viudo	79,5	89,1	87,5	64,1	82,7	78,5
Divorciado	0,0	0,7	0,6	10,8	1,2	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INE. *Encuesta de Condiciones de Vida 2006*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Las consideraciones anteriores nos han permitido aproximarnos a la realidad económica de los mayores castellanos y leoneses, como elemento básico y primordial para la conformación de un entorno seguro, fundamentado en la obtención de unas rentas que otorguen la “seguridad” de poder hacer frente al coste de algunos bienes y servicios elementales para un mínimo bienestar. No obstante, la consecución de ese “primer escalón de seguridad” se topa con la existencia de importantes debilidades, pues, al menos en proporciones significativas de hogares de mayores, los niveles de renta pueden ser calificados de insuficientes. Pese a lo cual, y dada la importancia cuantitativa del colectivo de mayores (véase capítulo 1), el sistema público de pensiones se revela como absolutamente vital para la cohesión económica y social en el territorio nacional y, en particular en nuestra Comunidad, por lo que consideramos conveniente detenernos un poco en el estudio de esas fuentes de ingresos.

4.1.2 Análisis de las fuentes de ingresos de la población anciana de Castilla y León: las pensiones y otras prestaciones públicas

En este apartado se presentan algunos datos básicos del sistema de pensiones de la Seguridad Social referidos a España y a la Comunidad Autónoma de Castilla y León, dada la importancia que tienen actualmente estas transferencias públicas como la principal fuente de ingresos de las personas mayores. El análisis distingue entre las pensiones que tienen carácter contributivo y las que tienen naturaleza no contributiva, por cuanto son indicativas de dos colectivos diferentes de población mayor: las personas que han tenido una vida laboralmente activa, por un lado, y aquéllas que desde que cumplieron los 16 años apenas o nunca han participado en el mercado de trabajo, por el otro.

Asimismo, dentro de las pensiones contributivas, se prestará especial atención a las de jubilación y de viudedad. Las primeras, debido a que son las prestaciones que perciben fundamentalmente las personas que, habiendo cotizado a la Seguridad Social por tiempo suficiente, se retiran del mercado laboral; y las segundas, porque constituyen la principal y en muchas ocasiones la única fuente de ingresos para un elevado número de personas mayores que no puedan acceder a las pensiones contributivas⁵. Por su parte, en el caso de las pensiones no contributivas, la atención se centrará en las de jubilación, que son las que perciben las personas de 65 años y más.

Las principales fuentes de datos para realizar este análisis han sido las estadísticas e informes periódicos (Anuario y Boletín de Estadísticas Laborales) que publica el actual Ministerio de Trabajo e Inmigración (MTIN) para el caso de las pensiones contributivas; y las estadísticas que elabora el IMSERSO, para el de las pensiones no contributivas. Y, asimismo, de otros documentos que aparecen recogidos en la bibliografía.

4.1.2.1 PENSIONES CONTRIBUTIVAS

En 2007, se computaron en Castilla y León 576.200 pensiones contributivas de la Seguridad Social en vigor. Esta cifra representa aproximadamente el 7% del total para España en ese año y supone un ligero incremento (el 0,4%) sobre el año anterior (tabla 4.2.1). Si se consideran las diferentes clases de pensión en Castilla y León, se aprecia un fuerte predominio de las de jubilación (356.800 pensiones) y las de viudedad (155.800 pensiones), lo que también se corrobora en los datos referidos a España. No obstante, en Castilla y León el peso relativo de las pensiones de jubilación (61,9%) supera claramente el promedio nacional (58,8%), mientras que la proporción es muy similar en el caso de las de viudedad (27%).

En lo que respecta a la evolución temporal en el número de pensiones, éste ha crecido sostenidamente en Castilla y León a lo largo de la última década para ambas clases de pensiones, aunque lo ha hecho a mucho mayor ritmo entre las de viudedad. Esta evolución también se observa en el contexto del conjunto de España, si bien en este caso la diferencia entre el ritmo de crecimiento de las pensiones de

⁵ Las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez son prestaciones dirigidas a personas que, reuniendo los requisitos de edad, residencia, ingresos y, en su caso, incapacidad, no puedan acceder a las pensiones contributivas por no haber cotizado a la Seguridad Social o haberlo hecho por tiempo insuficiente. Estas pensiones se establecieron en la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de Pensiones no Contributivas. Actualmente están reguladas por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y por la Ley 8/2005, de 6 de junio, que estable una revisión anual de las mismas (véase capítulo 2).

jubilación y las de viudedad es menos acusada que en el ámbito regional. Este comportamiento muestra una clara relación con el intenso proceso de envejecimiento demográfico que viene experimentando la población de Castilla y León en las últimas décadas y que se manifiesta de forma más evidente en el hecho de que el grupo de mayor edad entre las personas mayores (aquellos de 80 años y más) es cada vez más numeroso entre la población de 65 y más años de la región (el 31,6% en 2007), un “envejecimiento del envejecimiento” del que ya se ha hablado en el capítulo primero, por lo que no es necesario insistir más en él.

Tabla 4.1.21 Pensiones contributivas en Castilla y León y en España, 1997-2007 (miles)

	Total	Incapacidad	Jubilación	Viudedad	Orfandad y favor familiar
Castilla y León					
1997	549,6	110,2	282,2	139,0	18,2
1998	555,1	46,7	348,0	141,3	19,2
1999	558,6	45,0	349,9	143,4	20,3
2000	561,6	43,9	351,2	145,3	21,2
2001	563,6	42,7	352,9	147,0	21,0
2002	565,1	41,9	353,3	148,4	21,5
2003	565,5	41,8	352,1	150,0	21,5
2004	565,0	42,1	350,3	151,5	21,2
2005	566,9	42,3	350,8	152,8	20,9
2006	573,6	42,6	355,7	154,5	20,8
2007	576,2	43,0	356,8	155,8	20,6
% var. 07-06	0,4	0,9	0,3	0,8	-0,9
España					
1997	7.279,3	1.626,6	3.502,5	1.897,5	252,6
1998	7.410,7	804,6	4.400,9	1.936,7	268,6
1999	7.509,3	798,0	4.450,3	1.973,3	287,8
2000	7.598,9	792,6	4.493,4	2.009,6	303,3
2001	7.677,9	788,6	4.545,6	2.042,4	301,3
2002	7.745,8	787,4	4.575,3	2.073,3	309,8
2003	7.819,5	796,7	4.603,4	2.106,2	313,1
2004	7.878,6	815,1	4.619,6	2.136,4	307,6
2005	7.979,7	832,8	4.678,3	2.165,9	302,8
2006	8.165,3	859,8	4.809,3	2.196,9	299,3
2007	8.273,9	888,8	4.863,2	2.225,5	296,4
% var. 07-06	1,3	3,4	1,1	1,3	-1,0

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

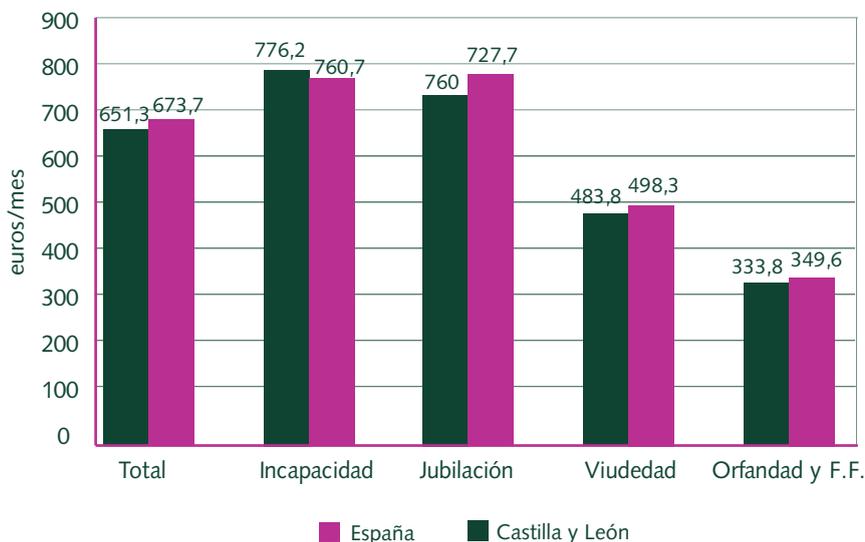
Tabla 4.1.22 Importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León y en España, 1997-2007 (euros/mes)

	Total	Incapacidad	Jubilación	Viudedad	Orfandad y favor familiar
Castilla y León					
1997	404,3	449,1	457,6	287,9	195,4
1998	418,1	502,7	468,0	296,7	200,9
1999	431,4	526,2	483,8	305,7	205,2
2000	452,9	556,5	508,2	322,4	216,0
2001	477,7	593,9	536,1	339,2	228,7
2002	498,2	623,8	558,4	356,9	238,9
2003	526,4	660,5	588,3	382,8	254,0
2004	554,2	689,9	615,2	414,9	273,1
2005	587,3	724,5	652,8	438,6	295,8
2006	620,1	754,7	690,6	461,5	316,4
2007	651,3	776,2	727,7	483,8	333,8
% var. 07-06	5,0	2,8	5,4	4,8	5,5
España					
1997	417,5	444,3	487,2	296,5	198,2
1998	432,3	487,5	492,6	305,7	204,6
1999	446,4	508,8	509,8	314,8	211,0
2000	468,4	536,4	535,3	331,5	222,3
2001	494,5	571,2	565,0	348,8	236,4
2002	516,0	599,5	588,4	367,6	248,5
2003	546,0	634,8	620,1	395,8	266,1
2004	576,6	665,1	648,9	432,1	287,9
2005	609,8	700,0	686,6	455,3	308,9
2006	641,9	731,6	722,7	476,7	330,2
2007	673,7	760,7	760,0	498,3	349,6
% var. 07-06	5,0	4,0	5,2	4,5	5,9

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

El importe medio del total de pensiones contributivas de Castilla y León era de 651,3 € mensuales en 2007, frente a los 673,7 € de media para España en ese año, con un crecimiento del 0,5% respecto del año anterior⁶ (tabla 4.1.22). Pero estos valores varían notablemente según la clase de pensión. En el caso de las de jubilación, el importe medio era de 727,7 € en Castilla y León, alcanzando entre las de viudedad un montante equivalente a dos tercios de las anteriores (483,8 €). Este dato es relevante por cuanto de la cuantía de estas pensiones de viudedad dependen casi exclusivamente los ingresos de muchas personas mayores de la región, básicamente mujeres. Ambos importes medios son, además, inferiores a los que se registran en España (760 € y 498,3 € respectivamente) en ese mismo ejercicio (gráfico 4.1.4).

Gráfico 4.1.4 Importe medio de las pensiones contributivas por tipo en Castilla y León y en España, 2007

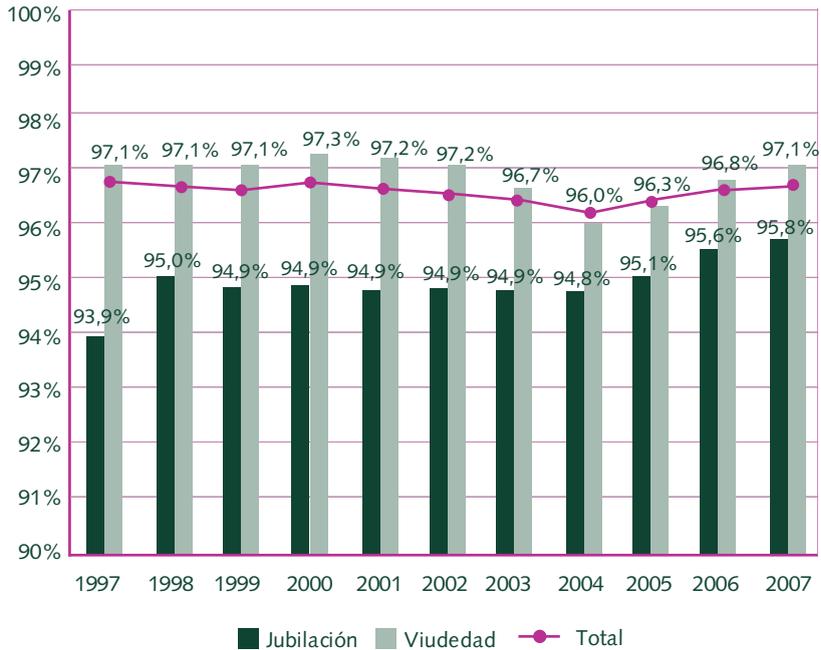


Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

⁶ El crecimiento de la pensión media puede responder a varias causas, una es la revalorización anual que se aplica a la cuantía de las pensiones en razón del incremento del índice de precios al consumo (IPC) junto con el incremento adicional de las pensiones mínimas; otra razón es el denominado "efecto sustitución" que se produce, fundamentalmente, como consecuencia de la gradual renovación de los censos de pensionistas, ya que los que causan baja lo hacen con pensiones de menor importe que las altas de los nuevos perceptores. Sin embargo, el efecto sustitución tiene un carácter más amplio y complejo, viéndose afectado también por la elevación adicional de las pensiones para alcanzar la cuantía mínima, así como por los importes mínimos reconocidos a quienes tienen menos de 65 años, cuya cuantía se incrementa al cumplir dicha edad. Además, influyen las modificaciones de la pensión de incapacidad por revisiones del grado y la incorporación de colectivos de entidades sustitutorias, entre otros, así como los distintos cambios normativos que afectan al reconocimiento de las pensiones.

De hecho, al analizar la relación entre el importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León y en España se observa que el valor regional representa el 96,67% del correspondiente a España, mostrando un porcentaje algo más elevado para las de viudedad (97,1%) que para las de jubilación (95,8%) y que, en ambos casos, ha venido mejorando a lo largo de los últimos años (gráfico 4.1.5).

Gráfico 4.1.5 Importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León con relación a registrado en España, 1997-2007



Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.23 Pensiones contributivas de Jubilación y Viudedad en España y en Castilla y León, julio de 2008

	Jubilación		Viudedad		Total pensiones	
	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
Castilla y León	357.781	780,98	156.692	515,40	578.164	696,58
Ávila	23.118	689,39	10.994	499,41	38.105	621,58
Burgos	53.207	813,53	21.425	513,28	82.015	722,80
León	87.168	783,98	36.919	498,17	140.938	700,74
Palencia	23.302	796,38	11.599	536,27	40.141	704,70
Salamanca	46.909	729,26	20.552	513,82	74.618	655,68
Segovia	19.522	753,56	9.129	511,39	31.882	667,66
Soria	14.725	733,24	5.777	489,38	22.475	657,47
Valladolid	57.211	910,04	26.045	570,76	95.704	797,93
Zamora	32.619	659,74	14.252	472,79	52.286	599,97
España	4.934.719	815,27	2.250.289	529,32	8.393.480	720,28
CyL/España	7,3%	95,8%	7,0%	97,4%	6,9%	96,7%

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.24 Pensiones contributivas de Jubilación y de Viudedad por tipo de régimen en Castilla y León, julio de 2008

Regímenes	Jubilación		Viudedad		Total	
	Nº	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe
	(miles)	medio (€/mes)	(miles)	medio (€/mes)	(miles)	medio (€/mes)
General	165.144	1.000,55	76.542	585,95	275.714	851,58
Trabajadores autónomos (*)	137.476	553,12	55.037	397,41	208.560	503,13
Agrario	11.065	573,02	8.029	473,77	21.170	521,15
Trabajadores del mar	192	1.203,66	78	644,39	313	1.005,29
Minería del carbón	9.403	1.548,27	5.373	663,58	16.976	1.186,79
Empleados de hogar	8.028	472,62	313	257,65	9.006	463,54
Accidentes de trabajo	3.362	720,20	4.792	635,78	14.616	757,21
Enfermedades profesionales	1.922	1.857,03	3.217	782,00	6.599	1.186,33
SOVI	21.189	341,20	3.311	294,22	25.210	335,06

(*) Desde el 1 de enero de 2008, los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario se integran en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (Ley 18/2007, de 4 de julio).

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.25 Pensiones del SOVI en Castilla y León, julio de 2008

	Incapacidad		Jubilación		Viudedad		Total Pensiones	
	Nº	Importe medio (€/mes)	Nº	Importe medio (€/mes)	Nº	Importe medio (€/mes)	Nº	Importe medio (€/mes)
Ávila	22	321,37	752	337,82	189	273,20	963	324,76
Burgos	71	347,26	4.800	342,43	336	221,12	5.207	334,66
León	198	346,48	3.639	339,81	1.092	325,14	4.929	336,82
Palencia	58	352,64	1.504	340,22	209	270,87	1.771	332,44
Salamanca	83	340,55	3.461	343,61	603	321,20	4.147	340,29
Segovia	44	347,68	1.045	339,93	99	270,86	1.188	334,47
Soria	14	325,73	572	343,53	70	221,82	656	330,16
Valladolid	178	339,09	4.063	340,72	412	266,23	4.653	334,06
Zamora	42	328,06	1.353	338,93	301	301,82	1.696	332,07
Castilla y León	710	342,31	21.189	341,20	3.311	294,22	25.210	335,06
España	30.151	342,35	360.218	339,85	40.431	300,09	430.800	336,29

Fuente: MTIN. Boletín de Estadísticas Laborales. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Desde la perspectiva de la distribución territorial, el análisis comparado por Comunidades Autónomas pone de manifiesto grandes disparidades en cuanto al importe medio de las pensiones contributivas en 2007, con un rango que varía desde el máximo que representan los 843 € mensuales que se computan en el País Vasco hasta los 562,2 € de Galicia, que suponen el importe medio más bajo. En lo que respecta al caso de Castilla y León, la región ocupa una posición totalmente central en la tabla, en el nivel más próximo al importe medio que se registra en España (tabla 4.1.26).

Tabla 4.1.26 Importe medio de las pensiones contributivas por CCAA, 2007 (euros/mes)

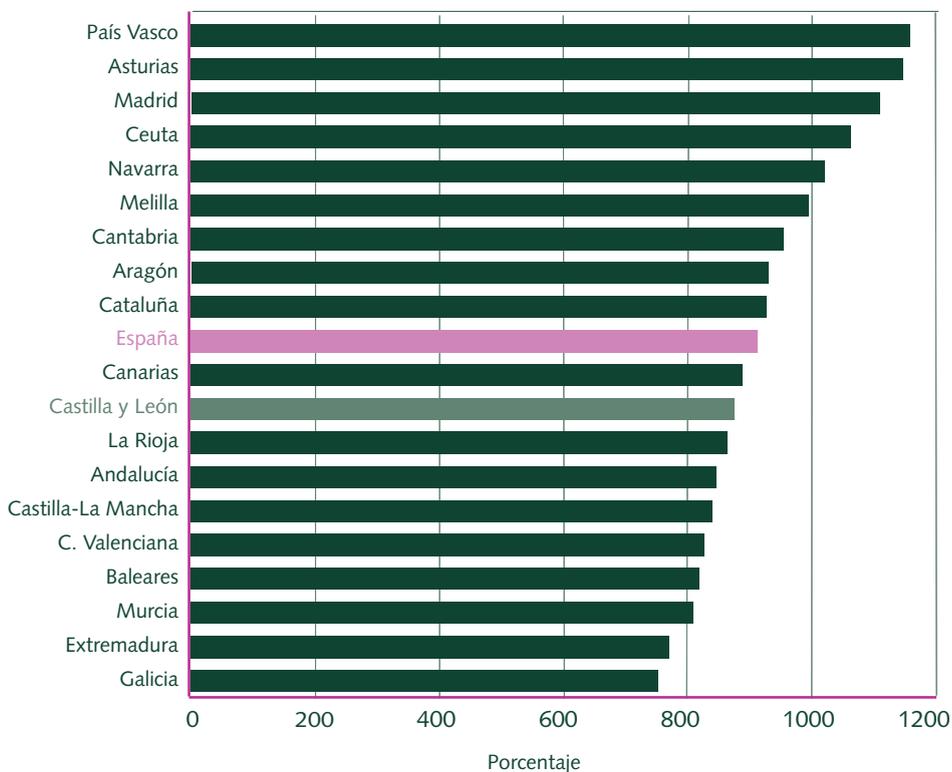
	Total	Incapacidad	Jubilación	Viudedad	Orfandad y favor familiar
Andalucía	621,84	717,66	698,27	476,64	293,36
Aragón	695,32	836,92	774,25	511,30	335,35
Asturias	814,61	943,74	949,50	547,11	385,24
Baleares	609,20	694,68	681,74	447,71	268,74
Canarias	632,63	675,30	739,70	491,31	290,56
Cantabria	700,28	816,48	792,77	502,73	344,69
Castilla-La Mancha	622,51	689,31	696,44	492,18	310,15
Castilla y León	651,26	776,21	727,67	483,79	333,80
Cataluña	694,25	790,94	771,47	503,24	306,88
C. Valenciana	616,45	700,26	687,81	472,74	291,67
Extremadura	572,13	620,37	640,32	474,19	297,69
Galicia	562,19	650,98	622,53	417,86	308,55
Madrid	799,39	875,27	919,14	567,75	338,27
Murcia	593,77	630,88	672,32	458,50	284,53
Navarra	755,56	913,09	845,10	527,73	338,69
País Vasco	843,02	984,04	958,62	592,91	375,52
Rioja (La)	642,78	748,63	704,78	484,46	323,05
Ceuta	738,52	963,74	882,45	542,26	302,89
Melilla	681,24	860,64	824,31	508,45	272,89
Total	673,69	760,71	760,00	498,30	313,49

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

El grado de dispersión territorial es mayor en los importes medios de las pensiones de jubilación y de viudedad, en donde nuevamente los valores extremos corresponden al País Vasco y Galicia. En el caso de la pensión de jubilación, Castilla y León pierde una posición a favor de la Comunidad Canaria, mientras que si la contingencia que origina la pensión es la viudedad, la región se sitúa en sexto lugar en cuanto al importe medio más bajo (483,8 €), superando a Andalucía, Extremadura, Comunidad Valenciana, Murcia, Baleares y a la ya citada Galicia (gráficos 4.1.6 y 4.1.7).

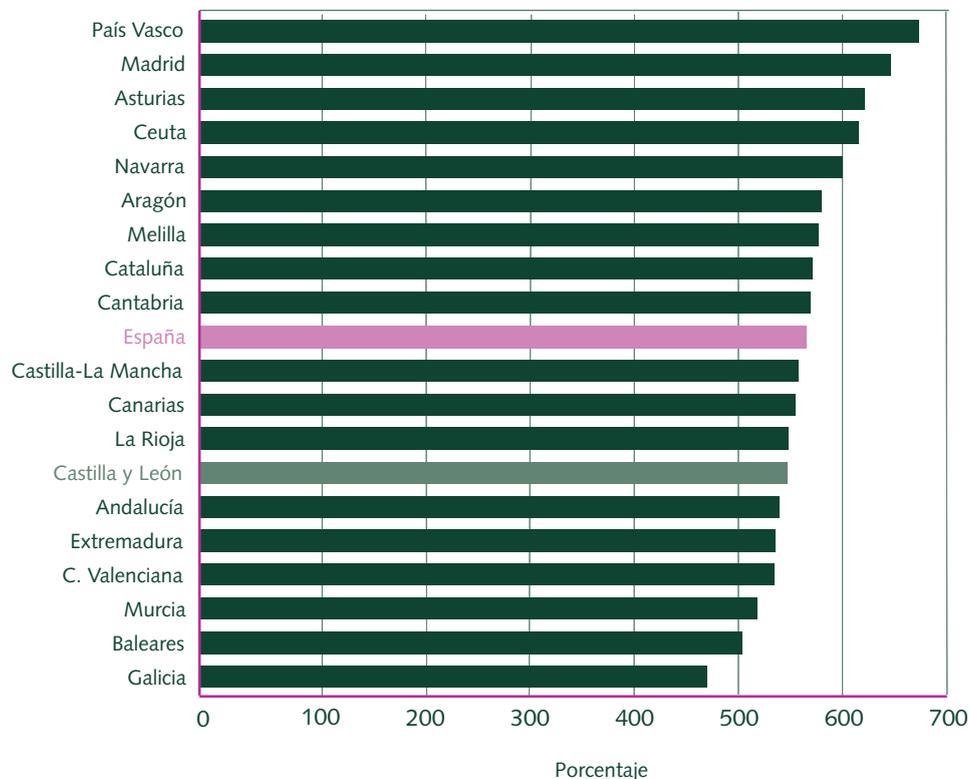
Una explicación de estas notorias disparidades entre las regiones españolas se encuentra en la diferente distribución de las pensiones por regímenes, tal y como hemos visto antes. De modo que las que registran los importes medios más bajos son aquéllas en las que existe una fuerte presencia relativa de pensiones en vigor pertenecientes a regímenes con prestaciones menos generosas, particularmente el agrario. En este sentido, en Castilla y León tiene lugar una cierta compensación de este efecto debido a la presencia en la región de pensiones integradas en regímenes especiales que proporcionan unas prestaciones más generosas, como el de la minería del carbón (1.186,8 € mensuales), y que tienden a elevar la cuantía media del total de las pensiones contributivas en la región. Estos resultados pueden también hacerse extensivos a los casos particulares de las pensiones de jubilación y de viudedad.

Gráfico 4.1.6 Importe medio de la pensión de Jubilación por CCAA, 2007 (euros/mes)



Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 4.1.7 Importe medio de la pensión de Viudedad por CCAA, 2007
(euros/mes)



Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

En lo que respecta a la edad de los beneficiarios, los datos de pensiones en vigor para España diferenciados por sexo y edad a 1 de julio de 2008 ponen de manifiesto que, como cabría esperar, los perceptores de la prestación contributiva por jubilación son casi exclusivamente personas de 65 años y más (el 93%), lo que también ocurre para las pensiones de viudedad aunque en bastante menor medida (el 81,2%). La edad media de estos pensionistas, ya sea por jubilación o por viudedad, es actualmente de 75 años. Se aprecian diferencias notables según el sexo del beneficiario. Así, en el caso de las pensiones de jubilación predominan claramente los varones frente a las mujeres (el 64,6% y el 35,4% respectivamente), mientras que en el caso de las de viudedad, los varones son una minoría (el 6,8%). Estos porcentajes se mantienen prácticamente invariados si se considera la distribución por sexo únicamente entre los beneficiarios de 65 años y más, constatándose que más de la mitad de las pensiones que perciben las mujeres mayores en España son de viudedad (tabla 4.1.27 y 4.1.28).

Tabla 4.1.27 Pensiones de Jubilación según sexo y edad en España, julio de 2008

Grupos de edad	Hombres			Mujeres			No consta			Total	
	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media	
45 - 49 años	74	1.666,20	1	1.135,74					75	1.659,12	
50 - 54 años	1.073	2.069,36	70	1.765,69					1.143	2.050,77	
55 - 59 años	11.683	1.774,05	230	1.858,00					11.913	1.775,67	
60 - 64 años	243.650	1.286,27	87.825	776,94					331.475	1.151,32	
65 - 69 años	733.487	1.061,81	369.750	627,81	7	850,13			1.103.244	916,36	
70 - 74 años	776.292	944,91	381.203	573,66	40	770,67			1.157.535	822,64	
75 - 79 años	689.392	889,00	350.381	554,34	70	641,41			1.039.843	776,21	
80 - 84 años	443.779	818,02	278.400	517,29	7	486,09			722.186	702,09	
85 y más años	288.319	730,63	277.987	464,89	8	525,59			566.314	600,18	
No consta	593	695,26	367	424,95	31	533,85			991	590,11	
Total	3.188.342	952,15	1.746.214	565,36	163	649,28			4.934.719	815,27	
Edad Media	74 años		76 años		76 años				75 años		

Fuente: MTIN. Boletín de Estadísticas Laborales. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.28 Pensiones de Viudedad según sexo y edad en España, julio de 2008

	Hombres			Mujeres			No consta			Total		
	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media	Número	P. Media		
< 45 años	4.967	2.915,00	38.597	3.645,00	2	1.265,00	43.566	3.534,00				
45 - 49 años	6.161	531,01	39.430	597,31			45.591	588,35				
50 - 54 años	9.312	551,67	60.960	612,71	2	893,07	70.274	604,63				
55 - 59 años	11.596	547,58	91.664	608,26			103.260	601,44				
60 - 64 años	13.167	517,50	144.697	612,31	3	867,72	157.867	604,41				
65 - 69 años	12.395	453,79	183.040	586,22	2	633,85	195.437	577,82				
70 - 74 años	17.618	402,21	298.809	561,94	7	492,19	316.434	553,04				
75 - 79 años	23.168	375,43	402.538	540,65	10	488,00	425.716	531,65				
80 - 84 años	24.352	350,23	402.028	513,30	14	572,22	426.394	503,99				
85 y más años	29.397	314,00	434.485	459,80	10	562,92	463.892	450,56				
No consta	66	530,34	1.764	494,52	28	453,99	1.858	495,18				
Total	152.199	416,36	2.098.012	537,51	78	533,32	2.250.289	529,32				
Edad Media	72 años		75 años		76 años		75 años					

Fuente: MTIN. Boletín de Estadísticas Laborales. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

En relación con la distribución de las pensiones por clases y por sexo y edad de los beneficiarios, un reciente estudio sobre las personas mayores en España (IMSERSO, 2006:146) indica que ambas variables (sexo y edad) condiciona la distribución de los importes medios de las prestaciones, que siguen una pauta en forma de “U” invertida en relación con la edad del beneficiario y con la curva femenina notablemente por debajo de la masculina. Si se toma el conjunto de las prestaciones, se puede comprobar que entre los hombres, sólo los menores de 50 años y los mayores de 85 perciben pensiones por debajo del importe medio del conjunto del sistema; sin embargo, entre las mujeres pensionistas ningún grupo de edades alcanza ese valor medio. Esas diferencias obedecerían, en parte, a la mayor presencia que tienen las pensiones de viudedad entre las mujeres, ya que tienen importes medios más bajos que las de jubilación, en las que predominan los beneficiarios varones. Sin embargo, también existe un efecto de género, en el sentido de que aún dentro del mismo tipo de prestación se manifiestan diferencias notables entre mujeres y hombres. Y también un efecto de la edad, ya que incluso dentro del mismo tipo de prestación y para cada uno de los sexos de forma separada, la edad reduce las cuantías percibidas. Entre las posibles causas de ese efecto de la edad, se citan algunas circunstancias laborales que han podido afectar a los pensionistas más veteranos (por ejemplo, el haber tenido unos niveles salariales más bajos, lo que habría influido en el cálculo de sus emolumentos), así como que entre los más mayores existe todavía beneficiarios pertenecientes a mecanismos de protección antiguos como el SOVI, con una intensidad de protección muy baja. Al respecto, los datos referidos a este último grupo de pensionistas indican que actualmente su número es reducido (430.800 en España y 25.210 en Castilla y León), reciben fundamentalmente una pensión de jubilación, se trata mayormente de mujeres y su edad media ronda los 77 años.

El análisis de la distribución por tramos del importe medio de las pensiones contributivas, los datos referidos a 1 de julio de 2008 indican que el 46% del total de las pensiones contributivas en vigor en España se sitúan entre los 300 y los 600 € mensuales, el 10% entre los 600 y 700 € y el 11% tiene importes medios inferiores a los 300 € mensuales. Diferenciando según las clases de pensiones, sólo el 5% de las pensiones de jubilación están por debajo de los 300 € mensuales, el 43,8% del total se concentran entre los 300 y los 600 € mensuales y algo más del 11% entre estos últimos y los 700 € al mes. Por su parte, el 20,2% de todas las pensiones de viudedad están por debajo de los 300 € y más de la mitad (54,6%) entre los 300 € y los 600 € actualmente.

Pero, además, si este análisis se realiza distinguiendo según el sexo de los beneficiarios se pone de manifiesto que, como cabría esperar, la proporción de mujeres que perciben pensiones con importes situados dentro de los tramos inferiores es

considerablemente mayor que la de los varones en todas las clases de pensiones. Así, sólo en torno a la cuarta parte de mujeres perciben pensiones superiores a los 600 € mensuales, mientras que entre los varones esta situación se produce en más de la mitad de los casos.

Es preciso señalar que esta distribución por tramos del importe de las pensiones contributivas se ve influenciada de manera importante por la cuantía de las pensiones mínimas que establece el sistema de la Seguridad Social (tabla 4.1.29). Así, el tramo que concentra el mayor porcentaje de pensiones contributivas es el que comprende de 500 a 600 € mensuales (el 28,8%), precisamente donde se encuadran todas las pensiones mínimas de jubilación sin cónyuge a cargo y varias de las pensiones mínimas de viudedad y de incapacidad permanente sin cónyuge a cargo. Por su parte, en el tramo siguiente (de 600 a 700 € mensuales) es donde se sitúan las pensiones mínimas de jubilación con cónyuge a cargo y también las de incapacidad permanente total cualificada cuyo titular tenga entre 60 y 64 años, entre otras. Finalmente, en el intervalo de 150 a 250 € al mes se engloban en torno al 49% de las pensiones de orfandad, así como casi el 12% de las pensiones a favor de familiares. Según datos que se recogen en el Informe económico-financiero que acompaña a los presupuestos de la Seguridad Social de 2008, a finales de diciembre de 2007 se computaban un total de 2.241.580 perceptores de pensiones mínimas y 388.703 pensionistas de cuantías fijas del SOVI en España (tabla 4.1.30).

Las cuantías mínimas con el mayor número de perceptores correspondían a los jubilados de 65 y más años sin cónyuge a cargo (926.295 pensionistas), de los que el 56,3% de ellos eran mujeres y el 43,7% hombres, y a las de pensiones de viudedad de 65 y más años o que tengan discapacidad (618.673 pensiones), el 98,5% de las cuales eran también mujeres. Por su parte, los pensionistas que reciben el complemento por mínimos por tener cónyuge a cargo son mayoritariamente varones, en una proporción que es del 99,1% entre aquéllos que tienen más de 65 años de edad y del 95,5% entre aquéllos otros que todavía no han cumplido esa edad⁷.

⁷ Cuando en las pensiones de naturaleza contributiva, la cuantía resultante de aplicar el porcentaje establecido según el número de años cotizados a la base reguladora que corresponde en cada caso es inferior a la que se fija anualmente para las pensiones mínimas que deben establecerse de acuerdo con la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), dicho importe se complementará hasta alcanzar el de las citadas pensiones mínimas atendiendo al principio de solidaridad que inspira la redistribución de rentas en el sistema de Seguridad Social español. En la actualidad, estos complementos son financiados en su mayor parte por la Seguridad Social. El Estado aporta 2.106,35 millones de euros en el Presupuesto para el año 2008, lo que supone el 36% del gasto total de dicho concepto. El objetivo es que este complemento a mínimo sea financiado en su totalidad por el Estado antes de 2013.

Tabla 4.1.29 Importe de las pensiones mínimas 2008 (con IPC previsto)

	Euros/mes		Euros/año	
	Con cónyuge	Sin cónyuge	Con cónyuge	Sin cónyuge
Jubilación				
Titular con 65 años	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Titular menor de 65 años	615,66	492,50	8.619,24	6.895,00
Incapacidad Permanente				
Gran Invalidez con incremento del 50%	988,13	792,83	13.833,82	11.099,62
Absoluta	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Total: Titular con 65 años	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Total: Cualificada con edad entre 60 y 64 años	615,66	492,50	8.619,24	6.895,00
Parcial del régimen de accidentes de trabajo: Titular con 65 años	658,75	528,55	9.222,50	7.399,70
Viudedad				
Titular con cargas familiares		615,66		8.619,24
Titular con 65 años, o con discapacidad ≥ 65%		528,55		7.399,70
Titular menor de 65 años: de 60 a 64 años		492,50		6.895,00
< de 60 años		393,02		5.502,28
Orfandad				
Por beneficiario		170,02		2.380,28
En la orfandad absoluta el mínimo se incrementará en 5.502,28 euros/año distribuidos, en su caso, entre los beneficiarios				
Por beneficiario discapacitado < 18 con discapacidad ≥ 65%		334,82		4.687,48
En favor de familiares				
Por beneficiario		170,02		2.380,28
Si no existe viuda ni huérfano pensionistas:				
• Un solo beneficiario, con 65 años		411,34		5.758,76
• Un solo beneficiario, menor de 65		387,31		5.422,34
• Varios beneficiarios: El mínimo asignado a cada uno de ellos se incrementará en el importe que resulte de prorratear 3.264,8 euros/año entre el número de beneficiarios				

Continúa

Continuación

	Euros/mes		Euros/año	
	Con cónyuge	Sin cónyuge	Con cónyuge	Sin cónyuge
SOVI				
Vejez e Invalidez y Viudedad		356,20		4.986,80
Prestación familiar por hijo a cargo mayor de 18 años				
• Minusvalía 65 %		328,44		3.941,28
• Minusvalía 75 %		492,66		5.911,92
Pensiones no contributivas				
• Jubilación e Invalidez, un beneficiario		328,44		4.598,16

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González

Las pensiones con complementos a mínimos se distribuyen de forma desigual por las Comunidades Autónomas (gráfico 4.1.8). Así, la región española con mayor proporción de pensiones con garantía de mínimo es Extremadura con un 49,29% mientras que en el País Vasco se registra un 13,02%. Se constata que las regiones con una mayor proporción de pensiones complementadas con mínimos son aquellas con una incidencia importante de los regímenes especiales. Por el contrario, las Comunidades con menor porcentaje de pensiones mínimas, País Vasco, Madrid y Asturias, son donde menor es el peso de los regímenes especiales. A esto hay que añadir particularidades de cada una de las comunidades autónomas, como es el caso de Asturias donde la elevada cuantía media de las pensiones que proporciona el Régimen Especial de la Minería del Carbón produce que haya un menor número de pensiones en mínimos. En Castilla y León había, en diciembre 2007, un total de 187.415 pensiones en vigor con complemento a mínimo, de las que el 58,7% eran de jubilación y el 34,2% de viudedad (tabla 4.131). Es interesante destacar que esta última proporción supera la correspondiente al conjunto nacional en 1,2 puntos.

Tabla 4.1.30 Número de pensiones contributivas en cuantía mínima según sexo en España, enero de 2008

Clase de pensión		Varones	Mujeres	Total
Jubilación				1.271.344
Igual o mayor de 65 años	Con cónyuge a cargo	281.832	2.609	284.441
	Sin cónyuge a cargo	404.482	521.813	926.295
Menor de 65 años	Con cónyuge a cargo	11.251	328	11.579
	Sin cónyuge a cargo	14.133	31.756	45.889
Gran Invalidez	Con cónyuge a cargo	1.067	8	1.075
	Sin cónyuge a cargo	1.301	764	2.065
Incapacidad				51.963
Gran Invalidez	Con cónyuge a cargo	755	31	786
	Sin cónyuge a cargo	873	658	1.531
Absoluta o total	Con cónyuge a cargo	5.824	386	6.220
	Sin cónyuge a cargo	6.470	9.311	15.781
Cualificada (60 a 64 años)	Con cónyuge a cargo	5.546	406	5.952
	Sin cónyuge a cargo	6.794	14.899	21.693
Viudedad				699.538
Titular con cargas		701	9.754	10.455
Igual o mayor de 65 años, o con disc. > 65%		9.465	609.208	618.673
Entre 60 y 64 años		1.903	38.652	40.555
Menor de 60 años		2.552	27.303	29.855
Orfandad		56.896	57.497	114.393
Favor familiar		3.608	13.287	16.895
Resto con garantía mínimos		35.679	51.768	87.447
Total		851.132	1.390.448	2.241.580
SOVI (Pensiones revalorizables) (*)		60.163	328.540	388.703

(*) Contiene nuevos reconocimientos de pensiones SOVI concurrentes con viudedad.

Fuente: MTIN. *Informe económico-financiero*. Presupuestos de la Seguridad Social, 2008.

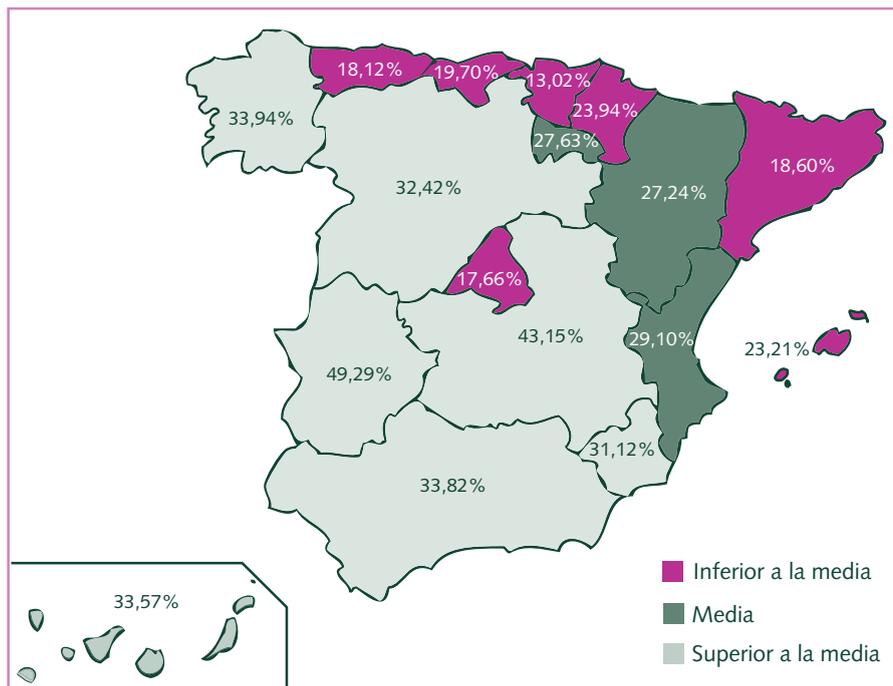
Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.31 Número de pensiones con complemento a mínimo en Castilla y León, enero de 2008

	Incapacidad	Jubilación	Viudedad	Orfandad	Favor familiar	Total
Ávila	255	9.983	6.552	764	143	17.697
Burgos	226	12.544	7.164	1.254	175	21.363
León	600	25.352	9.678	1.770	461	37.861
Palencia	174	6.909	5.055	662	157	12.957
Salamanca	334	17.578	10.786	1.354	350	30.402
Segovia	135	5.790	4.623	548	98	11.194
Soria	63	4.575	2.626	337	85	7.686
Valladolid	405	12.046	10.007	1.198	272	23.928
Zamora	355	15.167	7.601	964	240	24.327
CyL	2.547	109.944	64.092	8.851	1.981	187.415
% s/Total pensiones	1,4%	58,7%	34,2%	4,7%	1,1%	100,0%

Fuente: MTIN. *Boletín de Estadísticas Laborales*. Elaboración J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 4.1.8 Pensiones contributivas en vigor con complemento a mínimo por CCAA (Relación porcentual pensiones mínimas/pensiones contributivas. Media nacional = 26,88), enero de 2008



Fuente: MTIN. *Informe económico-financiero*. Presupuestos de la Seguridad Social, 2008.

En 2007, al igual que en los ejercicios anteriores, las pensiones se revalorizaron un 2%, según la evolución prevista para el período noviembre 2006-noviembre 2007 más el 0,6% por la desviación entre el IPC previsto para el año 2006 y el IPC real, las pensiones mínimas experimentaron incrementos del 6,5% las correspondientes a titulares con cónyuge a cargo, del 5% si no lo tienen y del 3% si son pensiones SOVI, por lo que en este caso las pensiones mínimas con cónyuge crecieron un 7,13% y las de sin cónyuge un 5,62%. Además, se igualan las cuantías mínimas de las pensiones de orfandad de menores de 18 años con discapacidad a la de las pensiones no contributivas y las de viudedad con cargas familiares o discapacidad superior al 65% a las de viudedad con 65 años.

Este efecto revalorización, por su carácter acumulativo, tiene una gran influencia en la evolución del gasto en pensiones. Así, considerando la distribución por conceptos de gasto, del importe total de la nómina de pensiones del mes de diciembre de 2007 le correspondería el 62,55% a la pensión inicial, el 30,92% a la revalorización y el 6,53% al complemento de mínimos (tabla 4.1.32).

Tabla 4.1.32 Distribución porcentual del importe de las pensiones contributivas en vigor por conceptos en España, 2007

Clases de pensiones	Pensión Inicial	Revalorización	Garantía de mínimos	Total
Incapacidad	78,61%	20,53%	0,85%	100%
Jubilación	65,76%	28,53%	5,71%	100%
Viudedad	43,16%	44,59%	12,26%	100%
Orfandad	49,81%	37,33%	12,85%	100%
Favor Familiar	32,12%	56,82%	11,06%	100%
Total	62,55%	30,92%	6,53%	100%

Fuente: MTIN. *Informe económico-financiero*. Presupuestos de la Seguridad Social, 2008.
Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Por lo que se refiere al año 2008 todas las pensiones se revalorizan un 2%, variación interanual prevista del IPC, a lo que hay que añadir un 2,1% por la desviación entre el IPC previsto para el año 2007 y el real. Las pensiones mínimas tienen incrementos superiores a los señalados, concretamente: el 6,6% para las pensiones con cónyuge a cargo, el 5,1% para las que no tienen cónyuge a cargo, el 3% para las pensiones del SOVI y el 22,72% para las pensiones de viudedad con cargas familiares.

A la hora de analizar la distribución según tramos en lo que se refiere a la cuantía media de las pensiones en el Sistema de Seguridad Social debe tenerse presente la existencia de pensiones concurrentes, por cuanto el número de beneficiarios es inferior al de pensiones en vigor. Así, por ejemplo, a 1 de julio de 2008 había 8.393.480 pensiones contributivas de Seguridad Social y 7.637.400 pensionistas. De entre estos

últimos, el 88,0% (6.719.336 de personas), no percibían ninguna otra pensión pública y el resto de pensionistas tienen concurrencia de alguna otra pensión.

De acuerdo con lo anterior, la agrupación de todas las cuantías percibidas por cada pensionista proporcionaría una información más precisa que la obtenida atendiendo únicamente a la cuantía de las pensiones. Del examen de la distribución del número de pensionistas según el importe mensual de la suma de pensiones percibidas en julio de 2008 en España se deduce que casi un tercio del total (el 31,3%) perciben cuantías de entre 500 y 600 € al mes, algo más de otro tercio (el 35,4%) se sitúa en el tramo entre los 600 y los 1.200 € mensuales, mientras que el tercio restante se reparte entre los que perciben más de 1.300 € al mes (el 17,3%) y los que no llegan a superar los 500 € (el 16,1%).

Finalmente, además de las pensiones contributivas del sistema de la Seguridad Social, conviene considerar las correspondientes a las denominadas Clases Pasivas del Estado, que incluyen pensiones de jubilación y retiro a los funcionarios civiles y militares, que gestiona la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas perteneciente al Ministerio de Economía y Hacienda. Los últimos datos disponibles, referidos a fines de junio de 2008, señalan que en esa fecha había 587.215 pensiones de clases pasivas en vigor, de las correspondientes a los jubilados civiles y los retirados militares sumaban en torno a la mitad del total (tabla 4.1.33). Al igual que ocurría con las pensiones contributivas de la Seguridad Social, también existe concurrencia de pensiones en este tipo de prestaciones, de forma que el número de beneficiarios es algo más reducido que el de pensiones.

Tabla 4.1.33 Pensiones y beneficiarios de clases pasivas en España y en Castilla y León, junio 2008

Unidad de Clases pasivas	Beneficiarios	Pensiones	Importe total (€)
Ávila	2.958	3.130	7.291.732,83
Burgos	5.826	6.216	14.359.760,76
León	8.351	8.849	21.546.054,04
Palencia	2.941	3.140	7.345.209,49
Salamanca	7.912	8.475	21.613.287,30
Segovia	2.656	2.838	7.080.855,03
Soria	1.672	1.811	4.140.808,12
Valladolid	8.872	9.499	23.814.630,92
Zamora	4.335	4.630	10.772.061,20
Castilla y León	45.523	48.588	117.964.399,69
España	554.226	587.215	1.334.931.604,15

Fuente: MEH. Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas. 2008.
Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

4.1.2.2 PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES

Las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez son prestaciones dirigidas a quienes reuniendo los requisitos de edad, residencia, ingresos y, en su caso, incapacidad, no puedan acceder a las pensiones contributivas por no haber cotizado a la Seguridad Social o haberlo hecho por tiempo insuficiente. Estas prestaciones, que se establecieron en la Ley 26/1990 de Pensiones no Contributivas, están actualmente reguladas por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y por la Ley 8/2005, de 6 de junio⁸.

La cuantía anual de estas pensiones se fija en las correspondientes Leyes de Presupuestos Generales del Estado de cada año, actualizándose al menos en el mismo porcentaje que se establezca para las pensiones contributivas de la Seguridad Social. El importe individual que cada pensionista tiene reconocido es variable y se determina a partir de la cuantía anual establecida en cada año en función del número de personas beneficiarias, de los ingresos computables y del número de las personas que integran su unidad económica de convivencia, sin que dicho importe pueda ser inferior, en ningún caso, al 25% de la cuantía anual establecida.

En 2007, la cuantía anual fijada para estas pensiones fue de 4.374,04 €, lo que supone un incremento del 3,6% respecto del año anterior. Asimismo, se estableció un complemento económico en pago único de 350 € para aquéllos beneficiarios que acrediten carecer de vivienda en propiedad y residir habitualmente en vivienda en alquiler. En 2008, la cuantía fijada para estas prestaciones subirá el 3%, hasta los 4.598,16 € anuales, siendo de 357 € el importe de dicho complemento (véase tabla 4.1.19).

En Castilla y León, de acuerdo con los últimos datos disponibles referidos a julio de 2008, había un total de 24.652 pensionistas no contributivos (814 personas menos que a finales de 2007), siendo el importe medio mensual de sus pensiones de 334,18 €, que es ligeramente superior a la media resultante para España (328,21 €). Del total de pensiones no contributivas, 14.279 lo eran por jubilación

⁸ La Ley 8/2005, de 6 de junio, posibilita compatibilizar las pensiones de invalidez no contributivas con el trabajo remunerado, siempre que la suma de la pensión de invalidez no contributiva y de los ingresos obtenidos por el desempeño de la actividad no sean superiores, en cómputo anual, al importe anual del indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM), vigente en cada momento. Si se excede de dicha cuantía, se minorará el importe de la pensión en el 50% del exceso sin que la suma de la pensión y de los ingresos pueda superar 1,5 veces el IPREM. Esta reducción no afecta al complemento del 50% del importe de la pensión no contributiva que reciben los pensionistas que necesiten el concurso de otra persona para realizar las actividades básicas de la vida.

(58%), cuyos beneficiarios son personas mayores, y el resto eran por invalidez, que corresponden a beneficiarios con discapacidad de menos de 65 años. Para ambas clases de prestación no contributiva, la pensión media de la región (317,85 € y 356,66 € respectivamente) se sitúa, en ese mes, algo más alta que la correspondiente para el conjunto nacional (tabla 4.1.34). El importe de las pensiones de invalidez resulta algo más alto, entre otros motivos, porque algunas de ellas reciben el complemento del 50% adicional por necesidad de ayuda de una tercera persona.

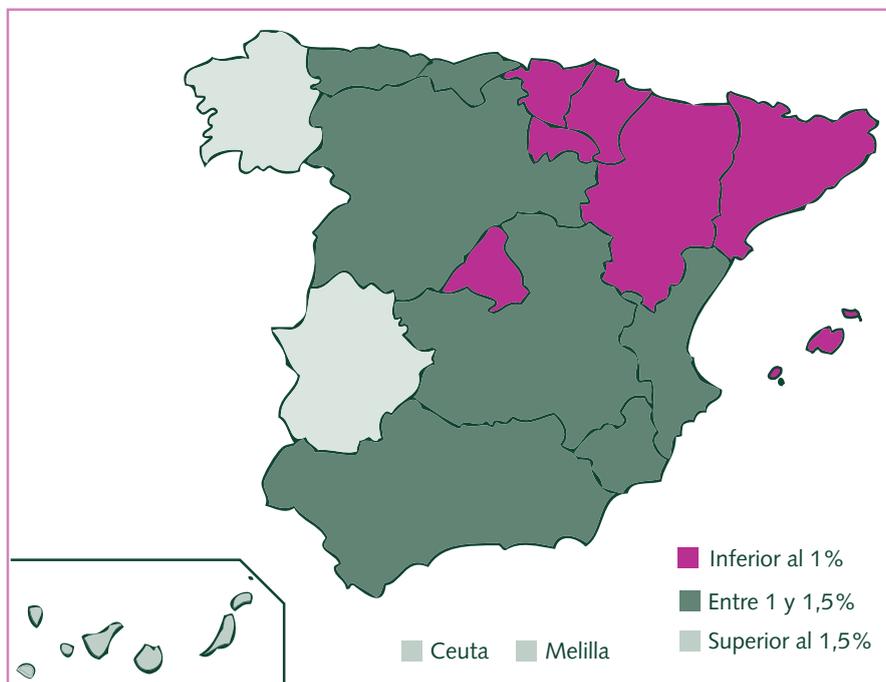
El análisis desde la perspectiva territorial evidencia amplias disparidades entre Comunidades Autónomas en cuanto al número de pensiones no contributivas. Así, si se toma como indicador, por ejemplo, la relación porcentual entre el número de pensionistas no contributivos y la población total, las regiones que proporcionalmente tienen más beneficiarios son, además de las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, la Comunidad Canaria, Extremadura y Galicia, que superan, todas ellas, la cota del 1,5% de la población. En el extremo opuesto se sitúan el País Vasco, Navarra y Madrid, seguidas de La Rioja, Aragón, Baleares y Cataluña, que no llegan, en ningún caso, al 1% de la población. El resto de Comunidades Autónomas, entre las que se encuentra Castilla y León, tienen un porcentaje de pensionistas no contributivos situado entre el 1 y el 1,5% de su población total (Gráfico 4.1.9). En el caso concreto de las pensiones no contributivas de jubilación, la proporción de pensionistas de Castilla y León sobre el total de población de 65 años y más de la región se eleva hasta el 2,51%.

Tabla 4.1.34 Número de pensiones no contributivas e importe promedio mensual en España y en Castilla y León, julio 2008

	Jubilación		Viudedad		Total	
	Pensiones N°	Promedio mensual	Pensiones N°	Promedio mensual	Pensiones N°	Promedio mensual
Ávila	1.333	328,87	823	356,99	2.156	339,60
Burgos	1.446	320,00	1.221	353,61	2.667	335,39
León	2.586	308,79	2.539	352,06	5.125	330,22
Palencia	1.115	320,14	774	346,02	1.889	330,74
Salamanca	3.094	315,40	1.504	366,43	4.598	332,09
Segovia	545	316,61	518	345,68	1.063	330,78
Soria	376	319,63	182	365,04	558	334,44
Valladolid	2.193	324,54	1.826	359,62	4.019	340,48
Zamora	1.591	315,32	986	364,17	2.577	334,01
Castilla y León	14.279	317,85	10.373	356,66	24.652	334,18
España	264.570	309,63	199.130	352,90	463.700	328,21
CyL/España	5,4%	102,7%	5,2%	101,1%	5,3%	101,8%

Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta On-line. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 4.1.9 Proporción de pensiones no contributivas sobre el total de población por CCAA, julio de 2008



Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta on-line.

Del mismo modo, se aprecian disparidades regionales con respecto a los importes medios de las pensiones contributivas y que se achacan, fundamentalmente, a las diferencias existentes en el número de pensiones de invalidez respecto de las de jubilación en cada región y también a las características o perfil de los pensionistas que residen en ellas. Así, en lo que se refiere a las pensiones no contributivas de jubilación en Castilla y León, su importe medio referido al mes de julio de 2008 la sitúa en el grupo de las cuantías más altas, tras Baleares, Extremadura, Aragón y Canarias, si exceptuamos los casos de Ceuta y Melilla (tabla 4.1.35).

Tabla 4.1.35 Pensiones no contributivas según clases por CCAA, julio de 2008

	Jubilación		Viudedad		Total	
	Pensiones	Promedio	Pensiones	Promedio	Pensiones	Promedio
	Nº	mensual	Nº	mensual	Nº	mensual
Andalucía	59.867	309,3	45.713	351,9	105.580	327,7
Aragón	5.642	320,8	2.912	354,8	8.554	332,4
Asturias	5.417	300,2	5.075	343,5	10.492	321,1
Baleares	4.177	322,9	3.576	348,5	7.753	334,7
Canarias	22.799	319,3	19.535	366,3	42.334	341,0
Cantabria	3.118	303,4	2.999	358,4	6.117	330,4
Castilla-La Mancha	12.753	311,3	8.912	358,9	21.665	330,9
Castilla y León	14.279	317,9	10.373	356,7	24.652	334,2
Cataluña	32.694	298,0	25.083	344,4	57.777	318,1
C. Valenciana	26.599	303,5	19.620	347,7	46.219	322,3
Extremadura	9.831	322,0	6.147	360,6	15.978	336,8
Galicia	30.872	311,1	19.122	352,2	49.994	326,8
Madrid	19.926	309,3	13.555	353,0	33.481	327,0
Murcia	6.970	306,6	7.451	359,7	14.421	334,1
Navarra	2.047	310,3	792	355,1	2.839	322,8
País Vasco	4.355	306,4	5.331	345,0	9.686	327,6
Rioja (La)	1.109	314,7	785	348,6	1.894	328,7
Ceuta	853	327,0	880	353,7	1.733	340,6
Melilla	1.262	319,4	1.269	355,8	2.531	337,6
España	264.570	309,6	199.130	352,9	463.700	328,2

Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta On-line. Elaboración J.M. Gómez y Y. González.

En cuanto a las características o perfil que presentan las personas que integran el colectivo de beneficiarios de pensiones no contributivas en Castilla y León, con datos a diciembre de 2007, se puede apreciar que el rasgo más sobresaliente del pensionista de la región es el fuerte predominio de mujeres (el 71,7%), que es mucho más acusado en el caso de las pensiones de jubilación (87,1%) en donde se supera en más de tres puntos el promedio del conjunto del territorio español (83,8%). Al igual que ocurre en España, la presencia femenina en Castilla y León se reduce ligeramente si se incluye en el análisis a las pensiones de jubilación derivadas de las de invalidez (por cumplir los 65 años su titular), ya que el peso conjunto de las mujeres sería, en este caso, en el 84,10% en la región (tabla 4.1.36).

Ese predominio del sexo femenino entre los perceptores de las pensiones no contributivas de Castilla y León, antes apuntado, se hace más acusado a medida que aumenta la edad de los beneficiarios, sobre todo en el caso de las pensiones no contributivas de jubilación, que son las que perciben los mayores de 65 años. Concretamente, en este

tipo de pensiones, al igual que ocurre para el conjunto de los titulares españoles, en torno a la mitad de los beneficiarios de Castilla y León tiene entre 70 y 79 años de edad (49,9%), con una representación de mujeres que ronda el 89% (tabla 4.1.37).

En lo concerniente al estado civil, el análisis revela un claro predominio de las personas casadas (58,3%) frente a los solteros (26%) entre los pensionistas no contributivos de jubilación (gráfico 4.1.10). Esta distribución asimétrica se intensifica entre las beneficiarias que son mujeres (61,7%) y no ocurre cuando se trata de varones, entre los que son mayoría los solteros (49%). La presencia relativa de viudos y viudas es, para ambos sexos, escasa en este tipo de beneficiarios (9,2%).

Tabla 4.1.36 Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas en España y en Castilla y León según sexo, diciembre 2007 (porcentaje respecto al total de cada tipo)

	Jubilación			Invalidez			Total		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Ávila	9,7	90,3	1.143	39,9	60,1	857	23,2	76,8	2.250
Burgos	18,9	81,1	1.203	47,4	52,6	1.239	33,4	66,6	2.751
León	15,7	84,3	2.117	47,3	52,7	2.625	32,7	67,3	5.294
Palencia	13,4	86,6	902	51,6	48,4	802	31,8	68,2	1.948
Salamanca	10,2	89,8	2.850	45,3	54,7	1.502	23,0	77,0	4.702
Segovia	13,7	86,4	425	40,6	59,4	542	29,9	70,1	1.117
Soria	9,1	90,9	318	41,0	59,0	178	20,9	79,1	564
Valladolid	12,7	87,3	1.930	44,4	55,6	1.860	28,5	71,5	4.165
Zamora	12,1	87,9	1.372	44,6	55,4	1.014	25,7	74,3	2.661
Castilla y León	12,9	87,1	12.260	45,5	54,5	10.619	28,3	71,7	25.452
España	16,2	83,8	214.591	43,0	57,0	200.621	28,3	71,8	469.324

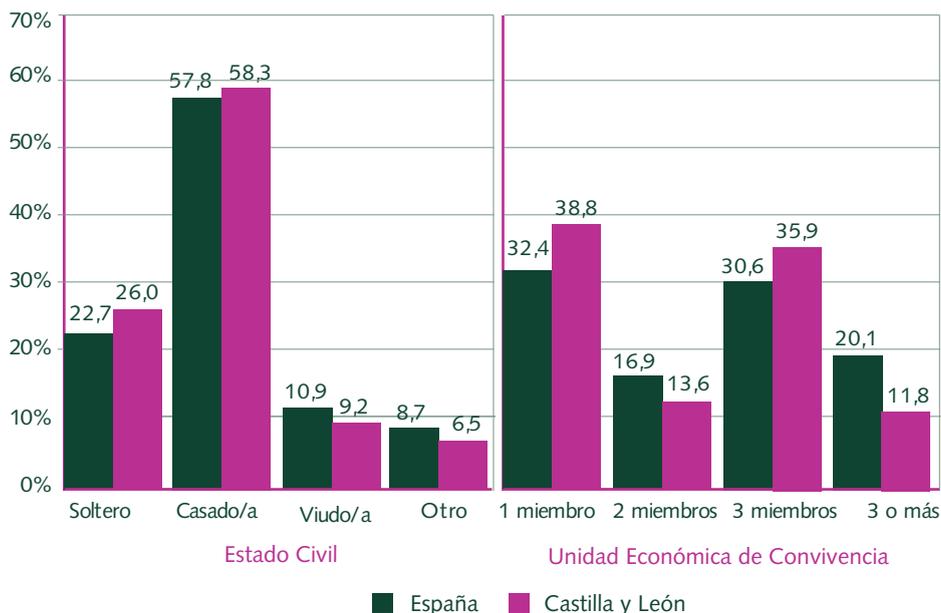
Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta On-line. Elaboración J.M. Gómez y Y. González.

Tabla 4.1.37 Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas de Jubilación en Castilla y León según edad, diciembre 2007

	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80-84 años	85+ años
Ávila	14,1%	23,7%	27,7%	22,2%	12,3%
Burgos	10,7%	20,9%	24,9%	27,4%	16,1%
León	14,6%	25,6%	25,9%	20,3%	13,7%
Palencia	15,2%	22,0%	22,5%	27,4%	13,0%
Salamanca	16,9%	27,0%	25,8%	18,7%	11,7%
Segovia	8,9%	20,0%	26,6%	28,9%	15,5%
Soria	9,1%	18,2%	21,4%	29,9%	21,4%
Valladolid	17,3%	24,6%	24,1%	22,1%	11,9%
Zamora	14,3%	25,4%	26,6%	21,1%	12,5%
Castilla y León	14,8%	24,5%	25,4%	22,2%	13,1%

Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta On-line. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Gráfico 4.1.10 Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas de jubilación en Castilla y León según estado civil y número de miembros de la unidad económica de convivencia, diciembre 2007



Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta On-line. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

La unidad económica de convivencia (UEC) de los pensionistas no contributivos de jubilación en Castilla y León es mayoritariamente de 2 ó 3 personas (el 49,4%). Esta circunstancia se produce igualmente en el ámbito nacional, aunque la proporción que se registra en España para igual tamaño de UEC es inferior (47,5%). La causa de esa mayor proporción regional se encuentra en que el 35,9% de los pensionistas no contributivos de Castilla y León viven integrados en una unidad económica formada por tres miembros, mientras que el peso relativo de dicha situación de convivencia para el conjunto de los pensionistas españoles es del 30,6%. Pero, pese a lo ya apuntado, es importante constatar que el peso relativo de los pensionistas de esta clase en Castilla y León que viven solos es del 38,8%, superando en casi seis puntos y medio el promedio del conjunto del territorio español, que era de 32,4%.

En síntesis, el perfil del pensionista no contributivo de jubilación que reside en la Comunidad Autónoma de Castilla y León es el de una mujer casada con una edad comprendida entre los 70 y 79 años, que vive integrada en una unidad económica formada por dos y tres personas. Siendo los rasgos distintivos del caso regional respecto del conjunto de pensionistas no contributivos de jubilación españoles, la mayor presencia de mujeres y de beneficiarios que viven solos (gráfico 4.1.10).

Un último tipo de pensiones públicas por analizar son las del Fondo de Asistencia Social (FAS). Estas pensiones contemplan las contingencias de ancianidad y de enfermedad, pero tienden progresivamente a desaparecer pues el reconocimiento de nuevas prestaciones de este tipo fue suprimido en 1992⁹. En junio de 2008 había en Castilla y León un total de 148 pensionistas con este tipo de prestación, fundamentalmente mujeres (79%), de los que 57 eran pensionistas por ancianidad y 91 por enfermedad. La cuantía de estas prestaciones se ha mantenido fija en 149,86 € al mes y 2.098,04 € anuales.

⁹ La entrada en vigor del Real Decreto 357/1991, de 15 de marzo, permite a los beneficiarios de estas pensiones, si reúnen los requisitos exigidos para ello, optar entre mantener estas prestaciones o pasar a percibir una pensión no contributiva de invalidez, jubilación o asignación económica por hijo minusválido a cargo, prestaciones establecidas en la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, de prestaciones no contributivas.

Tabla 4.1.38 Beneficiarios de pensiones asistenciales según clase de pensión y sexo en Castilla y León, junio de 2008

	Total pensionistas			Vejez			Enfermedad		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Ávila	13	2	11	7	2	5	6	0	6
Burgos	15	2	13	7	0	7	8	2	6
León	31	11	20	6	1	5	25	10	15
Palencia	4	0	4	1	0	1	3	0	3
Salamanca	35	10	25	11	2	9	24	8	16
Segovia	5	0	5	2	0	2	3	0	3
Soria	8	0	8	6	0	6	2	0	2
Valladolid	27	5	22	9	0	9	18	5	13
Zamora	10	1	9	2	0	2	8	1	7
CyL	148	31	117	51	5	46	97	26	71
Total Nacional (1)	19.756	2.882	16.874	2.685	253	2.432	17.071	2.629	14.442

(1) No incluye los datos del País Vasco.

Fuente: IMSERSO. Estadísticas. Consulta on-line. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

4.1.3 La situación económica como potencial elemento de inseguridad para los mayores, y sobre todo para las mujeres de más edad

A lo largo de este apartado se han examinado diversos aspectos que inciden de forma directa y clara en las posibilidades de lograr un envejecimiento activo pleno a través de la conformación de entornos seguros para las personas mayores; en concreto nos hemos referido a los relativos a la situación económica actual de este colectivo en Castilla y León, por lo que, procede, a modo de síntesis, introducir algunas reflexiones en torno a los principales resultados y conclusiones del mismo.

El nivel de ingresos del colectivo de personas de 65 años y más, medido en términos de la renta anual equivalente obtenida de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE para el año 2006, se encuentra por debajo del promedio que registra cualquier otro grupo de edad. Concretamente, la renta anual media equivalente para los mayores de 65 años de Castilla y León (9.078,9 euros en 2006) representa el 76,5% de la que corresponde al total de hogares de la Comunidad Autónoma y el 87,2% de la que tienen en media la población anciana en España en su conjunto. Comparativamente, la renta media equivalente de las personas mayores de Castilla y León supera únicamente a la que registran otras tres regiones españolas (Extremadura, Castilla La Mancha y Andalucía). El 74% del total de

personas mayores de Castilla y León tiene una renta que no supera los 10.800 € al año y algo más de la mitad no sobrepasa los 7.200 € al año.

Se aprecian diferencias según el sexo, de modo que el nivel de ingresos medios anuales de los ancianos varones supera al de las ancianas (9.115,4 € y 9.052,9 € respectivamente), así como también en función del estado civil, con menor nivel de renta equivalente entre las personas mayores solteras (7.365 €). Por su parte, la gran mayoría (el 70,5%) de las personas mayores de Castilla y León pertenece a hogares en donde todos los miembros están inactivos y algo más de la mitad (el 51,3%) manifiesta tener dificultades para llegar a fin de mes, siendo la proporción de los que tienen muchas dificultades para hacerlo del 7,1%. En el caso de España, la proporción de personas mayores con muchas dificultades para llegar a fin de mes es bastante mayor (el 11,3%). El colectivo que forman las personas mayores separadas y las que están ocupados son las que disponen del nivel de renta equivalente más elevado, superando en más del 40% y del 30%, respectivamente, el promedio para el total de población mayor en Castilla y León.

De acuerdo con los resultados del estudio sobre la situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León en el año 2007, la mitad de la población de 65 o más años con ingresos manifiesta que éstos son inferiores a los 600 € mensuales, observándose también diferencias según el sexo (el 46,2% de los varones declara tener ingresos superiores a dicha cuantía mensual, frente al 32,0% en el caso de las mujeres). Y también, según la edad y el lugar de residencia, de modo que los ingresos netos mensuales aumentan cuanto menor es la edad de la persona mayor y entre los que residen en hogares particulares, frente a los de más edad y aquéllos que viven en residencias o centros para ancianos.

Las disparidades según el sexo, la edad y el lugar de residencia también se constatan al examinar la capacidad para ahorrar y las posibilidades de gasto de las personas mayores de Castilla y León, según la citada fuente. Así, el 48,2% de los ancianos con ingresos manifiesta tener bastante o mucha dificultad para ahorrar; mientras que el 15,4% declara sencillamente que no puede ahorrar, siendo también en este caso superior el porcentaje de mujeres que el de varones (16,3% y 14,2%, respectivamente). La proporción de personas mayores que declaran no poder ahorrar es también más alta entre los que viven en centros residenciales (el 38,3%) que los que lo hacen en hogares (el 9,4%). En cuanto a las posibilidades de gasto, más de la mitad de las personas mayores de Castilla y León puede permitirse tener calefacción adecuada y comprar regalos a familiares o conocidos (el 74,7% y el 60,5%), pero son minoría los que señalan que lo pueden hacer con otro tipo de gastos como realizar una reparación necesaria en su vivienda (38,9%), comprar ropa nueva por temporada (29,8%), renovar parte del mobiliario o equipamiento doméstico (26,7%), tener refrigeración adecuada (21%), salir de vez en cuando a

comer o cenar fuera (19,2%), salir de vacaciones al menos una vez al año (18,9%) o asistir a espectáculos (13,5%). Los ancianos varones, los de menor edad y los que habitan en hogares declaran, en general, poder permitirse todos esos tipos de gastos en mayor medida que las mujeres, los de más edad y los que viven en centros residenciales.

Como ya se ha indicado, otro indicador de la situación económica de las personas mayores es la denominada “tasa de riesgo de pobreza”, definida como el porcentaje de personas que viven en hogares en los que la renta disponible equivalente es igual o inferior al 60% de la renta mediana equivalente del país en el que residen. De acuerdo con los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE (ECV-2006), dicha renta mediana alcanzaría el valor de 11.787 € anuales en España, situando el umbral de pobreza en una renta disponible equivalente de 7.072,18 € anuales. Según los datos extraídos de la citada fuente estadística, la Comunidad Autónoma de Castilla y León presentaba una renta mediana de 10.604 € y con una tasa de riesgo de pobreza más alta entre la población castellana y leonesa que para el caso nacional (el 21,6%, frente al 19,5%, respectivamente).

Se constata que la tasa de riesgo de pobreza es más alta entre la población de 65 años y más, siendo el valor de dicha tasa del 37% para las personas mayores de Castilla y León, frente al 31,7% en el caso España. Asimismo, según el sexo, dichas tasas son más elevadas entre la población femenina que entre la masculina (el 23,9% y 19,9% en Castilla y León, respectivamente). Entre la población anciana y dentro del ámbito nacional, las tasas de riesgo de pobreza de las mujeres superan siempre a las de los varones. En Castilla y León, sin embargo, las tasas de riesgo de pobreza entre las personas mayores apenas presentan diferencias significativas sobre la media (el 37%) al analizar su distribución según el sexo. En cuanto a la actividad económica, la tasa de riesgo de pobreza de Castilla y León es mucho más elevada entre la personas que no trabajan que entre la población ocupada (el 28,6% y el 13,4%, respectivamente). Por su parte, entre el colectivo de jubilados de la región, el 28,4% no supera el umbral de pobreza, siendo ésta una situación más frecuente entre los varones (el 31,2%) que entre las mujeres (el 19,4%).

Por lo que respecta a la población de 65 años y más, el 36,9% de las personas mayores inactivas de Castilla y León se encuentra en riesgo de pobreza, frente un valor del 32,2% para España. Asimismo, casi un tercio (el 32,4%) de los jubilados tiene un nivel de renta inferior al umbral de pobreza. Una proporción que asciende hasta el 42,8% entre aquéllos que no reciben la prestación de jubilación, fundamentalmente mujeres. El riesgo de pobreza es mayor entre las personas mayores que permanecen solteras (el 46,7% en Castilla y León y el 41,8% en España), seguidas de las que están en situación de viudedad (el 36,5% y el 33,4% en esos dos ámbitos territoriales, respectivamente).

Otro aspecto relevante en el análisis realizado es el del tamaño del hogar en el que vive la persona anciana y, en este sentido, se comprueba que el riesgo de pobreza es mucho más frecuente entre las que viven solas, pues afecta al 57,1% de los hogares formados por una persona mayor de Castilla y León, siendo dicha proporción del 52,4% para el caso de este mismo tipo de hogares en España. Del total de hogares de personas mayores que viven solas en Castilla y León (el 20,5%), sólo el 16,3% están formados por un varón, mientras que el 83,7% restante está compuesto por una mujer. La renta equivalente media para cada uno de estos grupos es de 6.719 €, en el caso de los varones, y de 7.651 €, en el de las mujeres. De este modo, la renta equivalente media del grupo de varones de 65 años y más que viven solos en Castilla y León no alcanza siquiera el nivel que delimita el umbral de pobreza antes señalado.

En el 95,6% de los hogares formados únicamente por un varón de 65 años y más en Castilla y León, éste está jubilado. En el caso de los integrados por una sola mujer, más de la mitad (el 59,8%) está en situación de inactividad y en el 39,5% está jubilada. En lo que se refiere al estado civil, en Castilla y León predominan los hogares unipersonales formados por viudos y viudas (el 79,5% de los hogares de varones y el 89,1% de los de mujeres), seguidos de los que han permanecido solteros (el 20,5% entre los varones y el 10,2% entre las mujeres).

En lo concerniente al análisis de los datos referidos al sistema de pensiones y otras prestaciones públicas en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, por su relevancia actual como fuente de ingresos de las personas mayores cabría destacar que el número de pensiones contributivas en vigor en la región representaba aproximadamente el 7% del total para España en el año 2007, con un peso relativo de las pensiones de jubilación superior al promedio nacional (el 61,9% frente al 58,8%, respectivamente). El número de pensiones de jubilación y de viudedad ha crecido sostenidamente en Castilla y León a lo largo de la última década en paralelo al proceso de envejecimiento demográfico que viene experimentando la población regional.

En 2007, el importe medio del total de pensiones contributivas en Castilla y León era de 651,3 € mensuales, siendo de 727,7 € y de 483,8 € para las de jubilación y de viudedad, respectivamente. Estos importes medios son inferiores a los registrados a escala nacional en ese año (673,7 €; 760 € y 498,3 € respectivamente). Los importes más bajos corresponden a las pensiones de viudedad de los trabajadores por cuenta propia de la región (55.000 pensionistas) próximas a los 400 € al mes y a las del Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), cuyo importe medio ronda los 335 € mensuales y que aún perciben 25.210 pensionistas de la región, en su mayoría mujeres de avanzada edad.

En el plano comparativo interregional, Castilla y León ocupa una posición intermedia en relación a la cuantía media de las pensiones contributivas respecto de otras

Comunidades Autónomas pues la alta presencia de pensiones en vigor pertenecientes a regímenes con prestaciones menos generosas (particularmente el agrario) se ve en cierta medida compensado por pensiones de regímenes especiales con prestaciones más generosas (como el de la minería del carbón).

El análisis de la distribución por tramos del importe medio de las pensiones contributivas, los datos referidos a 1 de julio de 2008 indican que el 46% del total de las pensiones contributivas en vigor en España se sitúan entre los 300 y los 600 € mensuales. El 43,8% de las pensiones de jubilación se concentran entre los 300 y los 600 € mensuales y el 20,2% de todas las pensiones de viudedad están por debajo de los 300 €. La proporción de mujeres que perciben pensiones con importes situados dentro de los tramos inferiores es considerablemente mayor que la de los varones en todas las clases de pensiones. Concretamente, en diciembre 2007, se computaban en Castilla y León un total de 187.415 pensiones en vigor con complemento a mínimo, de las que el 58,7% eran de jubilación y el 34,2% de viudedad.

En lo que respecta a las pensiones no contributivas, los últimos datos disponibles referidos a julio de 2008 indican un total de 24.652 pensionistas no contributivos en Castilla y León, con un importe medio mensual de 334,18 €. Del total de pensiones no contributivas, el 58% eran de jubilación, siendo la cuantía media de 317,85 € mensuales, lo que la sitúa en el grupo de las regiones que registran cuantías más altas.

La proporción de pensionistas no contributivos de jubilación sobre el total de población de 65 años y más de Castilla y León es del 2,51%. El perfil del pensionista no contributivo de jubilación que reside en la Comunidad Autónoma de Castilla y León es el de una mujer, casada y con una edad comprendida entre los 70 y 79 años, que vive integrada en una unidad económica formada por dos y tres personas. Siendo los rasgos distintivos del caso regional, respecto del conjunto de pensionistas no contributivos de jubilación españoles, la mayor presencia de mujeres y de beneficiarios que viven solos (el 38,8% frente a un promedio del 32,4% para España). Señalar, por último, la existencia en junio de 2008 de 148 beneficiarios de pensiones asistenciales en Castilla y León, tratándose fundamentalmente mujeres (el 79%) que perciben una prestación muy exigua (149,86 € al mes).

Una primera conclusión que se desprende de los anteriores resultados es que la población anciana de Castilla y León constituye un colectivo de personas heterogéneo con respecto a la situación económica, detectándose notables diferencias en función del sexo, la edad, la relación con la actividad económica, etc., que se encuentran vinculadas a trayectorias vitales diferentes y en la que también inciden condicionamientos sociales, como la separación de roles entre hombres y mujeres, entre otros. También ha quedado constatado que, pese a la diversidad, una importante minoría de dicha población muestra un alto grado de precariedad en sus condiciones económicas,

como se refleja en el dato de que el nivel de renta de más de la tercera parte de las personas mayores de Castilla y León no alcanza el umbral de pobreza, tal y como éste ha sido definido. Este colectivo de ancianos con mayor riesgo de pobreza estaría integrado, fundamentalmente, por mujeres, los de más edad y los que viven solos, cuyo nivel de ingresos se concentra en los tramos de renta más bajos pues, en muchos casos, son perceptores de pensiones mínimas. Con todo, la situación económica de las personas mayores, incluso la de aquellas en peores condiciones, no parece comprometer la satisfacción de las necesidades básicas de la vida, sino que, fundamentalmente, restringe el consumo de ciertos bienes y servicios y, sobre todo, las actividades sociales y de relación con el entorno en el que viven.

Estos resultados han de reclamar la atención prioritaria de los poderes públicos, que deben responder planificando nuevas políticas. En este sentido, sería recomendable que las actuaciones encaminadas a potenciar el envejecimiento activo se coordinase adecuadamente con los planes dirigidos a luchar contra la pobreza y la exclusión social, dada la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentra una parte importante de la población anciana, en particular aquéllos que disponen de recursos económicos suficientes para llevar una vida digna, activa y saludable en la sociedad actual.

Paralelamente, no hay que olvidar que la población anciana es un colectivo especialmente vulnerable ante cualquier cambio económico adverso como, por ejemplo, un aumento en la tasa de inflación, ya que ello conlleva un deterioro del poder adquisitivo de su principal fuente de ingresos en actualidad (pensiones y transferencias públicas) y, a la vez, eleva el coste de la vida diaria de muchas personas mayores que ya de por sí se encuentran en una situación económica apurada. Es por ello que, mientras las pensiones públicas y las transferencias sociales constituyan la principal fuente de ingresos y de seguridad económica en la etapa de vejez, el mantener o mejorar el poder adquisitivo de las pensiones (en particular de las de viudedad y de las pensiones no contributivas de jubilación) es un componente de la política presupuestaria que ostenta gran influencia sobre las condiciones reales de vida de las personas mayores y, por consiguiente, una gran influencia en la cohesión económica y social de una Comunidad Autónoma tan envejecida como la nuestra.

La vejez y las condiciones de vida de la población anciana constituyen unas realidades de naturaleza dinámica. Las características de la situación económica actual de las personas mayores en Castilla y León que se han examinado son resultado de las circunstancias vitales particulares de unas generaciones de individuos, y que han sido condicionadas en gran medida por su relación con la actividad laboral, pero que son naturalmente susceptibles de variación con el paso del tiempo. De este modo, en la medida en que las historias vitales de los ancianos de dentro de unos años van a ser distintas de las de los actuales ancianos, muchos de los rasgos que

son característicos de las personas mayores hoy dejarán ya de serlo mañana. Más aún, seguramente será preciso redefinir la categoría social de la vejez y lo que se ha de entenderse por población anciana.

Por otra parte, es conveniente señalar, en lo que se refiere a la valoración de la situación económica actual de la población anciana en Castilla y León, si bien es cierto que, atendiendo al nivel de renta, el riesgo de pobreza se detecta con gran nitidez en una parte importante del colectivo que conforman las personas mayores de la región, cabe matizar que la vejez, incluso con el nivel de rentas descrito, no tiene por qué ser sinónimo de pobreza en la sociedad. Ciertamente, aunque de cuantía inferior a la que podríamos considerar adecuada cobertura de las prestaciones de protección social (pensiones, subsidios y otras prestaciones de la Seguridad Social y de la Asistencia Social) se encuentran en unos niveles como nunca lo estuvieron en el pasado; estos sistemas de transferencias públicas, que constituyen uno de los elementos básicos del denominado Estado de Bienestar, resultan absolutamente vitales para nuestra Comunidad Autónoma. Además, se han adoptado nuevas medidas orientadas a complementar la malla de protección pública con mecanismos privados de afianzamiento de ingresos para la vejez, fundamentalmente en forma de incentivos a la acumulación de ahorro y en la implantación de procedimientos de jubilación gradual. De acuerdo con ello, cabe esperar una mejora progresiva de las condiciones económicas y de vida de la población anciana en el futuro.

Sin embargo, afortunadamente, los progresos no se acaban en las prestaciones económicas; de hecho, el riesgo de pobreza que podría derivarse de un nivel de ingresos reducido puede en parte compensarse de una manera real y efectiva, mediante la creación de entornos seguros como los que se han venido implantando en los últimos años, con la creación de una red de servicios (centros de día, servicios de teleasistencia, ayuda a domicilio, etc.). Una protección social en la que también se está profundizando desde el punto de vista normativo, con la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En definitiva, toda una serie de acciones, programas políticas y normas que, en definitiva, tienden a la conformación de unos entornos seguros para las personas mayores; cuestiones a las que vamos a dedicar las últimas (pero no por ello menos importantes) consideraciones de este Informe.

4.2 La seguridad personal y del entorno

Venimos insistiendo en muchos párrafos de las páginas anteriores en que uno de los principales retos en las políticas de atención a las personas mayores es el fomento del envejecimiento activo y en el capítulo anterior se insistía en que, entre otras cuestiones, una forma de conseguirlo es, creando y definiendo espacios de

participación social para las personas mayores, lo cual, al mismo tiempo favorece, mediante esta participación la prevención de situaciones de dependencia.

El otro reto gran reto de los países occidentales, en la planificación, diseño y atención a personas mayores es la respuesta a las necesidades de aquellas personas mayores que tienen algún problema de dependencia (entendidas éstas como aquellas personas que precisan ayuda para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria), o se encuentran en proceso de vulnerabilidad social (“aquellas situaciones a las que se ven sometidas las personas mayores como soledad, falta o carencia importante de recursos económicos, falta de habilidades personales para desenvolverse con autonomía; situaciones, en definitiva, que pueden limitar en un momento determinado su autonomía o calidad de vida”¹⁰).

Esta atención a las personas mayores en situación de dependencia, o de vulnerabilidad social se ve influida, en los países occidentales por tres características que sin duda es necesario tener en cuenta a la hora de implementar las distintas actuaciones para atender a las necesidades planteadas:

- En primer lugar, en la fase de la transición epidemiológica en que nos encontramos, se está produciendo un continuo crecimiento de la esperanza de vida, que tiene como consecuencia del sobrevejecimiento de la población, o lo que es lo mismo, el incremento de personas mayores de 80 años. La consecuencia inmediata de este cambio demográfico es la necesidad de atender a un número creciente de personas que demandan cada vez servicios más especializados.
- Este crecimiento del número y de demandas de las personas mayores contrasta con el descenso de los índices de fecundidad. A medio y largo plazo este cambio demográfico, que algunos autores han denominado “la segunda transición demográfica”, va a incidir en dos áreas fundamentales: en primer lugar se verá modificada la situación de cuidados y atención a las personas mayores dependientes por quienes hasta ahora han sido los habituales cuidadores, es decir los familiares, y en segundo lugar, a nivel socioeconómico la relación entre población activa y población dependiente romperá el equilibrio actual entre el binomio trabajador cotizante y pensionistas, lo que puede incidir negativamente en la calidad de vida, servicios de las personas mayores.
- Finalmente, el cambio social y cultural que se viene produciendo en los modelos familiares, y cuya consecuencia más inmediata, en relación a la atención a las personas mayores dependientes, es la incorporación de la mujer al mercado

¹⁰ Definición dada en el Plan Regional Sectorial de Atención a Personas Mayores 2004-2007. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. Valladolid 2005.

laboral (siendo éstas las que tradicionalmente se encargaban del cuidado de los mayores dependientes), invita a creer que el modelo tradicional de atención a personas mayores dependientes, basado en los cuidados informales, tiene que ser complementado con nuevas medidas que tengan en cuenta la nueva situación actual.

Sobre estas características, genéricas en nuestro país y en todos los de nuestro entorno, Castilla y León, como se refleja el Informe del Consejo Económico y Social de Castilla y León sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León en 2007, tiene una serie de características peculiares que sin duda deben estar presentes en el diseño y planificación de políticas destinadas a personas mayores. Como aspectos más significativos conviene destacar:

- La relación entre población mayor y territorio es significativamente importante en Castilla y León. El colectivo de personas mayores se caracteriza por una gran dispersión territorial; aproximadamente un tercio vive en el medio rural. Esta situación implica una mayor dificultad para poder atender a las personas y acercarles los servicios necesarios, resultando especialmente problemático en el caso de personas dependientes. A mismo tiempo, la distribución espacial de la población repercute directamente en el incremento del coste de determinados servicios. Por si fuera poco, también tiene implicaciones negativas en relación al apoyo intergeneracional que pudiera darse, debido al desequilibrio entre los diferentes grupos de edad.
- Así mismo el cambio en la esperanza de vida (más de 77 años los varones y en torno a 84 las mujeres), lo que produce que exista también un alto índice de sobre envejecimiento, tiene como consecuencia inmediata el probable incremento del número de personas dependientes.
- Finalmente, el colectivo de personas mayores, es un colectivo altamente feminizado, lo que es importante, ya que tradicionalmente el cuidador principal de la persona mayor dependiente es su cónyuge (generalmente la mujer al marido). Esto quiere decir, que si la unidad de convivencia está formada por la pareja, y uno de los dos está en situación de dependencia, la persona "válida", aunque requiera apoyos externos, ya sean públicos o familiares, podrá garantizar el cuidado aunque sea de forma precaria. El panorama cambia, cuando ambas personas mayores se encuentran en situación de dependencia y requieren apoyos o cuando el viudo o la viuda se encuentre en situación de dependencia y requiera la presencia de un cuidador. Es en estas situaciones, cada vez más frecuentes como consecuencia del sobre envejecimiento, fundamentalmente femenino, y como consecuencia de que este envejecimiento no está libre de discapacidad o dependencia, cuando la situación empieza a convertirse en un problema social.

4.2.1 El envejecimiento activo como forma de prevención de la situación de dependencia

Como ya se ha indicado, la II Asamblea Mundial celebrada en Madrid en el 2002, define el envejecimiento activo como el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que se envejece”. No solo hay que reivindicar el envejecimiento activo, sino una vejez activa. El mejor camino para prevenir o alejar la dependencia supone adquirir un estilo de vida cuya meta consiste en que cada persona alcance su potencial de bienestar físico, social e intelectual y que pueda participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Para conseguir estos fines y hacer del envejecimiento una experiencia positiva se requiere desarrollar actitudes que fomenten lo que algunos han denominado “una vida mental activa”, es decir, participar en las cuestiones sociales, económicas, culturales y morales del medio en el que se vive.

En la Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia se pone el énfasis en la promoción de la autonomía personal. Así en el artículo 21 se establece que “la Prevención de las situaciones de dependencia tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos”, y señala que “con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberán cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores”.

Autonomía y envejecimiento activo nos parecen dos elementos muy unidos, ya que el envejecimiento activo es un pilar fundamental para avanzar en lo que denominamos “autonomía personal”; como hemos señalado, el envejecimiento activo no es solo desarrollo y consumo de actividades, sino que requiere ante todo un fomento de interés, la inquietud o la curiosidad, o dicho en otros términos, el envejecimiento activo se da cuando hay una mente activa. En este sentido afirmamos también que el envejecimiento activo debe suponer la promoción de una mente activa. Tener una mente activa, inquietudes intelectuales, ayuda a llegar a un envejecimiento mentalmente activo; y éste puede darse, tanto en personas mayores con plena autonomía física, como en personas mayores con disminución o pérdida total de la autonomía física que requieren apoyos o ayudas para hacer frente a las necesidades personales o sociales.

El envejecimiento activo, entendido como un envejecimiento mentalmente activo, puede darse también en personas con deterioro cognitivo aun en fases leves; en este sentido, promocionar un envejecimiento mentalmente activo puede contribuir a alargar las fases iniciales, evitando así el deterioro hacia situaciones de pérdida total de la capacidad intelectual. Por lo tanto, la promoción de un envejecimiento mentalmente activo, con independencia de que las personas mayores se encuentren en una situación en la que no se valgan para realizar las “Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)” o que tengan dificultades para realizar las “Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)”, puede contribuir a desarrollar procesos con una perspectiva distinta a lo que se ha entendido como envejecimiento activo.

4.2.2 Marco normativo para las personas mayores en proceso de vulnerabilidad social

El marco normativo que regula las políticas sociales destinadas a personas mayores habitualmente engloba dentro de su articulado tanto envejecimiento activo, como atención a la dependencia. En consecuencia y, dado que en el capítulo anterior se ha profundizado en todo el marco normativo, en este epígrafe sólo se va a mencionar lo relacionado con la atención a la dependencia y la vulnerabilidad social en España y en Castilla y León.

En el marco normativo nacional destaca la reciente Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En el artículo 1, referente a su objeto nos avanza que “La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español”.

Conviene así mismo destacar, dentro de su artículo 3, dos principios que sin duda subyacen dentro de la filosofía perseguida por dicha ley, por un lado “la promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible” así como “la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida”, estos dos principios, el de la máxima autonomía posible, y la permanencia en el entorno, son los que deben explicar el conjunto de medidas que emanan de la ley. Así mismo debemos tener en cuenta que el artículo 15 establece un catálogo de servicios para atender a las personas en situación de dependencia, detallando expresamente los siguientes:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - > Atención de las necesidades del hogar.
 - > Cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - > Centro de Día para mayores.
 - > Centro de Día para menores de 65 años.
 - > Centro de Día de atención especializada.
 - > Centro de Noche.
- Servicio de Atención Residencial:
 - > Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - > Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

En el artículo 17 plantea también las prestaciones de naturaleza económica vinculadas a la atención a la dependencia cuando no existan servicios.

En Castilla y León las actuaciones dirigidas al colectivo de personas mayores se regulan según lo dispuesto en la Ley 5/2003, de 3 de abril, de Atención y Protección a las Personas Mayores de Castilla y León, que nace con los siguientes objetivos:

- Garantizar el respeto y la defensa de los derechos de las personas mayores.
- Prestar atención integral y continuada, especialmente a las personas mayores dependientes.
- Promover el desarrollo personal y social a través del ocio y la cultura.
- Fomentar la participación a nivel individual e institucional.
- Potenciar la integración social y la permanencia de los mayores en su entorno familiar y social.
- Impulsar las relaciones intergeneracionales y la solidaridad hacia las personas mayores.
- Apoyar a la familia y cuidadores de los mayores dependientes.
- Prevenir y evitar las situaciones de riesgo social y/o abuso que puedan dar lugar a maltrato, desasistencia o cualquier otra vulneración de sus derechos.
- Promover el mayor grado de autonomía posible de los mayores.

Esta misma disposición legal específicamente en relación a la dependencia se plantea la atención de las situaciones de dependencia a través de:

- La aplicación del concepto de dependencia a aquellas situaciones en las que la persona mayor necesita protección y/o supervisión tanto de su persona como de sus bienes.
- El reconocimiento expreso de la atención integral a las personas mayores dependientes a través de recursos específicos adaptados a sus necesidades individuales y del apoyo adecuado a sus familias y establecimiento de ayudas técnicas específicas.
- La creación de entidades con personalidad jurídica propia para la protección de las personas mayores y sus bienes.

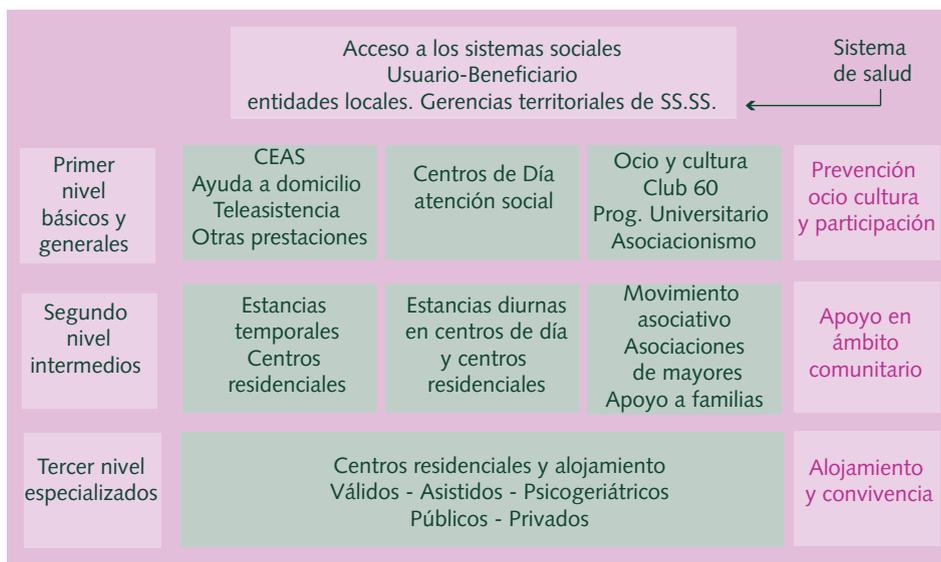
Para ello, a través del Plan Regional de Atención a las Personas Mayores, aprobado por Decreto 57/2005, de 14 de julio, y en vigor hasta fin de 2007 (actualmente prorrogado), se disponen las actuaciones encaminadas a atender a este colectivo. Dentro del este plan concretamente en el Área de atención a las personas mayores dependientes y en situación de vulnerabilidad social se incluyen aquellas actuaciones destinadas a ofrecer a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia o vulnerabilidad social un apoyo que facilite la permanencia en su entorno más próximo con calidad de vida, durante el mayor tiempo posible.

4.2.3 Un variado catálogo de servicios encaminados a la creación de entornos seguros para los mayores

El tipo de servicios, dispositivos y recursos para las personas mayores en Castilla y León están concebidos en diferentes niveles teniendo en cuenta las condiciones de vida de las personas mayores¹¹, tal como se recoge en el gráfico 4.2.1. Para promover el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia, la administración, a través de los servicios sociales establece un primer nivel que como hemos desarrollado anteriormente, se centra en la Información, orientación, prevención y sensibilización. Estos servicios, son los destinados a favorecer un envejecimiento activo y prevenir situaciones de dependencia y comprenden todos aquellos reflejados en el capítulo anterior (Turismo social, programas universitarios).

¹¹ El catálogo de servicios que establece el artículo 15 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, es prácticamente coincidente con los servicios previstos y ofertados en la Ley 18/1988 de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León y su desarrollo legislativo posterior.

Gráfico 4.2.1 Red de dispositivos de Castilla y León



Frente a este envejecimiento activo debemos situar el concepto de Vejez dependiente, para referirnos a aquellas personas que han ido perdiendo su propia capacidad funcional o cognoscitiva y que requieren apoyos para poder seguir manteniendo el nivel y calidad de vida necesario o en situación de vulnerabilidad social para aquellas que pese a no ser dependientes se ven sometidas a procesos como soledad, falta o carencia de recursos económicos, falta de habilidades para desenvolverse con autonomía, etc., que pueden limitar en un momento determinado su autonomía o calidad de vida.

4.2.3.1 PRIMER NIVEL: SERVICIOS BÁSICOS Y GENERALES

Tabla 4.2.1 Principales indicadores del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en Castilla y León, 2007

Nº usuarios	28.000
Índice cobertura	4,91
% de usuarios mayores de 65 años	93,0
% de usuarios mayores de 80 años	55
Edad media de los usuarios	77
Intensidad horaria (horas/mes/usuario)	18,48
Precio medio (euros/hora)	13,29
Copago usuario (% coste)	12,92
Número trabajadores	4.831

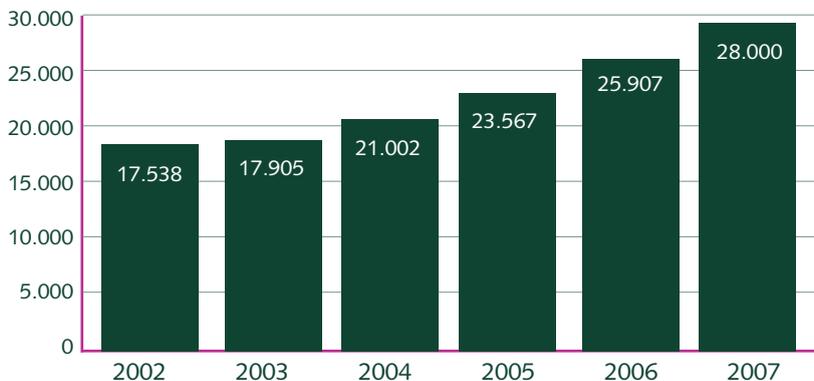
Fuentes: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León 2007*. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España*. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Aunque los servicios que a continuación se presentan, son principalmente utilizados por personas mayores en situación de vulnerabilidad social o en proceso de dependencia, el hecho de no ser servicios específicamente utilizados por personas mayores, los sitúa en el primer nivel de atención. Los principales son:

- **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)**

Está destinado a facilitar, mediante profesionales cualificados, el mantenimiento de la autonomía personal, previniendo el deterioro individual y/o social, promoviendo condiciones favorables que permitan la integración y permanencia de la persona mayor en su entorno y contribuyendo a mejora de las relaciones familiares y de convivencia. Al ser un servicio social básico, puede ser solicitado por cualquier persona aunque sobre todo es utilizado por personas mayores, el 93.6% en 2007 (tabla 4.2.1).

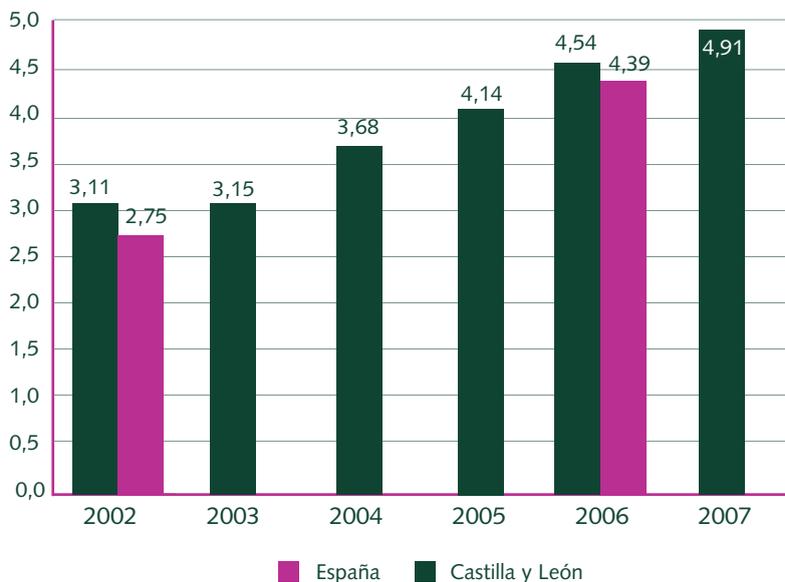
Gráfico 4.2.2 Evolución del número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en Castilla y León, 2002-2007



Nota: en 2006 se consignan datos para Castilla y León a 31/12/2006 y para España a 01/01/2007.

Fuentes: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Años 2002 a 2007.* IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. Enero 2007.*

Gráfico 4.2.3 Evolución del índice de cobertura del Servicio a Ayuda a Domicilio en Castilla y León y España, 2002-2007



Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Años 2002 a 2007.*
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Por otra parte, la evolución en cuanto al número de usuarios del SAD en Castilla y León durante el periodo comprendido entre 2002 y 2007 ha sido constante, incrementándose en este periodo de tiempo en 10.462 el número de personas atendidas, tal como se refleja en el gráfico 4.2.2. Pero no se trata únicamente de variación en cifras absolutas, sino que este incremento de los beneficiarios, ha significado al mismo tiempo una mejora en el índice de la cobertura del servicio, siempre superior a la media nacional. En efecto, aunque no disponemos de datos para todos los años, hemos podido constatar cómo en 2002 el índice de cobertura del SAD en Castilla y León era de 3,11% frente al 2,75% del conjunto del país. La evolución en la prestación del servicio hace que en 2006 la cobertura se haya ampliado hasta un 4.54% en Castilla y León, índice todavía superior al 4,39% del conjunto de España.

- **Servicio Público de Teleasistencia**

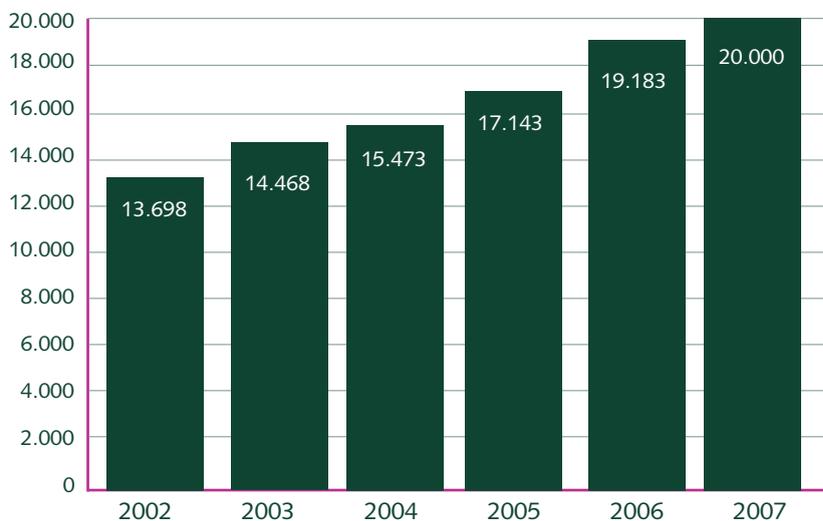
Consiste en la instalación de un dispositivo conectado con la línea telefónica del usuario con el fin de que esté permanentemente en contacto con una central de alarma, la cual procede a actuar convenientemente en el supuesto de que exista una situación de riesgo para esa persona mayor. Este servicio no es sustitutivo, sino que suele ser complementario del SAD y, como él, son las personas mayores las principales usuarias de este servicio, aunque lo puede solicitar cualquier persona, independientemente de su edad, que acredite su necesidad. Dada esa similitud y la demostrada utilidad del mismo, el Servicio de Teleasistencia ha experimentado una evolución muy similar a la del mencionado anteriormente, pues el número de usuarios se ha incrementado entre 2002 y 2007 en 6.302 personas, lo que supone una variación relativa del 46% (Véase tabla 4.2.2. y gráfico 4.2.4.).

Tabla 4.2.2 Principales indicadores del Servicio de Teleasistencia en Castilla y León, 2007

Nº usuarios	20.000
Índice cobertura	3,51
% de usuarios mayores de 65 años	93,6
% de usuarios mayores de 80 años	56,0
Edad media de los usuarios	80
Coste medio (euros)	22,52
Copago usuario (% coste)	11,84

Fuentes: CESCYL. *Informes sobre la situación económica y social de Castilla y León 2007*. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J. D. Rueda y C. Vega.

Gráfico 4.2.4 Evolución del número de usuarios del Servicio de teleasistencia en Castilla y León, 2002-2007



Fuente: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Años 2002 a 2007.* Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

En cuanto al índice de cobertura, al igual que el Servicio de Ayuda a Domicilio, se ha ido incrementando progresivamente, pues se ha pasado de un 2,43% en 2002 a un 3,36% a finales de 2006. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurría con el servicio antes descrito, la teleasistencia se ha incrementado en Castilla y León a un ritmo muy inferior al registrado en el conjunto español, pues mientras éste registraba en 2002 un índice muy inferior al castellano y leonés (1,45 y 2,43 respectivamente), en la actualidad, nuestra Comunidad Autónoma registra una menor generalización de este servicio, pues este indicador registró en 2007 un valor de 3,36, frente a 4,38 para el total nacional, como consecuencia de un ritmo muy inferior en la implementación del servicio, pues tan sólo se ha multiplicado por 1,4, cuando en España su valor se ha triplicado en este último quinquenio. (Véase gráfico 4.2.4).

Gráfico 4.2.5 Evolución índice de cobertura del Servicio de Teleasistencia en Castilla y León y en España



Fuentes: CESCYL. *Informes sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*. Años 2002 a 2007. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

- **Otros Servicios de Atención Domiciliaria**

Este tipo de recursos suelen ser complementarios a los dos principales servicios de atención domiciliaria (SAD y Teleasistencia), contemplándose de forma específica en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). En el siguiente cuadro se recoge el estado de estos servicios en Castilla y León (enero 2007).

Tabla 4.2.4 Estado del Servicio de Atención Domiciliaria en Castilla y León

Servicio	Nº de usuarios
Comidas a domicilio (Nº total de servicios subvencionados)	49.904
Lavandería a domicilio	2.499
Adaptación a la vivienda	599
Ayudas técnicas	414

Fuente: IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

4.2.3.2 SEGUNDO NIVEL: SERVICIOS INTERMEDIOS

Son principalmente las personas mayores en situación de vulnerabilidad social, los destinatarios y principales usuarios de los recursos situados en el segundo nivel de los servicios sociales y que tienen como objetivo principal favorecer la permanencia de la persona mayor en su entorno familiar que, en la mayor parte de los casos es en el que los mayores se sienten más seguros. Vamos a aludir brevemente a la situación en Castilla y León de este tipo de prestaciones de segundo nivel con un planteamiento similar al utilizado para el nivel anterior, tomando como año de inicio 2002 para conocer la evolución en el periodo que va hasta 2007.

- **Red de Centros de día - Unidades de estancias diurnas**

Estas estancias están dirigidas a personas mayores con limitaciones en su autonomía y se pueden considerar como un recurso intermedio entre la atención domiciliaria y la residencial. Estos centros tal y como se definen en el Libro Blanco de atención a las personas mayores dependientes son “un centro gerontológico, terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia, promueve su autonomía y favorece la permanencia en su entorno habitual, así como su calidad de vida”.

Tabla 4.2.5 Situación estancias diurnas en Castilla y León, 2006

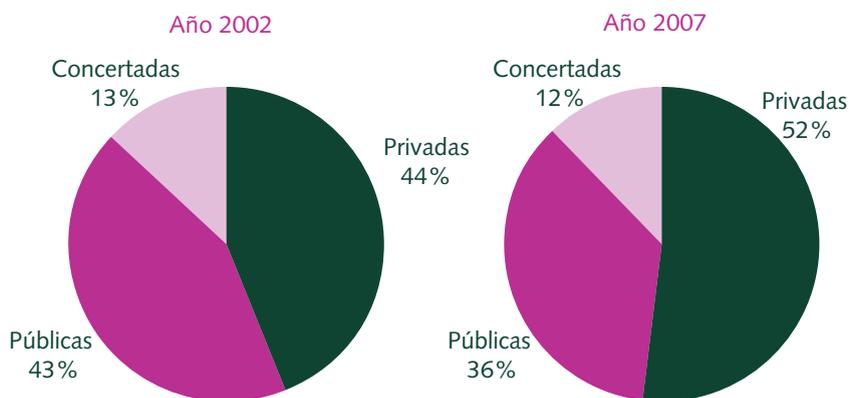
Nº de centros de titularidad pública	58
Nº de centros de titularidad privada	89
Total centros	147
Nº plazas públicas	1.103
Nº plazas concertadas	363
Nº plazas privadas	1.635
Total plazas	3.101
Nº de usuarios	3.674
Índice cobertura pública + concertada	0,26
Índice cobertura privada	0,29
Total índice de cobertura	0,54
Nº plazas psicogeriatricas	489

Fuentes: Elaboración propia a partir de: Servicios Sociales para personas mayores en España. *Boletín sobre envejecimiento*. Perfiles y tendencias. Enero 2007.

Los datos que se muestran en la tabla 4.2.5 son el resultado de un crecimiento constante, en el número total de plazas de estancias diurnas, claramente perceptible desde 2002; no obstante, esa variación numérica también se ha caracterizado por un cierto desequilibrio en el incremento del número de plazas de

carácter público o concertado y el de las procedentes de la oferta privada. A lo largo del periodo considerado se han creado un total de 1.924 nuevas plazas de estancia diurna (lo que supone más que duplicar las 1.117 existentes en 2002), y, dado que el número de usuarios potenciales no se ha incrementado al mismo ritmo, también crece el Índice de cobertura (pasando de 0,21 a 0,55). Un estudio más detenido de los “componentes”, de esta variación, nos muestra que esa “mejora en la cobertura” se ha debido en mayor medida a la iniciativa privada que a la ampliación de la oferta pública.

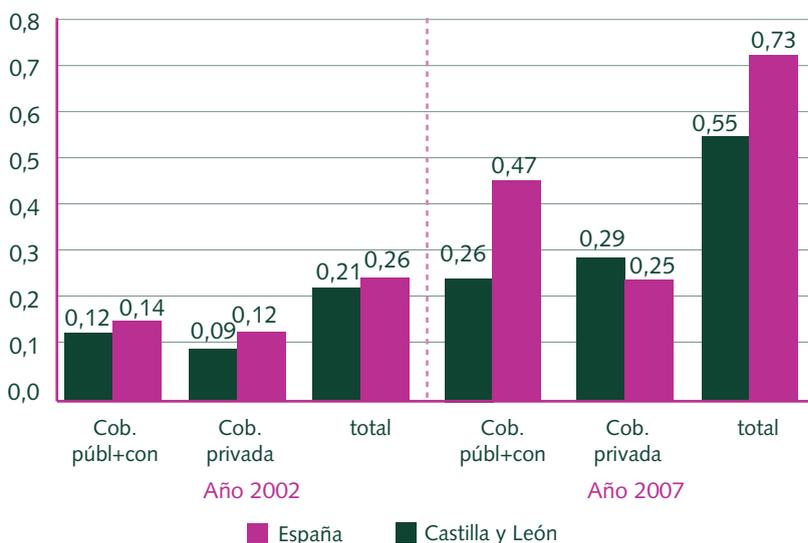
Gráfico 4.2.6 Distribución de las plazas de estancias diurnas según titularidad en Castilla y León



Fuente: IMSERSO. Servicios Sociales para personas mayores en España. *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

En efecto, en el año 2002 las plazas de titularidad privada representaban un porcentaje casi idéntico al de las públicas (un 44% y un 43% respectivamente), teniendo el resto el carácter de plazas concertadas. Dichas proporciones, se ha distanciado considerablemente en la última fecha considerada, hasta el punto de que, habiendo variado muy poco las concertadas (13% y 12% en una y otra fecha), el porcentaje de las privadas se ha incrementado en 8 puntos en este último quinquenio, hasta suponer en 2007 el 52% del total de las plazas de estancias diurnas, quedando las de titularidad pública en poco más de un tercio (el 36% del total). En definitiva, las plaza el número de estancias diurnas cubiertas con fondos públicos ha pasado ha ser en la actualidad minoritario.

Gráfico 4.2.7 Evolución del índice de cobertura de las estancias diurnas en Castilla y León y en España según tipo de titularidad



Fuente: IMSERSO. Servicios Sociales para personas mayores en España. *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007 y CESCYL. *La situación de las personas mayores en Castilla y León*. Informe a Iniciativa Propia IIP 5/02, 2002.

Esta dinámica de moderado incremento de las plazas de titularidad pública y concertada y un mayor crecimiento de las plazas privadas es uno de los principales elementos diferenciadores si comparamos la naturaleza y el grado de cobertura de las estancias diurnas en Castilla y León con las del conjunto español. De hecho, el análisis de la trayectoria registrada en el quinquenio 2002-2007 (representado en el gráfico 4.2.7) nos permite afirmar que en materia de estancias diurnas, Castilla y León tiene que hacer un esfuerzo importante, pues se manifiestan distinguir dos elementos diferenciadores altamente significativos:

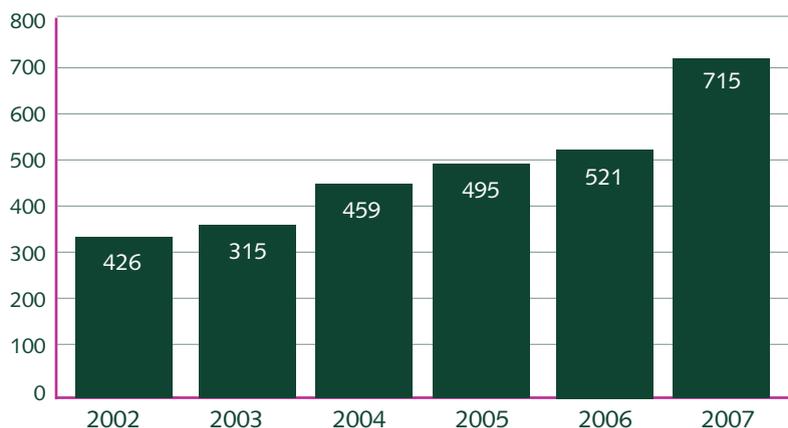
- El servicio ha crecido bastante con mayor intensidad en el conjunto español, lo que ha conducido a un agrandamiento sustancial de la brecha existente entre el índice de cobertura de España y el registrado en nuestra Comunidad Autónoma, pues el diferencial que era en 2002 ligeramente superior a 0,05 ha pasado a ser en 2007 de 0,18. Ello significa que, según los últimos datos, el índice de cobertura español es un 32,7% superior al castellano y leonés.
- Ese aumento de la desigualdad en el índice de cobertura se debe, exclusivamente, a que el ritmo de crecimiento de las plazas de iniciativa pública

más las concertadas ha sido muchísimo más intenso en el conjunto del país que en nuestra Comunidad Autónoma, como prueba el hecho de que índice de cobertura de plazas privadas para este servicio sea algo superior en Castilla y León (0,29 frente a 0,26); por consiguiente, si las diferencias totales son muy amplias a favor de España, debemos concluir que la mayor protagonismo de las plazas públicas en este ámbito.

- **Estancias temporales**

Estas estancias se llevan a cabo en los centros residenciales, ofreciendo al usuario una atención similar a la de los residentes permanentes. Al tener carácter temporal, este servicio también está destinado a favorecer la permanencia del mayor en su entorno, haciendo uso del solamente en situaciones puntuales tales como convalecencias del mayor, respiro familiar, enfermedad o ausencia de los cuidadores, obras en el domicilio.

Gráfico 4.2.8 Evolución del número de plazas de estancias temporales en Castilla y León, 2002-2007



Fuente: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Años 2002 a 2007.*
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Las estancias temporales también han experimentado un moderado crecimiento desde 2002 (especialmente desde 2006) pasando de 426 a 715 en 2007, lo que ha supuesto también un incremento del 71% en su índice de cobertura. De este modo, aun cuando nos encontramos en la línea adecuada, es necesario redoblar los esfuerzos, pues los valores son todavía bastante bajos, al pasarse de 0,07 en la primera fecha a 0,12 en la última.

- **Programas de apoyo a las familias**

Se trata de una línea de recursos, destinada a facilitar que las familias cuidadoras de personas mayores dependientes puedan disponer de periodos de descanso y posibilitar también a los cuidadores principales el desarrollo de otras actividades que les permitan mantener el contacto con su entorno y prevenir la aparición de los problemas de salud, personales, sociales y familiares derivados del tipo e intensidad de la atención que requieren estos enfermos. Igualmente se persigue proporcionar asesoramiento y otra serie de apoyos los cuidadores. En las actuaciones de esta naturaleza conviene diferenciar entre:

- Programa integral de respiro a familiares cuidadores de ancianos dependientes, concertado con el centro San Juan de Dios de Palencia, proporcionan respuestas diversificadas de respiro familiar que abarcan las siguientes modalidades:
 - > Estancias temporales.
 - > Estancias nocturnas.
 - > Estancias diurnas en el medio rural.
- Programas de atención a los enfermos de alzhéimer y sus familias, destinado específicamente a enfermos de alzhéimer y sus familias, se presta a través de las propias Asociaciones de Familiares de enfermos de alzhéimer ofreciendo los siguientes servicios:
 - > Apoyo y asesoramiento a familias mediante dos vías, el apoyo psicológico al familiar cuidador y la Atención Especializada en el domicilio.
 - > Programa de Estimulación Psicoterapéutica en Centro de Día.
 - > Programa de Autoayuda Comunitaria.
 - > Programa de Detección Precoz y Estimulación Temprana.
 - > Teléfono de información sobre la enfermedad de Alzheimer.
 - > Estancias diurnas de las Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer.
 - > Programa "Espacios de Vida".

- **Servicio de tutela FUNDAMAY**

Para atender a personas mayores incapacitadas judicialmente, por padecer una enfermedad físico o psíquico de carácter permanente que impide el auto-gobierno de estas personas, cuando no existen familiares o allegados adecuados para asumir esta protección, la Junta de Castilla y León tiene firmado un Convenio con la Fundación Castellano Leonesa para la Tutela de las Personas Mayores (FUNDAMAY), quien asume en el ámbito de la Comunidad la pro-

tección legal de estas personas, siempre que tenga recursos y capacidad para poder prestar los apoyos que estas tareas requieren.

De las 282 personas mayores atendidas por FUNDAMAY a 31 de diciembre de 2007, 110 (39%) residen en plazas sufragadas con cargo a la Gerencia de Servicios Sociales; 22 personas (7,8%) residen en otros centros públicos pertenecientes a corporaciones locales y 90 (31,9%) en centros privados. El número de personas que residen en el domicilio son 60 (21,3), de ellas la gran mayoría cuentan con autonomía suficiente para permanecer en su entorno con apoyos, aunque el 16% están a la espera de su ingreso en centro residencial de carácter público. Además de este programa de Tutela, FUNDAMAY desarrolla otro programa en Castilla y León de Asesoramiento Jurídico y Psicológico que se imparte en distintos Centros de Día de Personas Mayores de la Comunidad, por profesionales de derecho y de la psicología.

Tabla 4.2.6 Servicio de tutela FUNDAMAY, 2008

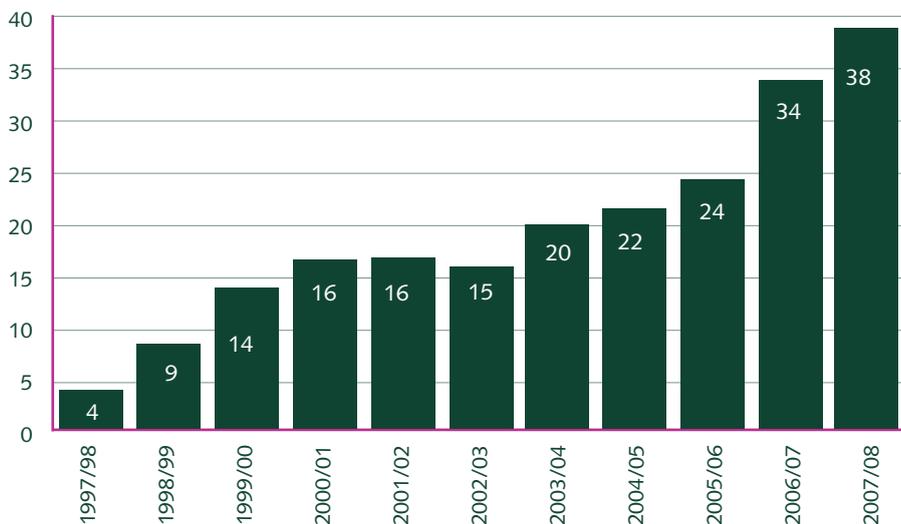
Ámbito de residencia			Tutela	Curatela	Defensa judicial	Admón. judicial	Total Cargos
Centros	Plazas	- Gerencia	33	3	-	-	36
	Públicas	- Concertadas	66	-	6	2	74
		- Otra admón.	22	-	-	-	22
	Privados		70	5	8	7	90
Domicilio			42	3	10	5	60
Total Castilla y León			233	11	24	14	282

Fuente: FUNDAMAY. Datos referidos al primer trimestre de 2008.

- **Programa de Convivencia Intergeneracional – Alojamientos Compartidos**

Este programa, de marcado carácter intergeneracional, tiene como objetivo favorecer la permanencia del mayor en su entorno dando la posibilidad a los mayores que lo deseen de compartir su vivienda con jóvenes del distrito universitario que corresponda, fomentando la ayuda mutua y facilitando información orientación y apoyo profesional a la convivencia. A este convenio (inicialmente firmado por la Gerencia de Servicios Sociales y la Universidad de Valladolid), se han adherido el resto de Universidades públicas (cerrando por lo tanto el mapa regional) además de los Ayuntamientos de Burgos, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid.

Gráfico 4.2.9 Programa de convivencia intergeneracional (alojamientos compartidos). Número de convivencias por cursos académicos



Fuente: Universidad de Valladolid. Años 1997 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Desde la puesta en marcha del programa de alojamiento compartido en 1997, se han establecido 212 experiencias de convivencia, la mayor parte de ellas (180) en la Universidad de Valladolid al ser la pionera del mismo en la Comunidad de Castilla y León, en la Universidad de Salamanca se han formalizado 28 convivencias desde 2005. Finalmente, desde su puesta en marcha en 2006 se han iniciado 3 convivencias en la Universidad de Burgos y 1 en la de León.

4.2.3.3 TERCER NIVEL: SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Más centrado en la ayuda y apoyo a personas con graves limitaciones, en este nivel se pretende dar una atención integral y continuada fuera del domicilio, generalmente a través de la institucionalización de las personas mayores. Los servicios adecuados a tal fin existentes en Castilla y León son:

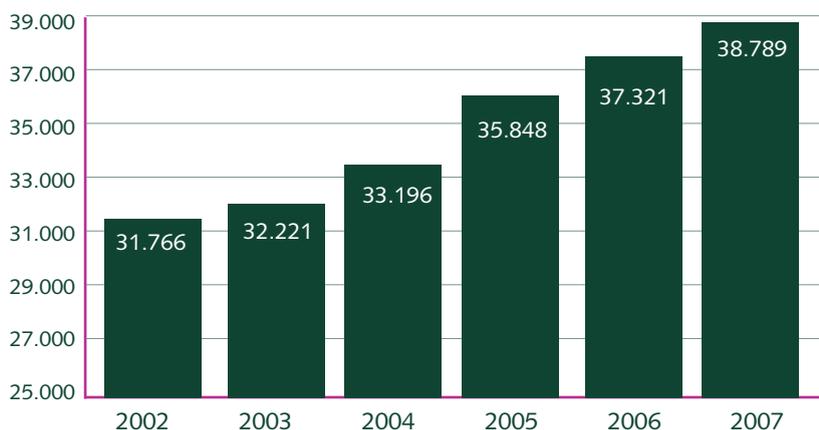
- **Estancia residencial permanente (centros residenciales)**

Estos centros están dirigidos a cubrir las necesidades de las personas mayores con mayor nivel de dependencia o en las que la atención familiar no es posible. En el siguiente cuadro se recoge la situación de las plazas residenciales existente en Castilla y León en 2007.

Tabla 4.2.7 Situación de los centros residenciales en Castilla y León, 2007

Nº de centros de titularidad pública	148
Nº de centros de titularidad privada	459
Total centros	607
Nº plazas públicas	12.818
Nº plazas concertadas	2.892
Nº plazas privadas	23.079
Total plazas	38.789
Índice cobertura pública concertada	2,75
Índice cobertura privada	4,05
Total índice de cobertura	6,80

Fuentes: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León 2007*. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. Enero 2007* (Datos titularidad de los centros). Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

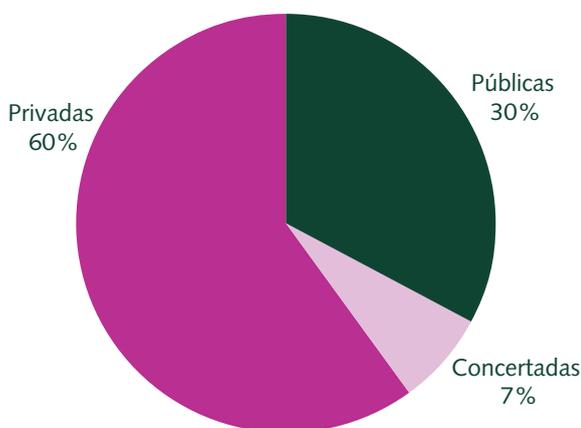
Gráfico 4.2.10 Evolución del número de plazas en centros residenciales para mayores en Castilla y León

Fuente: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León. Años 2002 a 2007*. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

En términos absolutos, el número de plazas disponibles para personas mayores en Castilla y León ha tenido un notable incremento en el periodo comprendido entre 2002 y 2007, con la creación de 7.023 plazas nuevas en este intervalo de tiempo, lo que supone sin duda un notable esfuerzo inversor, tanto por parte de las distintas administraciones públicas, como sobre todo por la iniciativa privada, constataando la realidad del yacimiento de empleo que son el colectivo de personas mayores en esta Comunidad.

Esta variación numérica en el número de plazas ha supuesto un incremento del 22%, al tiempo que el número de mayores residentes en Castilla y León apenas se ha modificado entre las dos fechas consideradas (véase capítulo 1). Ello ha permitido que la cobertura de plazas residenciales para personas mayores sea en estos momentos la mayor del territorio nacional con 6.8 (diciembre 2007). No obstante, conviene destacar, que la mayor parte de las plazas residenciales existentes en Castilla y León se encuentran en centros de titularidad privada (60%), mientras que las plazas de titularidad pública suponen el 33%. Finalmente las plazas que la administración concierta con entidades privadas suponen el 7% del total de plazas.

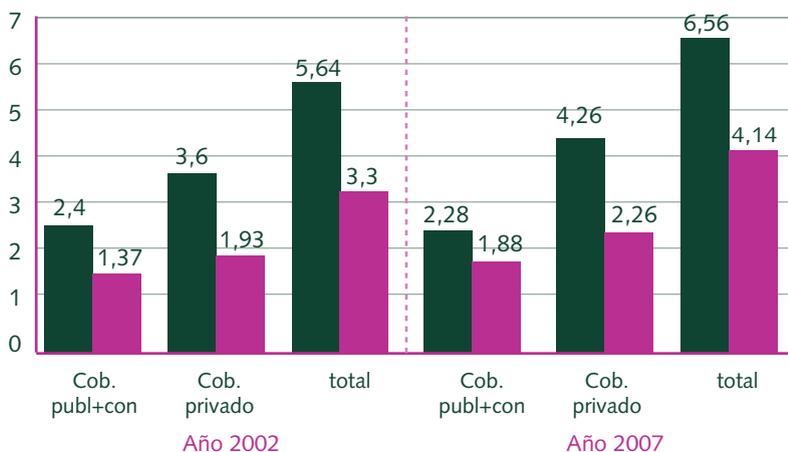
Gráfico 4.2.11 Distribución de las plazas residenciales en Castilla y León según titularidad, 2007



Fuente: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León, 2007*.
Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Esta particularidad en la distribución de plazas, evidentemente tiene consecuencias sobre el sistema, ya que las plazas de titularidad privada tienen, en función de las características y sobre todo en función del precio, un índice de ocupación muy variado, mientras que en las plazas de titularidad pública, o con financiación pública, no solamente tienen una ocupación del 100%, sino que además suele tener numerosas solicitudes de ingreso pendientes de resolución, lo que se traduce, también en amplias listas de espera. La distribución de plazas descrita, se traduce en que, si bien la cobertura correspondiente a las plazas financiadas con capital público es ligeramente superior a la media nacional, aún resulta a todas luces insuficiente para atender a las necesidades de las personas mayores dependientes de Castilla y León, lo cual es lógico si tenemos en cuenta la importancia que el “envejecimiento del envejecimiento” registra en nuestra Comunidad Autónoma, tal como se ha señalado en el capítulo 1.

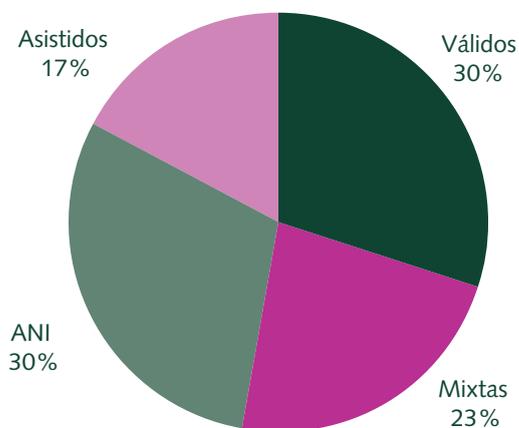
Gráfico 4.2.12 Evolución del índice de cobertura en plazas residenciales en Castilla y León y en España según titularidad, 2002-2007



Nota: Los datos consignados como 2007, en el caso de Castilla y León son fecha de 31 de diciembre de 2006, mientras que los de España son de enero de 2007.

Fuentes: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*. Años 2002 a 2007. IMSERSO. *Servicios Sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. Enero 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

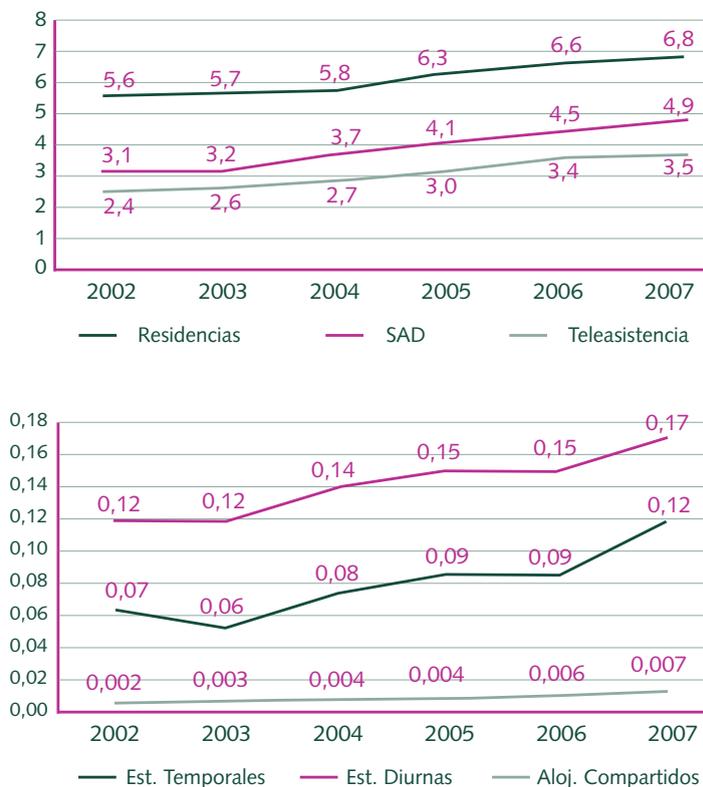
Gráfico 4.2.13 Distribución del tipo de plazas en centros residenciales de Castilla Y León según la situación de dependencia del mayor, 2007



Fuente: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*, 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

No obstante, a pesar que una de las principales demandas de las personas mayores es la creación de nuevas plazas residenciales de titularidad pública, con buen criterio, las administraciones públicas están intentando aplicar, en primer lugar unos mayores y mejores criterios de eficacia a las plazas existentes. Es evidente que los centros residenciales en principio (al menos los de titularidad pública) están, o deben estar, pensados para atender, prioritariamente, a personas mayores que no se pueden valer por ellas mismas; en consecuencia, resulta completamente lógica la medida que ya se está aplicando, que es la de orientar el esfuerzo inversor en la reconversión de plazas actualmente para válidos en plazas para personas asistidas. No obstante, en esta tarea aún queda mucho por hacer ya que en enero de 2007, las plazas para válidos todavía suponían el 30% del total de plazas disponibles.

Gráfico 4.2.14 Evolución de los índices de cobertura de servicios para personas mayores dependientes o en situación de vulnerabilidad social, Castilla y León 2002-2007



Fuente: CESCYL. *Informe sobre la Situación Económica y Social de Castilla y León*. Años 2002 a 2007. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

4.2.4 La necesidad de crear “entornos para las personas” en lugar de instalar a los mayores en entornos creados

El análisis de la información disponible nos permite afirmar que, al menos desde el punto de vista cuantitativo, el grado de atención a las personas mayores ha mejorado, pues, como observamos en el gráfico 4.2.14, los índices de cobertura de los principales servicios destinados a la atención de las personas mayores en situación de dependencia o vulnerabilidad social se han incrementado en el periodo de tiempo comprendido entre 2002 y 2007. Ello, sin duda, avala el importante esfuerzo institucional (y de iniciativas privadas) encaminado, a la creación de entornos seguros para las personas mayores con limitaciones en su autonomía.

Siguiendo la línea argumental del capítulo anterior, creemos que todos aquellos programas o servicios que contribuyan a crear o a promover iniciativas que mantengan despierta e ilusionada a la persona mayor, que estimulen la propia actividad mental, han de ser tan valorados y apoyados como los programas basados en una oferta para el consumo de actividades. En este sentido, resaltamos la conveniencia, oportunidad y el beneficio de todos los programas que se ofertan en muchos centros de día o en centros sociales que se basan en la realización de talleres que intentan desarrollar competencias y capacidades de las personas en situación de dependencia, con el fin de que su sistema neurológico siga en pleno funcionamiento a través de este entrenamiento. Nos parece que este tipo de actividades han de formar parte de la “cartera de servicios” del envejecimiento activo y del envejecimiento saludable.

No debemos olvidar, según señalan algunos estudios, que los juegos de mesa, tan denostados a veces como el juego de cartas, de parchís, dominó, etc., también contribuyen a mantener viva la mente de las personas, evitando que se conviertan en meros receptores de imágenes o sonidos. En este sentido apostamos por promover actividades e iniciativas que desarrollen la actividad artística, literaria, comunicativa, en las personas, no solo porque el recuerdo puede evocar sensaciones gratificantes, sino como una forma de garantizar esa autonomía. Por ello ha de recalcarse la importancia de atender y no descuidar a las personas mayores a través de esos programas que contribuyen a desarrollar, ejercitar o promocionar estímulos cognoscitivos con el fin de evitar el deterioro mental, bien sea a través del juego, de los programas de estimulación de la mente, de las tertulias o de cualquier técnica comunicativa.

Es probable que muchas personas mayores, a medida de que van siendo conscientes de sus mermas, disminuciones y pérdida de agilidad o de capacidad para hacer las cosas, se instalen en la queja y denuncia de esa situación y demanden de apoyos a las personas que tienen en su alrededor y entorno. No cabe duda que el desgaste y deterioro, la pérdida de capacidades y el cansancio al tener que desarrollar

algunas tareas que en otros momentos han asumido como propias, es un hecho real y cierto, pero si apostamos por favorecer la actividad y el sentimiento de utilidad personal y de validez y capacidad de vinculación en el ámbito de la convivencia, habrá que tener claro que para seguir manteniendo algunas competencias, responsabilidades y destrezas los familiares más cercanos deberían encomendar a estas personas mayores algunas de esas tareas que, a pesar de su limitación, puede contribuir a mantener el sentido de utilidad, de valía y de capacidad; y ello, no con el ánimo de sobrecargarlas, abusar de su disponibilidad y buena intención, sino para no magnificar más de lo necesario ni reforzar la idea de incapacidad ante la situación de deterioro que pueda ir apareciendo, ya que desde la propia percepción de esta merma se pasa con extrema facilidad a la situación propiamente de deterioro real. A pesar de la disminución y merma de las capacidades son cada vez más las voces partidarias de que las personas mayores, sean hombres o mujeres, no se desvinculen completamente de algunas tareas y responsabilidades dentro de la organización familiar, tales como hacer la compra, la limpieza, planchado, tareas culinarias, etc. Obviamente, siempre se debe evitar que esas prácticas terminen siendo una forma de abuso o maltrato encubierto.

El planteamiento anterior no cambia radicalmente cuando no se reside en el hogar, pues cabría realizar uno similar respecto a las personas mayores que se encuentran en residencias. Es bastante frecuente que muchas personas mayores al entrar en la residencia piensen que ya se han acabado las obligaciones y responsabilidades, que las residencias son una especie de hotel al que se llega después de una larga y difícil vida y que para su atención hay profesionales que deben estar atentos a sus necesidades y demandas, garantizando una buena calidad de vida.

Sin negar la parte de verdad que encierra la anterior afirmación, es conveniente señalar algunas puntualizaciones al respecto. En este sentido, resulta fundamental que las personas mayores que acceden a esta nueva "situación residencial" asuman su nuevo entorno inmediato como propio, lo cual es clave para generar un sentimiento tanto de seguridad como de proyección y realización personal; para ello deben entender que las residencias son su nuevo hogar y que por lo tanto deberán contribuir, en cierta medida, al mantenimiento de su hogar. Cualquier trabajador en su empresa debe cuidar el entorno de su puesto de trabajo (maquinas, instalaciones...) porque forman parte de su propia realidad laboral; si quieren tener unas buenas condiciones de trabajo, no le queda más alternativa que contribuir a producir esas condiciones, ya que en la medida en que el entorno esté bien cuidado, se sentirán o trabajarán más a gusto. Esta misma actitud es la que queremos plantear en las personas mayores cuando se encuentran viviendo en una residencia. Habrán de ser conscientes de que no deben hacer aquellas cosas que no harían en su propio hogar o domicilio: tirar papeles, colillas, desordenar las cosas,... la misma acti-

tud habrá de tenerse en la residencia, porque, en definitiva, una vida activa es una vida comprometida con la calidad de vida propia y la calidad de vida del entorno y de las personas que están en ese entorno.

En el contexto del presente informe resulta en extremo idóneo insistir en las acerbadas argumentaciones de Pilar Rodríguez (Jefa del Servicios de Estudios de IMSERSO)¹² al referirse a los principios y criterios que deben sostener los servicios destinados a la atención a personas mayores dependientes, los cuales deben basarse, ante todo, en que primero está la persona y luego la necesidad, y para ello deben adecuarse a las siguientes líneas de actuación fundamentales:

- **Posibilidad de elección.** Su fundamento es que la persona mayor dependiente debe tener la posibilidad de decidir, entre varias posibilidades, la que mejor se ajuste a su necesidad. Por lo tanto se debe evitar “asignar” recursos por motivos políticos, económicos o profesionales.
- **Respeto a la autonomía.** Toda intervención profesional con mayores dependientes debe asegurar la libertad de sus actos y decisiones, respeto a su intimidad, consultar los aspectos y circunstancias que rodean a esa persona, etc.
- **Participación.** Cuando se diseña un programa de intervención, debe contarse siempre con la participación de la persona a la que va destinado el programa, salvo que su dependencia le impida totalmente tomar decisiones. Si el programa es de atención, también deberá tenerse en cuenta en la planificación del servicio a las personas que vayan a colaborar en la asistencia (generalmente la familia).
- **Continuidad.** Se considera adecuado, en la medida de lo posible, que en la prestación de un servicio sea siempre el mismo profesional, o equipo de profesionales, quienes presten ese servicio ya que habitualmente se convierten en referentes para la persona atendida. Si se produce un proceso de derivación, éste debe ser apoyado por sus profesionales de referencia, en lugar de dejar al mayor o a su familia acudiendo solos a los nuevos servicios.
- **Integralidad.** Los diseños y programas de intervención deberán tender siempre a la resolución del conjunto de situaciones problemática que se presenten. Para ello es conveniente contar en la resolución de los problemas de dependencia, no solo con los recursos adecuados, sino con el apoyo de familiares y la red social en general.

Por lo tanto, si realmente queremos construir entornos en los que todos los mayores tengan cabida y se sientan seguros, tan necesario como la existencia de servicios destinados a quienes son dependientes, es que el uso de estos sea racional y

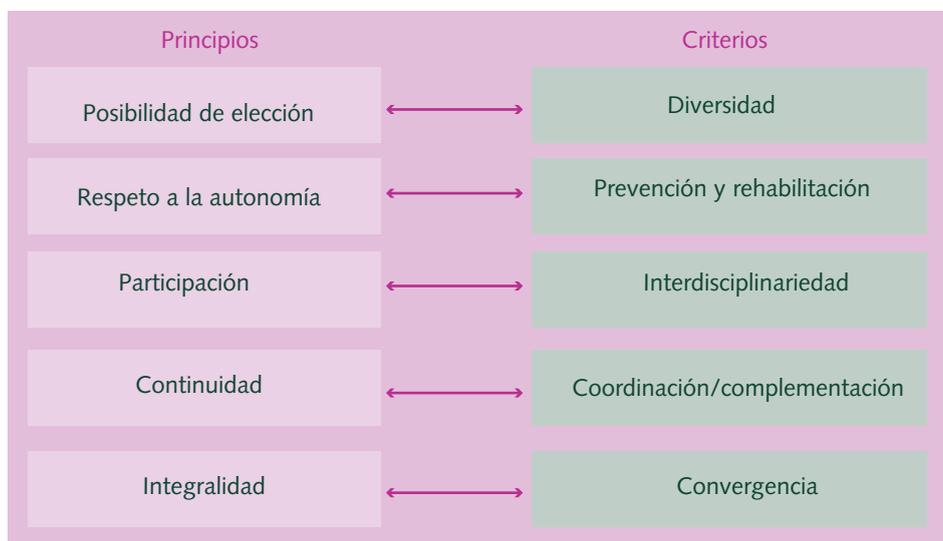
¹² Pilar Rodríguez Rodríguez. *Las necesidades de las personas mayores dependientes*. En <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-necesidades-01.pdf>.

adaptado a las necesidades personales del mayor. La consecución de este objetivo, muchas veces, es más una cuestión de enfoque, de concepción o de planteamiento que una cuestión de coste.

Siguiendo esta línea argumental, si los principios hacen referencia fundamentalmente a la persona mayor a la que se dirigen los programas y recursos, los criterios complementarios que programas y recursos deben cumplir, afectan al objetivo de mejorar su calidad. Entre esos criterios complementarios cabe destacar:

- **Diversidad.** Las necesidades personales y familiares son muy variadas, por lo que es necesario contar con una oferta lo suficientemente amplia de recursos para que se pueda satisfacer convenientemente el principio de posibilidad de elección del recurso más apropiado.
- **Prevención y rehabilitación.** Toda intervención con personas mayores (incluso dependientes) debe partir de la base de que siempre es posible restaurar capacidades, o al menos mejorar la calidad de vida de la persona intervenida, así como prevenir situaciones adversas. Por lo tanto este criterio está directamente relacionado con el principio de respeto y refuerzo de la autonomía personal.
- **Interdisciplinariedad.** No debe plantearse tan solo como la mera suma de todos los ámbitos en los que puede tener necesidades la persona (físico, psicológico, social y ecológico), que ya de por sí implica la necesidad de equipos multiprofesionales para intervenir, sino que esa intervención debe contar, además, con la participación de la persona mayor y, en algunos casos, de su familia, tanto en el proceso de evaluación, como en el de planificación y ejecución.
- **Coordinación/complementación.** Especialmente necesarios cuando concurren varios recursos en una misma persona y por lo tanto es necesaria la colaboración de varios niveles de atención, o de sectores diferentes. Sólo con el cumplimiento de este criterio puede ser posible que exista una atención continuada en la prestación del recurso.
- **Convergencia.** Es importante recalcar que donde mayor calidad de vida encuentran las personas mayores es en sus propias redes sociales, su entorno. Por lo tanto a la hora de planificar programas y servicios destinados a la atención de los mayores (independientemente de su nivel de dependencia), no debe existir la tradicional separación entre recursos formales e informales, sino intentar integrar ambos en los programas institucionales la intervención familiar o voluntaria como herramienta más eficaz para la mejora del servicio prestado.

Gráfico 4.2.15 Principios y criterios de intervención en personas mayores dependientes



Fuente: Ideas tomadas de Pilar Rodríguez Rodríguez. Las necesidades de las personas mayores dependientes. Elaboración: J.D. Rueda y C. Vega.

Por ello, en estas líneas no pretendemos profundizar más en la enumeración y descripción del abanico de programas, recursos y servicios destinados a favorecer la prevención y la atención a las personas mayores en situación de dependencia o de vulnerabilidad social ya que, a nuestro juicio, la cartera de servicios es más que adecuada, sobre todo pensando en una Comunidad como Castilla y León donde sus características territoriales y demográficas (muy extensa y muy envejecida), determinan que el equilibrio entre las necesidades de atención a sus habitantes y los recursos presupuestarios disponibles, sea siempre una prioridad para los políticos y los profesionales que diseñan y planifican estos programas.

En efecto, las características geográficas de Castilla y León y la distribución espacial de las personas mayores en una extensión que supera con creces a la de cualquier otra Comunidad Autónoma, es una circunstancia que no se debe perder de vista a la hora de planificar y gestionar la prestación de servicios y programas, de tal manera que los derechos subjetivos a las prestaciones de apoyo previstas en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, no se vean lesionados, recortados o dificultados en función del ámbito o lugar de residencia elegido. Si ser mayor y vivir en una zona rural constituye de por sí un factor de riesgo, los servicios sociales deberán buscar fórmulas que contribuyan a garantizar la igualdad de derechos y de prestaciones, mediante servicios

reales. Se debe, en todo caso, evitar o al menos no abusar de prácticas que supongan sustituir servicios que no pueden prestarse por compensaciones de tipo económico.

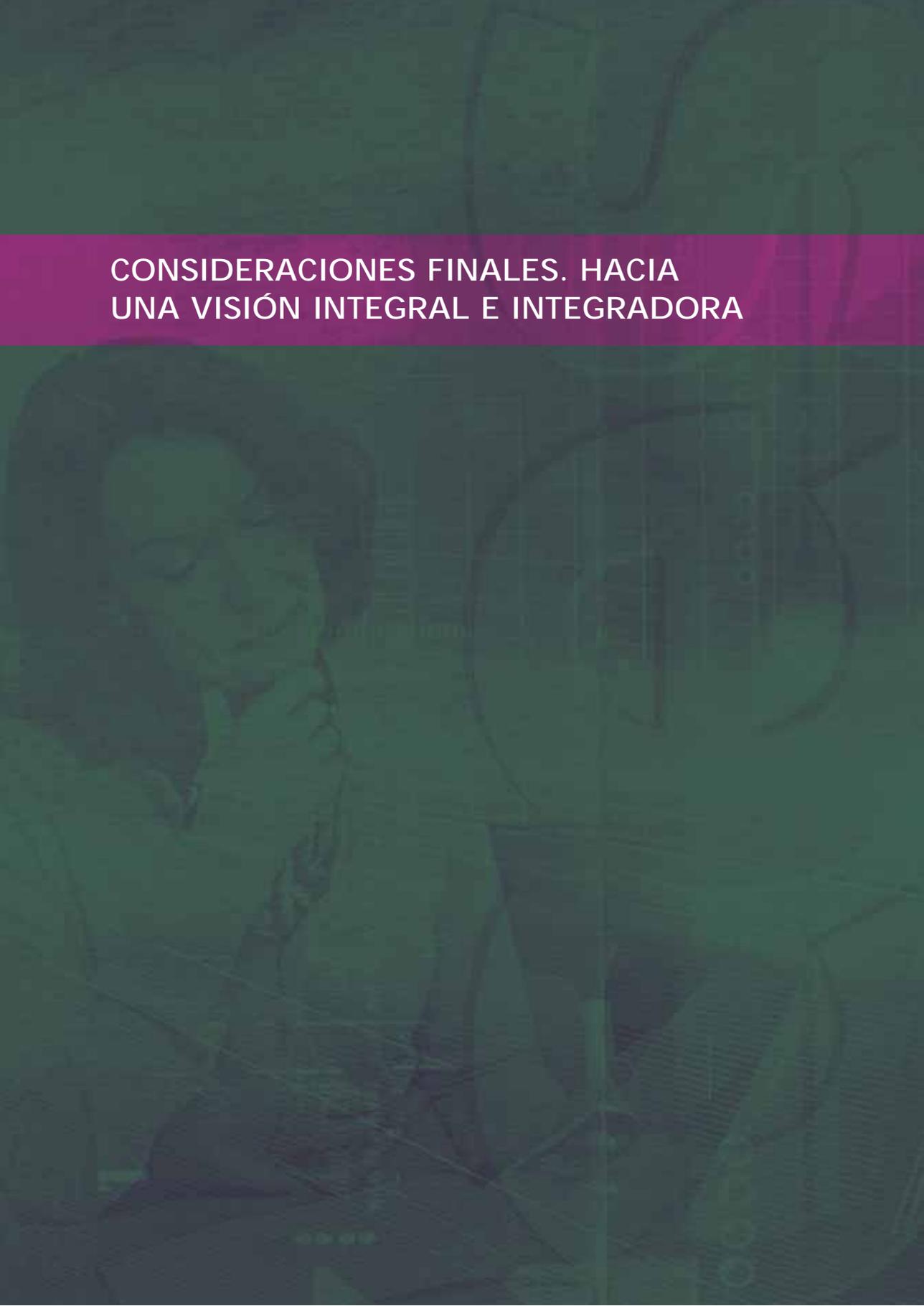
El llamado “cheque servicios” que frecuentemente observamos como forma de compensar a las personas mayores en situación de dependencia, puede desvirtuar la garantía de un derecho subjetivo reconocido. Es cierto que el artículo 17 de la Ley 39/2006 establece prestaciones económicas vinculadas al servicio, pensadas para que el usuario pueda elegir libremente el proveedor del servicio, pero cuando no hay oferta ni pública ni privada de los servicios idóneos y adecuados a la situación personal, la prestación económica no garantiza el derecho ni satisface la necesidad. En efecto, por generosas que sean las prestaciones no alcanzarán a cubrir esas necesidades, ya que precisamente por la ausencia de “masa crítica”, a la iniciativa privada no le resulta atractivo ni rentable ofrecer este tipo de servicios en la mayor parte de los núcleos rurales.

La carencia de servicios adecuados, sobre todo para la atención a las personas mayores en situación de dependencia que viven en zonas rurales, deberá ser objeto de atención preferente para que algunas de las prácticas de urgencia que se vienen impulsando en la puesta en funcionamiento de la Ley de Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia, puedan ser corregidas a corto plazo, evitando así la discriminación de las personas por razón de residencia. Es por lo tanto importante que exista una variedad de servicios que puedan atender a la diversidad de situaciones, pero siempre teniendo en cuenta que la mejor manera de asegurarse que el recurso utilizado es el que mejor se adapta a esa persona es haciendo participe al mayor y/o a su entorno en el proceso.

A la hora de ofertar nuevos recursos destinados a la atención de personas mayores no es suficiente con “importar” servicios novedosos que se están ofreciendo en otras comunidades o países (aunque el conocimiento de recursos y servicios novedosos puede ser una fuente a utilizar para implantar nuevas alternativas), tampoco basta con fomentar estudios de expertos que analicen las necesidades de la población (aunque sin duda la investigación social es una herramienta muy necesaria); si no se tiene en cuenta a las propias personas mayores, que conocen mejor que nadie sus necesidades, a los familiares que en muchos casos asumen tareas por encima de sus posibilidades, a los vecinos y voluntarios que altruistamente ofrecen su tiempo y apoyo, y, cómo no, a los propios profesionales encargados de los servicios y recursos, que diariamente comprueban su verdadera efectividad y que a pesar de la tentación, nunca deben quedarse solamente en un número.

En definitiva, acabamos de comprobar cómo la consecución de un envejecimiento seguro implica ir mucho más allá de la mera garantía de unos ingresos mínimos, a través de los sistemas de pensiones actualmente vigentes. Ciertamente, éstos constituyen en la actualidad uno de los soportes esenciales para el mantenimiento de la

sociedad castellana y leonesa y, desde una perspectiva más general son, sin duda, uno de los mayores logros sociales. Ahora bien, tanto desde la óptica de la sociedad en general, como de las personas mayores en particular, se ha podido constatar igualmente que, en muchas ocasiones, la conformación de entornos seguros se revela, al menos, tan importante como la prestación económica en sí. Una conformación de entornos seguros que no es únicamente la conformación de un “marco de vida” ausente de peligros para la integridad física, sino algo mucho más amplio, como es el lograr espacios de convivencia que las personas mayores perciban como propios, que se desenvuelvan bien en ellos o lo que es lo mismo que vean cubiertas sus necesidades fundamentales en un ambiente que dominan. Los esfuerzos para conseguir este objetivo no deben focalizarse tanto en ampliar la cartera de servicios existente en la actualidad, que para el caso castellano y leones es amplia, adecuada a nuestro entorno y recoge los elementos básicos y fundamentales; se tratará también de impulsar la eficiencia y efectividad de esas prestaciones, pero no únicamente en el sentido económico o “economicista” de esos términos sino también en su sentido “social” y “psicológico”, es decir, en el sentido de lograr que la prestación del servicio llegue de forma rápida adecuada y cercana a las personas que lo necesitan. Primero previniendo y luego paliando las situaciones de vulnerabilidad social que puedan producirse. En definitiva no se trata de prestar más servicios en general, sino de prestarlos mejor, con otro enfoque y sobre todo poniendo un énfasis y un esfuerzo especial en la perspectiva territorial, lo que resulta imprescindible para la Comunidad Autónoma más extensa y una de las más envejecidas de España.



**CONSIDERACIONES FINALES. HACIA
UNA VISIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA**

CONSIDERACIONES FINALES. HACIA UNA VISIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA

En análisis realizado en las páginas precedentes, sin constituir, obviamente, un tratamiento exhaustivo de las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en general y con el envejecimiento activo en particular, nos permite realizar una aproximación bastante cabal para, al menos, comprender las líneas maestras que dibujan el panorama castellano y leonés y, en consecuencia, darnos cuenta de lo importante (decisivo, podríamos decir) que resulta emprender acciones que permitan a nuestros ciudadanos, y no sólo a los mayores caminar por la senda del envejecimiento activo, que no dejará de ser, en definitiva, actitud indispensable para la cohesión social.

En efecto, el estudio de la realidad demográfica nos ha permitido constatar cómo las transformaciones operadas en la estructura por sexo y edad de la población residente en Castilla y León, no han hecho sino profundizar en los rasgos que ya desde hace tiempo vienen distinguiendo a nuestra comunidad en el panorama nacional. De este modo, se produce un acusado y creciente deterioro en la relación entre la población que por su edad se inserta en la actividad económica y la que sale de ella. Ha aumentado y seguirá aumentando el número de mayores (sobre todo de octogenarios), al tiempo que se nota y, previsiblemente, continuará notándose una disminución en el número de adultos (15-64). Por tanto, los factores demográficos de preocupación que tanto se han resaltado a escala nacional e internacional, no solo se perciben en Castilla y León, sino que es aquí donde alcanzan unas cotas más elevadas.

A los motivos de intranquilidad que hemos calificado de “demográficos” debemos unir los que se derivan de las características en cuanto a la participación de la población en la actividad económica. En este sentido es conveniente resaltar la escasa participación de la población mayor en la actividad económica y no nos referimos sólo a quienes tienen 65 y más años (cuyas tasas de actividad son ínfimas), sino que se detecta un bajón espectacular en la tasa de actividad de las personas comprendidas entre los 55 y 65 años. A ello se debe añadir un importante desequilibrio por sexos, que viene a dibujar una situación aún más problemática. Si estas consideraciones son válidas para el conjunto español, deben provocar aún mayor preocupación si centramos las observaciones en Castilla y León, donde las tasas de actividad y ocupación son menores para todos los grupos de edad, con especial significación en el caso de las mujeres. No obstante, hemos de señalar que, aun cuando a efectos de “ratios”

y de “cálculos” para la sostenibilidad del sistema la escasa participación se configura como un hecho preocupante, no se percibe como tal entre la población trabajadora de edad o entre la población recién jubilada, que viene a considerarlo como una situación adecuada y/o como un merecido descanso.

En estrecha relación con la participación de la población mayor (tanto en el presente como a lo largo de su vida) se encuentra uno de los aspectos más reveladores de la “vulnerabilidad social” que afecta claramente a nuestros mayores y que, por consiguiente, debe erigirse en foco de preocupación por parte de los poderes públicos y los agentes sociales. Nos referimos a los niveles de ingresos, cuyo análisis a través de las fuentes estadísticas disponibles muestra cómo las rentas percibidas por las personas mayores son, como media, muy inferiores a las que registra cualquier otro grupo de edad, afirmación que, siendo válida para el conjunto nacional es más notoria en el caso de nuestra Comunidad Autónoma, donde no los niveles de ingresos no sólo son más bajos sino también más desequilibrados en función del sexo.

La mayor importancia de un envejecimiento ampliamente feminizado e integrado en muy gran medida por mujeres que nunca han participado directamente de la actividad económica y que son beneficiarias de pensiones de viudedad, explica la limitada suficiencia económica, o incluso el relativamente elevado riesgo de pobreza de los mayores castellanos y leoneses y, muy especialmente de las mujeres, que, por tanto, se revelan como uno de los colectivos con mayores dificultades económicas de nuestra región.

Unos ingresos escasos que descansan de forma casi total en las transferencias públicas de rentas a través de los distintos tipos de pensiones, tanto contributivas como no contributivas, a las que podemos calificar de elemento absolutamente imprescindible en la cohesión económica y social de Castilla y León. Ciertamente, como se indica en los apartados referidos al tratamiento normativo, la responsabilidad última recae, lógicamente, en las instituciones del Estado y aquí el margen de maniobra de los responsables políticos y agentes económicos y sociales de la región es limitada. En cambio, no deben eludir su responsabilidad, tanto en lo tocante a la exigencia y negociación en los poderes centrales, como en otra cuestión en la que si existen competencias a escala regional. Me refiero a la construcción de entornos seguros para los mayores que al menos en parte, puedan compensar las limitaciones económicas derivadas de los niveles de ingresos. De este modo, los efectos de la escasa cuantía de las rentas pueden y deben atenuarse mediante el diseño y puesta en marcha programas, recursos y servicios de protección y asistencia social. Realmente, para Castilla y León es absolutamente vital que se convierta en realidad el eslogan de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, sencillamente porque si no es así estaremos dejando fuera, nada menos, que a casi la cuarta parte de nuestros conciudadanos, lo cual sería, sencillamente inadmisibile.

Vemos, pues, que los problemas no son pocos y los desafíos de gran envergadura. Sin embargo, pensamos que, sin perderles la cara, es el momento de ir cambiando el concepto y, por tanto la forma de afrontar el envejecimiento; de entrada debemos hacernos a la idea que estamos, no ante un problema en sí, sino ante una realidad social y demográfica con las características específicas, que debemos conocerla, “sumergirnos en ella” si queremos realmente sacarle todo el potencial que encierra.

Además el propio análisis realizado ya nos anticipa que no todo es negativo y que tampoco la sociedad castellana y leonesa se encuentra inerte ante la tarea que tiene por delante. En lo tocante a los aspectos positivos de ese envejecimiento, hemos podido comprobar que, si la participación en la actividad económica es escasa, la contribución social que realizan los mayores es de considerable magnitud y eso que únicamente hemos pasado revista, a título de ejemplo a cuatro “actividades no profesionales” que muestran a nuestros mayores en su papel de agentes de conciliación de la vida familiar y laboral, de amortiguadores del difícil acceso de los jóvenes al mundo laboral, de cuidadores de personas dependientes o de colaboradores desinteresados para atender situaciones de necesidad. Y esto no son potencialidades, son realidades directamente observables, que deben ser realzadas y divulgadas para que, progresivamente se vaya cambiando el concepto y la imagen social de la vejez que se tiene actualmente. También como un aspecto positivo observado, podemos destacar el importante grado de participación de nuestros mayores en asociaciones, instituciones y actividades, que, lo que, sin duda, debe ser interpretado como que nuestros mayores contribuyen de manera apreciable a “dar vida” a la sociedad civil castellana y leonesa.

Si la convivencia y el quehacer de los mayores muestran aspectos positivos no suficientemente asimilados en lo tocante a la percepción social de este colectivo, también es justo reconocer el esfuerzo y los logros conseguidos desde las instituciones y los agentes sociales de nuestra Comunidad Autónoma, que, como decíamos, ni mucho menos afronta “de nuevas” esta problemática. Así, hemos podido constatar el amplio desarrollo de programas e instrumentos que desde el punto de vista sanitario se han preocupado por mejorar la calidad de vida de las personas mayores, dotándolas de un nivel asistencial que, siendo mejorable, como todo, ha abierto y siguen abriendo muchas posibilidades para que las personas lleguen a la tercera edad en unas condiciones suficientemente buenas como para poder desarrollar plenamente un envejecimiento activo, a tiempo que otorgan también una seguridad asistencial a distintos niveles cuando esas condiciones de salud fallan o se deterioran.

Del mismo modo, se ha constatado la existencia de un amplio abanico de programas destinados a fomentar el envejecimiento participativo, como la red de centros de día, el club de los 60, los programas de termalismo, programa interuniversitario de la

experiencia, programa de convivencia intergeneracional, asociacionismo, cada uno de los cuales presenta una creciente difusión y aceptación en nuestra Comunidad Autónoma. Además, buena parte de ellos no empiezan y acaban en los mayores, sino que aportan una muy interesante perspectiva intergeneracional, que no sólo contribuyen a un cambio de mentalidad frente a la vejez, sino que predisponen a un envejecimiento activo a las personas que ahora participan como jóvenes.

En el mismo sentido conviene destacar, tanto los progresos en el marco normativo como el despliegue de un amplio catálogo de servicios, cuya finalidad última es la creación de entornos seguros para las personas mayores, cuyos índices de cobertura han registrado un incremento de forma continuada. Desde teleasistencia hasta las plazas residenciales, pasando por los centros de día o la Ayuda a Domicilio.

Obviamente, el hecho de que se reconozcan los aspectos positivos y los logros no significa afirmar que se hayan alcanzado los niveles deseados o deseables en materia del envejecimiento activo. Queda mucho por hacer, pero esta afirmación no debe ser interpretada automáticamente como la demanda de una cantidad mucho mayor de recursos presupuestarios. Las necesidades concretas deberán ser analizadas en cada ámbito concreto, sobre todo en relación con las necesidades existentes. En unos casos, efectivamente será necesario incrementar los recursos económicos y humanos disponibles, sobre todo en aquellos programas y/o servicios en los que los bajos índices de cobertura van acompañados de una “demanda insatisfecha” apreciable. En otros no se tratará de tanto de incrementarlos como de “replantarse” la forma en que se prestan y la manera de acceder a los mismo por los distintos usuarios.

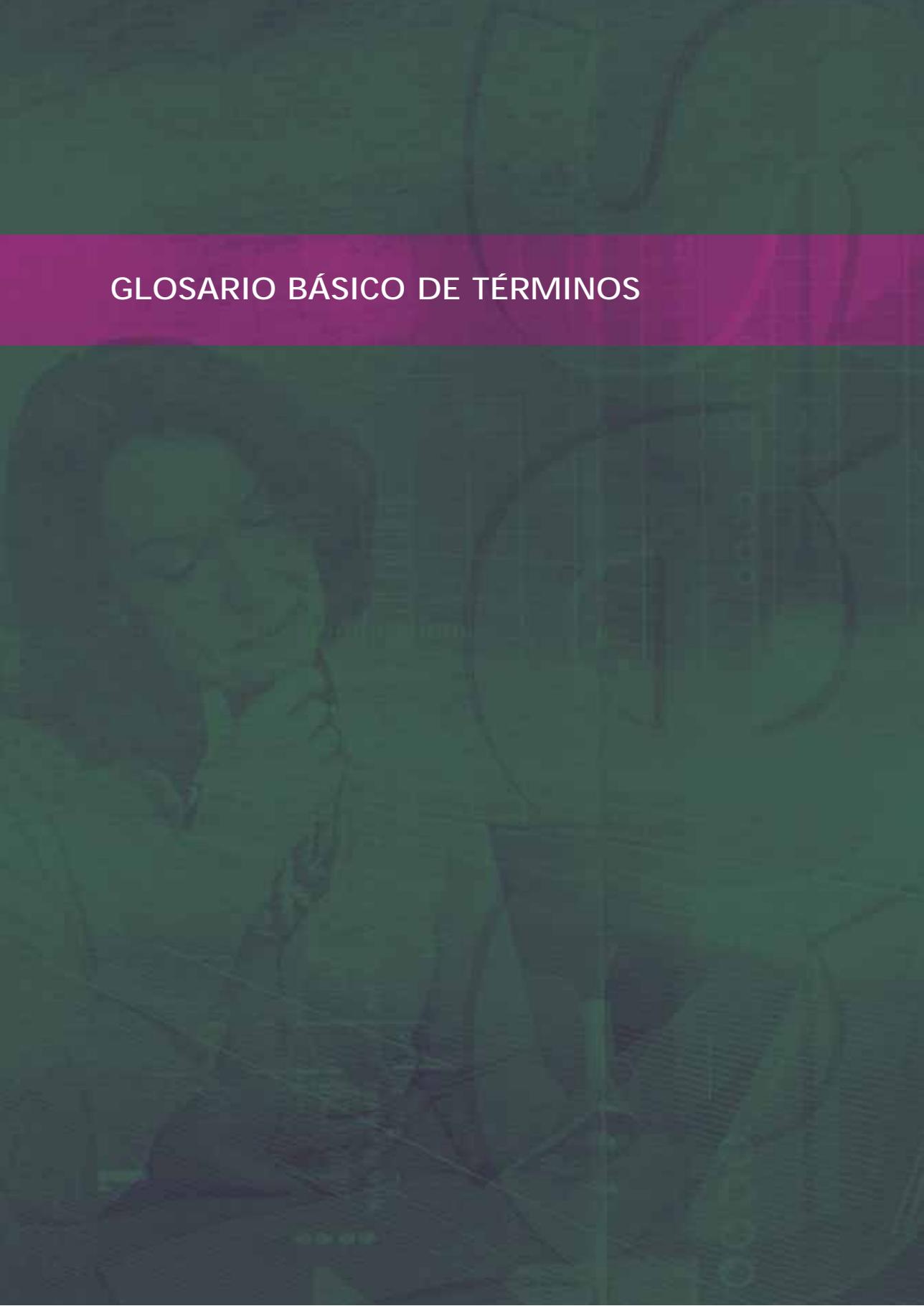
Un “replanteamiento” en el que resulta absolutamente fundamental incorporar dos perspectivas que, en no pocas ocasiones, están completamente olvidadas o, en el mejor de los casos, relegadas a un segundo plano. Nos referimos, por una parte, a la dimensión territorial. Esto es especialmente relevante porque la concepción, el diseño y la forma de materializarse, tanto los programas de participación, como la prestación de servicios, se adecuan mucho mejor a los ámbitos urbanos que a las exigencias y características de la sociedad y el poblamiento rural, donde la dispersión de los efectivos y la enorme extensión a abarcar introduce dificultades o, al menos, condicionantes específicos que es preciso tener en cuenta. No podemos olvidar que más de 230.000 mayores, residentes en nuestra Comunidad lo hacen en municipios rurales, por que se debe hacer un esfuerzo organizativo y de imaginación para que se beneficien en la misma medida que los urbanos de los programas y servicios desplegados.

Por otra parte, una segunda dimensión o perspectiva que es necesario incorporar con urgencia a los programas y servicios de toda índole es la perspectiva del género, pues en muchos aspectos se requiere un replanteamiento fundamental, en todo

tipo de esferas de actuación que van desde los protocolos de asistencia sanitaria hasta, las propuestas de actividades concretas a realizar, pasando por las características y concepción de los centros asistenciales. En este sentido, sería conveniente, en primer lugar, fomentar la investigación y los estudios de la vejez desde la perspectiva del género, de forma que se puedan detectar las necesidades carencias e insuficiencias en un colectivo que, sin duda, es el más feminizado en la sociedad castellana y leonesa.

Ahora bien, el “replantar” o “repensar” en las formas y mecanismos de actuación sobre el envejecimiento, no implica sólo incorporar las dos dimensiones antes citadas, sino que implicará, en muchas ocasiones, “cambiar el chip”, porque el logro de un envejecimiento activo pleno a largo plazo requiere sin duda un cambio en las mentalidades y eso no se consigue de la noche a la mañana. Exige, ante todo y sobre todo, la adopción de una visión integral e integradora de todos los aspectos y dimensiones que afectan a los mayores y al envejecimiento. Ese cambio de mentalidades debe producirse primero en los mayores y para ello es necesario incidir de manera coordinada y simultánea en los tres ya mencionadas “tres esferas”, hay que hacer que el “trípode” cumpla su función como sostenedor de la realidad social y demográfica del envejecimiento.

Ese cambio de mentalidad en los mayores, sin duda necesario y fundamental, debe ser completado con otro mucho más amplio; nos referimos al cambio en la percepción y conceptualización social de la vejez. Sin duda, un cambio más lento más paulatino en que la dimensión educativa es fundamental. En definitiva, se trata de actuar de manera simultánea y coordinada en todos los frentes. Sin embargo, ello no quiere decir que “todos hagan de todo” y que, cada cual a su manera, incrementen su preocupación por las cuestiones de envejecimiento. Se trata de tener claros los objetivos globales y, a partir de ahí, cada conjunto de profesionales, cada institución o cada organismo, se dedique a lo suyo, que no significa “hacer la guerra por su cuenta”. Uno de los principios básicos y fundamentales de la eficiencia es que cada uno se dedique a lo que mejor sabe hacer y uno de los elementos básicos de la coordinación es que se encuentre perfectamente delimitado lo que a cada uno le corresponde hacer. Sólo así realmente se podrá hacer realidad el logro de un envejecimiento activo pleno planteado no sólo por y para la vejez, sino desde la perspectiva mucho más amplia de “ciclo vital”, que supone involucrar en este objetivo a todas las generaciones. En definitiva, aplicando un aserto válido para cualquier meta u objetivo de transcendencia social, diremos que la consecución de un envejecimiento activo en su sentido más amplio *“es una tarea en la que todos debemos sentirnos responsables y ninguno protagonista”*.



GLOSARIO BÁSICO DE TÉRMINOS

Índice de envejecimiento

Indicador que expresa la relación entre la población anciana y la población joven. Se calcula dividiendo el número de habitantes de 65 y más años entre el número de habitantes de 0 a 14 años. (En algunos casos el resultado se multiplica por 100).

Índice de sobreenvjecimiento

Indicador que expresa el porcentaje que representan las personas de 85 y más años con respecto al total de personas mayores (65 y más años).

Tasa de vejez

Indicador que expresa el porcentaje que representan las personas de 65 y más años respecto al total de población.

Tasa de juventud

Indicador que expresa el porcentaje que representan las personas de 0 a 14 años respecto al total de población.

Cohorte

Dícese del conjunto de individuos de una población que han nacido en el mismo año natural.

Envejecimiento activo

Existen muchas definiciones, pero la más famosa es la de la Organización Mundial de la Salud, que lo califica como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

PAPPS

Siglas que se refieren al Programa de Actividades Preventivas de Promoción de la Salud. Es un programa cuyo ámbito de aplicación es el estado español y que se puso en marcha en enero de 1989, con los siguientes objetivos:

- Estimular la calidad asistencial en los centros de atención primaria del Estado, integrando un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de Atención Primaria.
- Detectar las dificultades que genere su implantación, así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica.
- Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos, en base a las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de atención primaria.
- Promover la investigación sobre la prevención en Atención Primaria, realizando proyectos específicos relacionados con el programa.

Renta equivalente

La renta equivalente se calcula dividiendo la renta por las unidades de consumo, teniendo asignado cada miembro del hogar un valor para dicha unidad en función de la estructura del hogar y de la existencia de economías de escala que se producen en el hogar al aumentar su número de miembros.

Tasa de riesgo de pobreza

Indicador que expresa el porcentaje de personas que cuentan con un nivel de rentas que no supera el 60% de la renta mediana del país en el que residen.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES



BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

- ABELLÁN, A., PÉREZ, L. y SANCHO, M.T. (2002). *Las Personas Mayores en España. Indicadores Básicos*, Madrid, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- ABELLÁN GARCÍA, A. et al. (2007). *A propósito de las condiciones de vida de las personas mayores. Encuesta 2006*, Madrid, MTAS. IMSERSO, Colección Documentos. 166 pp.
- ALONSO BENITO, L.E. y PÉREZ ORTIZ, L. (2002). "Problemas actuales del estudio de la jubilación y las edades del trabajo: la perspectiva sociológica". Consulta online en: www.mtas.es/publica/revista/numeros/ExtraSS03/Estudios04.pdf
- AMOROS, P. y otros (2006). *Construyendo futuro. Las personas mayores: una fuerza social emergente*, Madrid, Alianza, 272 pp.
- ARANGUREN, J.L. et al. (1984). *La ancianidad, nueva etapa creadora*, Barcelona, imurtra, 181 pp.
- ARGIMON J.M., LIMÓN E. y Abós, T. (2003). Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Atención Primaria*, Volumen 32, nº 2, pp. 84-85.
- BARRIO TRUCHADO, E. del (2007). "Uso del tiempo entre las personas mayores". *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*, nº. 27, Marzo 2007. Ed. MTAS, IMSERSO, 33 pp.
- BAZO, M.T. (1998). "Vejez Dependiente, Políticas y calidad de Vida". *Papers*, nº.56, pp. 143-161.
- BAZTÁN, J.J. (2003). "Estrategias para reducir las complicaciones y mejorar la calidad de cuidados de los pacientes ancianos hospitalizados". En: *Servicio de Geriatría del Hospital Central Cruz Roja. Reducción de la iatrogenia en el paciente anciano*. Madrid: Senda Ed., pp. 87-120
- BOCyL (2003) nº 95, de 21 de mayo de 2003. Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan socio sanitario de Castilla y León.
- (2004) nº 250 de 29 diciembre de 2004. Acuerdo 163/2004, de 23 diciembre, del JCYL, por el que se aprueba el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León.

- BÖRSCH-SUPAN, A. and JÜRGES, H. (Coord.) (2005). "The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Project SHARE". Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA). Mannheim. Consulta on-line en www.share-project.org.
- BUZ DELGADO, J. y Bueno Martínez, B., (2006). "Las relaciones intergeneracionales". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 66. Lecciones de Gerontología, X [Fecha de publicación: 16/10/2006].
www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf
- CARADEC, V. (2008). *Sociologie de la Vieillesse et du Vieillissement. 2^{eme} Edition*. Paris Armand Colin 128 pp.
- CASADO, D. (2005). "La dependencia funcional y sus demandas", Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad, Buenos Aires, Asociación AMAR.
- CHANG, J.T., MORTON, S.C., RUBINSTEIN, L.Z., MOJICA, W.A., MAGLIONE, M., SUTORP, M.J., et al. (2004). "Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials". *BMJ* 2004;328:680 (20 March), doi:10.1136/bmj.328.7441.680
- Comisión Europea (2005). *Frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones. Libro Verde*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 29 pp.
- Consejo Económico y Social de Castilla y León (2002). *La situación de las personas mayores en Castilla y León*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, 219 pp.
- (2003). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2002*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 568 pp.
- (2004). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2003*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 626 pp.
- (2005). *La situación de los nuevos yacimientos de empleo en Castilla y León*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, 629 pp.
- (2005). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2004*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 645 pp.
- (2006). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2005*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 683 pp.
- (2007). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2006*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 773 pp.
- (2008). *Situación Económica y Social de Castilla y León en 2007*. Valladolid, Consejo Económico y Social de Castilla y León, Tomo I, 866 pp.

- Consejo Económico y Social de España (Varios años). "Memoria socioeconómica y laboral de España". CES de España. Madrid.
- CUBAS, L. DE (2008). "Prejubilaciones. Un despilfarro de conocimientos y valores". En *El Norte de Castilla*. 16 de noviembre de 2008. Suplemento Dinero y Empleo, p. 26.
- CUMMING, E. y HENRY, W. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. Nueva York, Basic Books, 293 pp.
- ESPINO, A. (2002). "Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. XXII, nº 81, pp. 39-61.
- (2006). "Presente y futuro de la atención psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica", En: Espino Granada, A. (coord.), *La atención a la salud mental en España: estrategias y compromiso*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha-Consejería de Sanidad, 242 pp.
- ETZIONI, A. (1980) *La sociedad activa. Una teoría de los procesos sociales y políticos*, Madrid, Aguilar, 790 pp.
- EUROSTAT (2007). "Sustainable Development Indicators". Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat). Luxemburgo.
- FERNÁNDEZ CAVEDA, A. (2008). "Las políticas públicas y la prolongación de la vida activa. Dificultades y posibilidades". *Revista del Instituto de estudios económicos*, nº. 2-3/2008, pp. 47-63.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). "Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos", *Ponencias de las IV Jornadas de la A.MG. Envejecimiento y prevención*, Barcelona, Asociación Multidisciplinaria de Gerontología.
- (1985). "Hacia una vejez competente. Un desafío a la ciencia y a la sociedad", en: A. MARCHESI, M. CARRETERO, Y J. PALACIOS (Eds.): *Psicología evolutiva. 1, Teorías y métodos*, Madrid, Alianza, 467 pp.
- FRIED, L.P., TANGEN, C.M., Walston, J. Newman, A.B., Hirsch, C., Gottdiener, J. et al (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56:M146-M157.
- FRIES, J.F. (1989). "Aging natural death and the compression of morbidity", *New England Journal of Medicine*, nº 303, pp 130-135.
- GIL CALVO, E. (2003). *El poder gris. Una nueva forma de entender la vejez*, Barcelona, Mondadori, 294 pp.

- GILLESPIE, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., Lamb, S.E., Cumming, R.G. and Rowe, B.H. (2003). *Interventions for preventing fall in elderly people*. Cochrane Database of Systematic Reviews (4): CD000340.
- GÓMEZ GARCÍA, M.J. (1997). *El envejecimiento de la población y la economía*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 323 pp.
- GONZALO, E. y PASARÍN M.I. (2004). "La salud de las personas mayores". *Gaceta Sanitaria*, Vol. 18, suplemento 1, pp. 69-80.
- GONZALO SANZ, L. M. (2002). *Tercera edad y calidad de vida. Aprender a envejecer*, Barcelona, Ariel, 204 pp.
- Grupo de Trabajo del Consejo Asesor de Sanidad. Envejecimiento y Dependencia (2006). *Abordaje de la dependencia asociada a la salud en las personas mayores*. (Mimeografiado). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- GUILLÉN ESTANY, M. (2006). *Longevidad y dependencia en España. Consecuencias sociales y económicas*. Bilbao, Fundación BBVA, 185 pp.
- GUILLÉN LLERA, F. y RIBERA CASADO, J.M. (2000). *Geriatría XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Madrid: Editores Médicos, S.A.
- HARO, J.M., PALACÍN, C., VILAGUT, G., MARTÍNEZ, M., BERNAL, M., LUQUE, I. et al. (2006). "Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España". *Medicina Clínica*, Vol. 126, nº. 12, pp. 442-451
- IBÁÑEZ, J. (2002) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 428 pp.
- IMSERSO (2007). *Las personas mayores en España. Informe 2006*, Madrid, MTAS, IMSERSO. 2 Tomos.
- (2007). "Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2007". *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*, nº. 32, Noviembre 2007. Ed. MTAS, IMSERSO. 33 pp.
- IMSERSO-CIS (2006). "Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores" (ECVM). Estudio 2.647. IMSERSO. Madrid.
- INE (2007). "Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2006". Instituto Nacional de Estadística. Madrid.
- (2007). "Encuesta de Población Activa". Instituto Nacional de Estadística. Madrid. Consulta on-line en: www.ine.es.
- JANÉ LLOPIS, E. (2004). "La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 24, Nº. 89, pp. 67-77.

- Junta de Castilla y León (2007). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*, Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.
- Junta de Castilla y León. Dirección General de Estadística (2007). *Proyecciones de Población 2002-2052 (Revisión año 2006)*. Valladolid, Consejería de Hacienda, Junta de Castilla y León, 25 pp.
- (2008). *Situación económica y social de las personas mayores de Castilla y León. Año 2007*, Valladolid, Dirección General de Estadística. Consejería de Hacienda. Junta de Castilla y León, 251 pp.
- LEE, I.M., PAFFENBARGER, R.S. J.R. (1996). "Do physical activity and physical fitness avert premature mortality" En: HOLLOSZY JO (editor). *Exercise and sports sciences reviews*. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 135-171.
- MARTÍN LESENDE, I., MARTÍN ZURRO, A., MOLINER PRADA, C. y AGUILERA GARCÍA, L. (2008). "Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; Volumen 42, nº 2, pp. 4-6.
- MERINO MERINO, B. (2007). "Un camino hacia el envejecimiento activo". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; Vol. 42, Nº. 2, pp. 12-14.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Encuesta Nacional de Salud 2003*, publicado el 05/05/2005. Consulta on-line en:
www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2007 y 2008). *Anuarios de estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración*. Consulta on-line en:
www.mtas.es/es/estadisticas/anuario.htm.
- (2007 y 2008). *Boletín de estadísticas laborales*. Consulta on-line en:
www.mtin.es/estadisticas/bel/index.htm.
- (2007). Informe económico-financiero del Presupuesto de la Seguridad Social, 2008. MTIN. Madrid.
- (Varios años). Anuarios y Boletines de Estadísticas Laborales. MTIN. Madrid.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Libro Blanco de la Dependencia*. Consulta on-line en:
www.imsersomayores.csic.es/documentación.
- MORAL, M.S., ORTEGA, J., LÓPEZ MATOSES, M.J. y PELLICER, P. (2003). "Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio". *Aten Primaria*, Vol. 32, Nº. 2, pp. 77-83.
- MORENO FERNÁNDEZ, L. (Coord.) (2001). *Pobreza y exclusión: la malla de seguridad en España*". Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Instituto de Estudios Sociales Avanzados. Madrid.

- NICE (2008). "The assessment and prevention of falls in older people". *Clinical Guidelines 21*. November 2004.
- OMS (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. Consulta on-line en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf.
- (2002). *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 165 pp.
- (2002). *Active ageing – a policy framework*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (WHO/NMH/NPH/02.8).
- (2001). "Salud y envejecimiento. Un documento para el debate", en *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*, nº. 4-5, Noviembre 2001, Ed. MTAS, IMSERSO.
- OMS-Europe (2004). "What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent this falls? How should interventions to prevent falls be implemented?" *Health Evidence Network. Evidence for decision makers*. March 2004
- ORTIZ DE LA HUERTA, D. *Aspectos sociales del envejecimiento*, en: www.facmed.unam.mx/deptos/salud/aspectos.htm.
- PAFFENBARGER, R.S. J.R., KAMPERT, J.B., LEE, I.M., HYDE, R.T., LEUNG, R.W. and WING, A.L. (1994). "Changes in physical activity and other lifestyle patterns influencing longevity". *Medicine & Science in Sports & exercise*: Vol. 26, pp. 857-865.
- PÉREZ ORTIZ, L. (1998). *Las necesidades económicas de las personas mayores. Vejez, economía y sociedad*. Madrid, MTAS, IMSERSO, 522 pp.
- (2005). "Las consecuencias del envejecimiento de la población. El futuro del mercado de trabajo". *Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias*. nº. 20-diciembre 2005, 24 p.
- (2006). *La estructura social de la vejez en España. Nuevas y viejas formas de envejecer*, Madrid, Imsero, Colección Estudios. Serie Documentos Estadísticos nº 22.010, 289 pp.
- PÉREZ-CASTEJÓN, J.M. y otros (2007). "Prevención de la dependencia y envejecimiento saludable" en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2007/numero-53/art-07-08-01.pdf.
- PRIETO ALÁIZ, M. y GARCÍA PÉREZ, C. (2007). "Tendencias de la distribución personal de la renta en España (1985-2002): inferencia sobre indicadores y sensibilidad ante encuestas y escalas de equivalencia". *Hacienda Pública Española*, Nº 181: 49-82.

- PUGA, M.D. (2002) *Dependencia y Necesidades Asistenciales de los Mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer. 209 pp.
- PUYOL ANTOLÍN, R. (2008). "El envejecimiento de la población y sus repercusiones sobre el mercado de trabajo". *Revista del Instituto de estudios económicos*, nº. 2-3/2008, pp. 3-20.
- REUBEN, D.B. (2002). "Organizational interventions to improve the health outcomes of older persons". *Medical Care*. Vol. 40, pp. 416-428.
- RIERA, J.M. (2005). *Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*, Barcelona, Icaria, 231 pp.
- RODRÍGUEZ, G. y MONSERRAT, J. (2002). *Modelos de Atención Socio sanitaria. Una Aproximación a los Costes de la Dependencia*. Madrid: MTAS, IMSERSO 172 pp.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1999). "Las necesidades de las personas mayores dependiente", *La Cristalera, Revista de Asuntos Sociales*, nº 8. Disponible on-line en: www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodriguez-necesidades-01.pdf.
- ROGERS, M.A. y EWANS, W.J. (1996). "Changes in skeletal muscle with aging: effects of exercise training". En: HOLLOSZY JO (editor). *Exercise and sports sciences reviews*. Baltimore: Williams & Wilkins, pp. 65-102.
- RUEDA ESTRADA, J.D. (2003) "Intervención social y jubilación" en Red Vega, N. de la y Rueda Estrada, D. (Eds.), *Intervención social y demandas emergentes*, Madrid: CCS, D.L.
- SÁNCHEZ ALONSO, B. (2008): "Cambio de escenario, ¿cambio de políticas?", en *El País*, 9 de Junio de 2008.
- SÁNCHEZ, M. (Director), (2007) *Programas Intergeneracionales. Hacia una sociedad de todas las Edades*. Barcelona, Obra Social-Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales, nº. 23, 259 pp.
- SANCHO CASTIELLO, M. (Coord.) (2002). *Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento*, Madrid, MTAS, IMSERSO, 109 pp.
- SCHIRRMACHER, F. (2004). *El complot de Matusalén: ¡que no te frene el miedo a envejecer!*, Madrid, Taurus, 253 pp.
- SEGG (2006). "Informe de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología sobre el Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia" *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Volumen 41, nº. 1, pp. 61-63.
- SEGURA, A. (2008). "La prevención de la dependencia". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*. Vol. 42 nº. 2, pp. 7-11.

- SUBIRATS, J. (1992). *La vejez como oportunidad: Un estudio sobre las políticas de tiempo libre dirigidas a la gente mayor*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales Colección de Servicios Sociales, 136 pp.
- (Dir.) (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*, Barcelona, Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales, Núm. 16. Barcelona. 184 pp.
- TINETTI, M.E. (2003) "Preventing fall in elderly persons". *New England Journal of Medicine*, nº. 348, pp. 42-9.
- US Preventive Services Task Force (2005). Canadian Task Force on Preventive Health Care. Consulta on-line en: www.ctfphc.org
- (1996). *Guide to clinical preventive services. 2nd ed.* Baltimore: Williams & Wilkins.
- VILLAR ÁLVAREZ, F., Maiques Galán, A., Broton Cuixart, C., Torcal Laguna, J., Bane-gas Bangas, J.R., Lorenzo Piqueres, A. et al. (2005). "Recomendaciones preventivas cardiovasculares en atención primaria". *Atención primaria*, Vol. 36 nº 2, pp.11-26.
- VINUESA, J. y PUGA, D. (2007). *Técnicas y ejercicios de Demografía*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística, 397 pp.
- VV.AA. (2007). "Prevención de la dependencia en las personas mayores". *Revista Española de Geriátría y Gerontología*.; Volumen 42, nº 2, pp. 15-56.

ANEXOS



ANEXOS

Anexo 1. Indicadores de la estructura por edad, en las CCAA españolas, 2007

	Tasa de juventud	Tasa de vejez	Índice de envejecimiento	Edad media	Edad mediana	Edad media mayores	Índice de sobre-envejecimiento
Ambos sexos							
España	14,34	16,66	1,16	40,76	39,17	75,97	11,76
Andalucía	16,22	14,63	0,90	38,82	37,20	75,44	9,87
Aragón	12,92	20,16	1,56	43,08	41,69	76,67	13,52
Asturias	9,97	21,91	2,20	45,43	44,97	76,61	13,03
Baleares	14,97	13,69	0,91	39,23	37,59	75,76	12,01
Canarias	14,96	12,44	0,83	38,44	37,09	74,91	9,40
Cantabria	12,27	18,57	1,51	42,78	41,68	76,57	13,34
Castilla y León	11,48	22,54	1,96	44,70	43,68	76,85	14,28
Castilla-La Mancha	15,11	18,28	1,21	40,73	38,78	76,42	12,42
Cataluña	14,52	16,42	1,13	40,73	39,02	76,12	12,28
C. Valenciana	14,48	16,25	1,12	40,49	38,92	75,45	10,25
Extremadura	14,71	18,99	1,29	41,38	40,08	76,15	11,53
Galicia	11,30	21,58	1,91	44,31	43,21	76,34	13,31
Madrid	14,56	14,40	0,99	39,68	38,00	75,85	11,94
Murcia	17,12	13,75	0,80	37,78	35,73	75,43	9,49
Navarra	14,53	17,45	1,20	41,46	40,05	76,55	13,86
País Vasco	12,54	18,54	1,48	42,98	42,26	75,97	11,47
La Rioja	13,52	18,36	1,36	41,94	40,37	76,58	13,29
Ceuta	20,51	11,19	0,55	35,61	34,04	74,72	8,18
Melilla	22,28	10,64	0,48	34,75	33,13	75,06	9,09

Continúa

Continuación

	Tasa de juventud	Tasa de vejez	Índice de envejecimiento	Edad media	Edad mediana	Edad media mayores	Índice de sobre-envejecimiento
Varones							
España	14,92	14,28	0,96	39,41	37,98	75,11	8,48
Andalucía	16,82	12,56	0,75	37,62	36,15	74,68	7,20
Aragón	13,32	17,49	1,31	41,68	40,33	75,89	10,27
Asturias	10,69	18,62	1,74	43,64	43,16	75,64	9,16
Baleares	15,38	11,81	0,77	38,22	36,87	74,83	8,85
Canarias	15,24	10,98	0,72	37,71	36,63	74,21	7,03
Cantabria	12,97	15,73	1,21	41,23	40,27	75,55	9,08
Castilla y León	11,91	19,62	1,65	43,30	42,47	76,04	10,89
Castilla-La Mancha	15,45	16,01	1,04	39,55	37,78	75,83	9,72
Cataluña	15,07	13,88	0,92	39,29	37,77	75,17	8,65
C. Valenciana	14,97	14,20	0,95	39,28	38,03	74,63	7,39
Extremadura	15,16	16,35	1,08	40,09	39,04	75,39	8,55
Galicia	12,08	18,53	1,53	42,63	41,56	75,43	9,67
Madrid	15,44	12,03	0,78	38,14	36,67	74,86	8,20
Murcia	17,43	11,77	0,68	36,63	34,73	74,76	7,17
Navarra	14,92	14,93	1,00	40,16	39,01	75,55	9,72
País Vasco	13,18	15,78	1,20	41,46	40,80	74,93	7,45
La Rioja	13,67	15,77	1,15	40,70	39,24	75,71	9,72
Ceuta	20,46	9,49	0,46	34,94	33,60	73,95	6,53
Melilla	22,78	8,72	0,38	33,85	32,59	74,17	6,71

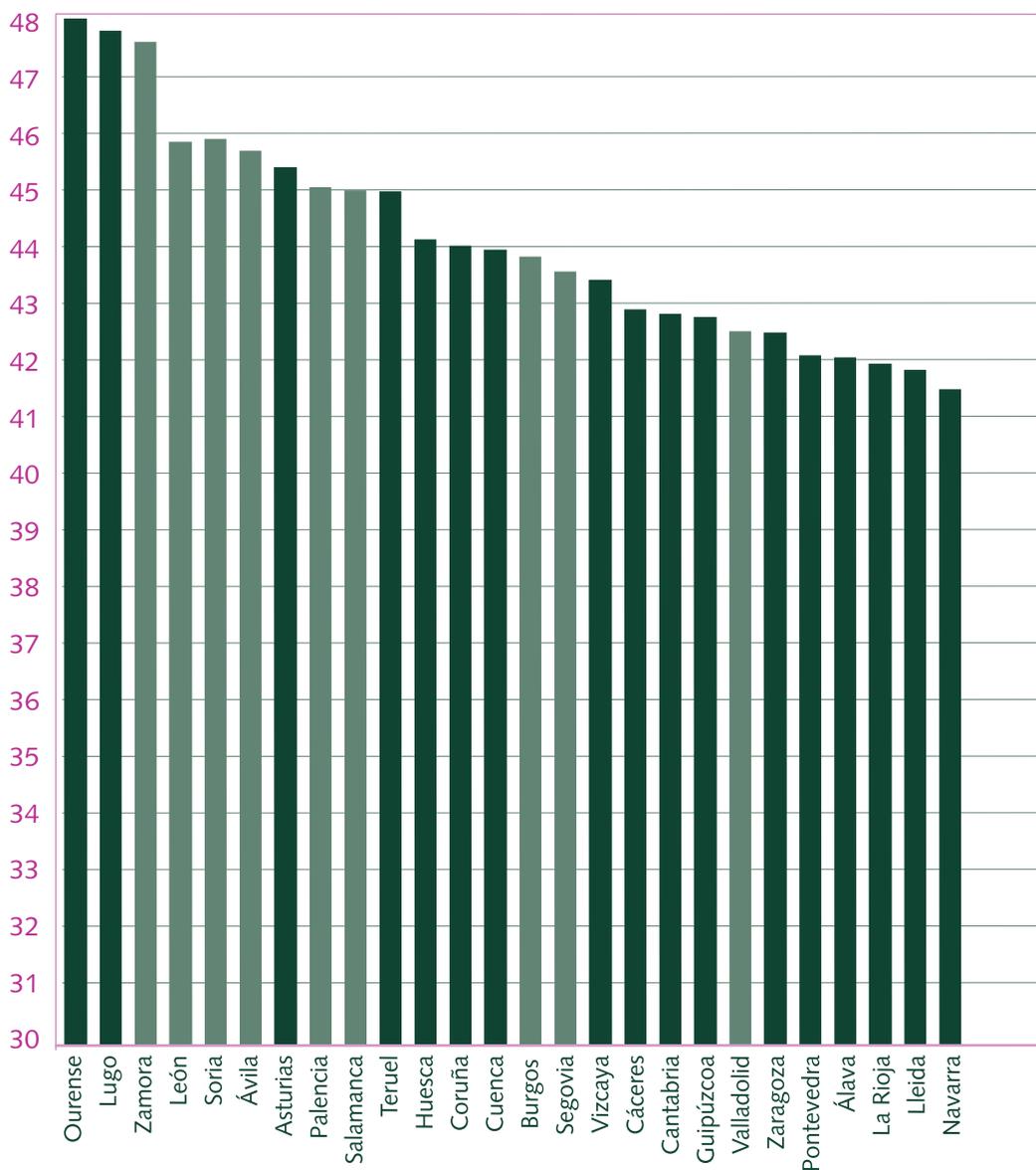
Continúa

Continuación

	Tasa de juventud	Tasa de vejez	Índice de envejecimiento	Edad media	Edad mediana	Edad media mayores	Índice de sobre- envejecimiento
Mujeres							
España	13,77	18,99	1,38	42,08	40,22	76,61	14,16
Andalucía	15,62	16,67	1,07	40,01	38,30	76,01	11,85
Aragón	12,53	22,82	1,82	44,46	43,17	77,26	16,01
Asturias	9,30	24,94	2,68	47,08	46,67	77,28	15,69
Baleares	14,56	15,58	1,07	40,24	38,38	76,47	14,42
Canarias	14,68	13,90	0,95	39,17	37,57	75,46	11,27
Cantabria	11,60	21,29	1,84	44,27	43,12	77,29	16,35
Castilla y León	11,06	25,40	2,30	46,09	44,94	77,45	16,84
Castilla-La Mancha	14,77	20,59	1,39	41,92	39,86	76,89	14,55
Cataluña	13,98	18,91	1,35	42,14	40,44	76,82	14,90
C. Valenciana	14,00	18,29	1,31	41,70	40,15	76,09	12,45
Extremadura	14,27	21,60	1,51	42,66	41,11	76,71	13,76
Galicia	10,56	24,42	2,31	45,87	44,84	76,98	15,88
Madrid	13,73	16,62	1,21	41,13	39,36	76,52	14,49
Murcia	16,79	15,79	0,94	38,96	36,89	75,94	11,28
Navarra	14,15	19,96	1,41	42,74	41,23	77,30	16,94
País Vasco	11,93	21,18	1,78	44,44	43,72	76,70	14,34
La Rioja	13,36	20,99	1,57	43,20	41,65	77,25	16,01
Ceuta	20,56	12,95	0,63	36,30	34,52	75,30	9,43
Melilla	21,76	12,62	0,58	35,68	33,68	75,69	10,78

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de Enero de 2007. Elaboración P. Caballero.

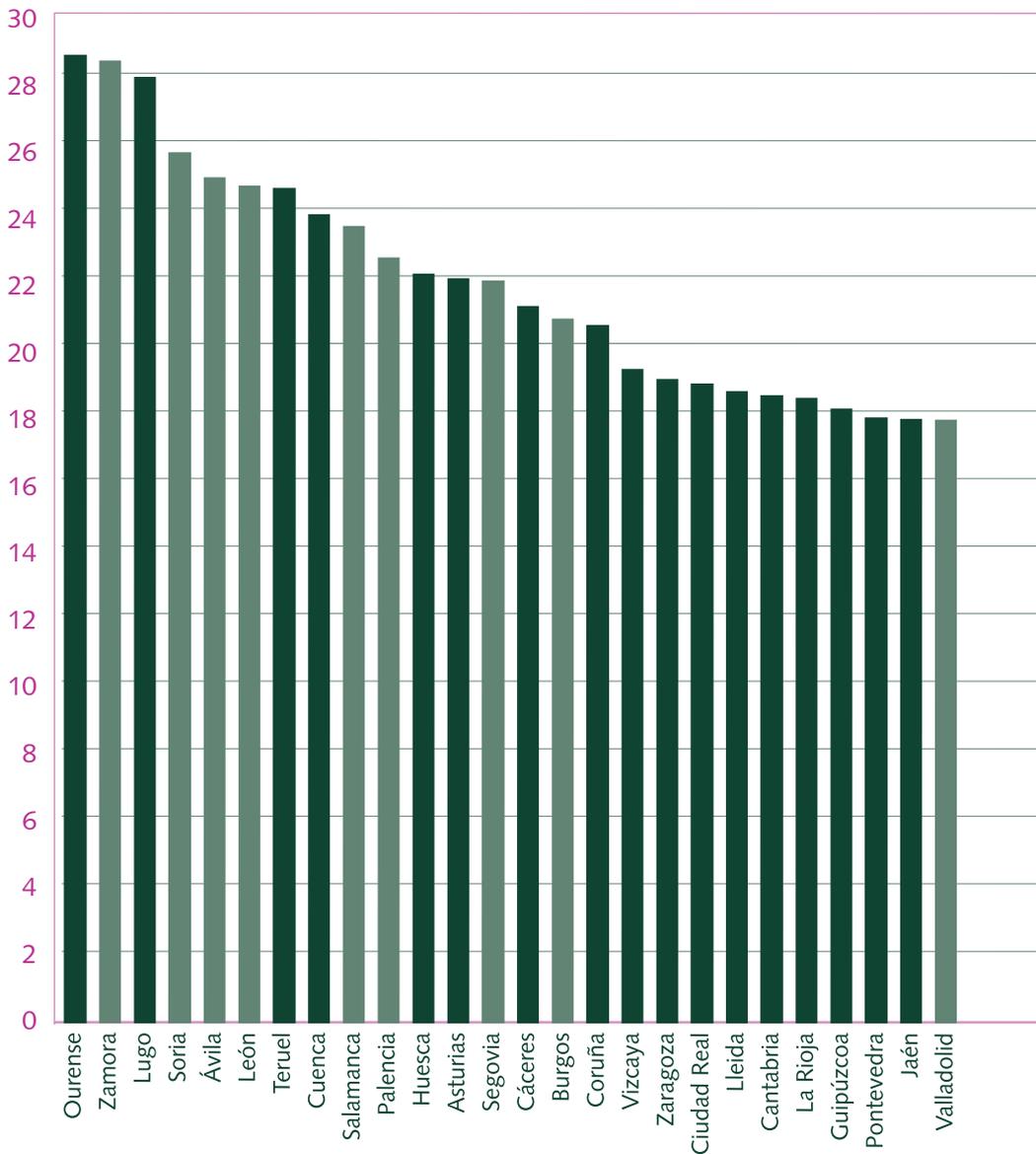
Anexo 2.1. Edad media en las provincias españolas, 2007



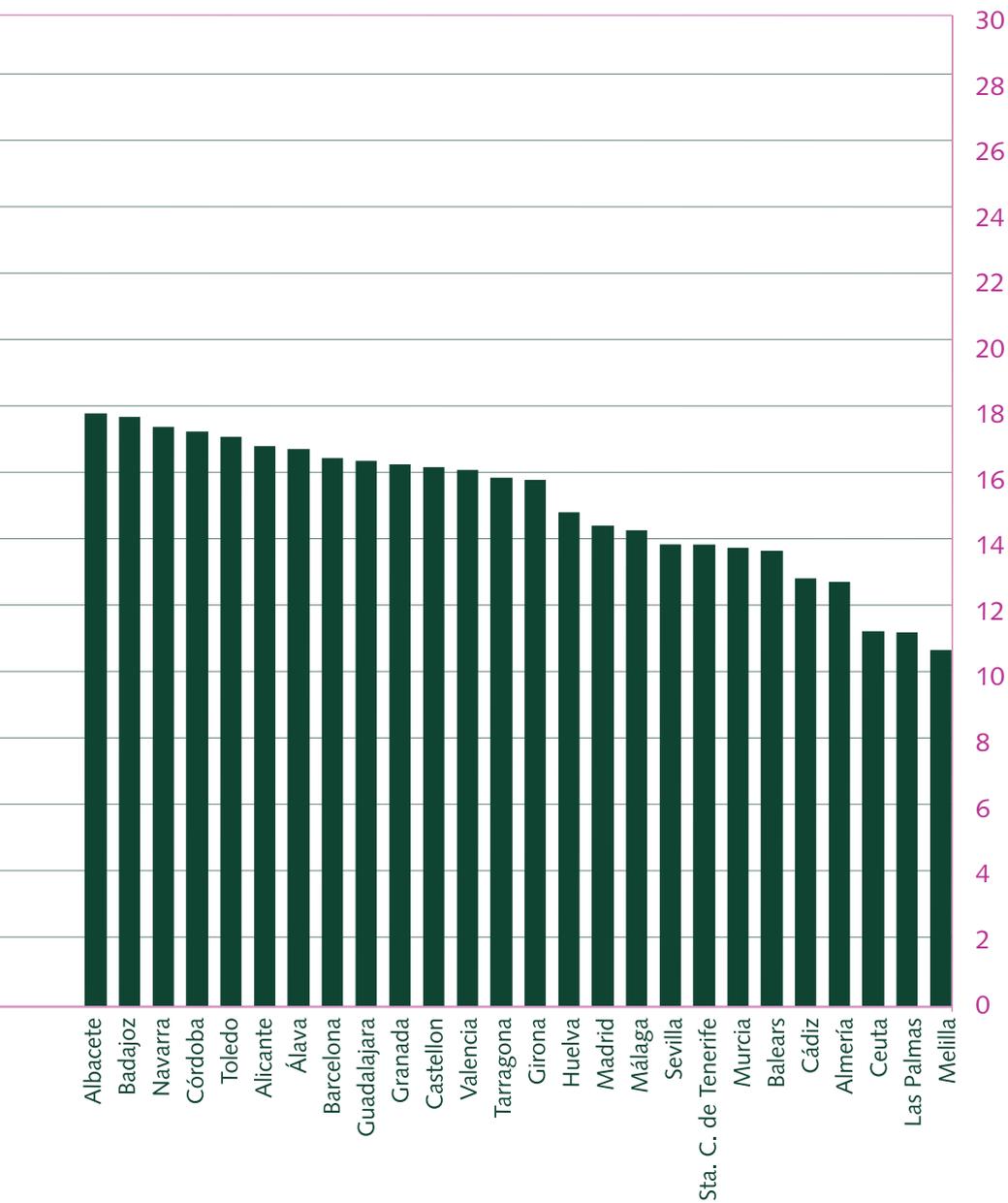
Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



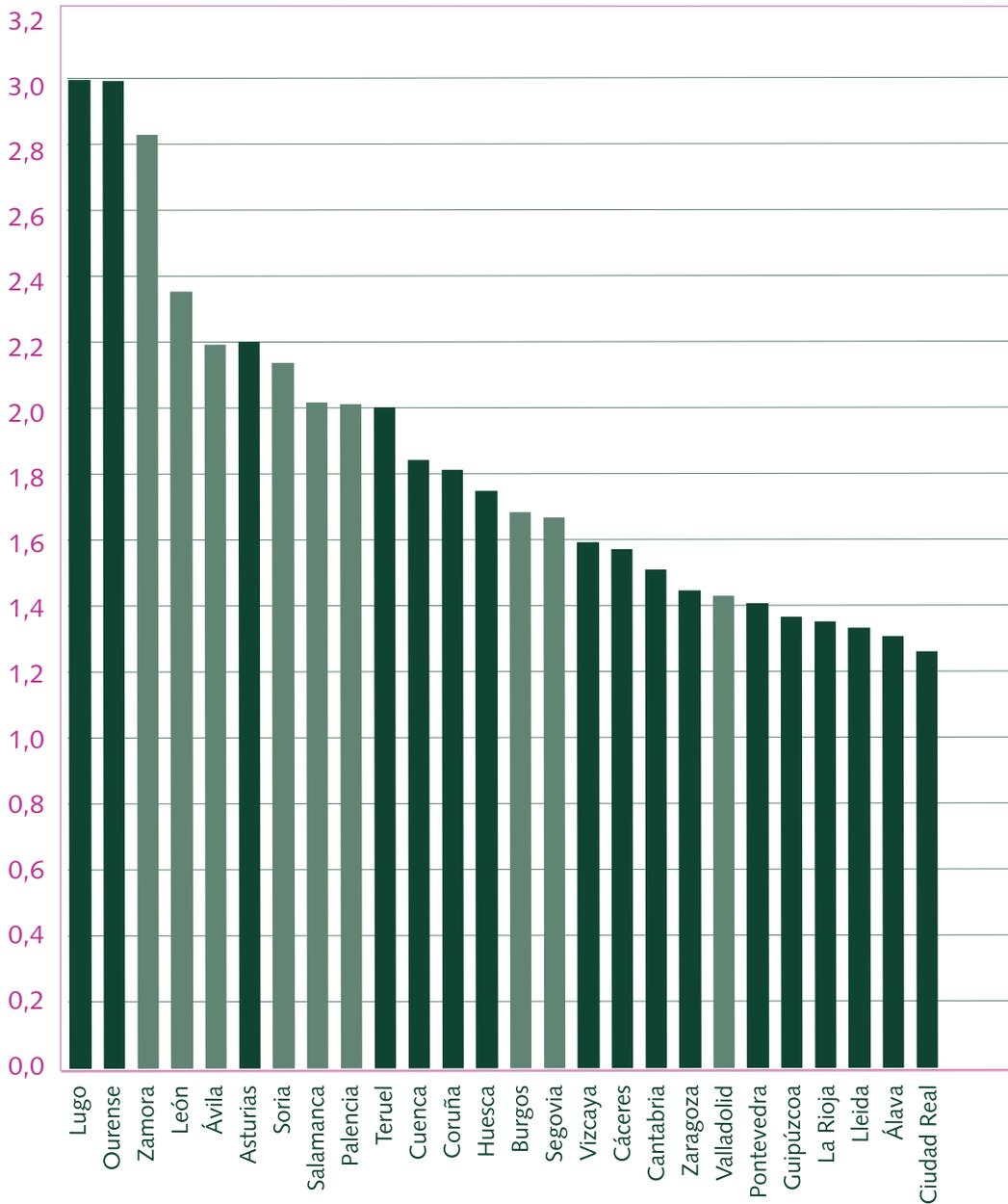
Anexo 2.2 Tasa de vejez en las provincias españolas, 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



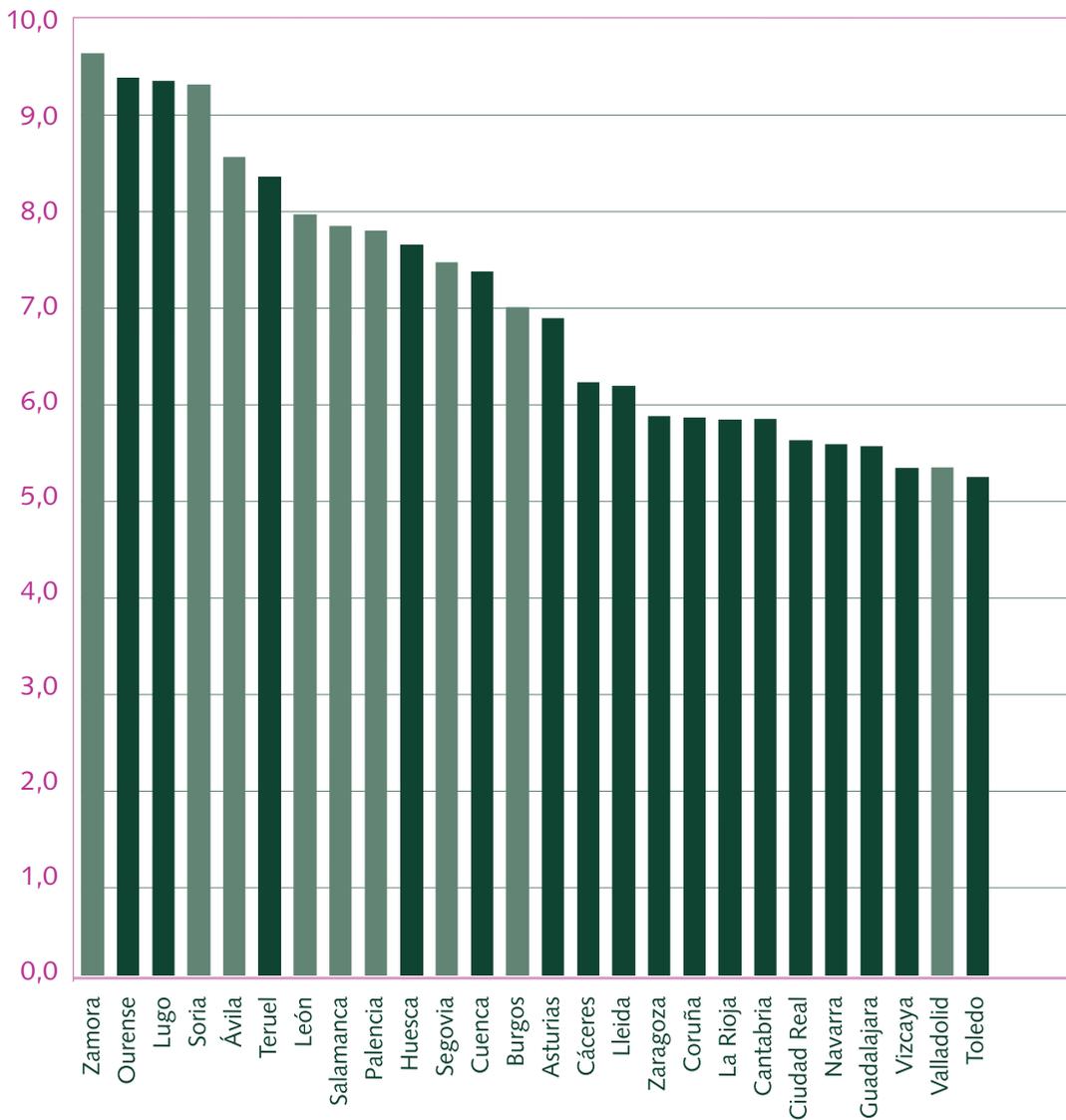
Anexo 2.3 Índice de envejecimiento en las provincias españolas, 2007



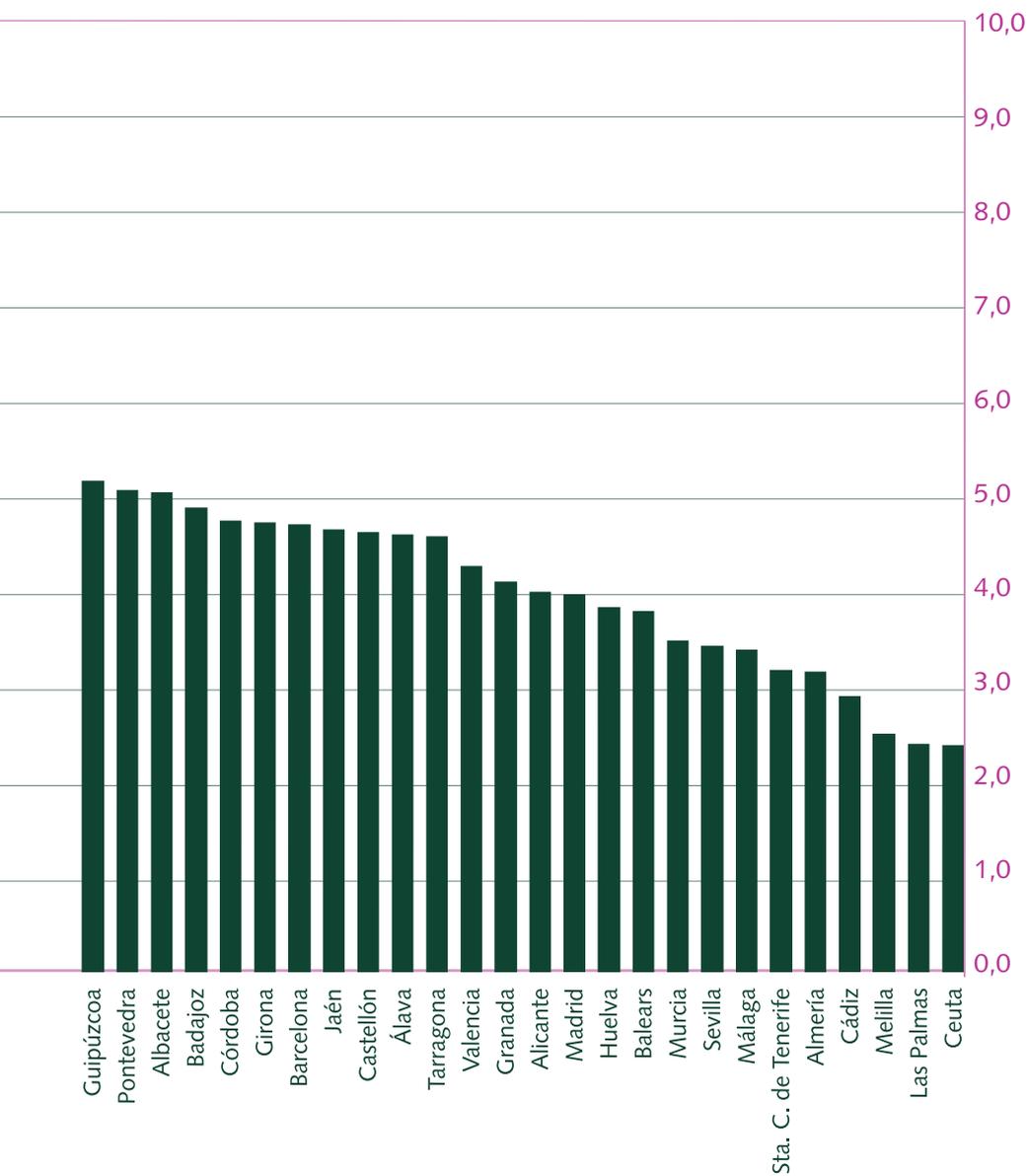
Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



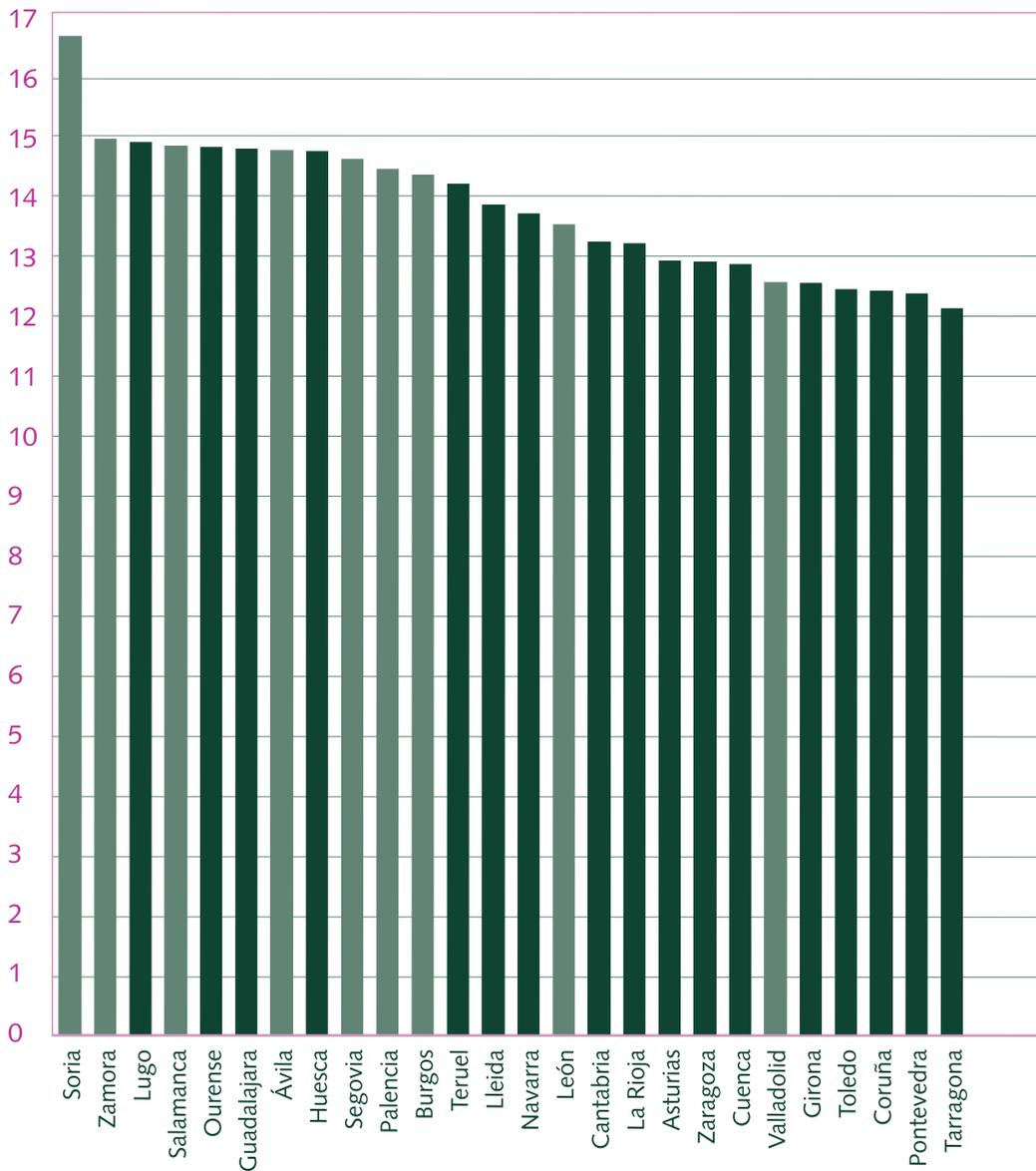
Anexo 2.4 Porcentaje de octogenarios en las provincias españolas, 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



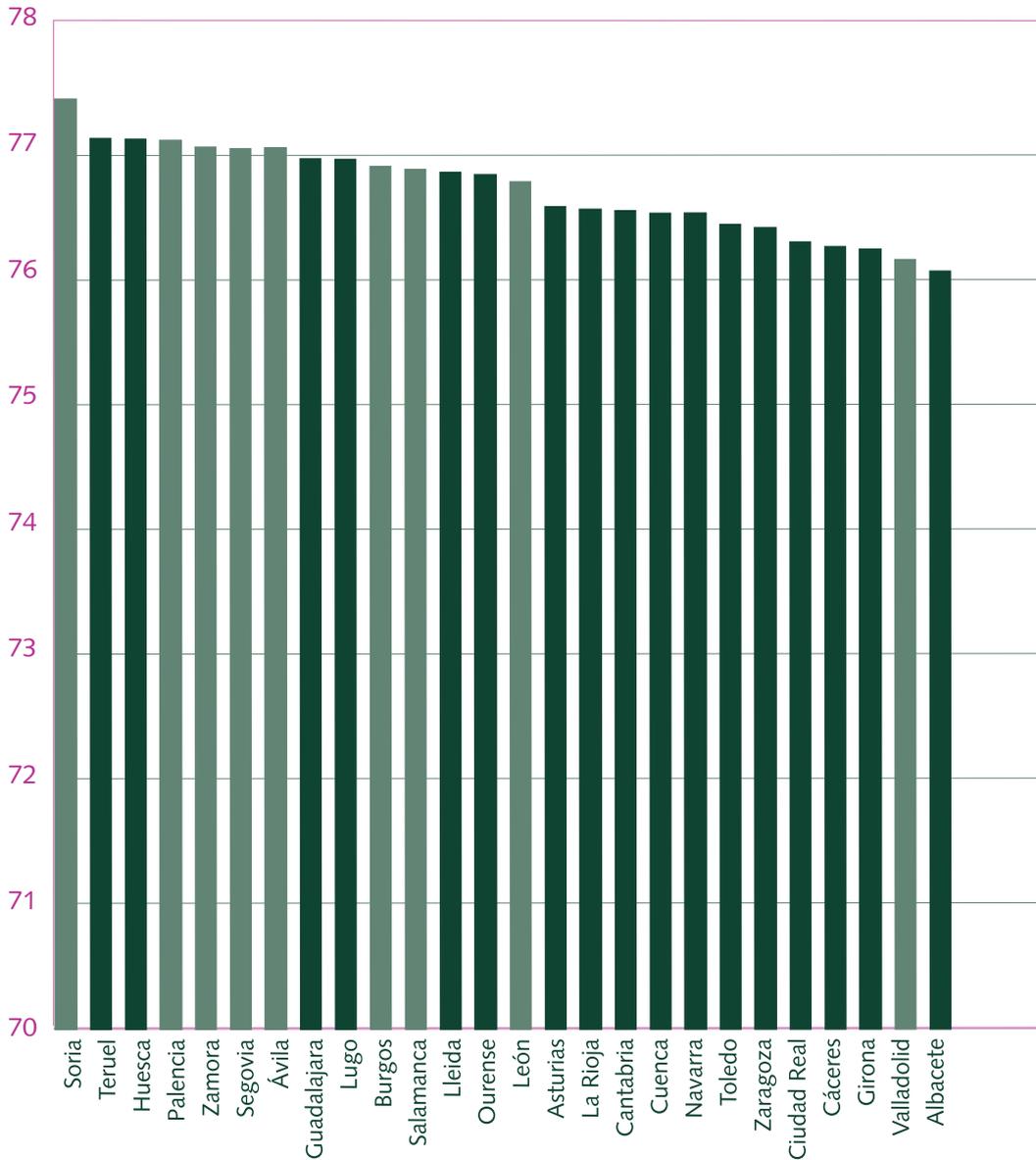
Anexo 2.5 Índice de sobre-envejecimiento en las provincias españolas, 2007



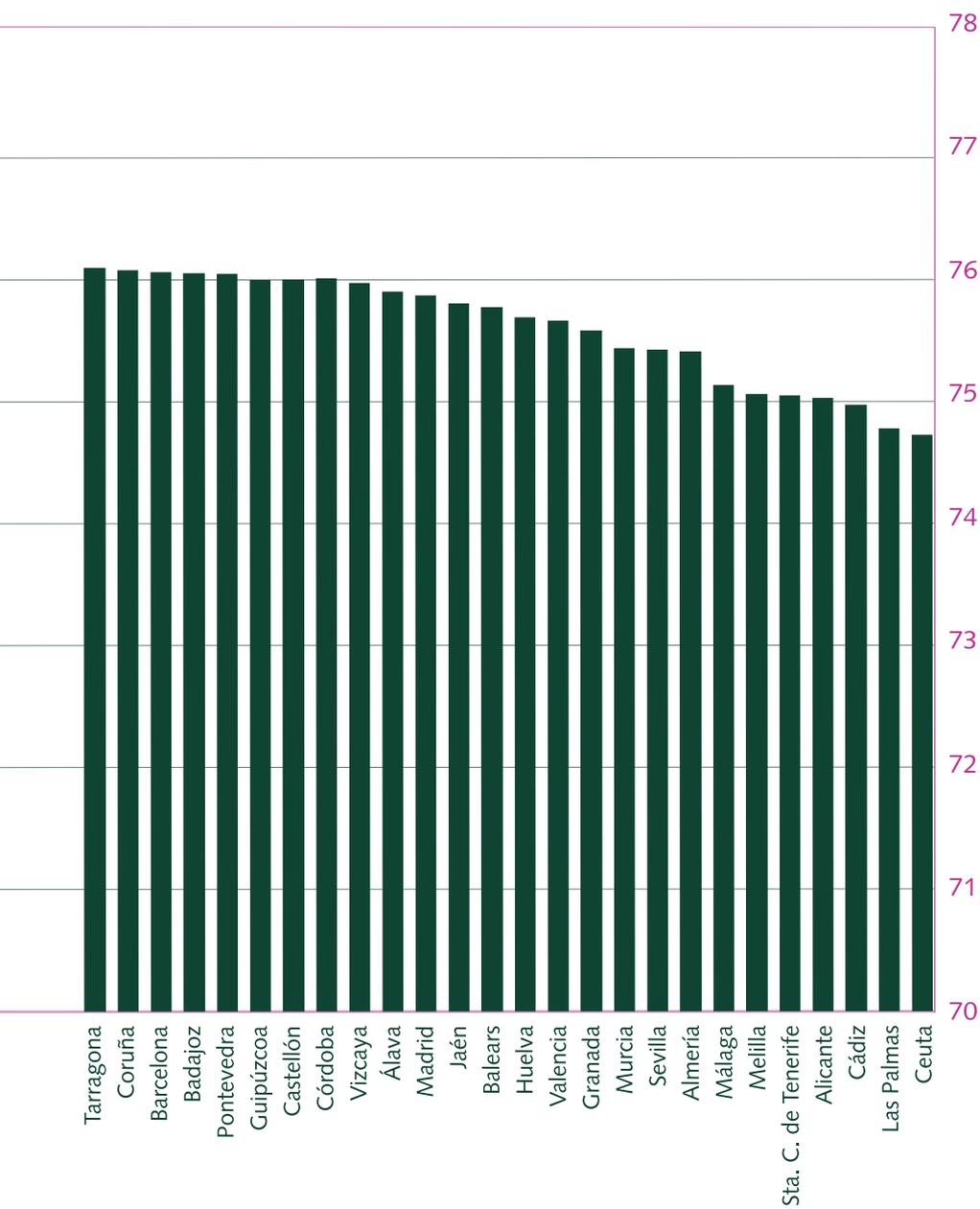
Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



Anexo 2.6 Edad media de los mayores en las provincias españolas, 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. Elaboración: P. Caballero.



Anexo 3.1 Distribución de la población según tipos de municipios

Tipo de municipio (Nº de habitantes)	Municipios 2002		Municipios 2007		Superficie 2007		Población 2002		Población 2007	
	Nº	%	Nº	%	Km ²	%	Nº.	%	Nº	%
Menos de 500	1.610	71,6	1.648	73,3	51.311	54,5	305.246	12,3	299.595	11,8
de 500 a 1.000	276	12,3	249	11,1	16.580	17,6	187.451	7,6	169.498	6,7
de 1.000 a 2.000	131	5,8	120	5,3	10.498	11,2	175.166	7,1	157.845	6,2
Total Rural	2.017	89,7	2.017	89,7	78.389	83,3	667.863	26,9	626.938	24,8
de 2.000 a 5.000	64	2,8	64	2,8	6.648	7,1	183.836	7,4	188.608	7,5
de 5.000 a 10.000	21	0,9	21	0,9	2.809	3,0	134.883	5,4	141.206	5,6
Total Centros Servicios	85	3,8	85	3,8	9.457	10,0	318.719	12,8	329.814	13,0
Capitales	9	0,4	9	0,4	1.303	1,4	1.065.012	42,9	1.078.089	42,6
Ciudades no capitales	11	0,5	11	0,5	1.352	1,4	243.955	9,8	249.832	9,9
Total Urbano	20	0,9	20	0,9	2.655	2,8	1.308.967	52,8	1.327.921	52,5
Periurbano	24	1,1	24	1,1	889	0,9	121.431	4,9	156.295	6,2
Área de influencia urbana	102	4,5	102	4,5	2.725	2,9	63.335	2,6	87.449	3,5
Total Castilla y León	2.248	100,0	2.248	100,0	94.116	100,0	2.480.315	100,0	2.528.417	100,0

Fuente: INE. *Padrón Municipal de Habitantes* a 1 de enero de 2002 y a 1 de enero de 2007.
Elaboración: P. Caballero.

Anexo 3.2 Distribución de la población por tipo de municipio y grupos de edad

tipo de municipio (Nº de habitantes)	Año 2002							
	0-14 años		15-64 años		65 y + años		octogenarios	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 500	20.038	6,56	169.899	55,66	115.309	37,78	33.427	10,95
de 500 a 1.000	15.860	8,46	108.619	57,95	62.972	33,59	17.710	9,45
de 1.000 a 2.000	16.631	9,49	105.883	60,45	52.652	30,06	14.410	8,23
Total Rural	52.529	7,87	384.401	57,56	230.933	34,58	65.547	9,81
de 2.000 a 5.000	20.698	11,26	116.798	63,53	46.340	25,21	12.195	6,63
de 5.000 a 10.000	18.261	13,54	89.732	66,53	26.890	19,94	6.679	4,95
Tota Centros Servicios	38.959	12,22	206.530	64,80	73.230	22,98	18.874	5,92
Capitales	132.680	12,46	737.943	69,29	194.389	18,25	49.112	4,61
Ciudades no capitales	32.419	13,29	164.686	67,51	46.850	19,20	11.101	4,55
Total Urbano	165.099	12,61	902.629	68,96	241.239	18,43	60.213	4,60
Periurbano	18.240	15,02	89.078	73,36	14.113	11,62	3.170	2,61
Área de influencia urbana	9.555	15,09	44.263	69,89	9.517	15,03	2.406	3,80
Total Castilla y León	284.382	11,47	1.626.901	65,59	569.032	22,94	150.210	6,06

Continúa

Continuación

Año 2007								
tipo de municipio (Nº de habitantes)	0-14 años		15-64 años		65 y + años		octogenarios	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 500	17.969	6,00	168.579	56,27	113.047	37,73	39.359	13,14
de 500 a 1.000	13.540	7,99	100.128	59,07	55.830	32,94	18.808	11,10
de 1.000 a 2.000	14.017	8,88	97.510	61,78	46.318	29,34	15.346	9,72
Total Rural	45.526	7,26	366.217	58,41	215.195	34,32	73.513	11,73
de 2.000 a 5.000	21.410	11,35	121.649	64,50	45.549	24,15	14.396	7,63
de 5.000 a 10.000	18.837	13,34	95.277	67,47	27.092	19,19	8.258	5,85
Tota Centros Servicios	40.247	12,20	216.926	65,77	72.641	22,02	22.654	6,87
Capitales	133.641	12,40	737.978	68,45	206.470	19,15	62.391	5,79
Ciudades no capitales	32.230	12,90	168.933	67,62	48.669	19,48	14.407	5,77
Total Urbano	165.871	12,49	906.911	68,30	255.139	19,21	76.798	5,78
Periurbano	25.097	16,06	115.187	73,70	16.011	10,24	4.202	2,69
Área de influencia urbana	14.651	16,75	62.446	71,41	10.352	11,84	3.007	3,44
Total Castilla y León	291.392	11,52	1.667.687	65,96	569.338	22,52	180.174	7,13

Variaciones en el periodo 2002-2007								
tipo de municipio (Nº de habitantes)	0-14 años		15-64 años		65 y + años		octogenarios	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 500	-10,33	-8,63	-0,78	1,09	-1,96	-0,11	17,75	19,97
de 500 a 1.000	-14,63	-5,59	-7,82	1,95	-11,34	-1,95	6,20	17,45
de 1.000 a 2.000	-15,72	-6,47	-7,91	2,20	-12,03	-2,38	6,50	18,18
Total Rural	-13,33	-7,67	-4,73	1,49	-6,81	-0,73	12,15	19,47
de 2.000 a 5.000	3,44	0,82	4,15	1,52	-1,71	-4,19	18,05	15,06
de 5.000 a 10.000	3,15	-1,46	6,18	1,42	0,75	-3,76	23,64	18,10
Tota Centros Servicios	3,31	-0,17	5,03	1,50	-0,80	-4,14	20,03	15,99
Capitales	0,72	-0,50	0,00	-1,21	6,21	4,93	27,04	25,50
Ciudades no capitales	-0,58	-2,92	2,58	0,17	3,88	1,44	29,78	26,73
Total Urbano	0,47	-0,97	0,47	-0,96	5,76	4,25	27,54	25,72
Periurbano	37,59	6,90	29,31	0,47	13,45	-11,86	32,56	2,99
Área de influencia urbana	53,33	11,05	41,08	2,18	8,77	-21,22	24,98	-9,48
Total Castilla y León	2,46	0,52	2,51	0,56	0,05	-1,85	19,95	17,67

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2002 y a 1 de enero de 2007.
Elaboración: P. Caballero.

Anexo 4.1 Tasas de actividad de los trabajadores de 55 años y más según sexo por Comunidades Autónomas, 2005-2007 (media anual, en porcentajes)

Comunidades Autónomas	Ambos sexos						Varones						Mujeres								
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
	Total	Total	Total	De 55 años y más	De 55 años y más	De 55 años y más	Total	Total	Total	De 55 años y más	De 55 años y más	De 55 años y más	Total	Total	Total	De 55 años y más					
Andalucía	54,31	55,32	56,25	16,55	16,56	17,07	67,63	67,99	68,20	25,71	25,82	26,18	41,51	43,09	44,67	10,41	10,86	12,51	9,07	8,98	9,59
Aragón	56,57	56,59	58,81	18,12	17,90	19,07	67,98	67,17	68,08	27,25	26,23	26,82	45,39	46,19	49,67	8,41	9,71	11,15	15,80	15,69	15,49
Asturias	48,14	49,85	50,53	14,29	15,12	15,87	59,31	59,99	59,53	21,92	22,12	21,96	38,03	40,67	42,39	8,41	9,71	11,15	15,80	15,69	15,49
Baleares	62,71	64,11	64,07	22,78	24,28	23,89	72,36	73,78	73,74	30,95	34,30	33,67	53,16	54,51	54,44	15,80	15,69	15,49	11,94	14,21	14,96
Canarias	59,38	61,02	61,04	21,16	22,42	22,59	70,17	71,46	70,58	31,90	31,95	31,43	48,71	50,68	51,57	11,62	10,78	11,96	8,44	9,39	10,20
Cantabria	54,71	55,32	56,22	17,59	17,53	18,86	66,50	65,72	66,52	25,02	25,91	27,40	43,60	45,49	46,48	11,62	10,78	11,96	8,44	9,39	10,20
Castilla y León	52,47	53,09	53,66	16,13	16,58	16,78	64,12	63,85	64,03	25,25	25,07	24,53	41,17	42,64	43,57	8,44	9,39	10,20	7,62	7,74	8,19
Castilla-La Mancha	54,02	55,03	56,02	15,82	16,35	16,59	68,25	69,03	68,95	25,41	26,40	26,38	39,87	41,03	43,02	7,62	7,74	8,19	14,29	14,82	16,05
Cataluña	61,27	62,17	62,50	21,95	23,08	23,26	71,80	72,15	72,18	31,32	33,18	32,06	51,15	52,53	53,11	11,21	12,61	12,90	7,67	7,83	9,87
C. Valenciana	58,64	59,62	60,13	19,73	20,01	20,23	70,27	70,71	70,52	30,05	28,94	29,03	47,35	48,81	49,95	11,21	12,61	12,90	7,67	7,83	9,87
Extremadura	51,63	51,58	52,85	14,75	14,73	16,40	63,99	63,96	64,34	23,35	23,06	24,27	39,57	39,51	41,64	13,33	13,28	12,53	14,42	15,20	15,32
Galicia	53,04	53,61	54,27	18,65	18,23	17,96	62,61	62,19	63,29	25,46	24,55	24,89	44,31	45,78	46,02	14,42	15,20	15,32	9,52	11,41	11,76
Madrid	62,38	63,57	63,89	23,04	23,99	23,79	72,47	72,99	73,17	34,19	35,34	34,73	53,07	54,85	55,30	14,42	15,20	15,32	13,84	13,40	13,21
Murcia	57,84	58,98	60,45	17,53	18,45	19,27	71,04	71,24	72,82	27,21	26,94	28,31	44,64	46,61	47,87	9,52	11,41	11,76	11,00	11,95	12,99
Navarra	59,60	60,67	60,82	20,65	20,93	21,61	69,79	70,42	70,88	28,67	29,77	31,45	49,55	51,06	50,90	13,84	13,40	13,21	11,84	11,84	12,17
País Vasco	56,92	58,07	57,63	18,04	19,02	19,51	67,38	67,77	66,90	26,66	27,67	27,48	47,01	48,89	48,86	11,00	11,95	12,99	6,95	7,17	9,63
La Rioja	59,41	59,48	58,95	20,75	20,25	19,21	70,90	70,05	70,07	31,06	29,95	27,30	47,89	48,83	47,70	11,84	11,84	12,17	6,95	7,17	9,63
Ceuta	58,29	52,79	51,59	22,91	19,59	21,75	73,79	65,40	66,81	43,32	34,46	35,79	42,38	40,24	36,77	6,95	7,17	9,63	6,77	6,00	5,66
Melilla	51,18	52,50	54,09	16,26	17,90	15,30	65,40	69,18	68,42	27,26	32,46	27,34	38,30	36,94	40,45	6,77	6,00	5,66	11,49	12,10	12,72
Total Nacional	57,35	58,32	58,92	19,10	19,64	19,93	65,40	69,18	68,42	28,43	28,86	28,73	46,41	47,95	48,94	11,49	12,10	12,72			

Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Anexo 4.2 Tasas de empleo de los trabajadores de 55 años y más según sexo por Comunidades Autónomas, 2005-2007, (media anual, en porcentajes)

Comunidades Autónomas	Ambos sexos						Varones						Mujeres					
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
	Total	Total	Total	De 55 años y más	De 55 años y más	De 55 años y más	Total	Total	Total	De 55 años y más	De 55 años y más	De 55 años y más	Total	Total	Total	De 55 años y más	De 55 años y más	De 55 años y más
Andalucía	46,79	48,30	49,07	14,90	14,97	15,32	60,68	61,71	61,74	23,38	23,71	23,96	33,43	35,36	36,80	7,99	7,82	8,24
Aragón	53,27	53,45	55,73	17,48	17,35	18,28	65,32	64,61	65,52	26,51	25,51	25,99	41,47	42,49	46,08	9,86	10,46	11,76
Asturias	43,21	45,21	46,25	13,61	14,68	15,32	54,56	55,89	55,71	21,04	21,46	21,20	32,93	35,54	37,69	7,87	9,44	10,78
Baleares	58,19	59,97	59,60	21,70	23,27	23,02	68,59	70,01	69,45	29,96	33,41	32,63	47,88	49,99	49,80	14,64	14,58	14,76
Canarias	52,42	53,90	54,66	19,20	20,51	20,85	63,28	64,72	64,56	29,22	29,26	29,47	41,68	43,17	44,84	10,59	12,98	13,41
Cantabria	50,06	51,69	52,90	16,96	16,92	18,41	62,41	62,80	63,56	24,11	24,90	26,84	38,42	41,20	42,82	11,21	10,49	11,61
Castilla y León	47,90	48,78	49,81	15,46	15,73	16,09	60,58	60,53	60,98	24,51	23,98	23,82	35,59	37,37	38,94	7,82	8,76	9,52
Castilla-La Mancha	49,07	50,19	51,75	14,70	15,49	15,77	64,46	65,44	65,48	24,09	25,56	25,42	33,76	34,93	37,95	6,68	6,87	7,48
Cataluña	57,01	58,07	58,41	20,94	22,17	22,11	67,60	68,35	68,15	30,04	32,15	30,67	46,83	48,14	48,95	13,51	14,01	15,10
C. Valenciana	53,47	54,63	54,86	18,37	18,88	19,21	65,52	66,19	65,67	28,24	27,57	27,89	41,78	43,36	44,27	10,23	11,68	11,98
Extremadura	43,48	44,65	45,95	13,13	13,12	14,79	56,60	57,64	58,46	21,08	20,68	22,19	30,70	31,99	33,74	6,57	6,87	8,65
Galicia	47,76	49,07	50,12	17,48	17,16	17,06	58,12	58,41	59,67	24,18	23,14	23,79	38,32	40,54	41,40	12,25	12,48	11,77
Madrid	58,13	59,51	59,87	22,09	22,94	22,68	68,04	69,65	69,56	32,66	34,20	33,51	48,99	50,15	50,89	13,93	14,22	14,30
Murcia	53,21	54,35	55,88	16,63	17,54	18,17	66,93	67,07	68,45	26,04	25,65	26,79	39,48	41,51	43,09	8,85	10,81	11,00
Navarra	56,23	57,45	57,92	19,77	20,31	21,03	66,82	67,64	68,63	27,65	29,33	30,96	45,79	47,41	47,36	13,08	12,62	12,57
Pais Vasco	52,74	54,02	54,10	17,43	18,36	18,77	63,57	64,07	63,69	26,08	26,93	26,62	42,50	44,52	45,04	10,37	11,34	12,33
La Rioja	55,74	55,80	55,61	20,29	19,78	18,68	68,25	66,52	67,36	30,54	29,30	26,50	43,19	45,01	43,74	11,43	11,52	11,87
Ceuta	46,82	41,72	41,13	21,45	18,17	19,55	63,28	55,29	56,47	42,22	31,81	32,28	29,93	28,22	26,20	5,20	6,78	8,57
Melilla	44,02	45,47	44,25	16,13	17,16	13,53	60,17	63,43	60,17	27,26	31,50	24,72	29,39	28,73	29,10	6,52	5,45	4,57
Total Nacional	52,10	53,36	54,05	17,98	18,57	18,81	63,94	64,76	64,86	26,95	27,53	27,40	40,77	42,41	43,63	10,66	11,24	11,78

Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa, 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Anexo 4.4 Población inactiva según sexo y edad por Comunidades Autónomas, 2005-2007 ambos sexos
(media anual, en miles de personas)

Comunidades Autónomas	Ambos sexos								
	2005	2006	2007	2005	2006	2007			
	Total	De 55 a 65 años			De 65 años y más				
Andalucía	2.890,1	2.877,4	2.870,5	449,4	459,7	463,4	1.090,5	1.109,6	1.126,6
Aragón	463,5	468,8	451,4	71,5	75,5	71,9	245,5	245,2	247,2
Asturias	486,2	469,9	463,5	80,4	80,5	81,1	222,5	222,3	221,7
Baleares	300,0	296,8	306,3	48,6	48,2	50,3	128,8	130,7	134,6
Canarias	647,8	636,7	652,5	99,7	99,4	104,2	224,1	231,0	237,6
Cantabria	216,4	215,9	213,9	33,8	35,6	35,2	99,0	99,7	100,1
Castilla y León	1.014,8	1.005,5	998,4	147,0	147,3	149,5	529,2	529,2	529,2
Castilla-La Mancha	715,5	715,1	716,5	97,0	98,1	99,0	339,0	339,7	342,4
Cataluña	2.235,7	2.227,1	2.254,2	366,3	361,6	360,5	1.100,7	1.112,3	1.138,5
C. Valenciana	1.588,2	1.590,6	1.613,9	250,8	261,3	271,0	706,2	722,2	738,6
Extremadura	429,2	431,9	423,3	61,1	62,4	58,9	194,5	194,6	194,3
Galicia	1.111,0	1.100,6	1.088,9	171,0	174,7	178,8	549,5	555,5	559,5
Madrid	1.850,4	1.822,5	1.841,4	308,2	310,1	319,8	817,8	830,2	852,2
Murcia	451,4	451,0	447,9	65,3	65,2	67,1	179,1	181,7	183,1
Navarra	197,2	194,2	196,0	31,6	33,0	32,8	96,9	97,3	98,6
País Vasco	782,7	764,5	775,8	144,4	144,6	142,9	373,6	376,0	382,9
La Rioja	102,5	104,4	107,7	14,8	15,9	17,5	52,5	52,9	53,4
Ceuta	23,2	26,4	27,2	3,7	3,4	3,8	7,5	8,3	7,5
Melilla	24,4	23,8	23,6	2,3	3,1	3,1	8,1	7,6	8,6
Total Nacional	15.530,2	15.423,2	15.473,0	2.447,0	2.479,6	2.510,7	6.965,2	7.045,9	7.156,7

Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa. 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

Anexo 4.5 Población inactiva según sexo y edad por Comunidades Autónomas, 2005-2007. Varones y mujeres
(media anual, en miles de personas)

Comunidades Autónomas	Varones										Mujeres														
	2005		2006		2007		2005		2006		2007		2005		2006		2007		2005		2006		2007		
	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	Total	De 55 a 64 años	De 65 y más años	
Andalucía	1.003,6	1.012,3	1.026,2	156,8	158,9	161,8	459,4	469,0	475,9	1.886,4	1.865,1	1.844,4	292,6	300,8	301,6	631,1	640,6	650,7							
Aragón	169,1	175,8	173,7	22,8	25,9	25,0	106,1	106,1	107,3	294,4	293,0	277,7	48,7	49,6	47,0	139,4	139,1	140,0							
Asturias	181,3	178,1	180,1	29,5	30,4	32,1	90,7	90,8	90,4	304,9	291,8	283,4	50,9	50,1	48,9	131,8	131,5	131,3							
Baleares	110,6	108,0	111,6	18,0	15,5	17,0	55,2	56,2	57,5	189,4	188,8	194,7	30,7	32,8	33,3	73,6	74,5	77,2							
Canarias	236,6	232,1	245,4	32,9	34,4	37,7	96,3	99,7	102,6	411,2	404,6	407,1	66,8	65,0	66,6	127,8	131,3	135,0							
Cantabria	77,7	80,4	79,5	12,6	12,8	12,5	41,2	41,4	41,6	138,7	135,5	134,4	21,3	22,8	22,7	57,7	58,3	58,5							
Castilla y León	377,3	381,8	382,1	47,3	49,3	54,1	228,5	229,3	228,6	637,5	623,7	616,3	99,7	98,0	95,4	300,6	299,9	300,6							
Castilla-La Mancha	246,5	246,3	253,6	27,9	28,1	29,5	150,1	149,6	150,4	469,0	468,9	462,9	69,1	70,0	69,5	188,9	190,1	192,0							
Cataluña	797,7	805,7	823,4	120,0	111,3	117,3	460,2	464,8	480,3	1.438,0	1.421,4	1.430,7	246,3	250,3	243,2	640,4	647,5	658,2							
C. Valenciana	562,3	569,9	590,7	76,5	87,2	91,6	300,5	308,8	316,3	1.025,9	1.020,8	1.023,1	174,3	174,1	179,4	405,7	413,4	422,3							
Extremadura	157,7	158,7	158,1	21,0	22,3	21,3	82,9	82,6	82,6	271,5	273,2	265,2	40,1	40,0	37,5	111,7	112,0	111,6							
Galicia	421,9	428,1	417,3	65,1	68,6	68,5	224,4	227,2	228,8	689,1	672,5	671,6	105,9	106,0	110,3	325,1	328,3	330,7							
Madrid	649,7	649,1	657,9	90,5	89,9	93,7	329,3	333,2	344,2	1.200,7	1.173,5	1.183,5	217,6	220,2	226,2	488,5	497,0	508,0							
Murcia	155,1	158,9	155,2	20,7	22,2	22,6	76,9	78,1	78,2	296,3	292,2	292,6	44,6	43,1	44,5	102,2	103,6	104,9							
Navarra	73,2	72,5	72,4	11,7	11,6	10,7	41,4	41,6	42,1	124,0	121,7	123,7	19,9	21,4	22,0	55,5	55,7	56,5							
País Vasco	288,1	285,6	294,4	50,9	51,4	52,1	157,4	157,8	161,1	494,6	478,9	481,4	93,4	93,1	90,8	216,2	218,2	221,8							
La Rioja	36,8	38,7	39,5	4,3	5,2	6,4	22,8	22,9	23,3	65,7	65,7	68,2	10,5	10,7	11,1	29,7	30,1	30,1							
Ceuta	7,4	9,7	9,2	0,8	0,9	1,3	2,8	3,4	3,1	15,8	16,8	18,0	2,8	2,5	2,5	4,7	4,8	4,5							
Melilla	8,2	7,5	7,9	0,5	0,9	0,9	3,7	3,1	3,6	16,2	16,4	15,7	1,8	2,2	2,2	4,4	4,5	5,0							
Total Nacional	5.560,8	5.599,0	5.678,2	810,0	826,8	855,9	2.930,0	2.965,4	3.017,9	9.969,4	9.824,1	9.794,8	1.637,0	1.652,7	1.654,7	4.035,1	4.080,5	4.138,8							

Fuente: INE. Encuesta de la Población Activa. 2007. Elaboración: J.M. Gómez y Y. González.

ÍNDICES DE GRÁFICOS, TABLAS Y ANEXOS



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.1	Pirámides de población de España y Castilla y León a 1 de enero de 2007	81
Gráfico 1.1.2	Tasa de vejez por Comunidades Autónomas	84
Gráfico 1.1.3	Índice de envejecimiento por Comunidades Autónomas	84
Gráfico 1.1.4	Edad media por Comunidades Autónomas	85
Gráfico 1.1.5	Edad mediana por Comunidades Autónomas	85
Gráfico 1.1.6	Índice de sobre-envejecimiento por Comunidades Autónomas	86
Gráfico 1.1.7	Edad media de los mayores por Comunidades Autónomas	86
Gráfico 1.1.8	Evolución del número de habitantes por grupos de edad. Castilla y León (1998=100)	89
Gráfico 1.1.9	Evolución del número de mayores y de la población total, en Castilla y León y en España (1999=100)	91
Gráfico 1.1.10	Variación relativa del valor calculado para distintos indicadores de la estructura por edades, 1999-2007	93
Gráfico 1.2.1	Tasa vejez en Castilla y León por provincias	97
Gráfico 1.2.2	Índice de envejecimiento en Castilla y León por provincias	97
Gráfico 1.2.3	Edad media en Castilla y León por provincias	98
Gráfico 1.2.4	Índice de sobre-envejecimiento en Castilla y León por provincias	98
Gráfico 1.2.5	Porcentaje de octogenarios en Castilla y León por provincias	99
Gráfico 1.2.6	Edad media de los mayores en Castilla y León por provincias	99
Gráfico 1.2.7	Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Zamora	101
Gráfico 1.2.8	Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Burgos	101
Gráfico 1.2.9	Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Salamanca	102
Gráfico 1.2.10	Pirámides de población a 1 de enero de 2007 en Castilla y León y Valladolid	104
Gráfico 1.3.1	Evolución de la esperanza de vida en Castilla y León	114
Gráfico 1.3.2	Esperanza de vida restante a los 65 años de edad en Castilla y León	115
Gráfico 1.3.3	Años de vida restante a los 65 según nivel de discapacidad	116
Gráfico 1.3.4	Población con discapacidad igual o superior al 33% Castilla y León (2006)	118
Gráfico 1.3.5	Comparación de pirámides de población de Castilla y León en 2007 y 2027	121

Gráfico 1.3.6	Esperanza de vida restante y discapacidad Castilla y León, 2027 (varones)	123
Gráfico 1.3.7	Esperanza de vida restante y discapacidad Castilla y León, 2027 (mujeres)	124
Gráfico 1.3.8	Evolución de la población mayor de 65 años (2007-2032)	125
Gráfico 1.3.9	Proyección de población mayor de 65 años según métodos y escenarios	127
Gráfico 1.3.10	Comparación de pirámides de población de Ávila en 2007 y 2027	131
Gráfico 1.3.11	Comparación de pirámides de población de Burgos en 2007 y 2027	132
Gráfico 1.3.12	Comparación de pirámides de población de León en 2007 y 2027	132
Gráfico 1.3.13	Comparación de pirámides de población de Palencia en 2007 y 2027	133
Gráfico 1.3.14	Comparación de pirámides de población de Salamanca en 2007 y 2027	133
Gráfico 1.3.15	Comparación de pirámides de población de Segovia en 2007 y 2027	134
Gráfico 1.3.16	Comparación de pirámides de población de Soria en 2007 y 2027	134
Gráfico 1.3.17	Comparación de pirámides de población de Valladolid en 2007 y 2027	135
Gráfico 1.3.18	Comparación de pirámides de población de Zamora en 2007 y 2027	135
Gráfico 1.3.19	Población de 65 años y más en 2027	136
Gráfico 2.1.1	Porcentaje de personas que perciben su estado de salud como bueno o muy bueno por CCAA, 2006	145
Gráfico 2.1.2	Porcentaje de personas que perciben su estado de salud como malo o muy malo por CCAA, 2006	147
Gráfico 2.1.3	Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en España. Población mayor de 16 años y Población de 65 y más años	149
Gráfico 2.1.4	Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en Castilla y León y en España. Población mayor de 16 años	152
Gráfico 2.1.5	Defunciones de personas de 65 y más años según sus principales causas en las provincias de Castilla y León, 2005. Cifras absolutas	155
Gráfico 2.1.6	Defunciones de personas de 65 y más años según sus principales causas en las provincias de Castilla y León, 2005. Porcentajes	156
Gráfico 2.3.1	Ámbito de aplicación para la prevención de las enfermedades no transmisibles desde un enfoque del ciclo vital	164
Gráfico 2.3.2	Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital	170
Gráfico 2.3.3	Dependencia funcional de la población mayor de 65 años, en España y Castilla y León	170
Gráfico 2.3.4	Dependencia funcional de los mayores en Castilla y León	171
Gráfico 3.1.1	Población de 16 y más años según grupos de edad en Castilla y León, 2007 (miles de personas)	224
Gráfico 3.1.2	Distribución sectorial de la población ocupada de 55 años y más en España y en Castilla y León, 2007	229
Gráfico 3.1.3	Distribución sectorial de la población ocupada de 55 años y más según sexo en Castilla y León, 2007	230
Gráfico 3.1.4	Tasa de paro por grupos de edad en España y Castilla y León, 2007	232
Gráfico 3.1.5	Tasa de paro por grupos de edad y sexo en Castilla y León, 2007	233
Gráfico 3.1.6	Actividad, ocupación y paro de los trabajadores de 55 años y más según sexo en Castilla y León, 2007	233

Gráfico 3.1.7	Actividad, ocupación y paro de los trabajadores de 55 años y más en España y en Castilla y León, 2007	234
Gráfico 3.1.8	Edad media de retirada del mercado laboral según sexo en los países de la Unión Europea, 2004	236
Gráfico 3.1.9	Porcentaje de personas a las que les gustaría jubilarse tan pronto como puedan, 2004	237
Gráfico 3.2.1	Personas que reciben cuidados personales según el grupo de edad del cuidador (miles)	246
Gráfico 3.2.2	Forma de convivencia de los mayores en España, 2006 (porcentaje de hogares)	247
Gráfico 3.2.3	Participación de los mayores en el cuidado cotidiano de los nietos mientras los padres trabajan, España 2006	248
Gráfico 3.2.4	Distribución de los mayores en función de la dedicación al cuidado de los nietos, Castilla y León, 2007 (porcentaje)	249
Gráfico 3.2.5	Razones por las que los mayores cuidan de sus nietos, Castilla y León, 2007	251
Gráfico 3.2.6	Percepción y realidad sobre participación de personas mayores en actividades "informales"	252
Gráfico 3.4.1	Índice de cobertura de los centros de día en Castilla y León y en España, 2002 y 2006	298
Gráfico 3.4.2	Evolución del número de socios del Club de los 60, 2002-2007	299
Gráfico 3.4.3	Número de plazas ofertadas en el Programa de Termalismo, 2002-2007	299
Gráfico 3.4.4	Evolución del número de personas mayores participantes en el Programa Interuniversitario de la Experiencia, 2002-2007	300
Gráfico 3.4.5	Evolución del número de personas mayores participantes en el Programa de Convivencia Intergeneracional, 2002-2007	301
Gráfico 3.4.6	Evolución del número de Asociaciones de Personas Mayores, 2002-2007	302
Gráfico 3.4.7	Evolución de los principales recursos para fomentar el envejecimiento participativo en Castilla y León, 2002-2007	307
Gráfico 4.1.1	Renta Equivalente según edad de la persona y según tramos de renta de la población de 65 años y más en España y en Castilla y León, 2005	325
Gráfico 4.1.2	Renta Equivalente de la población de 65 años y más según sexo y estado civil, relación con la actividad económica del hogar y capacidad para llegar a fin de mes del hogar en Castilla y León (Renta Equivalente media = 100)	328
Gráfico 4.1.3	Gastos que pueden permitirse las personas mayores en Castilla y León, 2007 (porcentajes)	332
Gráfico 4.1.4	Importe medio de las pensiones contributivas por tipo en Castilla y León y en España, 2007	345
Gráfico 4.1.5	Importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León con relación a registrado en España, 1997-2007	346
Gráfico 4.1.6	Importe medio de la pensión de Jubilación por CCAA, 2007 (euros/mes)	350
Gráfico 4.1.7	Importe medio de la pensión de Viudedad por CCAA, 2007 (euros/mes)	351
Gráfico 4.1.8	Pensiones contributivas en vigor con complemento a mínimo por CCAA (Relación porcentual pensiones mínimas/pensiones contributivas. Media nacional = 26,88), enero de 2008	359

Gráfico 4.1.9	Proporción de pensiones no contributivas sobre el total de población por CCAA, julio de 2008	364
Gráfico 4.1.10	Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas de jubilación en Castilla y León según estado civil y número de miembros de la unidad económica de convivencia, diciembre 2007	367
Gráfico 4.2.1	Red de dispositivos de Castilla y León	382
Gráfico 4.2.2	Evolución del número de usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio en Castilla y León, 2002-2007	384
Gráfico 4.2.3	Evolución del índice de cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio en Castilla y León y España	384
Gráfico 4.2.4	Evolución del número de usuarios del Servicio de Teleasistencia en Castilla y León, 2002-2007	386
Gráfico 4.2.5	Evolución del índice de cobertura del Servicio de Teleasistencia en Castilla y León y en España	387
Gráfico 4.2.6	Distribución de las plazas de estancias diurnas según titularidad en Castilla y León	389
Gráfico 4.2.7	Evolución del índice de cobertura de las estancias diurnas en Castilla y León y en España según tipo de titularidad	390
Gráfico 4.2.8	Evolución del número de plazas de estancias temporales en Castilla y León, 2002-2007	391
Gráfico 4.2.9	Programa de convivencia intergeneracional (alojamientos compartidos). Número de convivencias por cursos académicos	394
Gráfico 4.2.10	Evolución del número de plazas en centros residenciales para mayores en Castilla y León	395
Gráfico 4.2.11	Distribución de las plazas residenciales en Castilla y León según titularidad, 2007	396
Gráfico 4.2.12	Evolución del índice de cobertura en plazas residenciales en Castilla y León y en España según titularidad, 2002-2007	397
Gráfico 4.2.13	Distribución del tipo de plazas en centros residenciales de Castilla y León según la situación de dependencia del mayor, 2007	397
Gráfico 4.2.14	Evolución de los índices de cobertura de servicios para personas mayores dependientes o en situación de vulnerabilidad social, Castilla y León 2002-2007	398
Gráfico 4.2.15	Principios y criterios de intervención en personas mayores dependientes	403

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1.1	Comparación de las estructuras por edades en Castilla y León y en España, 2007	82
Tabla 1.2.1	Población total y personas mayores en Castilla y León, por provincias, 2007	95
Tabla 1.2.2	Principales indicadores de la estructura por sexo y edad en las provincias de Castilla y León, 2007	96
Tabla 1.2.3	Evolución de los principales indicadores del envejecimiento	106
Tabla 1.2.4	Indicadores de la estructura por edad según el tipo de municipio y su variación entre 2002 y 2007	109
Tabla 1.3.1	Esperanza de vida restante y discapacidad en Castilla y León, 2006	117
Tabla 1.3.2	Escenarios de la proyección	119
Tabla 1.3.3	Evolución de la población mayor de 65 años	122
Tabla 1.3.4	Población mayor en 2027	123
Tabla 1.3.5	Combinación de escenarios contemplados en la proyección provincial de la población total al año 2027	126
Tabla 1.3.6	Proyección de la población total y mayor de 65 años por provincias, según escenarios	128
Tabla 1.3.7	Principales índices de la estructura por edad en 2027 (F2+M1)	130
Tabla 2.1.1	Valoración del estado de salud percibida en los últimos 12 meses, ambos sexos, total nacional, 2006 (porcentajes respecto al total de cada grupo de edad)	144
Tabla 2.1.2	Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses, población total y mayores, por sexo, 2006 (porcentajes respecto al total de cada grupo de edad)	144
Tabla 2.1.3	Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas en todo el mundo	148
Tabla 2.3.1	Recomendaciones de actividades preventivas	167
Tabla 2.4.1	Altas hospitalarias según ámbito de residencia y edad, 2006 (número total de altas)	190
Tabla 2.4.2	Estancias hospitalarias según ámbito de residencia y edad, 2006 (número de días)	191
Tabla 2.4.3	Indicadores de uso de la asistencia especializada hospitalaria según ámbito de residencia y edad, 2006	192

Tabla 2.4.4	Frecuencia de asistencia a servicios sanitarios según edad en Castilla y León, 2007 (porcentajes)	195
Tabla 3.1.1	Población de 16 y más años según relación con la actividad, según sexo y grupo de edad, 2007 (Media anual, en miles de personas)	223
Tabla 3.1.2	Tasas de actividad, empleo y paro de la población de 16 años y más y de la población de 55 años y más por CCAA, 2007 (media anual)	224
Tabla 3.1.3	Tasas de actividad, empleo y paro según sexo y edad, 2007 (media anual)	226
Tabla 3.1.4	Tasas de actividad de las personas mayores según sexo y edad, 2007 (media anual)	227
Tabla 3.1.5	Población ocupada de 55 años según sexo y sector de actividad, 2007 (media anual, en miles de personas)	229
Tabla 3.1.6	Asalariados según sexo y edad en España y Castilla y León, 2007 (media anual)	231
Tabla 3.1.7	Población inactiva según edad en España y Castilla y León, 2007 (media anual)	235
Tabla 3.1.8	Situación laboral de la población de 65 años y más según sexo en España y Castilla y León, 2006-2007	238
Tabla 3.1.9	Grado de acuerdo de la población jubilada de 65 años y más con respecto a la jubilación según sexo en Castilla y León, 2004	239
Tabla 3.2.1	Tipo de ayuda recibida por las personas mayores dependientes en el hogar	245
Tabla 3.3.1	Número total de pensiones 1-09-08	269
Tabla 3.3.2	Número de pensiones de jubilación y su importancia en el conjunto de las pensiones contributivas	269
Tabla 3.4.1	Porcentaje de personas que realizan la actividad en el transcurso del día y duración media diaria dedicada a la actividad de la población general y mayor de 65 años en Castilla y León	288
Tabla 3.4.2	Evolución del número de centros de día de la Gerencia de Servicios Sociales y del número de usuarios 2002-2007	297
Tabla 3.4.3	Evolución índice de cobertura de los principales programas de cultura y ocio, 2002-2007	307
Tabla 4.1.1	Renta Equivalente anual media según edad en España y en Castilla y León, 2005 (euros)	322
Tabla 4.1.2	Renta Equivalente de la población de 65 y más años según edad por Comunidades Autónomas, 2005 (euros)	323
Tabla 4.1.3	Distribución de la población de 65 y más años por tramos de Renta equivalente en España y en Castilla y León, 2005	324
Tabla 4.1.4	Renta Equivalente según sexo en España y Castilla y León, 2005 (euros)	325
Tabla 4.1.5	Renta Equivalente de las personas de 65 años y más según estado civil en España y en Castilla y León, 2005 (euros)	326
Tabla 4.1.6	Renta Equivalente según la situación del hogar de la persona en relación con la actividad económica en España y en Castilla y León, 2005 (euros)	327
Tabla 4.1.7	Renta Equivalente según la capacidad del hogar de la persona para llegar a fin de mes en España y en Castilla y León, 2005 (euros)	327

Tabla 4.1.8	Nivel de ingresos netos mensuales de las personas mayores de Castilla y León según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes)	330
Tabla 4.1.9	Grado de dificultad de las personas mayores de Castilla y León para ahorrar según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes) ..	331
Tabla 4.1.10	Gastos que se pueden permitir las personas mayores de Castilla y León según sexo, edad y lugar de residencia, 2007 (porcentajes)	333
Tabla 4.1.11	Tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad, 2005 (porcentajes)	334
Tabla 4.1.12	Tasa de riesgo de pobreza según sexo, 2005 (porcentajes)	335
Tabla 4.1.13	Tasa de riesgo de pobreza según grupo de edad y sexo, 2005 (porcentajes)	336
Tabla 4.1.14	Tasa de riesgo de pobreza según actividad económica y sexo, 2005 (porcentajes)	337
Tabla 4.1.15	Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según sexo, 2005 (porcentajes)	338
Tabla 4.1.16	Tasa de riesgo de pobreza entre las personas mayores inactivas, 2005 (porcentajes)	338
Tabla 4.1.17	Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según estado civil, 2005 (porcentajes)	339
Tabla 4.1.18	Tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores según número de miembros del hogar y sexo, 2005 (porcentajes)	339
Tabla 4.1.19	Distribución de las personas mayores que viven solas según actividad económica y sexo, 2005 (porcentajes)	340
Tabla 4.1.20	Distribución de las personas mayores que viven solas según estado civil en España y en Castilla y León, 2005 (porcentajes)	341
Tabla 4.1.21	Pensiones contributivas en Castilla y León y en España, 1997-2007 (miles)	343
Tabla 4.1.22	Importe medio de las pensiones contributivas en Castilla y León y en España, 1997-2007 (euros/mes)	344
Tabla 4.1.23	Pensiones contributivas de Jubilación y Viudedad en España y en Castilla y León, julio de 2008	347
Tabla 4.1.24	Pensiones contributivas de Jubilación y de Viudedad por tipo de régimen en Castilla y León, julio de 2008	347
Tabla 4.1.25	Pensiones del SOVI en Castilla y León, julio de 2008	348
Tabla 4.1.26	Importe medio de las pensiones contributivas por CCAA, 2007 (euros/mes)	349
Tabla 4.1.27	Pensiones de Jubilación según sexo y edad en España, julio de 2008	352
Tabla 4.1.28	Pensiones de Viudedad según sexo y edad en España, julio de 2008	353
Tabla 4.1.29	Importe de las pensiones mínimas en España, 2008	356
Tabla 4.1.30	Número de pensiones, contributivas en cuantía mínima según sexo en España, enero de 2008	358
Tabla 4.1.31	Número de pensiones con complemento a mínimo en Castilla y León, enero de 2008	359

Tabla 4.1.32	Distribución porcentual del importe de las pensiones contributivas en vigor por conceptos en España, 2007	360
Tabla 4.1.33	Pensiones y beneficiarios de clases pasivas en España y en Castilla y León, junio 2008	361
Tabla 4.1.34	Número de pensiones no contributivas e importe promedio mensual en España y en Castilla y León, julio 2008	363
Tabla 4.1.35	Pensiones no contributivas según clases por CCAA, julio de 2008	365
Tabla 4.1.36	Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas en España y en Castilla y León, según sexo, diciembre 2007 (porcentaje respecto al total de cada tipo)	366
Tabla 4.1.37	Perfil del beneficiario de las pensiones no contributivas de jubilación en Castilla y León según edad, diciembre 2007	367
Tabla 4.1.38	Beneficios de pensiones asistenciales según clase de pensión y sexo en Castilla y León, junio de 2008	369
Tabla 4.2.1	Principales indicadores del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) en Castilla y León, 2007	383
Tabla 4.2.2	Principales indicadores del servicio de Teleasistencia en Castilla y León, 2007	385
Tabla 4.2.4	Estado del Servicio de Atención Domiciliaria en Castilla y León	387
Tabla 4.2.5	Situación estancias diurnas en Castilla y León, 2006	388
Tabla 4.2.6	Servicio de tutela FUNDAMAY, 2008	393
Tabla 4.2.7	Situación de los centros residenciales en Castilla y León, 2007	395

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Indicadores de la estructura por edad, en las CCAA españolas, 2007	431
Anexo 2.1	Edad media en las provincias españolas, 2007	434
Anexo 2.2	Tasa de vejez en las provincias españolas, 2007	436
Anexo 2.3	Índice de envejecimiento en las provincias españolas, 2007	438
Anexo 2.4	Porcentaje de octogenarios en las provincias españolas, 2007	440
Anexo 2.5	Índice de sobre-envejecimiento en las provincias españolas, 2007	442
Anexo 2.6	Edad media de los mayores en las provincias españolas, 2007	444
Anexo 3.1	Distribución de la población según tipos de municipios	446
Anexo 3.2	Distribución de la población por tipo de municipio y grupos de edad	446
Anexo 4.1	Tasas de actividad de los trabajadores de 55 años y más según sexo por Comunidades Autónomas, 2005-2007 (media anual, en porcentajes)	448
Anexo 4.2	Tasas de empleo de los trabajadores de 55 años y más según sexo por Comunidades Autónomas, 2005-2007 (media anual, en porcentajes)	449
Anexo 4.3	Tasas de paro de los trabajadores de 55 años y más según sexo por Comunidades Autónomas, 2005-2007 (media anual, en porcentajes)	450
Anexo 4.4	Población inactiva según sexo y edad por Comunidades Autónomas, 2005-2007 ambos sexos (media anual, en miles de personas)	451
Anexo 4.5	Población inactiva según sexo y edad por Comunidades Autónomas, 2005-2007. Varones y mujeres (media anual, en miles de personas)	452

