

# Coste social y económico del envejecimiento cerebral

Xavier Gironès García  
Félix F.  
Cruz-Sánchez

Instituto de Ciencias  
Neurológicas  
y Gerontológicas  
de la Universitat  
Internacional  
de Catalunya

Correspondencia:  
Instituto de Ciencias  
Neurológicas  
y Gerontológicas  
Universitat Internacional  
de Catalunya  
de la Immaculada, 22  
08017 Barcelona  
E-mail: urenz@unica.edu

## Resumen

Envejecer, como característica íntimamente ligada a la vida, podría estudiarse bajo un punto de vista estrictamente biológico interpretándose como un fenómeno más de la vida misma. De esta manera hemos podido llegar a saber que el factor principal que determina la duración de nuestra vida es la herencia, la información contenida en los cromosomas que nos entregaron nuestros padres. Estas instrucciones especifican cómo funcionamos, las estructuras químicas básicas de nuestras mentes y cuerpos, las enfermedades a que somos susceptibles, la base de nuestra personalidad y atributos mentales y, también, la duración temporal planteada de nuestros cuerpos. Pero envejecer comporta muchas otras repercusiones, en muchos aspectos, que hace que sea mucho más que un fenómeno biológico. Inmersos como estamos en la sociedad del bienestar, envejecer supone una avalancha de problemas socioeconómicos que deben ser planteados bajo muchos puntos de vista y atajados desde la ciencia y otras disciplinas tanto humanísticas como científicas para encontrarles solución, entre ellas, la economía.

**Palabras clave:** Envejecimiento. Cerebro. Economía. Bienestar social.

## Summary

Ageing, as a characteristic related to life, could be studied under a strictly biological point of view, interpreted like a phenomenon of life itself. Through this way we have reached the knowledge that the principal factor which determines the duration of our life is the inheritance, the information of cromosoma inherited from our parents. These structures specify our functions, the basic chemical structures of our minds and bodies, the illnesses we are susceptible, the basis of our personality and mental attributes and also the temporal duration of our bodies. Ageing is bearing many other repercussions, in many aspects which is more than a biological phenomenon. Immersed in the society of well-being, ageing is supposed to be a serie of socio-economic problems which should be outlined through many points of view and being stopped from science and other disciplines such as humanistic and scientific ones to find solutions, among others, the economic aspect.

**Key words:** Ageing. Brain. Economy. Social welfare.

## Introducción

La especie humana apareció aproximadamente hace un millón de años. Pero sólo en los últimos 40 años, el número de seres humanos ha crecido más de lo que había hecho en toda su historia anterior, hasta alcanzar los más de 5.600 millones actuales. El proceso está lejos de haberse finalizado y la inercia del crecimiento demográfico nos llevará, incluso bajo supuestos moderados de fecundidad, a alcanzar los 8.800 millones en poco más de dos décadas<sup>1</sup> (Figura 1).

Pero la población humana no crece homogéneamente distribuida en la Tierra, ni atiende a los mismos patrones en todos los sitios. Los valores de natalidad, esperanza de vida, tasa de fertilidad y mortalidad son diferentes según las circunstancias socioeconómicas de cada zona del planeta elaborando en consecuencia diferentes pirámides poblacionales que conllevarán repercusiones sociales y económicas muy distintas y ligadas al grado de industrialización y desarrollo del espacio socioeconómico particular<sup>2</sup>. Por esta razón, al hacer una predicción de la evolución de la población a través del tiempo encontramos distribuciones piramidales muy diferentes correspondientes a países desarrollados y no desarrollados estableciendo una división entre la evolución del mundo y la de los países desarrollados (Figura 2) marcando las diferencias entre el Norte y el Sur del planeta (Figura 3).

En la actualidad alrededor de un 10% de la población mundial es mayor de 60 años. Este número aumentará llegando, en el 2050, al 21%. Paralelamente a este preocupante fenómeno, el volumen de nacimientos caerá del actual 30% al 20%<sup>1,4</sup>. Este hecho agravará la problemática ya que no sólo nos veremos inmersos en una sociedad envejecida sino que las posibilidades de recuperación de ésta y de atención por parte de la gente joven se ven diezmos por su cada vez más decreciente número<sup>3</sup>.

Al interpretar las diferentes pirámides poblacionales derivadas de las tendencias poblacionales mundiales, se nos presenta un hecho preocupante que parece exagerarse con el tiempo: la población mundial tiende a envejecer<sup>1</sup>. Pero este fenómeno no tiene repercusiones homogéneas en todo el planeta. Los grandes avances médicos están alargando la vida de las personas y la tasa de natalidad está cayendo en un abismo. Para el estado del bienestar, estas tendencias demográficas representan casi una sentencia de muerte, sobre todo en los países desarrollados y, en concreto, en España, uno de los países punteros en el mundo referentes a la calidad y esperanza de vida pero a la cola de los índices de natalidad<sup>6-8</sup>. Por todo ello, si cabe, la realidad poblacional y socioeconómica española augura tiempos difíciles que requerirán de soluciones imaginativas y contundentes. La prueba de todo ello está en las estadísticas. La edad media española sube de la mano del tiempo exagerándose año tras año<sup>4</sup> (Tabla 1).

La secuencia de las pirámides poblacionales pasadas, con el baby-boom como fenómeno a destacar a finales de los 60, y sus consecuentes predicciones futuras no dejan lugar a dudas (Figura 4). La evolución de la población mayor española es ascendente (Figura 5) y preocupante en la misma proporción, ya que no existe una tasa alta de natalidad suficiente

para que la sostenga económicamente en el futuro al situarse en la más baja del mundo: 1,15 hijos de media (según la *U.S. News & World Report*). Si no alcanzamos la media de 2,1 hijos, vamos a experimentar un crecimiento negativo durante los próximos 50 años decreciendo nuestra población hasta llegar a los 30 millones de personas (siempre y cuando los niveles de inmigración continúen como ahora).

La incorporación de la mujer en la fuerza laboral retrasando la edad media de contracción de forma-

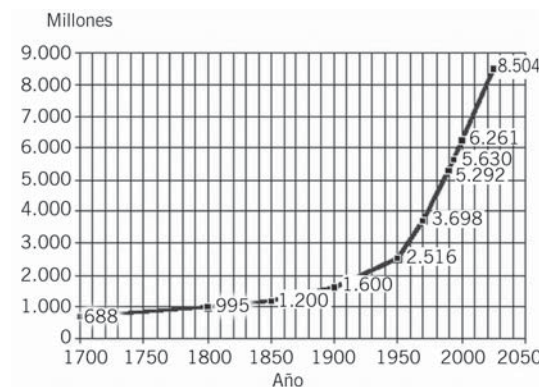


Figura 1. Población mundial, 1700-2025

Fuente: Datos y estimaciones de Naciones Unidas

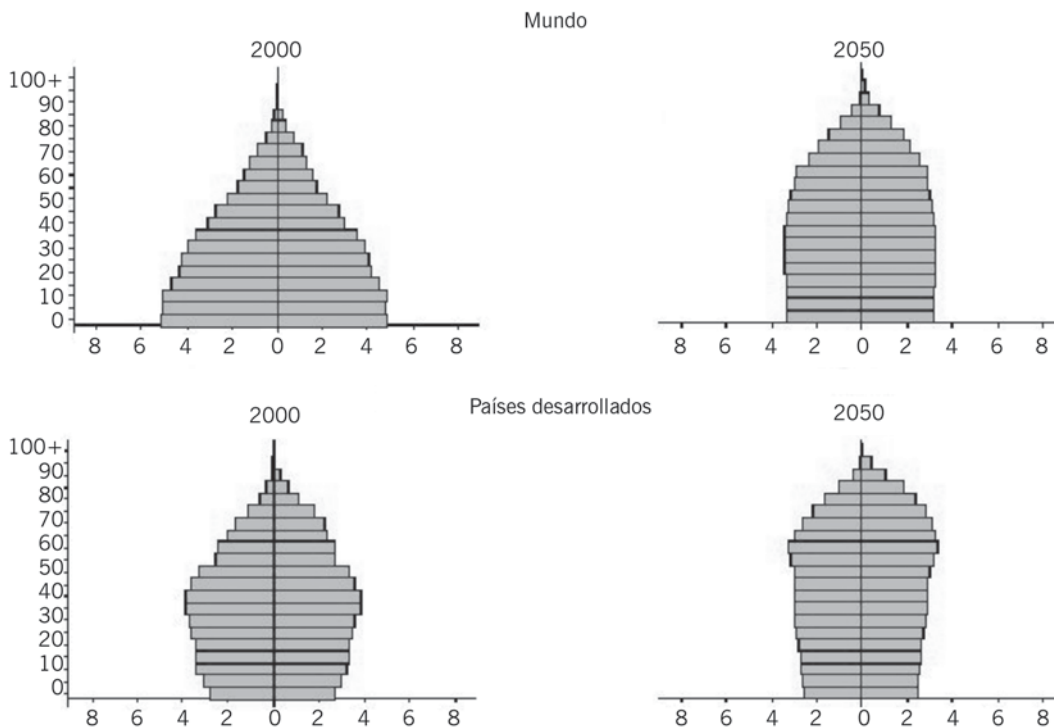


Figura 2. Distribuciones piramidales del mundo y de los países desarrollados

Fuente: Datos y estimaciones de Naciones Unidas

Figura 3.  
Primer, segundo y tercer mundo con la línea de separación norte/sur



Fuente: Datos y estimaciones de Naciones Unidas

Tabla 1.  
Edad mediana. España,  
1900-2020

| Años | Edad mediana | Edad media |
|------|--------------|------------|
| 1900 | 24 años      | 28 años    |
| 1970 | 30 años      | 32 años    |
| 1996 | 35 años      | 38 años    |
| 2020 | 45 años      | 44 años    |

ción de parejas y la edad a la que se empieza a tener hijos y la tardía incorporación de los jóvenes al mercado laboral, retrasando el potencial adquisitivo suficiente como para formar una familia, han contribuido directamente en esta decapitación de la tasa de natalidad<sup>1,9,10</sup>.

Por otro lado; el aumento de la esperanza de vida española (Figura 6) de la mano del aumento de la calidad de vida, contribuyen directamente en formar una realidad protagonizada en un futuro por personas mayores (Tabla 2).

### El envejecimiento y el bienestar socio-sanitario

El desarrollo económico, con sus prestaciones sociales y la mejora objetiva de la calidad de vida, la incor-

poración masiva de la mujer al mundo laboral remunerado, el retraso en la edad de contraer matrimonio, pero sobre todo, al provocar un cambio en la escala de valores sociales, repercute en una tasa de fecundidad por mujer en continuo retroceso en comparación con las cohortes de otras generaciones anteriores<sup>3,6,11</sup>.

A menudo hay quien justifica las bajas tasas de natalidad con argumentaciones sobre la precariedad del mercado de trabajo, la falta de un futuro económico estable para muchos jóvenes, el retraso en la edad de casarse, o de vivir en pareja, el tener que abandonar su trabajo -por parte de la madre-, o el coste que tiene la educación de los hijos. Todo ello a menudo son argumentos coyunturales, o como mucho, parciales. Pero en ningún caso pueden dar una explicación a un comportamiento social mucho más estructural y ligado a un cambio en la escala de valores, donde la secularización de la sociedad seguro que es otra variable a tener en cuenta.

Paralelamente, el propio desarrollo económico, la mejora de los hábitos alimenticios, y los avances en sanidad, han facilitado una mejora objetiva de la calidad y de la esperanza de vida. Se vive durante más tiempo y con mayor autonomía funcional durante más años<sup>11</sup>.

La combinación de estos dos fenómenos conlleva, como mínimo, que el perfil de la sociedad resultante

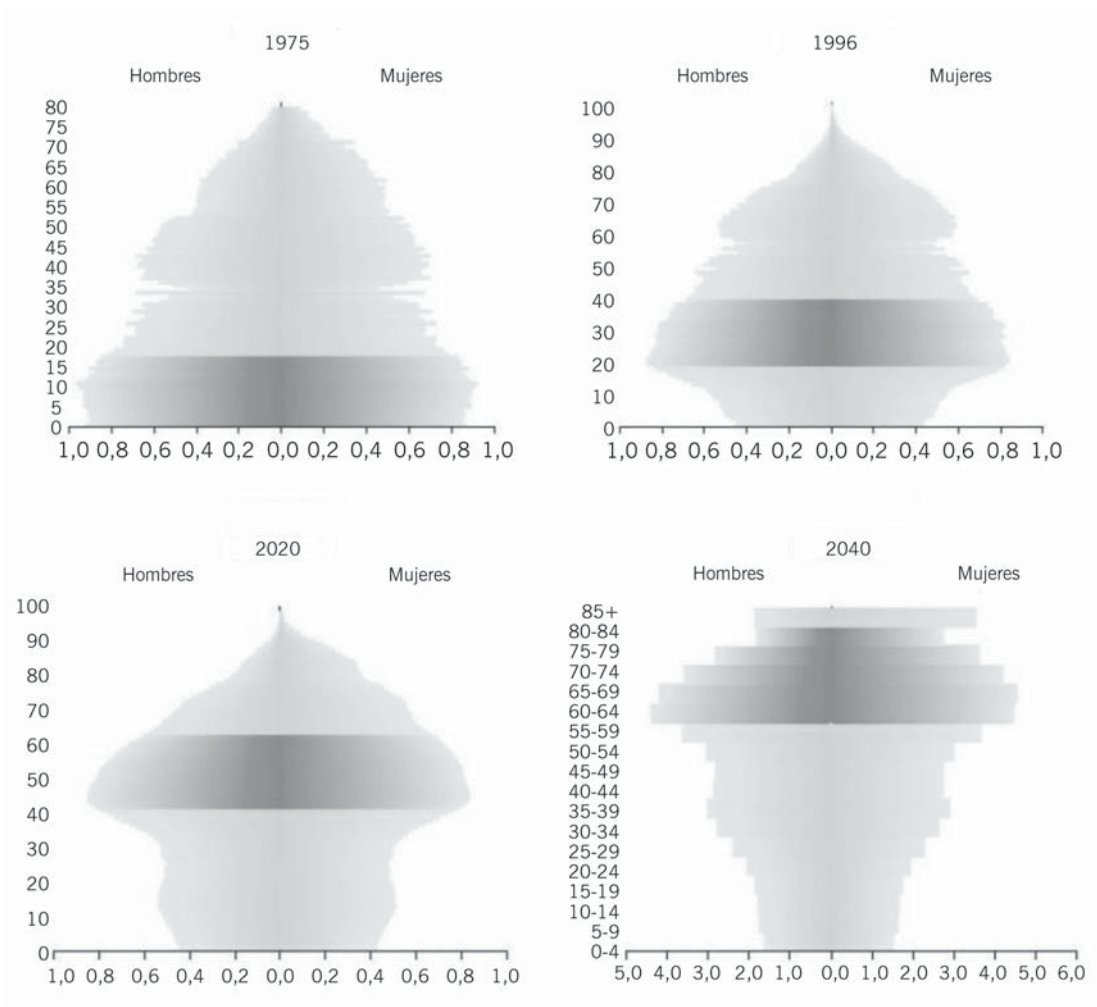


Figura 4. Pirámides de la población española en 1975, 1996, 2020 y 2040. Posición de las generaciones del "baby boom"

Fuente: INE + US Census Bureau International Data Base (2040)

sea distinto, sus necesidades, las infraestructuras requeridas y sus servicios, y con toda probabilidad también sus pautas de consumo, de ocio, de movilidad, sus expectativas vitales, etc<sup>13,14</sup>.

Lo que nos resulta evidente, y más dado el carácter tan estructural y profundo que implica este envejecimiento de la sociedad europea de los países con una estructura económica avanzada, es que las repercusiones de este fenómeno deben ser analizadas desde una óptica de análisis integral e interdisciplinaria, puesto que una transformación como la que se apunta en la composición demográfica de nuestras sociedades conllevará cambios, mutaciones y adaptaciones en el conjunto de la actividad social y de mercado.

Estos cambios tan integrales, de tan profundo calado social, seguro que introducirán cambios en el pro-

pio léxico. Hasta ahora hemos hablado con naturalidad de un proceso de envejecimiento de la sociedad, pero, ¿a partir de qué momento una persona deberá ser considerada como tal? Para ello, ¿daremos prioridad a criterios basados únicamente en su edad biológica, o bien, también a su aportación y presencia dentro del mercado laboral remunerado? Porque no debemos olvidar que la edad de jubilación simplemente es una disposición jurídico-administrativa fácilmente modificable si hay un consenso social y político suficiente y las circunstancias así lo aconsejan.

Es más, la misma edad que legalmente marca la entrada oficial en la vejez, en un contexto de mayor esperanza y calidad de vida, no siempre va aparejada al rol tradicional de lo que se espera de la persona mayor. Un "joven" de 65 años, con plenas facul-

tades físicas y psíquicas, con las necesidades económicas resueltas y un poder adquisitivo aceptable, se convierte en blanco muy atractivo para una amplia gama de productos o servicios. El propio rol de la

vejez ha experimentado, y aún experimentará más, un gran cambio.

Como consecuencia del progreso tecnológico ha existido, en lo que va del siglo XX, un desarrollo de la sociedad que ha provocado consigo una mejora de las condiciones de vida. Los avances tecnológicos han generado un incremento del nivel sanitario y con ello un aumento de la esperanza de vida<sup>3</sup>.

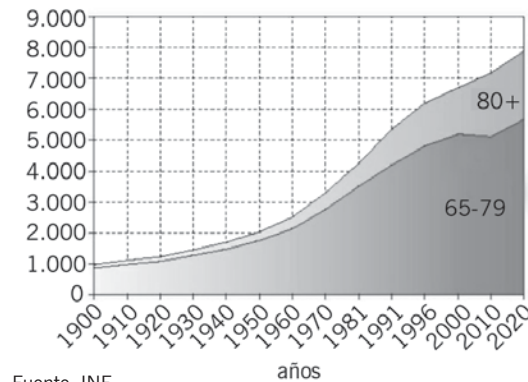
El aumento de esta esperanza de vida pone de manifiesto el reto político-social de mantener el estado de bienestar en este grupo de población longeva<sup>7,8</sup>.

El envejecimiento es un proceso biológico que ocupa un período largo de la vida de un individuo. Al tratarse de un proceso de larga evolución existe la tendencia de optar por estilos de vida los cuales a veces no son los más apropiados. Sin embargo, las sociedades avanzadas procuran que el individuo senil viva su realidad desde el mismo proceso de envejecer, procurando una adecuación positiva y descubriendo recursos que le permitan, a través de mecanismos de aprendizaje, una adaptación gradual al cambio cotidiano de su vida independiente<sup>1</sup>.

La calidad de vida en la población longeva debe considerar la buena calidad de asistencia sanitaria y también asegurarle el proceso de adaptación, acomodación y asimilación en su proceso de reorganización permanente en el medio en que vive<sup>11</sup>.

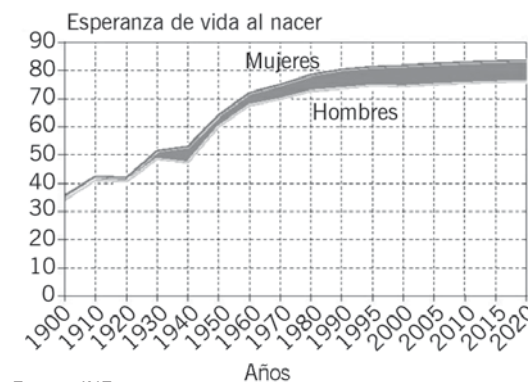
La aparición de enfermedades crónicas durante el envejecimiento, posiblemente asociadas a algunos estilos de vida vividos en etapas anteriores, compli-

Figura 5. Evolución de la población mayor. España, 1900-2020



Fuente: INE

Figura 6. Esperanza de vida por edad y sexo. España, 1900-1995 y proyección al 2020



Fuente: INE

Tabla 2. Evolución de la población mayor. España 1900-2020 (miles)

| Años* | Total España<br>Absoluto | 65 y mas |      | 75 y más |     | 80 y más |     |
|-------|--------------------------|----------|------|----------|-----|----------|-----|
|       |                          | Absoluto | %    | Absoluto | %   | Absoluto | %   |
| 1900  | 18.618                   | 968      | 5,2  | 264      | 1,4 | 115      | 0,6 |
| 1910  | 19.996                   | 1.106    | 5,5  | 293      | 1,5 | 133      | 0,7 |
| 1920  | 21.390                   | 1.217    | 5,7  | 329      | 1,5 | 143      | 0,7 |
| 1930  | 23.678                   | 1.441    | 6,1  | 412      | 1,7 | 177      | 0,8 |
| 1940  | 25.878                   | 1.690    | 6,5  | 517      | 2,0 | 223      | 0,9 |
| 1950  | 27.977                   | 2.023    | 7,2  | 631      | 2,3 | 273      | 1,0 |
| 1960  | 30.529                   | 2.505    | 8,2  | 815      | 2,7 | 369      | 1,2 |
| 1970  | 34.041                   | 3.291    | 9,7  | 1.109    | 3,3 | 524      | 1,5 |
| 1981  | 37.683                   | 4.237    | 11,2 | 1.578    | 4,2 | 725      | 1,9 |
| 1991  | 38.872                   | 5.352    | 13,8 | 2.200    | 5,6 | 1.148    | 3,0 |
| 1996  | 39.669                   | 6.197    | 15,6 | 2.512    | 6,3 | 1.376    | 3,5 |
| 2000  | 39.490                   | 6.695    | 17,0 | 2.879    | 7,3 | 1.498    | 3,8 |
| 2010  | 39.798                   | 7.176    | 18,0 | 3.633    | 9,1 | 2.059    | 5,2 |
| 2020  | 39.248                   | 7.888    | 20,1 | 3.720    | 9,5 | 2.199    | 5,6 |

\*De 1900 a 1996 los datos son reales; de 2000 a 2020 se trata de proyecciones, desde 1970 la población es de derecho.

Fuente: INE

ca las circunstancias de adaptación o reorganización del entorno del individuo. El anciano enfermo de un proceso crónico debe aprender a reconstruir su imagen y aprovechar sus posibilidades restantes. Si el proceso patológico que está afectando al anciano le impiden por sí solo reorganizar o readaptarse al medio, el estado del bienestar debe procurar otorgarle la posibilidad de medios apropiados para que consiga los medios para conservar su propio bienestar e independencia<sup>7,13,14</sup>.

**Problemática socio-sanitaria ante el envejecimiento cerebral normal y patológico de la población**

A lo largo de la vida el ser humano tiene diversas necesidades siendo éstas más acusadas en el periodo de envejecimiento. El bienestar tiene su máxima dimensión cuando el máximo número de individuos satisfacen estas necesidades. Para conseguir esta meta se deben adecuar y mejorar así como transformar los recursos existentes.

Desde un punto de vista sanitario, las circunstancias sociales producidas por el incremento de personas ancianas se ven modificadas por la alta incidencia de enfermedades crónicas en este grupo poblacional, especialmente el aumento de enfermedades neurológicas edad-dependientes. Estas enfermedades que comprometen al cerebro pueden producir trastornos mentales y/o motores, y algunas de ellas se acompañan de trastornos cognitivos, cuyo grado avanzado es la demencia.

Estas enfermedades producen en la comunidad costes directos e indirectos que, de acuerdo con la Fundación Nacional de Investigaciones Cerebrales de los EEUU, alcanzan un 7,3 por ciento del producto interior bruto (Tabla 3).

Estas cifras son similares en Europa considerando que enfermedades como aquellas que cursan con

demencia, de cualquier naturaleza, y la enfermedad de Parkinson muestran una alta incidencia en nuestro continente (Tabla 4).

Prevalencia en personas de más de 65 años. Número de casos previstos en el total de número de personas de más de 65 años.

En vistas del incremento de edad de la población europea y algunas de las situaciones derivadas de ello, algunos países han propuesto objetivos sociales nuevos, dirigidos al envejecimiento de la población.

Esta propuesta consiste en el reconocimiento de un nuevo "Espacio Social Dinámico", con el objeto de adecuar accesos sociales y sanitarios para obtener una vejez con una vida independiente y con una adecuada calidad de su vida en relación a las condiciones, avances y conocimientos actuales. Con esta orientación deben ser tomadas diversas acciones políticas, sociales y sanitarias que consigan una aceptable "Sociedad del Bienestar".

**Acciones de la sociedad y de su administración para mejorar el bienestar de su población senil**

Estas acciones deben estar dirigidas al ámbito social y económico mejorando las condiciones que prevengan el aislamiento. También deben estar dirigidas al ámbito educacional para preparar a la sociedad y a

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Trastornos psiquiátricos | 136,1 mil millones US\$                   |
| Trastornos psicológicos  | 103,7 mil millones US\$                   |
| Alcoholismo              | 90,1 mil millones US\$                    |
| Drogadicción             | 71,2 mil millones US\$                    |
| <b>Total</b>             | <b>401,1 mil millones US\$</b>            |
|                          | <b>(7,3% del producto interior bruto)</b> |
| Costes directos          | 104,1 mil millones US\$                   |
| Costes indirectos        | 297,1 mil millones US\$                   |

Tabla 3. Costes causados por enfermedades cerebrales (National Foundation of Brain Research (USA)

| Enfermedad                  | País      | Prevalencia (x1000) | Casos Previstos |
|-----------------------------|-----------|---------------------|-----------------|
| Demencia                    | Italia    | 8.400               | 691.603         |
|                             | Alemania  | 6.400               | 579.677         |
| Enfermedad cerebro-vascular | Grecia    | 990                 | 99.128          |
|                             | Finlandia | 820                 | 40.598          |
| Enfermedad de Parkinson     | Italia    | 157                 | 147.970         |
|                             | U.K.      | 166                 | 94.727          |
| Esclerosis                  | Italia    | 5                   | 2.878           |
| Lateral amiotrófica         | España    | 35                  | 1.366           |

Tabla 4. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en algunos países europeos

los propios individuos al envejecimiento y a envejecer así como a aprender y enseñar a vivir con ancianos. Por último, es básico y necesario que existan acciones también en el ámbito científico para favorecer la investigación de enfermedades crónicas especialmente aquellas relacionadas con el sistema nervioso central de las que conocemos bien poco y que producen una carga económica de importancia en la sociedad<sup>3</sup>.

A través de la realización de actividades docentes de capacitación profesional, formación científica cultural y humana de sus estudiantes en el nivel propio de la educación superior, en el ámbito de la investigación científica y el desarrollo de actividades de promoción de la cultura. Dentro de sus objetivos fundacionales cabe remarcar lo siguiente:

- Estar al servicio de toda la sociedad.
- Impartir una formación continua para la actualización de los conocimientos, la especialización y el perfeccionamiento profesional.
- Desarrollar una investigación científica en diferentes áreas del saber para aportar una contribución digna al engrandecimiento de los conocimientos de la humanidad, al progreso científico y tecnológico.
- Fomentar las actividades de carácter asistencial, de estudio, asesoramiento e investigación de problemas sociales específicos para satisfacer las necesidades de instituciones públicas o privadas y con ello de la propia sociedad. Se pretende, por lo tanto, establecer un diálogo activo y efectivo con la sociedad en cuestiones de interés común.
- Dejar su propia huella en la sociedad catalana y europea en general como difusora de cultura, ciencia, arte, y técnica sirviendo como un lugar de encuentro para la concordia y el progreso.

Santiago Ramón y Cajal, en una excelente visión desde sus 80 años que fue publicada inmediatamente después de su muerte, en 1934, propuso que *“se es verdaderamente anciano, psicológica y físicamente, cuando se pierde la curiosidad intelectual, y cuando, con la torpeza de las piernas, coincide la torpeza y la premiosidad de la palabra y del pensa-*

*miento”*. Esta situación, de acuerdo con S. Ramón y Cajal, produce un aislamiento social.

Desde el punto de vista biológico, envejecer es el producto de la interacción de un programa biológico determinista con factores ambientales que resulta en alteraciones intrínsecas que desencadenan trastornos funcionales con el aumento de la edad<sup>12</sup>.

La edad biológica constituye uno de los mecanismos básicos que sirven a la sociedad para establecer diferentes estados y roles.

Clásicamente se define el envejecimiento en relación al periodo social de la vida unido al deterioro biológico. Sin embargo, el periodo biológico de los seres vivientes se altera con los cambios sociales, o sea que el envejecimiento está sujeto a determinantes sociológicos.

Hace unos años se decía que ser adulto se relacionaba al periodo de independencia familiar con un largo periodo vital por delante y la vejez a la jubilación y al deterioro físico (Tabla 5). Hoy esta concepción sociológica no encaja con la realidad. En el primer caso, sólo hace falta fijarse en cuantos adultos jóvenes aún viven con sus congéneres sin haber iniciado su actividad laboral y, en el segundo caso, en cuantos adultos de cincuenta y tantos años han entrado en la jubilación anticipada estando en plenas facultades físicas y psíquicas. Por lo tanto, se empieza a envejecer cuando la biología y el entorno social de cada individuo lo determinan.

Dijo Unamuno que todos los seres humanos sentimos una *“ansia de no morir”*, una *“hambre de inmortalidad”*, un *“anhelo de eternidad”*. La ciencia, en los últimos años, ha tomado la batuta de este anhelo multiplicando sus investigaciones y descubrimientos que nos explican el porqué envejecemos y cómo son las enfermedades asociadas a la edad avanzada. La única solución que resulta imposible para la ciencia por mucha sabiduría que acumule es la de la muerte misma. Por ello, los esfuerzos de investigación deben ser conscientes del límite finito de nuestras vidas para dedicarse a que, mientras ésta dure, sea en las condiciones de calidad óptimas para poder disfrutar de ella.

Tabla 5.  
Etapas Vitales o Ciclos Vitales

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Lactancia</b>    | Primer año de vida  |
| <b>Infancia</b>     | Asociado a la dependencia familiar y a la primera etapa de escolarización                   |
| <b>Adolescencia</b> | Asociado al periodo inmediatamente posterior a la pubertad                                  |
| <b>Juventud</b>     | Asociado a la dependencia familiar y periodos de formación y iniciación en el mundo laboral |
| <b>Edad Adulta</b>  | Período de independencia familiar con un largo período vital por delante                    |
| <b>Vejez</b>        | Asociado a la jubilación y al deterioro físico  |

Debido a la alta calidad de vida que, ligada a una esperanza de vida también alta, y una baja natalidad, nuestro país está destinado a ocupar el número uno del ranking mundial en países envejecidos<sup>2,3</sup>. Este hecho tendrá inevitables repercusiones a efectos económicos<sup>5,6</sup>. A diez años vista se prevé que el gasto que supone la gente mayor para las arcas gubernamentales será de 13.000 millones de euros con la circunstancia agravante de una reducción en más de un millón de personas de la población potencialmente cuidadora de gente anciana<sup>1,5</sup>. En Cataluña se estima que hacia el 2020 el 25% de la población tendrá más de 65 años<sup>3,4</sup>.

El 80% de las personas que tienen más de 65 años sufren al menos una enfermedad crónica y, un 40% de ellas necesitan ayuda social, especialmente en el caso de las enfermedades neurodegenerativas edad-dependientes como puede ser la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, así como la enfermedad de Parkinson<sup>11,12</sup>. Estas circunstancias provocarán un inevitable cambio social. El estatus social del que actualmente gozamos, el que se define como Estado del Bienestar, se verá modificado. Si el proceso patológico que afecta a la persona mayor le impide adaptarse al medio por ella sola, se le tiene que otorgar la posibilidad de disponer de medios apropiados para que conserve su propio bienestar e independencia<sup>8</sup>.

El cambio que se producirá por este incremento de la población de edad avanzada puede ir en detrimento de la propia sociedad al aparecer un nuevo "grupo social" que genera grandes costos directos e indirectos. Por esta razón, este Estado del Bienestar que hoy conocemos tendrá que evolucionar hacia un concepto más amplio que será la "Sociedad del Bienestar", definida como *un conjunto de individuos unidos a través de acciones encaminadas a garantizar una calidad de vida adecuada al desarrollo científico y político-social alcanzado durante el último siglo*.

Esta sociedad del bienestar hace que aumente la innovación y con ello la productividad y el progreso. Como dijo Michael Porter en una entrevista publicada en La Vanguardia en 1998; *"vivir bien aumenta la productividad"*. A mayor productividad mayor desarrollo. Esta sociedad se alcanza, primero, siendo conscientes del problema, luego, que ni las instituciones gubernamentales lo intenten trasladar a la sociedad civil ni que ésta pretenda que todo ello tenga solución pública.

Un ejemplo práctico y claro de este cambio conceptual es el problema que España tendrá que afrontar de manera inminente: se trata del creciente número de plazas hospitalarias ocupadas por pacientes afectos

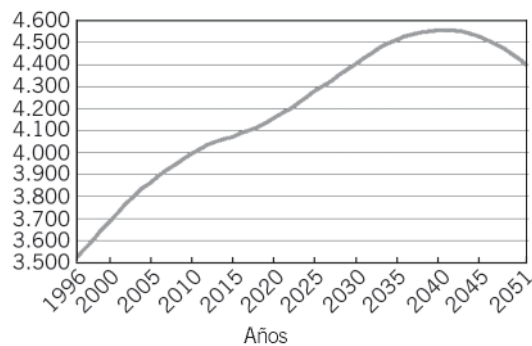


Figura 7.  
Miles de millones  
de pesetas constantes  
de 1996

de enfermedades crónicas. Según datos de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Figura 7), el 50% del gasto sanitario actual del país (unos 12.000 millones de euros) se destina a las personas mayores de 65 años. El ministerio de sanidad, delante de la posibilidad que en el 2012 tres de cada cuatro camas hospitalarias estén ocupadas por enfermos crónicos refleja, en el nuevo plan sociosanitario, la intención de liberar a los centros hospitalarios de esta carga con la creación de centros especializados para enfermos crónicos para que centren su actividad en la investigación y en la medicina de urgencias. Estos nuevos centros especializados, calificados como centros asistenciales de media estancia, descongestionarán los hospitales y proporcionarán al enfermo crónico un trato médico adecuado y dirigido al tratamiento y recuperación de su enfermedad así como un seguimiento asistencial especializado. Este sería un ejemplo práctico claro de evolución de estado del bienestar a sociedad del bienestar<sup>7,14</sup>.

Al abordar desde el punto de vista monetario el problema del envejecimiento, cuando hablamos de gente mayor y de economía tenemos que hablar obligatoriamente de las formas de convivencia y de los niveles de autonomía funcional y psicológica de los mayores en relación con sus familias. Son éstos, factores clave muy destacables a tener en cuenta. Uno de estos datos son los que hacen referencia al número de ancianos que desarrollan su actividad cotidiana en residencias.

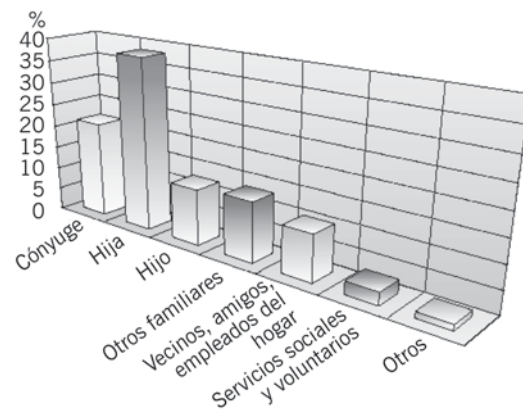
En España hay distintas estimaciones sobre el número real de ancianos que viven en residencias, que oscilan entre el 2 y el 5% del total de ancianos. Según datos oficiales, existen en la actualidad en torno a 2.500 centros residenciales privados y 660 públicos (con una ratio media de plazas muy superior a las privadas), con una oferta de más 80.000 plazas, un 2,9% de la población mayor de 65 años (Tabla 6).

Tabla 6.  
Número de plazas  
en residencias por cada  
100 personas mayores  
de 65 años

|                    | Población total | Población + de 65 años | % mayores de 65 años | Número de centros | Número de plazas | Ratio % |
|--------------------|-----------------|------------------------|----------------------|-------------------|------------------|---------|
| Andalucía          | 7.268.795       | 1.394.369              | 19,18                | 648               | 18.939           | 2,1     |
| Aragón             | 1.176.390       | 248.374                | 21,11                | 206               | 9.645            | 4       |
| Asturias           | 1.067.390       | 219.645                | 20,58                | 106               | 5.707            | 3       |
| Baleares           | 744.589         | 112.210                | 15,07                | 42                | 3.278            | 3       |
| Canarias           | 1.571.475       | 178.916                | 11,39                | 60                | 3.549            | 2       |
| Cantabria          | 524.438         | 94.616                 | 18,04                | 40                | 3.377            | 4       |
| Castilla-La Mancha | 1.663.747       | 313.301                | 18,83                | 342               | 15.557           | 5       |
| Castilla-y Leon    | 2.474.698       | 524.264                | 21,18                | 387               | 23.637           | 4,5     |
| Cataluña           | 6.178.351       | 1.056.714              | 17,1                 | 829               | 38.075           | 3,6     |
| Extremadura        | 1.062.528       | 190.599                | 17,94                | 71                | 4.357            | 2,3     |
| Galicia            | 2.697.302       | 511.148                | 18,95                | 97                | 9.544            | 1,9     |
| La Rioja           | 265.807         | 52.086                 | 19,6                 | 24                | 2.154            | 4,1     |
| Madrid             | 5.175.781       | 743.003                | 14,36                | 362               | 16.923           | 2,3     |
| Murcia             | 1.097.764       | 153.774                | 14,01                | 40                | 3.315            | 2,2     |
| Navarra            | 629.016         | 92.738                 | 14,74                | 63                | 3.899            | 4,2     |
| País Vasco         | 2.062.058       | 340.835                | 15,53                | 138               | 9.061            | 2,7     |
| Valencia           | 3.994.446       | 616.550                | 15,44                | 243               | 13.585           | 2,2     |
| Ceuta              | 79.017          | 8.187                  | 10,36                | 2                 | 114              | 1,4     |
| Melilla            | 73.390          | 6.880                  | 9,37                 | 2                 | 236              | 3,4     |

Fuente: IMSERSO y CSIC

Figura 8.  
Persona principal en la  
ayuda a los mayores.  
España, 1998



Fuente: CIS. Soledad, estudio 2279, marzo 1998, p20a

En España, tradicionalmente, la residencia es considerada como la última opción, cuando fallan las demás, como así lo demuestran los datos del CIS del 1998 (Figura 8). Los demás viven en su hogar (aunque sean solos) o con su familia más o menos extensa, pero además incluso cuando están solos suelen estar bien comunicados, bien sea con sus parientes o con personas allegadas, lo que hace deducir que hay una red de relaciones económicas. Como han puesto de relieve diferentes estudios, es frecuente la proximidad residencial (vecindad) de los familiares con respecto a los padres, así como el hecho de que incluso en estas situaciones de soledad, hijas o nietos pasen parte del día con los mayores. Con independencia de las opiniones más o menos favorables

de la sociedad y el resto de la familia, el hecho de vivir con otra persona aporta al anciano mayor seguridad. Este aspecto está fomentado por el retraso en el abandono del hogar de los hijos, aunque ello hace que muchas personas mayores alcancen la jubilación con las consabidas restricciones económicas teniendo algún hijo a su cargo. Este hecho, en España, está exagerado por el desempleo, el bajo interés de emigrar de los españoles y las bajas tasas de nupcialidad<sup>3</sup>.

Así pues, la situación económica objetiva del anciano, viene determinada principalmente por su poder adquisitivo. Otra son los hábitos de consumo que tiene y la generosidad familiar más o menos mutua o más o menos recíproca, pero para entender esto último hay que tomar en consideración las relaciones del anciano con su familia<sup>3,13</sup>.

Ampliando este importante aspecto, los pensionistas españoles, unos 7 millones de personas, con una pensión media aproximadamente del 50% de la media europea, tiene otras ventajas, en casi un 90% tiene la casa pagada y en propiedad y sobre todo, a diferencia de la Europa del norte, las abuelas y los abuelos españoles son aquí más acogidos y más mimados, y eso por tradición, por solidaridad entre generaciones. Las pensiones de los ancianos en España tienen una importante función económica complementaria para las familias. En algo más de un tercio de los hogares españoles entra una pensión de la Seguridad Social, casi 7 billones de pesetas al año, factor que potencia mucho la economía española<sup>15</sup> (Tabla 7).

| Clase de pension  | Pensiones en vigor | Pensión media mensual |
|---|--------------------|-----------------------|
| Total regímenes, excepto seguro obligatorio de vejez o invalidez (SOVI) |                    |                       |
| Total pensiones   | 7.170.348          | 79.622                |
| Incapacidad permanente  | 748.188            | 91.620                |
| Jubilación  | 4.199.020          | 91.699                |
| Viudedad  | 1.925.465          | 55.660                |
| Orfandad  | 253.065            | 32.987                |
| Favor familiares  | 44.610             | 40.374                |
| Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI)                          |                    |                       |
| Total pensiones   | 391.433            | 36.304                |
| Incapacidad permanente  | 48.238             | 34.471                |
| Jubilación  | 276.328            | 37.883                |
| Viudedad  | 66.867             | 31.122                |
| Total sistema   |                    |                       |
| Total pensiones   | 7.561.781          | 77.379                |
| Incapacidad permanente  | 796.426            | 88.156                |
| Jubilación  | 4.475.348          | 88.376                |
| Viudedad  | 1.992.332          | 54.836                |
| Orfandad  | 253.065            | 32.987                |
| Favor Familiares  | 44.610             | 40.374                |

Fuente: INSS 2000. Evolución mensual de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social, enero 2000.

Tabla 7.  
Pensiones del sistema de la seguridad social por clases: pensiones en vigor y pensión media mensual, 1 de enero de 2000

Abordando el tema social: el gasto en España asciende a seis billones y medio de pesetas (39.112.755 miles de euros). Este gasto se distribuye en tres grandes capítulos: los Servicios Sociales y Programas para mayores, al que se dedican 102.621 miles de euros; las pensiones contributivas de jubilación que ascienden a 38.062.315 miles de euros y las pensiones no contributivas, también por jubilación, cuya cantidad suma los 947.818 euros<sup>15</sup>.

El presupuesto destinado a servicios sociales y programas para mayores del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del IMSERSO, asciende a 102.621 miles de euros. Esta cantidad sirve para financiar los siguientes programas: el mantenimiento de plazas residenciales para personas mayores en centros concertados en todo el territorio nacional; gestionar 500.000 plazas en el Programa de Turismo Social, al que se destinan 53.433 miles de euros y desarrollar el Programa de Termalismo Social que cuenta con 42.000 participantes y una dotación de 8.542 miles de euros.

Durante el año 2002 tuvo una dotación especial la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que junto con los gastos realizados durante el año 2001, ha contado con 3.966 miles de euros. Cabe señalar que esta Asamblea no cumplió con las expectativas planteadas ya que sus conclusiones fueron de índole genérico sin proponer respuestas concretas o comprometer a las instituciones gubernamentales de forma categórica en temas de salud, investigación, bienestar, pensiones y jubilaciones.

En estos gastos sociales no se incluye el gasto sanitario que asciende a 13.963.810 miles de euros. Este gasto hay que tener en cuenta que, según el informe de la OMS, supone el 30% del gasto total en sanidad. Lo que no incluye estos gastos son aquellos dedicados a la investigación. Se dice que investigar es caro, que el diagnóstico de enfermedades como el Alzheimer es caro. Y que su tratamiento lo es aún más. Puede serlo, si se analiza como hecho aislado. El diagnóstico precoz de la enfermedad permitirá plantear futuras acciones para mantener la autonomía del paciente. Lo mismo ocurre con el tratamiento, por ejemplo, de las nuevas drogas inhibidoras de la colinesterasa, entre ellas la Rivastigmina que, aunque no cura la enfermedad, varía su evolución natural. Estudios hechos en el Instituto Karolinska de Suecia demuestran que el diagnóstico precoz y la instauración de este tipo de drogas retrasan el ingreso de pacientes en centros geriátricos y retrasa también las medidas para paliar la incontinencia urinaria que sufren estos pacientes en los últimos años de su vida (uso de pañales), con una muy importante reducción de los costes de dependencia a largo plazo.

En el ámbito nacional, técnicamente España no está preparada lo suficiente para el diagnóstico precoz de las enfermedades neurodegenerativas edad-dependientes. Esta evidencia se trata sólo de una punta del iceberg que esconde toda una problemática estructural que aún no se ha adaptado al acelerado envejecimiento de nuestra población. Una encuesta realizada recientemente por la Sociedad Española de Neurología así lo evidencia. La ratio de neurólogos y

de centros específicos para diagnóstico de estas enfermedades y la población general está muy por debajo de la europea, o la sugerida por la OMS.

Programas como el impulsado por la Generalitat de Catalunya "Vida als Anys" desde el año 1986, con la intención de organizar los recursos suficientes específicos para la atención sanitaria y social del anciano, son de vital importancia para seguir apostando por una integración y gestión integral capaz de dar respuestas a todas las necesidades tanto del enfermo como de su familia. La intención de este programa es, como su propio nombre indica, dar vida a los años y no años a la vida. Por ello se desarrolla en el marco de la integración de la persona mayor en el seno de su comunidad creando un modelo de atención socio-sanitaria que evolucione a lo largo de los años junto a las necesidades y recursos tanto económicos como asistenciales.

Al alcanzar estos objetivos básicos, el envejecimiento evolucionará también enfatizando todos sus aspectos positivos. En este sentido debe preverse la aparición concreta de en un grupo de población con una mayor propensión media y marginal a consumir, con recursos y con tiempo libre. Combinación idónea para el impulso de la industria del ocio y del turismo de la tercera edad. Esta situación abre un nuevo concepto socioeconómico del envejecimiento de la población y de estilo de vida que puede ser tema de otra disertación.

Para finalizar; en la actualidad, envejecer en España no es fácil, considerando, en otros aspectos, que nuestro país ha alcanzado un alto nivel de convergencia con los más avanzados estados de la Unión Europea. No lo es porque el sistema social, a pesar de muchos esfuerzos, aún no ha dado el salto definitivo en calidad y cantidad suficiente como para garantizar una vejez digna y estable. El sistema de la "Sociedad del Bienestar" aún está por llegar. Una sociedad más activa y sensible en los aspectos referentes al envejecimiento contribuiría a catalizar los esfuerzos para alcanzar este bienestar.

## Bibliografía

1. Pérez Díaz J. La política mundial de población en el siglo XX. Versión electrónica en: <http://www.ced.uab.es>.
2. Informe demográfico de la ONU. El País. 28 de febrero de 2001.
3. Implicaciones económicas del envejecimiento de la población. Subdirección General de Estudios del Sector Exterior. Boletín Económico del ICE nr. 2726. 22 de abril 2002.
4. IMSERSO. *Las personas mayores en España. Informe 2000. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.
5. IMSERSO. *Envejecer en España (Ageing in Spain)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.
6. Martínez Zahonero, J.L. *Economía del envejecimiento*. Consejo Económico y Social, Madrid. 2000
7. Montserrat, J. El gasto social en personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* 2000;10(3); 168-76.
8. Muñoz del Bustillo, R. Retos y restricciones del Estado de Bienestar en el cambio de siglo. En: Rafael de Muñoz (ed.), *El Estado de Bienestar en el Cambio de Siglo*. Madrid: Alianza, 2000.
9. Morán E. Estimación de la población dependiente y de sus características demográficas. En: *IMSERSO, La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
10. Berdún Chéliz P, Mancebón Torrubia MJ, Sánchez Sánchez A. *Envejecimiento y dependencia: una valoración de las alternativas de financiación de los cuidados de larga duración*. Universidad de Zaragoza. Versión electrónica en: [http://www.uvigo.es/9ecopub/pdfs/96\\_PilarBerdun.PDF](http://www.uvigo.es/9ecopub/pdfs/96_PilarBerdun.PDF)
11. Ortega Suárez F. Sociopatología del envejecimiento. Sociopatología del envejecimiento. *Enfermedades Neurodegenerativas* 2002;30-46.
12. Cruz-Sánchez FF, Cusidó M, Ruiz-Ávila L, Esquerda J. Patología neuronal. Pp 21-56. En: Cruz-Sánchez FF, *Neuropatología. Diagnóstico y clínica*. Ed. Edimsa, 2000
13. Casado D, López G. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Barcelona: Fundación La Caixa, 2002
14. Casado Marín D. *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección Estudios Sociales de La Caixa, número 6
15. INSS 2000. Evolución mensual de las pensiones del Sistema de la Seguridad Social, enero 2000.