



Síntesis del día de la población europea

Tema : Envejecimiento

Marlène Lamy

Directora
Institut de démographie
Université Paris 1 – Panthéon-Sorbonne
90 rue de Tolbiac
75634 Paris cedex 13
lamy@univ-paris1.fr

Europa envejece. El crecimiento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad contribuyen simultáneamente al envejecimiento de su población. Las numerosas generaciones de la posguerra están llegando a la edad de la jubilación con una esperanza de vida que no deja de aumentar y los activos pertenecen a las generaciones afectadas por la disminución de la fecundidad. El número de personas jubiladas aumentará y el de personas en situación activa disminuirá. Al retroceso de la mortalidad a edades avanzadas se suma un incremento de la duración de la vida en condiciones de buena salud. No obstante, a medida que las generaciones del *baby boom* alcancen edades muy avanzadas Europa tendrá que hacer frente a un crecimiento considerable del número de personas dependientes.

Desde el punto de vista familiar, la prolongación de la esperanza de vida cambia las relaciones entre generaciones. Los sexagenarios, únicamente abuelos antaño, son ahora los hijos de personas muy ancianas de las que deben ocuparse.

Los Estados, por su parte, tendrán que hacer frente a una doble necesidad: financiar las jubilaciones y los gastos vinculados a la dependencia de las personas mayores e incrementar el número de activos necesarios para la actividad económica.

Las personas de edad avanzada que tendrán ante ellos más años para vivir gozando de una salud podrán probablemente trabajarán más tiempo, sin dejar de tener más tiempo para dedicarlo a sus actividades de ocio y de voluntariado. Una prolongación de la vida activa implica no obstante una adaptación de los trabajadores y de los puestos de trabajo y el mantenimiento de los individuos en buenas condiciones físicas y morales supone que se mantienen muy bien integrados en la sociedad.

A lo largo de la jornada europea, demógrafos, médicos, epidemiólogos y economistas trataron estos problemas que plantea el envejecimiento de la población.

He aquí lo esencial de lo que se ha dicho. Para más detalles, se referirá a la grabación de la sesión de presentación y de las mesas redondas, y también al texto sobre “El cuidado de las personas mayores en Europa” que nos has comunicado Bernd Schulte quien, finalmente no pudo acudir.

El crecimiento del número de personas mayores y del número de personas dependientes.

En Europa, a lo largo de los últimos diez años, la esperanza de vida en el momento del nacimiento ha aumentado considerablemente, aunque menos para las mujeres que para los hombres, y las diferencias entre países se han atenuado. En 2003, la esperanza de vida de los hombres oscilaba de 74,2 años en Portugal a 78 años en Suecia y la de las mujeres de 80,1 años en Dinamarca a 83,2 años en Francia.

El incremento de la duración de la vida que en un primer momento estuvo vinculada a la disminución de la mortalidad infantil y juvenil, y más adelante a la disminución de la mortalidad en las edades adultas está ahora vinculada al retroceso de la mortalidad en las edades de las personas mayores.

Las primeras generaciones del *baby boom* llegan a la edad de la jubilación con una esperanza de vida que les deja muchos años por delante para vivir y para gran parte, muchos años para vivir gozando de una buena salud.

Actualmente, la esperanza de vida aumenta regularmente 3 meses cada año, pero la esperanza de vida a los 65 años y a los 85 años aumenta mucho más rápido desde el final de la Segunda Guerra Mundial y el número de personas centenarias se dispara; en Francia son ya más de 14 000 y en Japón más de 23 000. Este gran incremento se debe a la disminución de la mortalidad a menos de 100 años, que conlleva un crecimiento de la cantidad de personas que llegan hasta esa edad, pero también del desmoronamiento de la mortalidad a más de 100 años. Hace 20 años, el riesgo anual de mortalidad de las mujeres centenarias era de 50 % en Japón, actualmente sólo es ya de un 35 %.

Según Jean Marie Robine (Inserm)¹, el seguimiento de los super centenarios (más de 110 años) muestra que su probabilidad de que fallezcan a lo largo del año no supera el 50 %. Entre 110 y 115 años, la mortalidad ya no aumenta más.

No obstante, en Europa y en Japón, el aumento del número de personas muy mayores no es homogéneo. Se distinguen tres grupos de países:

-los países como Suiza, Francia y sobre todo Japón, donde la duración de la duplicación del número de centenarios es cada vez más corta (actualmente en Japón hacen falta 6 a 7 años para que el número de centenarios se duplique);

-los países como Inglaterra donde el número de centenarios crece de forma exponencial y se duplica cada 10 años;

-Dinamarca y los Países Bajos, donde la tasa de crecimiento es lineal y conlleva una prolongación de la duración de duplicación de los efectivos. En estos países, el tiempo de duplicación de los centenarios es actualmente de unos 30 años para las mujeres y el número de centenarios hombres no va en aumento.

Las edades en el momento de la muerte están cada vez más concentradas y son cada vez más elevadas. La curva de supervivencia adquiere forma rectangular. Se observa una compresión de la mortalidad en torno a una edad modal de fallecimiento que crece sin cesar. En Suiza, desde los años 20, esta edad ha aumentado regularmente unos 2 meses por año y ha pasado de unos 70 años a 90 años para las mujeres y a un poco menos de 85 años para los hombres.

La prolongación de la duración de la vida plantea además la cuestión de los años que se vive gozando de buena salud. Las esperanzas de vida a los 65 años no varían casi de un país a otro y son todas crecientes, pero las esperanzas de vida sin incapacidad difieren.

Tras un estudio presentado por Carol Jagger (Department of Health Sciences, University of Leicester)², entre 1995 y 2003 la esperanza de vida a los 65 años, de ambos sexos indistintamente, ha progresado idénticamente en los 14 países europeos estudiados, pero las ganancias en esperanza de vida sin incapacidad a los 65 años han sido mucho más variadas, hasta el punto de que el abanico de las esperanzas de vida sin incapacidad es actualmente mucho más amplio que el de las esperanzas de vida. Teniendo en cuenta sólo la esperanza de vida sin incapacidad de los hombres, los países pueden clasificarse en tres categorías:

-los que al igual que Austria, Bélgica, Finlandia, Alemania, Italia y España han visto como su esperanza de vida sin incapacidad a los 65 años progresaba un 5 % o más durante el periodo 1995-2003;

¹ Mesa redonda número 3: "La esperanza de vida sin incapacidad"

² Sesión de presentación: "La esperanza de vida sin incapacidad"

-los que, al igual que Dinamarca, Suecia y Reino Unido han visto como disminuía un 5 % o más;

-por último aquellos para los que esta esperanza de vida sin incapacidad no ha variado prácticamente, como son Francia, Grecia, Irlanda, los Países Bajos y Portugal.

Durante ese mismo periodo, en la mayoría de los países la situación de las mujeres y la de los hombres ha evolucionado de modo desigual. De ese modo, las mujeres han visto como su esperanza de vida, gozando de buena salud, progresaba en Italia y en Suecia, disminuía en Alemania, Grecia, Irlanda, los Países Bajos y Portugal y permanecía estable en Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, España y el Reino Unido. Tan sólo Italia ha experimentado una mejora, tanto para los hombres como para las mujeres. En Suecia, la esperanza de vida, gozando de buena salud, a los 65 años ha aumentado para las mujeres, pero ha disminuido para los hombres; en cambio, en Alemania ha ocurrido justo el contrario.

Siempre hay una enfermedad o un traumatismo que explica un proceso de incapacidad. Sin embargo, el desarrollo de dichas enfermedades no es el mismo en todos los países, hecho que puede explicar las diferencias constatadas entre esperanza de vida sin incapacidad. En los países industrializados, el proceso de incapacidad se debe a menudo a una o varias enfermedades degenerativas que son cada vez más frecuentes porque determinadas causas de fallecimiento han desaparecido tras el desarrollo de la medicina de la madre y del niño, de la medicina de la edad adulta y de la vejez y bajo el efecto de las políticas de prevención.

Las enfermedades geriátricas, enfermedades mentales (demencia, depresión), locomotrices (osteoporosis, artrosis) y sensoriales (sordera) no conllevan un aumento de la mortalidad, sino un aumento de las incapacidades funcionales. Según Jean-Pierre Michel (Facultad de Medicina y Hospitales Universitarios de Ginebra)³, se constata un aumento de la tasa de demencia cuando la edad aumenta (25 a 30 % de los individuos de más de 90 años la padecen) y se prevé que haya 29 millones de personas dementes en el mundo en 2020 y 37 millones en 2050. La osteoporosis y la osteopenia (pérdida de la masa ósea) conllevan una fragilidad ósea a medida que la edad avanza y se constata un número cada vez mayor de fracturas. Se prevé que entre 1990 y 2050, la tasa de fracturas se multiplique por 4.

Los problemas sensoriales aumentan con la edad, de modo que alrededor del 18 % de los americanos de más de 70 años padecen problemas de visión, 30 % problemas de audición y un poco menos del 10 % padecen al mismo tiempo problemas de visión y de audición.

La enfermedad y el envejecimiento son dos fenómenos distintos. La enfermedad se añade a las alteraciones que se derivan del envejecimiento. Si el envejecimiento biológico es inevitable, hay dos elementos que intervienen en la forma de los individuos: la genética y el medio ambiente y las condiciones de vida. Los factores hereditarios intervienen sólo entre uno y dos tercios de las manifestaciones biológicas.

Jean-Pierre Michel mostró en el ejemplo de la patología locomotriz que era posible retrasar la aparición de la enfermedad. “Con la vejez aparece debilidad muscular (sarcopenia) y disminución de la masa ósea (osteopenia, osteoporosis) que demuestran la disminución de las reservas funcionales”. Pero “una aportación proteica adecuada fortifica el hueso y mejora la fuerza muscular” y disminuye las caídas o permite que volvamos a recuperar más rápidamente la movilidad. La osteoporosis permanece en estado latente durante un largo periodo y la patología se manifiesta a menudo cuando se produce una fractura.

El reto de los geriátricos del tercer milenio consiste en identificar los factores de riesgo de estas enfermedades crónicas y disminuir las incapacidades funcionales vinculadas a las

³ Mesa redonda número 3: “Las enfermedades degenerativas”

mismas. Sabemos hoy en día que la calidad de la última etapa de la vida se dibuja a lo largo de toda esa etapa tanto desde el punto de vista de la salud - Piotr Kramarz (Laboratorios Pfizer)⁴ tituló su ponencia “Envejecer bien, construir hoy la salud de mañana”- como desde el punto de vista emocional. El problema consiste más bien en saber dónde hay que actuar (si en el plano genético o del entorno) y cuando. ¿La prevención debe hacerse desde la infancia (incluso antes del nacimiento), durante la adolescencia (el momento más álgido de la masa ósea, por ejemplo se alcanza hacia los 18 o los 20 años), en la edad adulta o en la vejez?

Ya podemos empezar a actuar para prevenir dos factores que fragilizan a los individuos y están vinculados a nuestro estilo de vida, la obesidad y el tabaquismo. Podemos intervenir para que disminuyan tanto la depresión como el suicidio, los dos graves problemas que afectan sobre todo a los mayores de 65 años.

Una de las maneras de disminuir los gastos de salud es prevenir las enfermedades. Los centenarios actuales que nacieron a finales del siglo XIX y principios del XX no han gozado siempre de buenas condiciones de vida. Podemos pensar que las generaciones recientes que cuentan con políticas de prevención y pueden sacar provecho de los nuevos descubrimientos de la ciencia y de mejores condiciones de vida vivirán más tiempo y gozarán de mejor salud. Si embargo, como la duración de la vida aumenta, siempre habrá años que vivirán en situación de dependencia y alguien deberá hacerse cargo de ellos cuando llegue ese momento.

Hacerse cargo de las personas mayores dependientes

Un estudio realizado en 1999 por J. Pacolet sobre la protección de las personas mayores dependientes en los 15 países de la Unión Europea y en Noruega mostraba que, entre los individuos de más de 65 años, entre un 3 y un 5 % eran dependientes y de los de más de 75 años, el 10 % eran muy dependientes y el 25 % eran medianamente dependientes. En total, las personas altamente dependientes representaban un 3 % de la población total de los 65 años y más, es decir 9 millones de individuos en la Europa de los Quince.

En Francia, se estima que las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer aumenta en 100 000 nuevos casos cada año, de los cuales dos tercios son personas de más de 80 años. Actualmente se calcula que hay 800 000 personas que padecen esta enfermedad o enfermedades similares y las estadísticas que barajan los poderes públicos prevén que los enfermos se duplicarán entre 1990 y 2020.

La enfermedad de Alzheimer provoca una degeneración de las células nerviosas del cerebro. El enfermo tiene cada vez más dificultades para analizar las informaciones que le llegan del exterior y poco a poco pierde sus facultades de pensar, de recordar y de tomar decisiones. Los que se conocen por el nombre de ayudantes se hallan a menudo en una situación moral y financiera muy difícil. Según Dominique Beauchamp (Universidad François Rabelais, Tours)⁵, vivir con un paciente de la enfermedad de Alzheimer es asumir una carga durante las 24 horas del día; el 47 % de los ayudantes reconocen estar deprimidos, el 24 % deben acomodar su situación laboral a esta nueva situación familiar, es decir trabajar a tiempo parcial o aceptar horarios que les permitan ocuparse mejor de su enfermo y todo eso, sin ninguna compensación financiera. Los ayudantes naturales de los enfermos de Alzheimer son fundamentalmente mujeres (68 %). De hecho, según Hugues Joublin (Director Ejecutivo de

⁴ Mesa redonda número 3: “Envejecer bien, construir hoy la salud de mañana”

⁵ Mesa redonda número 2: “Vivir con un paciente de Alzheimer”

Novartis Francia)⁶, el ayudante principal de las personas dependientes, es decir, con pérdida de autonomía física o intelectual, (que padecen enfermedades crónicas, Alzheimer, Parkinson) es por lo general una mujer de más de 60 años, que a menudo se ve obligada a dejar de trabajar para dedicarse completamente al enfermo. La ayuda formal es claramente insuficiente. Actualmente sólo existen 4 000 plazas en régimen de alojamiento temporal u hospital de día y se han previsto unas 15 000 más de aquí al 2007, pero según *France Alzheimer* haría falta por los menos 100 000 para atender las necesidades de los ayudantes. Resulta indispensable por tanto favorecer la solidaridad de proximidad, la de la familia y la de los parientes cercanos. Según el Inserm, el trabajo que realizan las familias representa actualmente el equivalente de 500 000 puestos de trabajo a tiempo completo. Dada la evolución de la pirámide de las edades, esta ayuda informal será cada vez más necesaria y por consiguiente es necesario ofrecer un apoyo psicológico a los ayudantes, posibilitarles que dispongan de momentos de descanso y garantizarles una ayuda financiera para que puedan reemplazarles de vez en cuando. Pero sobre todo es fundamental conocer cuáles con sus necesidades para poder ayudarles de un modo más eficaz.

Al mismo tiempo, los poderes públicos deberán encargarse cada día que pasa de más personas dependientes. Actualmente, en Francia, los departamentos son los que, a través del subsidio personalizado para la autonomía (APA), que existe desde 2001, ofrecen una ayuda financiera a las personas mayores dependientes. El APA se concede tras un balance efectuado por los equipos médico-sociales. Según Jean-Paul Le Bail (Caisse nationale d'assurance vieillesse)⁷, se concede a 873 000 individuos, de los cuales 513 000 lo reciben a domicilio y 360 000 en una institución. La *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA), es el organismo francés que garantiza una distribución equilibrada de esta ayuda entre departamentos con el fin de que cada persona dependiente pueda recibirla independientemente de cual sea su lugar de residencia. La actuación de la *Caisse nationale d'assurance vieillesse* se centra por tanto prioritariamente en las personas menos dependientes y pretende que se las pueda mantener en su casa el mayor tiempo posible.

En todos los países, el coste de la dependencia de las personas mayores aumentará mucho en las próximas décadas y dependerá en gran parte de su distribución entre una asunción de carga formal y una asunción de carga informal. Adelina Comas-Herrera (London School of Economics and Political Science)⁸ presentó un modelo (a largo plazo) de los gastos que supone la asunción formal de las personas dependientes en una institución o en el domicilio, a la vez que indicó, no obstante, el exceso de coste que representaría una disminución de dicha asunción de carga informal. Este modelo no es un modelo previsional, pero tiene la ventaja de mostrar las consecuencias de la variación de ciertos factores. De ese modo, la vida en pareja disminuye el periodo de asunción de la carga, la inestabilidad de las uniones, la disminución de la fecundidad corren el riesgo de incrementarla; y el aumento de los salarios de los ayudantes incrementa su coste. Este modelo muestra que, vista la evolución de los fenómenos demográficos y si la parte de la ayuda informal se modifica, el incremento de los gastos absolutos será muy distinto de un país europeo a otro de aquí al 2050. En España, por ejemplo será máxima (+ 509 %) pues en este país la parte de los cuidados informales es importante en la actualidad.

En efecto, en Europa, actualmente, el apoyo que reciben las personas dependientes o no es gracias a la familia (apoyo afectivo, práctico) y del Estado (pensiones, ayuda a domicilio, etc.). Con todo, la participación de la familia y del Estado varía según el país y evolucionará seguramente de modo significativo en las próximas décadas.

⁶ Mesa redonda número 2: "La solidaridad de proximidad"

⁷ Mesa redonda número 3: "Hacerse cargo de las personas mayores"

⁸ Mesa redonda número 3: "Cuánto cuesta hacerse cargo de las personas mayores"

La esperanza de vida gozando de buena salud depende de las condiciones de vida de las personas mayores. Más allá del sentimiento de seguridad que experimentan cuando pueden contar con la ayuda de sus familiares próximos si están enfermas, el sentimiento de pertenecer a una red familiar y social lo más amplia posible es estimulante para ellas. Las relaciones intergeneracionales, de hecho, no son en una única dirección sino que la proporción de personas mayores que aportan una ayuda a sus descendientes es tan importante como la de las personas mayores que la reciben de éstos.

El entorno de las personas mayores

La red relacional de los individuos es más o menos desarrollada según su pasado familiar y social. Emily Grundy (London School of Hygiene and Tropical Medicine)⁹ distingue distintos factores de evolución de esta red:

-factores demográficos. Los cambios en la estructura por edad conllevan modificaciones de la red familiar. Un estudio británico que se ha centrado en el número de ascendentes o de descendentes vivos de los ingleses ha demostrado que a los 20 años el 80 % por lo menos tienen un abuelo o abuela que vive y que tiene 50 años, 1 de cada 2 tiene por lo menos un padre o madre vivo. Además, mientras que la proporción de mujeres de 80 años que no han tenido nunca hijos disminuye, la proporción de las que a esa edad todavía tienen un hijo vivo aumenta regularmente. No obstante, tener un hijo vivo disminuye considerablemente el riesgo de entrar en una residencia y dicho riesgo es mínimo cuando se tienen dos hijos;

-factores socioculturales. Por regla general, los individuos que tienen un nivel educativo y un estatus social alto, al igual que los hijos de padres divorciados, visitan a sus padres o abuelos menos a menudo. Pero, se observan comportamientos muy distintos en la Europa del sur y en la Europa del norte, de modo que la co-residencia intergeneracional es mucho más frecuente en Italia que en el Reino Unido.

La solidaridad entre las generaciones, la existencia de una red familiar son indispensables para mantener en buena salud a las personas mayores, pero una red relacional más amplia y más diversificada les permite sentirse mejor integradas en la sociedad y les incita a que tengan actividades de voluntariado para ellas y útiles para la sociedad (participación en asociaciones, trabajo de voluntariado por ejemplo).

Jenny De Jong Gierveld (Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute, The Hague, the Netherlands)¹⁰, cuyo equipo de investigación ha establecido una escala de soledad utilizada en varios países, define la soledad como “la experiencia desagradable que se produce cuando la red social de la persona es deficiente de manera cuantitativa o cualitativa”. Según ella, los puntos claves que determinan la soledad son:

-el estatus matrimonial. Quienes viven en pareja, estén casados o no, son, por lo general, más felices y están más amparados de la soledad que los que viven solos. Los que pasan a estar solos tras un divorcio o el fallecimiento de su compañero/a están particularmente expuestos al aislamiento;

-las relaciones con la familia. Los hijos son las primeras personas que están presentes cuando su pariente, de edad avanzada, necesita ayuda;

⁹ Mesa redonda número 2: “Los intercambios intergeneracionales en Europa”

¹⁰ Mesa redonda número 2: “La integración social de las personas mayores”

-las relaciones con las otras personas, vecinos, amigos, colegas. Estas relaciones extra-familiares ayudan a mantener la heterogeneidad de la red social y la apertura a los demás;

-el tamaño y la composición de la red social. Formar parte de una red de conocidos más o menos cercanos, que comprenda personas de todas las edades, hombres al igual que mujeres, y tener vínculos de apoyo más o menos fuertes es estimulante para las personas mayores.

Desgraciadamente, todas las personas mayores no disponen de una red de relaciones diversificadas, ya que todas no han tenido y no tienen las mismas condiciones de vida. Algunas han tenido tanto una buena educación como un trabajo interesante e ingresos más que suficientes, mientras que otras acumulan muchas desventajas y carecen de elementos que podrían permitirles "envejecer bien".

Según los países, los regímenes sociales aportan o no una compensación a algunas desigualdades, sobre todo cuando hay ingresos insuficientes. Un estudio comparativo entre el Reino Unido y los Países Bajos ha permitido resaltar el impacto de estas políticas. Se ha constatado de ese modo, al utilizar la escala de intensidad de la soledad elaborada por Jenny Gierveld, que las personas mayores se sentían mucho más aisladas en las ciudades de Birmingham, Liverpool y Londres que en los Países Bajos. Sin embargo, tras este estudio, el vínculo entre estatus marital, edad y sexo, por un lado y soledad por el otro es totalmente comparable en los dos países. Efectivamente, en ambos países, no tener compañero/a influye considerablemente la soledad y en ambos países existe una importante relación entre la apreciación de la calidad de vida del barrio y el sentimiento de soledad. Este último está más reforzado cuando los individuos viven en un barrio que les resulta desagradable. En cambio, los habitantes de los barrios desfavorecidos del Reino Unido tienen ingresos más bajos que en los Países Bajos donde las políticas sociales compensan mejor los bajos recursos de los individuos y esta diferencia explicaría la mayor impresión de soledad en el Reino Unido.

En determinadas circunstancias, las personas mayores pueden sentirse rechazadas. Así ocurre cuando todos los medios de comunicación tocan el tema de las pensiones y los sistemas de sanidad. También pueden tener miedo del futuro cuando oyen que se ponen en entredicho los sistemas actuales de jubilación y de salud. Por consiguiente, la coyuntura económica afecta a su bienestar.

Para que las personas mayores puedan disponer de ingresos decentes que les permitan estar bien integrados en la sociedad, es necesario que la actividad económica se mantenga en buenas condiciones, y por tanto que la mano de obra sea suficiente. Sin embargo, a principios del siglo XXI, la proporción de activos/inactivos puede ser muy distinta de un país a otro. En efecto, si todos han de hacer frente a un envejecimiento importante de su población, la amplitud de ese envejecimiento no es idéntica en todas partes, al igual que ocurre con la situación actual de los más mayores en el mercado laboral.

Las personas de edad avanzada: actividad remunerada, actividad de voluntariado.

Según Martine Durand (OCDE)¹¹, en la UE el porcentaje de dependencia de las personas mayores, la relación entre las personas de 65 años o más y las personas en edad de

¹¹ Mesa redonda número 1: "La actividad de las personas de edad avanzada"

trabajar (15-64 años) debería duplicarse de aquí al 2050. Si no se actúa en ese sentido, el envejecimiento conllevará un retroceso de la población activa, una reducción del crecimiento económico e importantes penurias de mano de obra. En Francia, podría producirse una disminución de la población activa a partir del 2012 y en Japón ya ha empezado.

Sin embargo, la situación de los mayores de 50 años no es la misma en todas partes y los porcentajes de actividad alcanzados por algunos países europeos muestran la existencia de un amplio margen de maniobra para los otros. En efecto, si la tasa de actividad de los que tienen entre 50 y 64 años es inferior al 60 %, como promedio, en Europa, cerca del 80 % de los suecos que se hallan en esa franja de edad trabajan, frente a menos del 50 % de los franceses e incluso algo más del 40 % de los belgas. Estas tasas se tienen que comparar con las de Islandia donde trabaja aproximadamente el 90 % de los que tienen entre 50 y 64 años y casi el 60 % de los que tienen entre 65 y 69 años.

En muchos países europeos, las bajas tasas de actividad más allá de los 50 años se deben a las políticas sociales adoptadas a lo largo de los últimos treinta años.

A principios de los años 70, las tasas de actividad de las personas de edad avanzada eran comparables en Europa, en Japón y en los Estados Unidos. Han disminuido considerablemente en los países europeos y sobre todo en Francia durante el periodo 1970-2003. La disminución ha afectado fundamentalmente a los situados en la franja de los 60-64 años y ha sido más reducida para los de la franja de los 50-59 años, y para ellos se ha concentrado a principios de los años 80. Esta tendencia a la baja ha sido mucho más marcada para los hombres que para las mujeres ya que para ellas la disminución de la actividad a esas edades está en parte disimulada por el incremento de la actividad a lo largo de las generaciones. Durante el periodo 1970-2003, las diferencias entre la Unión Europea, Francia, Japón y los Estados Unidos se han acentuado. En 1970, el 60 % de los hombres de edades comprendidas entre los 60 y los 64 años estaban trabajando en Francia, frente al 80 % en Japón. En 2003, en esa franja de edades, apenas el 20 % de los franceses trabajaban, frente al 65 % de los japoneses. En Francia, una persona que pierde su empleo después de los 55 años no tiene prácticamente ninguna posibilidad de encontrar otro.

Muchos países europeos, para facilitar el empleo de los jóvenes, han aplicado políticas que favorecen una retirada anticipada de la vida activa gracias a la atribución de ingresos de sustitución (prestación indemnizada sin necesidad de buscar empleo, jubilación anticipada, pensiones de invalidez o ausencias por enfermedad larga). La intención era buena, pero esta política no ha mejorado la situación de los jóvenes porque de hecho las tasas de actividad dependen de la vitalidad del mercado laboral. Las tasas de actividad de los jóvenes no se incrementan porque los más mayores abandonen el mercado laboral. Dichas tasas son altas y la correlación entre la tasa de actividad de los que tienen entre 15 y 24 años y la de los que tienen entre 50 y 54 años es positiva cuando el mercado es dinámico.

El nivel de empleo es el resultado de la confrontación de una oferta y de una demanda de trabajado, reforzándose una a la otra. A lo largo de los últimos 30 años, la debilidad de las dos ha sido reforzada por las políticas sociales.

Según Didier Blanchet¹², las políticas que permiten a los trabajadores de edad avanzada abandonar prematuramente el mercado laboral tienen efectos perversos pues incitan a los empresarios a despedir prioritariamente a los trabajadores más mayores. Las jubilaciones anticipadas les permiten desprenderse de trabajadores que, aunque no son menos productivos que los jóvenes, les cuestan más caros ya que por lo general los salarios son mayores cuanto más antiguo es el trabajador.

¹² Sesión de presentación: "La actividad de las personas de edad avanzada"

Estas políticas desmotivan a los trabajadores y refuerzan los estereotipos que existen en este sentido.

En 1981, la reducción a 60 años de la edad de la jubilación, no ha limitado las jubilaciones anticipadas en Francia sino que simplemente hizo que avanzara la edad de estas jubilaciones. Como promedio, la edad real de jubilación sigue siendo muy inferior a la edad legal. Y así ha sido también en muchos otros europeos. Durante el periodo 1995-2000, mientras que en Japón, la edad legal de final de actividad para los hombres era de 60 años, la edad real alcanzaba los 70 años, mientras que en Bélgica, la primera era a los 65 años y la segunda no superaba los 58 años.

Muchos factores llevan a las personas de edad avanzada a no permanecer en el mercado laboral.

Un sistema de jubilación como el sistema francés de antes de 2003 no favorece la presencia de los trabajadores más mayores, contrariamente al sistema americano. Los derechos a la jubilación empiezan mucho antes en Francia (60 años frente a los 62 años de los Estados Unidos) y son más generosos en cualquier edad. Asimismo, mientras que en los Estados Unidos la tasa de sustitución de los ingresos aumenta progresivamente con la edad: 30 % a los 62 años y 50 % a los 69 años, en Francia esa tasa es estable y se sitúa en un 50 %, independientemente de la edad en que se jubile uno, lo cual explicaría la concentración de las jubilaciones a los 60 años. Antes de 2003, el trabajador francés no tenía ningún interés por continuar en ser activo más allá de la edad legal de jubilación dado que cotizaba más tiempo sin que por ello aumentarían sus derechos a recibir la pensión.

Pero desde hace algunos años, en la mayoría de los países de la OCDE se están aplicando políticas que buscan favorecer la prolongación de la vida activa. La mayoría de esos países han reformado su sistema de jubilación. Según la tabla presentada por Martine Durand, muchos países han reducido las posibilidades de jubilaciones anticipadas, como ocurre, por ejemplo con Italia, Finlandia, España, Noruega y Francia. En algunos de estos países, la edad legal para jubilarse se ha aumentado progresivamente, tal y como ocurre en Estados Unidos, Austria, Corea, Suiza y Bélgica, países en los que dicho aumento se justifica, en parte, por la prolongación de la esperanza de vida (se vive cada vez más tiempo y gozando de mejor salud). En algunos países se ha aplicado un baremo progresivo. Así ha sido, por ejemplo, en Francia donde la tasa de sustitución del 50 % desde los 60 años, que se mantenía idéntica independientemente de la edad en que la persona se jubilara, antes de la reforma de 2003, ahora sólo se alcanza a los 65 años. Algunos países han fomentado el trabajo más allá de la jubilación; así ha sido por ejemplo en España, Japón, Australia, Dinamarca, Reino Unido y Francia (con la sobrecotización). Algunos han adoptado una neutralidad en su actuación – cuanto más tarde se jubila uno, más alta es la pensión – con el fin de intentar prolongar el calendario de las jubilaciones. Es el caso de Francia, Suecia, Italia y los Países Bajos. Otro método ha consistido en tomar en cuenta la esperanza de vida a la hora de calcular la cuantía de la pensión. Así lo han hecho Suecia, Alemania, Finlandia, Francia e Italia. Algunos incluso han fomentado la jubilación progresiva, como por ejemplo, Finlandia y Francia, o han optado por el cúmulo de empleo-jubilación, como han hecho los Países Bajos.

Sin embargo, el hecho de que se vote el retroceso de la edad de la jubilación no significa que los individuos puedan quedarse más tiempo en el mercado laboral, sino que al mismo tiempo tiene que haber puestos de trabajo y que éstos puedan ocuparlos las personas de edad avanzada. Y lo cierto es que en la actualidad nos encontramos con lo que Annie Jolivet¹³ ha denominado un conflicto aritmético. Por un lado, el número de trabajadores de

¹³ Mesa redonda número 1: “La adecuación de las condiciones laborales de las personas mayores”

edad avanzada aumenta bajo el efecto del envejecimiento de la población y de la subida de la edad de jubilación y por el otro, el número de puestos de trabajo que permiten recolocar a los trabajadores de edad más avanzada en empleos menos duros disminuyen (debido a la externalización de algunos trabajos).

Hay que acomodar por tanto las condiciones de trabajo de las personas de edad avanzada, ya que no se trabaja de la misma manera a todas las edades. Hay que ayudarles a encontrar el gesto adecuado que les cansará menos, iniciar las formaciones en la empresa, permitir una jubilación progresiva. Pero hay que conseguir también que los jóvenes puedan acceder a mejores condiciones de trabajo ya que si las personas de edad avanzada ocupan los puestos de trabajo menos duros durante más tiempo, los jóvenes corren el riesgo de quedarse en los puestos de trabajo más duros durante más tiempo y por tanto desgastarse prematuramente.

Las personas de edad avanzada padecen discriminación debido a su edad, pero los jóvenes también. La encuesta europea Eurobarómetro de 2003 reveló que la edad es el motivo de discriminación que más a menudo alegan los europeos. La no discriminación según la edad figura en el Tratado de Amsterdam y la política contra la discriminación en el trabajo según la edad figura en las directivas 2000/43/CE (que lleva a la práctica el principio de igualdad de trato entre las personas), 2000/78/CE (que define un marco general para la igualdad de trato en el trabajo) y 2000/750/CE (que establece un programa de acción comunitario para luchar contra la discriminación). No obstante, todos los Estados miembros no tienen la misma política ya que no todos interpretan estos textos legales del mismo modo. Según Anne Sophie Parent¹⁴, AGE, la plataforma europea de las personas mayores, reclama, de acuerdo con el foro de los jóvenes, que la interpretación sea única con el fin de que todos, tanto jóvenes como viejos no padezcan ninguna discriminación por razón de su edad.

Al margen de su trabajo remunerado, o cuando están jubilados, las personas de edad avanzada y las personas más mayores pueden aportar, gracias al voluntariado, una ayuda a los demás sin dejar por ello de disfrutar de una red relacional activa, que favorece que disfruten de una buena salud. Marie-Françoise Fuchs¹⁵ insistió en que las personas de edad avanzada son personas dinámicas, capaces de adaptarse y que la generación "abuelos" tiende a aportar su participación en la sociedad.

La encuesta, efectuada a unos 23 000 individuos de 50 años y más, interrogados en 11 países europeos, muestra que el 20 % de los europeos de 50 años y más ejercen una actividad de acción voluntaria desinteresada. Casi la mitad (el 47 %) de los que ejercen dicha actividad lo hacen al menos una vez por semana y el 18 % una vez al día. Para el 70 %, se trata de sentirse útiles y el 61 % son voluntarios por la alegría que experimentan al hacerlo.

Pero en Europa, el voluntariado no se practica de un modo uniforme. Según Anette Reil-Held¹⁶, se pueden clasificar los países en tres grupos:

-los que cuentan con una "participación poco importante" de las personas de edad avanzada en las actividades de voluntariado, como son España y Grecia (del 2 al 3 %) e Italia (7 %);

-los que cuentan con una "participación media" (del 9 al 14 %): Alemania, Francia, Suiza y Austria;

¹⁴ Mesa redonda número 1: "La discriminación según la edad"

¹⁵ Mesa redonda número 1: "La generación de los "abuelos"

¹⁶ Sesión de presentación: "Los primeros resultados de la encuesta SHARE"

-y los que cuentan con "una participación importante" (del 17 al 21 %): Suecia, Dinamarca y los Países Bajos.

Esta participación voluntaria es más importante en los países de la Europa del norte que en los de la Europa del Sur, dado que el voluntariado depende sobre todo del entorno social. Con todo, el cuidado de los nietos por parte de los abuelos no se ha contabilizado como una actividad voluntaria en la encuesta SHARE, cuando en realidad es muy frecuente en un país como Italia. Se puede suponer, por tanto, que una parte de las diferencias localizadas puede deberse a la definición del voluntariado que se utiliza ahí.

Europa envejece. El coste de las jubilaciones y el de la dependencia de las personas mayores implican un retroceso de la edad de la jubilación. Éste retroceso sin embargo, no basta para resolver los problemas de las pensiones de jubilación y los de la mano de obra necesarias para la actividad económica. Con todo, las intervenciones de los participantes han mostrado que:

- antes incluso de que se retrase la edad legal de cese de la actividad existe un margen de maniobra para incrementar el número de activos dado que las tasas de actividad de las personas de edad avanzada son bajas en muchos países;

- trabajando de otro modo se podría trabajar durante más tiempo;

- las políticas de prevención deberían permitir incrementar el número de años vividos en condiciones de buena salud y, por consiguiente, reducir el coste de los gastos de salud;

- las personas de edad avanzada son personas dinámicas, capaces de adaptarse; que más allá de su periodo de actividad, pueden aún ser útiles.

A lo largo de las sesiones de la jornada europea dedicadas al envejecimiento de la población los demógrafos, médicos, epidemiólogos, economistas y actores de la sociedad civil que intervinieron iluminaron de modos distintos este envejecimiento menguando con sus planteamientos la visión a menudo sólo pesimista que se tiene en la actualidad de dicho proceso de envejecimiento.