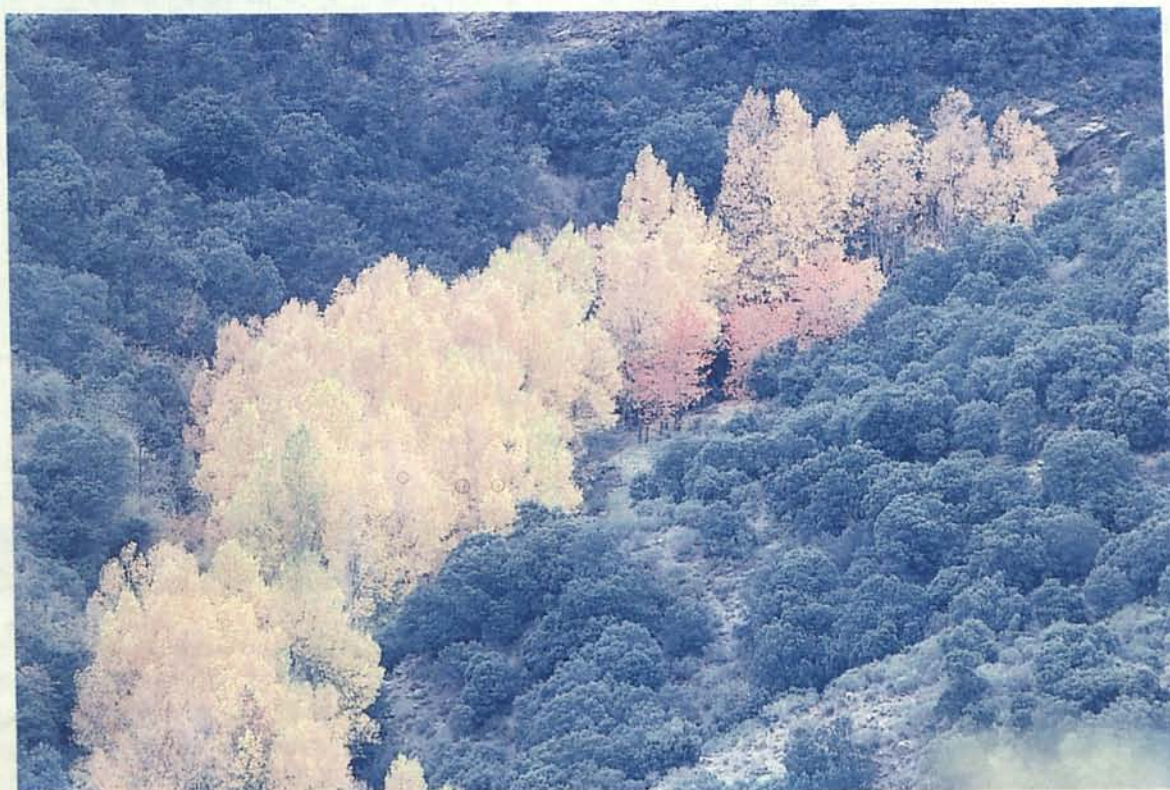


PARALELO 37°

revista de estudios geográficos

14 - 15



INSTITUTO DE ESTUDIOS ALMERIENSES
DE LA DIPUTACION PROVINCIAL
ALMERIA

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION ANDALUZA

La situación de los servicios sociales ante este fenómeno

Abelardo Vico Ruíz

*Becario de Colaboración del
Departamento de Geografía Humana
de la Universidad de Granada*

RESUMEN: Aunque Andalucía presenta todavía una población menos envejecida que la mayoría de las Comunidades Autónomas españolas, el descenso de la natalidad en los últimos años está provocando un proceso de envejecimiento que puede verse agravado por la inadecuación de los servicios geriátricos para abordar las necesidades de una población anciana en franco crecimiento.

PALABRAS CLAVE: Andalucía, población, demografía.



I. INTRODUCCION

El envejecimiento no es ya un problema que deba preocupar exclusivamente a algunos países altamente desarrollados, pues la evolución de las variables demográficas ha hecho que países como India, China, Indonesia, Brasil o Méjico, que pueden reunir la mitad de la población mundial, se dispongan a sustituir a los países europeos en los primeros puestos de la población envejecida alrededor del 2.020. Entre 1.980 y este año, la población en general de estos países aumentará en un 95%, mientras que la población anciana lo hará en un 240%¹. Si sólo nos centrásemos en los países de la OCDE, el 10% que representa actualmente la población de más de 65 años se habrá doblado a principios del siguiente siglo.

El problema se agravará si consideramos que el número de mayores de 80 años, lo que se ha dado en llamar la "cuarta edad", aumentará ostensiblemente, y este aumento será independiente de las variaciones que puede sufrir el índice demográfico o las tendencias en materia de natalidad o mortalidad. En atención a ello, no podemos olvidar, por un lado, que el aumento del número de individuos mayores de 80 años provocará un incremento desproporcionado de los gastos sanitarios y sociales en general, y, por otro, como la vida se puede alargar más allá, sorprendentemente más allá de los límites actuales.

En relación a la primera cuestión, los gastos en salud por ejemplo, son 4,3 veces más elevados en las personas mayores de 65 años que en los que no superan esta edad; esta relación se eleva a 5,9 veces si consideramos los mayores de 75 años respecto a los menores de 65.

En lo que se refiere a las sorpresas que nos puede deparar el alargamiento de la vida, nos remitimos por falta de espacio a los artículos aparecidos en El País, 19

1.- OMS. *La salud en las personas de edad*. OMS, 1.989.

de diciembre de 1.991, a cargo de los profesores Murray Fehsbach y Robin Holliday². ¿Quién podría creer que alrededor del 2.085 las esperanzas de vida podrían ascender a 117 años para los hombres y 129 para las mujeres? Suponen incrementos de 40 años o más desde las cifras actuales. Datos así de espectaculares se podrán leer y rubricar en la obra de estos autores.

Los descensos ostensibles en las tasas de mortalidad que se prevén ante todo en los países subdesarrollados, y el hecho de que las generaciones del *baby boom* lleguen a ancianas a mediados del siglo XXI, provocarán que alrededor del 2.040 se alcance el punto álgido del envejecimiento, ya que la población mayor de 65 años representará el 22% del total. Todo ello quiere decir que el índice de dependencia de ancianos ascenderá desde los 18,5 puntos actuales hasta la alarmante cifra del 36,8%; esto es, justo el doble. La situación podría verse aliviada si la natalidad se recuperase para elevar la proporción de individuos entre 0 y 15 años y entre 16 y 64 respecto a los mayores de 65. Bien es verdad que se prevé que esta variable toque fondo en su descenso próximamente, para comenzar a ascender de nuevo; pero sólo lo hará, según todas las previsiones, hasta alcanzar un índice sintético de fecundidad del 2,1, es decir, hasta garantizar la renovación de la población existente. Aspectos tan determinantes como la incorporación de la mujer al trabajo o la generalización del uso de contraceptivos -además de la creciente eficacia de los mismos-, impedirán un aumento por encima de esta cifra. De ello se deduce que la evolución de la natalidad no colaborará a mitigar la espiral de envejecimiento.

Numerosas obras, entre las que destaca "*El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población*", OCDE, 1.988, exponen los problemas económicos que deparará al mundo el crecimiento de la población anciana. En un principio es posible afirmar que los recursos ahorrados en educación, sanidad infantil... por el descenso de la población joven, no serán suficientes para hacer frente a los nuevos gastos que demandará la población anciana. De esta manera, será necesario un esfuerzo económico adicional. En este sentido ya hemos expuesto como en el capítulo específico de la asistencia sanitaria, la relación no podría ser nunca

de 1 a 1; sino que habría que detraer los recursos empleados en atender a cuatro personas menores de 65 años, para poder asistir a una sola superior a esa edad. Del mismo modo, en el capítulo de educación no será fácil detraer los recursos al mismo ritmo que descienden los alumnos, puesto que se produce progresivamente un aumento de la demanda de este servicio por parte de grupos no tradicionales (jóvenes reciclados, mujeres, adultos...); y además, gastos como el de calefacción o el de profesorado no disminuyen en la misma proporción que el número de alumnos. El que una clase disponga de 20 alumnos en vez de 30 no quiere decir que se pueda prescindir del profesor que antes existía, o bajar el grado de calor de la calefacción.

Los nuevos servicios sociales para la tercera edad generarán un cargo suplementario importante para el sector público. ¿Quiere esto decir que se debería aspirar a un sistema en el que el sector privado se hiciese cargo de parte de estos servicios? Admitir este extremo sería admitir que se debe tender a un sistema de prestaciones similar al que existe en Estados Unidos. En cambio, la mayor parte de los expertos que conocen el sistema norteamericano señalan en él unas deficiencias de fondo insalvables, y ofrecen la alternativa de atenciones sociales amparadas por el Estado al modo europeo. EL Dr. Vicente Navarro, Catedrático de Política y Gestión Sanitaria y de Sociología en The Johns Hopkins University, EEUU, y uno de los expertos a que nos referimos, señala dos dramas fundamentales en el sistema estadounidense:

1. Los altos gastos de administración. El 50% de los gastos de un despacho médico en este país, corresponden a gastos de administración, mientras que en el Reino Unido, antes de la privatización Thatcher, sólo representaban el 26%. Baste con esgrimir un dato: los médicos estadounidenses rellenan 40 veces más impresos que los británicos, por los requerimientos de las compañías de seguros.
2. La gran desconfianza y tensión que existe entre el paciente y su médico, pues "el primero ve al segundo no sólo como un clínico, sino también -y sobre todo- como un vendedor de servicios de los que el médico mismo se beneficiará"³.

2.- El País, 19-12-1.991. Murray Fehsbach, profesor de la Universidad de Georgetown, Washington D. F. "*Hacia la guerra del siglo XXI*". Robin Holliday, jefe de investigación de Biología Molecular de Sidney, "*La Tercera edad comienza a los 100 años*". Páginas 23 y 26 respectivamente de "Temas de nuestra época".

3.- Salud 2000. "*Comentarios sobre el Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud o Comisión Abril Martorell*". por el Dr. Vicente Navarro, Catedrático de Política y Gestión Sanitaria y de Sociología en The Johns Hopkins University, EEUU.

Si la situación y falta de previsión a nivel mundial resulta preocupante, en España, el problema del envejecimiento de la población se puede convertir en angustioso, puesto que parte de un estado comparativamente peor que el de la mayoría de los países de la OCDE. Como podemos apreciar en el siguiente cuadro, el porcentaje del PIB que dedica a gastos sociales, se encuentra muy por debajo de la media occidental, y es inferior incluso a algunos países con niveles de desarrollo similares o menores al nuestro (Grecia o Irlanda por ejemplo). Por lo tanto, ante un problema que adquiriese la misma magnitud cuantitativa en nuestro país que en el resto de occidente, España se vería obligada a realizar un esfuerzo mayor al partir de prestaciones sociales más desatendidas. En su caso, para abordar con unas mínimas garantías de éxito el problema del envejecimiento, el Estado debería comenzar por incrementar con urgencia los porcentajes del presupuesto destinados a servicios sociales.

Cuadro 1
% DEL PIB DEDICADO A GASTOS SOCIALES

Alemania	25%	Irlanda	25%
España	15%	Noruega	23%
Grecia	19%	Suecia	32%
Japón	16%		

Fuente: Informe de la OCDE de 1.988, "El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población"

Nota: Hemos escogido sólo siete países entre los más relevantes de una serie de 21. España ocupaba una de las últimas posiciones entre todos ellos con su 15%.

Si nos centramos exclusivamente en el capítulo sanitario, las cifras españolas distan aún demasiado de los principales países desarrollados.

Cuadro 2
GASTO SANITARIO PÚBLICO PER CÁPITA

España	39.495 ptas.
Reino Unido	68.895 ptas.
Italia	78.277 ptas.
EEUU	84.982 ptas.
Francia	108.966 ptas.
Alemania	129.492 ptas.

Porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB

España	4,4%
Reino Unido	5,3%
Francia	6,7%
Italia	5,4%
Suecia	8,4%

Fuente: Revista Salud 2000. Año VI/nº33/Noviembre de 1.991.

Pero si en España queda un largo camino por recorrer en materia de servicios sociales a la tercera edad, este camino es igualmente largo, pero más pedregoso en el caso de Andalucía. Posiblemente hoy, la región meridional adolece de suficientes especialistas geriátricos y de instalaciones preparadas para las estancias de larga duración que demandarán los ancianos.

II. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION EN ANDALUCIA

Avancemos una hipótesis de partida: el que Andalucía presente una población menos envejecida que la mayoría de las comunidades autónomas españolas (cuadro 3), no quiere decir que el problema del envejecimiento de la población no adquiera matices graves. Si en nuestra región los índices de dependencia de ancianos y envejecimiento se hubiesen mantenido constantes, podríamos decir que se aseguraba la renovación del colectivo demográfico en cada grupo de edad; no obstante, éstos han sufrido un sensible aumento, el cual indica ya un desequilibrio generacional en la población de nuestra región. Este desequilibrio no consiste mas que en una acumulación excesiva del contingente en los grupos de edades que superan los 65 años, respecto a aquellos que no superan esta frontera de la ancianidad.

El índice de dependencia⁴ mide la proporción de ancianos respecto al grupo de población en edad activa

4.- El índice de dependencia global mide la relación entre el conjunto de menores de 15 años y los mayores de 65, respecto al grupo 16-64. Nosotros al reflejar el índice de dependencia nos referiremos sólo a la relación entre los mayores de 65 años y los efectivos en edad activa.

(16-64 años); y el índice de envejecimiento, la relación entre los mayores de 65 años y los menores de 15. Un aumento de ambos índices, por tanto, nos demostrará un incremento del número total de ancianos respecto al total de jóvenes primero, y respecto al conjunto de individuos en edad activa después (y decimos primero, porque el aumento de la proporción en relación a los jóvenes se producirá cronológicamente antes por razones obvias). Como fidedignamente se aprecia en el Cuadro 3, el aumento del índice de envejecimiento comienza antes (1986) que el aumento del índice de dependencia (1990), y además con mayor intensidad; lo cual es obvio, pues el descenso de la natalidad, una de las principales causas de la variación de las proporciones como seguidamente veremos, comienza a apreciarse en los primeros grupos de edad, para ir atravesando la pirámide paulatinamente hasta denotarse en las cohortes en edad activa.

Por lo tanto, la potencial gravedad de la situación reside en la iniciación de una tendencia que parece muy sólida y, en la inadecuación de los servicios geriátricos para abordarla con garantías. Los días en que Andalucía presentaba una población joven, con tasas de crecimiento notablemente más altas que la media española, pueden estar en vías de desaparecer en un futuro no muy lejano, pues el ritmo de crecimiento de nuestra región ha descendido más rápidamente que el promedio nacional (Cuadro 4). En el cuadro en cuestión podemos apreciar como las diferencias entre los crecimientos vegetativos de los distintos años son sensiblemente mayores en Andalucía.

Cuadro 3

<i>Indice de Dependencia</i>				<i>Indice de Envejecimiento</i>							
1981	1986	1990		1981	1986	1990					
Cast-M.	22,4	Cast-L	23,3	Aragón	26,0	Arag.	65,8	Cast-L	78,7	Arag.	97,3
Aragón.	22,0	Cast-M	22,7	Casti-L	25,6	Cast-L	63,1	Arag.	77,1	Cast-L	93,3
Cast-L	22,0	Galicia	22,6	Cast-M	24,2	Rioja	61,6	Rioja	73,4	Galic.	81,8
Rioja	21,6	Rioja	22,0	Galicia	23,2	Cast-M	57,6	Astur.	72,2	Astur.	79,9
Extrem.	21,6	Extrem.	21,7	Rioja	22,8	Astur.	57,3	Galic.	70,4	Rioja	78,9
Galicia	21,2	Aragón	21,5	Balear.	22,2	Galic.	57,3	Cast-M	69,0	Cast-M	76,2
Balear.	20,2	Astur.	21,5	Extrem.	22,2	Extrem.	54,5	Navarra	64,9	Navarra	73,8
Astur.	19,6	Balear.	20,6	Cantab.	21,7	Balear.	51,8	Extrem.	63,2	Balear.	72,0
Cantab.	19,0	Cantab.	20,4	Astur.	20,9	Navarr.	50,2	Cantab.	62,6	Cantab.	70,3
Navarr.	18,7	Navarr.	20,1	Navarr.	20,8	Cantab	50,0	Balear.	61,8	Extrem	68,5
Valenc.	17,8	Valenc.	18,4	Valenc.	19,9	Valenc	42,9	Valenc.	52,1	P.Vasc	64,1
Murcia	16,7	Andaluc.	16,5	Madrid	17,1	P.Vasc	36,3	P.Vasc	49,3	Valenc.	59,0
Andaluc	16,5	Murcia	16,4	Murcia	17,2	Murcia	35,2	Madrid	45,7	Madrid	54,5
Madrid	14,4	Madrid	15,3	Andaluc	17,0	Andalc	35,1	Andalc	41,2	Andalc	46,3
País V.	14,0	P.Vasc.	15,3	P.Vasc.	16,6	Madrid	34,7	Murcia	41,0	P.Vasco	19,6
Canar.	13,4	Canar.	13,2	Canar.	13,5	Canar	26,7	Canar	32,5	Valenci	19,3

Fuentes: Censo de Población de 1981, Padrón de Población de 1986 y "Proyección de la población española para el período 1980-2010". Tomo II, Resultados por Comunidades Autónomas. INE, Madrid, 1988.

Cuadro 4

	Andalucía	Difer.	España	Difer.
1981	0,94%		0,63%	
		0,31%		0,29%
1986	0,63%		0,34%	
		0,09%		0,08%
1988	0,54%		0,26%	

Fuente: Movimiento Natural de la Población, Tomos I y II, de los años respectivos. Elaboración propia.

Hemos apuntado la existencia de una tendencia. Sin embargo, para demostrar nuestra hipótesis, nos centraremos en cinco elementos fundamentales que nos ayudarán a corroborarla: Natalidad, Mortalidad, Mortalidad Infantil, Esperanza de Vida y Saldo Migratorio.

La prueba de la alta relación existente entre estas variables y el proceso de envejecimiento nos la ofrecen los elevados índices de correlación hallados entre los grados de envejecimiento y todas ellas. El índice de correlación entre las tasas de natalidad tomadas a lo largo de una serie de años y los índices de envejecimiento para los mismos años, es igual a 0,824; entre la tasa de mortalidad y los mismos índices de envejecimiento, 0,785; entre mortalidad infantil y envejecimiento, 0,864; y entre esperanza de vida y la variable constante, 0,729.

• Natalidad

Siempre existen factores que no permiten hacer comparaciones absolutas entre algunas magnitudes. Por ejemplo, un descenso mayor de la mortalidad en un área en relación a otra, en un período determinado, no tiene porqué indicar una mejora de las condiciones sanitarias o del nivel de bienestar de la misma; pues puede ocurrir que aquella con la que se la compara disminuya menos por el influjo que ejerce su estructura de edades. Algo de esto ocurre en el caso de Andalucía y España como veremos seguidamente; y algo similar puede ocurrir para ambos espacios en el caso de la natalidad. Las cifras de natalidad a nivel nacional han podido descender relativamente poco por la acción de factores exógenos como el reestímulo de la fecundidad, mientras que la población andaluza aún no se ha visto

sometida a esta clase de estímulos; de ahí un factor que explica en parte el mayor descenso de la comunidad sureña.

Aunque es necesario tener este aspecto en cuenta, su consideración no nos puede llevar a negar como el descenso de la natalidad en Andalucía es suficientemente mayor que en España, sobre todo desde 1.981 a 1.986, como para quedar por encima de la cifra nacional una vez anulados los efectos de dicho aspecto.

Cuadro 5

Tasas de Natalidad por mil habitantes

	Andalucía	España
1981	17,2	14,1
1986	14,0	11,4
1988	13,3	10,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los MNP de los años correspondientes.

Mientras que la región reduce su tasa en 3,9 puntos desde 1.981 a 1.988 la nación sólo decrece en 3,3 puntos lo que indica, por un lado, como Andalucía ha disminuido su ritmo de crecimientos a mayor velocidad y, además, como se ha iniciado una tendencia que acerca paulatinamente las tasas españolas y andaluzas, de manera que en un futuro no muy lejano pueden llegar a converger.

En atención a ello, considerando de una forma estática y aislada la variable natalidad, Andalucía camina hacia el envejecimiento de una manera más acelerada que el conjunto de España, aunque bien es verdad que parte de una situación ostensiblemente más favorable.

• Mortalidad

Como hemos expuesto, el mayor descenso de la mortalidad en Andalucía se debe, no a una mejora de los niveles socio-sanitarios comparativamente mayor, sino a la presencia de una estructura de edades que aún no incide excesivamente en el cálculo de la mortalidad. La población española exhibe un mayor porcentaje de ancianos (10,5% frente a 12,1% en 1.986), por lo cual

su exposición a la muerte es mayor, hecho éste que "infla" sus tasas de mortalidad. Pero de igual forma que en el caso de la natalidad, parece ser que Andalucía está disminuyendo sus tasas de mortalidad a un ritmo que resulta más rápido que el total nacional aún después de anular el efecto de las estructuras de edades.

Por otro lado, se puede afirmar que la relación mantenida entre la comunidad sureña y la nación en atención a la mortalidad, es parecida -salvando las distancias- a la que ha caracterizado a países subdesarrollados respecto a los desarrollados. No olvidemos que los primeros han incorporado muy rápidamente los avances sociosanitarios que fueron trabajados por los segundos durante décadas, incluso siglos, aspecto que les ha permitido un descenso mucho más violento de sus muertes. Algo semejante, pero en menor escala, ha podido suceder con Andalucía: hemos incorporado experiencias en el campo médico o de la gestión sanitaria o social, ensayados anteriormente en otras comunidades autónomas con niveles de desarrollo más altos, razón por la cual el descenso de nuestras tasas de mortalidad se comienza a producir a un ritmo más acelerado. Por ejemplo el concierto de la administración pública con el sector privado en materias como la asistencia sanitaria o las residencias para la tercera edad, se viene practicando desde hace más de un lustro, y además de manera importante, en Cataluña; sin embargo es ahora cuando comienza a ser adoptada esta alternativa -muy tímidamente- en Andalucía.

Cuadro 6
TASAS DE MORTALIDAD POR MIL
HABITANTES

	Andalucía	España
1981	7,81	7,77
1986	7,68	8,06
1988	7,88	8,24

Fuente: Elaboración propia a partir de los MNP de los años correspondientes.

• Mortalidad Infantil

El descenso de la mortalidad infantil, siguiendo el razonamiento anterior, puede ser analizado con mayor

razón tomando dos sentidos totalmente contrarios; es decir, puede atenuar el problema del envejecimiento a corto plazo, pero agravarlo en el plazo máximo de tres generaciones. Un descenso de la mortalidad en los menores de 1 año, producida en este momento, supondría un aumento inmediato del efectivo 0-15 años, con el consiguiente descenso del índice de envejecimiento. Del mismo modo, al cabo de tres lustros, este contingente pasaría a engrosar el grupo de población en edad activa (16-64 años), representando así un descenso de la relación de dependencia. Pero según la misma lógica, transcurridos 65 años, estos individuos fruto del inicial recorte de la mortalidad infantil, se incorporarán a las cohortes de población anciana, agravando con ello el problema del envejecimiento, si otros factores como la natalidad o la esperanza de vida han continuado con la tendencia normal de las predicciones.

Cuadro 7
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR
1000 H.

	Andalucía	España
1981	13,22	12,40
1986	10,18	9,20
1988	9,33	8,07

Las cifras base para hallar los resultados referentes al año 1988, tanto de la natalidad, la mortalidad general, como la mortalidad infantil, han sido halladas considerando un crecimiento constante entre las poblaciones del Padrón (1 de abril de 1.986) y el Censo (1 de Marzo de 1.991), para Andalucía y España.

Fuente: MNP de los años correspondientes. Elaboración propia.

Cuadro 8
PORCENTAJE DE ANCIANOS FALLECIDOS
RESPECTO AL TOTAL DE MUERTES

	Andalucía	Incrementos	España	Incrementos
1969	64,4	4,3	66,2	3,5
1974	68,7	2,7	69,7	2,5
1990	71,4		72,2	

Fuente: MNP de los años correspondientes. Elaboración propia.

Si observamos el Cuadro 8, advertiremos como el porcentaje de fallecidos mayores de 65 años ha aumentado respecto al total de muertos. Podemos pensar que este aumento obedece a un incremento real del número de ancianos muertos, en cambio, parece más verosímil pensar en una disminución de las defunciones en los grupos de edad 0-15 y 16-64 años. Siendo así, las muertes del grupo de ancianos se mantendrían constante en términos absolutos, pero al descender éstas en los menores de 65 años, aumentaría su peso relativo en el conjunto. En este descenso de las defunciones en los intervalos 0-15 y 16-64 ejerce una importancia decisiva el descenso producido concretamente en los menores de 1 año, los cuales suponen un alto porcentaje del volumen total de muertes antes de los 65 años. Por lo tanto, el mayor descenso de la mortalidad infantil en Andalucía, explica en cierta manera los mayores incrementos de nuestra región en el cuadro 8, pues un mayor descenso en este tipo de muertes incide en un mayor peso relativo de las muertes de ancianos.

En atención a todo ello, este cuadro 8, lejos de indicarnos un aumento en la muerte de ancianos, nos revela un descenso de la misma en los no ancianos; con lo cual no sólo no se atenúa el envejecimiento presente -como sucedería macabramente si aumentase la mortalidad entre los ancianos-, sino que se aventura un agravamiento futuro, según ese factor, pues quedarán más vivos en el grupo 0-64 años de los que llegarán a viejos. Y esta tendencia, como las anteriores, se manifiesta con mayor intensidad en Andalucía que en el resto de España, como demuestran las cifras tanto del cuadro 7 como del cuadro 8.

• Esperanza de vida

Es sin duda el factor que mejor refleja el estado de una población ante la mortalidad.

Hemos representado la idea de como Andalucía parte de una situación comparativamente peor que España en conjunto en cuanto a mortalidad; pero al mismo tiempo, hemos afirmado que las distancias tienden a reducirse, de forma que cabe predecir una convergencia de las tasas, igualándose en un futuro próximo las probabilidades de muerte de ambas poblaciones. En el caso de la esperanza de vida, podemos rubricar esta apreciación observando los cuadros que se ofrecen a continuación (nº 9 y 10).

Cuadro 9
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO

	Andalucía	España
1970	71,28	72,03
1975	72,68	73,62
1980	74,48	75,51
1986	74,89	76,52

Cuadro 10
ESPERANZA DE VIDA A LOS 70 AÑOS

	Andalucía	España
1970	11,02	11,47
1975	11,28	11,90
1980	12,09	12,89
1986	12,30	13,30

Fuente: Tablas de Mortalidad de la Población Española. Resultados por Comunidades Autónomas. Años 1970-75-80 (el año 1986 hallado por el propio autor). INE, Madrid, 1988.

Las diferencias entre Andalucía y España venían aumentando progresivamente y de manera ininterrumpida desde 1970 a 1980. En el caso de la esperanza de vida al nacimiento desde 0,75 años hasta 1,05, y en las tablas de la E 70 desde los 0,45 a los 0,80. Por ello deducimos que los aumentos de la esperanza de vida siempre son inferiores en Andalucía que en el Estado, incrementándose progresivamente las distancias entre ambos espacios en lo que se refiere en su actuación ante la mortalidad. Sin embargo en el período 1980-1986 apreciamos que las distancias han dejado de crecer, y se han estabilizado. En razón a ello entendemos que la mejora relativa de Andalucía ante la mortalidad, en este período, ha sido idéntica a la de España.

Ante esta situación, podemos afirmar, no sólo que Andalucía aumenta su esperanza de vida en términos absolutos; sino además, que este incremento se produce con la misma intensidad que en España. Por lo tanto, si hasta 1980 la evolución de las esperanzas a nivel

estatal y autonómicos demostraban una mayor tendencia al envejecimiento de la población española respecto a la andaluza, ahora esta tendencia es tan fuerte en Andalucía como en España en conjunto.

• Saldo migratorio

Es quizás el elemento más conflictivo de los cinco presentados, pues las máximas teóricas que lo asocian al envejecimiento podrían no cumplirse tan enérgicamente como pudiese parecer en un principio, para el caso concreto de Andalucía. Las deducciones lógicas realizadas sobre la cuestión afirman que el fenómeno de la emigración provoca un mayor envejecimiento de la población. A mi entender, en el seno de esta generalización, es necesario realizar una puntualización mediante la que distinguiremos al menos entre dos tipos de emigración: emigración normal y "emigración de retorno".

Bien es verdad que al hablar de emigración siempre entendemos el primer tipo, formada esencialmente por población joven y masculina; pero ello no quiere decir que sea la única. Pues, si entendemos sólo esta emigración, es cierto que la salida de contingentes jóvenes aumenta el peso relativo de los ancianos respecto al total poblacional, elevando consiguientemente el grado de envejecimiento. No obstante, podemos considerar la existencia de la denominada "emigración de retorno" (en realidad ahora inmigración); es decir, personas que emigran en su juventud hacia zonas más dinámicas económica y laboralmente, y que ahora en su vejez regresan a concluir sus últimos años en su tierra natal.

Si observamos el Cuadro 11, apreciaremos como Andalucía ha pasado a presentar un saldo migratorio negativo; pero en mi opinión, la mayor parte de la inmigración que recibe no corresponde a individuos jóvenes y masculinos, sino a esa "emigración de retorno" según la cual familias enteras regresan desde zonas industriales y turísticas.

Así, en una situación de emigración normal -joven y masculina-, la zona receptora rejuvenecerá su población, mientras que la expulsora verá envejecer la suya. Sin embargo, en un contexto de emigración de

retorno -anciana y matrimonial-, ocurre todo lo contrario: el área de salida alivia su contingente de ancianidad y la acogedora lo aumenta. En Andalucía seguramente se está produciendo algo de esto último. Si consideramos que el volumen de inmigrados no es demasiado alto, 92.065 individuos, o sea el 1,36% de la población andaluza, podemos pensar que buena parte de ellos corresponden a hombres y mujeres jubilados o cercanos a la jubilación, que regresan desde zonas catalanas, baleares, etc, hasta sus lugares de origen; y muy pocos son los jóvenes dinámicos y emprendedores⁵.

Cuadro 11
SALDO MIGRATORIO. 1988

Canarias	-11.284	Rioja	-532
Baleares	-11.107	Cantabria	198
Madrid	-11.028	Asturias	565
Valencia	-8.645	Galicia	1.021
Cataluña	-4.569	Cast-La Mancha	4.822
Murcia	-1.350	Extremadura	5.160
Andalucía	-1.018	Cast-León	6.004
Navarra	-718	País Vasco	10.602
Aragón	-578		

Fuente: Migraciones, año 1988. INE, Madrid, 1991. Elaboración propia.

En definitiva, con ello, Andalucía ha dejado de favorecer su envejecimiento con la existencia de una emigración de mano de obra joven, como sucedía hasta hace pocos años; pero tampoco se puede afirmar ahora, que se haya pasado a una situación en que la inmigración atenúe dicho envejecimiento, pues ésta es aún insignificante, y en su mayor parte está compuesta por personas igualmente envejecidas. Está pendiente un estudio para dilucidar fidedignamente qué porcentaje exacto de inmigrados se pueden encuadrar dentro de esta "emigración de retorno", aunque los trabajos sobre la variable migraciones presentan siempre innumerables problemas de base.

5.- En este sentido sería necesario realizar un estudio adecuado sobre la inmigración del norte de África hacia Andalucía, la cual no es aún excesivamente importante, pero es la más representativa de estos individuos jóvenes y masculinos y sin duda la que más problemas sociales está causando.

En atención a todo ello, podemos rubricar aún más sólidamente este extremo. Veamos como el Cuadro 12 nos señala a las zonas de menos de 50.000 habitantes como áreas claramente inmigratorias respecto a aquellas que superan esta cifra. Pues bien, serán esas áreas precisamente las que reflejen ahora un mayor grado de envejecimiento (Cuadro 13). Según estos datos, estas áreas de menos de 50.000 habitantes, la mayoría de las cuales han presentado tradicionalmente un saldo migratorio negativo respecto a las que superan ese dígito, no envejecen ahora particularmente por su emigración, pues ahora son claramente inmigratorias respecto a las mayores de 50.000 hab. Ahora son las ciudades de más de 50.000 habitantes las que expulsan contingentes, masculinos y femeninos, que han finalizado ya generalmente su etapa laboral, hacia esas zonas de donde emigraron hace dos o tres décadas.

Y es este tipo de población la que, lejos de atenuar el problema del envejecimiento en las zonas intermedias y rurales, muy contrariamente lo agrava. En los capítulos siguientes hemos de constatar si estas áreas están dotadas de los servicios sociales y sanitarios adecuados para hacer frente a su mayor envejecimiento relativo. Más al contrario, el volumen de los servicios geriátricos tiende a concentrarse en las grandes ciudades de una manera desproporcionada a la evolución de su población anciana. Con ello se refleja una inadecuación espacio locacional entre el lugar de residencia de los ancianos y la ubicación de sus servicios de atención.

Cuadro 12
EMIGRACIONES (a nivel nacional)

Desde las zonas de - 50.000 hab. a las zonas de + 50,000 hab.	142,763 personas
Desde las zonas de + 50,000 hab. a las zonas de - 50,000 hab.	180.065 personas

Fuente: Migraciones 1989, Avance de resultados, INE, 1991. Elaboración propia.

Cuadro 13
INDICE DE DEPENDENCIA DE ANCIANOS

1981	Total	Varones	Mujeres
>50,000	14,3	11,1	17,4
<50,000	18,9	13,4	19,7
Diferencia	4,6	3,3	2,3

1989	Total	Varones	Mujeres
>50,000	14,35	11,97	17,19
<50,000	20,01	15,79	23,75
Diferencia	5,66	3,82	6,56

Fuentes: Censo de 1981 y "Población mayor de 15 años". Andalucía 1989. Instituto de Estadística de Andalucía. Sevilla, 1991. Elaboración propia.

III. ESTADO DE LOS SERVICIOS ANDALUCES ANTE EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION

Nos detendremos brevemente en los dos ámbitos fundamentales donde la sociedad debe ofrecer una atención digna al anciano: Residencia y Atención Sanitaria. Serán ante todo las limitaciones de espacio que sujetan a este artículo, las que nos lleve a citar tan sólo escuetamente las particularidades generales que caracterizan a sendos servicios.

La ordenación y planificación de los servicios sociales y sanitarios debe convertirse en una prioridad en nuestro entorno, como reconocen las propias autoridades andaluzas. La cuestión reside en si las medidas, necesarias para el presente y preventivas para el futuro, están siendo adecuadamente tomadas.

El estudio, aún parcial, de la población andaluza, constituye el paso previo imprescindible para una adecuada ordenación y planificación de sus recursos, pues "si la población es un elemento fundamental en

cualquier territorio, parece lógico que su estudio constituya una parte esencial a la hora de analizar y de arbitrar las medidas dirigidas a su ordenación". A la postre, "la gestión sanitaria (y social en general) ha de estar concebida, exclusivamente, por y para la población"⁶.

• Residencias

No nos detendremos en la constatación del mal estado de las residencias actuales existentes en nuestra comunidad autónoma. Baste decir, como simple adelanto, como, respecto a la residencias públicas, se recibe un catálogo extenso de quejas en las oficinas del Defensor del Pueblo Andaluz. Para su corroboración remitimos al lector a los distintos Informes publicados desde el año 86, y en concreto a la denuncia específica detallada en el Informe de 1988⁷ sobre la residencia del IASS en ArmillaGranada. En lo referente a las residencias privadas, sirva reflejar al desconocimiento de la mayoría de las existentes, y el mal estado comprobado de aquellas censadas.

En Andalucía hoy presentamos un número de plazas residenciales realmente escaso: 2,626⁸ en centros del Instituto Andaluz de Servicios Sociales (IASS), y por lo tanto públicas; y 300⁹ concertadas con centros privados.

De ello deducimos que la Administración oferta 3,82 plazas por cada 1000 ancianos (Cuadro 14), cifra claramente insuficiente.

Así mismo, nuestra región cuenta con 2,3 plazas de geriátricos por cada 100 habitantes, porcentaje inferior a los 2,5 puntos que presenta España. Además, más del 60% de las residencias andaluzas son para válidos, cuando la demanda crece más rápidamente por parte de los ancianos que necesitan asistencia.

6.- Estadística de la Junta de Andalucía.

7.- Informe al Parlamento, 1.988. Defensor del Pueblo Andaluz. pág. 149-152.

8.- Solicitud de ingreso en residencias para la 3ª edad. plazas en centros residenciales indicando ubicación y tipo. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Instituto de Servicios Sociales.

9.- José Bejarano, "Nadie se acuerda de los viejos". Revista *Salud entre todos*, nº 47, Agosto de 1.991. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.

Cuadro 14

PLAZAS RESIDENCIALES PÚBLICAS O CONCERTADAS POR CADA 1000 ANCIANOS.

1. Canarias	7,32	9. Asturias	3,89
2. Extremadura	6,65	10. Andalucía	3,82
3. Rioja	6,63	11. Murcia	3,39
4. Baleares	6,37	12. Navarra	3,27
5. Cast-Mancha	4,98	13. Valencia	2,62
6. Cast-León	4,62	14. Galicia	2,44
7. Aragón	4,48	15. Cantabria	2,28
8. País Vasco	4,15	16. Madrid	1,15

Fuente: Impreso de solicitud de ingreso en las residencias de la tercera edad. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales. Instituto Andaluz de Servicios Sociales. Elaboración propia.

Andalucía no se encuentra preparada para hacer frente a la creciente demanda de plazas residenciales prevista, ante el aumento del nivel adquisitivo y la capacidad de movilidad de los ancianos y la bonanza natural de nuestro clima. Se prevé, que al igual que en Canarias, Baleares o Extremadura, los mayores pidan ingresar en residencias andaluzas, aún procediendo de otras comunidades e incluso del extranjero, para aprovechar el buen tiempo y el constante sol de nuestra región. Sin embargo el cuadro refleja como Andalucía se encuentra aún muy lejos de las comunidades citadas, respecto al número de plazas residenciales públicas. Además, son y serán las provincias andaluzas costeras las que reciban un mayor número de solicitudes, sin embargo todas ellas, excepto Cádiz, presentan un menor número de plazas públicas o concertadas que las provincias del interior. El caso de Almería es escandalosamente alarmante, pues sus 0,52 plazas quedan muy lejos de las 6,7 que presente Jaén, la máxima dentro de nuestra región.

Se podría pensar que la oferta complementaria podría estar suficientemente cubierta por las residencias privadas, pero si lo admitimos corremos el riesgo de olvidar tres aspectos negativos fundamentales:

1. No se conoce a ciencia cierta el número de plazas totales en residencias privadas en Andalucía. La propia delegación en Granada del IASS declara no poseer información fiable al respecto.

2. Un alto porcentaje de las que se conocen presentan estados lamentables. Se han convertido ya en un pingue negocio especulativo, generalmente pisos desahabitados, donde se "aparcen" una decena de ancianos.
3. No están al alcance de cualquiera, pues mientras que la residencia pública cobra un tanto por ciento de la pensión recibida por el anciano, los precios de las residencias privadas oscilan entre las 60.000 y las 120.000 ptas. mensuales fijas.

Por otra parte, la totalidad de las residencias públicas se ubican en municipios de más de 50,000 habitantes, de los cuales la mayoría son capitales de provincia. Según se demostraba en el Cuadro 13, el envejecimiento se está manifestado con mayor virulencia en las zonas de menos de 50,000 habitantes, en relación a aquellas que superan esta cifra. Por tanto, si hasta ahora los desplazamientos de los ancianos que deseaban ingresar en una institución de este tipo hacia los municipios de más de 50,000 habitantes, han sido obligados, pues era allí donde se ubicaban todas las residencias, ahora, además de obligada, se convertirá en más frecuentes, ya que la cantidad de ancianos está aumentando con mayor proporción en las zonas rurales e intermedias.

El envejecimiento se hace más grave allí donde los servicios residenciales se encuentran más (por no decir nulamente) desatendidos. De esta manera, las migraciones forzadas desde las áreas sin grandes ciudades, hacia las grandes concentraciones, se acrecentarán, con el potencial aumento del desarraigo que ello conllevará.

• La atención sanitaria

Si observamos el mapa nº 1 advertiremos una desigualdad notoria entre las diferentes comarcas de nuestra comunidad autónoma en lo que se refiere a la frecuentación hospitalaria. Destaca ante todo el aislamiento de la periferia norte, sobre todo del cuadrante nororiental; un aislamiento que se contrapone a la mayor concentración de visitas al hospital en torno a las capitales y municipios importantes.

No obstante, cuando observamos detenidamente el mapa nº 2, donde hemos sobrepuesto la concentración de camas hospitalarias sobre la preexistente frecuentación hospitalaria, deduciremos que las oscilaciones en estas frecuentaciones dependen de la localización de las ofertas hospitalarias y de la intensidad de éstas, en un cumplimiento estricto del modelo gravitacional. Es decir, en las zonas donde la frecuencia es necesaria, ocurre así porque no existen instalaciones hospitalarias suficientemente cerca como para convertirlas en todo lo frecuentes que sería necesario. En principio no hay porqué creer que la necesidad de desplazarse al hospital es menor en estas comarcas que en el resto; luego cabe pensar que existan razones de fondo importantes para justificar la desigualdad.

Esta desigualdad se manifiesta especialmente injusta para los ancianos, los cuales necesitan unas estancias hospitalarias mucho más continuas y frecuentes que el resto de los ciudadanos. Si consideramos que el envejecimiento se vislumbra con mayor gravedad en las zonas rurales e intermedias (0-50.000), el acercamiento de las instalaciones hospitalarias a estos medios se hace tan imprescindible como en el caso de las residencias.

Sin embargo, si se aumentan las plazas hospitalarias globalmente, y racionalmente se acercan al medio rural-intermedio, pero sin incrementar paralelamente las plazas de residencias para la tercera edad, corremos el peligro de ver como las camas hospitalarias quedan invadidas por ancianos.

Hoy ya podemos ver como en determinadas épocas del año, algunos hospitales tienen ocupado un 10% de sus camas por ancianos, cuyas dolencias crónicas o propias de la edad, tienen nulas posibilidades de mejorar con el tratamiento hospitalario. El hospital se ha convertido en el primer receptor de demanda asistencial, llegando a darse en algunos momentos un incremento del 50% en las solicitudes para el ingreso de ancianos. Si, ante la carencia comprobada de plazas residenciales, aumentamos las plazas hospitalarias unilateralmente, muchas de éstas serán cubiertas por ancianos. Este hecho repercutiría muy negativamente en la hacienda regional, pues "una cama hospitalaria tiene, aproximadamente, un coste cinco veces superior que una cama de residencia asistida". Además, "esas camas quedan fuera de la oferta hospitalaria, con lo que se agrava el problema de la saturación de los hospitales"¹⁰.

10.- José Bejarano, "Nadie se acuerda de los viejos"..., *Op. Cit.*, p. 6.

Mapa nº 1

FRECUENTACION HOSPITALARIA EN COMARCAS ANDALUZAS.
1.982



Fuente: "Hospitales Andaluces. Utilización y morbilidad 1982". Consejería de Salud y Consumo. J.A. 1985.

Mapa nº 2

COMBINATORIO DE FRECUENCIA HOSPITALARIA Y CAMAS



Elaboración propia.

IV CONCLUSION

Estas páginas no han pretendido más que constituirse en un apunte que refleje el inicio de una tendencia en Andalucía: el envejecimiento de su población. A pesar de que nuestros índices de dependencia y envejecimiento son comparativamente menos preocupante que el de la mayoría de las comunidades nacionales, nuestros valores demográficos evolucionan igualmente más rápidamente hacia el envejecimiento; lo cual hace predecir un acercamiento progresivo hasta los niveles nacionales.

En este sentido, restan aún análisis de una serie de cuestiones para avanzar un poco más en esta línea de investigación. La situación de los ancianos extranjeros o de otras comunidades autónomas en nuestro territorio, las discapacidades de los ancianos andaluces según sus niveles económicos o académicos, el estudio de la composición demográfica (casados, viudos, estructura de edades...) de los ancianos en las residencias de nuestra región, el peso real de la "emigración de retorno" en el envejecimiento, o el estado de las residencias privadas en este espacio, entre otras muchas.

Realizando una serie de predicciones en base a la técnica de la regresión múltiple, los datos andaluces se disparan. Consideremos al índice de envejecimiento como X1, la tasa de natalidad como X2 y la esperanza de vida a los 70 años, X3. Resulta hallada la ecuación de regresión siguiente:

$$X1 = -33,96 + 0,43 X2 + 5,22 X3$$

Los cálculos en base a ella arrojan los siguientes resultados:

- Para natalidad=11 (X2) y para E=15; implica un I. Env.= 49,07
- Para natalidad=10 (X2) y para E=16; implica un I. Env.= 53,86
- Para natalidad=10 (X2) y para E=17; implica un I. Env.= 59,08
- Para natalidad=10 (X2) y para E=18; implica un I. Env.= 64,30

Es decir, incrementando la esperanza de vida a los 70 años en sólo 6 puntos desde los niveles de 1981 (12 años), lo cual es perfectamente asequible observando los niveles actuales de los países europeos, el índice de envejecimiento se puede ver casi doblado, aumentando desde los 35,1 puntos que presentaba en 1981, hasta los 64,30 que se prevén para una natalidad del 10 por 1000 y una esperanza de vida a los 70 años de 18. No olvidemos que un 10 por 1000 de natalidad es la que puede presentar España en estos momentos; y del mismo modo los 18 años de E 70 no está lejos de los niveles de algunos países de la OCDE. En atención a ello podemos decir que estas cuotas de envejecimiento, preocupante sin duda, pueden ser alcanzada en un futuro muy cercano.

BIBLIOGRAFIA

- CORTES LOMBARDÍA, Enrique. Réplica al artículo de Vicente Navarro criticando el Informe Abril Martorell. *El País*.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ. *Informe al Parlamento de 1.988*. Sevilla, 1.991.
- FEHSBACH, Murray, "Hacia la guerra del siglo XXI". *El País*, página 23 del ejemplar 19-21-1.991.
- HOLLIDAY, Robin, "La Tercera Edad comienza a los 100 años". *El País*, página 26 del ejemplar 19-12-1.991.
- INE. *Censo de Población de 1.981*.
- INE. *Padrón de Habitantes de 1.986*.
- INE. "Tablas de Mortalidad de la Población española. Resultados por Comunidades Autónomas. Años 1.970-1.975-1.980". Madrid, 1.988.
- INE. *Movimiento Natural de la Población de los años 1.981, 1.986, 1.988 y 1.989, Tomo I (Resultados Nacionales) y Tomo II (Resultados por Comunidades Autónomas)*.

- INE. Migraciones. 1.988. Madrid, 1.991. (Resultados provisionales).
- INE. Migraciones. 1.989. Madrid, 1.991. (Resultados provisionales).
- INE. *Proyección de la población española para el período 1.980-2.010*. Tomo II. Resultados por Comunidades Autónomas, Madrid, 1.988.
- INSTITUTO DE ESTADISTICA DE ANDALUCIA. *Población mayor de 15 años Andalucía, 1.989*. Sevilla, 1.991.
- JUNTA DE ANDALUCIA. *Solicitud de ingreso en residencias de la tercera edad. Plazas en centros residenciales indicando ubicación y tipo*. Consejería de Asuntos Sociales. Instituto de Servicios Sociales.
- OCDE. *Informe de 1.988. "El futuro de la protección social y el envejecimiento de la población"*.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *La salud en las personas de edad*, 1.989.
- Revista SALUD 2000, nº 33.
- Revista SALUD ENTRE TODOS. Consejería de Salud y Consumo.