



OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO



Subvencionado por:



Madrid, septiembre de 2015

Edita:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Ramírez de Arellano, 19, 1ª planta

28043 Madrid

Teléfono: 91 757 26 22

E-mail: pensionistas@fpj.ccoo.es

Dirección y Coordinación:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Análisis y elaboración de contenidos:

Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Secretaría de Protección Social y Políticas Públicas de CCOO

Hebe Bonilla Rodríguez. *Politóloga*

Alba Aranda Larrey. *Politóloga*

Producción:

io, sistemas de comunicación

www.io-siscom.com

ÍNDICE

Presentación	05
CAPÍTULO 1. Población y formas de convivencia	07
CAPÍTULO 2. Pobreza y exclusión social	35
CAPÍTULO 3. Pensiones públicas	47
CAPÍTULO 4. Sistema para la autonomía y atención a la Dependencia	68
CAPÍTULO 5. La salud y la calidad de vida en las personas de mayor edad	90
CAPÍTULO 6. Sexualidad: prácticas sexo-afectivas entre personas mayores	120

PRESENTACIÓN

La Federación de Pensionistas y Jubilados de CCOO, hemos preparado un año más el Observatorio Social de las personas mayores para un envejecimiento activo. Pensamos que es importante dar a conocer las carencias de las personas mayores, para que podamos sacar conclusiones de los problemas que tienen y a la vez buscar las soluciones que necesitan para un envejecimiento realmente activo.

El observatorio trata sobre:

Diferentes materias referentes a las características demográficas que interfieren en el proceso de envejecimiento de la población de más de 65 años, la composición de los hogares y las formas de convivencia de las personas de mayor edad, la importancia de las pensiones en la economía familiar, la población de personas mayores que viven por debajo del umbral de la pobreza, de la dependencia y de la sanidad.

Como consecuencia de la crisis, nos encontramos con una significativa reducción de los recursos materiales disponibles que tanto necesita la población mayor y que supone un importante obstáculo para conseguir un envejecimiento realmente activo, pues la esperanza de vida depende, también, de factores como la riqueza y la pobreza, del empleo y del desempleo, de las condiciones de trabajo, del entorno social en el que se vive, de las políticas medioambientales, de los niveles educativos, de los hábitos saludables de vida, de las infraestructuras disponibles, de las políticas de salud pública, de la nutrición, del ejercicio físico frente al sedentarismo y, en el sistema sanitario; de la prevención, la vacunación y las mejoras terapéuticas.

El sistema de pensiones se enfrenta también a un importante reto estructural por el fuerte incremento del gasto previsto para el futuro, consecuencia del envejecimiento de la población y el aumento de la cuantía media de las nuevas pensiones frente a las que causan baja (efecto sustitución). El aumento del número de pensionistas está vinculado a la jubilación de las generaciones del baby boom “mucho más numerosa que las anteriores y posteriores” y al alargamiento de la esperanza de vida, resultado del progreso humano. Vivimos más y seremos más dentro de pocas décadas en la nómina de la Seguridad Social. Pasaremos de los 8 millones de pensionistas actuales a 15,2 millones.

Julián Gutiérrez

Secretario General de Pensionistas y Jubilados de CCOO

CAPÍTULO I. POBLACIÓN Y FORMAS DE CONVIVENCIA

POBLACIÓN: *características demográficas generales y características de las personas mayores de 64 años*

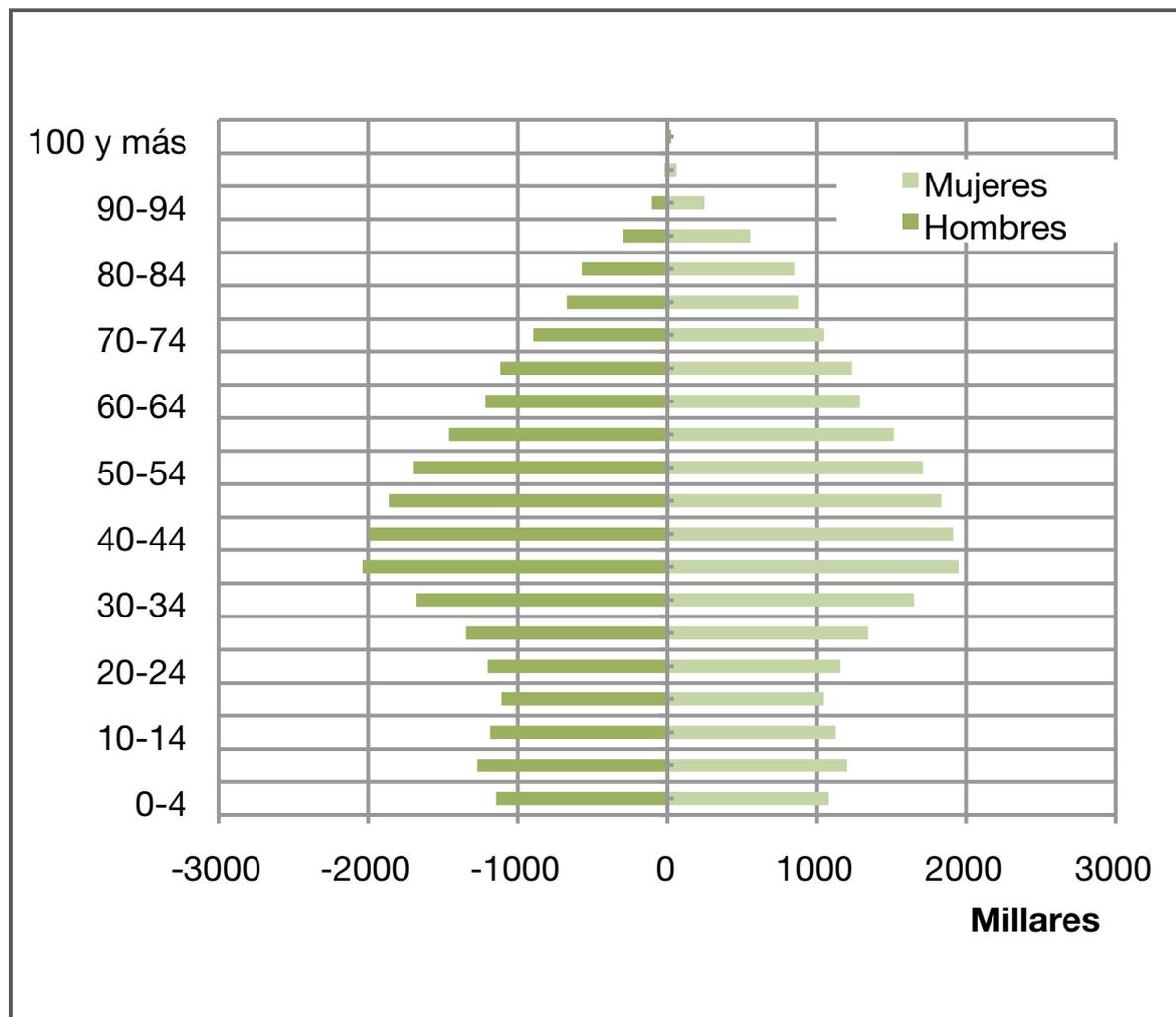
01. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS BÁSICAS.

La pirámide de población es una fotografía de una sociedad concreta para un momento determinado. Ésta nos aporta una valiosa información, permitiéndonos ubicar, a grandes rasgos, el tipo de población ante la que nos encontramos, a la vez que nos narra su historia más reciente.

En una primera aproximación a la imagen, la silueta dibujada por las barras nos revela una forma acampanada que clasifica a la sociedad española como una *población en avanzado proceso de envejecimiento*¹. Esto se debe a que la base acerca su volumen al de la cúspide. Es decir, se produce un descenso prolongado de la natalidad, a la vez que aumenta el número de personas mayores de 64 años debido a una esperanza de vida cada vez mayor. De esta manera, el grueso de la población tiende a concentrarse en las generaciones intermedias, ofreciéndonos una instantánea en forma de campana.

1 Instituto Nacional de Estadística.

Gráfico 1



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Elaboración propia.

La década de los sesenta inaugura un nuevo escenario en el que la natalidad se eleva de manera significativa respecto de la pauta que venía presentando desde la Guerra Civil y la Posguerra. Las políticas de natalidad dirigidas a aumentar el número de nacimientos hace de las generaciones en edades comprendidas entre los 55 y los 40 años las más numerosas de nuestra población. Son las generaciones del *Baby Boom*.

Con la crisis económica del petróleo de 1973 el fenómeno del Baby Boom comienza a desaparecer. En torno a 1977 la natalidad descien-

de bruscamente, abriendo paso a unas generaciones menos numerosas; aquellas con edades comprendidas entre los 39 y los 18 años.

En 1997 se produce una leve recuperación de la natalidad que afecta a las personas de entre 18 y 5 años. En 2010 comienza nuevamente el descenso influenciado por la Crisis de 2008. La generación de entre 0 y 4 años se aproxima en número a la más baja de la pirámide (la de los 39 a los 18 años).

Esta situación ha provocado que el grupo de entre 65 y 69 años supere en casi 290.000 personas al grupo de entre 0 y 4 años. En definitiva, se está produciendo un envejecimiento por descenso de natalidad que se refleja en el estrechamiento de la base piramidal. A ello, se le suma la esperanza de vida cada vez mayor que se refleja en el aumento de la población mayor de 64 años y, especialmente, en el aumento del peso de las personas de 80 años y más sobre la población.

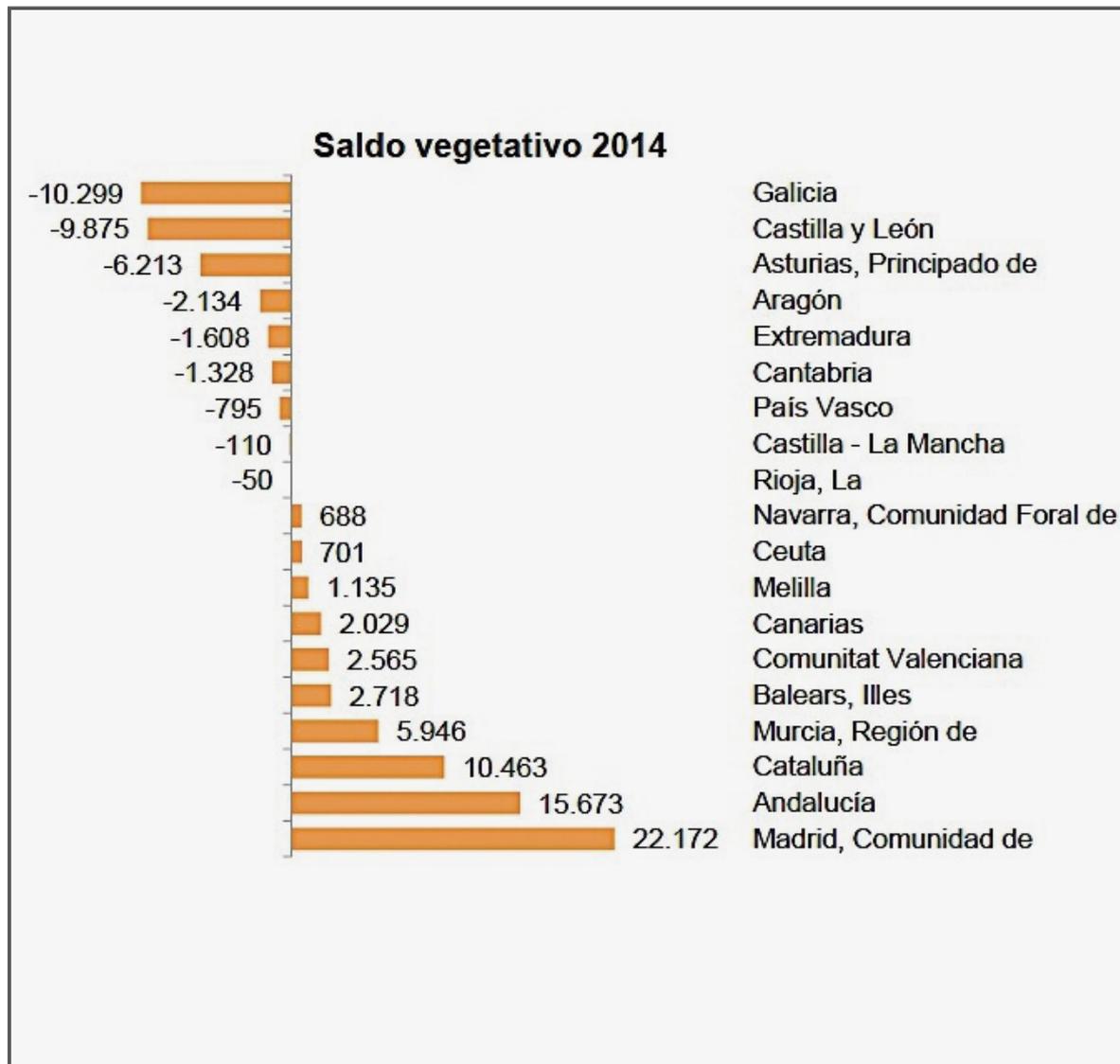
Otro fenómeno relevante que concierne a las proyecciones demográficas es que en quince años aproximadamente las generaciones del Baby Boom comenzarán a entrar en las edades de jubilación. Teniendo en cuenta que el ritmo al que se regenera la población es lento, en esos años aumentará considerablemente el volumen de jubilados y de pensionistas en proporción a la población activa que ocupará la zona intermedia de la campana.

A modo de curiosidad, decir también que el saldo vegetativo o del crecimiento natural (indicador que mide el ritmo de crecimiento de una población²) alcanza en 2014 su nivel más bajo, pasando de 134.305 en 2008 a tan sólo 31.678. Así, el número de defunciones se acerca al número de nacimientos para el total del territorio estatal.

² Su resultado más simple se obtiene de restar al número de nacimientos el número de las defunciones

Desglosado por Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas se puede ver como en los últimos tiempos el crecimiento a disminuido en zonas como Galicia, Castilla y León o Asturias, entre otras.

Gráfico 2



FUENTE: INE [INEBASE]. Nota de prensa del 22 de junio de 2015. *Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos. Año 2014. Datos provisionales.*

Por último, otro fenómeno que se da en las generaciones más avanzadas es el de la feminización de la población a partir de los 50 años y su correspondiente tendencia al alza según avanza la edad. A pesar de que nacen más niños que niñas, la sobremortalidad masculina repartida a lo largo de todas las generaciones hace de las mujeres el colectivo mayoritario entre las personas mayores de 64 años. En concreto, durante 2014, había 4.828.972 mujeres en edad de jubilación, aproximadamente un millón doscientas mil más que hombres.

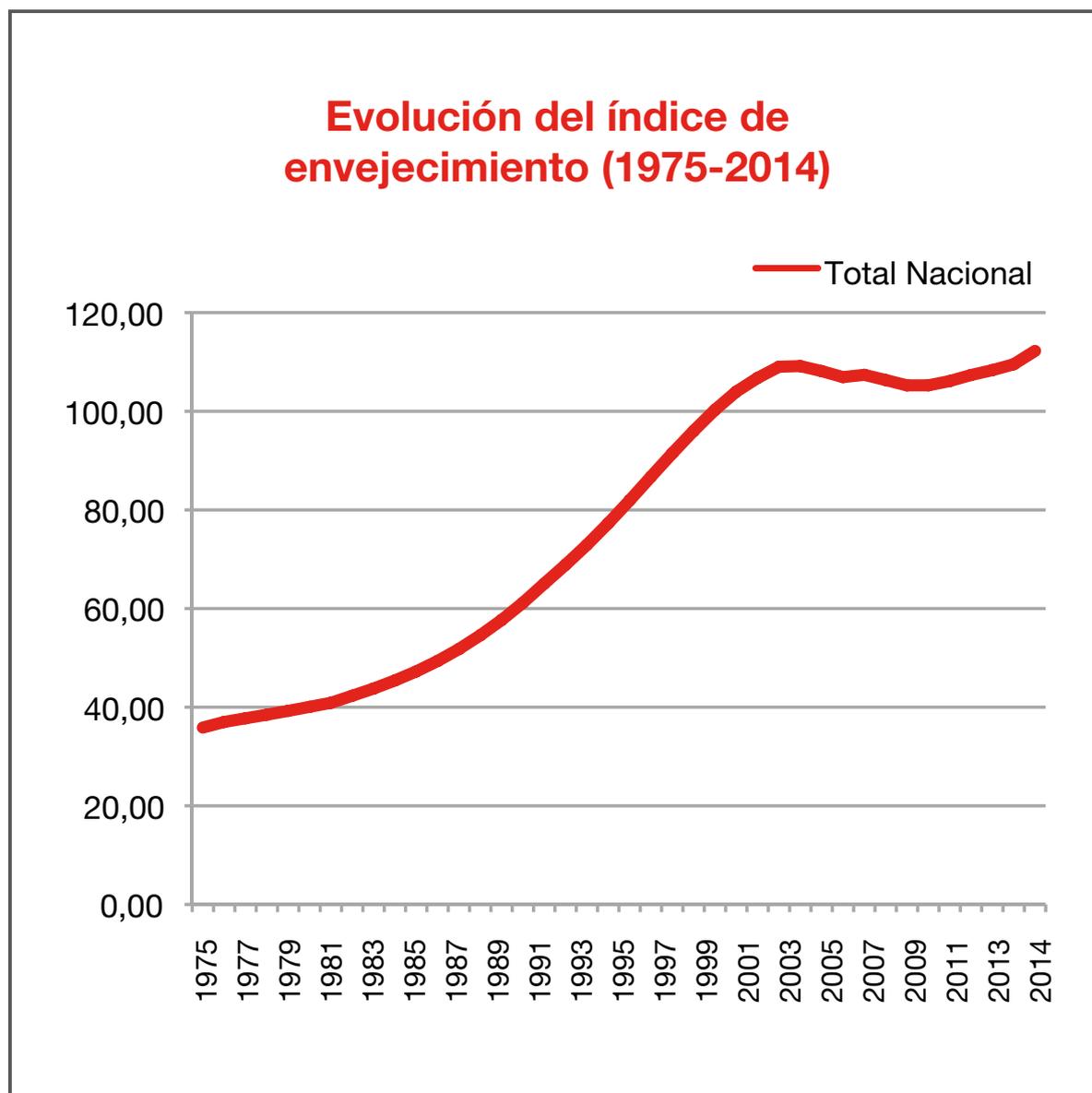
02. PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO: EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN AUTONÓMICA.

El índice de envejecimiento nos muestra la proporción de personas mayores de 64 años residentes en una determinada población.

Según el Padrón Continuo a 1 de enero de 2015 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), durante 2014 el total de la población del territorio estatal fue de 41.882.085. De entre los cuales, 8.269.090, es decir el 19,74% de la población, son personas mayores de 64 años.

Desde 1975 el peso de estas generaciones es cada vez mayor y no cesa de aumentar hasta el 2004. Año en el que la tendencia se invierte, decreciendo sensiblemente hasta 2008. Desde 2009 el aumento se acelera de nuevo llegando a crecer en 2014 un 112,24% con respecto al primer año del periodo.

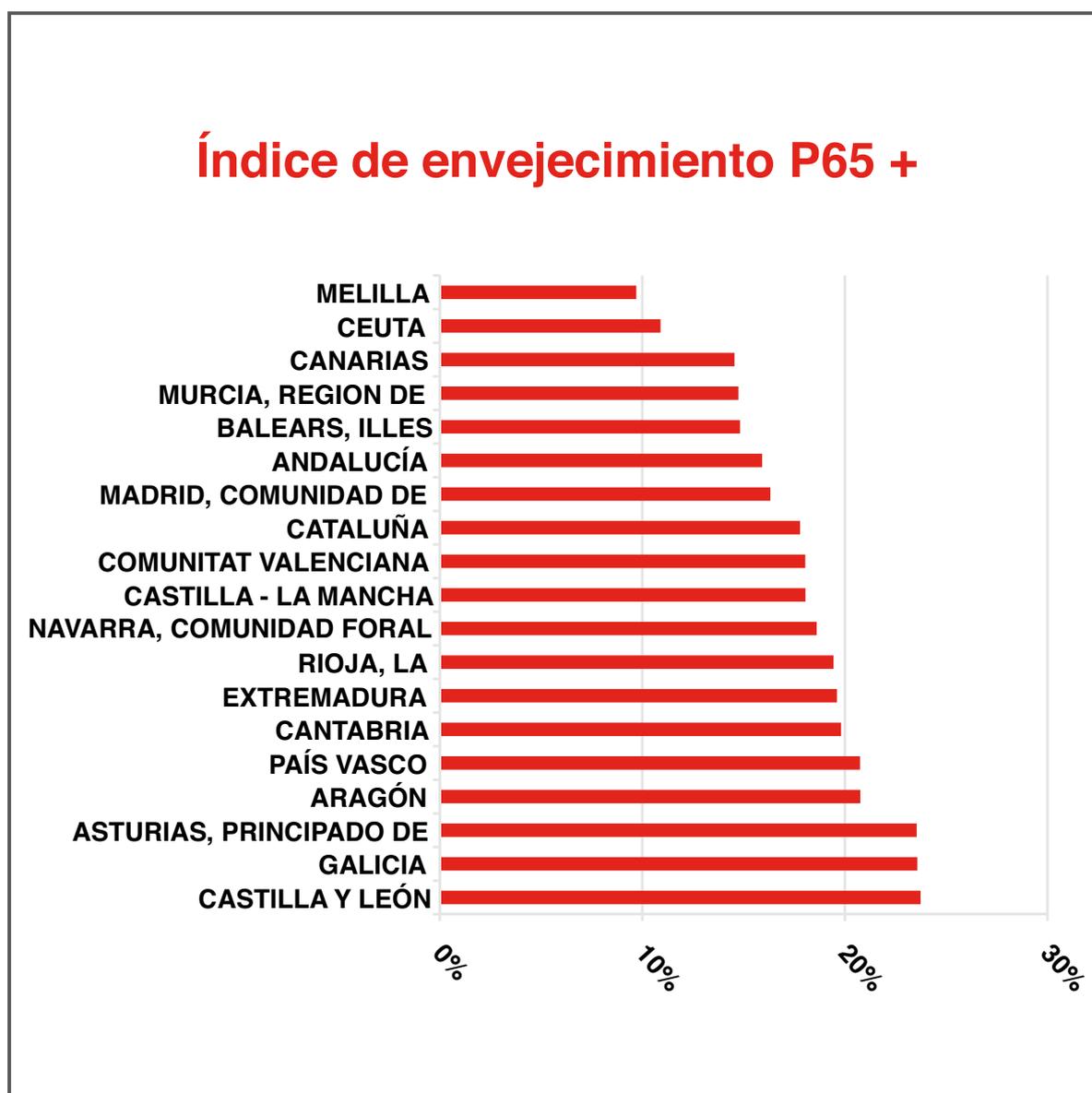
Gráfico 3



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Elaboración propia.

La zona del norte peninsular es la zona más envejecida. Castilla y León, Galicia y Asturias presentan los índices más altos acercándose al 24% de la población. En cambio, la menor proporción de personas mayores se distribuye en el área del sur y el levante peninsular. Las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta son los territorios menos envejecidos y presentan un fuerte contraste con otras regiones poco envejecidas como Canarias, Murcia, Illes Balears o Andalucía.

Gráfico 4



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Elaboración propia.

La sobrepoblación femenina está presente, en mayor o menor medida, en todas las regiones, superando el 55% en cada una de ellas. Asturias, Madrid y Cantabria son las comunidades donde más se deja ver el fenómeno de feminización relevante entre las generaciones de edades más elevadas. Paralelamente y de forma inversa, estas comunidades son las que están menos resididas por los hombres mayores de 64 años en proporción al conjunto de las personas en edad de jubilación. Canarias,

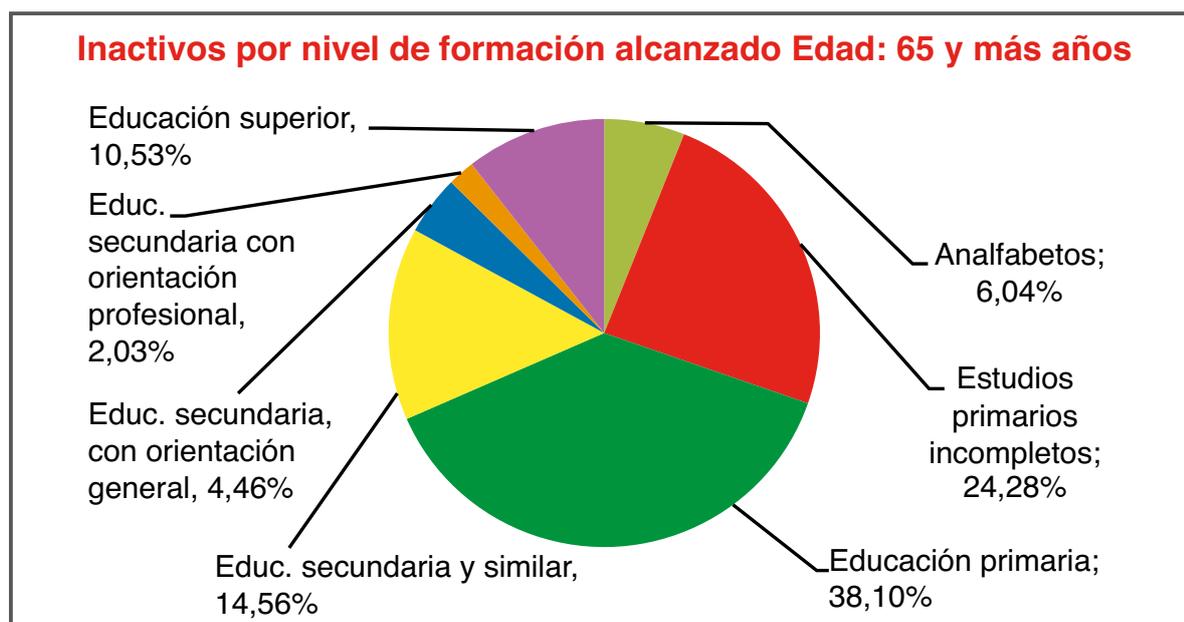
Castilla – La Mancha e Illers Balears son las que presentan mayor volumen de hombres, llegando a sobrepasar el 44% de las personas mayores.

03. NIVEL DE ESTUDIOS DE LAS PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

En los últimos treinta y cinco años la analfabetización ha descendido en torno a un 12% aproximadamente entre las personas mayores de 64 años y se prevé que continúe haciéndolo. A medida que las generaciones más jóvenes entren en la edad de jubilación, la tendencia prevista alude a un aumento de la cualificación en las generaciones de mayores venideras.

En la actualidad, la primaria continúa siendo el nivel de estudios más extendido en estas edades y perdura de manera significativa el número de personas que no han llegado a finalizar dicho nivel de estudios. A su vez, aumenta el nivel de estudios secundarios con respecto a años anteriores, mientras que la educación superior comienza a coger peso.

Gráfico 5



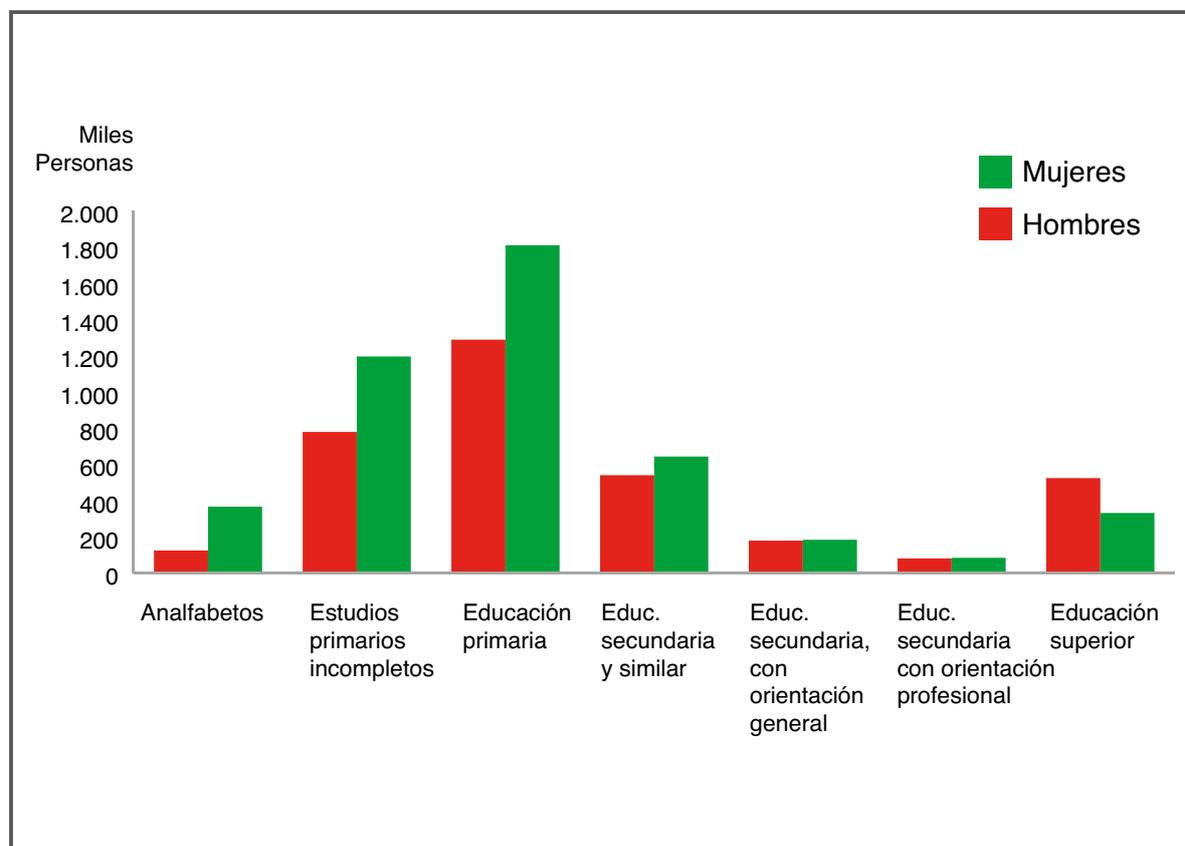
FUENTE: INE [INEBASE]. Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2015. Elaboración propia.

La analfabetización en las personas mayores acucia especialmente a las mujeres, quienes casi triplican el número de los varones analfabetos: 124.800 varones frente a 367.000 mujeres.

La educación emerge feminizada: casi todos los niveles muestran una proporción elevada de mujeres frente a los hombres, especialmente entre los niveles más bajos. La distancia porcentual entre unas y otros se estrecha a medida que aumenta el nivel de estudios, sobrepasando la cantidad de varones a la de mujeres en la educación superior.

Comparando los dos extremos para cada uno de los sexos, hay más mujeres analfabetas que mujeres con educación superior; mientras que los varones con estudios superiores cuadriplifican a los varones analfabetos.

Gráfico 6



FUENTE: INE [INEBASE]. Encuesta de Población Activa. Primer trimestre de 2015. Elaboración propia.

04. ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

La forma más habitual de estado civil entre las personas en edad de jubilación es el matrimonio. Si se compara con las generaciones anteriores, las parejas casadas abundan más entre los mayores. Ello se debe, entre otros factores, a que las formas de convivencia de la población española han variado en los últimos años: se producen retrasos en la edad de casamiento a la par que éstos disminuyen. De esta manera, su peso entre la población mengua aumentando el número de solteros. Así, para la población menor de 55 años, la soltería es la forma más habitual, seguida muy de cerca de las parejas casadas, aunque estableciendo una diferencia considerable entre ambos grupos de edad.

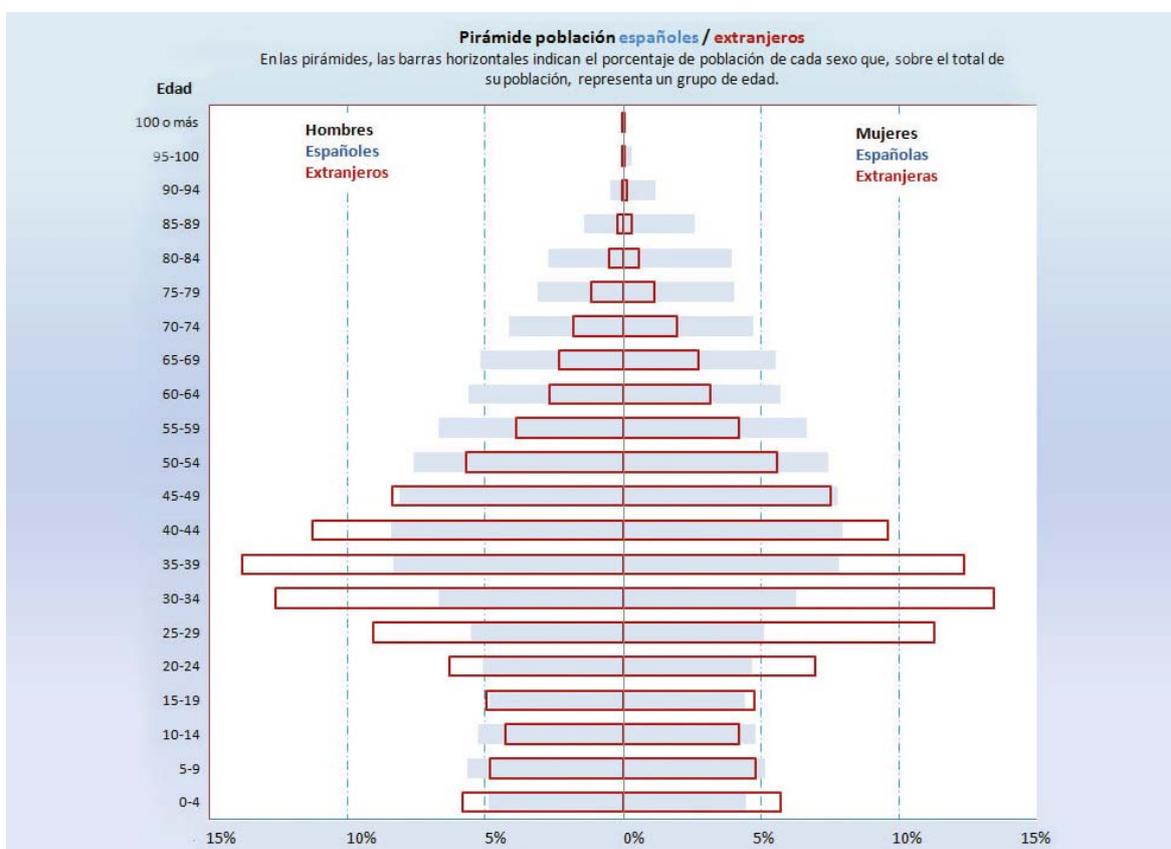
La viudedad aparece entre los grupos de edades más avanzadas de manera significativa. Se da principalmente entre las mujeres que engordan de manera considerable la cifra total de estas generaciones. De hecho, si se compara con el número de viudos (472.500), las viudas, que ascienden a 1.976.700 aproximadamente, les superan en un 52,4%.

05. POBLACIÓN E INMIGRACIÓN

En cuanto a la población extranjera se observa que el grueso de ésta se reparte fundamentalmente en las generaciones que comprenden la población activa. Desciende rápidamente en las generaciones más próximas a la edad de jubilación, siendo prácticamente residual entre las personas mayores de 64 años.

Fruto de esta inmigración, asciende también el número de personas extranjeras en la generación más pequeña y llegan a superar en número a las personas nacidas dentro del territorio estatal en dicha generación.

Gráfico 7

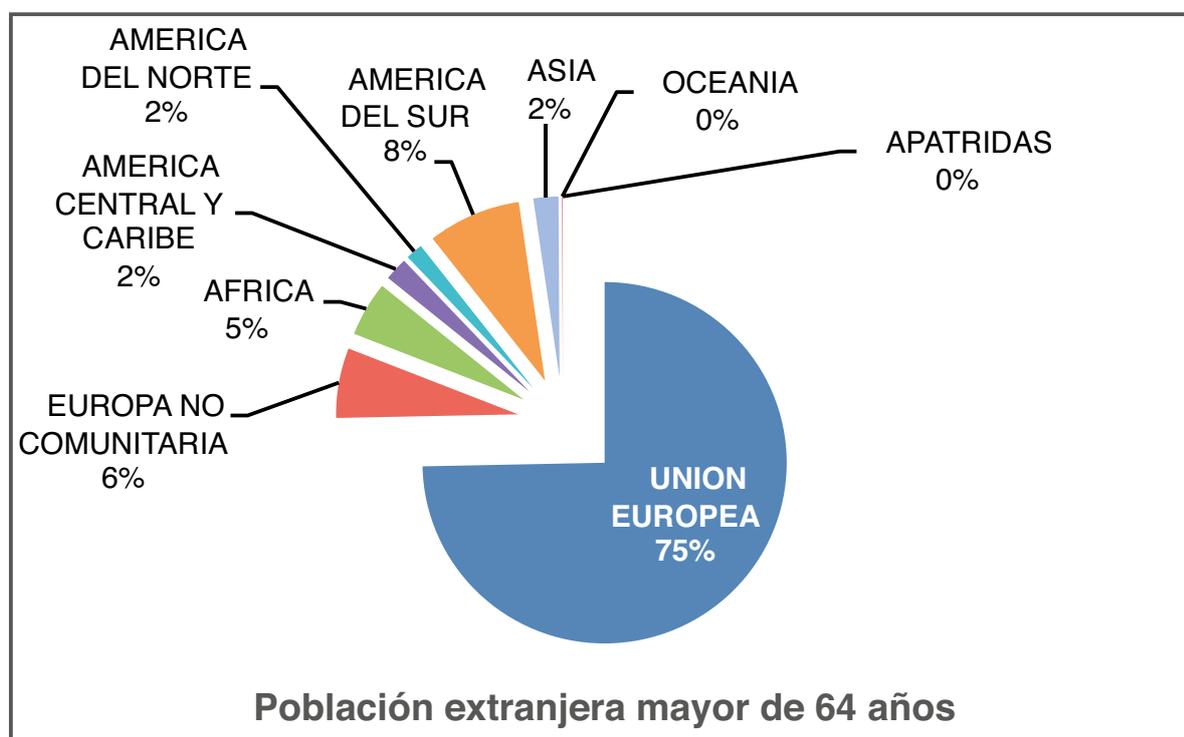


FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Elaboración propia.

Según muestra la pirámide, comienza a verse un nuevo fenómeno que, aunque difícil todavía de asegurar, se asemeja al modelo de pirámide demográfica propia de países receptores. Esta dinámica podría matizar el modelo de población en avanzado proceso de envejecimiento expuesto en el primer apartado.

Al descenso de la población extranjera en las últimas generaciones debe añadirse otro rasgo significativo: la variación del área de procedencia según la nacionalidad. Mientras que las personas extranjeras en edad activa provienen de las regiones de América Latina, de África, de Asia y de Europa del Este fundamentalmente, entre las personas mayores, las nacionalidades de la población inmigrante corresponden mayoritariamente a la zona de la Unión Europea.

Gráfico 8



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Padrón Continuo a 1 de enero de 2015. Elaboración propia.

De este fenómeno se deduce, entre otras informaciones, que tanto el tipo de inmigración como el peso de las personas inmigrantes varía con el paso de la edad. Disminuyendo en peso, la inmigración circunscrita principalmente a motivos de trabajo que pasa a ser una inmigración vinculada al “descanso”.

FORMAS DE CONVIVENCIA *de la población y distribución de hogares.*

Las formas de convivencia experimentan variaciones en el transcurrir del tiempo. Las transformaciones socio-culturales, económicas y políticas acaecidas en la historia más reciente dibujan nuevas líneas que renuevan los escenarios demográficos. Así, los cambios en el

tejido productivo, en el consumo, incluso en las tendencias ideológicas (por citar algunas de tantas) tienen una incidencia directa sobre el entramado familiar y sobre los hogares.

06. DISTRIBUCIÓN DE HOGARES

El envejecimiento de la población es un fenómeno que incide directamente sobre la estructura y la cantidad de hogares. Cada vez más, las personas viven solas; aumenta la edad de formar una familia; descende la natalidad y aumenta la esperanza de vida en todas las edades. Por ello resulta razonable pensar que la tendencia de los últimos tiempos se exprese en un aumento del número de hogares y, como tendencia paralela, en una disminución de la cantidad de personas que habitan la unidad doméstica.

El tamaño medio del hogar nos muestra el número de personas que de media habitan los hogares de un territorio concreto.

De esta forma la evolución del tamaño o cantidad de personas que ocupan de media un hogar continúa descendido para el último año. De 2013 a 2014 el saldo ha sido negativo, restando su tamaño en un 0,8 % con respecto a 2013. Mientras, la cantidad de hogares ha seguido aumentando y pasa de 18.217.300 en este año a 18.303.100 en 2014.

En 2014, Andalucía es la comunidad autónoma con un mayor número de unidades de hogar. De forma consecutiva, le siguen Catalunya, Madrid, Comunitat Valenciana, Galicia y Castilla y León. Debido en gran parte a la extensión geográfica que abarcan; Melilla y Ceuta son las ciudades que menor número presentan con una cantidad de hogares muy similar entre ellas. La Rioja, Cantabria, Navarra, Extremadura e Illes Balears continúan esta secuencia.

Extremadura alberga una extensión territorial mayor que la alberga-

da por Catalunya o por la Comunidad de Madrid. Comparándolas, el número de hogares extremeños parece indicar un proceso de despoblación y una sobrerrepresentación de los hogares en Catalunya y en la Comunidad de Madrid, ambas dos inmersas en procesos de sobrepoblación.

En cuanto a las formas de convivencia de las personas que integran los hogares la mayoritaria, aunque en descenso desde el último año, es la de las parejas con hijas o con hijos a su cargo (6.333.800 hogares). Seguida de aquellas que viven solas (4.535.100) y de las parejas sin descendencia en el hogar (3.978.600). Por último, la cifra más baja (1.754.700) pertenece a los hogares monoparentales en los que conviven la madre o el padre con sus descendientes.

07. FORMAS DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 64 AÑOS

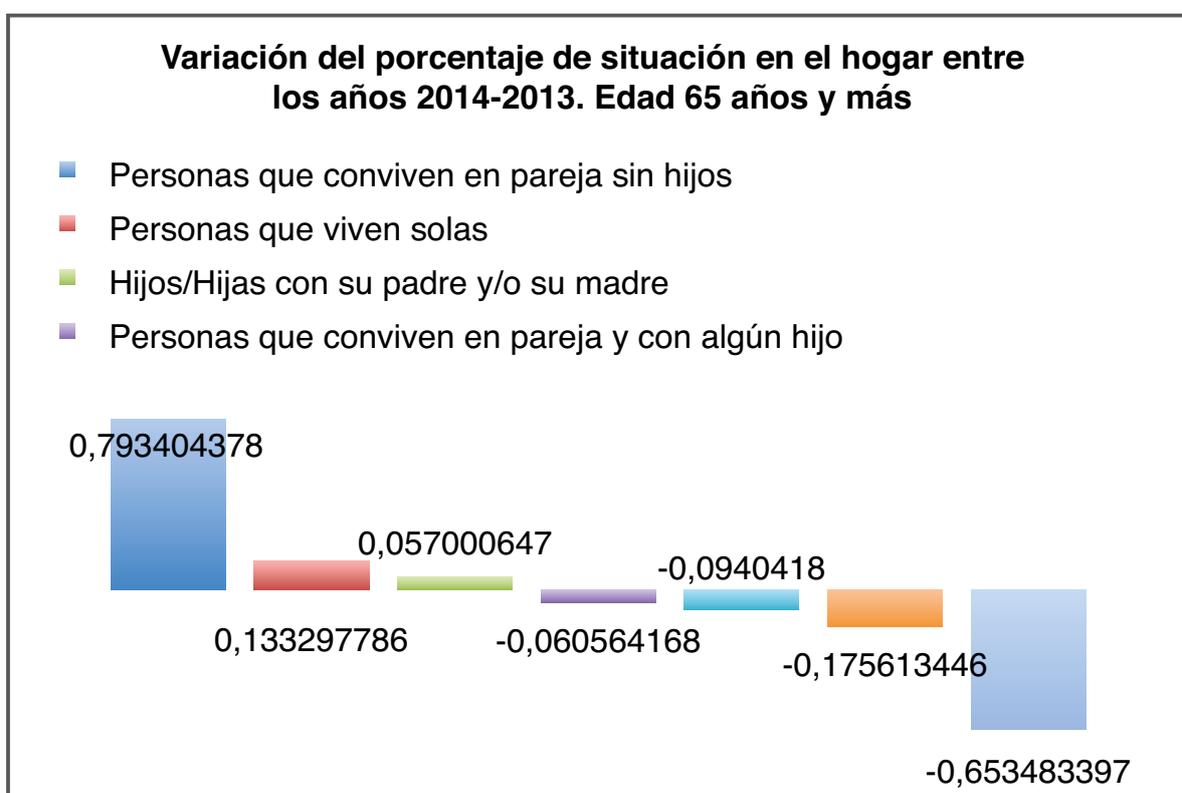
Teniendo en cuenta que la manera más frecuente en la que conviven las personas mayores de 64 años es la pareja, las variaciones en el estado civil de éstas inciden especialmente en los cambios del tipo de hogar habitado, así como en la cantidad de ingresos disponibles, entre otros.

En 2014, el 45,92% de las personas mayores viven en pareja sin hijos, seguido de las personas que viven solas (22,59%); de aquellas que conviven en pareja con alguna hija o hijo (14,60%); de aquellas que únicamente forman un núcleo familiar con alguna hija o hijo (8,13%); de aquellas que no conviviendo en ningún núcleo familiar conviven con otros parientes (7,40%); de aquellas que, no conviviendo en un núcleo familiar, lo hacen con otras personas no parientes (1,04%); y por último de las hijas e hijos que conviven con alguno de sus padres o ambos a su cargo (0,31%).

Cada una de estas formas ha experimentado cambios entre 2013 y 2014. Uno de los más significativos es la fuerte disminución en la proporción de personas mayores de 64 años que viven con otros parientes que no son ni la pareja, ni los hijos. También, aunque en menor medida, disminuye la proporción de personas conviviendo con otras sin vínculo de parentesco, seguido de las personas que no conviven en pareja y si con alguna hija o hijo y de aquellas que conviven en pareja y con alguna hija o hijo.

Por otro lado, la convivencia conyugal o de hecho es la que más aumenta: en torno a un 0,79% por encima de las personas que habitan una vivienda unipersonal o de un solo miembro, que se eleva en un 0,13% y por encima de las hijas e hijos con alguno de los padres o ambos a su cargo.

Gráfico 9



FUENTE: INE [INEBASE]. Encuesta Continua de Hogares. Elaboración propia.

En 2014 se observan diferencias en la convivencia según el sexo y el transcurso de la edad. Debido a la feminización de la vejez, las mujeres aparecen mayoritariamente en todas ellas a excepción de una: la convivencia en pareja que aparece sobrerrepresentada por los varones de estas edades. Así, para un total de mujeres de 4.638.100 y un total de hombres de 3.568.800; poco más de la tercera parte de las mujeres (1.725,3 mill.) conviven en pareja, mientras que más de la mitad de los hombres (2.043,4 mill.) eligen esta forma de vida.

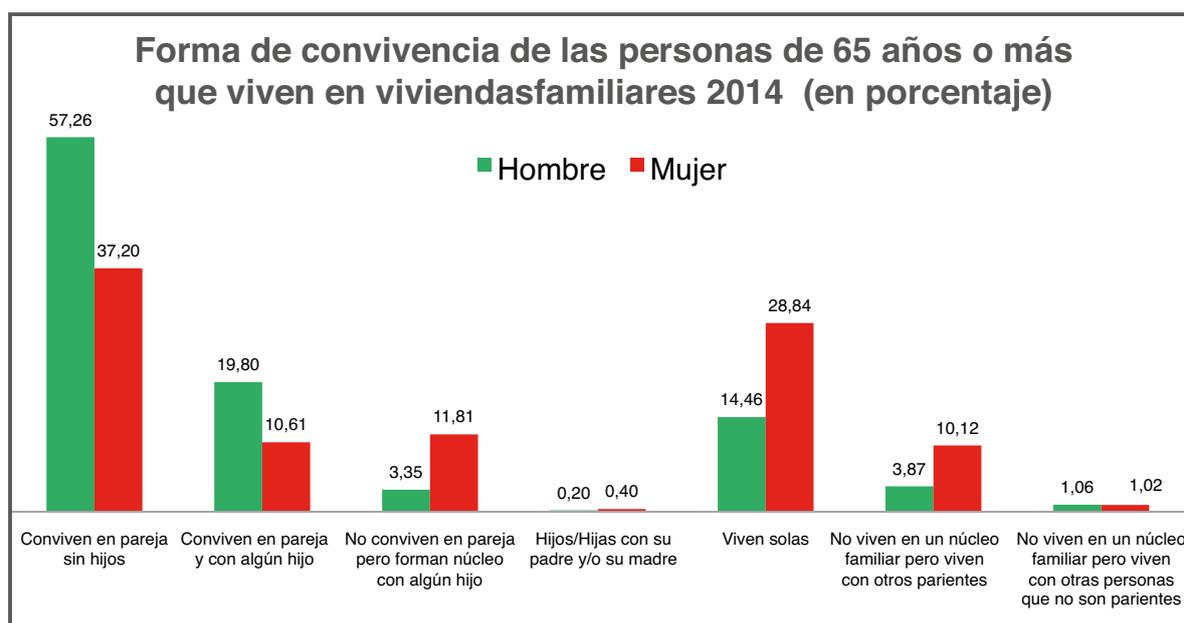
En las generaciones más jóvenes de la vejez, la convivencia en pareja con algún hijo o alguna hija es la segunda forma de convivencia más generalizada hasta los 75 años para los hombres y los 70 años para las mujeres. En éstas, los setenta marcan un punto de inflexión en el que la convivencia en el núcleo familiar comienza a perder relevancia, dando paso a la vivienda unipersonal.

A medida que avanza la edad, las mujeres son las que más cambios de estilo de vida presentan en el hogar. No siendo así para los varones, quienes mantienen constante el peso relativo de cada una de las formas de convivencia durante el transcurso de los años.

Debido a que la esperanza de vida de las mujeres mayores de 64 años es superior a la de los hombres coetáneos a ellas, se observa como el fenómeno de viudedad influye en la forma de convivencia de éstas. A medida que avanzan en la edad, las mujeres pasan de vivir mayoritariamente en pareja a hacerlo solas.

Este fenómeno se deja ver también en el aumento de mujeres que, habiendo alcanzado la edad de 85 años o más, pasan a vivir en otros hogares o bien, con parientes ajenos al núcleo familiar o bien, con alguna hija o algún hijo.

Gráfico 10



FUENTE: INE [INEBASE]. Encuesta Continua de Hogares. Elaboración propia.

La convivencia en pareja presenta diferente evolución según el tipo de pareja de la que se trate: parejas conyugales de distinto sexo, parejas conyugales del mismo sexo, parejas de hecho de distinto sexo y parejas de hecho del mismo sexo.

Debido a la feminización, en las parejas conyugales y de hecho del mismo sexo se observa que según avanza la edad aumenta la diferencia entre las parejas formadas por dos hombres y las parejas formadas por dos mujeres. Mientras que entre los 65 y 69 años la cifra es muy similar en hombres y en mujeres (en torno a unas 5.000 personas conviviendo en pareja homosexual de hecho o conyugal), a partir de los 70 años la cantidad de mujeres que conviven en pareja del mismo sexo duplica a la de los hombres. A los 80 años, éstas llegan a quintuplicar a los varones homosexuales que conviven con su pareja.

Los hombres, con independencia del tipo de unión que establezcan, presentan una mayor tendencia a la convivencia en pareja que las mujeres en cada una de las generaciones.

Para las parejas del mismo sexo se observa que la tendencia es a casarse. Éstas superan mayoritariamente a las parejas de hecho. La misma tendencia se observa en las parejas heterosexuales.

08. HOGARES UNIPERSONALES

Entre 2013 y 2014 aumenta el número de hogares unipersonales en las personas en edad de jubilación, especialmente por motivos de viudedad, afectando en mayor medida a las mujeres. Los otros motivos que llevan a la configuración de hogares de una sola persona son el de separación y el de soltería de forma consecutiva.

Teniendo un peso similar al año 2013, disminuyen las viviendas de un sólo miembro entre aquellos que están casados y aquellos que están divorciados.

El fenómeno más llamativo es el rápido aumento de las personas que viven solas por motivos de viudedad (33.900 hogares más que en 2013) especialmente para las mujeres. Aún siendo llamativo el aumento del número de hogares unipersonales masculinos (11.600 más que el año anterior), éstas llegan a duplicarlos, elevándose a 22.300 hogares sobre el año anterior.

El grueso de divorciadas y divorciados evoluciona al alza en 9.200 hogares más que en 2013 y aparecen repartidos entre ambos sexos de forma equitativa: 4.600 viviendas unipersonales más habitadas por mujeres y 4.600 viviendas unipersonales más habitadas por hombres en 2014.

Las viviendas de un sólo miembro por soltería es otro de los motivos que aumenta considerablemente entre los varones (9.900 unidades más que en 2013). Para las mujeres, en cambio, el número de hogares por soltería desciende en 1.500 unidades con respecto al año anterior.

Descienden también los hogares integrados por aquellos hombres que, casados o separados, conviven solos. Hay 1.400 hogares masculinos por hombre casado y 1.800 hogares masculinos por hombre separado menos que en 2013.

En resumen, el motivo más frecuente de este tipo de hogares sigue siendo por causas de viudedad tanto para mujeres como para hombres. El resto de los hogares unipersonales presentan una cantidad muy similar para las personas de uno y otro sexo. La causa que presenta mayor equidad entre hombres y mujeres que habitan una vivienda unipersonal es la soltería que aumenta considerablemente en relación al año anterior.

La distribución del número de hogares unipersonales por Comunidades y Ciudades Autónomas muestra una característica común a todas ellas: es mayor el número de hogares entre las personas menores de 65 años que el número de hogares entre las personas mayores de 65 años. Como ya se dijo en el apartado anterior, hay que tener en cuenta que cada vez son más los jóvenes y los adultos que habitan este tipo de hogares. Extremadura es la Comunidad Autónoma que presenta una cantidad similar de hogares unipersonales entre las personas menores de 65 años y las personas mayores de 64 años.

La cantidad de hogares unipersonales habitados por personas en edad de jubilación oscila cuantitativamente en cada territorio autonómico. En Catalunya, la comunidad autónoma con mayor cantidad de éstos, hay 297.800 viviendas, muy similar a Andalucía que tiene 297.300 hogares. Les siguen la Comunidad de Madrid y Comunitat Valenciana con 235.800 y 212.200 respectivamente. En orden; Castilla y León, Galicia y País Vasco continúan la serie mostrando una cantidad de entre 130.000 y 100.000 viviendas de este tipo.

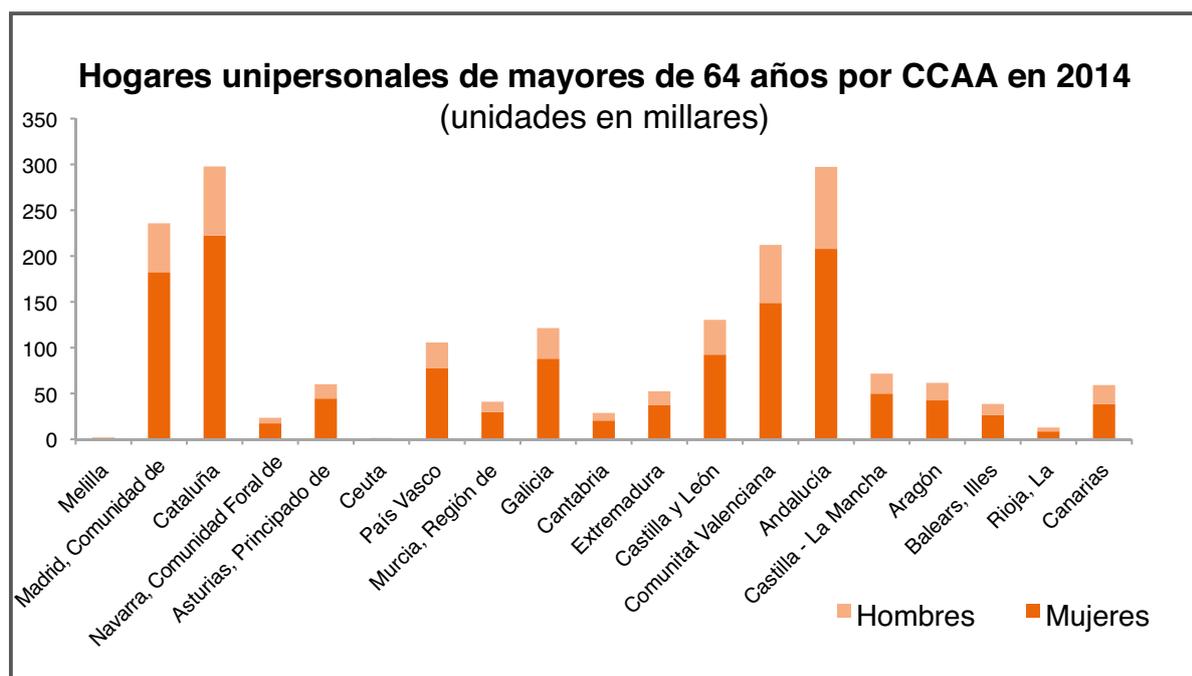
Debido probablemente a su extensión geográfica, Ceuta (con 1.500 unidades) y Melilla (con 1.800 unidades) son las ciudades que menor den-

sidad de número de hogares presentan. Les siguen las Comunidades Autónomas de La Rioja con 12.800, la Comunidad Foral de Navarra con 23.500 y Cantabria con 28.700 hogares unipersonales.

Al ser un fenómeno extendido especialmente entre las mujeres, la proporción de hogares unipersonales habitados por éstas tiene un peso porcentual muy elevado en cada territorio autonómico, sobrepasando en todos el 65% sobre el total de hogares unipersonales de las personas mayores de 64 años.

En Melilla, el 83,33% de las viviendas de una sola persona pertenecen a mujeres en edad de jubilación. En Madrid (77,40%), en Catalunya (74,71%) y en la Comunidad Foral de Navarra (74,04%) las mujeres superan el 75% de los hogares unipersonales. El Principado de Asturias Ceuta y País Vasco sobrepasan el 73%, disminuyendo en orden consecutivo en la Región de Murcia, Galicia, Cantabria, Extremadura, Castilla y León, Comunitat Valenciana, Andalucía, Castilla-La Mancha, Aragón, Illers Balears, La Rioja y Canarias con un 65,03%.

Gráfico 11



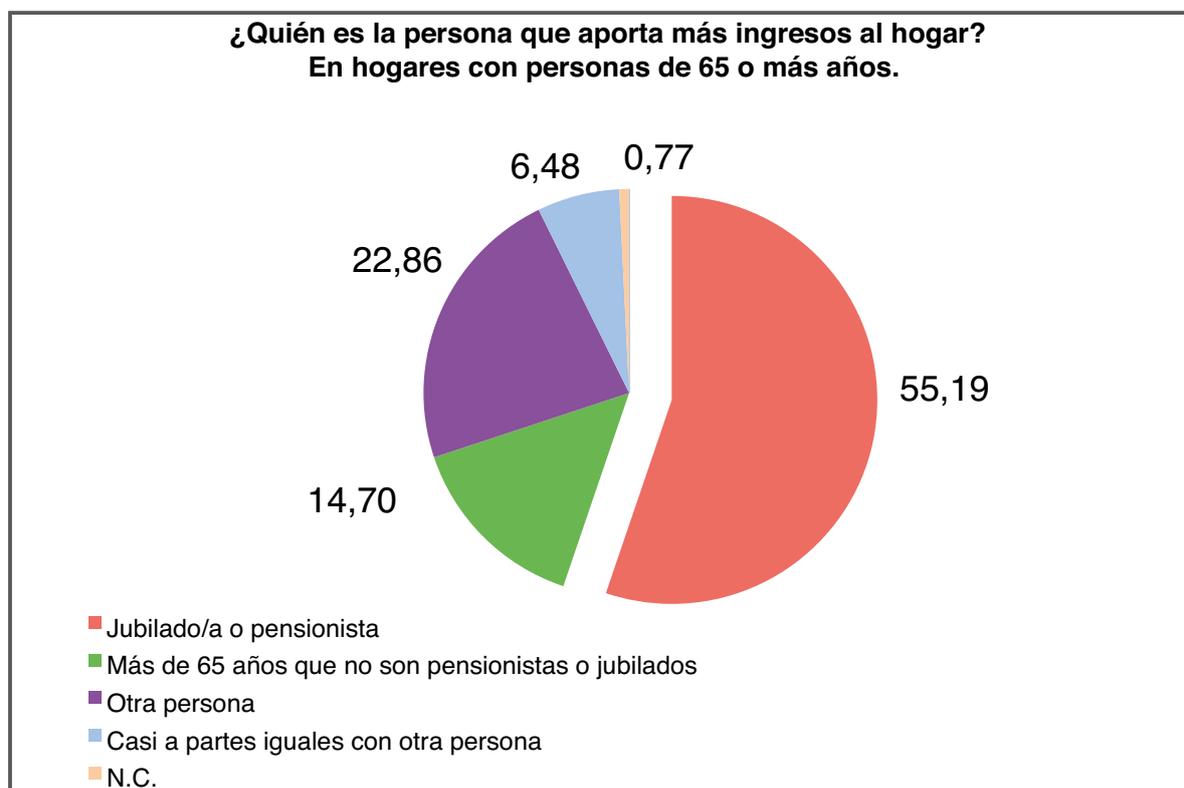
FUENTE: INE [INEBASE]. Encuesta Continua de Hogares. Elaboración propia.

09. HOGARES SUSTENTADOS POR UNA PERSONA QUE COBRA PRESTACIÓN DE JUBILACIÓN

Según el Barómetro de diciembre de 2014 elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) a la pregunta ¿en cuál de las siguientes situaciones se encuentra UD. actualmente? El 85,30% de las personas mayores de 64 años dicen encontrarse jubiladas y cobrando algún tipo de pensión. El resto (el 14,7%) de las personas mayores de 64 años aseguran no estarlo por realizar, en su mayoría, algún tipo de trabajo doméstico.

Atendiendo a los jubilados y pensionistas, el 55,19% de éstos aseguran ser las personas que más ingresos aportan al hogar; el 22,86% dicen que lo hace otra persona y el 6,48% sostiene que a partes iguales con otro miembro del hogar que no es ni jubilado ni pensionista.

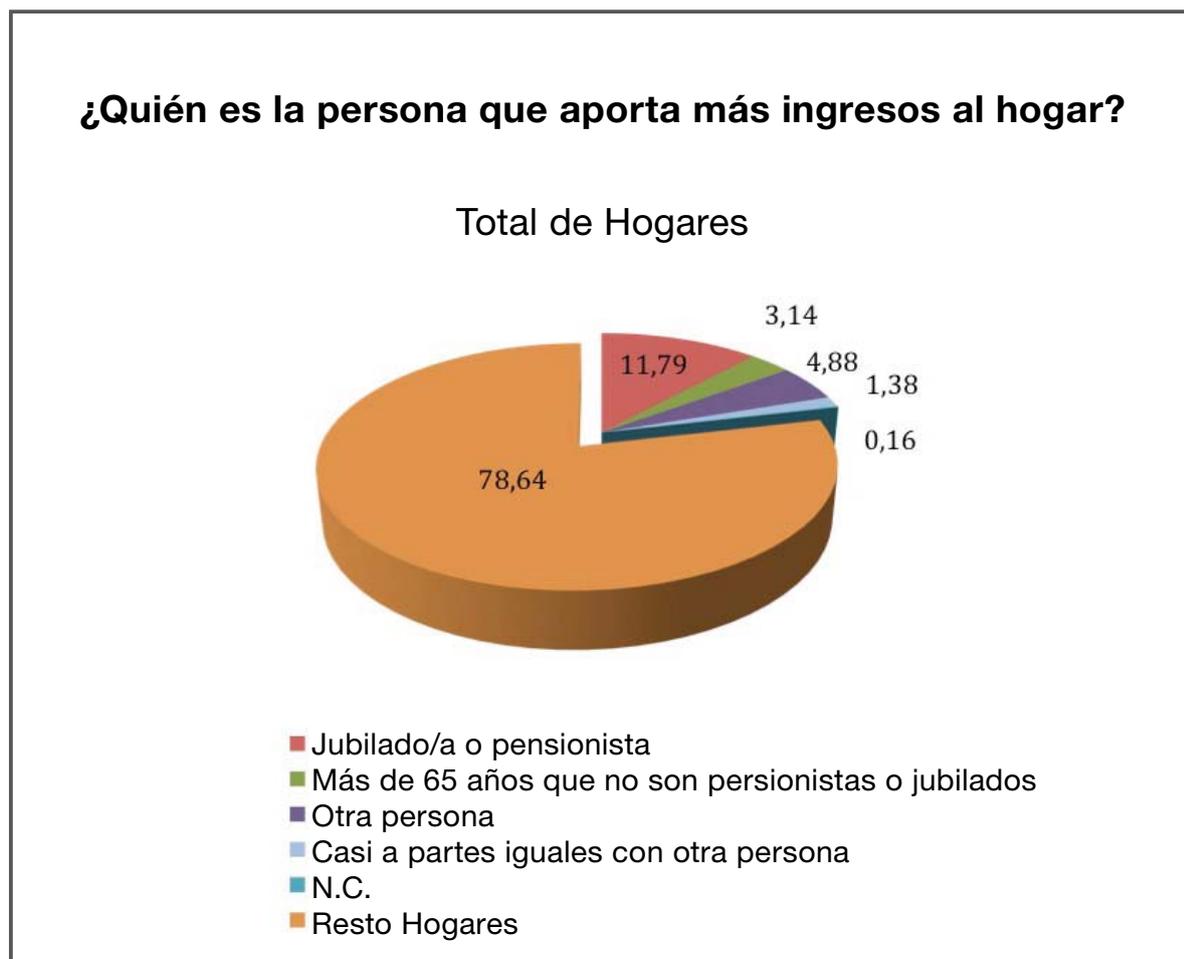
Gráfico 12



FUENTE: CIS. Barómetro de diciembre de 2014. Elaboración propia.

Atendiendo al conjunto de los hogares, los ingresos que entran en la vivienda de la mano de una persona jubilada o pensionista son los segundos en importancia, representando un 11,79% del total.

Gráfico 13

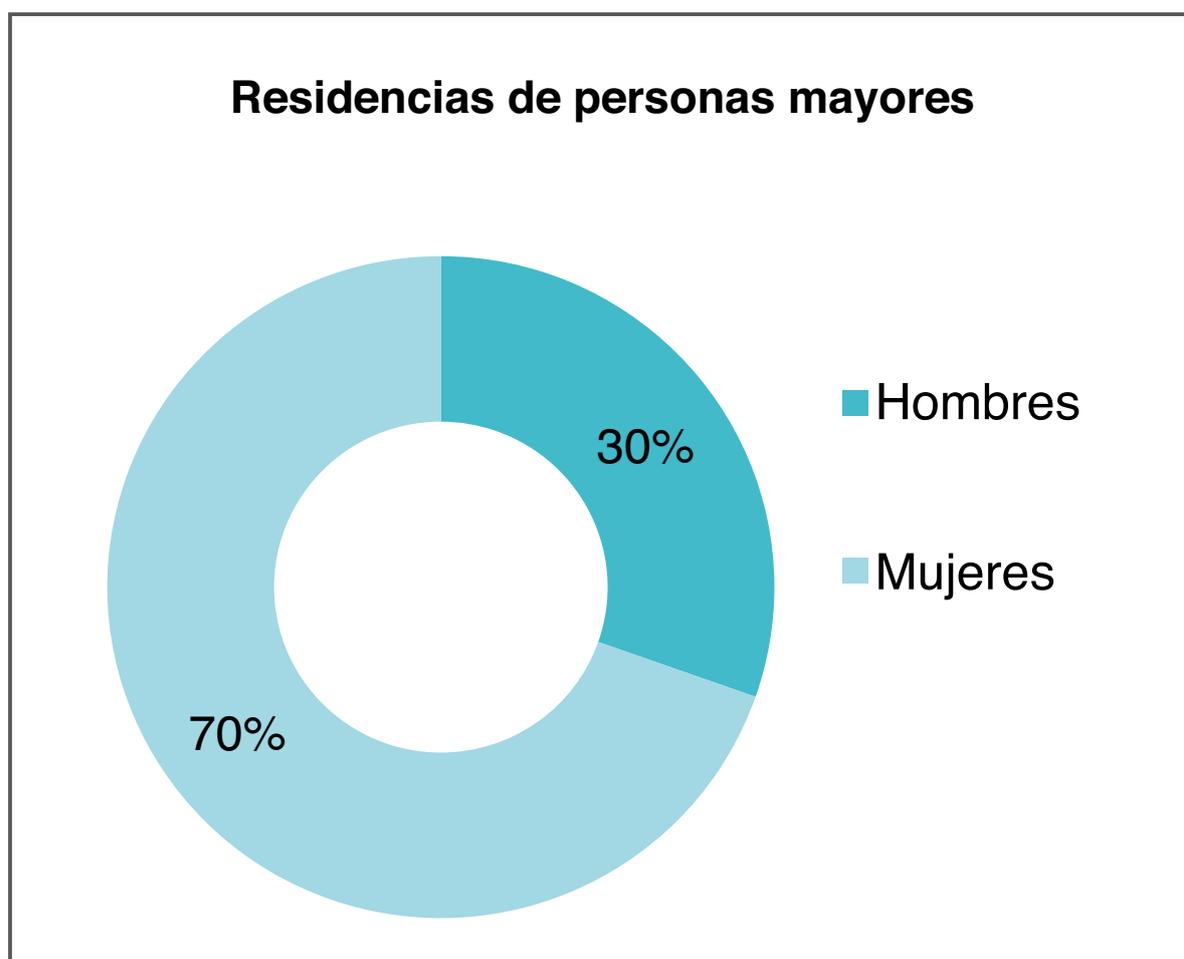


FUENTE: CIS. Barómetro de diciembre de 2014. Elaboración propia.

10. ESTABLECIMIENTOS COLECTIVOS

Las residencias de mayores son el establecimiento colectivo más común de todos en cada uno de los quinquenios que dividen la edad de jubilación. En ellos aparece una nueva forma de convivencia que afecta especialmente a las personas de estas generaciones y que dista de las comentadas hasta ahora: a saber, se cohabita con un elevado número de personas sin lazos de parentesco alguno.

Gráfico 14



FUENTE: INE. Censo de Población y viviendas de 2011. Elaboración propia.

Un fenómeno que se observa en ambos sexos es que a partir de los 75 años aumenta significativamente el número de personas que integran las residencias de mayores. Es a partir de los 89 años que el número de personas comienza a disminuir. Aquí, al igual que en los hogares unipersonales, las mujeres vuelven a estar sobrerrepresentadas.

Además de las residencias para personas mayores, el último Censo de Población y Viviendas de 2011 elaborado por el Instituto Nacional de Estadística cada diez años, tiene en cuenta los siguientes establecimientos colectivos: instituciones sanitarias, instituciones para personas con discapacidad, instituciones religiosas, instituciones militares, instituciones penitenciarias y otros establecimientos colectivos.

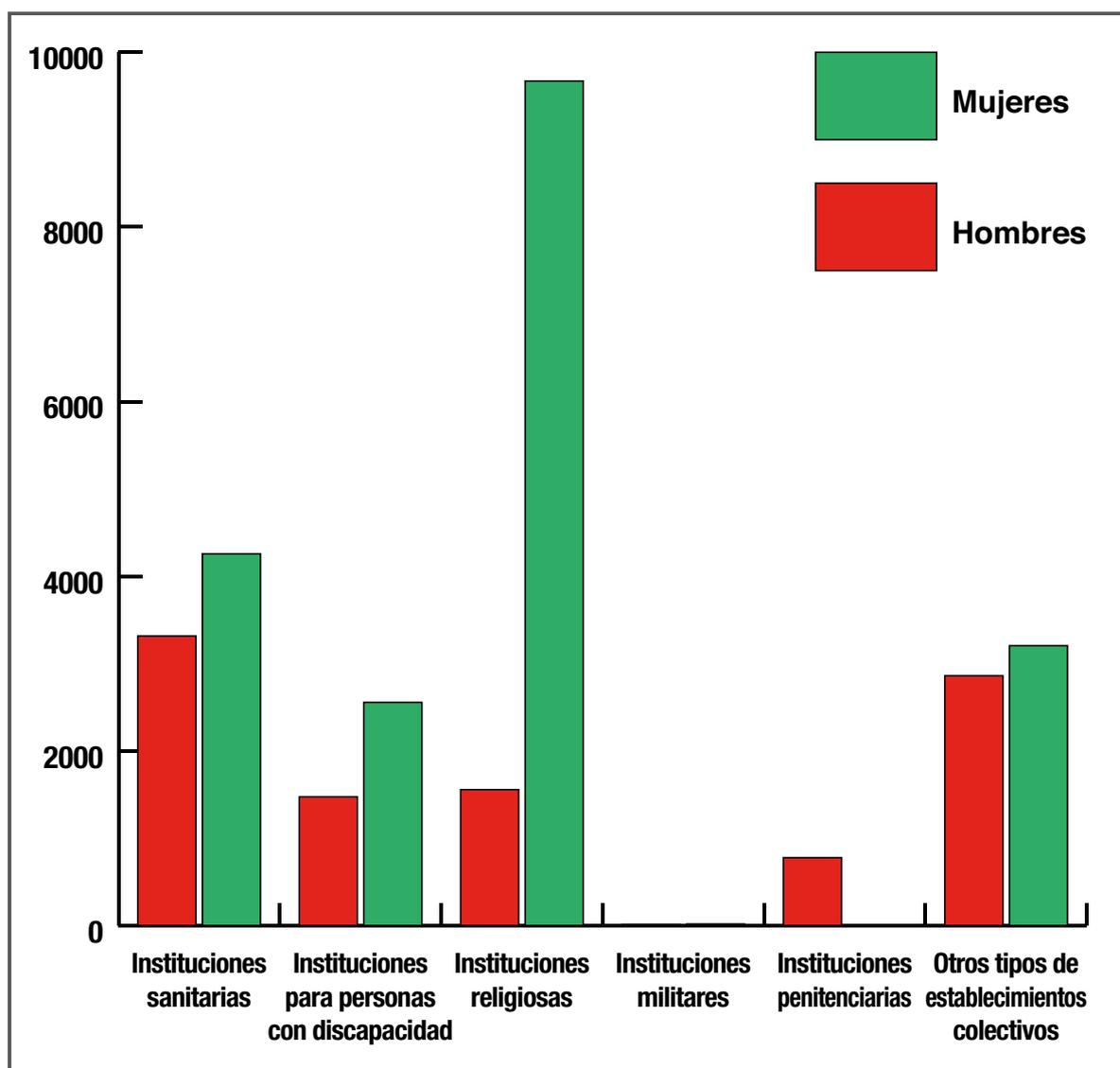
La convivencia en instituciones colectivas es la segunda forma más habitual de entre quienes cohabitan en colectividades, aunque muy por debajo de las residencias que cuentan con 260.225 personas mayores de 64 años. Las agrupaciones habitacionales de carácter religioso cuentan con 11.227 personas de las cuales 9.671 son mujeres y 1556 son hombres. Las mujeres copan en cantidad muy superior este tipo de establecimiento dándose aquí la mayor diferencia entre uno y otro sexo por tipo de establecimiento colectivo. De hecho, si comparamos cada establecimiento para el grupo de los varones de entre 65 y 69 años, hay más cantidad de hombres viviendo en centros penitenciarios que en instituciones religiosas.

Los centros de reclusos son el único establecimiento colectivo que no está sobrerrepresentado por las mujeres mayores de 64 y muestra, como por analogía con el establecimiento anterior, una diferencia sustancial entre uno y otro sexo, siendo la cifra de reclusas de 6 mujeres frente a 776 reclusos.

El tercer tipo más común son las instituciones sanitarias que presentan un total de 7.571 personas. Aunque a grosso modo el peso entre las mujeres y los hombres que conviven aquí no dista en exceso, si se observa que el número mayoritario de personas varía según las edades de uno y otro sexo. Así, los hombres aumentan su presencia en edades comprendidas entre los 75 y los 79 años, mientras que de entre las mujeres, el mayor número de éstas se registra diez años más tarde: entre los 85 y los 89 años. Esta doble tendencia está influenciada por ser mayor la esperanza de vida de las mujeres mayores de 64 años que la de los varones en esa franja de edad.

Por último, el tercer establecimiento corresponde a las instituciones para personas con discapacidad que cuentan con 4.029 personas mayores. Quienes habitan estos centros son en mayor medida las mujeres y los hombres que se encuentran en las edades más jóvenes de la franja de jubilación.

Gráfico 15



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos del Censo de Población y Viviendas de 2011. Elaboración propia.

11. DESAHUCIOS

Según los datos extraídos de la encuesta del Informe de emergencia habitacional en el Estado Español elaborado por la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) en 2013, casi un 20% de las personas que participaron en ella aseguraron convivir con una persona mayor de 64 años a su cargo y un 10% declararon convivir con dos personas de esa franja de edad en situación de dependencia.

En general, este informe sostiene en sus resultados que 14.461 personas, de entre los que se encuentran los menores de edad y aquellos que están en edad de jubilación, se ven afectados de manera directa por el alcance de este fenómeno.

Conviene señalar que la encuesta se elaboró a través de internet, por lo que la muestra puede dejar fuera a personas que no hacen uso de él o no tienen acceso a esta herramienta. Entre el bajo uso de internet se encuentran mayoritariamente las personas mayores de 64 años por lo que pueden estar infrarrepresentadas.

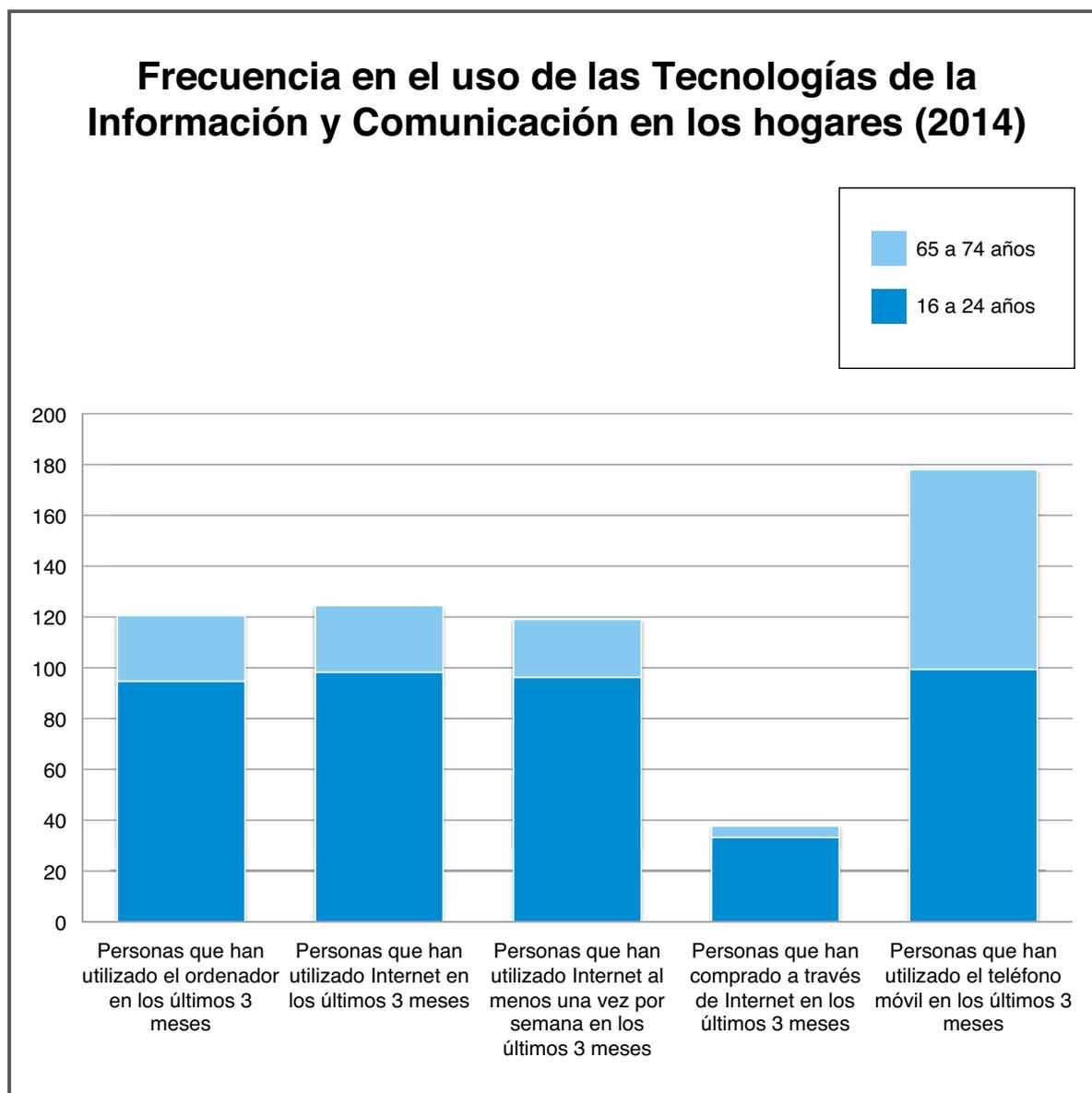
12. EL USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC): BRECHA DIGITAL Y TECNOLÓGICA ENTRE GENERACIONES.

En 2014, la brecha digital entre las personas en edad de jubilación y el resto de generaciones es todavía muy significativa. Si comparamos la frecuencia con la que los jóvenes de entre 16 y 24 años hacen uso de éstas y la frecuencia con la que lo hacen los mayores de entre 65 y 74 años, se observa que, frente al 94% de los primeros que aseguran haber usado un ordenador en los últimos tres días, tan sólo una cuarta parte de las personas mayores dicen haberlo hecho.

Según las personas que declaran haber realizado alguna compra por internet durante el último trimestre, el 4,5% de los encuestados mayores de 64 años afirma haberlo hecho. Es una cifra muy pequeña, sobre todo si se compara con el 33,2% de los jóvenes que han realizado alguna compra.

La tecnología más usada entre los mayores es el teléfono móvil; el 78,6% de éstos han hecho uso de él al menos una vez en los últimos tres meses. Se recorta así la brecha tecnológica con los más jóvenes que muestran un 99,4%, en torno a un 21% más que los mayores.

Gráfico 16



FUENTE: INE [INEBASE]. Datos de la Encuesta sobre Equipamiento y uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares de 2014. Elaboración propia.

13. VIOLENCIA DE GÉNERO EN MAYORES DE 64 AÑOS

Para 2013, el cuarto porcentaje más elevado de casos de violencia de género se produce a partir de los 64 años de edad. Las edades que mayor número presentan son los intervalos de 21 a 30 y de 18 a 20 (el 55,5% entre ambos).

Teniendo en cuenta que los datos aquí barajados hacen referencia a la violencia de género con víctimas mortales y que ésta presenta diferentes grados, no es fácil saber con exactitud el porcentaje realmente existente en este intervalo de edad.

Tabla 1

	Número de casos	Porcentaje
Total de víctimas	54	100
Menos de 16	1	1,9
De 16 a 17	0	0
De 18 a 20	1	1,9
De 21 a 30	12	22,2
De 31 a 40	18	33,3
De 41 a 50	10	18,5
De 51 a 64	5	9,3
De 65 y más	7	12,9

FUENTE: INE [INEBASE]: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

CAPÍTULO 2.

POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

01. POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

En este capítulo se explora en torno a la pobreza y la exclusión social. Son fenómenos y procesos multidimensionales que pueden ser descritos y analizados de diversas maneras en función de cómo los definimos, de qué variables y de qué indicadores utilizamos para su medición y de qué métodos de análisis empleamos. En este documento y siguiendo las recomendaciones de la oficina estadística de la Comisión Europea (EUROSTAT) y las pautas del Instituto Nacional de Estadística (INE), se utiliza la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV-2014). Ésta ofrece información sobre los ingresos medios de los hogares y su situación económica permitiéndonos la clasificación de la población en torno a pobres o no pobres.

Se tienen en cuenta indicadores y variables monetarias para su medición (ingreso y gasto) por lo que otros aspectos relacionados con la pobreza quedan fuera: acceso a cultura, educación, tiempo libre, ocio, inestabilidad habitacional, ausencia de hogar, etc. Tampoco se utilizan en este documento criterios de medición subjetivos: la percepción de las personas y los hogares sobre su propia situación. Otro aspecto importante a señalar es que la encuesta recoge información sobre los hogares, quedando excluidas las personas sin él.

Tampoco hay datos suficientemente representativos de cuántas personas viven sin hogar. El avance de datos de la Encuesta a las personas sin hogar del INE (2012) representa a las que utilizan albergues y servicios públicos que cifra en 28.938. No aparecen reflejadas las personas que no se han acercado a demandar servicios sociales. A efectos de esta Encuesta, son contabilizadas como personas sin hogar todas aquellas mayores de 18 años que en la semana anterior a la entrevista han sido usuarias de centros asistenciales y han dormido alguna vez en albergues, centros de acogida para mujeres maltratadas, estaciones de metro, etc.

Por cada 100.000 habitantes hay 71,3 personas sin hogar. El 3,9% de las personas usuarias corresponde a mayores de 64 años, de las cuales el 2,2 % son extranjeras y el 3,7% de nacionalidad española. De la cifra total de usuarios el 80,3% son hombres frente al 19,7% de mujeres. El 54,2% es de nacionalidad española frente al 45,8% de extranjeras. Por Comunidades Autónomas, Catalunya y Madrid son las que presentan un número más elevado de personas sin hogar que acuden en búsqueda de ayuda institucional. La Rioja, Cantabria, y la Comunidad Foral de Navarra presentan los porcentajes más bajos.

La mayoría de las personas encuestadas refieren que antes de los 18 años habían vivido la falta de dinero (41,5%) y la muerte de un miembro de la unidad familiar (41,6%). La pérdida de trabajo es el principal motivo argumentado para acabar en la calle (45%); el segundo, no poder pagar el alojamiento (26%) y el tercero, la separación de la pareja (20,9%).

Las personas mayores sin hogar están en grave situación de exclusión social. Las que viven en la calle están expuestas a agresiones, enfermedades, frío, calor, hambre, etc.

Tabla 1

Personas sin hogar según nacionalidad. Año 2012						
	Total		Nacionalidad Española		Nacionalidad Extranjera	
	Valores Absolutos	Porcentajes	Valores Absolutos	Porcentajes	Valores Absolutos	Porcentajes
Total	22.938	100,0	12.425	100,0	10.513	100,0
Sexo						
Hombres	18.425	80,3	9.855	79,3	8.570	81,5
Mujeres	4.513	19,7	2.570	20,7	1.943	18,5
Grupos de edad						
De 18 a 29 años	4.434	19,3	1.026	8,2	3.408	32,4
De 30 a 44 años	8.817	38,4	3.964	31,9	4.854	46,2
De 45 a 64 años	8.808	38,4	6.790	54,7	2.018	19,2
Más de 64 años	879	3,9	645	5,2	233	2,2

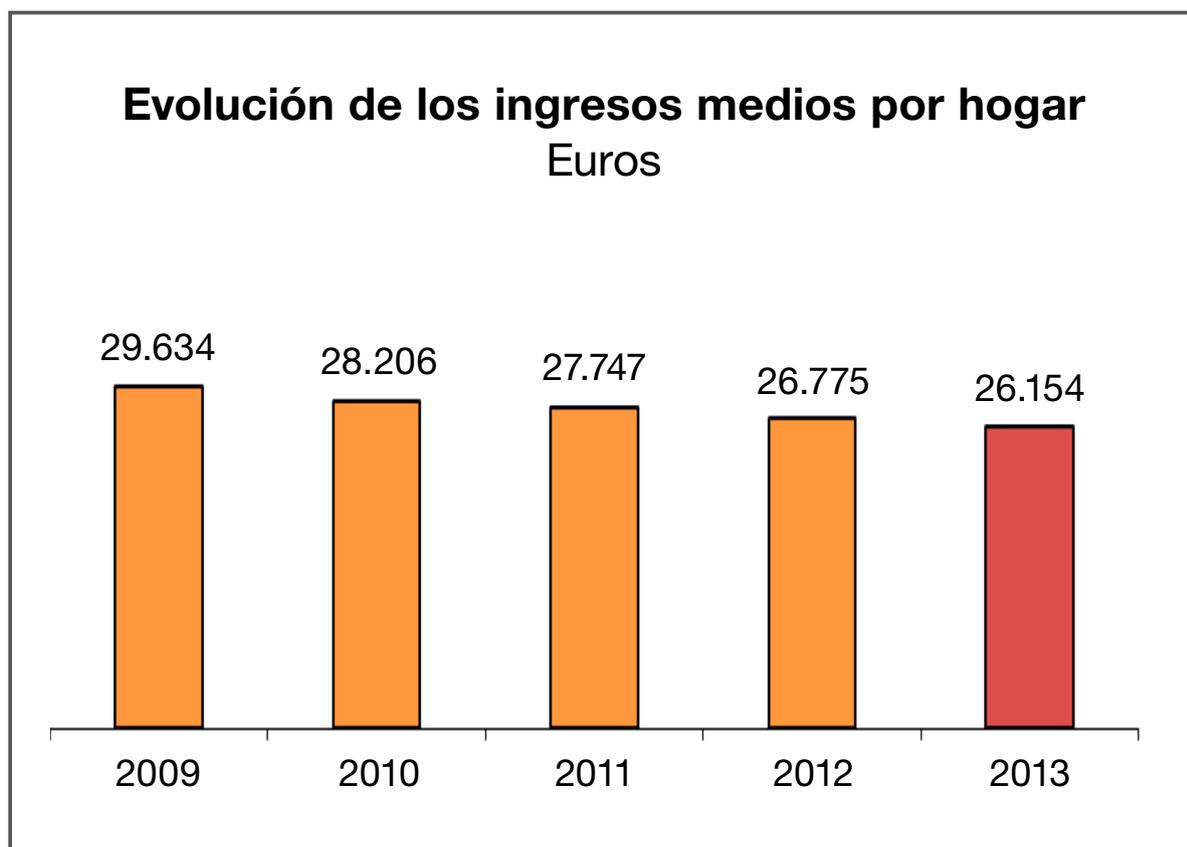
Fuente: Encuesta Personas sin hogar, INE 2012.

<http://www.ine.es/prensa/np761.pdf#page=1&zoom=auto,-89,787>

01.1. Tasas de pobreza

Los resultados de la última Encuesta de Condición de Vida (ECV, 2014) nos ofrecen datos sobre los ingresos medios de los hogares durante el año 2013. El Ingreso medio anual neto de los hogares se situó en 26.154 euros, disminuyendo un 2,3% con respecto al año anterior.

Gráfico 1



Fuente: ECV 2014, INE en base a 2008. <http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>

El valor del Umbral de pobreza se expresa en función de los ingresos totales del hogar y depende del número de unidades de consumo del mismo (u.c). Siguiendo los criterios de la agencia europea Eurostat, se fija en el 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo. El umbral de pobreza para los hogares unipersonales se situó en 7.961 un 1,9% menos que el estimado para el año anterior. En hogares compuestos por dos adultos y dos menores de 14 años dicho umbral fue de 16.719 euros.

Tabla 2

UMBRAL DE RIESGO DE POBREZA					
Euros					
Año de realización de la encuesta	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos del año	2009	2010	2011	2012	2013
Hogares de una persona	8.763	8.358	8.321	8.114	7.961
Hogares de 2 adultos y 2 niños	18.402	17.551	17.473	17.040	16.719

Fuente: ECV 2014 en base a 2013. INE. <http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>

La tasa de riesgo de pobreza es el porcentaje de personas que está por debajo de este umbral. El porcentaje de población que se sitúa por debajo de éste aumentó respecto al año anterior. La tasa para el conjunto de la población se situó en el 19,9%. Disminuye para la población mayor de 65 años que presentó el menor porcentaje de riesgo de pobreza con un 5,9%.

La principal causa que explica este fenómeno es que el sistema de pensiones ha sido capaz de enfrentar mejor la crisis que otros

ámbitos de protección social, como, por ejemplo, el desempleo. Aún a pesar de la no revalorización de las pensiones en 2011 y 2012, y el cambio en la fórmula de actualización impuesto en 2013, la estabilidad de las pensiones ha conseguido mejorar su posición relativa en la escala de riesgo de pobreza, en un contexto de caída generalizada de ingresos medios (salarios) que a su vez han supuesto una reducción en las cuantías utilizadas para determinar el umbral de pobreza. Es decir, no es que los pensionistas sean más ricos que antes, es que el resto de la población se ha empobrecido más que los pensionistas porque las cuantías de las pensiones se han mostrado más estables.

Sin embargo, la nueva fórmula de revalorización de pensiones las hace especialmente sensibles a un incremento de la inflación, ya que dicha fórmula no garantiza el mantenimiento del poder adquisitivo. De modo que cuando el ciclo económico se recupere (crecimiento de salarios e inflación) las pensiones públicas probablemente volverán a ver empeorada su posición relativa en cuanto al riesgo de pobreza, por lo que es necesario conseguir una fórmula de revalorización de pensiones que garantice el mantenimiento del poder adquisitivo durante el tiempo que se perciben las mismas.

Además, también contribuye a la mencionada mejora de la situación relativa de las personas pensionistas, el hecho de considerar en el análisis el valor de la vivienda o del alquiler imputado hace que la tasa disminuya ya que la población mayor de 65 años es propietaria de su vivienda en mayor proporción.

Tabla 3

POBLACIÓN EN RIESGO DE POBREZA POR EDAD (CON ALQUILER IMPUTADO)					
PORCENTAJES					
Año de realización de la encuesta	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos del año	2009	2010	2011	2012	2013
Total	17,6	17,8	19,0	18,7	19,9
Menos de 16 años	27,8	27,1	28,0	27,2	29,6
16 y más años	15,7	16,0	17,2	17,0	18,0
De 16 a 64 años	17,0	17,6	19,7	19,7	21,2
65 y más años	10,3	9,6	7,5	6,8	5,9

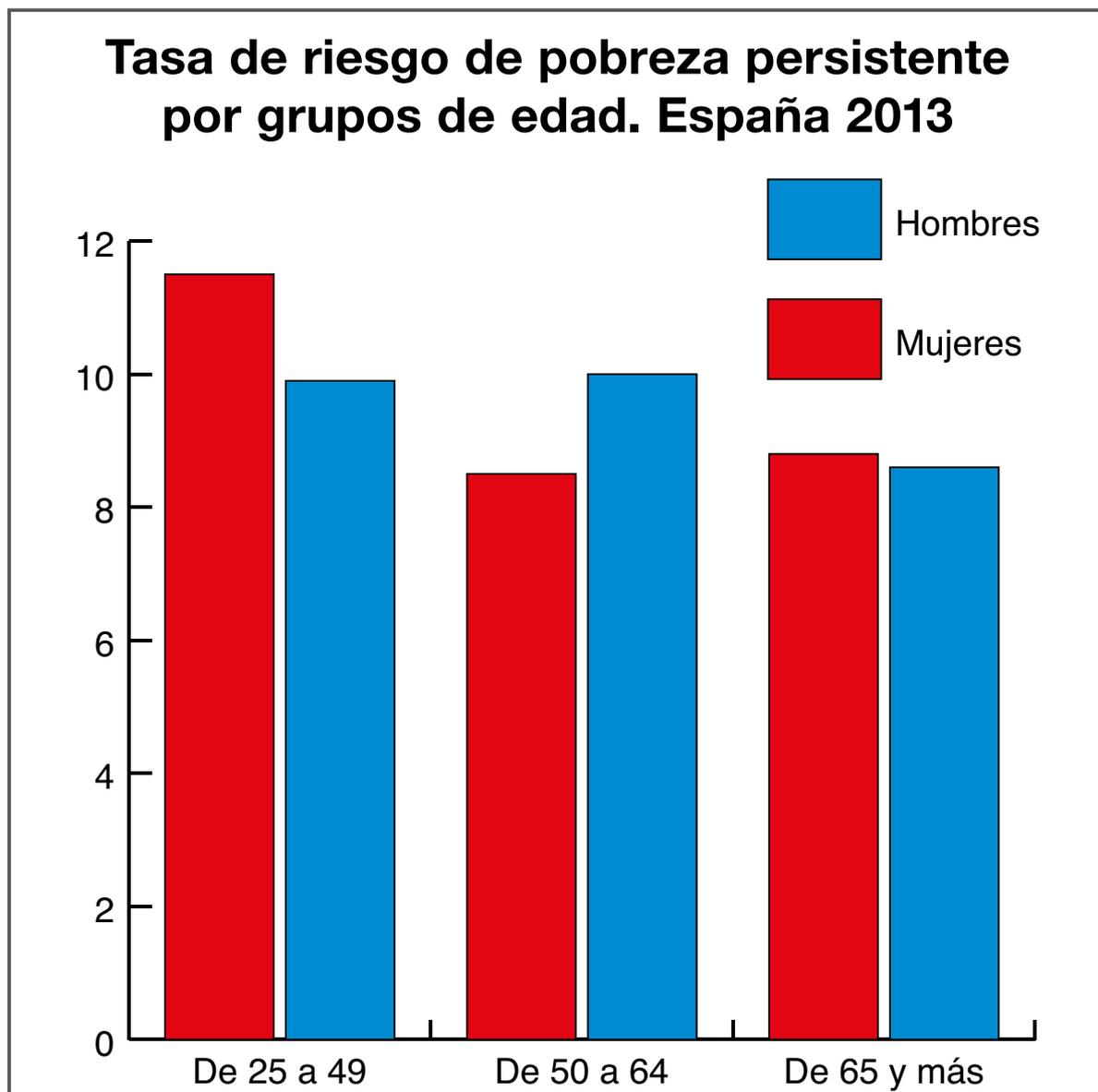
Fuente: ECV 2014 en base a 2013. INE .<http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>

La tasa de riesgo de pobreza persistente introduce el elemento temporal de análisis, manejando datos de varios años. Se corresponde con el porcentaje de personas que viven en hogares cuya renta total por unidad de consumo está por debajo del umbral de pobreza en el año en curso y al menos durante dos de los tres últimos años. Los últimos datos disponibles hacen referencia al año 2013.

La tasa de pobreza persistente para mayores de 65 años es superior para mujeres (8,8%) que para hombres (8,6%), aunque para este grupo

de edad es inferior al resto de ellos. No obstante, esta tendencia no se da en todas las generaciones por igual, como puede observarse en el gráfico. Aumenta con la edad para los hombres, pasando de un valor de 9,9% en el grupo de 25 a 49 años a un 10% en el grupo de 50 a 64. Para las mujeres disminuye con la edad, pasando de un valor de 11,5% en el grupo de 25 a 49 años a un valor de 8,5% para las de 50 a 64 años. Ha disminuido casi 6 puntos desde 2012 para las mujeres mayores de 65 y casi 4 puntos para los hombres del mismo grupo de edad.

Gráfico 2



Fuente: Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC). Eurostat.

Por otro lado, el indicador AROPE (estrategia Europa 2020) de riesgo de pobreza o exclusión social es un indicador agregado que combina tres conceptos: el riesgo de pobreza, la carencia material y la baja intensidad del empleo. En la ECV de 2014, el indicador AROPE se situó en el 29,2% de la población residente en el Estado español.

Tabla 4

INDICADOR AROPE.					
POBLACIÓN INCLUIDA EN AL MENOS UNO DE LOS TRES CRITERIOS DEL RIESGO DE POBREZA O EXCLUSIÓN SOCIAL POR COMPONENTES					
PORCENTAJES					
Año de realización de la encuesta	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos del año	2009	2010	2011	2012	2013
Indicador AROPE	26,1	26,7	27,2	27,3	29,2
Riesgo de pobreza (1)	20,7	20,6	20,8	20,4	22,2
Carencia material severa	4,9	4,5	5,8	6,2	7,1
Baja intensidad en el empleo (2)	10,8	13,4	14,3	15,7	17,1
(1) Ingresos del año anterior					
(2) Año anterior a la entrevista					

Fuente: ECV 2014 en base a 2013. INE. <http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>

Por grupos de edad, cabe destacar la continua disminución de este indicador entre los mayores de 65 años. Entre 2010 y 2014 bajó 10 puntos, situándose en el último año en un 12,9%.

Tabla 5

INDICADOR AROPE.					
POBLACIÓN INCLUIDA EN AL MENOS UNO DE LOS TRES CRITERIOS DEL RIESGO DE POBREZA O EXCLUSIÓN SOCIAL POR GRUPOS DE EDAD					
PORCENTAJES					
Año de realización de la encuesta	2010	2011	2012	2013	2014
Ingresos del año	2009	2010	2011	2012	2013
Total	17,6	17,8	19,0	18,7	19,9
Menos de 16 años	32,6	31,6	31,4	31,9	35,4
De 16 a 64 años	25,3	27,0	29,0	29,5	32,0
65 y más años	22,9	21,2	16,5	14,5	12,9

Fuente: ECV 2014 en base a 2013. INE. <http://www.ine.es/prensa/np908.pdf>

01.2. Pobreza energética

En este documento se analiza la Pobreza energética utilizando el estudio de la Asociación de Ciencias Ambientales Pobreza energética en España: análisis de tendencias del año 2014 que dispone de datos actualizados hasta 2012. En éste es definida como combinación de ingresos bajos, con precios en aumento de la energía y deficiencia energética en los hogares. Puede decirse que un hogar está en situación de pobreza energética cuando es incapaz de pagar una cantidad de servicios suficiente para la satisfacción

de sus necesidades domésticas o cuando se ve obligado a destinar una parte excesiva de sus ingresos al pago de facturas. El informe de ACA basa su análisis en la ECV y la Encuesta de Presupuestos Familiares (EPV) que nos informa del gasto en facturas energéticas.

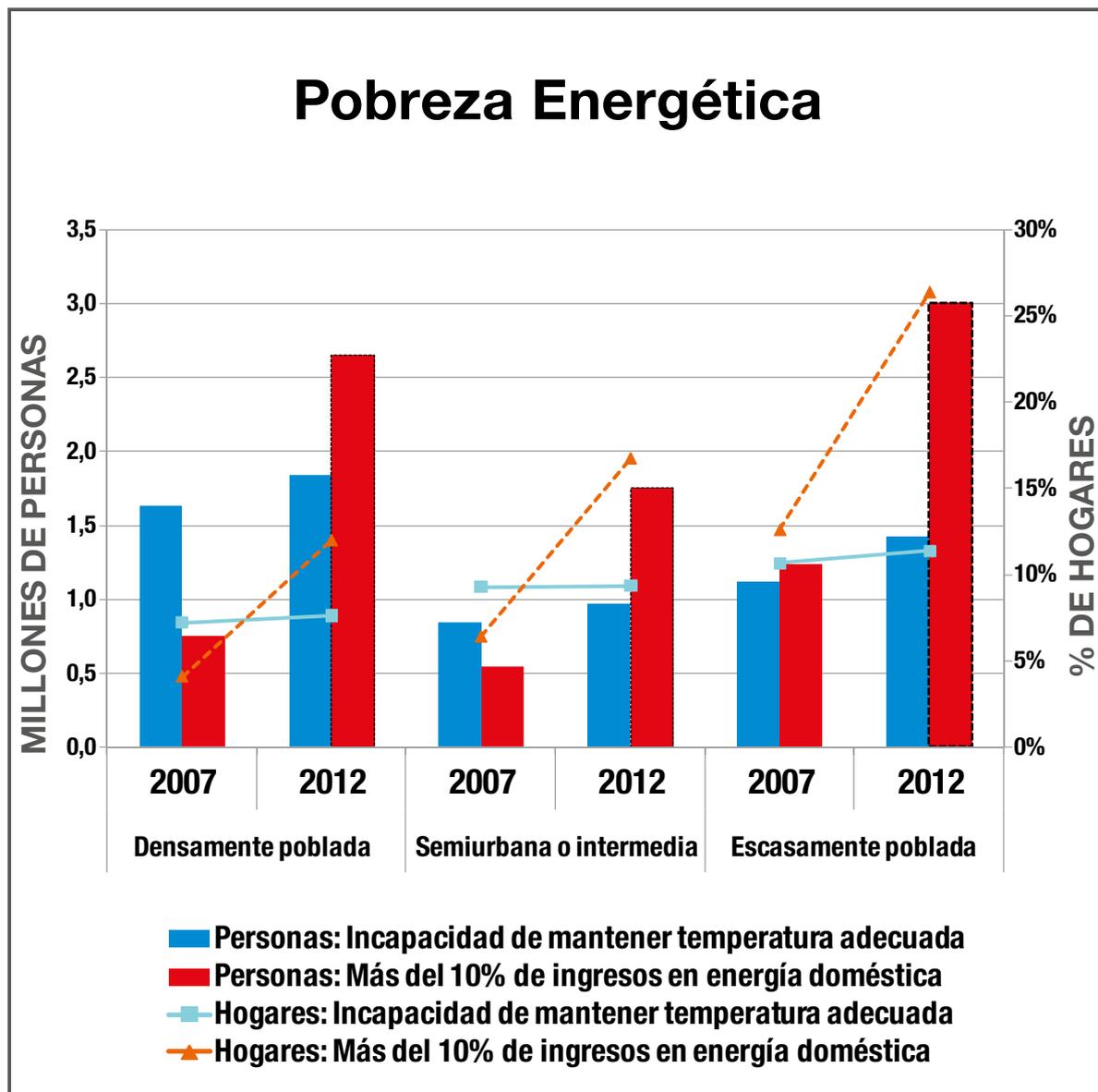
Concluye que el 17% de los hogares españoles tenían gastos desproporcionados en el pago de las facturas de la energía doméstica lo que suponía más de 7 millones de personas. El mismo año, el 9% de los hogares españoles se declaraba incapaz de mantener su vivienda a una temperatura adecuada en invierno (más de 4 millones de personas). Esto situaba a España en 2012 como el cuarto país europeo con mayor número de personas declarando dicha incapacidad. Las personas mayores constituyen uno de los colectivos más vulnerables y la pobreza energética les afecta especialmente.

A pesar de que no están publicados los datos de la muestra, es significativa la información que proporciona el boletín de Cruz Roja número 88 de Enero de 2014: Más del 54% de las personas mayores que atienden no puede mantener su casa en condiciones adecuadas de temperatura durante el invierno. Un 33% no puede poner la calefacción en esta estación porque los ingresos no alcanzan. Un 12,7% de estas personas dice que no llega a fin de mes y cerca del 33% ha tenido que ayudar por primera vez en 2013 a hijos y nietos por motivos económicos. Estos porcentajes son muy significativos teniendo en cuenta que más del 50% de las personas mayores atendidas por Cruz Roja (tal y como señalan en el boletín) vive por debajo del umbral de la pobreza.

Otra cuestión llamativa señalada por el informe ACA de 2014 es que la pobreza energética supone una causa de muerte prematura en personas mayores, causando hasta 7.000 fallecimientos al año. El 30% de la mortalidad adicional en invierno se debe a unas insuficientes condiciones de climatización en viviendas. El

aumento de los precios de los carburros junto con la devaluación de salarios y pensiones reduce el poder adquisitivo de los hogares y personas que en muchos casos ahorran en gasto energético para destinarlo a alimentos básicos.

Gráfico 3



Fuente: ACA 2014 en base a 2012. <http://unaf.org/wp-content/uploads/2014/05/estudio-de-pobreza-energ%C3%A9tica-en-esp%C3%B1a-2014.pdf>

CAPÍTULO 3.

PENSIONES PÚBLICAS

01. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA PÚBLICO DE PENSIONES

El sistema de pensiones se encuentra actualmente en una situación claramente deficitaria. En 2014 faltaron 13.600 millones de euros en cotizaciones para cubrir el gasto en pensiones contributivas. Este déficit es, sin embargo, coyuntural y obedece a la pérdida de casi 2,7 millones de cotizantes entre 2007 y 2014, resultado de la doble recesión atravesada por la economía española. Precisamente, el Fondo de Reserva de la Seguridad Social, como veremos más adelante, existe para hacer frente a estos desequilibrios puntuales entre ingresos y gastos.

A pesar de la situación deficitaria actual, las perspectivas futuras son más optimistas. Tras un largo período de caída de la afiliación, ésta ha vuelto a crecer y en mayo de 2015 hay 592.937 afiliados más cotizantes que hace un año. La recaudación, sin embargo, no aumenta al ritmo esperado debido a la fuerte devaluación de los salarios de entrada, al agotamiento de las prestaciones contributivas de desempleo y a la puesta en marcha de medidas que recortan la recaudación, como la tarifa plana de 100 euros durante tres años para todos los contratos indefinidos suscritos entre febrero de 2014 y marzo de 2015. Medida que, además de suponer un despilfarro de recursos públicos (pues se financia algo que, en cualquier caso, harían las empresas sin incentivo), supone subvencionar más al empleo cualificado, cuando el problema del paro se concentra

entre los no cualificados; la cuota mensual a la seguridad social reducida para los nuevos autónomos (tarifa plana de 50 euros) o las nuevas contrataciones por tiempo indefinido acogidas a una exención por los primeros 500 euros de la base reguladora por contingencias comunes, en la cuota empresarial, durante 24 meses.

Además de este desfase coyuntural, el sistema de pensiones se enfrenta también a un importante reto estructural por el fuerte incremento del gasto previsto en el futuro, consecuencia del envejecimiento de la población¹ y el aumento de la cuantía media de las nuevas pensiones frente a las que causan baja (efecto sustitución). El aumento del número de pensionistas está vinculado a la jubilación de las generaciones del baby boom (mucho más numerosa que las anteriores y posteriores) y al alargamiento de la esperanza de vida, resultado del progreso humano. Vivimos más y seremos más dentro de pocas décadas. En la nómina de la Seguridad Social: pasaremos de los 8 millones de pensionistas actuales a 15,2 millones.

A este respecto resulta interesante detenernos sobre un concepto básico a la hora de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de pensiones de reparto: la ratio de dependencia. A menudo se presenta ésta como la relación entre población en edad activa (16-65 años) y la población en edad de jubilación (65 o más años), lo que ayuda a enfocar el debate desde una perspectiva ciertamente demográfica, aunque limitada. Como más adelante señalaremos, además de la estructura de edad de una población, en la sostenibilidad de las pensiones intervienen otros factores sociales como el acceso de la mujer al empleo o el fenómeno de la inmigración y el hecho de que todos ellos tengan empleo.

1 La población mayor de 64 años representaba el 27% de la población entre 20 y 64 años en 2010 y se prevé que este porcentaje aumente hasta el 62% en 2050.

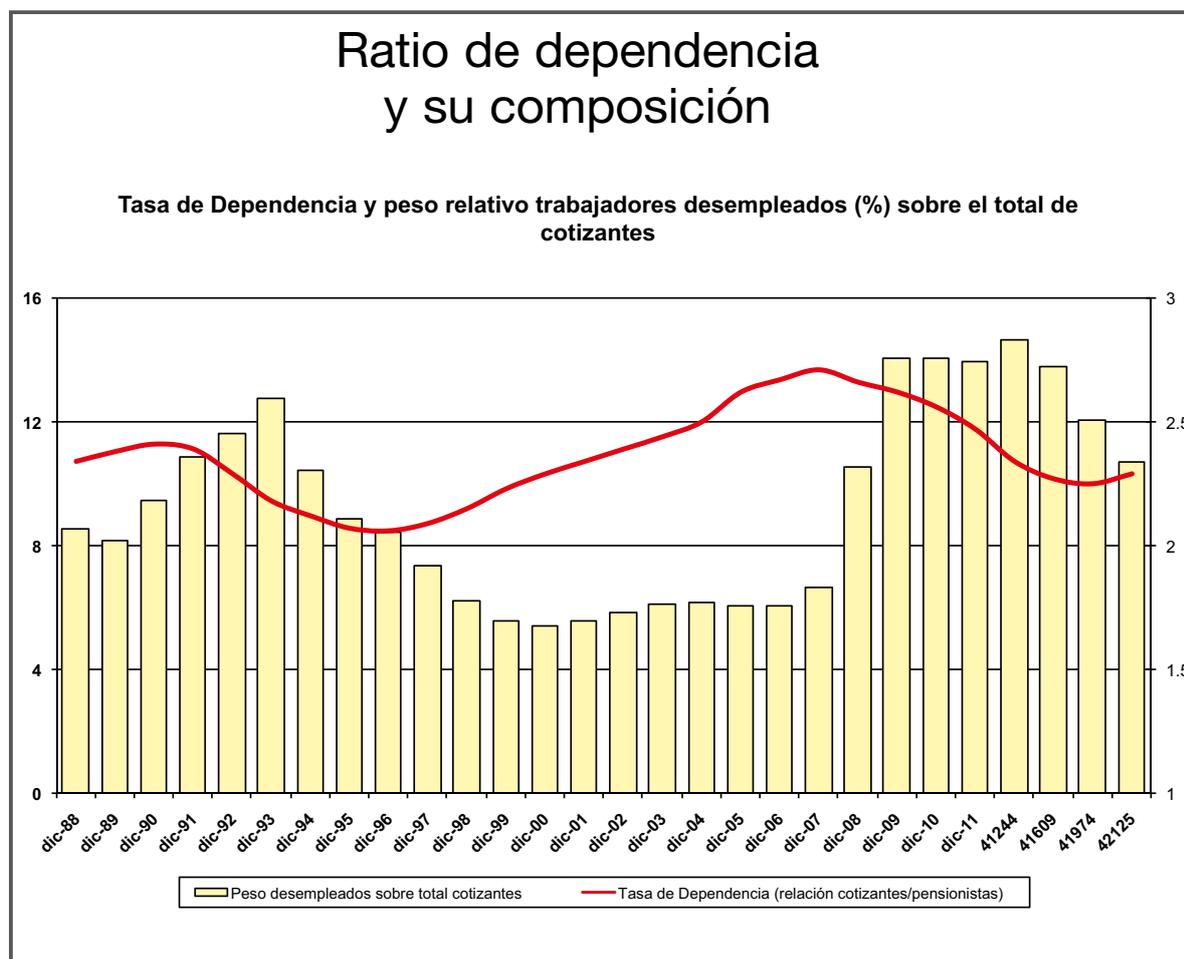
Tampoco debemos olvidar la intervención de otros elementos como la cotización asociada a las prestaciones contributivas de desempleo y el subsidio de mayores de 55 años, que actúan a modo de instrumento anticíclico sobre los ingresos del sistema de Seguridad Social cuando se destruye empleo y se pierden por ello cotizaciones de trabajadores en activo. Esta cotización asociada a determinadas prestaciones de desempleo, además de permitir mejorar la carrera de cotización de quienes pierden su trabajo, supone un instrumento que permite al sistema de Seguridad Social diferir en el tiempo el impacto de las crisis económicas sobre sus ingresos.

En el otro lado de la moneda, actuando desde el gasto, sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones también influye el número de personas que son titulares de una de ellas. En este sentido es significativo el efecto que puede llegar a tener a largo plazo la incorporación de la mujer al mercado laboral en las generaciones más jóvenes, respecto de la que ha presentado en el pasado las generaciones más veteranas.

Así pues, podemos también establecer una definición de ratio de dependencia como la relación que existe entre el número de pensionistas y el número de cotizantes que soportan dichas prestaciones, entre los que debemos contabilizar a quienes tienen un empleo y a quienes tienen una prestación de desempleo que conlleve cotización.

Con esta definición, la ratio de dependencia que actualmente presenta nuestro sistema de pensiones se sitúa en el 2,24 mostrando una clara tendencia descendente que comenzó la crisis en 2007, donde alcanzó su mayor registro en 2,71. Si bien esta tendencia decreciente tiende a desacelerarse en los últimos meses, es evidente que nos encontramos en una situación ciertamente difícil aunque todavía nos encontramos a bastante distancia del peor registro que tuvo este indicador en 1996 en el que se situó en 2,06.

Gráfico 1



Fuente: Secretaría de Protección Social de CCOO

En este momento, quizá la cuestión que resulta ciertamente más preocupante respecto de la ratio de dependencia es su composición. Desde el comienzo de la crisis, coincidiendo con la caída del indicador, se ha experimentado un incremento muy significativo del peso relativo que presenta el colectivo desempleados respecto del total de cotizantes.

En la actualidad, aproximadamente el 11% del total de cotizantes son perceptores de una prestación de desempleo y llegó al 14,67% en el año 2012. El efecto práctico de ello es la precariedad que supone el hecho de que la duración de las prestaciones contributivas de desempleo está limitada a un máximo de dos años, por lo que una

vez transcurrido dicho plazo el sistema pierde el ingreso derivado de este cotizante salvo que encuentre un empleo remunerado.

Por ello, hemos de señalar que si bien la ratio de dependencia actual es sensiblemente mejor que la que se registró a mediados de los años 90, sin embargo la estructura de ingresos resulta ciertamente menos consistente y, por ello, está más expuesta a la duración del ciclo económico.

En este contexto, el previsible aumento de la pensión media apuntado antes podría moderarse, por la alta y persistente inestabilidad del empleo y, si perdura en el tiempo, por la fuerte devaluación salarial. Estos dos elementos también pueden tener una influencia estructural sobre los ingresos. Como se señalaba, el aumento actual del empleo no se está viendo acompañado de un incremento, en paralelo, de la recaudación debido a la estrechez de las bases de cotización de las nuevas altas. A pesar de ello, el Gobierno ha previsto una espectacular subida de los ingresos por cotizaciones para 2015 (8,6%), que el escenario macroeconómico oficial no respalda y que la propia Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal ha calificado con el eufemismo de ‘exigente’.

Tabla 1

Determinantes del saldo estructural del sistema de pensiones		
	Impulsan	Recortan
Gastos	Jubilación de los baby boomers Aumento de la esperanza de vida Incremento de la pensión media	Inestabilidad en el empleo Devaluación salarial
Ingresos	Creación de empleo Aumento tasa de actividad femenina Mejora de la productividad Inmigración	Inestabilidad en el empleo Devaluación salarial Baja actividad femenina

El aumento estructural del gasto, previsiblemente, tendrá serias dificultades para ir acompañado de un incremento suficiente de los ingresos por varios motivos.

En primer lugar, si no se acometen decididas políticas públicas de corrección en este fenómeno, por una limitación estrictamente demográfica ya que no habrá tantas personas como antes para incorporarse a la actividad laboral, es decir, no habrá tantos cotizantes porque las nuevas cohortes de población son más estrechas debido a la baja natalidad. Ciertamente, esta escasez podría compensarse con un aumento de la actividad femenina y/o la incorporación laboral de población inmigrante. Sin embargo, claramente la primera, pero también la segunda, son opciones limitadas. Considérese que, en el segundo caso, se trataría de atraer de manera estable mano de obra extranjera, esta vez, también cualificada, cuyo incentivo a emigrar es menor y donde hay que competir con otros destinos posiblemente más atractivos. De este modo, junto a las políticas de igualdad y emigración, debe acometerse otras de fomento de la natalidad que necesariamente pasan por soluciones distintas a las que hasta ahora se han experimentado (chequé bebé, apoyo a familias numerosas, etc.), sino que debe articularse sobre la mejora de la capacidad de renta de los jóvenes, la dotación de servicios públicos (escuelas infantiles, etc.) que permitan la conciliación de la vida laboral y personal, el reforzamiento de estas políticas en el marco de la negociación colectiva, etc.

Pero, como comentábamos, la cantidad de cotizantes no es el único factor que explica los ingresos y que podría permitir hacer frente al aumento de los gastos. El salario es el otro gran determinante que, a su vez, deriva del nivel de productividad y que puede aumentar a ritmos superiores a los habituales, gracias al cambio tecnológico y a la mejora de la educación y formación profesional, así como del propio modelo productivo con que se cuente. Sin embargo, un escenario futuro que se desarrolle bajo las mismas pautas sobre las que se ha veni-

do desarrollando en el pasado, sin que se haga nada por corregirlo, arroja necesariamente un desfase permanente entre ingresos y gastos.

Conseguir ingresos adicionales para el sistema público de pensiones pasa, en consecuencia, por ampliar su financiación con otras fuentes (impuestos, transferencias, etc.) que probablemente habrán de generarse de la participación en la mejora de la productividad de todos los factores productivos. No obstante, es importante señalar que la incorporación de otras fuentes de financiación debería en todo caso realizarse de modo que ello garantice el mantenimiento de la actual lógica que estructura el sistema (organizado en gran medida desde el equilibrio entre los ámbitos de protección contributivos y no contributivos).

De este modo, en el caso de que se optase por aumentar la financiación por la vía de los impuestos, por ejemplo, la mejor garantía de mantener la actual lógica del sistema podría articularse por la vía de que el Estado asumiese progresivamente la financiación (total o parcial) de las pensiones derivadas de muerte y supervivencia (viudedad, orfandad, pensiones a favor de familiares), puesto que estas prestaciones tienen una naturaleza ciertamente compleja que integra una dimensión ciertamente contributiva junto con otra que cabría considerar más como asistencial. En este punto, es importante señalar que en caso alguno se plantea ahora la modificación de ningún aspecto del régimen legal de estas prestaciones, sino que tan sólo nos estamos refiriendo a su financiación.

The 2012 Ageing Report de la Comisión Europea estimaba, antes de la última reforma de 2013, que el gasto en pensiones alcanzará en 2050 su nivel más alto, un 14% del PIB, mientras que los ingresos representarán el 10,9%, ocurriendo un desfase de 3,1 puntos del PIB, unos 30.100 millones sobre el PIB actual. El desfase es considerable pero no ingobernable, de hecho, algunos países de nuestro entorno, como Francia, Italia o Austria, ya superan este volumen de gasto.

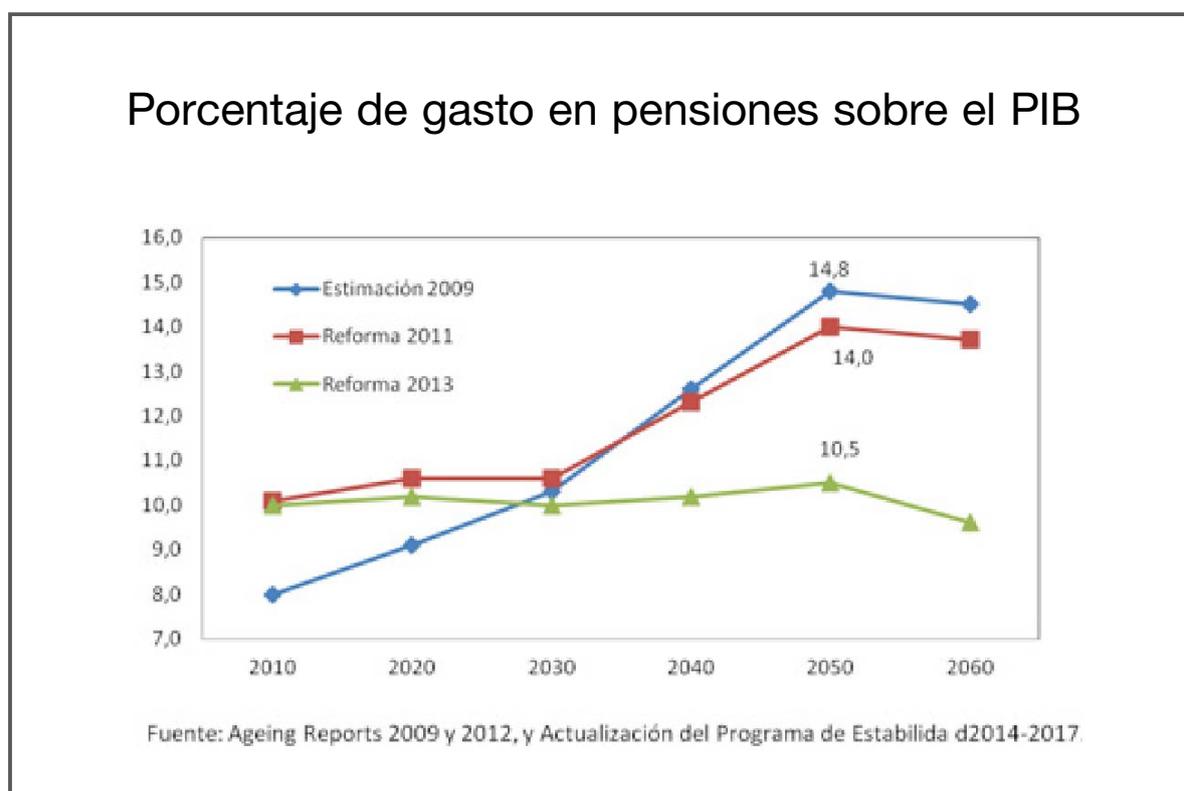
Comparando las estimaciones del Ageing Report de 2009 y 2012, se puede concluir que la reforma de 2011, diseñada desde la óptica del equilibrio entre medidas de refuerzo de la contributividad y de mejora de la protección, recortará en ocho décimas del PIB el gasto en pensiones en 2050 y aumentarán los ingresos en cuatro.

Una vez controlado el crecimiento del gasto, la siguiente reforma, en 2013, debería haber incrementado los recursos del sistema. Como hemos señalado, financiar las pensiones de supervivencia (viudedad, orfandad y a favor de familiares) con impuestos hubiese sido el siguiente paso lógico para igualar los esfuerzos entre ingresos y gastos en el reequilibrio del sistema de pensiones. Sin embargo, el Gobierno aprobó una reforma en 2013 que recortaba nuevamente el gasto y, esta vez, con aún más dureza².

Como se observa en el gráfico 2, donde se recoge el efecto de las últimas reformas sobre el gasto en pensiones entre 2010 y 2050. La reforma de 2011 rebajaba el gasto en pensiones en 2050 (año de mayor gasto) del 14,8% del PIB al 14%, es decir, en 8 décimas. La reforma de 2013 profundiza el recorte hasta el 10,5% en 2050, tres puntos y medio del PIB menos que el nivel previo. Con ella se alcanza el equilibrio en las cuentas de la Seguridad Social sin necesidad de adoptar medidas adicionales sobre los ingresos. Ahora bien, como se verá en el apartado siguiente, esto se consigue al precio de tener pensiones bajas. El sistema público estará en equilibrio presupuestario pero ahora el incentivo a hacerse un plan de pensiones privado es más fuerte que nunca si se quiere disponer de una renta suficiente durante la jubilación.

2 Sólo ha habido un tímido incremento de los ingresos estructurales en 2014. Se amplió la base de cotización al incluirse algunos pagos salariales en especie, si bien también se aprobaron una serie de reducciones en determinadas cotizaciones (tarifa plana para trabajadores autónomos y para algunos contratos por cuenta ajena) que, paradójicamente, tendrán un efecto sobre la recaudación muy similar al que se esperaba conseguir con la primera medida de aumento de recaudación. Aunque en todo caso hemos de señalar que la medida de ingresos se ha presentado como una medida estructural, mientras que en principio las relacionadas con tarifas planas de cotización lo han sido acotadas en el tiempo.

Gráfico 2



02. EL FONDO DE RESERVA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El Fondo de Reserva es un instrumento nacido de los Acuerdos de Diálogo Social de 1996 y 2001 suscritos por los gobiernos de aquel momento y las organizaciones sindicales y empresariales, y su función prioritaria, además de ayudar a corregir los déficits que puedan darse con motivo de la crisis, es la de contribuir a la sostenibilidad del sistema público de pensiones en el medio y largo plazo cuando la generación del baby-boom alcance la edad de jubilación.

Para garantizar esta misión, la Ley 28/2003 reguladora del Fondo de Reserva establece una fórmula de utilización de sus recursos sólo en el caso de déficit estructural del sistema de Seguridad Social y exclusivamente para financiar prestaciones contributivas, estableciendo el límite de utilización anual del Fondo en una

cuantía máxima del 3% del gasto derivado de las pensiones contributivas y los gastos necesarios para su gestión. Con esta medida se garantiza una utilización equilibrada y razonable del Fondo de Reserva buscando el reparto solidario de esfuerzos entre trabajadores y el Estado sin tener que acudir a su consumo anticipado.

No obstante, el Gobierno ha venido suspendiendo temporalmente esta limitación en la utilización del Fondo de Reserva, autorizando así la posibilidad de disposición por importes superiores al mencionado 3%. Lo ha hecho en dos ocasiones: la primera suspendiendo la aplicación en los ejercicios de 2012 a 2014, ciertamente en una situación excepcional, y la segunda en la última Ley de Presupuestos extendiendo la suspensión a los ejercicios 2015 y 2016, lo que en la situación actual y junto con las medidas de renuncia de ingresos que se vienen detallando en esta intervención, simplemente, no se justifica, menos aún cuando se renuncia irresponsablemente a importantes ingresos fiscales derivado de la Reforma Fiscal aprobada por el Gobierno en 2014.

El Gobierno ha venido justificando la suspensión de esta garantía legal desde 2012 con el argumento del déficit que presentaba el sistema de seguridad social como consecuencia de la destrucción de empleo derivada de la crisis económica. Sin embargo, esta línea de justificación choca con el discurso del propio Gobierno de recuperación económica, por lo que si bien en los primeros tres años de suspensión de la norma ésta podría estar justificada, desde luego ya no lo está para la ampliación de la medida en 2015 y 2016 tal y como ha establecido la última Ley de Presupuestos Generales del Estado. Por lo que, desde nuestro punto de vista, debería revisarse esta medida y restituir en su integridad la fórmula de utilización del Fondo de Reserva prevista en la Ley 28/2003.

También resulta ciertamente incongruente la utilización del Fondo de Reserva con el hecho de que desde 2014 se haya puesto en marcha las ya mencionadas medidas de “tarifa plana” de cotización que se mantendrán hasta 2017 y cuya financiación corre a cargo exclusivo de unos menores ingresos de Seguridad Social, en lugar de ser financiadas con imposición general como en otros momentos ha ocurrido con medidas similares de fomento del empleo.

Resulta por tanto conveniente que el Gobierno reconsidere, más allá de la efectividad real de estas medidas, que las mismas se financien, en todo caso, como políticas activas de empleo, al margen de las cotizaciones sociales. La propia AIREF ha calculado que el coste total del conjunto de medidas relacionadas con las “tarifas planas” puestas en marcha hasta ahora ronda los 2.400 millones de euros.

Respecto de la utilización que ha tenido el Fondo de Reserva, debemos señalar que alcanzó un máximo de recursos en 2011 al acercarse a los 70.000 millones de euros. La disposición total que se ha hecho del mismo desde 2012 hasta julio de 2015 ha ascendido a un total de 37.701 millones de € para hacer frente a necesidades de pago de pensiones contributivas³. El montante actual del Fondo de Reserva es ya algo inferior a 40.000 millones de €.

Sin embargo, todo apunta a que su consumo no ha terminado aún. Las previsiones oficiales del Gobierno establecen para 2015 un déficit del 0,6% del PIB, pero otras estimaciones -CCOO y la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF)- indican que este déficit será más próximo al producido en 2014

³ A los que habría que sumar 5.350 millones de euros dispuestos entre 2012 y 2014 de distintos excedentes de gestión de las Mutuas originados en cotizaciones de contingencias profesionales; y 3.255 millones de euros del mismo origen que las Mutuas tienen la obligación de incorporar en 2015 al Fondo de Contingencias Profesionales para, en su caso, ser utilizado por la Tesorería General de la Seguridad Social con el mismo fin.

(1,1% PIB) aduciendo que “a pesar de la mejora de las previsiones macroeconómicas, las variables con influencia en los ingresos por cuotas siguen sin sustentar una evolución de los ingresos como la recogida en los PGE” y que ni el nuevo sistema de liquidación directa ni la incorporación de las retribuciones en especie en las bases de cotización permiten esperar un incremento sustancial en la recaudación.

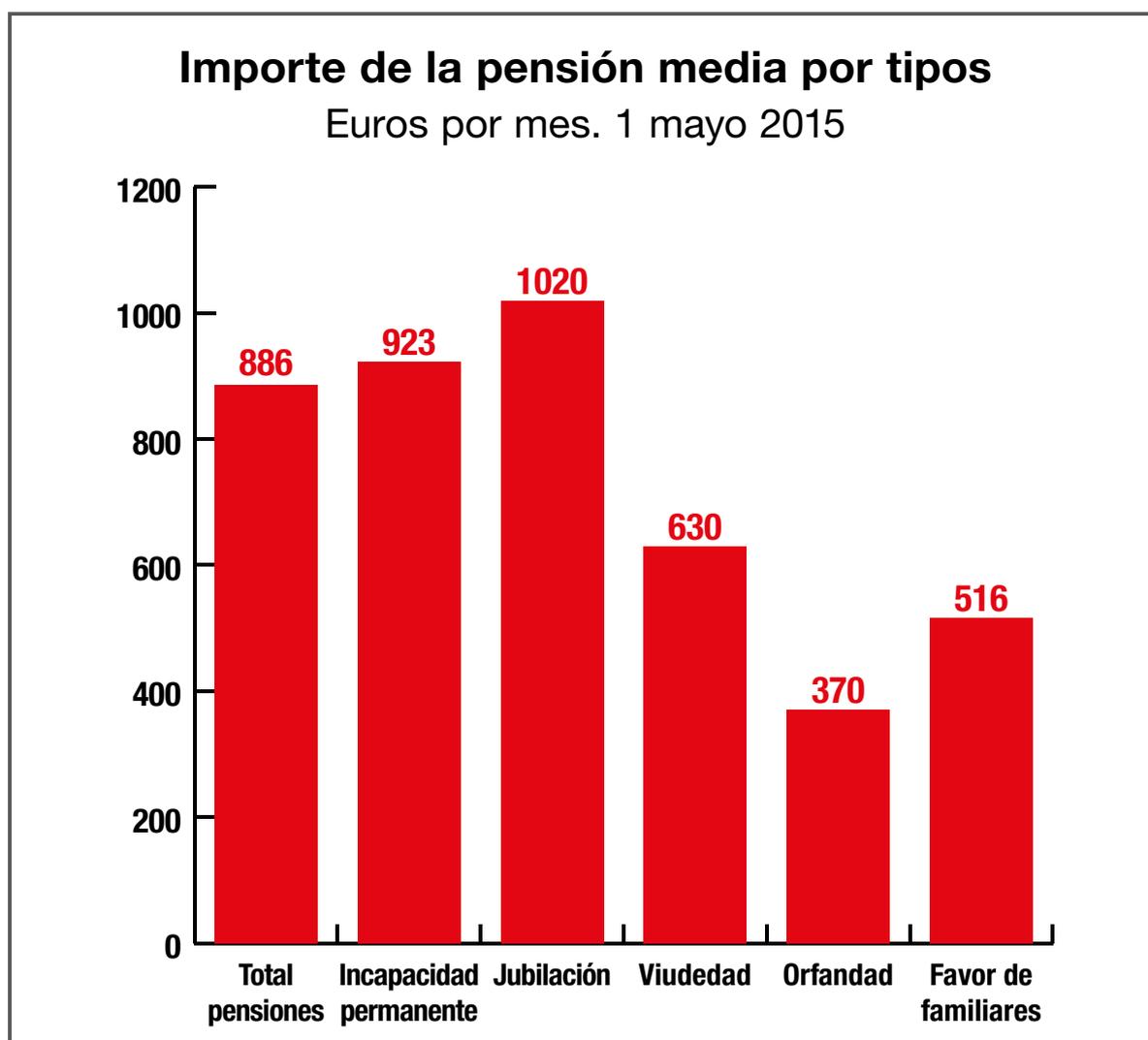
Esta desviación en el presupuesto llevaría a que el Fondo de Reserva tendría que aportar en 2015 cerca de 12.000 millones de euros, lo que incumpliría el límite de utilización del 3% marcado por la Ley 28/2003.

El déficit que presenta actualmente el sistema de Seguridad Social es en parte consecuencia de la crisis económica, pero también responsabilidad del Gobierno por una política económica incorrecta y su falta de medidas de ingresos. Para CCOO es necesario respetar la legislación del Fondo de Reserva y limitar su utilización a los límites establecidos en la misma y abordar medidas coyunturales y estructurales en relación con el incremento de ingresos de la Seguridad Social.

03. CALIDAD DE LAS PENSIONES

La sostenibilidad presupuestaria no es el único problema del sistema público de pensiones, destaca también la calidad o nivel de sus prestaciones. Actualmente, la pensión media contributiva es de 886 euros mensuales, pero cerca del 65% de los pensionistas cobra por debajo de esta cuantía (ver gráfico 3).

Gráfico 3



Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social

No obstante, la evolución que han continuado presentando las pensiones mantiene un considerable ritmo de crecimiento, tanto en el número de beneficiarios como en el importe de la pensión media, si bien en este último caso dicho crecimiento se ha desacelerado como consecuencia de la confluencia de varios factores: la caída de salarios experimentada en los últimos años, el crecimiento del desempleo y los recortes producidos sobre la protección por desempleo (reducción de la base de cotización del subsidio de mayores de 55 años), y el efecto derivado de las reformas legales producidas en 2011 y, de forma mucho más fuerte, en 2013.

Tabla 2

Evolución de pensiones en vigor por clases de pensión.												
Total sistema												
Periodo 2011 - 2015*												
Pensiones	Incapacidad permanente		Jubilación		Viudedad		Orfandad		Favor de familiares		Total	
Año	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
2011.	941.490	873,26	5.296.851	923,73	2.319.896	588,83	275.077	360,86	38.121	474,29	8.871.435	811,42
2012.	940.843	891,24	5.402.863	956,36	2.331.812	603,95	295.221	365,36	37.609	489,02	9.008.348	837,02
2013.	932.045	910,66	5.523.066	988,45	2.345.930	619,89	315.546	369,65	38.030	504,34	9.154.617	862,74
2014.	928.967	918,56	5.621.781	1.008,73	2.356.966	626,24	336.331	367,95	38.687	511,88	9.282.732	877,30
2015*	929.663	923,21	5.622.254	1.019,71	2.349.543	630,42	338.439	370,12	38.883	516,24	9.278.782	885,66
Evolución anual (%)	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2011.	0,64	2,23	1,80	3,42	0,77	2,54	1,70	2,68	1,31	2,48	1,40	3,17
2012.	-0,07	2,06	2,00	3,53	0,51	2,57	7,32	1,25	-1,34	3,11	1,54	3,16
2013.	-0,94	2,18	2,22	3,36	0,61	2,64	6,88	1,17	1,12	3,13	1,62	3,07
2014.	-0,33	0,87	1,79	2,05	0,47	1,02	6,59	-0,46	1,73	1,50	1,40	1,69
2015*	0,03	0,88	1,49	2,14	0,24	1,06	4,79	0,00	1,69	1,69	1,14	1,79
%= Variación porcentual respecto del mismo mes (31 de diciembre) del año anterior. 2015 variación sobre 1 mayo de 2014												
Importe en miles de euros												
*1 mayo 2015												
Fuente: Seguridad Social												

Si atendemos a cómo se comportan cada una de estas pensiones en las distintas Comunidades Autónomas y provincias, el resultado es el siguiente:

Tabla 3

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PENSIONES EN VIGOR A 1 DE JUNIO DE 2015											
	INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUDEDAD		ORFANDAD		FAVOR DE FAMILIARES		TOTAL PENSIONES	
	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media	Número	P. media
Andalucía	203,113	855.12	816,642	924.82	386,419	596.23	70,110	350.46	8,901	489.20	1,485,185	800.07
Almería	8,522	819.40	57,102	823.62	27,631	542.44	5,027	324.87	396	471.40	98,678	717.70
Cádiz	36,530	966.30	101,824	1,062.17	54,904	656.62	10,573	371.22	1,990	489.64	205,821	895.94
Córdoba	14,933	775.29	99,943	838.52	43,849	552.97	7,331	347.95	1,051	481.32	167,107	734.17
Granada	22,882	833.77	103,650	852.84	45,541	549.39	8,006	336.27	1,016	480.00	181,095	749.19
Huelva	11,548	815.80	51,363	973.62	24,921	616.69	4,478	351.77	564	505.36	92,874	825.39
Jaén	20,892	780.28	73,107	839.44	37,303	586.55	6,149	336.20	630	458.19	138,081	738.02
Málaga	32,917	908.96	138,902	942.07	63,375	595.70	12,185	348.21	1,233	494.34	248,612	818.06
Sevilla	54,889	821.77	190,751	973.14	88,895	619.70	16,361	359.65	2,021	503.01	352,917	829.44
Aragón	23,850	1,004.94	184,187	1,058.78	75,705	654.70	9,292	389.59	951	541.99	293,985	927.53
Huesca	5,284	900.99	30,458	957.80	13,630	624.00	1,654	372.19	121	504.69	51,147	842.97
Teruel	2,886	895.11	23,042	950.56	8,964	584.97	1,030	385.04	103	520.55	36,025	837.75
Zaragoza	15,680	1,060.19	130,687	1,101.40	53,111	674.35	6,608	394.65	727	551.24	206,813	964.09
Asturias	31,656	1,086.39	173,129	1,247.25	84,493	696.35	9,058	441.82	1,594	677.00	299,930	1,047.72
I. Baleares	17,765	835.90	112,059	937.21	44,094	571.45	6,368	327.40	132	442.86	180,418	815.96
Canarias	34,224	838.75	160,811	972.86	77,132	613.72	16,506	345.90	1,900	516.58	290,573	823.13
Palmas (Las)	19,934	854.71	82,743	988.62	39,594	615.36	9,257	347.56	1,148	506.20	152,676	831.84
S.c.tenerife	14,290	816.48	78,068	956.16	37,538	611.99	7,249	343.78	752	532.43	137,897	813.49
Cantabria	13,470	965.36	81,348	1,078.59	35,479	641.95	4,587	400.67	1,117	563.53	136,001	926.37
Castilla y León	44,601	923.02	376,610	994.57	157,803	619.88	19,981	399.62	3,673	527.83	602,668	868.60
Ávila	2,682	806.79	23,590	865.30	10,691	597.87	1,398	395.64	214	486.51	38,575	767.99
Burgos	4,651	1,010.62	57,593	1,054.21	21,640	624.64	3,007	400.08	350	582.15	87,241	920.89
León	13,039	969.39	86,738	984.70	37,184	598.56	4,370	409.07	935	577.73	142,266	862.01
Palencia	3,846	904.73	24,535	1,021.68	11,190	644.00	1,419	406.75	303	556.65	41,293	883.90
Salamanca	4,732	864.17	49,591	919.55	21,010	611.20	2,644	402.26	633	475.68	78,610	812.83
Segovia	2,100	828.28	20,208	942.22	9,050	613.70	1,156	381.21	144	496.14	32,658	822.03
Soria	1,218	840.28	14,782	924.26	5,640	590.34	680	400.85	113	527.10	22,433	817.88
Valladolid	9,395	948.25	68,157	1,154.83	27,464	683.67	3,582	393.73	620	521.04	109,218	990.02
Zamora	2,938	824.74	31,416	825.86	13,934	570.21	1,725	392.30	361	462.20	50,374	737.63
C. La Mancha	41,257	848.16	205,240	943.35	96,514	630.98	15,207	365.23	2,344	473.21	360,562	821.40
Albacete	7,049	825.12	40,899	895.54	19,150	616.18	3,122	357.51	610	447.39	70,830	785.43
Ciudad Real	14,186	851.82	50,569	971.97	27,370	652.09	4,502	375.50	762	489.06	97,389	833.22
Cuenca	4,947	774.94	25,197	857.45	11,637	608.19	1,726	364.68	322	471.08	43,829	759.71
Guadalajara	5,250	956.12	22,470	1,080.42	9,241	662.71	1,500	388.23	134	503.97	38,595	934.59
Toledo	9,825	838.58	66,105	937.19	29,116	619.90	4,357	352.44	516	473.66	109,919	818.98
Cataluña	165,333	1,000.03	1,057,505	1,035.99	394,388	635.92	47,978	368.27	1,399	538.24	1,666,603	918.11
Barcelona	127,773	1,027.82	799,725	1,072.37	293,429	657.95	35,074	379.24	1,100	544.87	1,257,101	951.30
Girona	12,674	865.33	98,637	908.90	36,596	560.58	4,440	328.28	62	512.68	152,409	804.57
Lleida	10,075	879.28	58,200	870.69	25,246	549.78	3,131	344.94	63	505.24	96,715	770.56
Tarragona	14,811	957.69	100,943	967.30	39,117	596.74	5,333	343.11	174	517.39	160,378	854.79
C.valenciana	94,374	875.90	572,156	929.65	240,791	599.33	36,827	347.58	2,492	489.24	946,640	816.47
Alicante	23,081	813.33	188,322	873.13	78,416	582.74	12,268	327.17	1,135	480.40	303,222	769.92
Castellón	11,755	892.99	79,407	874.14	29,959	563.61	4,353	352.25	231	459.73	125,705	783.06
Valencia	59,538	896.78	304,427	979.10	132,416	617.24	20,206	358.97	1,126	504.20	517,713	851.85
Extremadura	24,484	761.28	120,165	847.00	61,628	599.64	10,194	360.41	1,707	468.67	218,178	741.81
Badajoz	14,441	757.96	67,267	865.59	36,596	614.50	6,558	355.58	1,201	462.90	126,063	750.00
Cáceres	10,043	766.06	52,898	823.35	25,032	577.92	3,636	369.12	506	482.36	92,115	730.61
Galicia	68,469	816.27	464,830	847.09	186,595	533.37	23,941	364.89	5,914	470.81	749,749	747.84
Coruña (A)	25,835	822.64	177,780	900.15	73,370	569.90	9,759	375.32	2,175	478.56	288,919	788.45
Lugo	10,196	809.60	75,113	738.92	29,631	456.36	3,098	358.64	764	449.01	118,802	662.73
Ourense	9,865	804.26	68,928	707.39	26,236	468.90	2,830	361.53	1,177	449.73	109,036	647.01
Pontevedra	22,573	817.23	143,009	905.29	57,358	555.92	8,254	356.05	1,798	484.50	232,992	788.05
Madrid	75,517	1,020.90	704,595	1,211.48	264,254	715.13	35,021	400.53	2,904	548.62	1,082,291	1,048.97
Murcia	32,148	816.17	133,806	901.32	60,877	581.16	11,074	343.06	971	493.20	238,876	780.73
Navarra	11,052	1,094.14	83,978	1,152.34	29,510	679.17	4,155	388.03	393	557.14	129,088	1,012.78
País Vasco	42,490	1,182.20	334,083	1,262.44	135,058	748.83	15,616	435.01	2,363	641.04	529,610	1,097.86
Araba/Alava	5,908	1,167.18	46,633	1,274.76	16,237	727.03	1,815	418.78	188	548.37	70,781	1,116.25
Gipuzkoa	14,085	1,194.68	116,536	1,214.14	43,402	737.68	4,972	425.58	657	626.57	179,652	1,073.54
Bizkaia	22,497	1,178.33	170,914	1,292.01	75,419	759.95	8,829	443.65	1,518	658.79	279,177	1,108.84
Rioja (La)	5,034	927.92	43,703	959.19	16,045	620.69	1,961	369.49	186	532.75	66,929	857.23
Ceuta	893	1,076.23	3,951	1,125.06	2,648	683.35	691	328.20	44	515.61	8,227	907.40
Melilla	1,158	945.15	3,220	1,074.64	2,361	643.16	775	309.98	31	507.34	7,545	838.87
TOTAL	930,888	923.50	5,632,018	1,020.80	2,351,794	630.68	339,342	370.32	39,016	516.87	9,293,058	886.46

En lo que respecta a la evolución futura que probablemente registrará nuestro sistema de pensiones, el próximo Ageing Report realizado por la Comisión Europea, que se publicará a lo largo de 2015, reflejará probablemente una caída de la tasa de reemplazo (porcentaje que representa la pensión media sobre el salario medio) y del ratio de prestaciones de las pensiones públicas (respecto del conjunto de la economía), como consecuencia de los dos bloques de reformas aprobados a lo largo de 2013, que afectan al nivel de la pensión:

- ⊕ El RDL 5/2013 que endurece los requisitos de acceso a las jubilaciones anticipadas (años de cotización requeridos para el acceso, endurecimiento de los coeficientes reductores, etc.)
- ⊕ La Ley 5/2013 que introduce un nuevo factor de sostenibilidad que recortará la pensión inicial en función de la evolución de la esperanza de vida: a mayor esperanza mayor recorte de la pensión inicial, bajo el argumento de que así se mantienen la equidad entre generaciones y olvidando que el progreso permite la mejora de los niveles de vida de las generaciones futuras, incluido el de las personas que alcanzan la edad de jubilación. Empezará aplicarse a partir de 2019 sobre las nuevas pensiones y se revisará automáticamente cada 5 años en función de los cambios en la esperanza de vida a los 67 años. Si la esperanza de vida evoluciona como se ha previsto que lo haga (el aumento previsto de la esperanza de vida que pasará de 18,8 años en 2012 a 22,8 años en 2060), la pensión inicial pasará de ser el 100% en 2018 a suponer el 82% en 2060, como consecuencia de la aplicación del factor.

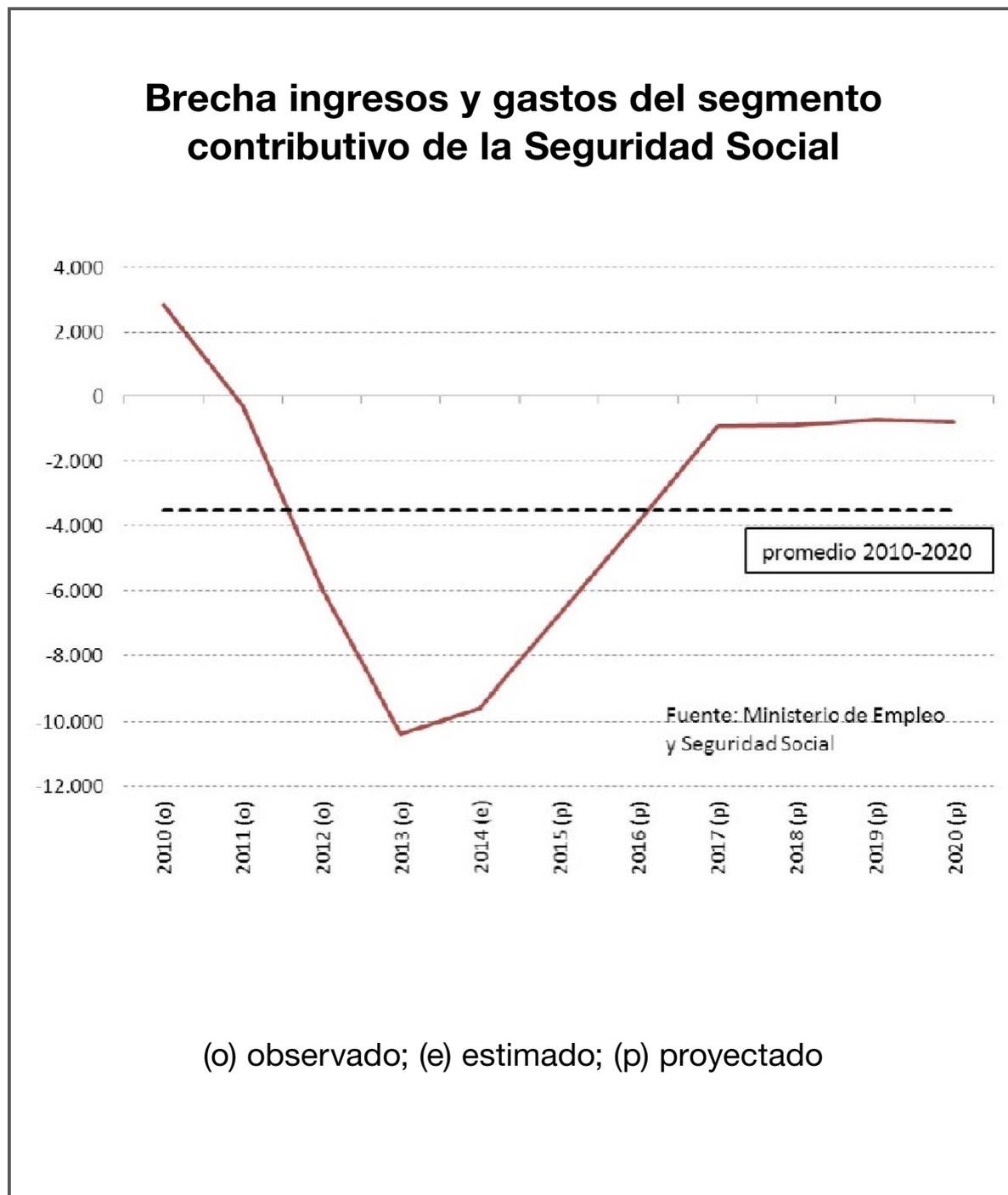
04. REVALORIZACIÓN DE LAS PENSIONES Y PODER DE COMPRA

La Ley 23/2013 introdujo también un nuevo mecanismo para revalorizar las pensiones a partir del año 2014, que ha generado una fuerte polémica, pues suprime el criterio vigente hasta entonces, de mantener el poder adquisitivo de las pensiones y reinterpreta, a la baja, el deber de los poderes públicos de garantizar, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad, establecido en el artículo 50 de la Constitución. El nuevo mecanismo se basa en un Índice de Revalorización de las Pensiones (IRP) que estima si el sistema se encuentra en déficit o superávit estructural. En el primer caso, las pensiones suben un 0,25% y en el segundo el 0,5% + el IPC del año anterior.

Durante sus dos primeros años de aplicación, 2014 y 2015, las pensiones han subido un 0,25% respectivamente, pues el saldo estructural de sus cuentas fue deficitario. Las pensiones ganaron un 0,45% de poder de compra en 2014, gracias a que los precios se recortaron en media un 0,2%. El cuadro macroeconómico, incluido en el Proyecto de Presupuesto Generales del Estado, prevé una inflación del 0,6% en 2015, aunque, a la vista de la evolución reciente del precio del petróleo, el IPC podría no crecer. Dependiendo de cuál sea la inflación final, el poder de compra de las pensiones puede variar entre el -0,35% y el 0,25% en 2015.

La aplicación del nuevo mecanismo de revalorización no ha tenido, por el momento, un efecto negativo sobre el poder de compra de las pensiones, gracias al contexto de baja inflación, pero lo tendrá en cuando la inflación repunte pues, tal y como se observa en el gráfico 4, las previsiones del Gobierno son que el IRP registre valores negativos hasta el 2020, lo que limitará su subida al 0,25%.

Gráfico 4



En el mismo sentido, debemos recordar que antes de la puesta en marcha en 2013 del IRP, las pensiones públicas sí han venido perdiendo poder adquisitivo desde 2010 con las sucesivas congelaciones y no revalorizaciones que en 2011 y 2012 impusieron los distintos gobiernos que se han sucedido.

Tabla 4

REVALORIZACIÓN Y PODER ADQUISITIVO DE LAS PENSIONES						
Porcentajes de variación						
	IPC medio	IPC anual noviembre	Subida inicial	Compensación por desviación IPC	Subida total	Poder de compra
1986	8,8	8,2	8		8	-0,8
1987	5,2	4,7	5		5	-0,2
1988	4,8	5,4	4		4	-0,8
1989	6,8	7,3	5,8		5,8	-1
1990	6,7	6,7	7,5		7,5	0,8
1991	5,9	5,7	6,7		6,7	0,8
1992	5,9	5,1	5,7		5,7	-0,2
1993	4,6	4,7	5,1		5,1	0,5
1994	4,7	4,4	3,5	0,9	4,4	-0,3
1995	4,7	4,4	3,5	0,9	4,4	-0,3
1996	3,6	3,2	3,5		3,5	-0,1
1997	2	2	2,6		2,6	0,6
1998	1,8	1,4	2,1		2,1	0,3
1999	2,3	2,7	1,8	0,9	2,7	0,4
2000	3,4	4,1	2	2,1	4,1	0,7
2001	3,6	2,7	2	0,7	2,7	-0,9
2002	3,5	3,9	2	1,9	3,9	0,4
2003	3	2,8	2	0,8	2,8	-0,2
2004	3	3,5	2	1,2	3,5	0,5
2005	3,4	3,4	2	1,4	3,4	0
2006	3,5	2,6	2	0,6	2,6	-0,9
2007	2,8	4,1	4	2,1	4,1	1,3
2008	4,1	2,4	2	0,4	2,4	-1,7
2009	-0,3	0,3	2		2	2,7
2010	1,8	2,3	1	1,3	2,3	0,5
2011	3,2	2,9	0		0	-3,2
2012	2,4	2,9	1		1	-1,4
2013	1,4	0,2	1,65		1,65	0,25
Pensión =< 1.000€			2			
Pensión > 1.000€			1			
2014	-0,2	-0,4	0,25		0,25	0,45
2015 (p)	0,6		0,25		0,25	-0,35

Fuente: Gabinete Económico de CCOO.

Por otro lado, y como mencionábamos antes, el poder de compra de las pensiones se recortó un 3,8% entre 2010 y 2014. La caída se concentra en el año 2011, cuando se congelaron, y en menor medida en el año 2012, cuando no se corrigió la desviación con respecto a la inflación real (ver tabla 4). La pérdida de poder de compra de los jubilados, muy posiblemente, ha sido más alta debido al aumento del precio de los medicamentos que tienen un mayor peso en su cesta de consumo. El INE debería sacar más rentabilidad del Índice de precios de Consumo –que es una de las dos operaciones más caras del sistema estadístico público- y elaborar índices colectivos específicos: jubilados, hogares de bajos ingresos, etc.

05. PÉRDIDA DEL PODER ADQUISITIVO DE LAS PENSIONES

Desde 2011 las pensiones públicas acumulan una pérdida de poder adquisitivo de hasta el 1,50%. En los próximos años seguirá creciendo esta pérdida por la nueva fórmula impuesta por el Gobierno para revalorizar pensiones.

El BOE publicaba la decisión del gobierno de no actualizar las pensiones el 1 de diciembre de 2012, cuando los aproximadamente 9 millones de pensionistas ya habían generado derecho a la revalorización de sus pensiones durante aquel año conforme a la legislación vigente entonces, que tomaba la referencia de la inflación al mes de noviembre de cada año.

La no revalorización de las pensiones afectó sin excepciones a la totalidad de los 9 millones de pensiones públicas. Unas pensiones cuya cuantía media entonces era de 837 euros/mes, 956 euros/mes en el caso de la pensión de jubilación, y de 603 euros/mes en las pensiones de viudedad.

El gobierno utilizó esta medida en 2012 como medida de ajuste, argumentando que lo exigía la política de austeridad comprometi-

da por el Ejecutivo del Partido Popular con la Comisión Europea. El efecto práctico sobre los pensionistas ha supuesto que los mismos han visto reducidas sus pensiones en aproximadamente 2.000 millones de euros anuales desde entonces, lo que hasta hoy acumula un efecto próximo a los 6.000 millones de euros.

No ha sido la única agresión que han sufrido las pensiones públicas en esta legislatura. Posteriormente, el gobierno decidió derogar unilateralmente la fórmula de actualización de las pensiones vigente desde 1996 por acuerdo de diálogo social suscrito entre el gobierno de aquel momento y las organizaciones sindicales, y sustituirlo por una nueva fórmula conocida como índice de revalorización de pensiones (IRP), cuyo resultado para los próximos años el gobierno ya ha anunciado que será una revalorización de tan sólo el 0,25% pese a las previsiones de superior inflación que tanto el Gobierno de la nación como la Comisión Europea manejan para esos mismos ejercicios.

El efecto acumulado de las sucesivas medidas de recorte impuestas desde 2011 arroja una pérdida acumulada de poder adquisitivo de entre el -0,50% y el -1,50%, dependiendo de la cuantía de la pensión; y la brecha seguirá aumentando como consecuencia de la nueva fórmula de revalorización.

La sentencia 61/2015 de 18 de marzo del Tribunal Constitucional avala por mayoría la congelación de pensiones de 2012, aunque varios magistrados se han mostrado contrarios a la misma.

En este sentido, llama la atención de CCOO la debilidad argumental que presenta la sentencia y que podría suponer un grave precedente respecto de cómo se ha venido interpretando hasta ahora la forma en que se consolidan determinados derechos sociales, frente a la mayor solidez del voto particular suscrito por cuatro magistrados que no comparte la línea argumental de la sentencia.

CAPÍTULO 4. SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

La atención a las personas en situación de dependencia es el más joven de los ámbitos de protección que ofrece nuestro sistema de protección social. Nacido del Acuerdo de Diálogo Social suscrito en diciembre de 2005 por CCOO, UGT, CEOE, CEPYME y el Gobierno de la Nación, su concreción jurídica se ha dado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

El objeto de la Ley es el de regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia mediante la provisión de unas prestaciones adecuadas a través del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) De este modo, la Ley tiene como objeto establecer un marco de colaboración de todas las administraciones públicas (central, autonómica y local) y la garantía de la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos con independencia del territorio del Estado en el que residan.

La Ley de Dependencia contempla un calendario progresivo de implantación previsto inicialmente entre 2007 y 2015, si bien, como veremos más adelante, ha sido ampliado; comenzando a proteger las situaciones de mayor grado de dependencia y ampliando paulatinamente la cobertura del sistema hasta las más moderadas.

Precisamente, la última etapa del proceso de implantación en el que nos encontramos actualmente ha estado marcada por las reformas unilaterales impuestas por el gobierno de la nación desde mediados de 2012¹, y que, como veremos, han supuesto un evidente recorte de la cobertura que ofrece el Sistema así como de la intensidad de algunas de sus prestaciones.

La situación actual que ofrece el SAAD podría resumirse así:

La cobertura que ofrece actualmente el SAAD está dirigida a Grandes dependientes (catalogados como Grado III) y Dependientes severos (Grado II), mientras que la entrada en vigor de la cobertura pública para la mayoría de Dependientes moderados (Grado I) se ha retrasado hasta el 1 de julio de 2015; si bien no dispondremos de los datos estadísticos de cómo se está atendiendo esta obligación legal hasta transcurridos unos meses.

El número de personas en situación de dependencia con derecho reconocido a la atención se sitúa en la última estadística publicada por el IMSERSO de fecha 31 de mayo de 2015 en 887.350 personas, de las que, sin embargo, tienen una prestación efectiva 745.159 dependientes. Es decir, 132.191 personas en situación de dependencia (el 15,07%) se encuentran en lo que comúnmente se denomina “lista de espera”, esto es, reconocidas con derecho a ser atendidas pero pendientes de que se determine una prestación efectiva para ellos.

Adicionalmente a los anteriores, el número de Dependientes moderados (Grado I) que actualmente están reconocidos como tales, y cuyo derecho a la atención entra en vigor en julio de 2015, asciende a 312.025. Por lo que el umbral de atención que deberá alcanzar el conjunto del SAAD, una vez esté completamente implantado, se sitúa en el entorno del 1,2 millones de personas.

¹ En virtud, principalmente, de lo establecido en el Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Es habitual que quienes cuentan con una prestación reconocida la compatibilicen con otra. Por ello el número total de prestaciones reconocidas por el Sistema es de 944.207 prestaciones, lo que implica que, en media, cada beneficiario es atendido con 1,27 prestaciones. De todas ellas, el 38,47 % corresponden a una prestación económica de cuidado familiar y el 61,53 % restante se reparte entre las distintas prestaciones de servicios² reconocidas en el catálogo.

En los apartados sucesivos, analizaremos cómo han evolucionado los distintos parámetros antes señalados en el conjunto del Sistema y en cada una de las Comunidades Autónomas.

01. LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA DURANTE 2014

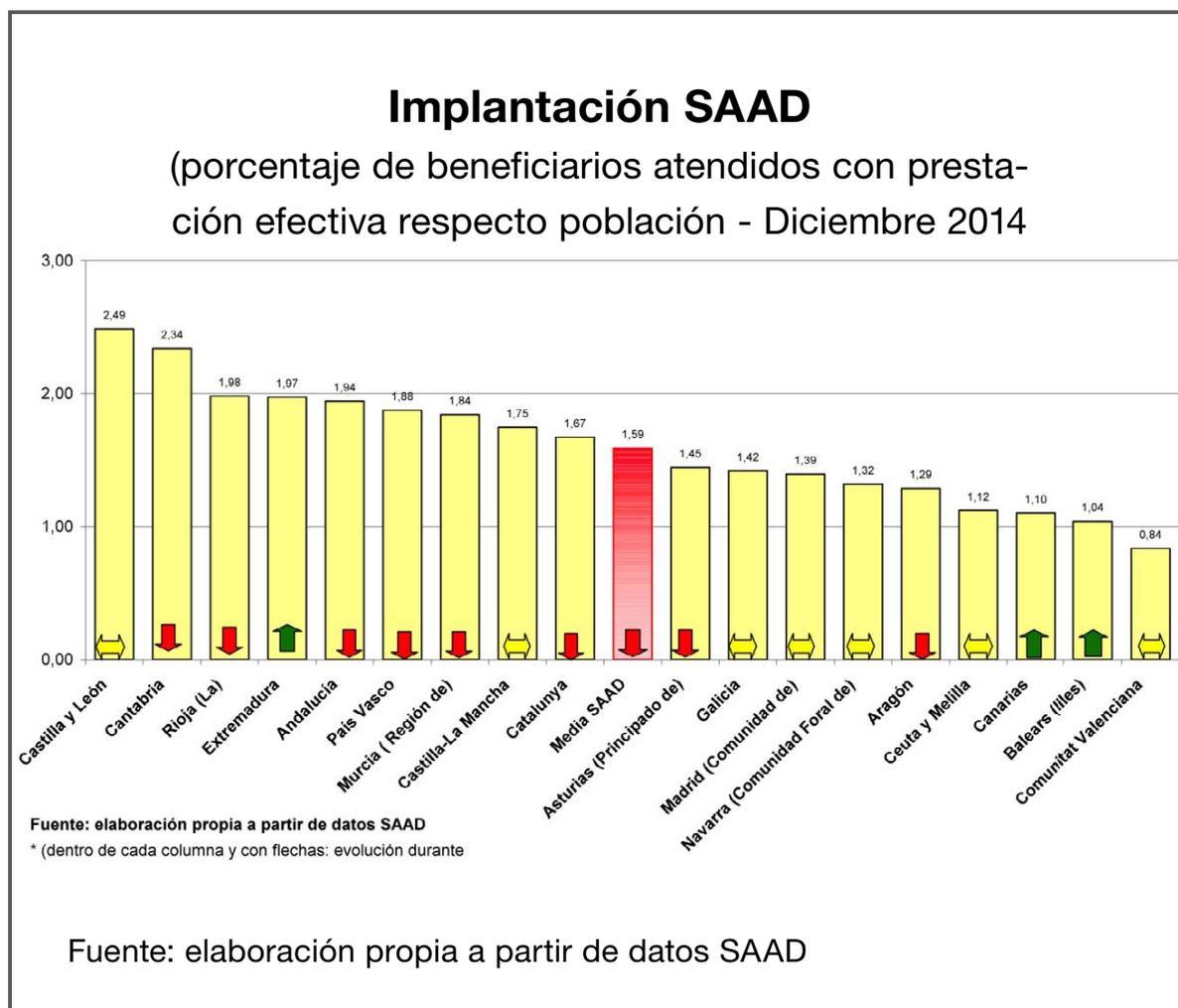
Son varios los indicadores que se pueden utilizar para ayudar a definir la implantación que está teniendo el SAAD (solicitudes, dictámenes, prestaciones reconocidas, lista de espera, ...) y ciertamente todas ellos nos aportan información útil. Pero desde nuestro punto de vista el que mejor puede ilustrar el nivel de cobertura que se ha alcanzado es el de personas atendidas con una prestación efectiva.

Atendiendo a dicho indicador, y poniéndolo en relación con la población que reside en cada territorio³, podemos ver que el SAAD ha alcanzado un nivel de cobertura efectiva del 1,55%; si bien este dato general presenta cierta homogeneidad en la mayoría de Comunidades Autónomas, subsisten aún diferencias en el ritmo que presentan algunas de ellas.

2 Se incluye entre las mismas tanto las prestaciones de servicios directos (52,23%) como las prestaciones económicas vinculadas a un servicio (7,92%).

3 Con ello conseguimos disponer de un indicador que permite la comparación homogénea entre CCAA, corrigiendo las diferencias de tamaño que tienen.

Gráfico 1



Lejos de lo que las previsiones más agoreras generadas en un principio alrededor de este nuevo ámbito de protección, transcurridos ocho años desde su puesta en marcha y aún sin finalizar plenamente su calendario de implantación, podemos comprobar que no se han generado 17 sistemas distintos, como algunos temían.

Más bien se advierte que la mayoría de territorios se sitúan en torno a dos grandes grupos, uno que presenta una implantación ligeramente superior a la media (entre los que destacan Castilla y León y Cantabria, seguidos por La Rioja, Extremadura, Andalucía, País Vasco, Murcia, Castilla-La Mancha y Catalunya); y un segundo grupo con indicadores ligeramente más bajos que la media (Asturias, Galicia, Madrid,

Navarra, Aragón, Ceuta y Melilla, Canarias e Illes Balears). Pero en cualquier caso, aún con evidentes diferencias en el ritmo de implantación, la práctica totalidad de territorios se encuentran en el entorno de la media del SAAD, sin una excesiva dispersión.

Ya en solitario, la C. Valenciana sigue presentando un resultado claramente descolgado del resto; situación que arrastra desde la puesta en marcha del Sistema. En este sentido es reseñable el hecho de que por primera vez desde la puesta en marcha del SAAD, los territorios que históricamente ha venido constituyendo el grupo de CCAA “descolgadas” en el proceso de implantación se limita ahora a esta única Comunidad Autónoma.

La Comunidad de Madrid, históricamente integrante del grupo con peores registros, lo ha ido abandonado progresivamente desde hace poco más de dos años, coincidiendo con una crisis de gobierno que ha afectado a su presidencia. Illes Balears y Canarias, por su parte, han sido casi las únicas CCAA que han mejorado en términos absolutos su grado de implantación durante 2014. Especialmente significativo ha sido el caso de Canarias que, sólo en el mes de diciembre de 2014, ha casi duplicado el número de beneficiarios con prestación efectiva.

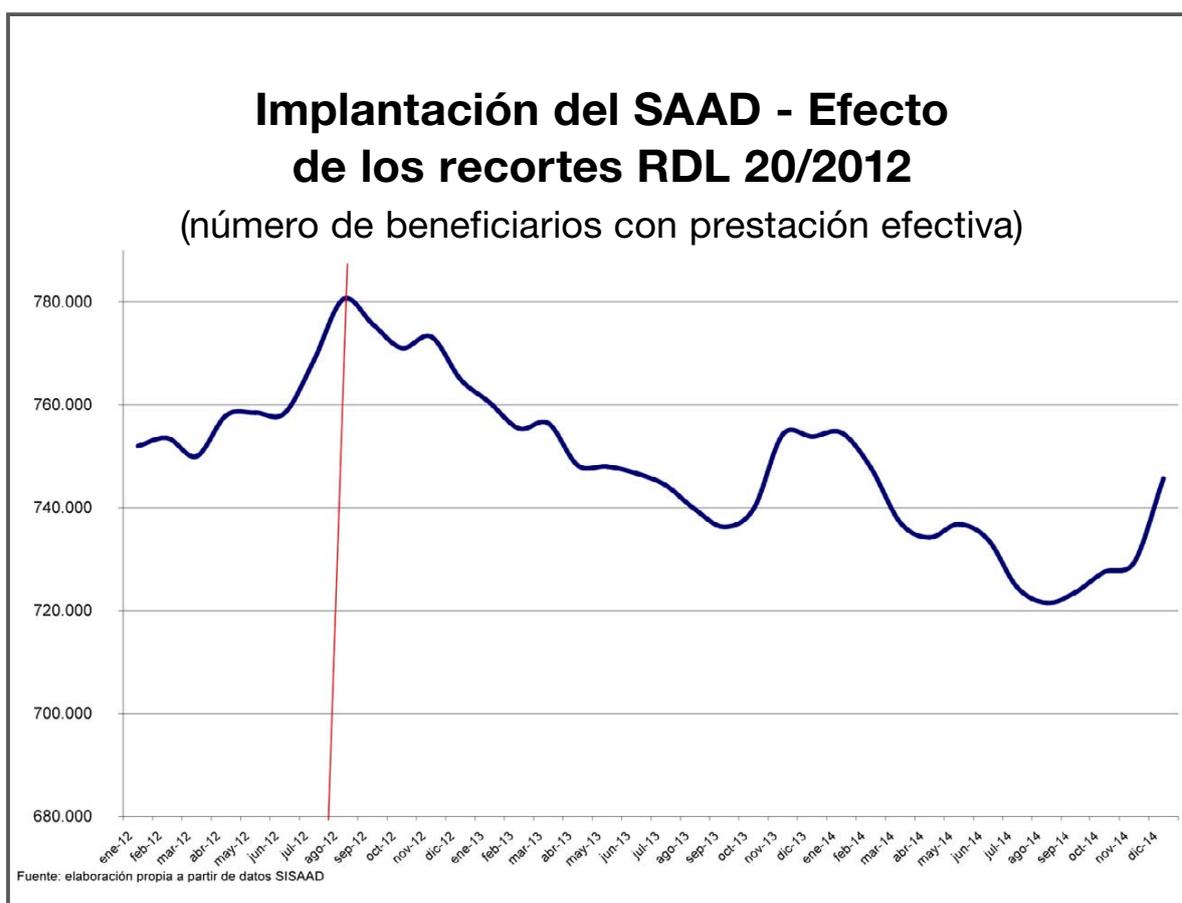
Todo ello, junto con otros precedentes históricos como el de Castilla y León⁴, refuerza la idea de que la parte más significativa de responsabilidad en el grado de implantación que tiene el SAAD en cada territorio, tiene más que ver con la actitud política de los respectivos gobiernos autonómicos que con cuestiones jurídicas o materiales relacionadas con el diseño del propio Sistema.

4 Castilla y León fue una de las CCAA que en la puesta en marcha del SAAD se posicionó abiertamente en contra de su implantación y, junto a Madrid, abanderó la posición política crítica al Sistema de las autonomías gobernadas por el PP, entonces en oposición al gobierno central; hasta el punto de que durante todo 2007, primer año de implantación, no reconoció ni un solo beneficiario de dependencia. Sin embargo, en 2014 ha sido la CCAA que mayor índice de implantación presenta.

Aún preservando el mismo grado de homogeneidad que hemos descrito, es importante señalar que desde mediados de 2012 el nivel de cobertura del SAAD se ha venido reduciendo significativamente.

Las reformas impuestas en el RDL 20/2012⁵ han tenido como consecuencia una importante reducción tanto del número de personas con derecho a ser atendidas como una pérdida de beneficiarios que acceden a una prestación efectiva. Dicha minoración supone la quiebra del perfil que históricamente ha tenido el Sistema de creciente y continua cobertura, pese a la lentitud y el evidente retraso que arrastraba el proceso desde su inicio.

Gráfico 2



⁵ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

Desde agosto de 2012, mes a partir del cuál comenzaron a ponerse en marcha las medidas adoptadas en el RDL 20/2012, el SAAD ha perdido 129.163 personas con derecho a prestación (lo que supone una reducción del -12,63%), y se ha reducido en 34.816 personas (-4,46%) el número de dependientes que reciben una prestación efectiva.

Sólo en el año 2014 la reducción del número de personas con derecho a estar atendido ha sido de 50.623 dependientes menos (-5,36%), y las personas que tienen una prestación efectiva se ha reducido en 8.122 beneficiarios (-1,08%); y ello pese a la ligera mejoría que ha experimentado estos datos en la última etapa del año.

Dicha mejoría se ha venido registrando desde el mes de septiembre, y ha sido especialmente significativa entre los meses de noviembre y diciembre; lo cual llama la atención, sobretodo teniendo en cuenta el amplio retraso con el que se ha publicado los datos de cierre de 2014⁶. De modo que habremos de remitirnos a la evolución que registre el Sistema en los meses sucesivos para comprobar en qué grado la mencionada mejoría en la estadística es atribuible estrictamente al resultado de 2014 o a la posible traslación de las coberturas obtenidas en los primeros dos meses de 2015.

Por su parte, atendiendo al comportamiento registrado en cada una de las Comunidades Autónomas, podemos comprobar en el primer gráfico cómo en 2014 la tónica general ha sido la pérdida de cobertura del Sistema en la gran mayoría de CCAA, mientras que sólo se ha experimentado una cierta mejora relativa concentrada principalmente en las CCAA con menor nivel de implantación.

6 La información de cierre del año 2014 ha sido publicada el 26 de febrero de 2015.

Tabla 1

Evolución de la implantación SAAD						
	Efecto de los recortes RDL 20/2012				Evolución año 2014	
	Número beneficios con prestación efectiva (agosto 2012)	Número beneficios con prestación efectiva 2014	Diferencia Número beneficiarios atendidos (2012 / 2014)	Diferencia % beneficiarios atendidos (2012 / 2014)	Diferencia Número beneficiarios atendidos 2014 (enero/diciembre)	Diferencia % beneficiarios atendidos 2014 (enero/diciembre)
Andalucía	196.202	163.348	-32.854	-16,74	-4.369	-2,60
Aragón	22.676	17.076	-5.600	-24,70	-1.426	-7,71
Asturias (Principado de)	14.929	15.354	425	2,85	-207	-1,33
Balears (Illes)	9.879	11.483	1.604	16,24	713	6,62
Canarias	11.926	23.196	11.270	94,50	11.782	103,22
Cantabria	14.379	13.774	-605	-4,21	-1.015	-6,86
Castilla y León	62.408	62.047	-361	-0,58	220	0,36
Castilla-La Mancha	38.960	36.322	-2.638	-6,77	28	0,08
Catalunya	142.395	125.821	-16.574	-11,64	-13.570	-9,74
Comunitat Valenciana	43.960	41.809	-2.151	-4,89	57	0,14
Extremadura	19.028	21.697	2.669	14,03	837	4,01
Galicia	37.048	39.004	1.956	5,28	275	0,71
Madrid (Comunidad de)	81.607	90.038	8.431	10,33	940	1,06
Murcia (Región de)	27.371	27.029	-342	-1,25	-922	-3,30
Navarra (Comunidad Foral de)	8.760	8.454	-306	-3,49	44	0,52
País Vasco	39.458	41.049	1.591	4,03	-1.031	-2,45
Rioja (La)	7.601	6.320	-1.281	-16,85	-468	-6,89
Ceuta y Melilla	1.949	1.899	-50	-2,57	-10	-0,52
TOTAL SAAD	780.536	745.720	-34.816	-4,46	-8.122	-1,08

Las CCAA que durante 2014 han empeorado su nivel de cobertura han sido Catalunya, Aragón, La Rioja, Cantabria, Murcia, Andalucía, País Vasco, Asturias, Ceuta y Melilla; mientras que sólo ha mejorado el nivel de implantación en el caso de Canarias (que, sólo entre noviembre y diciembre, ha duplicado el número de beneficiarios atendidos), Baleares, Extremadura y muy ligeramente en Madrid. Por su parte, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid, Navarra, Ceuta y Melilla presentan prácticamente el mismo número de beneficiarios que hace un año.

Respecto del efecto que han tenido las reformas impuestas a mediados de 2012, el SAAD registra una reducción del 4,46% en el número de personas atendidas. Una situación que se da en casi todas las Comunidades Autónomas a excepción de Canarias, Madrid, Balears, Extremadura, Galicia, País Vasco y Asturias que, si bien en distinto grado, han incrementado su cobertura. La mayoría de estas CCAA (a excepción de País Vasco y Asturias) partían de un nivel muy bajo de implantación.

Por último, en este punto merece la pena detenernos en la reducción que ha experimentado en estos mismos periodos la denominada “lista de espera”, esto es, personas con derecho reconocido pero que no reciben ninguna prestación de forma efectiva por estar pendientes de elaboración del Programa Individual de Atención (PIA).

El gobierno se ha esforzado en presentar la evidente reducción de este indicador (ha pasado de 242.349 personas en agosto de 2012 a las actuales 148.002 personas) como un dato de mejora de cobertura que ofrece el SAAD, pese a que dicha minoración no ha supuesto un aumento del número de personas atendidas, al contrario, éste se ha visto reducido. Mientras que la lista de espera se minoraba en 94.347 personas, el Sistema de Dependencia perdía 34.816 beneficiarios con prestación efectiva.

Se ha polemizado mucho sobre las causas que explican la evolución de la lista de espera, y quizá ello ha distraído la atención sobre un elemen-

to tan importante como aquel: transcurridos siete años de la puesta en marcha del Sistema, ¡más del 16% de quienes tienen derecho reconocido se encuentran aún desprotegidos!. Y, pese a la reducción que experimenta este indicador, el ritmo al que en este momento se reduce implica que para terminar con la actual lista de espera sería necesario invertir casi 6 años más. Y ello sin contar con los más de 300.000 nuevos beneficiarios de Grado I a los que la ley obliga a atender a partir de julio de 2015.

En lugar de ello, se ha polemizado mucho sobre si la reducción de la lista de espera se ha conseguido por el fallecimiento de estas personas antes de poder acceder a una prestación, hecho que el gobierno se ha obstinado en esconder negando las reiteradas peticiones de información que hemos realizado, entre otros, las organizaciones sindicales; pero es innegable que este fenómeno necesariamente ha contribuido a ello de forma significativa.

En este sentido, y con independencia del grado de explicación que pueda llegar a tener el fenómeno de los fallecimientos, resulta absolutamente inaceptable el grado de opacidad al que el gobierno actual somete el SAAD: publicación de datos de gestión con casi tres meses de retraso, ausencia de estadísticas de altas y bajas mensuales, ausencia de datos sobre la evolución mensual de la lista de espera (composición y tiempo de permanencia en esta situación, causa de la baja en la lista de espera (fallecimiento, acceso a una prestación efectiva y de qué tipo), plazos de reconocimiento de derecho, etc.

Y junto a ellos, no cabe hablar de un Sistema debidamente transparente si no se incluye información periódica de algunos otros indicadores de la calidad de las prestaciones que ofrece el SAAD (número de horas de atención reconocidas en los servicios de ayuda a domicilio, centros de día, prevención,...; detalle de los servicios a los que se accede en los centros de día, residencias, prevención, etc.; tipo y características de la compatibilidad de prestaciones que se está pro-

duciendo; nivel de copago aportado por el beneficiario, precios públicos/concertados de los servicios; etc.).

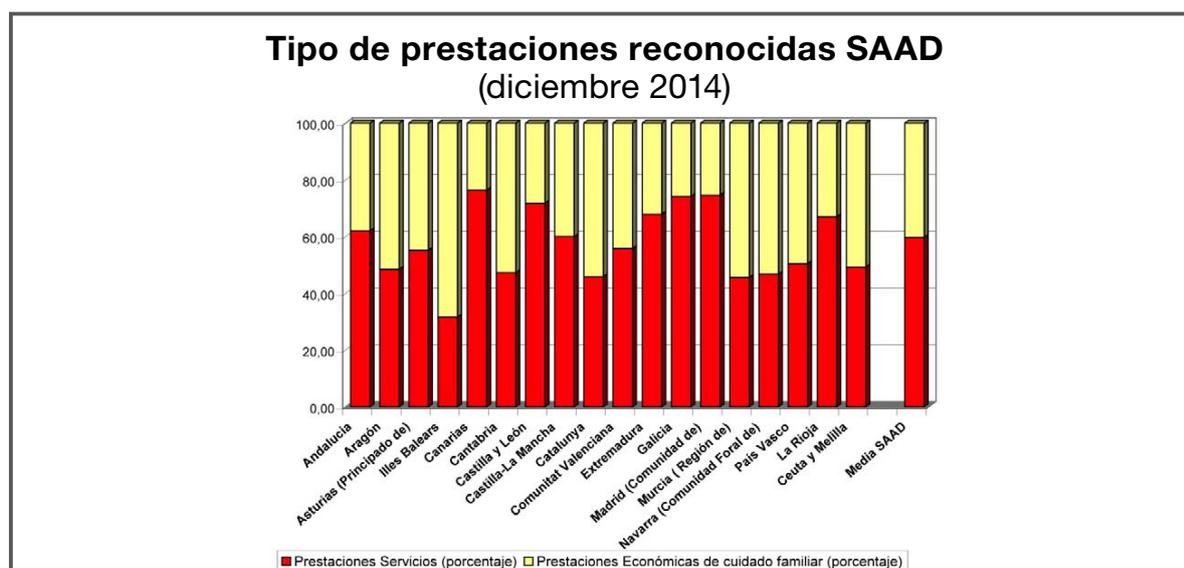
02. LA EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES RECONOCIDAS DURANTE 2014

El segundo gran indicador que podemos utilizar para medir cómo se está produciendo la implantación del Sistema de Dependencia es el tipo de prestaciones con las que se atiende a los beneficiarios.

En este sentido conviene destacar que las prestaciones de servicios han venido ganando importancia desde la puesta en marcha del Sistema y constituyen cerca del 60% del total de las actualmente reconocidas⁷, y las prestaciones económicas de cuidado familiar, aún representando un volumen excesivamente alto, tienden a reducir su presencia.

La atención con servicios profesionales es mayoritaria en la mayoría de CCAA. Entre las mismas destacan Madrid, Galicia, Castilla y León, La Rioja y Andalucía.

Gráfico 3



⁷ Se incluyen aquí todas las prestaciones de servicios y las prestaciones económicas vinculadas a los mismos.

Sin embargo, todavía hay un importante grupo de CCAA en las que las prestaciones económicas de cuidado familiar siguen representando la mayoría de las prestaciones reconocidas. A la cabeza se encuentran Islas Baleares, seguidos de Murcia, Catalunya, Navarra, Cantabria, Aragón y Ceuta y Melilla.

Respecto del conjunto de servicios profesionales, los centros residenciales son los más utilizados con un total de 135.346 prestaciones reconocidas, seguidos del servicio de ayuda a domicilio con 132.597 prestaciones (14,26%), y el de teleasistencia con 115.570 prestaciones (12,43%).

Gráfico 4

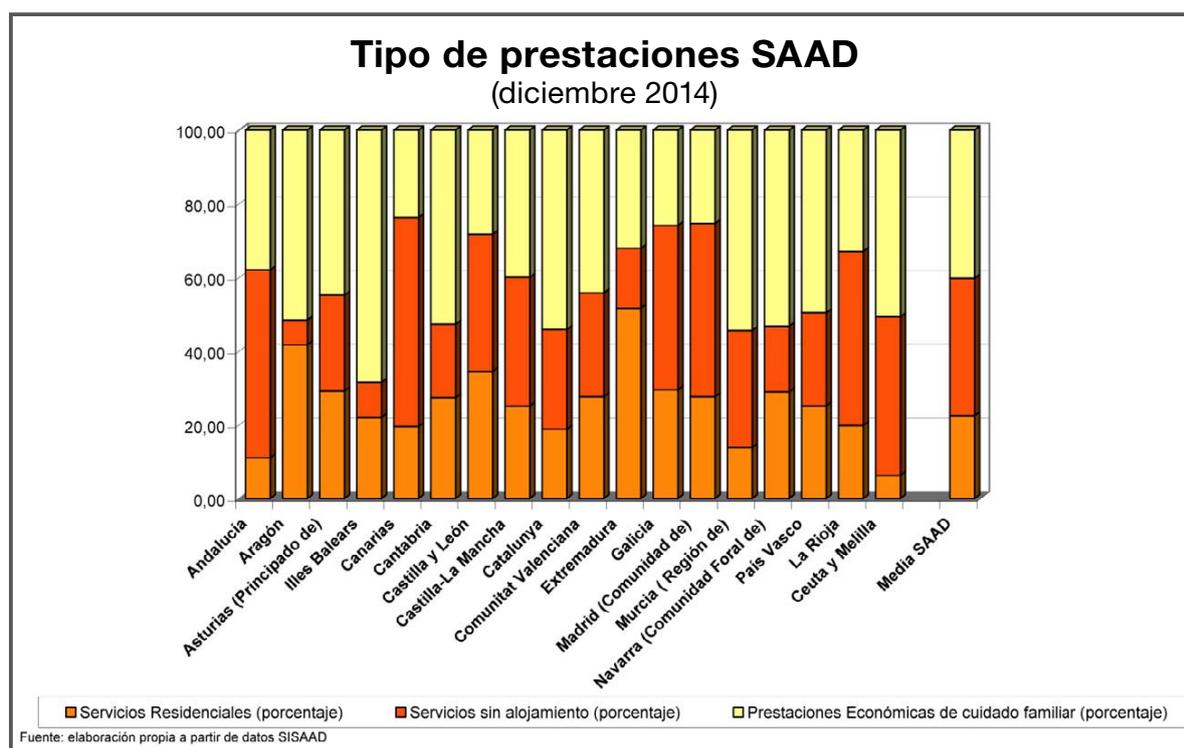


En un segundo nivel de utilización se encuentran las prestaciones vinculadas a un servicio que concentran 73.636 beneficiarios (7,92%) y que, según la información suministrada por el IMSERSO se destina casi exclusivamente a la financiación de plazas en centros residenciales. Los centros de día se encuentran en un nivel similar de utilización y cuentan con 73.293 prestaciones reconocidas (7,88%).

Los servicios profesionales menos utilizados son los de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal con 23.310 prestaciones reconocidas (2,51%), y el de asistente personal de los que hay 1.883 beneficiarios que lo reciben (0,20%).

Si atendemos a la agrupación básica que cabe considerar en los servicios profesionales, los prestados en régimen residencial y aquellos que se prestan sin alojamiento, del total de las prestaciones reconocidas por el SAAD, el 22,47% son de centro residencial⁸, y el 37,28% corresponden a servicios sin alojamiento⁹, si bien las distintas CCAA presentan importantes diferencias entre ellas.

Gráfico 5



⁸ Se incluyen aquí las prestaciones de centro residencial y la prestación económica vinculada a un servicio, ya que, según la información suministrada por el IMSERSO, este tipo de prestaciones económicas se utilizan fundamentalmente para financiar plazas contratadas por los beneficiarios en este tipo de centros.

⁹ Se incluyen aquí los servicios de prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche, y la prestación económica de asistente personal.

El volumen de atención prestado mediante servicios residenciales resulta especialmente alto en Extremadura donde más de la mitad del total de prestaciones reconocidas (51,59%) son de este tipo, seguida de Aragón (41,69%) y, con un índice algo menor, Castilla y León (34,42%). En el extremo contrario, los territorios con menor presencia de este tipo de servicios son Ceuta y Melilla (6,24%), Murcia (13,75%) y Andalucía (11,03%).

En lo que respecta a los servicios profesionales prestados sin alojamiento, resultan especialmente relevantes en Andalucía, donde la mitad de las prestaciones reconocidas son de este tipo (50,96%), seguida de La Rioja (47,23%), Madrid (47,01%), Galicia (44,61%) y Ceuta y Melilla (43,01%). Por su parte, las CCAA con menor presencia de este tipo de servicios son Aragón (6,71%), Illes Balears (9,54%), Extremadura (16,29%), Navarra (17,87%) y Cantabria (19,98%).

Por último, resulta interesante valorar cómo han influido las reformas introducidas a mediados del año 2012, a través del RDL 20/2012, sobre la utilización de la cartera de servicios profesionales.

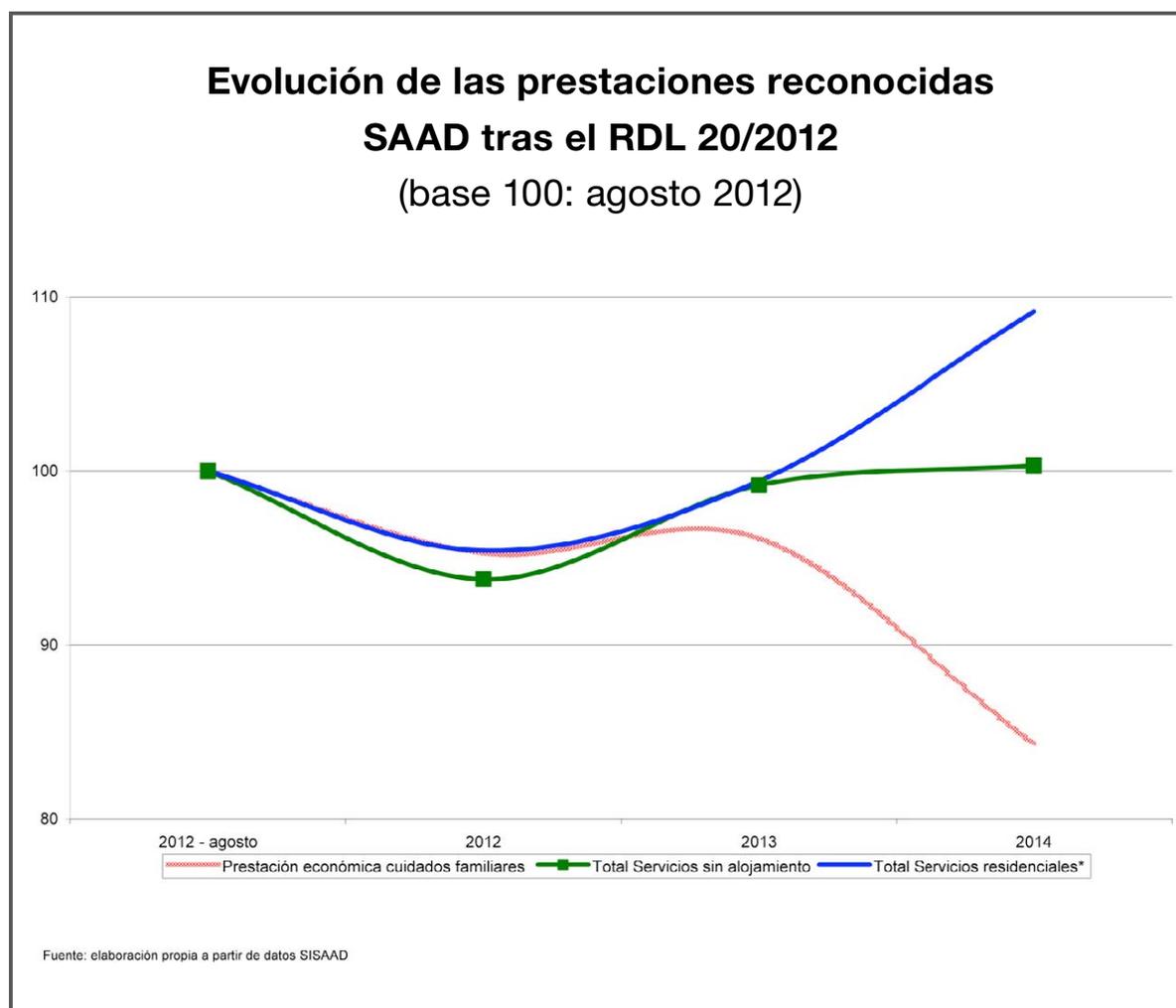
Recordemos que, en lo relativo a las prestaciones, las reformas impuestas en 2012 supusieron la paralización de la entrada de nuevos beneficiarios en la cobertura del SAAD (que perdurará hasta julio de 2015), una minoración de las cuantías de prestaciones económicas de cuidado familiar, una reducción del número de horas de atención en el servicio de ayuda a domicilio (entre el 20 y el 60%, dependiendo de los grados de dependencia) y un considerable aumento de los umbrales máximos de copago en los servicios sin alojamiento (que pasaron de un copago máximo del 65% a un 90% del coste de los servicios).

En un primer momento, las medidas supusieron una minoración drástica de las prestaciones reconocidas por el Sistema de Dependencia, consecuencia fundamentalmente de la no entrada de nuevos beneficiarios y de las restricciones presupuestarias que, durante 2012 y una

gran parte de 2013, han sufrido las CCAA, lo que en buena medida las llevó a reducir o, en algunos casos, a paralizar los procesos de reconocimiento de nuevas altas; o, en su caso, a establecer un flujo de altas que en la mayoría de casos no fue capaz de cubrir el número de bajas que por fallecimiento registraba el sistema.

En esta primera etapa se redujeron todas las prestaciones, tal y como se aprecia en el gráfico siguiente¹⁰.

Gráfico 6



¹⁰ Habida cuenta de la evidente diferencia entre el número de prestaciones reconocidas en cada caso, para mostrar la evolución de las prestaciones de forma comparable el gráfico utiliza base 100 en el número de prestaciones reconocidas en cada caso en agosto de 2012.

Una vez superada esta primera etapa, en un escenario presupuestario que aunque restrictivo era ciertamente más holgado para las CCAA¹¹, se registraron un nuevo crecimiento del número de prestaciones reconocidas, si bien ya son visibles en este momento las consecuencias de las reformas introducidas en 2012.

La consecuencia de dichas medidas sobre los servicios profesionales ha sido la de una evidente pérdida de interés para los beneficiarios en el caso de los servicios sin alojamiento (que ahora ofrecen menor intensidad de horas de atención y mayor copago), lo que ha provocado el estancamiento de estas prestaciones, cuyo índice de utilización es prácticamente el mismo que el que presentaba antes de la reforma.

Mientras, se ha focalizado el esfuerzo de las administraciones públicas en la promoción de los servicios de centro residencial, gracias a lo que éstas han sido las únicas prestaciones que se han visto sensiblemente incrementadas desde que se pusieron en marcha las reformas de 2012.

Por su parte, las prestaciones económicas de cuidado familiar se han reducido con carácter general.

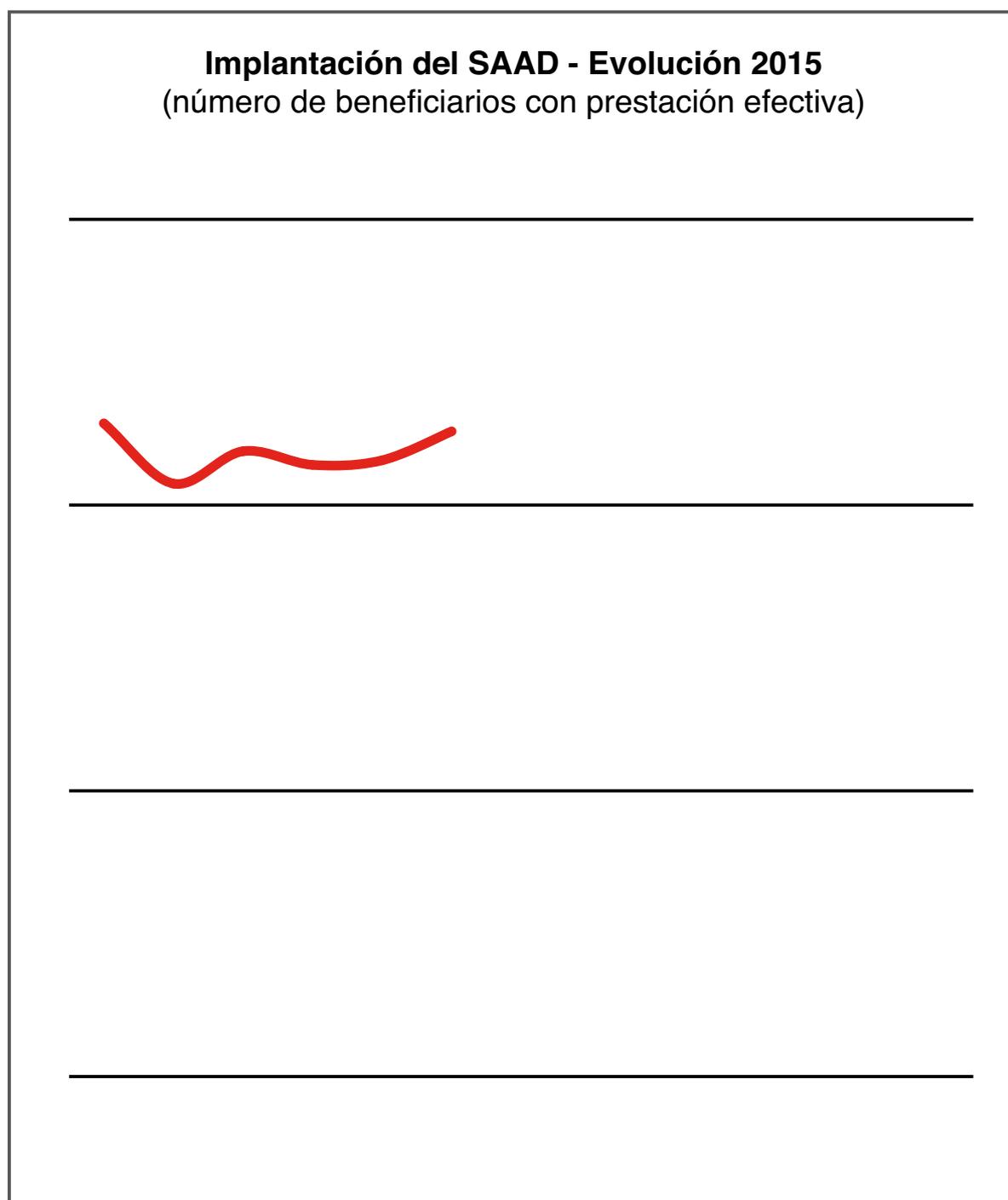
03. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE DEPENDENCIA EN 2015

Durante los primeros meses de 2015 la situación que presenta el SAAD es de continuidad con respecto a lo que se produjo durante la tónica general del año anterior, de modo que se consolida la situación de claro estancamiento.

11 En concreto se trata de las medidas derivadas del Fondo de Liquidez Autonómico que en la segunda mitad del 2013 supuso una fuerte inyección de liquidez en todas las Comunidades Autónomas que presentaban importantes retrasos en sus pagos a proveedores de servicios de atención a la dependencia.

De hecho, la ligera tendencia de mejora que comenzó a registrarse en los últimos meses de 2014 se ha desvanecido en la primera mitad del año 2015, volviendo el sistema a una situación de práctica paralización, en la que se alternan de un mes a otro ligeramente.

Gráfico 7

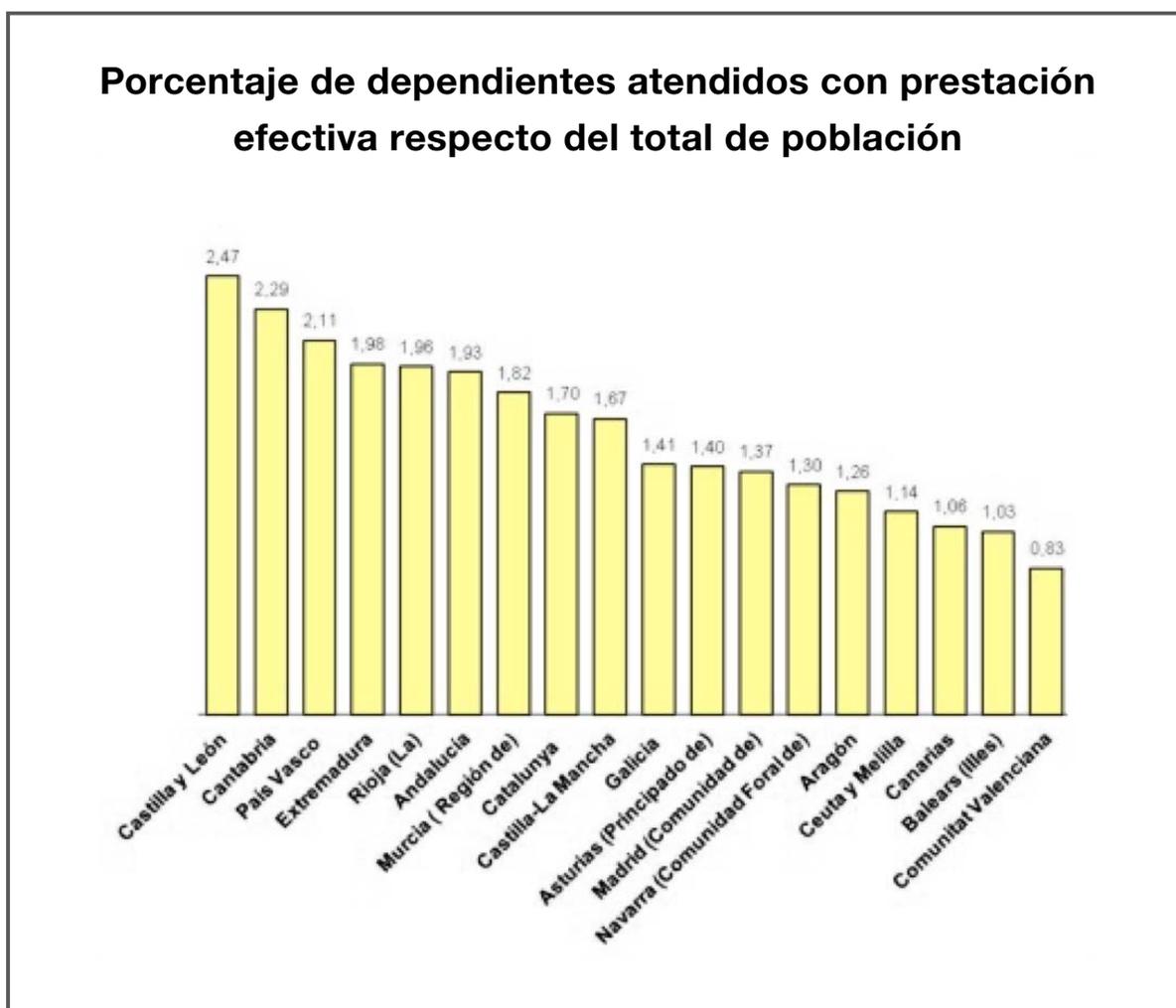


Fuente: elaboración propia a partir de datos SISAAD.

Por CCAA la situación mantiene también la misma pauta que la que venía registrándose en 2014; si bien cabe señalar que en lo que llevamos de 2015 sólo registran una mejoría Catalunya, País Vasco, Extremadura y Ceuta y Melilla, mientras que el resto de territorios han reducido el número de personas con prestación efectiva.

De este modo, la implantación del Sistema de Dependencia presenta el siguiente grado de implantación por territorios:

Gráfico 8



Fuente: SISAAD

Y, del mismo modo, las prestaciones efectivas que se reconocen hasta el momento son las siguientes:

Tabla 2

AMBITO TERRITORIAL		PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACION		PERSONAS BENEFICIARIAS Y PRESTACIONES																RATIO DE PRESTACIONES POR PERSONA BENEFICIARIA		
				Situación a 31 de Mayo de 2015		PRESTACIONES																
		Nº	%	Prevención Dependencia y Promoción A. Personal		Teleasistencia		Ayuda a Domicilio		Centros de Día / Noche		Atención Residencial		P.E. Vinculada Servicios		P.E. Cuidados Familiares		P.E. Asist. Personal		TOTAL		Nº
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Andalucía		162.366	0	0,00	52.113	23,89	48.303	22,14	13.061	5,99	22.052	10,11	2.972	1,36	79.630	36,50	10	0,00	218.141	100,00	1.34	
Aragón		16.681	0	0,00	1	0,01	3	0,02	1.137	6,80	3.324	19,88	3.555	21,26	8.699	52,03	0	0,00	16.719	100,00	1	
Asturias (Principado de)		14.868	10	0,06	668	4,20	1.735	10,92	1.686	10,61	2.861	18,00	1.872	11,78	7.060	44,42	2	0,01	15.894	100,00	1,07	
Illes Balears		11.397	60	0,52	0	0,00	123	1,07	956	8,31	2.031	17,65	570	4,95	7.770	67,51	0	0,00	11.510	100,00	1,01	
Canarias		22.388	38	0,16	470	2,04	8.698	37,72	3.503	15,19	3.355	14,55	1.469	6,37	5.528	23,97	0	0,00	23.061	100,00	1,03	
Cantabria		13.475	0	0,00	749	5,09	844	5,73	1.302	8,84	4.178	28,38	0	0,00	7.647	51,95	1	0,01	14.721	100,00	1,09	
Castilla y León		61.660	7.928	10,29	4.058	5,27	11.149	14,47	6.080	7,89	7.213	9,36	19.180	24,90	21.236	27,57	183	0,24	77.027	100,00	1,25	
Castilla- La Mancha		34.705	3.675	7,71	4.950	10,38	7.199	15,10	2.177	4,57	9.857	20,67	2.808	5,89	17.008	35,67	11	0,02	47.685	100,00	1,37	
Catalunya		127.755	2.541	1,38	16.408	8,91	21.617	11,73	13.103	7,11	28.936	15,71	12.204	6,62	89.425	48,54	13	0,01	184.247	100,00	1,44	
Comunitat Valencina		41.337	252	0,53	7.983	16,69	0	0,00	5.234	10,94	9.472	19,80	3.892	8,14	20.992	43,89	4	0,01	47.829	100,00	1,16	
Extremadura		21.741	621	2,58	1.462	6,08	574	2,39	1.326	5,52	4.258	17,71	8.327	34,64	7.470	31,07	2	0,01	24.040	100,00	1,11	
Galicia		38.816	736	1,76	1.311	3,14	11.372	27,20	5.816	13,91	7.352	17,59	4.796	11,47	10.336	24,73	83	0,20	41.802	100,00	1,08	
Madrid (Comunidad de)		88.582	3.424	3,04	17.634	15,66	19.829	17,61	13.348	11,85	21.550	19,14	8.990	7,98	27.813	24,70	30	0,03	112.618	100,00	1,27	
Murcia (Comunidad de)		26.648	3.172	9,40	4.292	12,72	82	0,24	3.160	9,36	3.414	10,12	1.253	3,71	18.374	54,44	0	0,00	33.749	100,00	1,27	
Navarra (Comunidad Foral de)		8.314	129	1,31	830	8,45	558	5,68	247	2,51	1.932	19,67	1.007	10,25	5.120	52,12	1	0,01	9.824	100,00	1,18	
Pais Vasco		46.221	64	0,12	652	1,22	6.133	11,49	5.950	11,14	11.780	22,06	1.933	3,62	24.813	46,47	2.073	3,88	53.398	100,00	1,16	
La Rioja		6.266	686	7,24	1.127	11,89	1.915	20,21	789	8,33	1.285	13,56	623	6,57	3.052	32,20	0	0,00	9.477	100,00	1,51	
Ceuta y Melilla		1.939	238	9,66	298	12,09	480	19,47	53	2,15	147	5,96	5	0,20	1.244	50,47	0	0,00	2.465	100,00	1,27	
TOTAL		745.159	23.574	2,50	115.008	12,18	140.614	14,89	78.928	8,36	144.997	15,36	75.456	7,99	363.217	38,47	2.413	0,26	944.207	100,00	1,27	

Fuente: SISAAD.

04. PRINCIPALES RETOS EN MATERIA DE DEPENDENCIA PARA 2015

Podríamos resumir los retos del sistema no sólo durante 2015, sino de cara a los primeros pasos de la próxima legislatura:

04.1. Atender a 500.000 nuevos beneficiarios.

El principal reto para 2015 debe ser cumplir el mandato de la Ley y garantizar la atención efectiva a todas las personas reconocidas en algún grado de dependencia, lo que supondrá atender a más 500.000 nuevos beneficiarios¹².

Atendiendo al espíritu de la ley, todos ellos deben ser atendidos preferentemente mediante un servicio profesional. El coste, por ejemplo, de atenderlos mediante el servicio de ayuda a domicilio durante 2015 es de alrededor de 2.400 millones de euros.

Sin embargo, el Estado central ha previsto para 2015 la congelación de las partidas que dedica a financiar el SAAD en los Presupuestos Generales del Estado, y las garantías que el gobierno anuncia de incremento presupuestario automático en función del incremento de beneficiarios olvidan mencionar que sólo supondrán unos 200 millones de euros adicionales a lo financiado en 2014.

Ello quiere decir que las CCAA tendrán que decidir cómo atienden a los 500.000 nuevos dependientes, sabiendo que en cualquier caso el techo de financiación adicional del Estado central será de 200 millones de euros, y que el diferencial entre dicha cantidad

¹² En concreto se trata de los casi 132.000 dependientes actualmente en lista de espera, los más de 312.000 dependientes moderados de Grado I cuyo calendario de cobertura se inicia el 1 de julio de 2015, y aquellos de entre los 100.000 dependientes que habiendo solicitado el reconocimiento de su situación, se encuentran aún pendientes de valoración o dictamen.

y el coste final de las prestaciones tendrán que ser cubiertos por la propia administración autonómica o directamente por el propio beneficiario a través del copago.

Teniendo presente la realidad financiera por la que atraviesan las CCAA y la limitada capacidad de financiación que los beneficiarios pueden aportar en forma de copago (bajas pensiones, caída de salarios y con ellos de las rentas familiares, etc.), es evidente que no existe ningún tipo de incentivo para garantizar la adecuada protección de los nuevos beneficiarios. Por ello lo más probable es que la mayor parte de los 500.000 nuevos beneficiarios engrosen la lista de espera o sean derivados a alguna prestación de menor coste (¿prestación económica de cuidado familiar o, quizá, algún servicio como la teleasistencia que actualmente se otorga como complementario de otros?).

04.2. Acreditación de la cualificación de los profesionales.

La normativa de Dependencia establece dos instrumentos básicos a la hora de garantizar la calidad de los servicios profesionales que el SAAD ofrece a los dependientes: el número de personas (ratio de plantilla) que atiende un servicio y la acreditación de la cualificación profesional que tiene el trabajador.

La acreditación profesional es así un derecho de las personas en situación de dependencia a recibir un cuidado de máxima calidad; y un derecho de los trabajadores y empresas a ver reconocida su profesionalidad, que debe tener también su correlación con condiciones laborales, acceso a mejores condiciones de financiación, etc.

En 2015 debemos continuar con el proceso de acreditación abierto en todas las CCAA, con especial atención a la convocatoria estatal que realizará el Servicio Público de Empleo y las iniciativas que a su vez

deben realizar todas las CCAA para garantizar el reconocimiento de todas las plantillas en un plazo concreto y razonable.

04.3. Coordinación Socio-sanitaria.

Se trata de un elemento importante a la hora de completar la implantación del SAAD. No cabe aceptar la interpretación de quienes lo presentan como una mera cuestión técnica ya que se trata más bien de una cuestión de modelo y, como tal, debe ser objeto de acuerdo político y social amplio. No debemos olvidar que el verdadero objetivo de un modelo de coordinación socio-sanitaria es el de completar nuestro sistema de protección social garantizando la atención integral de las personas.

Hasta ahora disponemos de poca concreción de lo que el gobierno quiere proponer en este sentido, y ciertamente el año 2015, plagado de procesos electorales autonómicos y generales, no se presenta como el mejor escenario para concretar ningún tipo de acuerdo.

Pero en cualquier caso, lo que ha trascendido se aleja bastante de lo que debería ser un verdadero modelo integral de coordinación socio-sanitaria, y más bien parece limitarse a un mero programa de derivación de pacientes sanitarios subagudos y postagudos, desde recursos sanitarios hacia otros recursos sociales residenciales, ambulatorios y en domicilios; lo que, en si mismo, puede tener interés pero encuadrado con otras muchas medidas en un marco integral de coordinación.

Sin embargo, la lógica que parece subyacer en la propuesta actual del gobierno se limita a la búsqueda de reducción de costes de la administración sanitaria y al fomento de una oportunidad de actividad y negocio para un sector empresarial concreto.

CAPÍTULO 5. LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS DE MAYOR EDAD

Uno de los indicadores utilizados para valorar el estado de salud de la población es la esperanza de vida al nacer así como a los 65 años de edad.

Según el INE, la esperanza de vida es el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad (tasas de mortalidad a cada edad) actualmente observado.

Este indicador sintetiza, en realidad, el efecto en nuestras vidas de diferentes factores conocidos como determinantes sociales de la salud. Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), pueden definirse como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

Y, continúa la OMS, los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En otras palabras, la esperanza de vida depende, también, de factores como la riqueza y la pobreza, el empleo y el desempleo, las condiciones de trabajo, el entorno social en el que se vive, las políticas medioambientales, los niveles educativos, los hábitos saludables de vida, las infraestructuras disponibles, las políticas de salud pública, la

nutrición, el ejercicio físico frente al sedentarismo... Y, sí, también el sistema sanitario: prevención en salud, vacunación, mejoras terapéuticas...

Quizás por ello decía el año pasado la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS, que “Sin embargo, sigue habiendo un considerable desfase entre ricos y pobres: las personas de los países de altos ingresos siguen teniendo muchas más probabilidades de vivir más años que las personas de países de bajos ingresos.” Y la OMS brinda algún ejemplo: Se puede prever que un niño varón nacido en 2012 en un país de altos ingresos vivirá hasta la edad de 76 años aproximadamente, lo que representa 16 años más que un niño varón de un país de bajos ingresos (60 años). En lo que respecta a las niñas, el desfase es incluso mayor, ya que la diferencia entre la esperanza de vida en los países de altos ingresos (82 años) y en los países de bajos ingresos (63 años) es de 19 años.

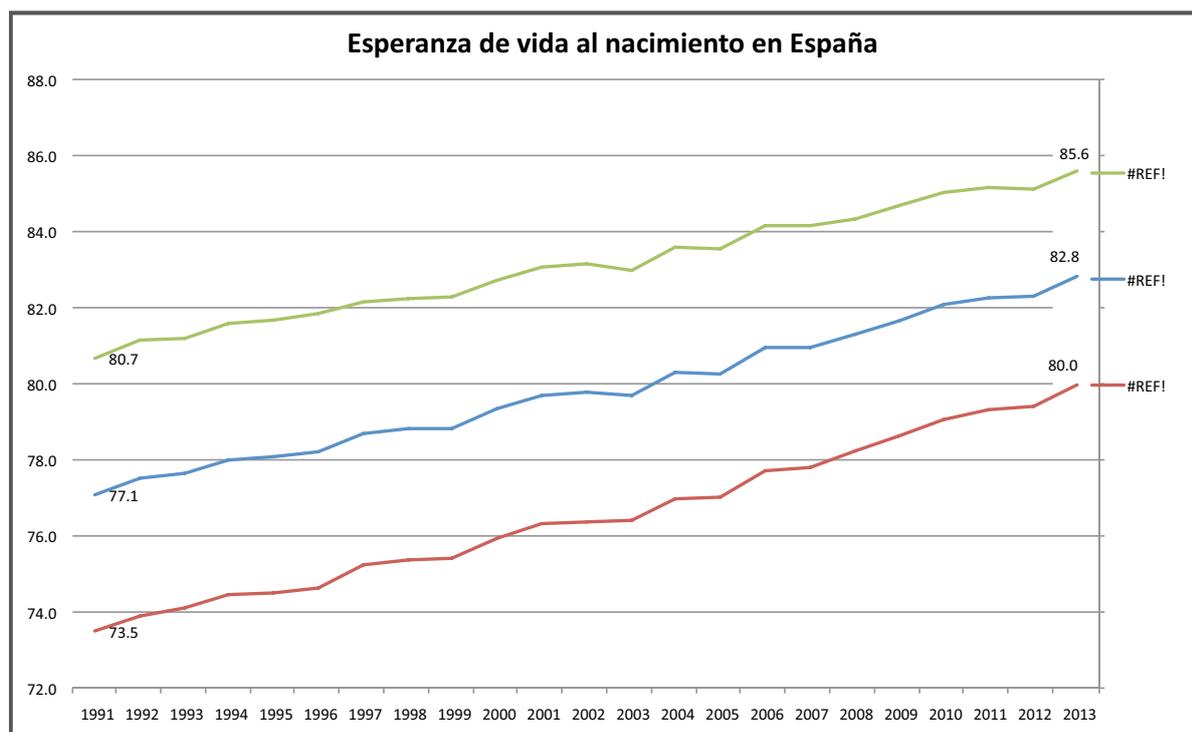
En resumen, que la esperanza de vida tiene más relación con nuestras condiciones de vida y de trabajo, con la distribución de la riqueza y los sistemas de protección social, que con la capacidad de respuesta del sistema sanitario. Las diferencias no están sólo entre hombres y mujeres sino entre clases sociales.

Lamentablemente, las estadísticas españolas no facilitan una desagregación de los datos por niveles económicos. Pueden servir de ejemplo, sin embargo, las estadísticas británicas. De acuerdo con los datos publicados en febrero de 2011 por el Office for National Statistics, analizando la evolución de la esperanza de vida en Inglaterra y Gales según la clasificación socioeconómica, los hombres con mejor status profesional tenían una esperanza de vida que en el periodo 2002-2006 se había situado en los 80,4 años, mientras que quienes peor status ocupaban tenían una esperanza de vida de sólo 74,6 años. Lo mismo ocurre con las mujeres, aunque la esperanza de vida es mayor y la diferencia menos acusada: 83,9 años en el caso de las mujeres con mejor status socioeconómico y 79,7 años con el peor status; 4,2 años de diferencia.

Estas diferencias se aprecian en las estadísticas británicas, también, para los mayores de 65 años. Los hombres con mejor posición socioeconómica tenían a esa edad una esperanza de vida de 18,8 años mientras que los que estaban en peor posición la veían reducida a 15,3 años; 3,5 años menos. Las mujeres con mejor posición tenían una esperanza de vida de 21,7 años y las que estaban en peor posición 18,5 años; 3,2 años menos.

Los datos disponibles para España sólo son datos generales. La esperanza de vida al nacer era en el año 2013 (último dato publicado) de 82,8 años de media: 85,6 años en el caso de las mujeres y 80,0 años en el caso de los hombres. Si se comparan estos datos con los registrados veinte años antes, en 1993, se ve que de media se han ganado 5,2 años, siendo mayor en el caso de los hombres (5,9 años) que en el caso de las mujeres (4,4 años). Es decir, que se reduce poco a poco la diferencia entre hombres y mujeres, que hace veinte años era de 7,1 años en la esperanza de vida y en 2013 era de 5,6 años.

Gráfico 1



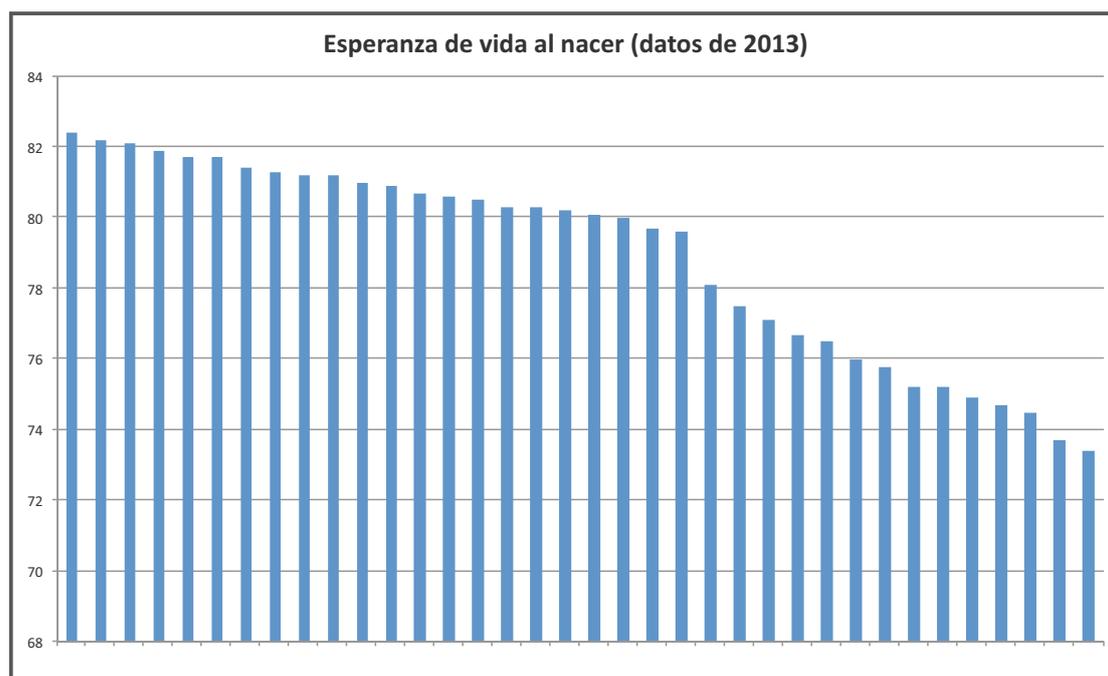
Fuente: elaboración propia a partir de los Indicadores Demográficos Básicos del INE.

Es ésta, su esperanza de vida, una diferencia de España respecto a otros países europeos. A pesar de que la inversión en sanidad pública es mayor en otros países, generalmente porque su riqueza también es mayor, España tiene la esperanza de vida más alta de los países europeos según los datos de Eurostat para 2013.

De hecho, España tiene una esperanza de vida que es 1,5 años mayor que la registrada en los países de la zona euro en 2013, y 2,2 años mayor que el conjunto de la Unión Europea (UE) en 2012, último dato publicado para este ámbito. Una esperanza de vida que es en España 9,0 años mayor que en el último país del ranking europeo, Lituania.

Como ya se ha comentado, el origen de estas diferencias está explicado sólo en parte por las políticas sanitarias en todos sus niveles: salud pública, prevención, atención primaria, atención especializada y hospitalaria y salud mental. Los hábitos y estilos de vida, la educación, la comunicación social, etcétera, tienen tanta o más importancia que lo anterior.

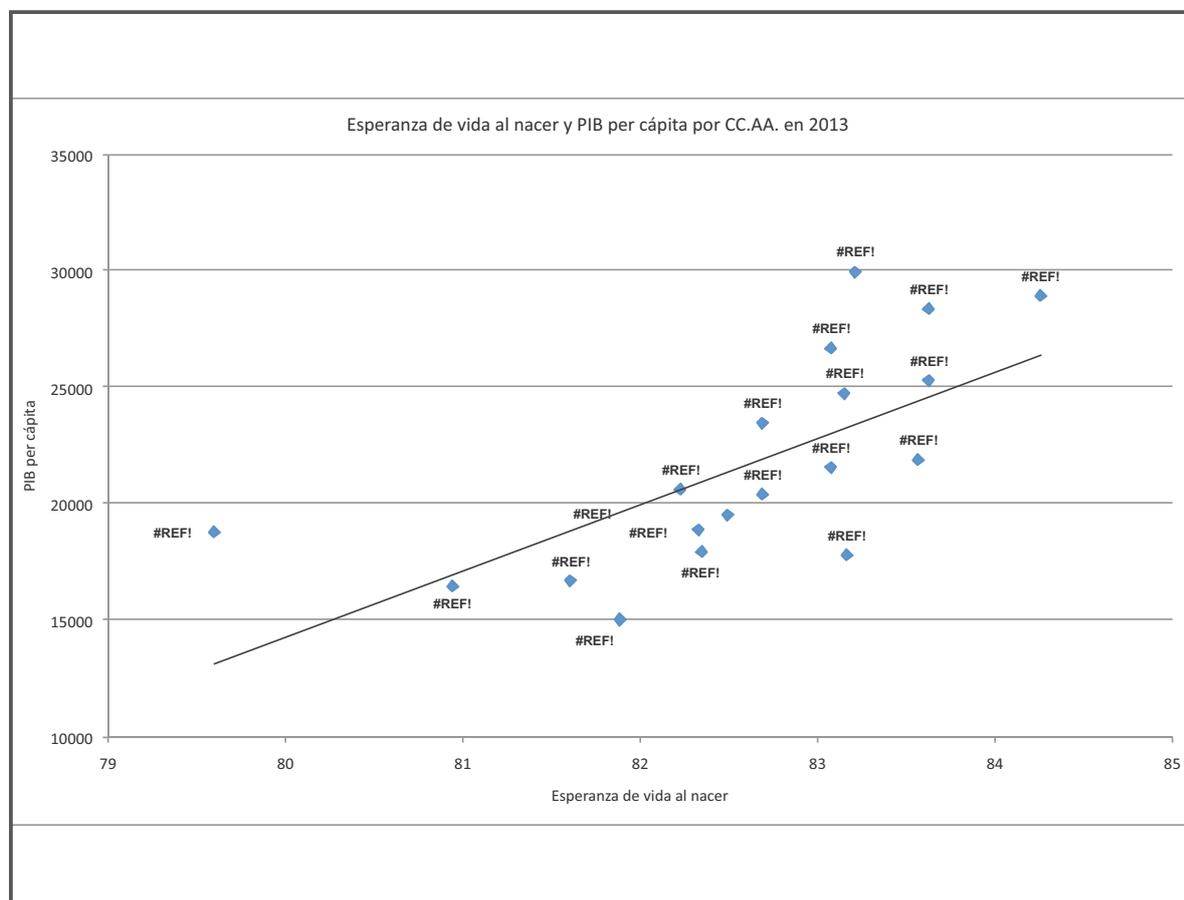
Gráfico 2



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Eurostat.

Ya se sabe que este buen dato general sobre esperanza de vida en España esconde desigualdades socioeconómicas en su interior, pero además se sabe que hay desigualdades territoriales. Con los últimos datos publicados sobre la esperanza de vida en las Comunidades Autónomas, referidos al año 2013, se puede ver la diferente situación en cada una de ellas relacionando el dato con el PIB per cápita correspondiente. Se podrá ver que Ceuta y Melilla tienen la esperanza de vida más baja, así como que entre las CC.AA. es Madrid la Comunidad con mayor esperanza de vida (84,3 años) y Andalucía la que menor esperanza de vida registra (81,6 años). Pero al mismo tiempo, viendo el Gráfico 3 puede observarse que los datos de esperanza de vida están relacionados, como ya se había señalado, con los niveles de renta. En otras palabras: a menor PIB per cápita la tendencia es que haya menor esperanza de vida.

Gráfico 3



Fuente: elaboración propia a partir de los Indicadores Demográficos Básicos del INE.

Junto a estos datos globales de esperanza de vida existen otras aproximaciones de interés. La primera de ellas, la esperanza de vida a los 65 años de edad, a la que se refieren en las siguientes líneas.

La esperanza de vida de las personas con 65 años es, en 2013, de 21,1 años: 19,0 en el caso de los hombres y 22,9 en el caso de las mujeres. La mejora es evidente cuando echamos la vista dos décadas atrás. En 1993 estos datos eran de 17,9 años, 15,9 años y 19,6 años respectivamente. Es decir, una mejora de 3,1 años en la esperanza de vida.

Los datos en otros países europeos son similares. Según Eurostat, en 2013 la esperanza de vida media en los países de la zona euro era de 22,1 años para las mujeres, mientras que para España el cálculo es de 23,4 años; y de 18,5 años para los hombres, calculando para España 19,2 años de esperanza de vida. En otras palabras, también para los 65 años de edad es mayor la esperanza de vida en España y también hay diferencias entre hombres y mujeres, en beneficio de éstas.

Y así como hemos visto diferencias en la esperanza de vida al nacer entre las CC.AA., también la hay a los 65 años de edad. De nuevo aparecen en la parte baja las Ciudades Autónomas de Ceuta (18,8 años) y Melilla (19,4) y las CC.AA. de Andalucía (20,0) y Extremadura (20,3), mientras que en la parte alta vemos a Madrid (22,1), Castilla y León (21,8), Navarra (21,7) y La Rioja (21,6). Y de nuevo hay diferencias entre hombres y mujeres, aunque la media de 3,9 años de diferencia es ampliamente superada en el País Vasco (4,7 años), Cantabria (4,5) y Asturias (4,5).

Otra aproximación posible es analizar la esperanza de vida en buena salud. Ya se ha visto antes que el dato global sobre la esperanza de vida en los últimos años ha mejorado en España, pero no sucede lo mismo o con la misma intensidad si analizamos la evolución de la esperanza de vida en buena salud tanto al nacer como a los 65 años de edad.

Tabla 1

Esperanza de vida en buena salud al nacer y a los 65 años. Brecha de género. España.						
	Al nacimiento			A los 65 años		
	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)	Hombres	Mujeres	Brecha de género (mujeres-hombres)
2004	62.6	62.7	0.1	9.8	9.6	-0.2
2005	63.3	63.4	0.1	9.7	9.2	-0.5
2006	63.9	63.5	-0.4	10	9.6	-0.4
2007	63.5	63.2	-0.3	10.4	10.0	-0.4
2008	64.0	63.7	-0.3	9.9	8.8	-1.1
2009	63.1	62.1	-1.0	9.3	8.5	-0.8
2010	64.5	63.8	-0.7	9.6	9.1	-0.5
2011	65.4	65.6	0.2	9.8	9.2	-0.6
2012	64.8	65.8	1.0	9.2	9.0	-0.2
2013	64.7	63.9	-0.8	9.7	9.0	-0.7

Tal y como puede verse en la Tabla 1, la esperanza de vida en buena salud, entre 2004 y 2013, se ha incrementado en 2,1 años en el caso de los hombres y en 1,2 años en el caso de las mujeres. Calculada a los 65 años de edad, en el mismo periodo ha disminuido 0,1 años en el caso de los hombres y 0,6 años en el caso de las mujeres.

Las estadísticas de Eurostat permiten conocer, por tanto, qué parte de la esperanza de vida al nacer será con buena salud. En el caso de los hombres es, en 2013, el 80,7% del total de sus 80,0 años de esperanza de vida; y en el caso de las mujeres el 74,2% de sus 85,6 años de esperanza de vida. En ambos casos son porcentajes superiores a los que se registran en la media de la UE.

La cuestión es que, al margen de las diferencias de género y de la mejor situación en España que en el resto de la UE, la esperanza de vida en buena salud a los 65 años no está mejorando. Visto de otra forma, los datos apuntan en 2013 un ligero incremento de los años sin buena salud que viviría una persona teniendo en cuenta su esperanza de vida al nacer. En definitiva, se vivirán más años pero con mayores problemas de salud y, por lo tanto, mayor demanda de actividad del sistema sanitario.

Pueden verse los datos en la Tabla 2. Crece la esperanza de vida a los 65 años, no crece la esperanza de vida en salud y, por lo tanto, están creciendo los años de vida con mala salud. En 2013 puede calcularse un total de 14,4 años para las mujeres y de 9,5 años para los hombres. Mejorar los años de vida saludable constituye, pues, un reto pendiente entre los mayores de 65 años.

Tabla 2

EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA (general y en buena salud)						
Años	Mujeres > 65 años			Hombres > 65 años		
	EV en buena salud	EV	Diferencia	EV en buena salud	EV	Diferencia
2004	9.6	21.5	11.9	9.8	17.3	7.5
2005	9.2	21.3	12.1	9.7	17.3	7.6
2006	9.6	22.0	12.4	10	17.9	7.9
2007	10.0	21.9	11.9	10.4	17.7	7.3
2008	8.8	22.1	13.3	9.9	18.1	8.2
2009	8.5	22.4	13.9	9.3	18.3	9.0
2010	9.1	22.9	13.8	9.6	18.6	9.0
2011	9.2	23.0	13.8	9.8	18.8	9.0
2012	9.0	22.8	13.8	9.2	18.7	9.5
2013	9.0	23.4	14.4	9.7	19.2	9.5

Fuente: elaboración propia a partir de los Indicadores Demográficos Básicos del INE.

Esta situación implica un reto para los servicios sanitarios y las prestaciones de cuidados. Hay por delante años en los que no sólo habrá una proporción mayor de personas mayores de 65 años viviendo, afortunadamente, más años sino que parte de estos requerirán altos niveles de cuidados y atención.

A la transición demográfica debemos sumar la transición epidemiológica, con un aumento de las enfermedades crónicas. La Encuesta de Integración Social y Salud, realizada por el INE en 2012 por vez primera, nos muestra que el 39,05% de la población padece alguna enfermedad crónica. Como se refleja en la Tabla 3, este porcentaje es creciente con la edad y mayor desde edades tempranas entre las mujeres.

Tabla 3

Porcentaje de población con enfermedad crónica			
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	39,05	34,98	42,95
De 15 a 44 años	22,84	19,81	25,97
De 45 a 64 años	45,60	43,26	47,89
De 65 a 74 años	63,75	59,36	67,74
De 75 a 84 años	72,04	66,91	75,34
De 85 y más años	72,50	71,20	73,24

Fuente: elaboración propia a partir de la EISS del INE.

Por éste y otros motivos la misma Encuesta señala que las personas con limitaciones para las actividades diarias, las actividades funcionales (ver, oír, caminar...), las actividades de autocuidado o las actividades del hogar van ampliando su número con la edad.

01. LOS RECURSOS SANITARIOS DISPONIBLES

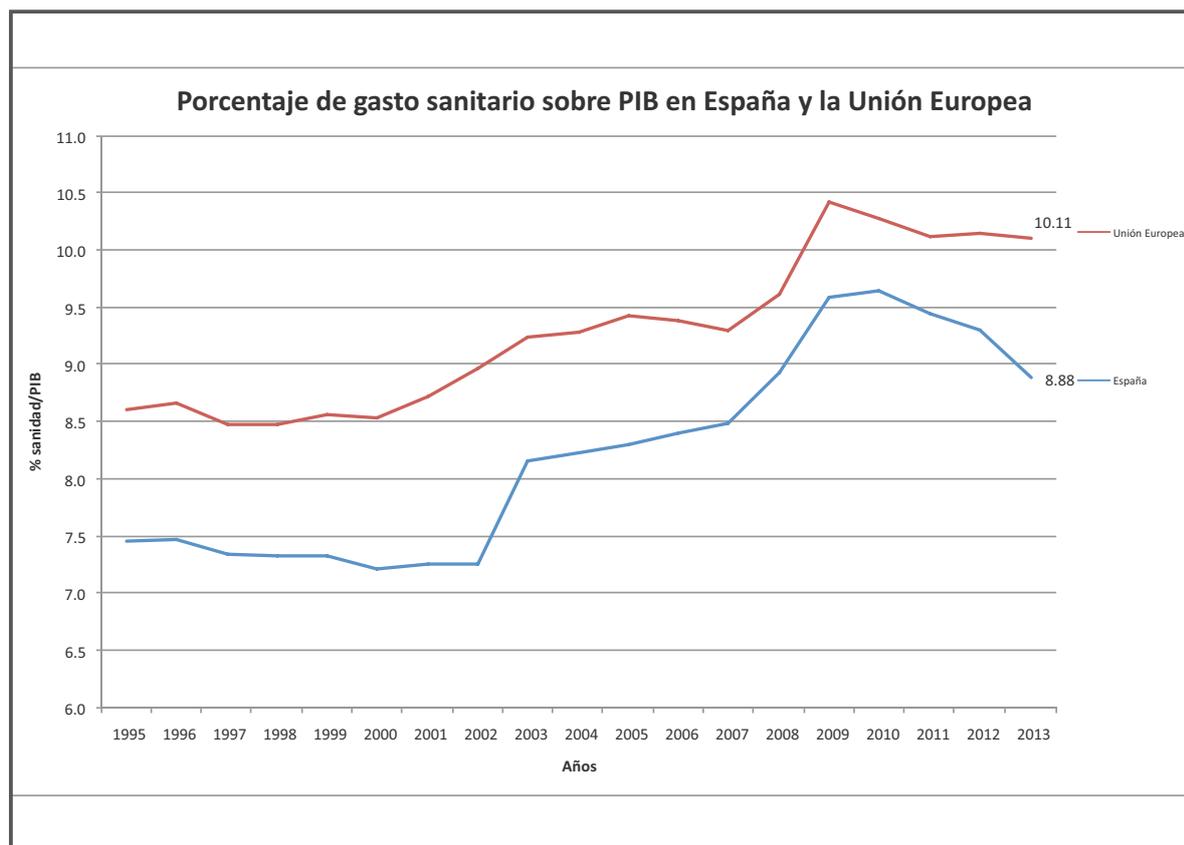
A pesar de las necesidades de mayor atención previstas para el futuro, los recursos disponibles para la sanidad pública se han visto afectados por la crisis económica de estos años y las decisiones políticas adoptadas. Ello a pesar de la evidencia de mayores necesidades y demandas.

Si se ve el conjunto del gasto sanitario en España puede apreciarse que el porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB) destinado a esta función era en 2013 (último dato publicado) un 8,88%, lo que muestra una disminución progresiva desde 2010, año en el que se alcanzó el 9,65%, según los datos publicados por el Banco Mundial. Como puede verse en el Gráfico 4, los recursos destinados a sanidad siempre han estado por debajo en España respecto a la media de la UE, aunque en ambos casos con una tendencia creciente hasta el año 2009. La crisis, sin embargo, parece impactar con diferente intensidad. En la UE se aprecia una disminución entre 2009 y 2011 para emprender desde entonces un camino que parece estar presidido por la congelación del esfuerzo en sanidad, mientras que en España el crecimiento continuó hasta 2010, produciéndose desde entonces una fuerte caída.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que esto puede explicarse por dos fenómenos: la disminución del numerador, el gasto en sanidad, o el incremento del denominador, el PIB. En el caso de España es el primer factor. De acuerdo con los datos del Banco Mundial, el gasto en sanidad entre 2010 y 2013 ha disminuido en -10.049 millones de euros corrientes, sin tener en cuenta el efecto de la inflación. Un recorte del 10% de los recursos económicos. Si se fija la atención en el PIB de esos años podrá

comprobarse que son años de evolución negativa, que hasta 2014 no se registra un dato positivo. Es decir, que la caída tiene como una explicación el recorte en el gasto en sanidad y no el incremento del PIB.

Gráfico 4



Fuente: elaboración propia a partir de World Development Indicators, Banco Mundial.

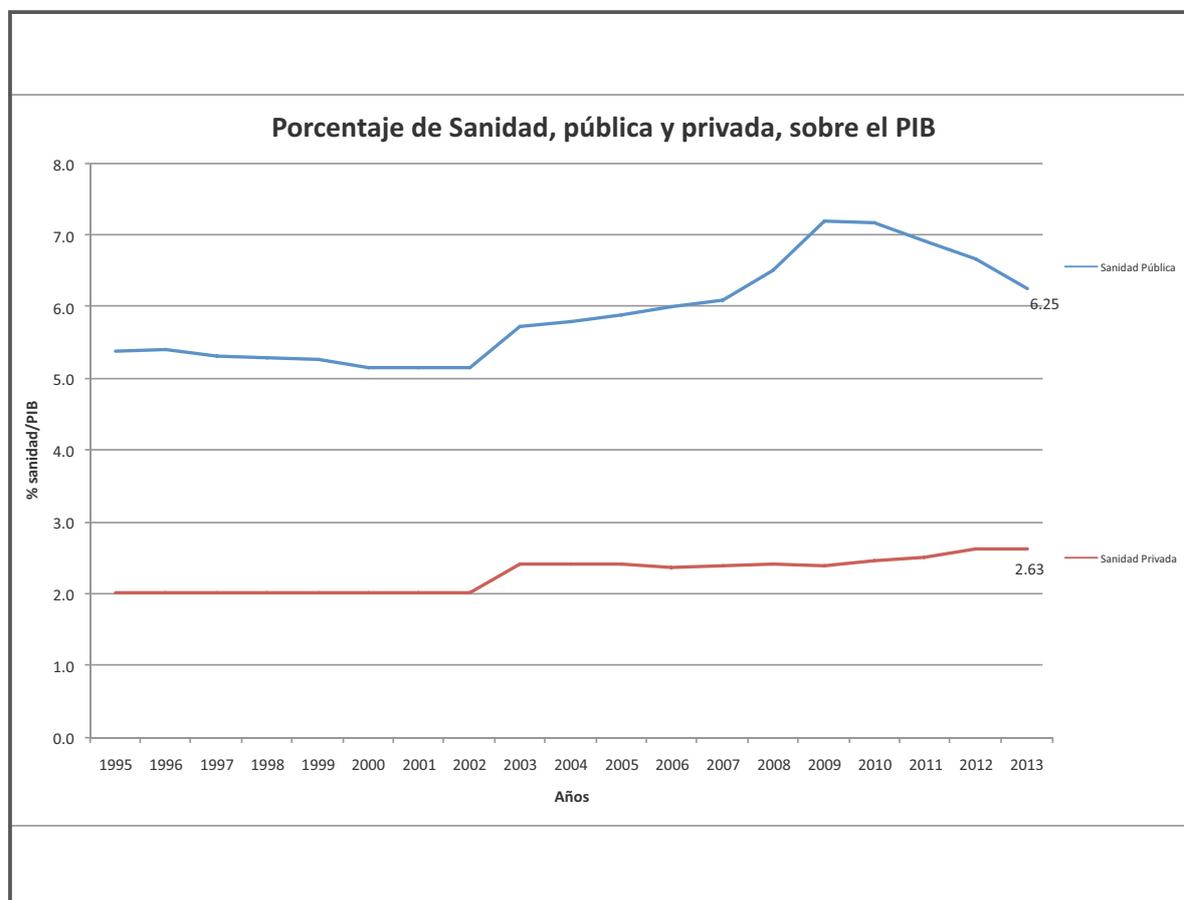
Esta fuerte caída del gasto sanitario en España en estos años de crisis no se ha producido por igual en la sanidad pública y en la privada. De hecho, la composición del gasto ha cambiado de tal forma que si en 2009 la sanidad pública representaba el 75,0% del total, en 2013 este porcentaje ha caído hasta el 70,4% si tenemos en cuenta los datos publicados por el Banco Mundial.

Esto puede apreciarse también, analizando la evolución del gasto en sanidad privada y en sanidad pública en relación al PIB. La primera crece de manera suave pero incontestable en los años de crisis, mientras que

la segunda, como ya hemos dicho, cae de una forma llamativa por los recortes introducidos a partir de 2010, como puede verse en el Gráfico 5.

A veces se centra la atención en los procesos de privatización cuando conllevan que un centro público se entrega a una empresa privada, total o parcialmente. Pero no puede pasarse por alto que junto a estas decisiones duras hay un proceso de “privatización suave” derivado de los recortes en los recursos disponibles por la sanidad pública. El actual proceso demográfico en España conlleva que habrá más personas con mayor edad, viviendo más años, aunque no todos en buenas condiciones, y con mayores necesidades de cuidados profesionales y asistencia sanitaria. La falta de respuesta de la sanidad pública empujará, a quien pueda permitírsele, a buscar en el sector privado la cobertura de las necesidades surgidas.

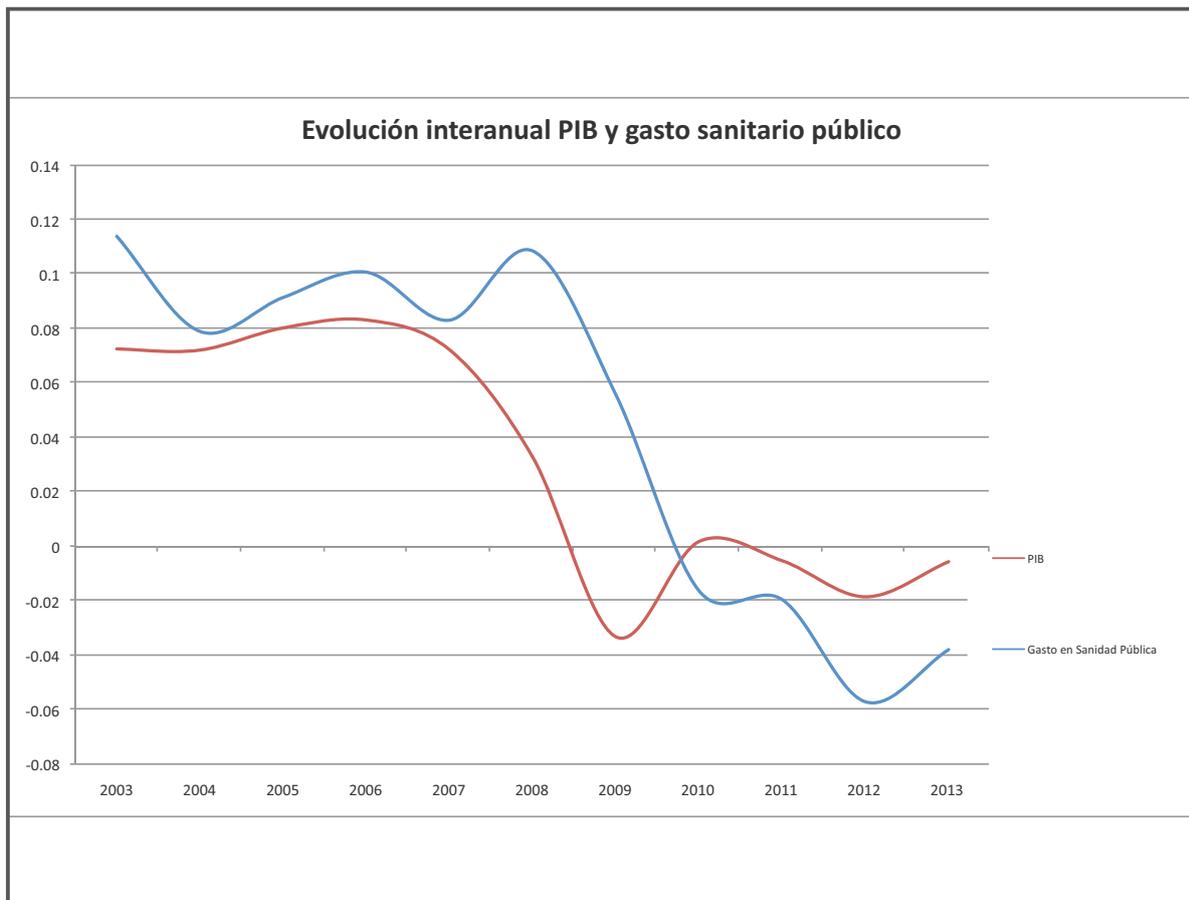
Gráfico 5



Fuente: elaboración propia a partir de World Development Indicators, Banco Mundial.

Publicada ya la Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP) con los datos correspondientes al año 2013, la caída del gasto sanitario público se aprecia de forma incontestable. El gasto en ese año se cifra en 61.709,8 millones de euros; es decir, 8.869,6 millones menos que en el año 2009.

Gráfico 6



Fuente: elaboración propia a partir de la EGSP y la Contabilidad Nacional del INE.

Como puede verse en el Gráfico 6, la crisis económica se ha vivido con intensidad en el sector sanitario público, con una evolución interanual negativa desde 2010 e incluso inferior a la evolución registrada del PIB.

En el documento de presentación de los principales resultados de la EGSP, realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), se reconoce que el gasto en sanidad pública ha pasado de ser el 6,5% en 2009 al 5,9% en 2013 (a diferencia de los

datos de los organismos internacionales, este Estadística no incluye los cuidados de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable; de ahí algunas diferencias en función de la fuente que se utilice). Igualmente, el gasto sanitario por persona ha caído desde los 1.510 € en 2009 a los 1.309 € en 2013. Una disminución del 13,3%, 201 € menos.

Por sectores de gasto, puede verse que todas las Administraciones han perdido recursos destinados a la atención sanitaria a lo largo de los años de crisis.

Como puede apreciarse en la Tabla 4, hay dos periodos muy diferentes en la evolución del gasto sanitario público. Entre 2002 (fecha de culminación de las transferencias sanitarias a todas las CC.AA.) y 2009 se produce un incremento relevante en euros constantes que llega a ser del 51,0% de media. Sin embargo, en los años de crisis entre 2009 y 2013 la caída media es del -19,9%.

Tabla 4

Evolución en euros constantes	2013*	2013-2002	2009-2002	2013-2009
Administración Central*	696,803	2.1%	94.6%	-47.6%
Sistema de Seguridad Social	1,442,751	-18.0%	0.8%	-18.7%
Mutualidades de Funcionarios	2,131,232	14.2%	20.1%	-4.9%
Comunidades Autónomas	56,745,748	24.2%	53.8%	-19.2%
Ciudades con Estatuto de Autonomía	3,244	-76.2%	48.1%	-83.9%
Corporaciones Locales	690,050	-29.8%	41.9%	-50.5%
GASTO SANITARIO PÚBLICO	61,709,827	21.0%	51.0%	-19.9%
* En 2009 hubo un gasto extraordinario en vacunas, que altera los cálculos en la Administración Central. Si usáramos 2008 como referencia, veríamos que el crecimiento entre 2002 y 2008 fue del 48,3%, mientras que entre ese año y 2013 se produce una disminución del -31,2%.				

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EGSP 2002-2013 y del IPC.

También puede observarse que el mayor peso en el gasto sanitario público corresponde a las CC.AA., que gestionan el 92,0% del total. Y como se ve en la Tabla 5, las diferencias entre unas y otras son considerables. Por un lado, en porcentaje del PIB, que supone el 7,8% en Murcia y el 3,8% en Madrid, los dos extremos de la tabla. Por otro, en gasto per cápita, que llega a los 1.549 € en el País Vasco y se sitúa en 1.044 € en Andalucía en el año 2013.

Parte de estas variaciones están explicadas por los diferentes sistemas de financiación de Euskadi y Navarra, la dispersión geográfica y la insularidad, la diferente estructura demográfica y la propia historia de cada Servicio Público de Salud, pero tanta amplitud y dispersión de las cifras indica que hay un problema de desigualdad en función del lugar de residencia.

Tabla 5

GASTO SANITARIO PÚBLICO EN 2013			
	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	8,812	6.20%	1,044
Aragón	1,656	5.00%	1,229
Asturias	1,520	7.10%	1,423
Balears (Illes)	1,278	4.90%	1,150
Canarias	2,553	6.30%	1,205
Cantabria	801	6.60%	1,354
Castilla y León	3,391	6.30%	1,346
Castilla-La Mancha	2,506	6.60%	1,193
Cataluña	9,265	4.70%	1,227
Comunitat Valenciana	5,671	5.80%	1,109
Extremadura	1,543	9.10%	1,397
Galicia	3,559	6.50%	1,287
Madrid	7,403	3.80%	1,140
Murcia	2,086	7.80%	1,417
Navarra	892	5.00%	1,384
País Vasco	3,394	5.30%	1,549
Rioja (La)	415	5.40%	1,288
Comunidades Autónomas	56,746	5.40%	1,208

Fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público: principales resultados. MSSSI. Abril 2015.

Al igual que en la Tabla 4, pueden verse los datos de evolución de las CC.AA. según su evolución en euros constantes, lo que permite apreciar el diferente impacto de la crisis en cada ámbito.

Tabla 6

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO POR CC.AA.				
Evolución en euros constantes	2013*	2013-2002	2009-2002	2013-2009
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	56,745,748	24.2%	53.8%	-19.2%
ANDALUCIA	8,811,921	13.5%	44.4%	-21.4%
ARAGÓN	1,655,999	15.6%	56.3%	-26.0%
ASTURIAS	1,520,277	17.1%	47.0%	-20.3%
ILLES BALEARES	1,278,217	40.1%	70.6%	-17.9%
CANARIAS	2,552,820	21.7%	55.8%	-21.9%
CANTABRIA	801,168	15.1%	27.4%	-9.6%
CASTILLA Y LEÓN	3,391,466	24.4%	41.7%	-12.2%
CASTILLA-LA MANCHA	2,505,812	28.7%	77.6%	-27.5%
CATALUÑA	9,265,086	26.9%	57.4%	-19.4%
COMUNIDAD VALENCIANA	5,670,917	24.8%	59.7%	-21.9%
EXTREMADURA	1,542,614	23.2%	52.5%	-19.2%
GALICIA	3,558,716	15.4%	43.9%	-19.8%
MADRID	7,402,709	32.4%	57.0%	-15.7%
MURCIA	2,086,493	56.5%	84.9%	-15.3%
NAVARRA	892,198	20.6%	48.5%	-18.7%
PAÍS VASCO	3,394,440	27.9%	48.3%	-13.8%
LA RIOJA	414,895	28.5%	58.2%	-18.8%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la EGSP 2002-2013 y del IPC.

Las dos etapas, diferenciadas por el año 2009, muestran resultados territoriales muy diferentes. En la etapa expansiva, Murcia, Castilla-La Mancha y Baleares crecen muy por encima de la media. En la etapa de contracción, Castilla-La Mancha y Aragón destacan sobre el resto en cuanto a caída del gasto sanitario público.

Estas fuertes caídas del gasto sanitario público registradas en todas las CC.AA. se deben a las medidas adoptadas tanto por el Gobierno central como por los respectivos Gobiernos autonómicos a lo largo de los años de crisis.

La más relevante desde la óptica de la propia concepción del sistema es la modificación de la cobertura del SNS, desviándose del objetivo de una sanidad universal, equitativa y accesible. Ya no son titulares del derecho todos los españoles, los ciudadanos europeos, los no europeos con derechos reconocidos por leyes, tratados o convenios, y los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente. Desde 2012, con la modificación impulsada por el Partido Popular, se opta por la exigencia de tener la condición de asegurado y beneficiario, por exigir unas condiciones de trabajador, pensionista o perceptor de prestaciones por desempleo o que no superen unos límites de renta anual determinados (cien mil euros anuales, en la actualidad). En otras palabras, que los extranjeros sin permiso de residencia, o quienes perciben una elevada indemnización en un Expediente de Regulación de Empleo, o quienes son directamente ricos, se pueden ver excluidos de un sistema sanitario que, sin embargo, se financia a través de impuestos.

Se ha modificado la cartera de servicios, desdoblándola en una común y otra complementaria de las CC.AA. La común, a su vez, integra tres tipos de cartera: básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios. La básica está cubierta de forma completa por financiación pública; la suplementaria está sujeta a aportación del usuario; y la de servicios accesorios está, también, sujeta a aportación o reembolso por parte del usuario.

La primera consecuencia es que se ha modificado el sistema de copagos existente hasta 2012, con aportaciones del 40% de las que estaban excluidos los pensionistas. Transcurridos ya tres años, parecería adecuado realizar un balance del cambio. No sólo en términos económicos,

ya que no hay duda de que se ha incrementado la aportación de los usuarios, sino en términos de acceso a los medicamentos y de equidad.

Igualmente, se han modificado precios de medicamentos así como la lista de los que son financiados públicamente. El resultado es que se ha reducido el gasto farmacéutico en España, a través de receta oficial, en 3.145,7 millones de euros entre 2009 y 2014 y que en 2013 el conjunto del gasto en farmacia identificado en la EGSP ha pasado de suponer el 22,0% del total del gasto sanitario público en 2002 a ser el 17,0% en 2013. Un camino de reducción que debía seguirse, dado el alto volumen de gasto farmacéutico registrado en España, pero no mediante la generación de nuevas bolsas de inequidad. Por ejemplo, quienes tienen una renta inferior a los 18.000 € anuales deben aportar un 40% del precio de venta al público del medicamento, salvo que sean pensionistas (en cuyo caso la aportación es de un 10% con un límite mensual de ocho euros) o estén exentos de aportación. Para esta aportación del 40% sin límite basta con ser activo, lo que está suponiendo que muchas personas con bajos salarios (en número creciente por el deterioro de las condiciones de trabajo y del empleo generado) se vean obligadas a gastar más de lo prudente en sus medicinas o a renunciar a sus tratamientos.

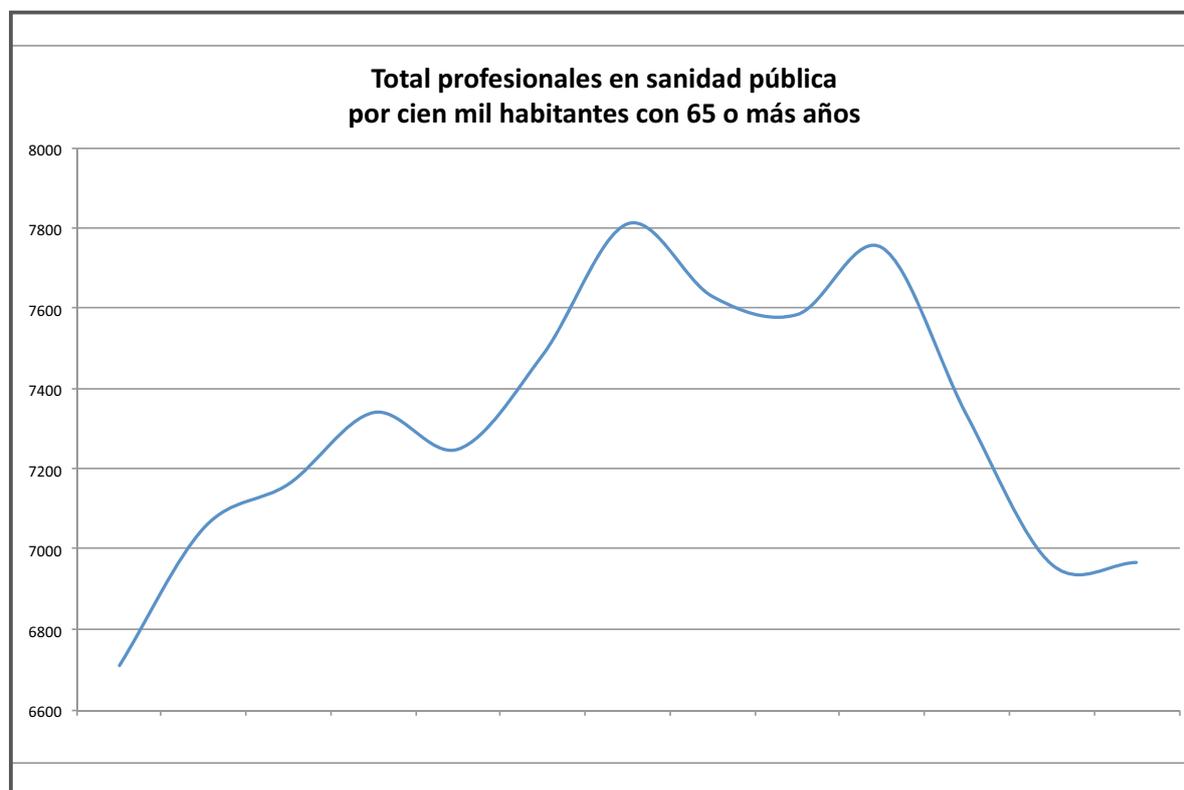
Se han reducido, también, las plantillas de los centros del SNS. En concreto, entre el último trimestre de 2014 y el mismo periodo de 2011 se habían perdido 47,0 mil empleos, la mayoría formando parte del núcleo duro de la enfermería y la medicina. Lo relevante es que, al mismo tiempo, se incrementa la demanda de asistencia sanitaria por el propio envejecimiento de la población. Así, si se relacionan los datos de empleo en la sanidad pública y de población mayor de 65 años podrá verse cómo en los años de crisis este ratio se ha deteriorado de forma significativa, como se ve en el Gráfico 7.

Estas carencias se notarán, sin duda, en la actividad sanitaria del sector público. Basta recordar que aunque la población mayor de 65 años era

el 18,3% en 2014, en las consultas médicas de atención primaria este grupo poblacional consumía el 31,7% de las mismas y en las consultas de enfermería del mismo nivel suponían el 48,0%, datos que confirman que el envejecimiento conlleva un mayor uso de los recursos sanitarios.

Ahora, en 2015, el PIB recupera números positivos, pero las perspectivas no son halagüeñas para la sanidad pública. El Programa Nacional de Reformas (PNR) 2015 y la Actualización del Programa de Estabilidad 2015-2018 nos auguran años de malos momentos. De hecho, considerando las previsiones hechas para alcanzar un gasto sanitario público equivalente al 5,3% en 2018 y las relativas al crecimiento del PIB, el Gobierno parece haber decidido la congelación en sanidad manteniendo su evolución muy por debajo de la del PIB, tal y como se ha visto en el Gráfico 6.

Gráfico 7



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la EPA y cifras de población del INE a 1 de enero.

Todo ello está influyendo en la capacidad de respuesta del sistema sanitario, incrementándose las listas y los tiempos de espera. Según los últimos datos publicados, en junio de 2014 había 552.016 pacientes en listas de espera, el 10,6% sobrepasando los seis meses, y con un tiempo medio de espera de 90 días. En el año 2010 el número de pacientes era de 381.753, un 4,01% superando los seis meses, y con un tiempo medio de espera de 61 días. En otras palabras, la crisis y los recortes están teniendo consecuencias negativas en la actividad sanitaria afectando directamente a los pacientes.

Tabla 7

CAMAS EN FUNCIONAMIENTO	2010	2011	2012	2013	Dif 2013-2010
	Públicos SNS	Públicos SNS	Públicos SNS	Públicos SNS	Públicos SNS
ANDALUCÍA	14,392	14,121	13,854	13,916	-476
ARAGÓN	4,127	4,093	3,979	3,980	-147
ASTURIAS	3,002	3,036	3,018	2,966	-36
ILLES BALEARS	2,356	2,345	2,334	2,223	-133
CANARIAS	4,336	4,336	4,277	4,266	-70
CANTABRIA	1,350	1,294	1,285	1,252	-98
CASTILLA Y LEÓN	6,900	6,917	6,735	6,471	-429
CASTILLA-LA MANCHA	4,894	4,839	4,360	4,226	-668
CATALUÑA	27,098	25,792	25,536	24,863	-2,235
COMUNIDAD VALENCIANA	10,525	10,253	10,050	9,912	-613
EXTREMADURA	3,504	3,467	3,394	3,387	-117
GALICIA	8,164	7,933	7,871	7,738	-426
MADRID	13,305	13,297	13,017	12,748	-557
REGIÓN DE MURCIA	2,919	3,008	3,015	2,951	32
C. FORAL DE NAVARRA	1,357	1,611	1,523	1,502	145
PAÍS VASCO	6,035	5,948	5,964	5,802	-233
LA RIOJA	811	883	871	936	125
CEUTA Y MELILLA	343	345	347	345	2
TOTAL	115,418	113,518	111,430	109,484	-5,934

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada, MSSSI.

Como puede verse en la Tabla 7, en casi todas las CC.AA. ha disminuido entre 2010 y 2013 el número de camas en funcionamiento. En total, hay 5.934 camas hospitalarias menos en los hospitales del SNS, una cifra que se incrementa hasta las 7.046 si consideramos las que se han perdido también en el sector privado.

Cierto es que este indicador pierde fuerza a medida que se desarrollan las alternativas a la actividad hospitalaria convencional: la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), las unidades de cirugía de corta estancia, hospitales de día, la hospitalización domiciliaria, etcétera. En otras palabras, en todos los países desarrollados se observa el mismo proceso de disminución de camas hospitalarias por el desarrollo de técnicas y procedimientos que permiten acortar los procesos intrahospitalarios.

Tabla 8

	Intervenciones con Ingreso	Intervenciones CMA	Resto de Intervenciones	Total Intervenciones	Frecuencia: Total Intervenciones por 1.000 hab	Tasa de ambulatorización: % Intervenciones CMA
2010	2,158,304	1,330,889	1,176,431	4,665,624	101.27	29%
2011	2,164,095	1,377,481	1,199,830	4,741,406	102.79	29%
2012	2,097,161	1,445,203	1,199,249	4,741,613	102.71	30%
2013	2,113,636	1,522,577	1,279,496	4,915,709	105.51	31%

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada, MSSSI.

En concreto, la Tabla 8 muestra cómo el número total de intervenciones quirúrgicas en los hospitales ha continuado creciendo a lo largo de estos años, aunque en 2012 se aprecia un estancamiento de la actividad. Esto mismo se puede ver también analizando los datos de consultas o de actividad diagnóstica.

Por otro lado, la comparación con otros países europeos debe tener en cuenta los diferentes modelos sanitarios. Por ejemplo, países con modelos de Servicio Nacional de Salud como son Suecia y Gran Bretaña tenían en 2011 un ratio de 271 y 290 camas por cada 100.000 habitantes, mientras que en España era de 309. Sin embargo, países basados en sistemas de aseguramiento como Alemania y Francia elevan estos ratios hasta 822 y 637, respectivamente.

Ahora bien, si en España se ha conseguido mantener un cierto nivel de actividad, aunque sin aumentar en paralelo con la demanda sanitaria derivada del envejecimiento de la población y de la cronicidad, ha sido debido al incremento de la jornada de trabajo sufrida por los profesionales de los centros sanitarios públicos. Menos personas trabajando más horas. No unas pocas horas al año, sino en muchos casos el equivalente a un mes de vacaciones si sumamos el incremento de días de trabajo derivado del salto de 35 horas semanales a 37,5 a los días libres perdidos conocidos como “moscosos” (días de libre disposición) y “canosos” (obtenidos por antigüedad).

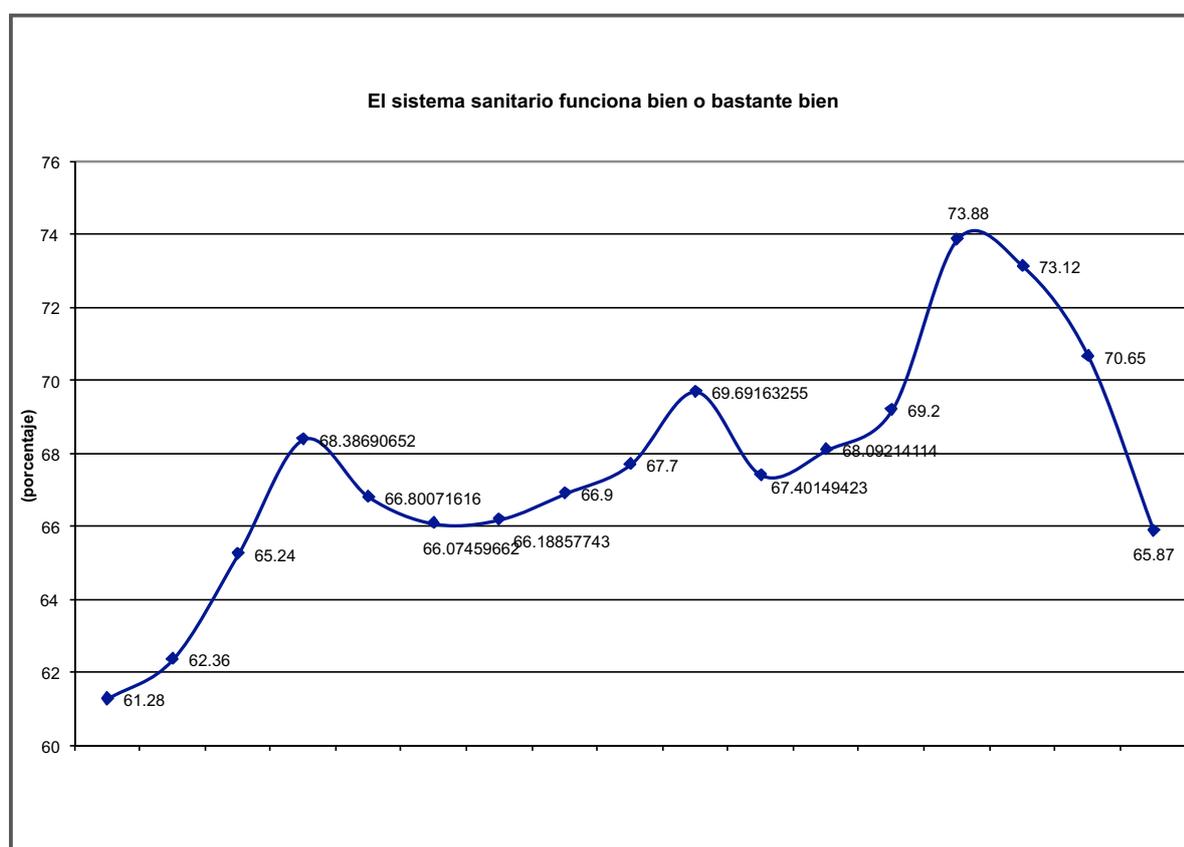
02. VALORACIÓN CIUDADANA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO

La consecuencia de tanto recorte es que el sistema sanitario público está perdiendo prestigio. Esto es lo que nos dice el último Barómetro Sanitario publicado. En el “Análisis crítico de CCOO sobre el Barómetro Sanitario 2013”, publicado en agosto de 2014, ya se veían datos de interés en este sentido.

En términos generales, se decía ya entonces, que el porcentaje de población que considera que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien se está desplomando. Sumando ambas opciones nos encontramos con que el 65,87% de la población considera que el sistema sanitario público funciona bien o muy bien. Se trata del porcentaje más bajo de valoración positiva desde 1998 y refleja una intensa caída desde 2010, en que alcanzó el valor máximo de 73,88% (ver Gráfico 8).

Por otro lado, y en consecuencia, sube el porcentaje de quienes creen que la sanidad necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan, o bien que está tan mal que se necesitaría rehacer el sistema. En el primer grupo se encuentra el 26,54% de la población mientras que en el segundo tenemos al 6,07%. En otras palabras, casi un tercio de la población considera que las cosas no van bien.

Gráfico 8



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario, MSSSI.

Debemos tener en cuenta en este análisis que las diferencias entre CC.AA. es muy alta, como muestra el Gráfico 9. Por ejemplo, en la valoración positiva del sistema sanitario (funciona bastante bien o bien) nos encontramos de forma reiterada con Canarias en el límite mínimo de valoración (44,09% en 2013, habiendo alcanzado el máximo en 2010 con el 54,86%) y con Asturias en el límite máximo de valoración (83,94% en 2013, habiendo alcanzado el 94,56% en 2006).

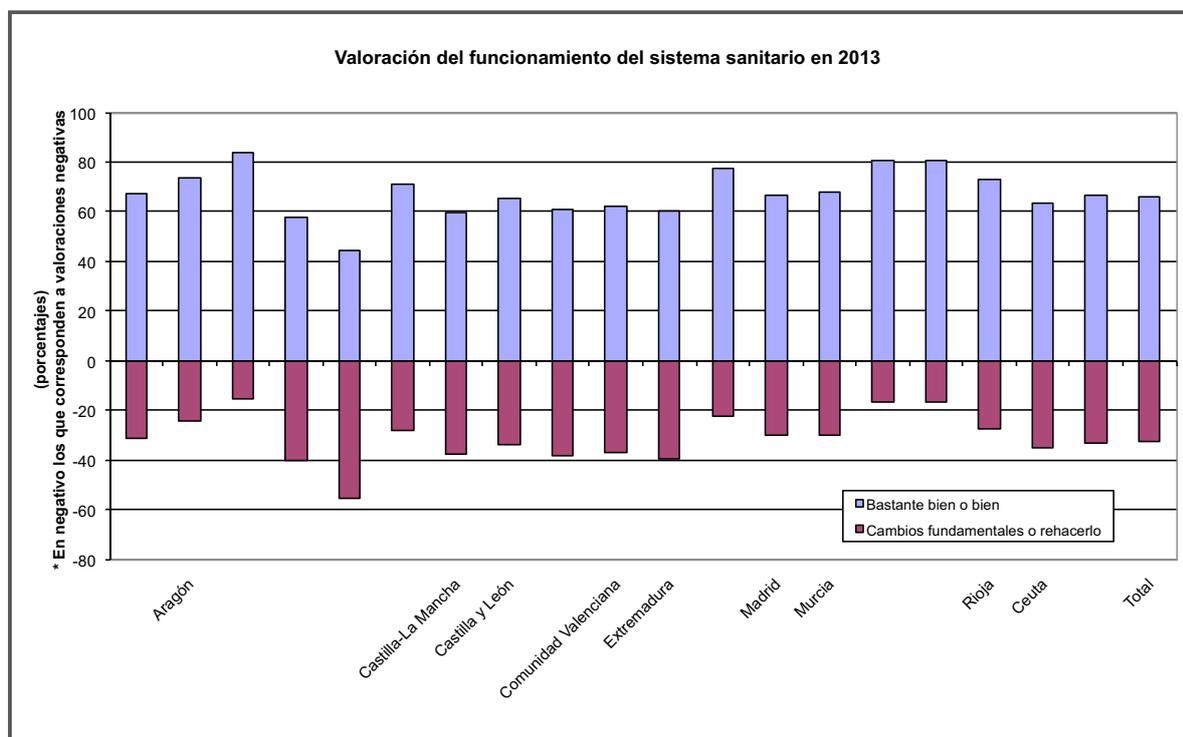
Teniendo en cuenta la desviación típica de los resultados, podemos concluir que Canarias se encuentra por debajo del umbral mínimo, mientras que Asturias, Navarra, Euskadi y Galicia se encuentran por encima del umbral máximo.

En sentido contrario, analizando los datos sobre quienes opinan que el sistema sanitario está tan mal que se necesitaría rehacerlo vemos que es Castilla-La Mancha la región que alcanza peor valoración, con un 13,58% de la población manteniendo esta opinión. No sólo es un resultado que más que duplica la media estatal, sino que implica un crecimiento desorbitado si tenemos en cuenta que en 2010 sólo un 2,89% opinaba de esta forma. También hay que destacar Baleares, que pasa del 2,19% en 2011 al 10,90% en 2013. Son las dos Comunidades que más han empeorado su situación en los años de crisis.

En el Gráfico 10 se puede ver la evolución de estas dos Comunidades y el contraste de su evolución con la de las dos con menor porcentaje de valoración negativa en 2013, Euskadi y Asturias. En los cuatro casos se ve un aumento, coincidiendo con los años de crisis y recortes, pero el salto que se produce en Castilla-La Mancha y en Baleares es especialmente singular.

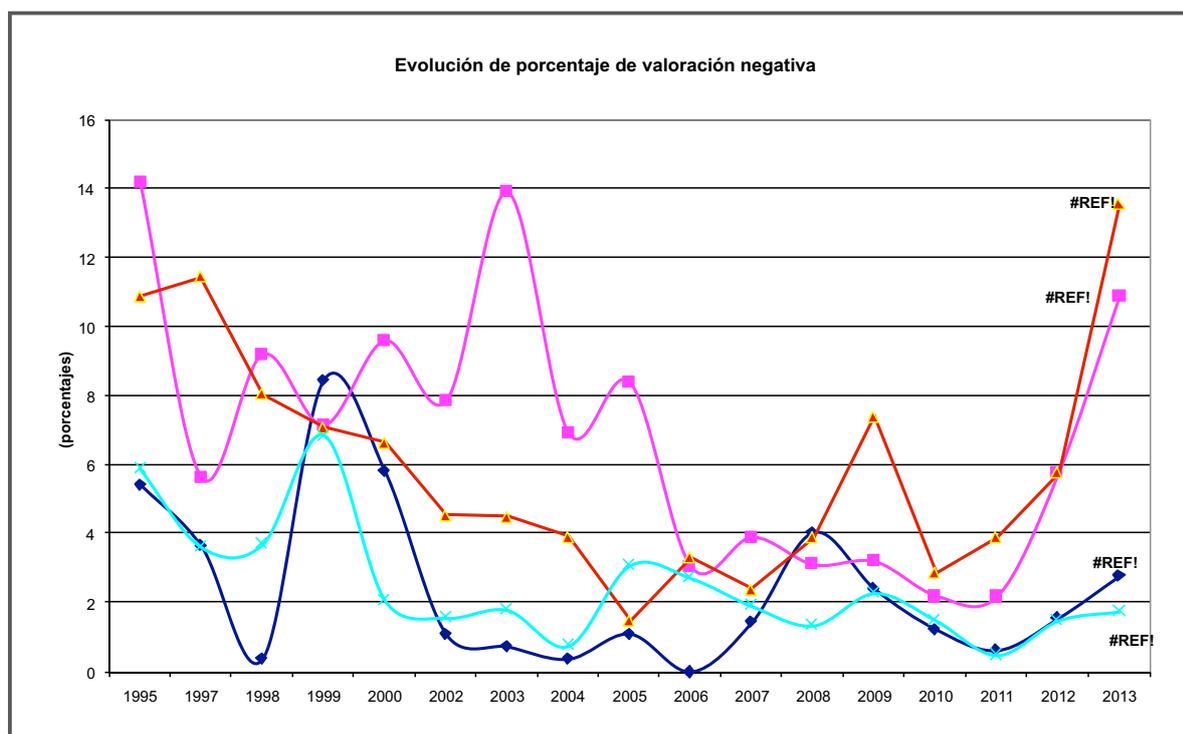
El Barómetro incluye una tercera pregunta sobre el grado de satisfacción con el modo en el que el sistema sanitario público funcio-

Gráfico 9



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario, MSSSI.

Gráfico 10



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario, MSSSI.

na en España. La “nota” puesta al sistema en 2013 es de 6,41. Una cifra que significa una reducción del -2,4% respecto al año anterior, acelerando la caída ya registrada en 2012 de un -0,3%. Unos datos coherentes con los anteriores.

En definitiva, el sistema sanitario público se enfrenta a una situación que debe ser abordada cuanto antes para conseguir que el SNS cuente con los recursos suficientes, sea capaz de atender con calidad a toda la población, aproveche adecuadamente los recursos disponibles mediante mejoras en su gestión, racionalidad, transparencia, sistemas de evaluación y de rendición de cuentas.

03. PRINCIPALES RETOS DEL SISTEMA SANITARIO

Con estas ideas como base de las propuestas, CCOO alentó en 2014 un proceso de negociación que tuvo como soporte el Acuerdo de propuestas para la negociación tripartita para fortalecer el crecimiento económico y el empleo, firmado el 29 de julio del pasado año. Igualmente, impulsamos junto a otras organizaciones diferentes propuestas con la misma orientación. Y a día de hoy, con la negociación interrumpida y los problemas sin resolver, todo ello sigue teniendo vigencia.

En resumen, las reformas que necesita la sanidad pública deben asegurar la viabilidad o sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, su capacidad o suficiencia, con racionalidad y transparencia, sobre los principios de universalidad, equidad y participación, elementos básicos de nuestro sistema de protección social.

Estas reformas necesitan un amplio consenso social y el respaldo de una gran alianza de organizaciones que impida la continua adopción de medidas unilaterales y frene el persistente intento de privatizar los servicios sanitarios públicos. Transcurridos ya casi

treinta años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, ha llegado el momento de reforzar el Sistema Nacional de Salud a partir de nuevas propuestas legislativas, económicas y sociales.

- ⊕ Aumentar los ingresos fiscales y garantizar los recursos suficientes para el buen funcionamiento de los servicios públicos, incluyendo el sanitario; un compromiso de garantía de suficiencia financiera en los presupuestos del SNS, tanto estatales como autonómicos. No se puede considerar la inversión en salud como gasto, cuando la salud actúa como motor económico y proporciona importantes retornos que oferta a la sociedad.
- ⊕ El SNS debe ser un servicio público de acceso universal, extendiendo el concepto de asegurado al conjunto de la población, sin exclusión de ninguna persona por razones de edad, situación administrativa o nivel económico. Este asunto, al igual que otros, requiere la derogación del Real Decreto-Ley 16/2012.
- ⊕ La asistencia sanitaria universal debe estar asegurada en condiciones de equidad para todas las personas que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, con el objetivo de que la asistencia sanitaria a personas inmigrantes empadronadas en España, aunque carentes de permiso de residencia, sea completa.
- ⊕ Hay que acabar con la limitación a 90 días de la exportabilidad del derecho a la asistencia sanitaria, en el caso de personas sin empleo que tratan de encontrarlo en otro país.

- ⊕ Rechazar los nuevos copagos en la atención sanitaria (transporte sanitario no urgente, prestación ortoprotésica, productos dietéticos...) y el actual modelo de copago farmacéutico por su impacto negativo, especialmente para los niveles de renta más bajos, y su inadecuación para las situaciones de especial necesidad vinculadas a cronicidad o pluripatologías. En este sentido, es necesario sustituir este modelo por otro que responda a las necesidades de los ciudadanos, elimine los copagos para los colectivos más desfavorecidos, evitando que se generen barreras en el acceso a los tratamientos necesarios, y los reduzca con carácter general aplicando límites y criterios de progresividad. Además, a la par deben incorporarse aspectos relacionados con el uso racional del medicamento y acciones de educación sanitaria e información.

- ⊕ Desarrollar un sistema de evaluación de tecnologías y prestaciones. Habría que crear un instituto similar al NICE británico que permitiera no sólo evaluar las tecnologías sanitarias sino informar las decisiones sobre financiación, inversión o desinversión. Habría que establecer un Fondo específico que impulsara la I+D+i en el sector sanitario público.

- ⊕ Acabar con las privatizaciones de los centros sanitarios, garantizando la utilización de los fondos públicos en asegurar la provisión y producción públicas de forma mayoritaria.

- ⊕ Mejorar la situación de los profesionales en el sector sanitario público: recuperar el empleo perdido a lo

largo de estos años y negociar unas condiciones de trabajo y retributivas que permitan una mayor motivación y promoción de los profesionales.

- ⊕ Revisar críticamente las distintas formas de gestión que se han puesto en marcha, sobre todo tras la aprobación de la Ley 15/1997 y de la normativa que permite la privatización de centros sanitarios públicos mediante diferentes fórmulas de colaboración público-privada.
- ⊕ Nos oponemos a una negociación opaca sobre un Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y la Unión Europea que puede conducir a la protección de los intereses privados frente a los intereses sociales en materia sanitaria.
- ⊕ Debemos potenciar a la atención primaria, mejorando su capacidad diagnóstica y terapéutica e incrementando sus recursos de forma sustancial. Promover una política sanitaria basada en la Promoción de la Salud y fomento del autocuidado.
- ⊕ Debemos potenciar los servicios de salud pública, de atención a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la investigación en salud, etc., invirtiendo la tendencia sufrida durante estos últimos años. Las políticas, recursos e inversiones en salud pública son esenciales en el desarrollo de cualquier sistema de salud, en la prevención de enfermedades y en la capacidad de respuesta de las instituciones sanitarias, como hemos visto recientemente.

- ⊕ La calidad y la cohesión en el SNS son aspectos esenciales del mismo. Hay que garantizar la transparencia y la información, y promover la corrección de desigualdades, la coordinación y el desarrollo de políticas comunes en el SNS.
- ⊕ Debe garantizarse la participación de la ciudadanía y los profesionales en el control y gobierno del SNS a todos los niveles

En definitiva, medidas que buscan reforzar el sistema sanitario público, mejorando su calidad, ampliando su capacidad de acción y garantizando su viabilidad ante las nuevas exigencias sanitarias y sociales.

CAPÍTULO 6. SEXUALIDAD: RELACIONES SEXO-AFECTIVAS ENTRE PERSONAS MAYORES

Este apartado pretende realizar una breve descripción de los datos existentes en torno a la sexualidad y a la afectividad de las personas mayores, haciendo especial hincapié en el bajo número de éstos junto a la vaguedad con la que aparecen en los estudios sociológicos. Se exploran las posibles causas de la invisibilización de la sexualidad, o de las relaciones sexo-afectivas entre las personas mayores.

Una segunda parte de este capítulo, está dedicada al análisis de los datos existentes para el Estado español a través de la información que ofrecen la Encuesta sobre Actitudes y prácticas sexuales elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de 2008 y la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 realizada por el (CIS).

01. ESTADO DE LA CUESTIÓN

La mayoría de los estudios y los artículos en torno a personas mayores y sexualidad, están enfocados desde los cambios fisiológicos que se producen en el proceso de la vejez y desde una visión limitada de la sexualidad reducida al coito y a lo genital.

El hecho de conceptualizar o definir la sexualidad como una práctica genitalizada definida en términos reproductivos lleva consigo la exclusión de diversos grupos de personas: tercera edad y primera edad, reservando a la segunda edad (el periodo que corresponde a la edad adulta) el testigo de la sexualidad.

Otro de los aspectos que llaman la atención y, que al igual que el anterior está en diálogo con la manera en que nuestra cultura percibe la sexualidad, es la patologización y medicalización de la misma: erección lenta o incompleta, disminución de estrógenos y atrofia vaginal de un lado y administración de hormonas, recomendación de viagra, etc., por otro. Desde este punto de vista, se atiende a los cambios que sufren los cuerpos en el proceso de vejez como déficits o carencias para la actividad sexual en lugar de ser pensados como posibilidad de experimentar nuevas formas de entender las prácticas sexuales.

Los datos en torno a las personas mayores con muestra de población española son pocos y aislados. Los encontramos en estudios más amplios y de forma marginal: la encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009 (CIS), el informe número 41 del Portal de Mayores (La sexualidad y la afectividad en la vejez, GARCIA, 2005), el estudio del IMSERSO 2011 (Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional) y Actitudes y prácticas sexuales elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

El estudio Sexualidad y personas mayores institucionalizadas: la perspectiva del residente y la perspectiva del profesional (IMSERSO 2011) amplía los datos existentes aunque para una pequeña muestra de 100 residentes y profesionales de Instituciones residenciales para mayores.

En la misma línea expuesta, señala la asunción generalizada en torno a la sexualidad como propia de la etapa productiva y reproductiva. Así mismo, resalta la importancia de haber tenido una trayectoria de la actividad sexual como factor condicionante para seguir siendo sexualmente activo en la tercera edad. Además, entender la sexualidad como práctica genitalizada puede llevarnos a considerar asexuadas a personas que realizan otras prácticas y tienen una vida sexual activa. Esta consideración es importante ya que dependien-

do del enfoque metodológico utilizado, puede variar el porcentaje de personas consideradas sexualmente activas.

Las personas institucionalizadas presentan rasgos particulares que dificultan una vida sexual activa. La falta de privacidad, compartir habitación, la existencia de actitudes negativas en el entorno, la arquitectura de las residencias, las actitudes familiares, etc., pueden interferir en las prácticas sexuales y en la autonegación de la sexualidad.

En contra de la asunción generalizada y del tabú de la sexualidad en la vejez, una de las conclusiones del estudio es que la vida sexual de las personas mayores es muy compleja y que presenta una gran variedad interindividual determinada, entre otras cuestiones, por la historia de vida personal.

Las prácticas que más refieren las personas entrevistadas son: en primer lugar la masturbación; en segundo lugar las relaciones afectivas en sentido amplio (besos, caricias, gestos de complicidad) y, por último, las relaciones heterosexuales que implican coito vaginal.

El informe Portal Mayores (2005) sigue la misma línea de visibilización de la sexualidad y afectividad en la vejez, pero incide una vez más en los cambios biológicos y psicológicos, ya citados, de las personas al envejecer.

Si los datos que podemos encontrar sobre sexualidad en personas mayores son pocos y desde un enfoque restringido, el estado de la cuestión en torno a la vejez y a la orientación sexual es más desalentador aún.

Beatriz Gimeno en *Vejez y orientación sexual* (2001) explora la doble discriminación vejez/homosexualidad. Éstas suman a su propia vivencia, entre otras cuestiones, la falta de formación del personal sanitario. Otro estudio de 2002 impulsado por la Dirección de Salud Pública de la Comunidad de Madrid (*Percepción médica de la homosexualidad y*

su relación con la salud) revelaba la visión limitada en torno a la sexualidad de las personas mayores por parte de la mayoría de los profesionales sanitarios. Éstos reconocen que si las personas que llegaban a la consulta eran mayores no se planteaban su orientación sexual ni que tuvieran relaciones sexuales. En la misma línea, la autora citada, señala que incluso en el entorno gay existe una fobia a la edad: “edadismo”.

Entre los factores que condicionan la percepción y la autopercepción (invisibilizantes) de la sexualidad en las personas mayores, encontramos los “no normativos relacionados con la historia” (IMSERSO, 2011).

Las personas mayores pertenecen a una generación que vivió 40 años de represión social y cultural prolongada. Una dictadura que no fue sólo política sino que también contaba con el apoyo de la Iglesia más retrógrada.

El sexo era un tabú en su juventud, impregnado por las nociones de virtud y pecado. El virtuosismo consistía en abstenerse de la práctica sexual hasta el matrimonio, después del cual su finalidad era reproductiva. Por otro lado, pecado eran la masturbación, las prácticas extramatrimoniales (sobre todo para mujeres), la homosexualidad, etc. Mostrar afectos, caricias, besos o abrazos en la calle podía ser incluso perseguido y castigado.

La Ley de peligrosidad y rehabilitación social aprobada por las cortes franquistas en 1970 en sustitución de la Ley de vagos y maleantes, junto con el artículo 431 del Código Penal franquista sobre escándalo público, se convirtieron en armas contra la sexualidad y los afectos. Especialmente contra la orientación sexual de las personas.

A día de hoy siguen de algún modo en el imaginario social. Por un lado, a modo de prejuicios que dibujan las relaciones sexo afectivas de las personas mayores como conductas improcedentes o de desviación, normalizando la culpa y la vergüenza. Por otro lado, a modo

de interiorización de modelos basados en la vivencia de un cuerpo joven en edad productiva y reproductiva, que niegan o infravaloran la sexualidad y los afectos de las personas mayores.

Beatriz Gimeno (2001) señala varios aspectos que condicionan la invisibilización de la sexualidad en este colectivo. Por un lado, la “visión limitada de la ancianidad” desde la que las personas mayores son reducidas a meras sobrevivientes carentes de necesidades. Por otro lado, no ser grandes consumidoras les coloca en una situación de discriminación. La publicidad no está pensada para las personas mayores y cuando se atiende a la vejez, el mensaje que se lanza está orientado a evitar o disimular el envejecimiento.

Ante este estado de la cuestión, se hace necesaria la recopilación de nuevos datos con nuevas variables que amplíen el enfoque de la sexualidad hacia la afectividad (deseo, erotismo, relaciones desgenitalizadas, rituales de ligoteo) y que abandonen las variables médicas y patologizantes.

Por otro lado, se torna imprescindible la formación del personal sanitario y residencial que trabaja con personas mayores.

Paralelamente, es necesario ejercer presión institucional para que los censos y estadísticas incorporen cuestiones sobre sexualidad e identidad de género en las personas mayores.

02. DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE SEXUALIDAD

Según la Encuesta sobre Actitudes y Prácticas Sexuales elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008, en general las personas mayores de 64 años se sienten satisfechas con su vida amorosa y sexual, aunque ésta última en menor medida.

El gran grueso de las personas mayores de 64 años muestra un 40,1% de satisfacción en su vida sexual y el 27% asegura no tenerla.

La pareja estable es el escenario más común en el que se desenvuelven las relaciones sexuales y afectivas en todas las edades, llegando a superar a partir de los 35 años el 96% hasta el 98,5% en las personas en edad de jubilación. Para éstas, la satisfacción de la vida sexual es buena en un 78,5%.

En una alta proporción, las relaciones sexuales parecen estar circunscritas al hecho o no de tener pareja estable. Según muestra la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009, entre la minoría de personas que, sin tener pareja estable, mantienen relaciones sexuales esporádicas los hombres son los que más satisfechos se muestran.

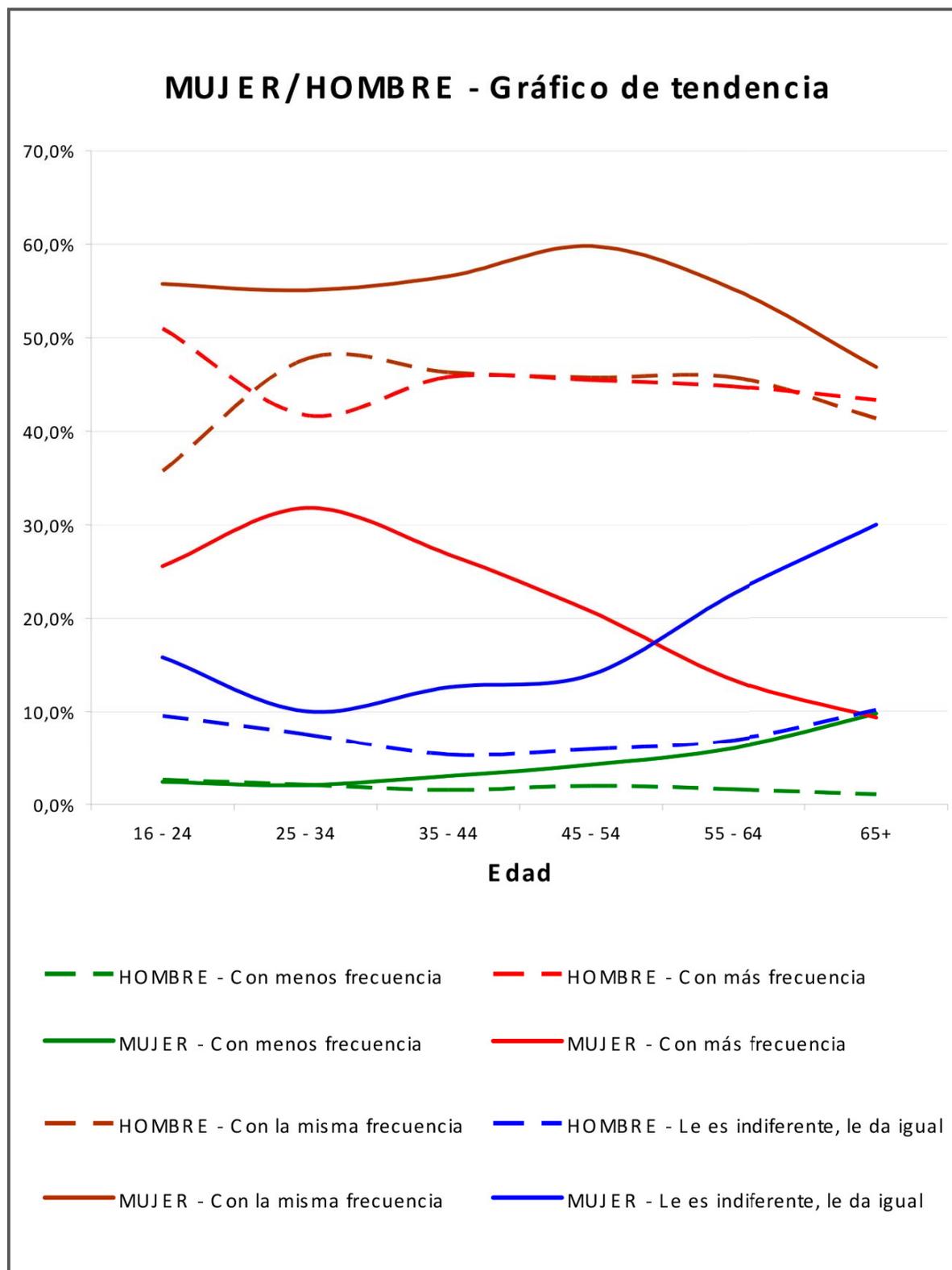
En general, la sexualidad es vista como una parte más de la vida que resulta necesaria para el equilibrio o el bienestar personal. Los motivos principales a la hora de mantener relaciones sexuales varían según la edad y el sexo.

Así, como puede observarse en el gráfico, el motivo principal atiende a cuestiones románticas seguido de cuestiones reproductivas.

La edad de la primera relación sexual también varía con el transcurso de la época vivida, siendo más precoz en las edades más jóvenes y más tardía en las edades más avanzadas.

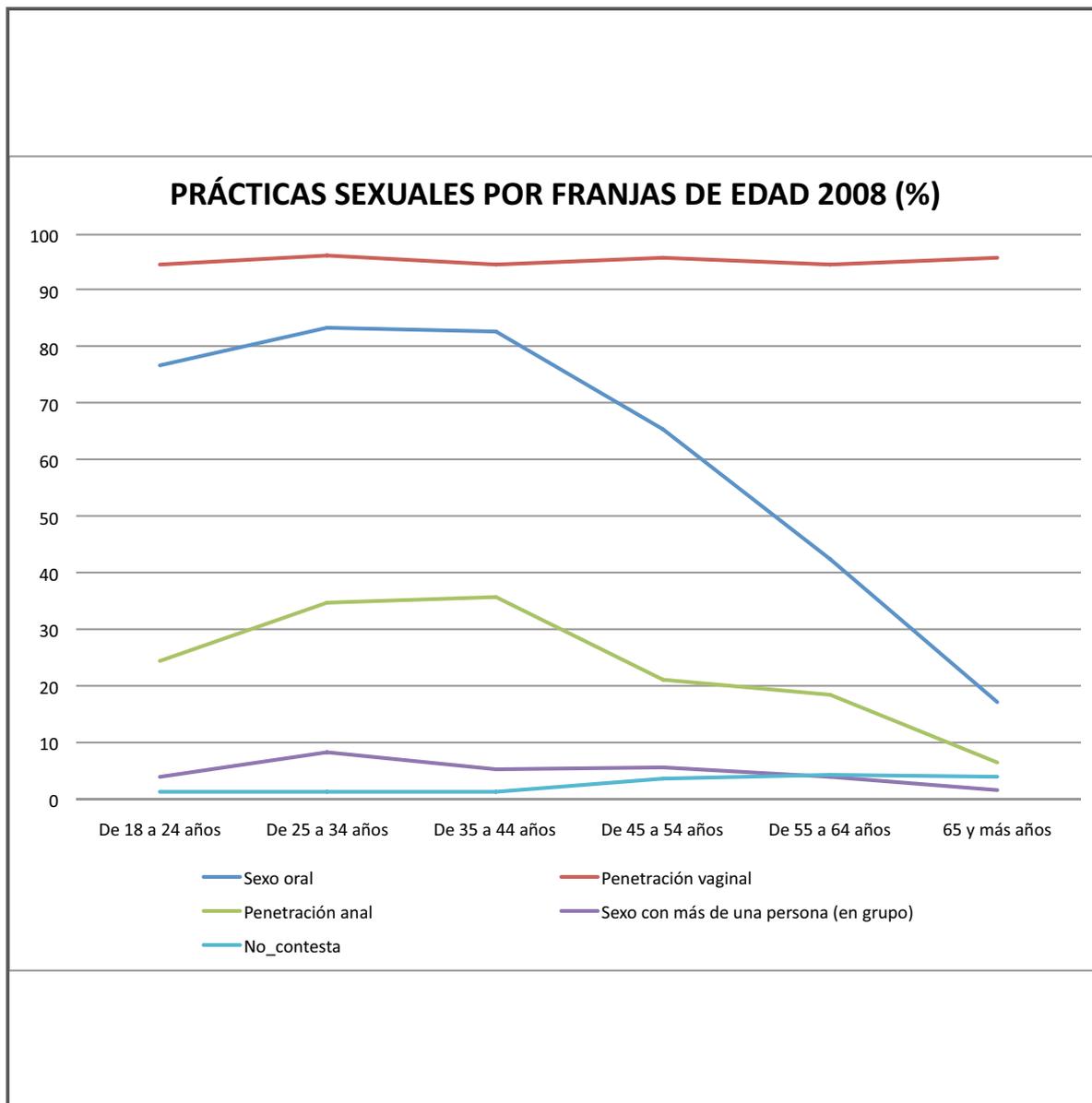
El periodo más habitual entre las personas mayores es el de los 21 a los 24 años; más de 24 años y de 19 a 20 años tal y como se muestra en el gráfico.

El 51,9% tilda de buena la primera experiencia sexual. El 36% no comparte este recuerdo y la considera poco o nada satisfactoria. Por último el 16,9% la considera regular.



Fuente: Observatorio de Salud de la Mujer (osm). Ministerio de sanidad y política social. Informe de resultados de la encuesta nacional de salud sexual de 2009.

La masturbación, en un 36,1%, es el índice más elevado después de la relación sexual como primera experiencia en la sexualidad.



Fuente: CIS. Encuesta de Prácticas y Actitudes sexuales de 2008. Elaboración propia.

La cantidad de parejas sexuales (aquellas en las que ha habido al menos una relación sexual) varía según la generación. Entre las personas menores de 35 años las relaciones sexuales tienden a hacerse con un mayor número de personas. A medida que avanza la edad, la diferencia se acentúa. Para las personas mayores de 64 años el 76,1% sólo ha tenido una pareja sexual en su vida. Éste es el índice más alto seguido del 5,3% que ha tenido entre cuatro y cinco parejas sexuales y el 2,1% que ha tenido tres.

En cuanto a la forma de las parejas sexuales se observa en ambas encuestas una baja representación de la homosexualidad. En la encuesta de 2008 la heterosexualidad aparece representada por encima del 93% en todas las generaciones, ascendiendo a un 98,8% entre los encuestados mayores de 64 años.

La práctica sexual más común es la penetración vaginal en una proporción muy elevada. El sexo oral, que aparece de manera generalizada entre los jóvenes, desciende bruscamente a partir de los 40 años rozando casi el 20% entre las personas mayores de 64 años. El sexo con varias personas a la vez aparece de manera muy residual.

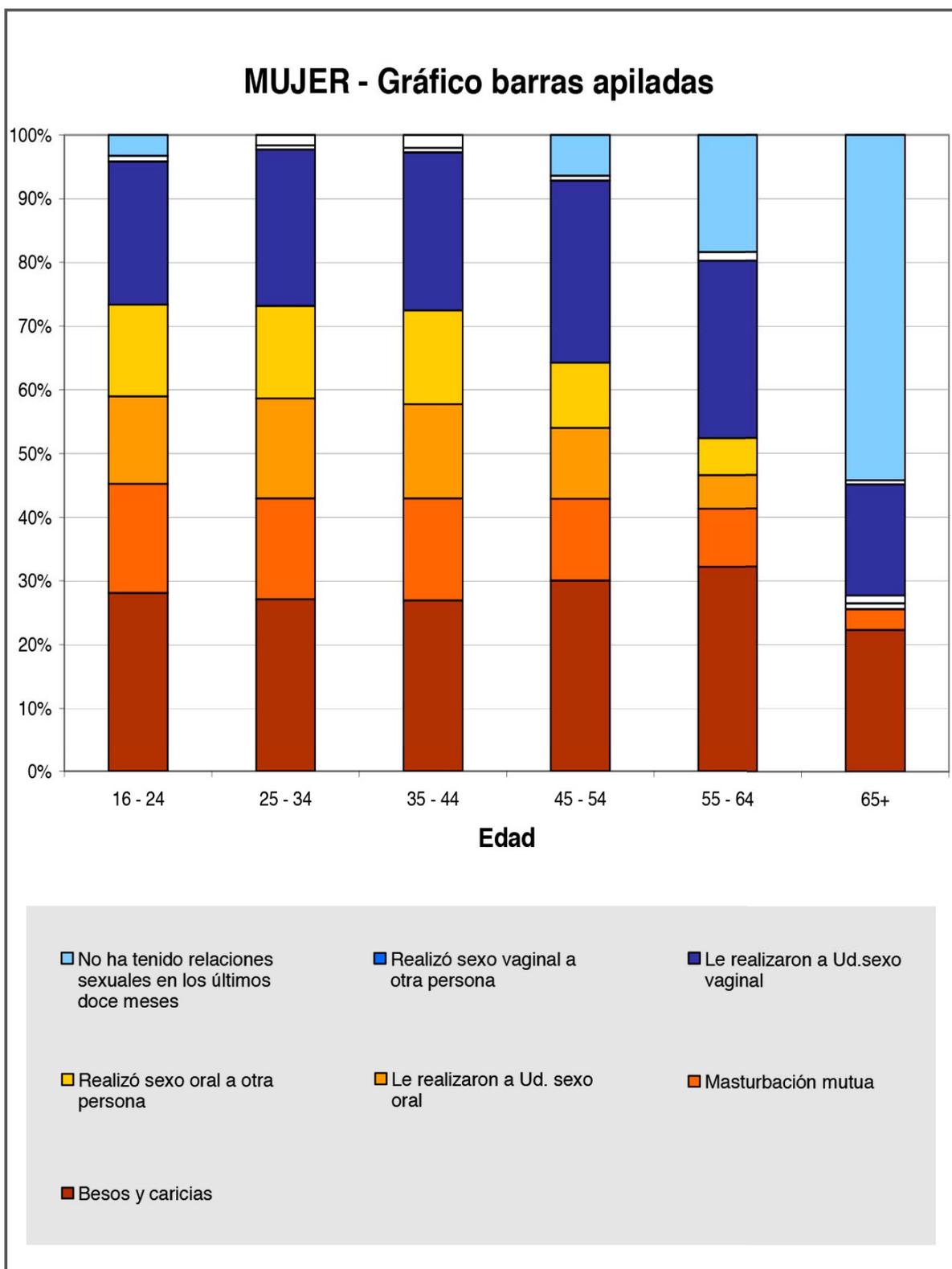
La penetración anal aumenta a partir de los 55 años y llega a ser una práctica bastante generalizada entre las personas mayores de 64 años superando el 60% de los casos.

Según los resultados de 2009, que tienen en cuenta la masturbación y los besos y caricias como prácticas sexuales, se observa como el protagonismo de la penetración vaginal se equipara a las caricias y a los besos como forma mayoritariamente extendida entre las personas en edad de jubilación.

Las prácticas sexuales varían según el sexo y la edad. Como se muestra en los gráficos, el sexo oral junto a la masturbación mutua disminuyen a medida que avanza la edad.

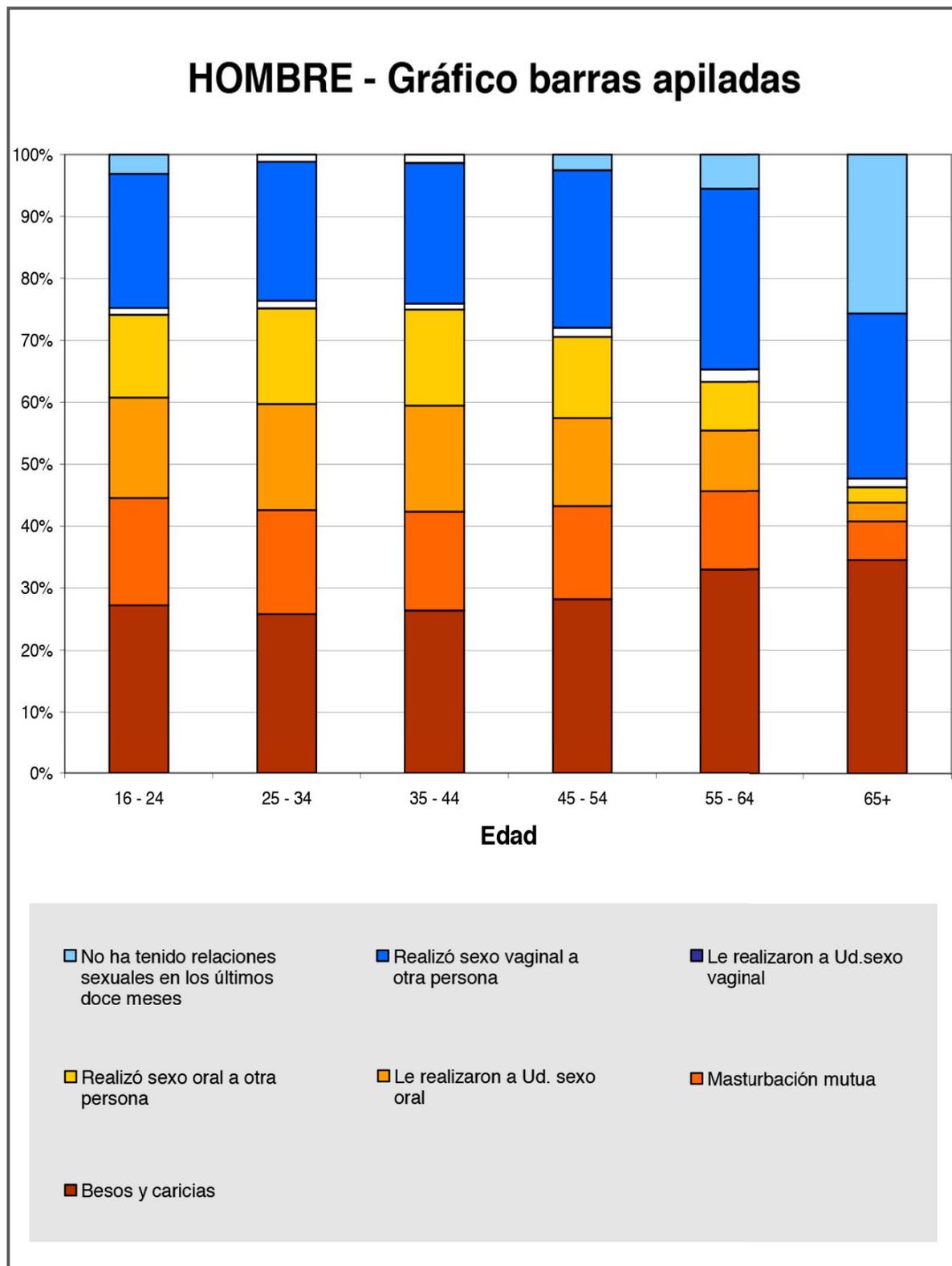
En el gráfico que se muestra a continuación las mujeres aparecen sobrerrepresentando a las personas que no han tenido relaciones sexuales en el último año. Esto se debe fundamentalmente a motivos de viudedad (50,3%). Si se tiene en consideración que las relaciones sexuales se circunscriben a la pareja estable y que en una proporción muy elevada se trata de parejas heterosexuales, no es de extrañar que el grueso de las mujeres mayores de 64

años presenten una menor actividad sexual que la de los varones coetáneos a esa generación.



Fuente: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de sanidad y política social. Informe de resultados de la encuesta nacional de salud sexual de 2009.

Una diferencia que se observa en ambos gráficos es que son los hombres quienes más realizan sexo oral a otra persona.



Fuente: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de sanidad y política social. Informe de resultados de la encuesta nacional de salud sexual de 2009.

En cuanto a la percepción de la sexualidad en relación a las prácticas, el 56,1% de los encuestados en 2008 considera que son los hombres a quienes más les gusta el sexo; un 34,6% sostienen que por igual y sólo un 4,9% dice que más a las mujeres.

La percepción de las personas sobre sí mismas con respecto al atractivo sexual que despiertan hacia otras personas mengua con la edad. Aún así, las personas en edad de jubilación muestran una alta valoración personal representada en el porcentaje más elevado: un 34,4%. El 21,4% consideran que lo fueron de jóvenes y un 21,8% sostiene que la imagen de sí mismos es regular.

Entre las personas mayores la frecuencia más habitual con la que mantienen relaciones de diversas prácticas sexuales es una o dos veces por semana (en un 24,3%) y dos días al mes (en un 12,7% del total de personas que practican y no practican sexo). La época del año aparece como un elemento que influye en la cantidad de veces en que se realizan.

La actitud sexual entre estas generaciones revela que casi todas las personas, aunque no con mucha diferencia, prefieren que sean otros quienes tomen la iniciativa de la relación sexual. En lo que se refiere a la naturalidad con la que hablan de cuestiones sexuales, la pareja es la persona con la que más comodidad se siente (76%). También con las personas del mismo sexo.

La fidelidad en la pareja está muy valorada en todas las generaciones. Entre las personas mayores, el 79,9% la consideran imprescindible para la felicidad y el buen funcionamiento de la pareja. El 15,9% en cambio, sostienen que la infidelidad no tiene porque mermar la relación de pareja.

Además, la mayoría dicen no haberse sentido atraídos sexualmente nunca por ninguna otra persona que no fuera su pareja 56,7%, el 36,9% argumentan que sí al menos una vez.

En el caso de que se produzca una infidelidad por parte de la pareja más de la mitad (57,8%) de las personas mayores preferirían no saberlo. Al contrario que el resto de la población quienes sostienen preferir enterarse ante un caso de infidelidad.

Según los resultados de 2009, las preocupaciones en torno a la vida sexual cambian con respecto a la edad y el sexo de la persona.

Para las mujeres, según avanza la edad aumenta el miedo a la pérdida de deseo sexual dejando tras de sí la preocupación por motivos de embarazo presente entre las jóvenes.

Para los varones, la preocupación sexual más frecuente a partir de los 60 años es por motivos de enfermedad, superando el miedo de los jóvenes a la falta de experiencia sexual junto al miedo de no tener pareja sexual.

Un alto porcentaje de las personas mayores que buscan ayuda para afrontar estas preocupaciones, lo han hecho acudiendo a profesionales en más del 85% entre los hombres y en casi un 80% entre las mujeres, quienes muestran otra fuente de ayuda: poco más del 10% acude a los grupos de amistad.

En las mujeres las fuentes principales de ayuda profesional provienen de la ginecología, en torno a un 45% y de la medicina de cabecera, en poco más de un 40%.

En torno a un 50% de los hombres acude a la urología en busca de ayuda, seguido de un 35% que lo hace acudiendo a la médica o el médico de cabecera.

De entre quienes utilizan métodos de barrera para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, las mujeres son quienes parecen más preocupadas. Casi un 70% de las veces, la iniciativa proviene de parte de

las mujeres. Los hombres dicen ser ellos quienes lo deciden en casi un 30%. El preservativo masculino es el método de prevención más usado.

En la encuesta de 2008, se observa mucha diferencia entre las generaciones más jóvenes que aseguran haber recibido formación de tipo sexual en un 82,9% de los casos; mientras que el 92,8% de los mayores dicen no haber obtenido nunca este tipo de educación. Así, el grado de educación sexual disminuye progresivamente a medida que avanza la edad.

De entre las personas mayores que han recibido algún tipo de información sobre sexualidad, el gráfico de los resultados de 2009 muestra como varía el grado de percepción sobre la utilidad de información recibida según la edad y el sexo de las personas.

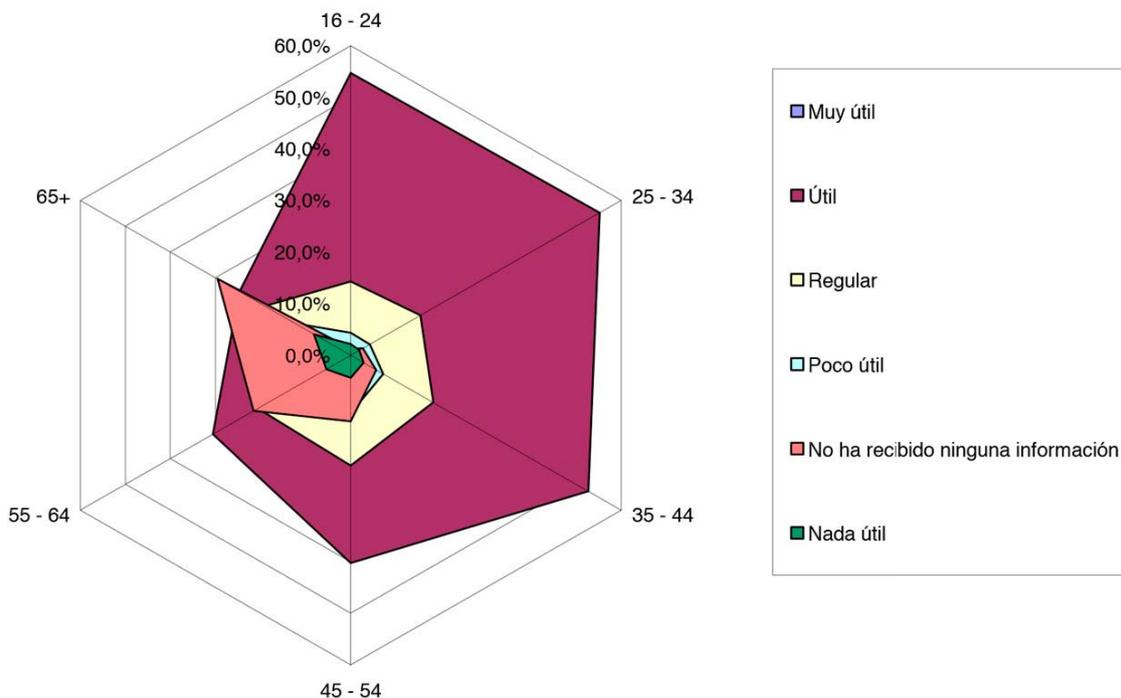
En lo que se refiere al uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en cuestiones de sexualidad, en 2008 el uso de internet en relación al contenido y prácticas sexuales oscila de manera diferencial entre las franjas de edad.

En las personas en edades de jubilación, la utilización de este medio es muy baja. El 96,4% de las personas sostienen no haber visitado nunca una web de contenido sexual. Sólo el 3,3% dicen haberlo hecho.

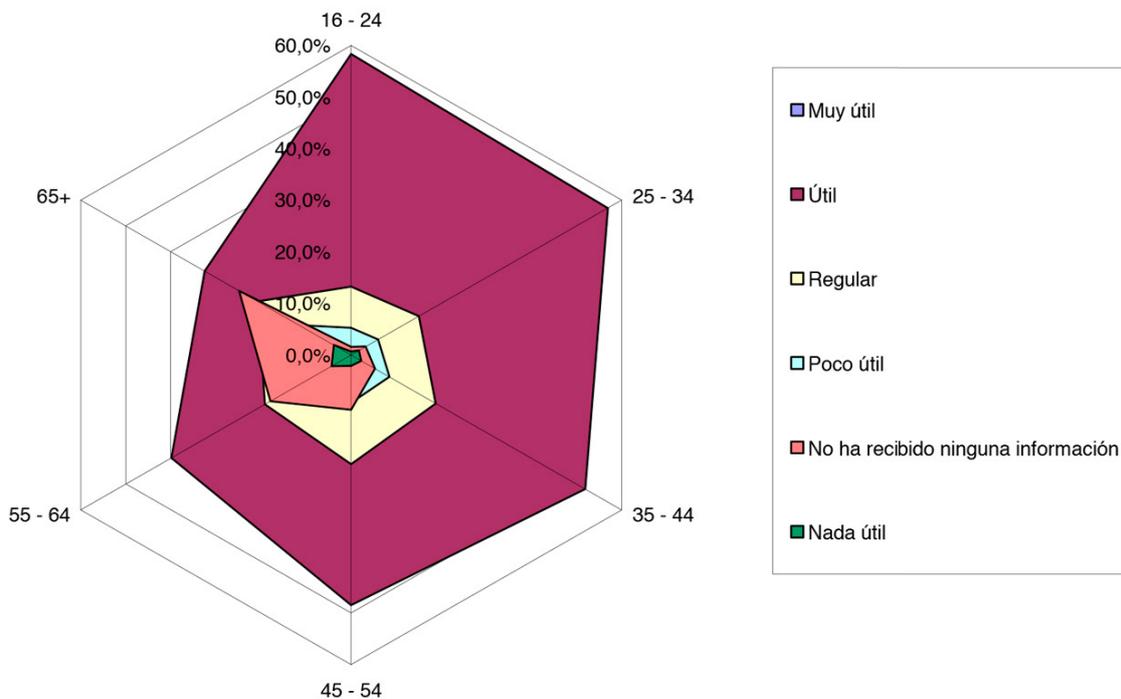
La proporción es todavía menor en lo que se refiere a las líneas telefónicas de contenido erótico y sexual. De manera unánime, el 100% de las personas dicen no haberlas usado nunca.

Por último, el empleo de sustancias afrodisiacas tampoco aparece de manera significativa: sólo el 2,4% han hecho uso de ellas y en la mitad de los casos vinculadas a bebidas alcohólicas. Además, los juguetes eróticos tampoco son de uso frecuente entre las personas mayores: el 99,1% no los usa. El vibrador o Dildo es el juguete favorito entre quienes han hecho uso de algún tipo de tecnología sexual.

MUJER - Gráfico radial



HOMBRE - Gráfico radial



Fuente: Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe de resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual de 2009.

03. PROPUESTAS PARA MAYORES

A lo largo de la geografía del estado español, existen espacios conscientes de la diversidad sexual y de las diferentes formas de vivirla que tienen las personas mayores. Presentamos aquí uno de ellos, donde las personas mayores pueden ir a buscar información o a pasar un buen rato entretenidas:

- ⊕ **Fundación 26 de Diciembre:** En esta fundación persiguen crear un espacio social y cultural para mayores LGTBI (Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales). Buscan la visibilización de la vejez en diferentes ámbitos de la sociedad.

Web: www.fundacion26d.org

Teléfono: 910028417

Calle Amparo 27, Madrid.



ESTAMOS A TU DISPOSICIÓN EN NUESTRAS SEDES

Federación Estatal de Pensionistas y Jubilados de CCOO

Ramírez de Arellano, 19, 1ª planta. 28043 Madrid. Teléfono 91 757 26 22

www.pensionistas.ccoo.es

Andalucía

C/ Trajano, 1 - 5ª planta
41002 Sevilla
Teléfono 954 50 70 41

Aragón

Pº Constitución, 12 - 2ª
planta
50008 Zaragoza
Teléfono 976 48 32 28

Asturias

C/ Santa Teresa, 15 - 1º izd.
33005 Oviedo
Teléfono 985 25 71 99

Les Illes Balears

Francesc de Borja Moll, 3
07003 Palma de Mallorca
Teléfono 971 72 60 60

Islas Canarias

Primero de Mayo, 21
35002 Las Palmas de Gran
Canaria
Teléfono 928 44 75 37

Cantabria

Santa Clara, 5
39001 Santander
Teléfono 942 22 77 04

Castilla-La Mancha

C/ Miguel López de Legazpi,
32-34
02005 Albacete
Teléfono 967 19 20 84

Castilla y León

Plaza Madrid, 4 - 5ª planta
47001 Valladolid
Teléfono 983 29 16 17

Catalunya

Via Laietana, 16 - 2ª planta
08003 Barcelona
Teléfono 934 81 27 69

Ceuta

Alcalde Fructuoso Miaja,
1 - 2ª pl
51001 Ceuta
Teléfono 956 51 62 43

Euskadi

Uribitarte, 4- 48001 Bilbao
Teléfono 944 24 34 24

Extremadura

Avda. Juan Carlos I, 41
06800 Mérida
Teléfono 924 31 99 61

Galicia

C/ María, 42-44, baixo
15402 Ferrol
Teléfono 981 36 93 08

Navarra

Avenida Zaragoza, 12
31003 Pamplona
Teléfono 948 24 42 00

La Rioja

C/ Pío XII, 33 - 2º desp. 43
26003 Logroño
Teléfono 941 24 42 22
Ext. 218

Madrid

Lope de Vega, 38
28014 Madrid
Teléfono 915 36 52 87

Melilla

1º de Mayo, 1 - 3º
52006 Melilla
Teléfono 952 67 65 35

Murcia

Corbalán, 4
30002 Murcia
Teléfono 968 35 52 13

País Valenciá

Pl. Nàpols i Sicília, 5
46003 Valencia
Teléfono 963 88 21 10



pensionistas

Subvencionado por:

