



**OBSERVATORIO SOCIAL  
DE LAS PERSONAS MAYORES**

**PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO**

Subencionado por:





# OBSERVATORIO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Subvencionado por:



Madrid, septiembre de 2016

**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 la C.S. de CCOO

Secretaría de la Mujer e Igualdad de la C.S. de CCOO

Alicia Martínez. Fundación 1º de Mayo

**Producción:**

io, sistemas de comunicación

[www.io-siscom.com](http://www.io-siscom.com)

# ÍNDICE

Presentación	5
Introducción	7
1. Características demográficas	9
2. Formas de convivencia de las personas mayores	18
3. Salud, calidad de vida y recursos sanitarios	29
4. El sistema para la Autonomía y de Atención a la Dependencia	49
5. Los Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España	60
6. El sistema público de pensiones	69
7. La desigualdad de género en las pensiones	88
8. La pobreza y las personas mayores	98
9. Discriminación por edad, el maltrato de las personas mayores y la protección jurídica de las personas mayores	105
10. Las mujeres mayores: una revisión de la desigualdad	112
11. Conclusiones	120
ANEXOS	125



**pensionistas**

# PRESENTACIÓN

En la Federación de Pensionistas y Jubilados en colaboración con la Fundación 1º de Mayo de **CCOO** hemos preparado un año más, el Observatorio Social de las personas mayores para un envejecimiento activo. Pensamos que es importante seguir conociendo las carencias de las personas mayores, para poder sacar conclusiones de los problemas que tienen y a la vez buscar las soluciones que necesitan para un envejecimiento realmente activo.

Este año queremos hacer un amplio repaso a la problemática que tienen las mujeres en varios campos, como son la desigualdad de género en las pensiones, un sistema que está basado principalmente en un sistema contributivo, según el cual las aportaciones realizadas durante la vida laboral generan el derecho a ser perceptores de prestaciones al terminar ésta. Las mujeres acceden a prestaciones menos cuantiosas, y en mayor medida que los hombres, a prestaciones derivadas del derecho generado por sus parejas en el caso de haber contraído matrimonio que son las pensiones de viudedad.

Las mujeres mayores en España son un 33% más que los hombres, resultado de su mayor longevidad. De hecho, tienen una esperanza de vida al nacer de casi 6 años más que ellos. Esta realidad tiene implicaciones en la calidad de vida en su proceso de envejecimiento, dado que sus formas de vida, su estado de salud y cuidados y sus recursos económicos se condicionan unos a otros durante más años.

También explicamos la tasa de riesgo de pobreza de las personas mayores aquí también las mujeres salen perjudicadas pues su tasa es superior a la de los hombres: un 13,2% frente al 11,1% de los hombres. Estas diferencias de género se evidencian al observar la distribución de las personas mayores en función del grado de dificultad o facilidad que tienen para llegar a fin de mes.

También explicamos, el maltrato y la protección jurídica de las personas mayores pues estas van perdiendo autonomía, sufren la discriminación a medida que envejecen y progresivamente se ven despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas hasta convertirse en dependientes.

**Julián Gutiérrez**

*Secretario General de Pensionistas*

# INTRODUCCIÓN

El Observatorio Social de las personas mayores 2016 realiza una panorámica de las condiciones de vida de las personas mayores, su estado de salud, sus recursos tanto económicos como de protección social y los riesgos específicos a los que se enfrentan.

El presente informe ha querido dar continuidad al trabajo anual que se viene realizando, al tiempo que ha introducido algunos elementos particulares. Por un lado, se ha pretendido abordar las consecuencias de las diferencias de género y las especificidades de las realidades de las mujeres mayores tanto de manera transversal, como particularmente en algunos apartados. Por otro lado, se han abordado situaciones de discriminación que sufren las personas mayores y el reto que esto supone desde el punto de vista jurídico.

En primer lugar, el informe dedica sus dos primeros capítulos al análisis demográfico de la población mayor, analizando el proceso



de envejecimiento, por un lado, y las formas de convivencia de las personas mayores en España, por otro.

En un segundo bloque, se aborda la salud de las personas mayores y los recursos sanitarios, de atención a las situaciones de dependencia así como de servicios sociales.

Los siguientes capítulos están dedicados al sistema de pensiones, su situación y la calidad de las prestaciones que existen actualmente. En este punto se ha considerado relevante detenerse a estudiar las discriminaciones laborales hacia las mujeres que dan lugar a la brecha de género en la percepción de las pensiones.

Un cuarto bloque realiza un diagnóstico sobre los datos de pobreza y exclusión social de las personas mayores y dedica un capítulo a la discriminación, el maltrato y su desprotección jurídica.

El último capítulo cierra el análisis transversal de género, recapitulando los principales datos que evidencian las diferentes condiciones de vida en la vejez de hombres y mujeres y culminando con la más cruda manifestación de la discriminación: la violencia machista.

Para la realización del informe, se ha recurrido a diversas fuentes de información, tanto bibliográfica como estadística. Las fuentes estadísticas utilizadas son de diverso tipo, tanto encuestas como registros, bien nacionales bien internacionales, producidas por organismos públicos en su mayoría. La disponibilidad de fuentes lo suficientemente exhaustivas en sus desagregaciones o la coherencia entre la información de unas y otras, representa una de las principa-

les limitaciones a la hora de abordar las realidades de las personas mayores.

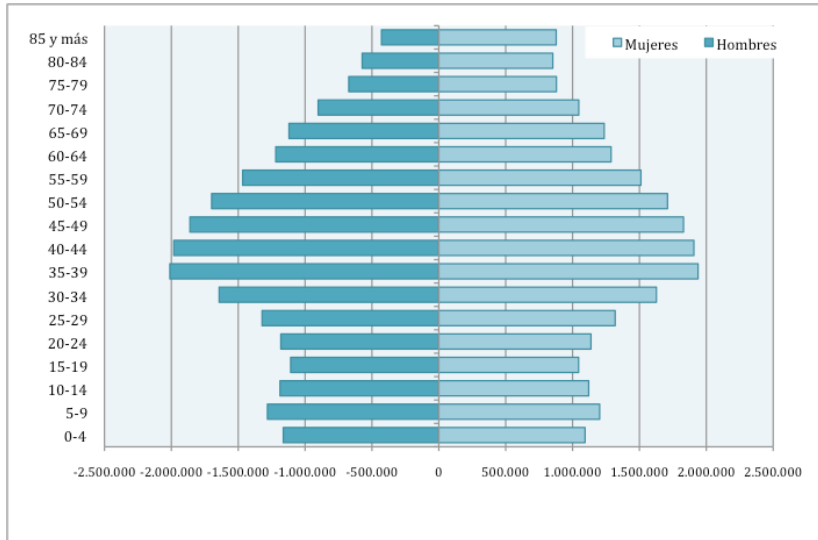
## 1. Características demográficas

En las últimas décadas, el proceso de envejecimiento de la población europea ha ido cobrando una creciente importancia ya que representa unos de los grandes retos a los que han de enfrentarse los modelos de bienestar. Desde la década de los 80, la mayor parte de los países europeos comienza un cambio demográfico caracterizado por una caída de la fecundidad mientras aumenta la edad media de las mujeres al nacimiento del primer hijo o hija, junto con el progresivo descenso de la mortalidad. En España comenzó algo más tarde que en los países del entorno, pero hoy en día presentan una de las esperanzas de vida más elevadas a nivel mundial. Asegurar la calidad de vida de las personas mayores, reduciendo el número de años vividos con mala salud, es uno de los principales desafíos de esta realidad demográfica.

Este proceso queda plasmado en la pirámide poblacional que, en España, es resultado una determinada evolución demográfica. Las consecuencias de la Guerra Civil y la Postguerra, el posterior *Baby Boom* y el cambio en la tendencia de la natalidad tras los años 70 dibujan esta pirámide. En los últimos años de la década de los 90 se aprecia una leve recuperación de la fecundidad, de la mano del crecimiento económico y el aumento de la población extranjera. En los últimos años, la crisis económica ha vuelto a contraer la natali-

dad. Precisamente España se encuentra a la cabeza de los países con menor fecundidad.

### Gráfico 1. Pirámide poblacional, 2015

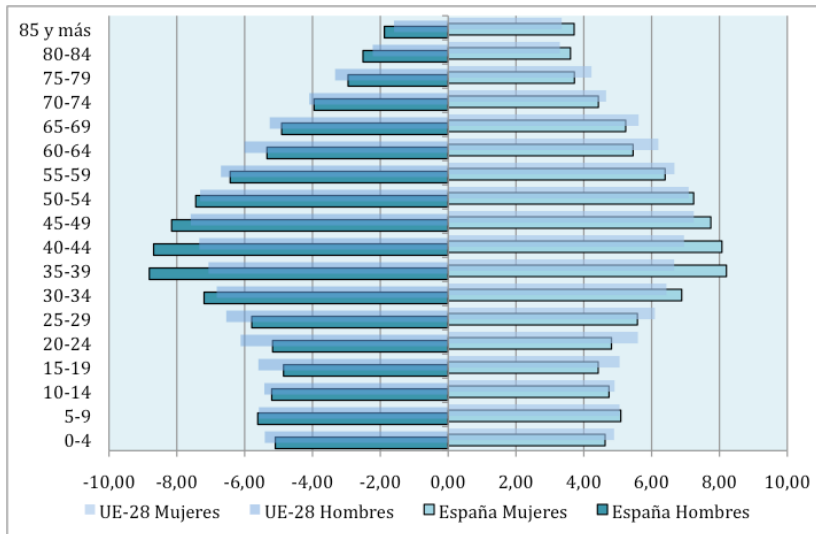


Fuente: EUROSTAT.

Estos procesos han dibujado una pirámide que se va estrechando en la base, al tiempo que la generación de los “babyboomers” va envejeciendo. Actualmente, estas generaciones se encuentran entre los 40 y 55 años y en las próximas décadas engrosarán la parte superior de la pirámide.

Aunque este dibujo, en grandes rasgos, no es específico de España, sí podemos observar sus peculiaridades más acusadas al compararlo con la media de la Unión Europea de los 28. En el siguiente gráfico se puede apreciar cómo la contención de la natalidad es mayor en España que la media europea, lo que implica menor presencia de jóvenes menores de 30 años. Mientras, el peso de la cohortes de edad entre los 30 y los 54 años es mayor en España. La población entre los 50 y los 80 años es mayor en la UE-28, pero en España, las franjas superiores de edad tienen más presencia.

**Gráfico 2. Pirámide poblacional española frente a UE-28, 2015**



Fuente: EUROSTAT.

Una mezcla de factores de carácter biológico y social hace que los hombres sean más en la base de la pirámide y que las mujeres lo sean en la cúspide. El mayor nacimiento de hombres que mujeres, las consecuencias en la mortalidad de los hombres con la Guerra Civil o la menor esperanza de vida de ellos –fuertemente condicionado por las diferencias de género en hábitos más o menos saludables– configuran un mapa de explicaciones que llevan a estas diferencias. La edad de equilibrio, aquella en la se equipara el número de hombres y mujeres, se encuentra entre los 45 y 54 años, y se revierte a partir de los 65 años. Diferentes informes hacen hincapié en que se prevé una reducción de los desequilibrios en las futuras décadas, dado que se espera una equiparación entre hombres y mujeres en las pautas de mortalidad.

Actualmente, hay un 33% más de mujeres que de hombres de 65 años y más, y casi un 75% más de mujeres que de hombres en la población de 80 y más años. Esta realidad nos obliga a considerar la perspectiva de género con especial atención a la hora de analizar las condiciones de vida de las personas mayores.

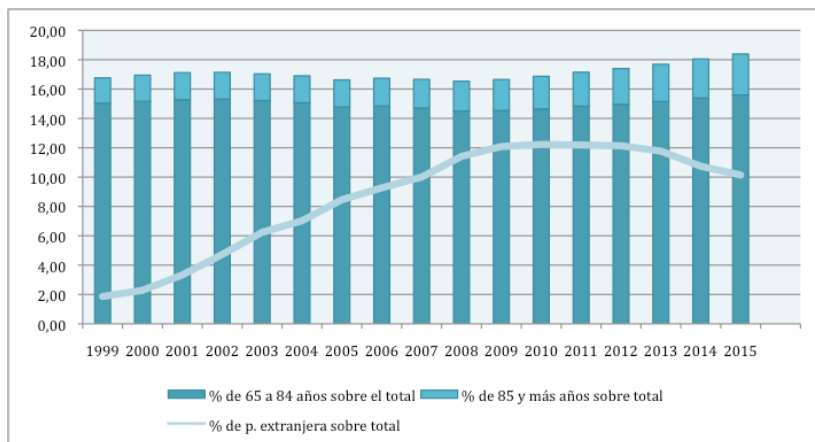
## **Un envejecimiento acelerado**

El proceso de envejecimiento comenzó más tarde en España que en los países del entorno, pero su incidencia está siendo más acelerada. Según Naciones Unidas (2013) España se encuentra entre los países con mayor proporción de población mayor, junto con Japón (a la cabeza), Alemania e Italia, Francia y Reino Unido y las perspectivas de población prevén un crecimiento de espectacular en las próximas décadas.

Desde los años 70, el peso de la población mayor ha crecido muy llamativamente. En los últimos 15 años, nos hemos encontrado con un valle en el proceso de envejecimiento, que no podemos dejar de poner en relación con la entrada de población extranjera en edad de trabajar. Tal como se puede apreciar en el gráfico 3, en el año 2000, casi el 17% por la población tenía 65 años o más, cuando el Padrón recogía apenas un 1,8% de población extranjera. Diez años más tarde, el peso de la población mayor se mantenía, cuando la población extranjera en España representaba más del 12%. Desde entonces, el índice de envejecimiento está recuperando su tendencia, mientras el porcentaje de población extranjera está reduciendo hasta poco más del 10%.

Al efecto de la inmigración se suma la emigración juvenil en los últimos años, que está pronunciando el adelgazamiento de la población joven en España.

**Gráfico 3. El índice de envejecimiento, 1999-2015**

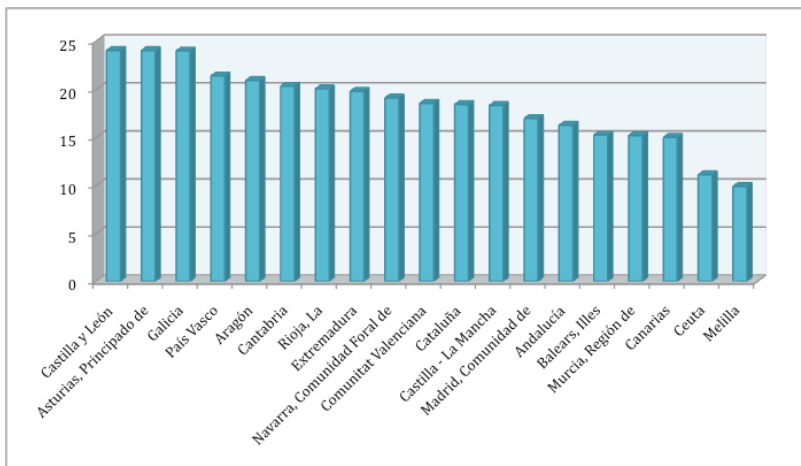


Fuente: Padrón continuo, INE.

Además, nos estamos enfrentando a un proceso de “envejecimiento del envejecimiento”, que consiste en un incremento de la población mayor entre los mayores. En el gráfico 3 se puede apreciar que el peso de la población de más de 85 años está aumentando significativamente. En los últimos quince años, el porcentaje de estas personas mayores ha crecido más del 60%, lo que tiene importantes consecuencias en la dependencia y organización de la familia y el papel social de las personas cuidadoras y políticas sociales.

El envejecimiento no es igual en todas las comunidades autónomas. Son las comunidades del norte las más envejecidas, mientras que las del sur lo están en menor grado. El siguiente gráfico ilustra que el 24% de la población de Castilla y León, de Asturias y Galicia tiene 65 años o más, contrastando con el 9,9% de Melilla, el 11,1% de Ceuta o el 15% de Canarias.

#### Gráfico 4. Proporción de población de más de 65 años por comunidad autónoma, 2015



Fuente: Padrón Continuo.

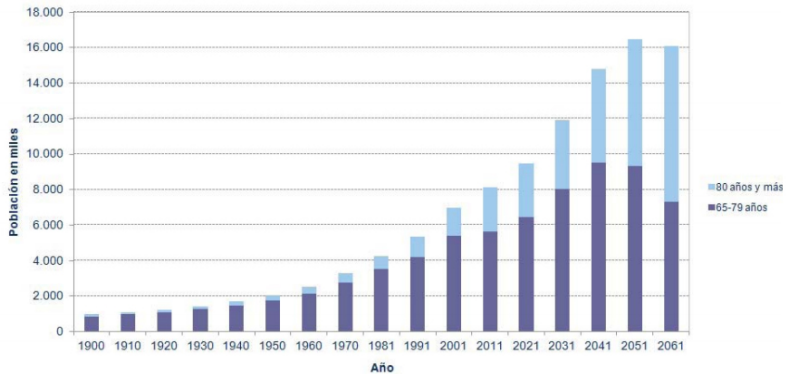
## **La esperanza de vida en aumento, con llamativas diferencias de género**

Detrás de este proceso de envejecimiento está el aumento de la esperanza de vida al nacer. En las últimas tres décadas, la esperanza de vida ha aumentado 7 años, situándose en 2014 en los 83 años. Es muy importante hacer hincapié en las diferencias de género, ya que la esperanza de las mujeres es seis años mayor que la de los hombres, un hecho que pone sobre la mesa la relevancia de atender a las necesidades de recursos y calidad de vida en esos años más que viven las mujeres.

La esperanza de vida femenina es mayor en todas las regiones del estado, pero existen diferencias no desdeñables de unas comunidades autónomas a otras: entre la esperanza de vida de las mujeres de la Ciudad Autónoma de Melilla y la de las mujeres de la Rioja existen 4,5 años de diferencia. Las mujeres de la Rioja, la Comunidad de Madrid y Castilla y León son las que tienen mayor expectativa de longevidad, frente a Melilla, Ceuta y Andalucía; desigualdades similarmente distribuidas a las esperanzas de vida de los hombres.



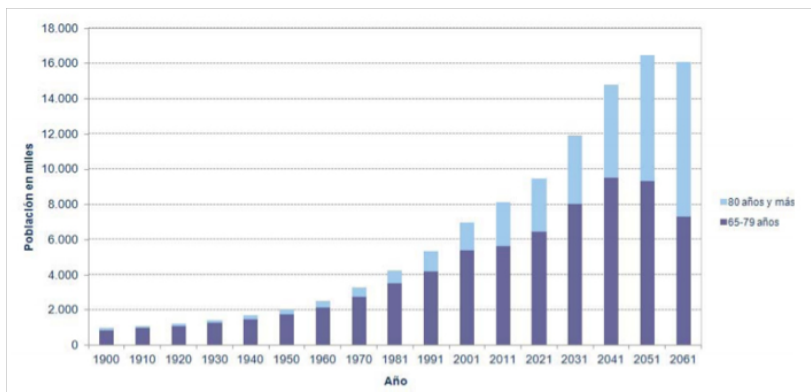
### Gráfico 5. Esperanza de vida al nacer, 2014



Fuente: INE. Indicadores de Mortalidad.

Las proyecciones demográficas de las próximas décadas prevén una continuidad en el envejecimiento de la población en España. Según las proyecciones de población recogidas en el Instituto Nacional de Estadística, se prevé un envejecimiento acelerado al menos hasta el año 2050.

## Gráfico 6. Evolución de la población mayor, 1900-2061



Fuente: Informes Envejecimiento en red n°14, 2016<sup>1</sup>

El alcance de este proceso puede variar, dado que hay dos elementos cruciales que pueden alterar la evolución: las migraciones –tanto la inmigración como la emigración- y la natalidad. Estos factores pueden generar diferentes escenarios de cara a la futura realidad demográfica española.

## Las personas mayores constituyen un colectivo heterogéneo

Es imprescindible reconocer que las personas mayores no son un colectivo homogéneo, y de hecho, existen significativas diferencias que se suman a las de género. Las formas de convivencia y composición de los hogares y las posibilidades de cuidado en ellos, los

1 ABELLÁN GARCÍA, A.; PUJOL RODRIGUEZ, R. (2016). “Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos” Madrid, Informes Envejecimiento en red n°14.

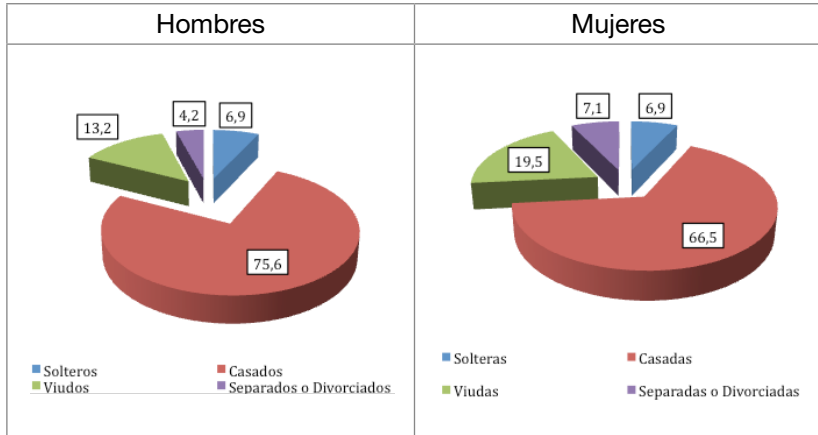
entornos rurales o urbanos, los grados de cobertura de prestaciones sociales públicas, o los diferentes grados de dependencia y/o autonomía personal son elementos que configuran diversas realidades y necesidades en las personas mayores.

En suma, los procesos de envejecimiento de la población, de envejecimiento del envejecimiento y la feminización de ambos representan uno de los principales retos de cara a asegurar oportunidades para una vida saludable, participativa y segura en términos de igualdad.

## **2. Formas de convivencia de las personas mayores**

La mayor parte de las personas de 65 y más años viven en pareja, siendo más frecuente en los hombres que en las mujeres. Esto está relacionado con que el matrimonio domina el estado civil de las personas mayores de 64 años: el 75,6% de los hombres y el 66,5% de las mujeres están casados y casadas. El hecho de que sea más frecuente entre los hombres que entre las mujeres no responde sino a dos factores. El principal, que dada la mayor longevidad de ellas, hay mayor porcentaje de viudas que de viudos –con 6 puntos de diferencia–, y en segundo lugar, que es más frecuente en ellas el permanecer separadas o divorciadas.

**Gráfico 7. Estado civil de hombres y mujeres de 65 y más años, 2015**



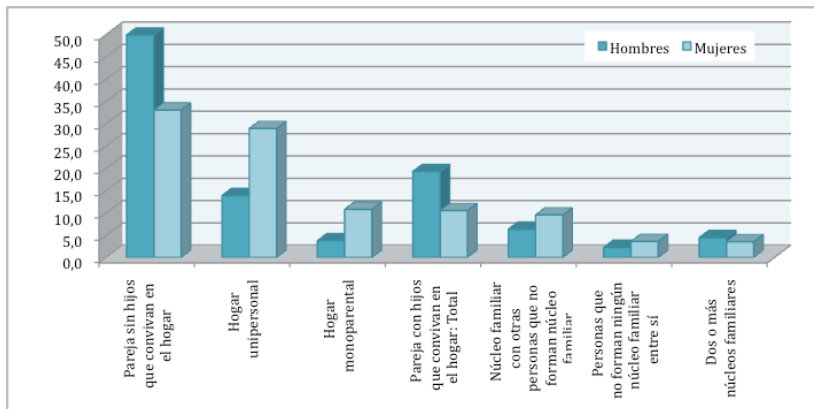
Fuente: EPA, IV trimestre 2015.

**Cerca del 30% de las mujeres mayores viven solas, la mayor parte de ellas, viudas**

El 69,2% de los hombres vive en pareja, mayoritariamente en hogares sin hijos (casi el 50%). En el caso de las mujeres el porcentaje es menor, ya que apenas el 41,6% de ellas vive en pareja, y la convivencia en pareja con hijos ocupa el cuarto lugar en relevancia. Los porcentajes de mujeres que viven solas o en hogares monoparentales son llamativamente mayores que en el caso de los hombres. Cerca del 30% de las mujeres de 65 años y más viven solas, 15 puntos por encima de la proporción de hombres en esta situación. Cerca del 11% de las mujeres viven solas con hijos o hijas.

El 40,6% de los hogares unipersonales están compuestos por personas mayores de 65 años y las mujeres mayores representan el 30% del total. Entre 2013 y 2015, el número de hogares unipersonales ha aumentado, un 1,5% en el caso de los hombres y más de un 3,5% en el caso de las mujeres.

### Gráfico 8. Hogares de las personas de 65 y más años (%), 2015



Fuente: Encuesta continua de hogares.

Estas diferencias no sorprenden tomando en consideración la mayor longevidad de ellas y el mayor número de viudas. Tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro, la mayor parte de las personas mayores de 64 que viven solas están viudas, pero en el caso de las mujeres, en mayor proporción: casi el 80% de las mujeres que viven solas están viudas, frente al 47% de los hombres. En el caso de los

hombres, merece remarcar que un porcentaje relevante de quienes viven solos son hombres solteros.

**Tabla 1. Estado civil de personas de 65 y más años en hogares unipersonales (%) 2015**

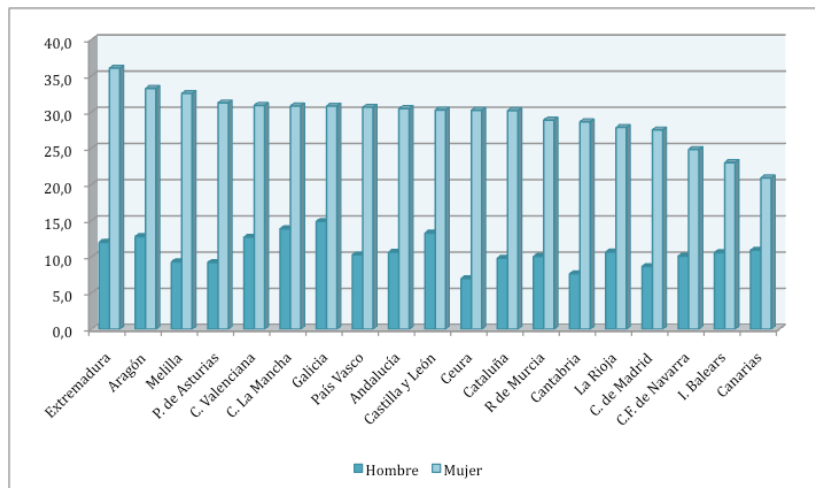
	Soltero/a	Casado/a	Viudo/a	Separado/a	Divorciado/a
Hombre	27,9	8,4	46,8	7,7	9,2
Mujer	11,8	2,5	79,4	2,5	3,9

Fuente: Encuesta continua de hogares, INE.

Sin embargo, sí representan una realidad que tomar en consideración de cara a atender a la necesidad de recursos y atención a la dependencia, especialmente la de ese alto porcentaje de mujeres mayores que viven en hogares unipersonales.

La elevada presencia de mujeres que viven en hogares unipersonales es común a todas las regiones del territorio español, pero existen diferencias, tal como se puede apreciar en el siguiente gráfico. El porcentaje de mujeres que viven solas en Extremadura es 15 puntos superior al de Canarias.

### Gráfico 9. Porcentaje de hombres y mujeres de 65 años y más sobre el total de hogares unipersonales por CCAA. 2015

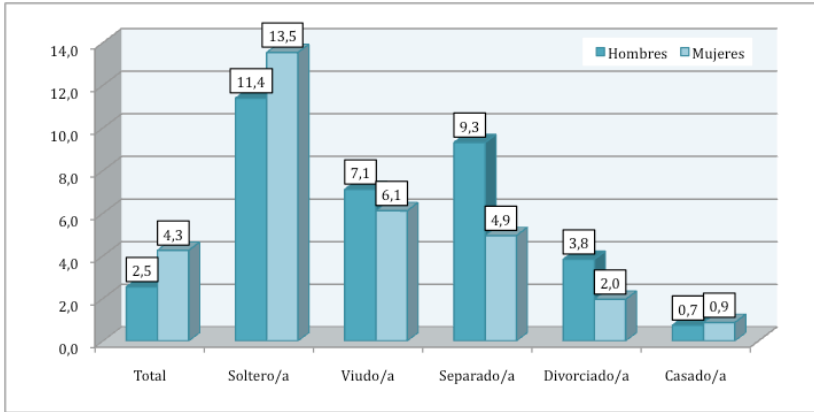


Fuente: Encuesta continua de hogares, INE.

### Un pequeño porcentaje de personas mayores vive en establecimientos colectivos

A la hora de analizar las formas de convivencia de las personas mayores, no se puede obviar la relevancia de los establecimientos colectivos, que contemplan instituciones sanitarias, residencias de personas mayores, instituciones para personas con discapacidad, instituciones religiosas, instituciones militares, instituciones penitenciarias y otros tipos de establecimientos colectivos. Las residencias de mayores constituyen el más común de los establecimientos colectivos (el 90%) en los que habitan las personas mayores de 64 años.

### Gráfico 10. Porcentaje de mayores de 64 años en establecimientos colectivos por estado civil, 2011



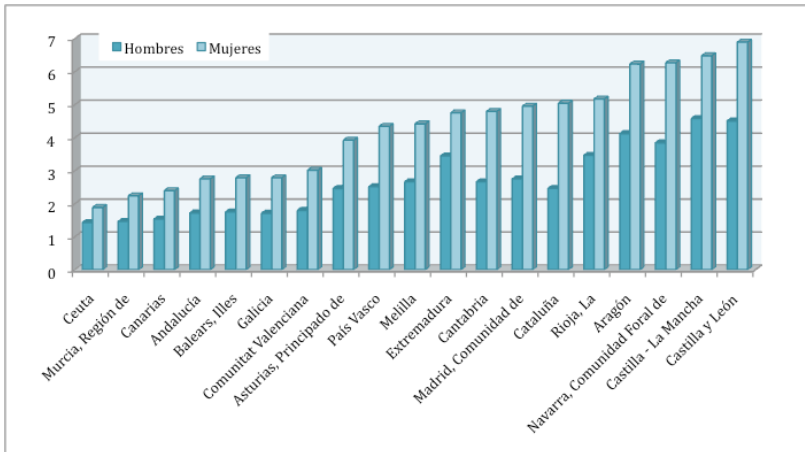
Fuente: Censo 2011.

Un 2,5% de los hombres y un 4,3% de las mujeres de 65 años y más vivían en 2011 en este tipo de establecimientos, principalmente entre los 80 y los 90 años, representando las mujeres el 70% de las personas que viven en residencias. La mayor parte, son personas solteras: el 13,5% de las mujeres solteras de esas edades viven en residencias de mayores, siendo el doble que de mujeres viudas.

El porcentaje de personas mayores en establecimientos colectivos muestra significativas diferencias en las distintas comunidades autónomas. En Castilla y León, el 6,9% de las mujeres y el 4,5% de los hombres de 65 y más años habitan en este tipo de establecimientos, mientras que en Murcia, tan solo representan el 2,2% y el 1,5% respectivamente.



### Gráfico 11. Porcentaje de mayores de 65 años en establecimientos colectivos por CCAA, 2011.



Fuente: Censo 2011.

### Los hogares de las personas mayores tienen más recursos

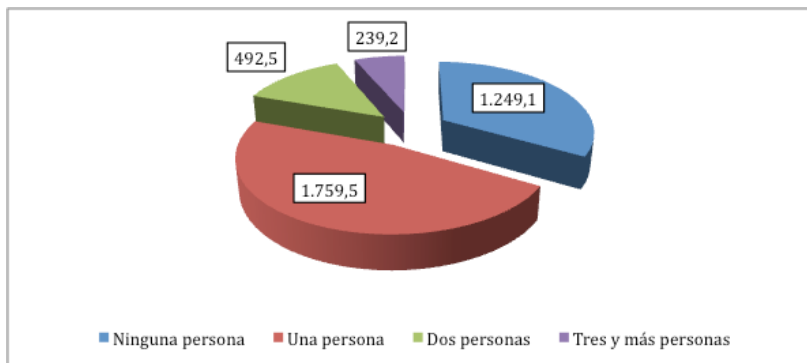
En un contexto de empobrecimiento generalizado y precarización de las condiciones laborales, los hogares de las personas mayores se encuentran en posiciones comparativamente más holgadas que el resto de hogares. La población mayor es, cada vez más, heredera de etapas de empleo más estable y mejores cotizaciones, y con ello perceptora de pensiones suficientes—especialmente los hombres—. A esto se suma la situación que las personas mayores tienen respecto al principal gasto que representa la vivienda en los hogares, para quienes supone menor carga económica que para el resto de la po-

blación. Cerca del 90% de los hogares de las personas de 65 años y más son viviendas en propiedad y muestran menores problemas en la vivienda que otras franjas de edad.

Los recursos económicos de las personas mayores las convierten en sustentadores principales de un 29% de los hogares en 2015 (según la Encuesta de Presupuestos Familiares). Desde el año 2010, este porcentaje ha aumentado 2 puntos. En 2015, un 17,7% de los hogares estaba sostenido principalmente por hombres mayores de 65 años, y un 11,3% por mujeres mayores de 65 años.

Siguiendo los datos de la EPA del primer trimestre de 2016, existen 3,7 millones de hogares cuya persona de referencia es jubilada, y desde el comienzo de la crisis este número ha aumentado un 20%. Sin embargo, esto no significa necesariamente que las personas jubiladas estén manteniendo a sus familias con sus pensiones, no al menos en un mismo hogar. De hecho, los datos parecen arrojar que cada vez hay más hogares compuestos por personas jubiladas (medias anuales de 2015). El 33,4% de las viviendas cuya persona de referencia está jubilada son hogares unipersonales, y cerca de la mitad se trata de hogares compuestos por dos personas. Son precisamente estas viviendas las que se han incrementado llamativamente en estos últimos 8 años.

### Gráfico 12. Hogares cuya persona de referencia es jubilada por número de personas con las que convive, 2015



Fuente: Encuesta de población activa, INE.

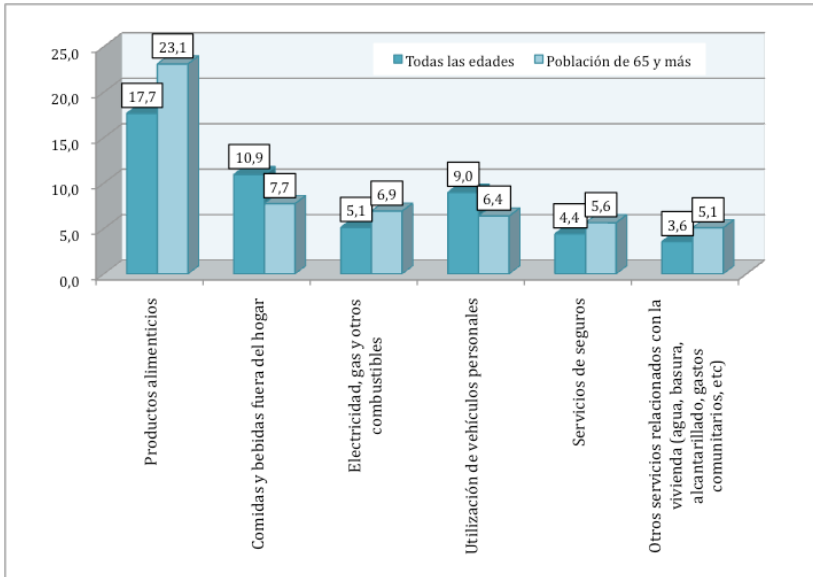
En todo caso, no se debe perder la perspectiva de que el sistema público de pensiones va ganando fuerza como sustentador, no solo de los recursos de las personas mayores, sino también de otras generaciones más precarizadas. Es ilustrativo, de hecho, que en 2015, según la Encuesta de Presupuestos Familiares, un 34,3% de los hogares tiene como principal fuente de ingresos algún tipo de pensión y que, según la Encuesta de Población Activa, un 7,25% de las viviendas cuya persona de referencia es un jubilado, cohabita con una o más personas en paro (un porcentaje que se ha duplicado desde 2008) y que existen 731 mil hogares en los que la persona jubilada de referencia convive con dos o más personas.

## **Las personas mayores gastan más en productos alimenticios, en energía y seguros**

El principal elemento que diferencia los gastos de las personas mayores del resto de la población es el elevado nivel de vivienda en propiedad que tienen las personas de 65 y más años. Por ello mismo, la Encuesta de Presupuestos Familiares estima el valor económico de la vivienda en propiedad, estableciendo como “alquiler imputado” una cantidad ficticia que las personas habrían de pagar en forma de alquiler a precio de mercado. En el 2015, esta cantidad sería la principal partida de gasto de los hogares, tanto en la población de 65 años y más como en el total de la población. En los hogares de las personas mayores, esta cantidad sería de 6.784€ anuales.

Dejando este gasto ficticio de lado, el presupuesto medio de estos hogares sería de 16.721€ anuales y las principales partidas son: Productos alimenticios, comidas y bebidas fuera del hogar, electricidad, gas y otros.

### Gráfico 13. Estructura del gasto (excluyendo el alquiler imputado) por persona de todas las edades y de 65 y más años, 2014



Fuente: Encuesta de Presupuestos Familiares.

Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, las mujeres gastan un 5% más que ellos en alimentación, un 31% menos que ellos en comidas y bebidas fuera del hogar, un 21,2% más que ellos en electricidad, gas y otros combustibles y menos de la mitad que ellos en vehículos personales.

La capacidad de consumo de las personas mayores depende precisamente de la evolución de los precios en las partidas más relevantes

en sus hogares y de la evolución de sus ingresos. En el último año (abril 2015-2016), los precios han caído en general un 1,1% debido sobre todo al descenso del precio del petróleo. Sin embargo, el precio de los alimentos se ha incrementado un 2%, algo que afecta en mayor grado a las mujeres dado que dedican mayor porcentaje de sus recursos a ello, y de restaurantes, bares, cafeterías, cantinas y comedores, un 1%.

### **3. Salud, calidad de vida y recursos sanitarios**

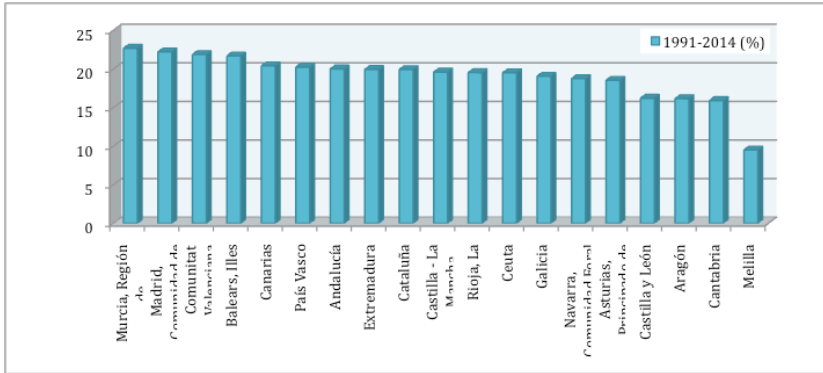
El estado de salud de las personas mayores condiciona sobremanera su calidad de vida y su capacidad para el desarrollo de un envejecimiento activo. El estado de buena salud trasciende la enfermedad, sus signos y síntomas, y comprende la consideración de un estado completo de bienestar físico, mental y social. En el caso de las personas mayores, y especialmente de aquellas de mayor edad, es relevante tomar en consideración un enfoque integral en términos de funcionalidad, considerando las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas para asegurar el mayor tiempo libre de discapacidad o con los recursos necesarios para el mantenimiento de la calidad de vida.

Por todo ello, es importante tener en cuenta la evolución de la esperanza de vida de las personas mayores, así como retos que esto implica en términos de salud. La calidad de vida saludable exige valorar la ausencia de enfermedad, las capacidades funcionales, la ausencia

de dependencia para el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la carencia de problemática mental o social derivada de la salud (*Informe 2014 Las Personas Mayores en España del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*). Para ello, no se puede dejar de lado la relevancia de los recursos privados y públicos.

De la mano de la esperanza de vida al nacer se ha venido incrementando la esperanza de vida a los 65 años. Desde comienzos de la década de los 90, se ha incrementado un 19%, aunque no por igual en todas las comunidades autónomas. Tal como se puede observar en el siguiente gráfico, en la Región de Murcia se ha producido el mayor incremento en la esperanza de vida a los 65, pese a no encontrarse actualmente entre las regiones con mejores posiciones, con un dato de 20,6. La ciudad autónoma de Melilla muestra los peores datos, tanto actuales como de evolución. También por debajo de la media en términos de mejora se encuentran Castilla y León, Aragón y Cantabria. Pese a ello, en 2014 se encontraba bien posicionadas. La esperanza de vida a los 65 años en 2014 era de 18,8 años para los hombres y de 22,7 para las mujeres. No existen grandes diferencias regionales.

**Gráfico 14. Evolución esperanza de vida a los 65 años  
1991-2014**



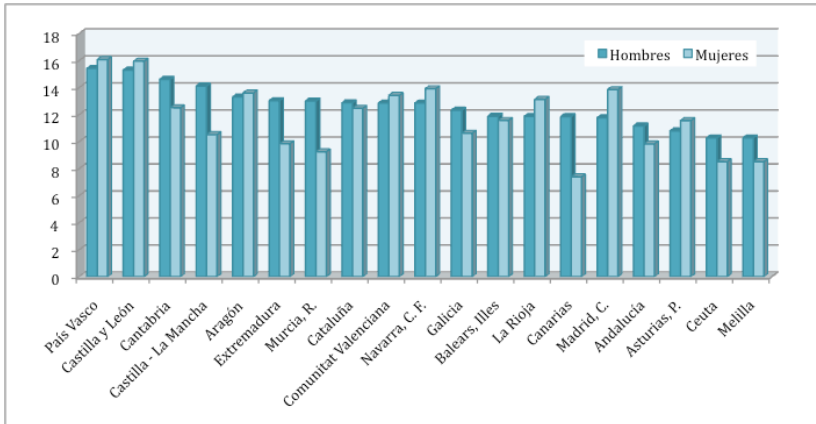
Fuente: Indicadores de Mortalidad, INE.

## **Las mujeres tienen mayor expectativa de vida pero los hombres, con mejor estado de salud**

Según los datos del Sistema Nacional de Salud, en 2013, el número medio de años de esperanza de vida saludable a los 65 años era de 12,36 años, siendo algo superior en los hombres que en las mujeres. El siguiente gráfico ilustra las diferencias por territorios ordenados por años de esperanza de vida saludable de los hombres. De los datos puede extraerse que las diferencias territoriales no son desdéniables, como tampoco lo son las diferencias entre hombres y mujeres.



### Gráfico 15. Años de esperanza de vida saludable a los 65 años, 2013



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2015.

País Vasco y Castilla y León presentan las esperanzas de vida saludables más elevadas, por encima de los 15,5 años. Ceuta, Melilla y Canarias, en contraste, no llegan a los 9,5 años. En algunas comunidades autónomas, la situación de las mujeres es mejor que la de los hombres, más llamativamente en Madrid y La Rioja, donde la esperanza de vida de vida saludable de ellas era superior a la de ellos 2 y 1,3 años respectivamente. En el extremo opuesto están las comunidades en las que son ellos quienes tienen expectativas de mejor estado de salud, siendo de hecho la mayoría, y mostrando grandes diferencias en algunas regiones. Canarias es el caso más significativo, en el que los hombres tienen una esperanza de vida saludable casi 4,5 años mayor que las mujeres. Murcia y Extremadura también son ejemplos de este desequilibrio con diferencias superiores a los 3 años.

## Las mujeres valoran peor su estado de salud

El estado de salud percibido es un indicador de gran relevancia ya que “relaciona el estado físico con el mental y no está muy condicionado por las interpretaciones médicas de los síntomas y resulta un buen predictor de mortalidad”<sup>2</sup>. Tal como reconoce la OMS, se trata de la percepción que una persona tiene de sí misma en un contexto sociocultural, e implica el grado de satisfacción que tiene con su estado físico, emocional, familiar, amoroso y social.

Las diferencias de género que conllevan a una menor esperanza de vida de los hombres y la menor en la esperanza de vida saludable de las mujeres se evidencian igualmente en la autopercepción del estado de salud. Cerca del 88% de la población de 65 y más años perciben tener alguna enfermedad o problema crónico de salud, siendo el porcentaje algo mayor entre las mujeres. Pese a ello, el 43,6% de estas edades considera su estado de salud positivo, con una marcada diferencia entre hombres y mujeres. Mientras que más de la mitad de los hombres valoran su estado de salud como positivo, menos del 40% de las mujeres tienen una percepción positiva.

Los siguientes gráficos representan la valoración del estado de salud de las personas mayores en tres cohortes de edad. Lo primero que merece la pena remarcar es que en todas los grupos de edad, el porcentaje de mujeres que consideran su estado de salud como bueno o muy bueno es menor que el de los hombres. Entre los 65 y los 74 años, cerca del 60% de los hombres considera que su salud

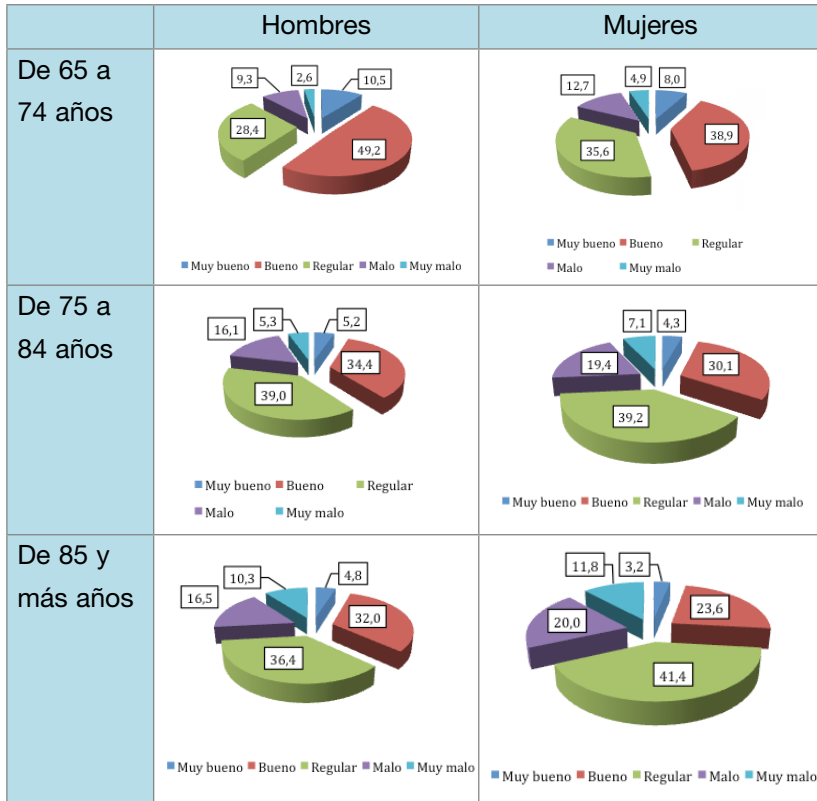
---

<sup>2</sup> Informe 2014. Las Personas Mayores en España. Datos Estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

era buena o muy buena, frente al 44% de las mujeres. Un 17,6% de las mujeres en estas edades consideraban que su salud era mala o muy mala, frente al 11,9% de los hombres.

Según avanza la edad, va ganando peso el porcentaje de población que percibe su estado de salud como regular: el 36,4% de los hombres y el 41,4% de las mujeres de 85 años y más tienen esa percepción. Paralelamente, se mantienen las diferencias de género, ya que el 31% de las mujeres valoran tener mala o muy mala salud frente al 26,8% de los hombres.

**Gráfico 16. Valoración del estado de salud de personas mayores en los últimos 12 meses, 2014**

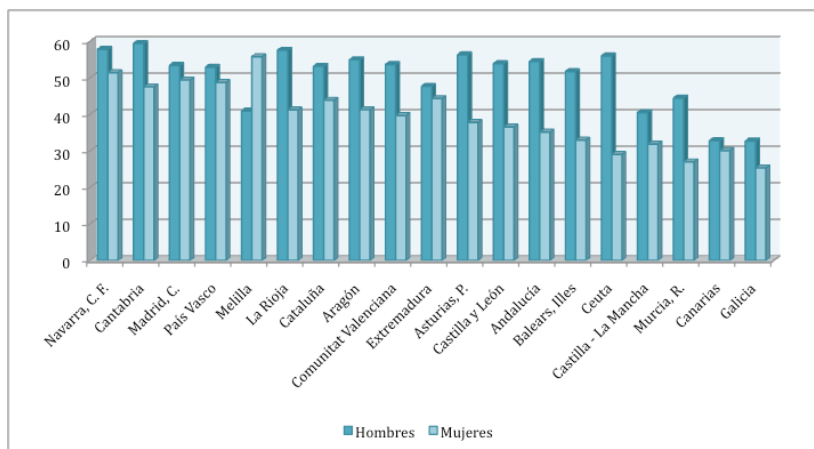


Fuente: Encuesta europea de salud, 2014. INE.

Al analizar las valoraciones que la población mayor hace de su propio estado de salud por comunidades autónomas, se puede apreciar que no se corresponden con los datos de esperanza de vida saludable. El siguiente gráfico ilustra la autopercepción de buena salud

y las diferencias entre hombres y mujeres. Las personas mayores de Navarra, Cantabria y Madrid perciben en mayor grado su estado de salud positivamente, mientras que las de Galicia, Canarias y Murcia la valoran peor. A excepción de Melilla, más mujeres consideran tener peor estado de salud que los hombres. En algunas comunidades autónomas, la diferencia entre las mujeres y hombres es especialmente llamativa, como son los casos de Ceuta –con 27 puntos de diferencia, Andalucía– con 19,3 puntos de brecha –o Islas Baleares– con una distancia de 18,8 puntos.

### Gráfico 17. Porcentaje de población de 65 años y más años con valoración positiva de su estado de salud, 2014



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, 2015.

Las mujeres declaraban en mayor proporción tener problemas o enfermedades crónicas o de larga duración, algo que se explica

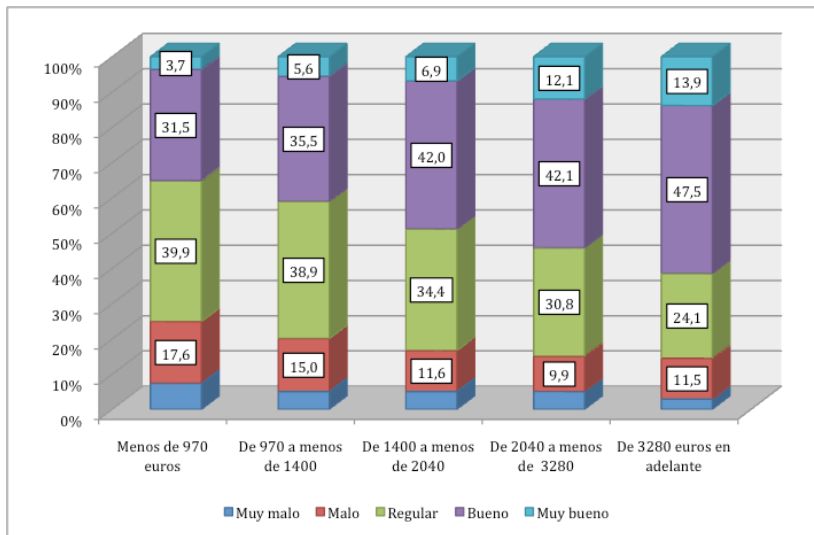
principalmente por su mayor longevidad. Según la Encuesta Europea de Salud de 2014, la artrosis, la tensión alta o el colesterol alto son las principales enfermedades o problemas que acusan las personas mayores, tanto hombres como mujeres. Sin embargo, resulta llamativo el mayor porcentaje de mujeres con artrosis (más de un 60%, casi duplicando a los hombres) o el dolor crónico de espalda (38,2% frente al 24,6% de los hombres). Otro elemento que merece la pena resaltar es que las mujeres presentan más problemas ligados al bienestar psicológico. Un 19% de las mujeres alegaban haber sufrido o estar padeciendo depresión y un 14% ansiedad crónica.

## **Las personas de mayor nivel socioeconómico perciben tener mejor estado de salud**

Los datos de la Encuesta Europea de Salud nos permiten relacionar la autopercepción del estado de salud con el nivel socioeconómico, de tal manera que se puede afirmar que aquellas personas mayores en hogares con mayores ingresos, y aquellas personas con mayor nivel de estudios, consideran tener mejor estado de salud. Se pueden aludir a diversas explicaciones que condicionan el estado de salud de las personas y su propia percepción, en mayor o menor grado. Probablemente, una de las principales razones esté relacionada con el tipo y la calidad de trabajos que las personas desarrollaron en su edad activa en el mercado laboral: las trayectorias laborales más precarias y los trabajos más duros físicamente están relacionados con peores ingresos. El acceso a recursos condiciona para la disposición y posibilidades de prevención, tratamiento y cuidado de la

salud y el bienestar físico y mental, tanto durante las etapas laborales como en la vejez.

**Gráfico 18. Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses de la población de 65 y más años en función de los ingresos mensuales netos del hogar. 2014**



Fuente: Encuesta europea de salud, 2014. INE.

Tampoco se debe obviar que el nivel socioeconómico incide en las posibilidades para la realización de actividades que faciliten un envejecimiento activo de calidad.

El siguiente gráfico ilustra esta realidad: en los hogares con ingresos mensuales inferiores a 970 euros, tan solo un 3,7% de las personas

mayores consideran tener muy buen estado de salud, un porcentaje casi 4 veces inferior al de las personas en hogares con ingresos superiores a 3.280 euros. En contraste, un 7,4% de las personas en hogares más empobrecidos perciben su estado de salud como muy malo, 2,4 veces más que en los hogares más holgados.

Estas disparidades se encuentran sin embargo mitigadas en un Estado de Bienestar como el español, con un sistema sanitario universalizado y un amplio sistema de pensiones. Pese a ello, hemos de tener en consideración que las debilidades del sistema de atención a la dependencia, hace que los recursos de los hogares sean piedra angular del cuidado de personas con menores niveles de autonomía. A esto cabe añadir que, la deriva a la baja de los salarios, junto con las frágiles políticas de conciliación de la vida personal, laboral y familiar colocan a las personas mayores, –especialmente a las mujeres– en el papel de cuidadoras hasta edades avanzadas.

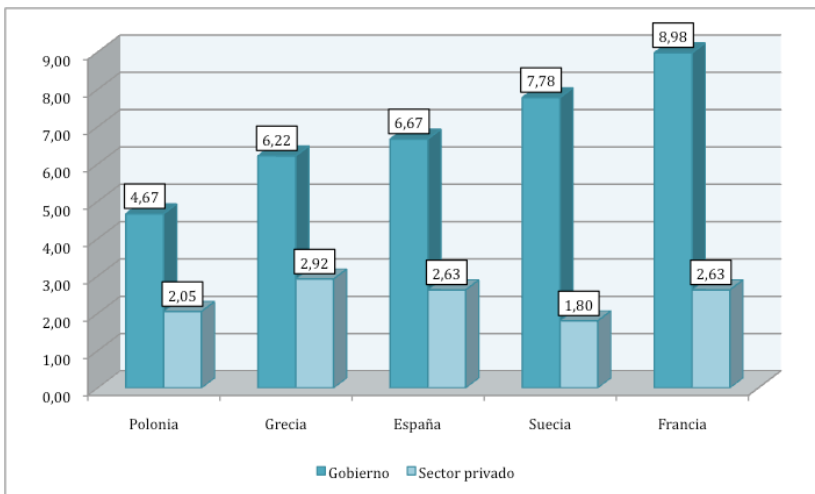
## **Los recursos sanitarios públicos en retroceso**

A la hora de analizar los recursos sanitarios, lo primero que hay que tener en cuenta es que existen diversas fuentes con datos que pueden mostrar importantes diferencias. Eurostat, los indicadores del Sistema Nacional de Salud, la Estadística de Gasto Sanitario Público o el Sistema de Cuentas de Salud, son fuentes estadísticas diferentes que existen al respecto. Para la elaboración de este apartado se recurrirá a aquellas fuentes que permitan las desagregaciones que resulten de interés y que faciliten la comparación internacional y regional, en la medida de lo posible. Por otro lado, hay que apuntar



que existe una importante desactualización de los datos, por lo que, dependiendo de la fuente, se hará referencia a cifras de 2012 o 2013.

### Gráfico 19. Gasto público y privado en porcentaje del PIB, 2012



Fuente: Eurostat.

Según los datos de Eurostat, el gasto público en salud en España, representaba en 2012 el 6,7% del PIB, más de 2 puntos por debajo de Francia, 1 por debajo de Suecia. El gasto privado también ocupa una posición alta entre la muestra de países seleccionados, solo superado por Grecia y a la misma altura que Francia.

Siguiendo los datos de Eurostat, entre 2009 y 2012, España registra una reducción del gasto público sobre el PIB del 5,6%, una dismi-

nución inferior a la de países como Grecia (10,7%) o Polonia (8%). Sin embargo, llama la atención que en España el gasto privado se incrementa un 9% mientras en el resto de países disminuye hasta un 4,6% en el caso de Grecia. De los países seleccionados, solo en Francia aumenta el gasto privado (2%), pero muy lejos de la tendencia al alza de España.

En 2012, un 59% del gasto sanitario se destina en España a los cuidados curativos (un porcentaje inferior al de Grecia pero superior al que dedican el resto de países seleccionados); un 10,9% se dirige al cuidado de enfermería a largo plazo y un 19,6% son bienes médicos para pacientes no ingresados.

Uno de los indicadores clave en la comparación internacional de cara a valorar los recursos sanitarios es el número de camas hospitalarias. España se encuentra muy lejos de la media europea: existen 296 camas por cada 100.000 habitantes, lo que implica un número 1,8 veces inferior a la media de los países de la UE28. Tanto la media europea con el índice español viene sufriendo una caída desde hace años: entre 2009 y 2013 en España hay un 7% menos de camas.

## **El gasto público en sanidad se está reduciendo**

El sistema público de salud cumple una función clave a la hora de contener la desigualdad por lo que el aumento de las necesidades sociales que está representando la crisis económica lo pone a prueba. Este papel cada vez más relevante se está enfrentando a las políticas de ajuste presupuestario, cuya presión es mayor en aque-

los países más afectados por la crisis. La calidad de vida en España se está viendo seriamente socavada por el desempleo y la merma de ingresos y se enfrenta a las consecuencias de la reducción de recursos sanitarios motivada por la disminución del gasto público.

Según la Estadística de Gasto Sanitario Público<sup>3</sup> a la que recurre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el año 2009 se rompe la tendencia alcista que históricamente caracterizaba al gasto sanitario. Desde ese año, se puede observar claramente una reducción, tanto en gasto total, como en gasto por habitante como en porcentaje sobre el PIB. Entre 2009 y 2013, el gasto público en euros se ha reducido un 12,6%, un 13,3% si lo consideramos por número de habitantes y un 9,2% como porcentaje del PIB. Esta evolución negativa resulta especialmente acusada desde 2011, fecha en que las políticas de austeridad comienzan con fuerza en España.

**Tabla 2. Evolución del gasto sanitario público consolidado en euros, porcentaje del PIB y Euros por habitante. 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013	Var 2013/09
Millones de euros	70.579	69.417	68.050	64.153	61.710	-12,6
Porcentaje sobre PIB	6,5%	6,4%	6,3%	6,1%	5,9%	-9,2
Euros por habitante	1.510	1.475	1.442	1.357	1.309	-13,3

Fuente: elaboración propia a partir de Estadísticas de Gasto Sanitario Público.

3 Lillo Fernandez de Cuevas, J.M. y Rodríguez Blas, M.C., 2016. Estadística de Gasto Sanitario Público 2014. Principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Según las Estadísticas de Gasto Sanitario Público, la mayor cuantía de gasto sanitario público se corresponde con los gastos de personal, que en 2013 representaban el 45% de presupuesto. La cuantía destinada a este gasto se ha visto reducido desde 2009 un 11,4%, fruto de las medidas de contención salarial llevadas a cabo desde 2010.

El 60,6% de los gastos sanitarios están destinados a Servicios Hospitalarios y especializados, seguidos por el 17% que corresponde al gasto farmacéutico y un 14,8% a Servicios Primarios. El gasto público se vio reducido en todos ellos entre 2009 y 2013. Especialmente llamativa es la reducción del gasto farmacéutico, que en esos años cayó casi un 22%, seguido de Servicios primarios (15,2%) y los Servicios Hospitalarios y Especializados (un 4,6%).

En la siguiente tabla se puede observar la evolución de otros recursos sanitarios (*por 1000 hab*). Se puede apreciar que, mientras los recursos de atención primaria aumentan ligeramente, la atención especializada ha empezado una paulatina caída.

**Tabla 3. Indicadores básicos de recursos sanitarios por 1.000 hab. 2009-2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
Personal médico en la atención especializada	1,81	1,79	1,81	1,81	1,78
Personal médico en atención primaria	0,74	0,75	0,76	0,77	0,76
Personal de enfermería especializado	3,06	3,18	3,14	3,08	3,04
Personal de enfermería en atención primaria	0,61	0,62	0,63	0,64	0,65
Camas hospitalarias	3,19	3,15	3,09	3,03	2,97

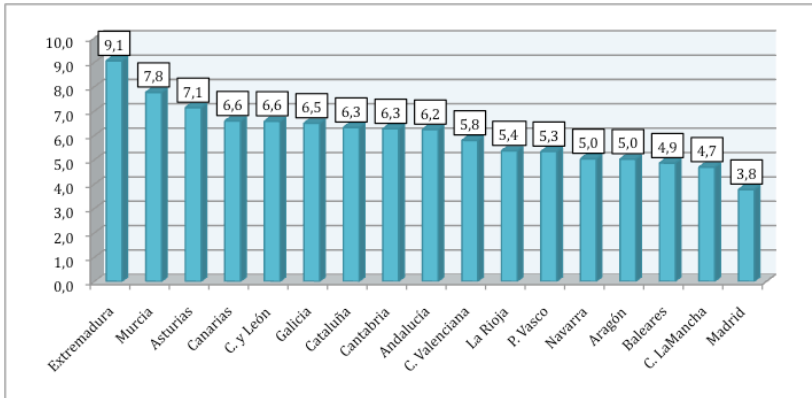
Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

El presupuesto sanitario público está fuertemente descentralizado. Las comunidades autónomas eran en 2013 responsables del 92% del gasto. Las mutualidades de funcionarios gestionaban el 3,5%, la Seguridad Social el 2,3% y la Administración Central y las Corporaciones Locales apenas un 1,1% cada una. El gasto de todas ellas ha vivido un retroceso desde el año 2009. El gasto público sanitario de las comunidades autónomas se ha reducido un 11,9%.

### **Las diferencias autonómicas son relevantes**

Resultan llamativas las diferencias en gasto público sanitario sobre el PIB en las diversas comunidades autónomas. En el siguiente gráfico se puede apreciar que Extremadura dedica más del doble que la Comunidad de Madrid. Buena parte de estas diferencias están relacionadas con el PIB per cápita de cada región. No se puede obviar que el PIB per cápita de Madrid se acerca al doble de Extremadura. Teniendo esto en cuenta, también destacan las comunidades de Murcia y Asturias, con un porcentaje de gasto público sanitario sobre el PIB superior al 7%, y Baleares y Castilla-La Mancha con porcentajes inferiores al 5%.

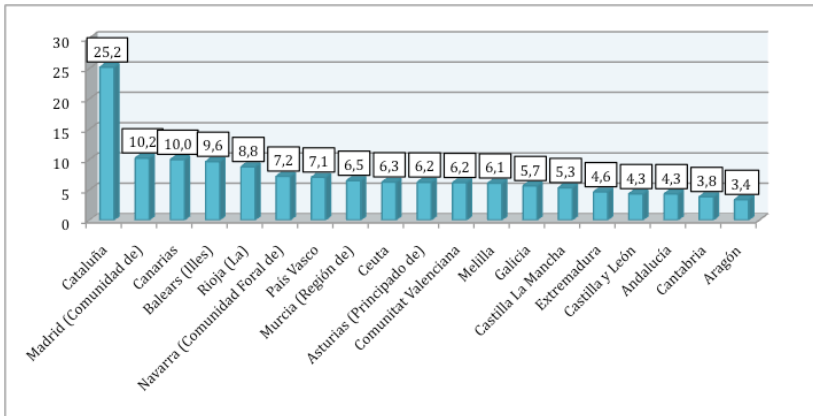
## Gráfico 20. Gasto sanitario público de las Comunidades Autónomas en porcentaje del PIB, 2013



Fuente: Hispabarómetro, 2016.

Otra de las grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas es el grado de concertación, es decir, el porcentaje de gasto público que se deriva a empresas privadas sanitarias. Cataluña destaca con diferencia sobre el resto de comunidades en estas prácticas, ya que dedicaba en 2013 más de 25,2% de su gasto público a la concertación. En segundo lugar estaría la Comunidad de Madrid, que dedicaba el 10,2% de su gasto sanitario público. En el extremo contrario se encontraría Aragón (3,4%) y Cantabria (3,8%).

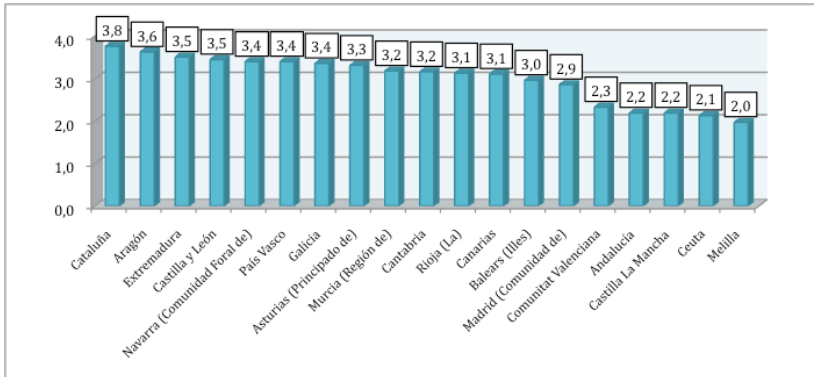
### Gráfico 21. Porcentaje de gasto público sanitario vía concertación en porcentaje sobre el gasto público por Comunidades Autónomas, 2013



Fuente: *Hisparómetro*, 2016.

En cuanto a camas hospitalarias, también se observan diferencias, que sin embargo no se corresponden con el gasto sanitario. Así, Cataluña, Aragón, Extremadura y Castilla y León tienen activas más de 3,5 camas por 1.000 habitantes, mientras que la Comunidad Valenciana, Andalucía, Castilla La-Mancha y las ciudades autónomas disponen de menor de 2,5 camas por 1.000 habitantes.

## Gráfico 22. Índice de camas hospitalarias por 1.000 habitantes por Comunidades Autónomas, 2013



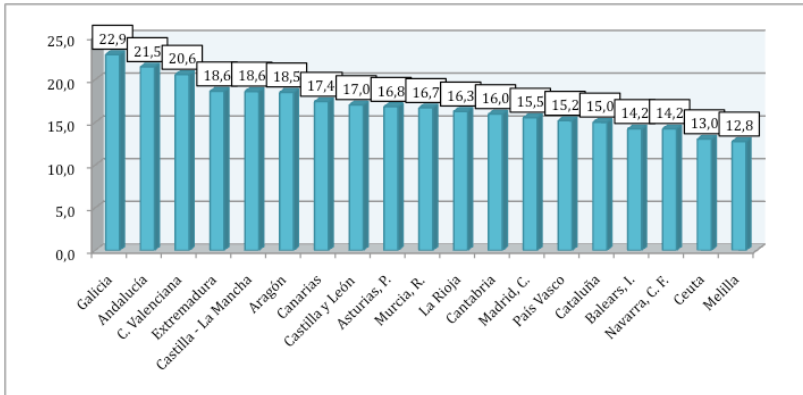
Fuente: Hispabarómetro, 2016.

Entre 2009 y 2013 se ha registrado una reducción generalizada del número de camas, de 3,2 a 3 camas por 1.000 habitantes. Se observa como excepción dos Comunidades: Murcia y La Rioja, cuyo índice aumenta en estos años.

El gasto farmacéutico difiere de unas comunidades a otras: Galicia y Andalucía muestran el gasto porcentual más elevado, frente a Navarra y las ciudades autónomas.



### Gráfico 23. Porcentaje de gasto en farmacia por Comunidades Autónomas, 2013



Fuente: Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud.

La llamativa reducción del 13,5% del porcentaje de gasto farmacéutico en España se hace evidente en las diversas regiones. Tan solo Andalucía y Melilla parecen haber mantenido el peso del gasto farmacéutico entre 2009 y 2013. Sin embargo, Cantabria lo ha visto reducido en más de un 25%, Navarra en un 24% y Castilla y León en un 23,6%.

### Las personas mayores tienen buena opinión del sistema sanitario español

El Barómetro Sanitario evidencia que las personas mayores son quienes hacen un mayor uso del sistema público sanitario, por lo

que se trata de una población que sufre en mayor grado los recortes públicos. Según el Barómetro sanitario de 2015, la principal preocupación de las personas de 65 y más años sobre políticas públicas concierne a la sanidad, siendo el grupo de edad que más relevancia otorga a este ámbito. El 36,8% de ellos y ellas consideran que la sanidad es el área más relevante entre las políticas públicas. La mayor parte de las personas mayores considera que el sistema sanitario funciona bastante bien, aunque el 44% reconoce que, pese a funcionar bien, necesitaría algunos cambios. Su opinión parece, en general mejor que la del resto de la población, dándole una puntuación de 7 sobre 10 (superior al resto de rangos de edad). Además, las personas mayores valoran considerablemente mejor la sanidad pública que la privada, y en mayor grado que la media.

## **4. El sistema para la Autonomía y de Atención a la Dependencia**

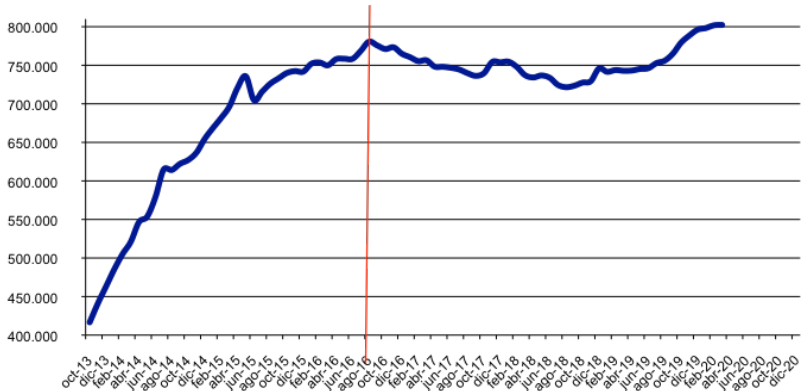
En el año 2006 se establece un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que tiene como objetivo la atención y protección a las personas en situación de dependencia mediante un conjunto de servicios y prestaciones económicas, a través de servicios públicos y privados concertados. La autonomía personal queda definida como: “Capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”.; y la Dependencia se describe como el “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que,

por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

## **Un sistema que precisa de apuesta política**

El desarrollo de este sistema está condicionado por su puesta en marcha paralelamente al comienzo de la crisis. Las expectativas depositadas en el lanzamiento del sistema de protección social se vieron truncadas al comenzar las políticas de ajuste presupuestario en las administraciones públicas. Por ello, los avances de los dos primeros años eran resultado del inicio, pero a partir de mediados de 2012 se empieza a apreciar un estancamiento debido a la insuficiencia de recursos públicos. Desde mediados de 2015, tras las elecciones autonómicas, se observa una recuperación del proceso de implantación del sistema.

**Gráfico 24. Evolución de implantación del SAAD. Número de personas beneficiarias con prestación efectiva (2009-2016)**



Fuente: Secretaría de Protección Social de CCOO a partir de datos del SISAAD.

A finales del año 2009, un 2,35% de la población había realizado solicitudes de prestaciones o servicios del sistema de atención a la dependencia y solamente un 1% de la población era beneficiaria de estas prestaciones. Este porcentaje no ha dejado de crecer muy paulatinamente hasta situarse en el 3,45% de solicitudes a finales de 2015, pero llegando a beneficiarse tan solo al 1,71% de la población.

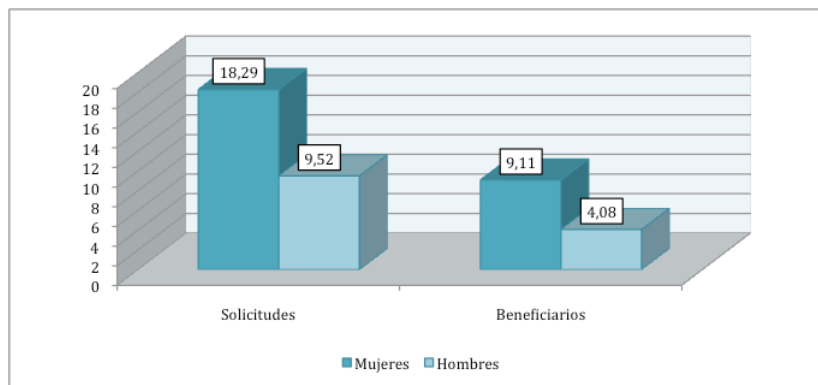
**Las mujeres mayores son las principales destinatarias**

Las condiciones de salud a las que se asocia la situación de dependencia hace que la mayor parte de las personas dependientes sean mayores. El 81,03% de las mujeres beneficiarias de prestaciones por

dependencia son mayores de 64 años, un porcentaje marcadamente superior al de los hombres mayores, que representan el 54,6% de los beneficiarios. La mayor parte de las personas beneficiarias tienen 80 y más años, es el caso del 64% de las mujeres beneficiarias y del 35% de los hombres. Las diferencias de género no son sino una traslación de la realidad demográfica en términos de esperanza de vida y esperanza de vida saludable de hombres y mujeres.

Precisamente la relación entre la esperanza de vida saludable y las necesidades que acarrea la carencia de un buen estado de salud y en términos de dependencia hace muy relevante abordar la prolongación de la vida saludable. Por ello, un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ha de desarrollarse en un marco de políticas de promoción de la salud y hábitos de vida saludables, así como condiciones de vida en términos de calidad desde edades tempranas.

### **Gráfico 25. Porcentaje de solicitudes y personas beneficiarias en la población de 65 y más años. Abril 2016**



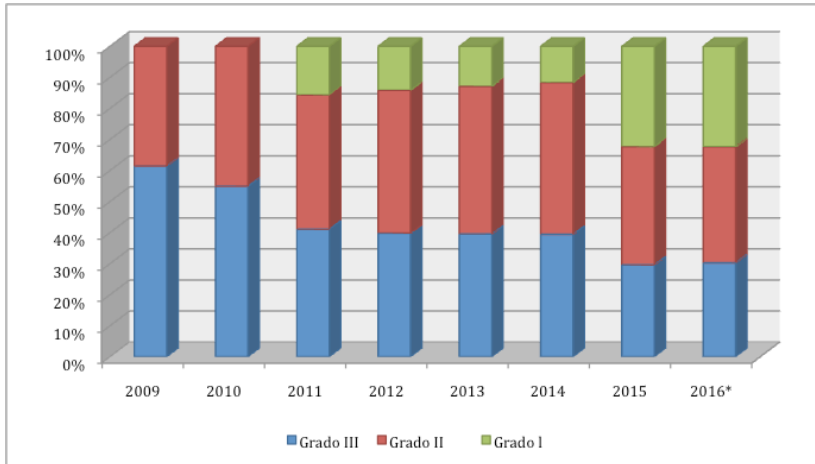
Fuente: SISAAD.

En abril de 2016, había 1.214.424 solicitudes de personas de 65 y más años para una valoración para acceder a las prestaciones de dependencia, lo que implica un 18,3% de las mujeres mayores y un 9,5% de los hombres mayores. Estas solicitudes han de ser valoradas y dar lugar a los dictámenes que establecen cuáles se aceptan y cuáles se rechazan en un plazo de seis meses. La brecha entre el número de solicitudes y el de dictámenes representa la lista de espera para la valoración, que a esa fecha era de unas 100.000 (en el total de tramos de edad). Estos datos del SAAD arrojan que el 80% de los dictámenes daban lugar a una valoración positiva con derecho a prestación en alguno de los grados de discapacidad.

En abril de 2016, un 6,9% de la población de 65 y más años era beneficiaria de alguna prestación del sistema. Las diferencias de género se vuelven a plasmar, puesto que el 9,1% de las mujeres de estas edades eran beneficiarias frente al 4,8% de los hombres. Las mujeres mayores representan el 64% de las personas beneficiarias de prestaciones.

Desde que se puso en marcha el sistema, la escala de distribución de los grados de dependencia se ha ido modificando. En los primeros años, el peso de las personas valoradas con dependencia severa era mayoría y con el tiempo se ha ido configurando una distribución más cercana a la realidad, ganando peso las dependencias menos graves. Esto se debe, al calendario de incorporación paulatina fijada por la ley, a los cambios en los criterios de baremación, y también al fallecimiento de las personas en situaciones de mayor gravedad.

## Gráfico 26. Evolución de la distribución por grados de dependencia 2009-2016



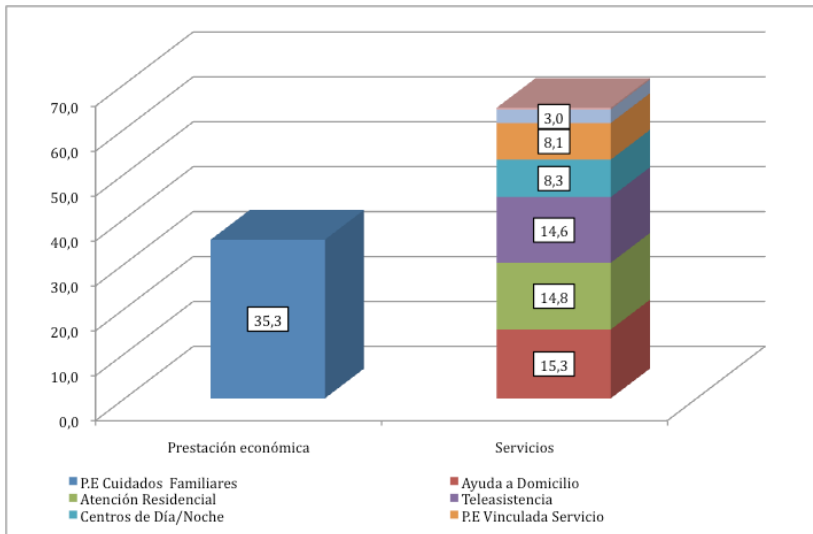
Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD.

Nota: a diciembre de cada año y abril de 2016.

## Las prestaciones económicas en retroceso

Las prestaciones del sistema incluyen prestaciones económicas y servicios. Se consideran prestaciones económicas aquellas destinadas a cuidados familiares. Los servicios del sistema consisten en prestaciones vinculadas a servicios o para asistencia personal así como teleasistencia, ayuda a domicilio, atención residencial, centros de día y centros de noche y prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal. Una persona beneficiaria puede tener derecho a más de una prestación. De hecho, la ratio de prestación por persona beneficiaria se sitúa en 1,2.

**Gráfico 27. Distribución por tipo de prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. A abril 2016**

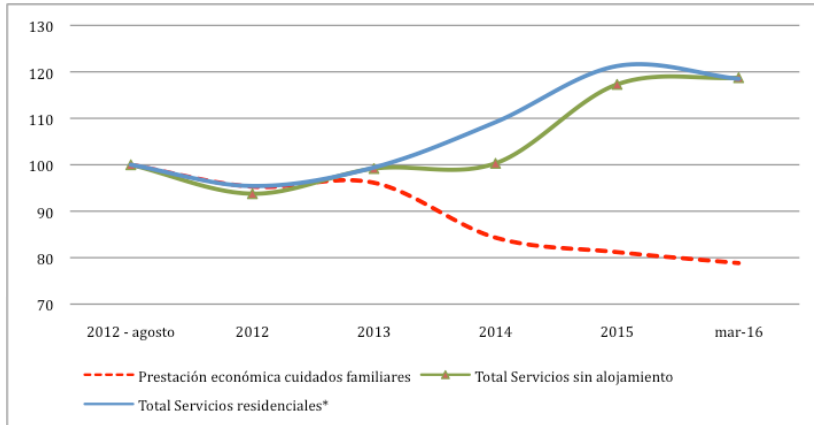


Fuente: SISAAD.

Desde el comienzo de los recortes presupuestarios a mediados de 2012, observamos diferentes tendencias en la relevancia de las diferentes prestaciones. El siguiente gráfico refleja la evolución porcentual de la prestación económica de cuidados familiares, de los servicios sin alojamiento y del total de servicios residenciales. Se puede observar cómo las prestaciones económicas se han reducido muy significativamente, pasando de representar el 80% al 35% en marzo 2016. Paralelamente, los Servicios han ido cobrando cada vez más relevancia en las prestaciones del SAAD.



## Gráfico 28. Evolución de las prestaciones del SAAD (base 100: agosto 2012)



\*Servicios residenciales + prestación económica vinculada.

Fuente: Secretaría de Protección Social de CCOO a partir de datos SISAAD.

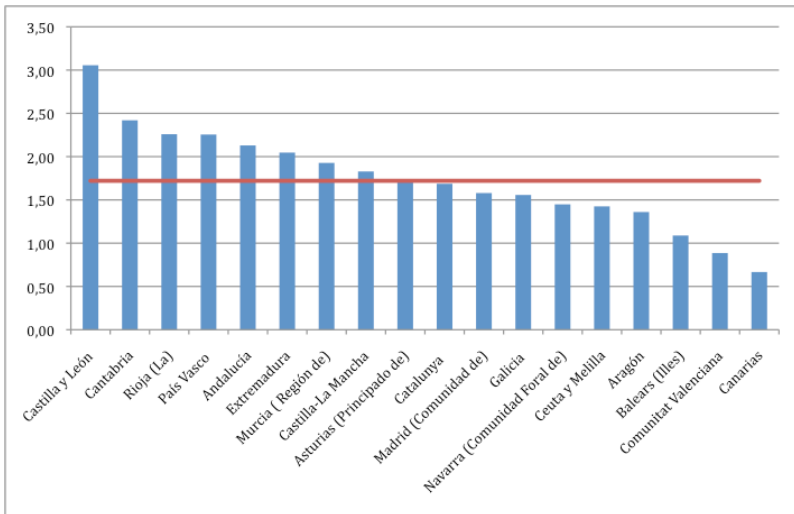
## En la implantación por CCAA se observan dos grandes grupos

Pese a que el ritmo de implantación del SAAD no es igual en todas las comunidades autónomas, se puede afirmar que no existe una dispersión demasiado llamativa. “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” (El sistema de protección social en España, 2015, CC.OO.). Aproximadamente la mitad de los territorios presentan un nivel de implantación ligeramente superior a la media, y la otra mitad lo hace con ratios inferiores a la

misma. En ambos grupos, además, se observan algunos territorios ligeramente destacados o descolgados, según los casos.

No obstante, se pueden distinguir diferencias entre aquellas comunidades con mayor y menor grado de implantación. El porcentaje personas beneficiarias es superior en comunidades autónomas como Castilla y León (un 3% de la población) y Cantabria (2,4%) e inferior en Canarias (0,7%), Comunidad Valenciana (0,9%) y Baleares (1,1%). Las listas de espera son mayores en la Comunidad Valenciana y Canarias, y muy reducidas (menos del 1% de las solicitudes están a la espera de dictamen) en Murcia y La Rioja.

### Gráfico 29. Porcentaje de personas beneficiarias de prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Marzo 2016



Fuente: SISAAD.

El tipo de prestaciones que se ofrecen divergen considerablemente entre unas regiones y otras. A modo de ejemplo, las prestaciones económicas por cuidados familiares representan hasta el 68% de las prestaciones concedidas en Baleares o el 54% en Navarra mientras que en Madrid son el 19,3% del total. En la Comunidad de Madrid, la Teleasistencia y la Ayuda a Domicilio representan más del 20% cada una. La Teleasistencia es especialmente significativa en Andalucía (casi un 30% de las prestaciones), la Ayuda a domicilio en Galicia (27,6%), los Centros de Día y Noche en Canarias (23,3%), La Atención Residencial en Cantabria (26%), la Prestación Económica vinculada a Servicio en Extremadura (38,6%) y la Prevención de la dependencia en Castilla y León (12,3%).

El informe de 2014 de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas por las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley apunta evaluar el estado de desarrollo del sistema del SAAD. Entre otros elementos, cabe destacar: una excesiva dispersión normativa de desarrollo de la ley que provoca solapamientos legislativos en las comunidades autónomas; importantes demoras en los registros y resoluciones, incumpléndose los plazos de gestión; disparidad en las evaluaciones económicas de los beneficiarios, provocando una desviación de los criterios de igualdad y equidad; inexistencia del informe de impacto de género previsto en la propia Ley.

Por su parte, además de corregir todas las cuestiones mencionadas antes, sin duda, el principal reto que actualmente tiene el Sistema de Dependencia es el de resolver la lista de espera. Cerca de 400.000 personas aun teniendo derecho reconocido a la atención, se encuentran pendientes de que la administración establezca el correspon-

diente Programa Individual de Atención (PIA) en el que se concrete la prestación que les corresponde.

El reto consiste no sólo en garantizar una prestación efectiva para todas estas personas, sino hacerlo mediante la atención preferentemente con servicios profesionales, tal y como establece la Ley 39/2006 de Dependencia.

Conviene en este punto también recordar que la reforma legislativa que supuso el RDL 20/2012 ha supuesto un importante recorte en la intensidad de algunos servicios y el incremento del copago de forma generalizada. Entre todos los recortes producidos, destacan los llevados a cabo en servicios tan estratégicos como la Ayuda a domicilio (en la que el número de horas de atención se redujo entre un 20% y un 60% según los casos). Del mismo modo, el incremento de los umbrales de copago asociados a estos servicios (que en el caso de los servicios sin alojamiento pasó de un máximo del 65% del coste hasta el 90% actualmente en vigor), han venido a limitar la utilidad que los beneficiarios perciben de estos servicios, que ahora se ven como menos útiles y más caros.

Por ello, desde CCOO consideremos que resulta imprescindible recuperar el nivel acordado de financiación del SAAD, de modo que pueda ordenarse para financiar la puesta en marcha de un plan específico de servicios profesionales destinado a garantizar la atención de quienes hoy se encuentran en lista de espera.

Según nuestras propias proyecciones, teniendo en cuenta el volumen de personas en lista de espera y el coste medio de los servicios,

la inversión total que requeriría la puesta en marcha de un programa que garantizase la protección de este colectivo mediante servicios profesionales precisaría aproximadamente 2.500 millones de euros para garantizar un nivel de protección como el que el SAAD ofrece actualmente (40% prestaciones económicas y 60% servicios profesionales). Lamentablemente, la única financiación finalista, adicional a la que ya se viene transfiriendo, que actualmente está garantizada en la Ley de Presupuestos Generales del Estado para atender la lista de espera existente en 2016 se limita a unos 200 millones de euros, consignados en concepto de Nivel Mínimo de financiación .

## **5. Los Servicios Sociales dirigidos a las personas mayores en España**

Los servicios sociales en España se desarrollan en un marco de gran descentralización territorial. Las comunidades autónomas y los municipios forman parte del entramado institucional que desarrolla las políticas de protección para garantizar la atención a las necesidades básicas de las personas y colectivos con principios de universalidad e integralidad. Sin embargo, existen grandes disparidades entre unas comunidades autónomas y otras en su nivel de desarrollo tanto normativo como de carteras de servicios.

La implantación del sistema público de servicios sociales en España se ha desarrollado en torno al Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Corporaciones Locales, creado en 1988. Implicaba la colaboración entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas para financiar conjuntamente la red de

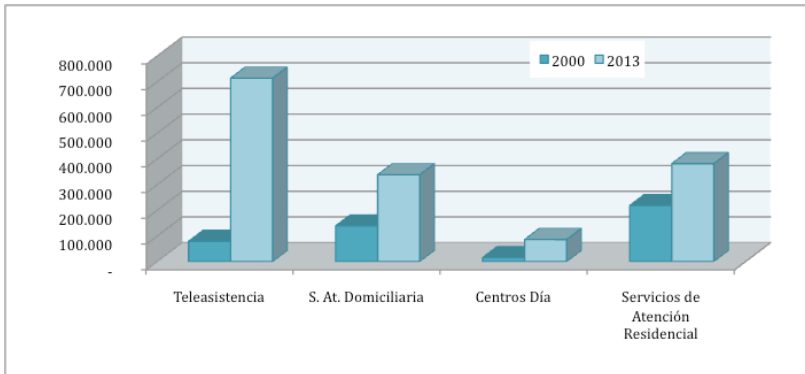
atención primaria para garantizar las prestaciones básicas a toda la ciudadanía. Apoyarían de este modo a las corporaciones locales en su cumplimiento de competencias.

El Plan concertado inició en 2011 su debilitamiento, según la financiación iba decayendo. En 2013, la dotación fue de 1.388 millones de euros y la participación financiera fue la siguiente (Ministerio de Sanidad, servicios sociales e Igualdad): 47,5% la Administraciones Locales, 50,26% las Comunidades Autónomas y 1,99% el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los compromisos competenciales han quedado alterados tras la aprobación de la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. Con ella, el legislador expone que se pretende la reforma de la Administración Local española para acomodarla a la nueva realidad de las cuentas públicas resultante de la crisis económico-financiera. De este modo, de la mano de los recortes presupuestarios, se reducen las obligaciones de los municipios en la prestación de servicios sociales. Buena muestra de ello es que frente a la previa Ley de Bases del Régimen Local, la nueva ley deja de lado la obligación de los municipios de más de 20.000 habitantes de desarrollar prestaciones de servicios sociales, y limita el compromiso a la evaluación de colectivos en situación o riesgo de exclusión.

Los servicios sociales dirigidos a personas mayores en España son principalmente servicios de atención domiciliaria, servicios de atención diurna y servicios de atención residencial. Desde el año 2000, todos los servicios han registrado un importante desarrollo.

### Gráfico 30. Evolución de Servicios Sociales a personas mayores, 2000-2013



Teleasistencia y SAD: N° Personas Usuarías.

C. Día y S. Atenc. Residencial: N° de Plazas.

Fuente: IMSERSO.

Los servicios de atención domiciliaria tienen como objetivo favorecer que las personas mayores permanezcan en su domicilio el mayor tiempo posible para evitar el desarraigo. De estos servicios, la Teleasistencia es el más amplio, dando cobertura a un 8,6% de las personas mayores. Fruto de la mayor longevidad y mayor afectación de las situaciones de dependencia, las mujeres son las principales usuarias, representando el 75% de las personas destinatarias. El Servicio de Ayuda a Domicilio atendería a un 4,04% de las personas de 65. El porcentaje de mujeres en este caso es menor, pero siguen siendo la mayor parte de las destinatarias.

**Tabla 4. Servicios Sociales para personas mayores en España. 2013**

	Personas usuarias		Índice de cobertura (1)		% Mujeres	% Hombres	Personas 80+	% 80+
Teleasistencia	714.080		8,46		75%	25%	441.728	63%
Ayuda a domicilio	340.960		4,04		68%	32%	192.512	56%
Centros de día	Centros	Plazas	Índice de cobertura (1)	Personas usuarias	% Mujeres	% Hombres	Personas 80+	% 80+
	3.174	86.419	1,02	47.963	66%	34%	27.706	58%
Atención Residencial	6.610	381.480	4,52	242.194	69%	31%	159.539	66%
Participación: Hogares	Centros		Índice de cobertura (1)	Personas asociadas	% Mujeres	% Hombres		
	4.041		40,28	3.400.370	53%	47%		

(1) Índice de cobertura: (usuarios/población>65)x100.

Fuente: *Imserso*.

Los Hogares y los Centro de día son los principales recursos de los servicios de atención diurna. Los primeros tienen como objetivo el fomento del ocio y la participación para el envejecimiento activo. Cuentan con unos 3,4 millones de personas asociadas, lo que representaría el 40,28% de la población mayor. En este caso, las diferencias entre hombres y mujeres no son llamativas, ya que las mujeres representan el 53% de las personas asociadas.

Los Centros de Día ofrecen servicios de atención psicosocial a personas mayores en situación de dependencia. Según los datos del



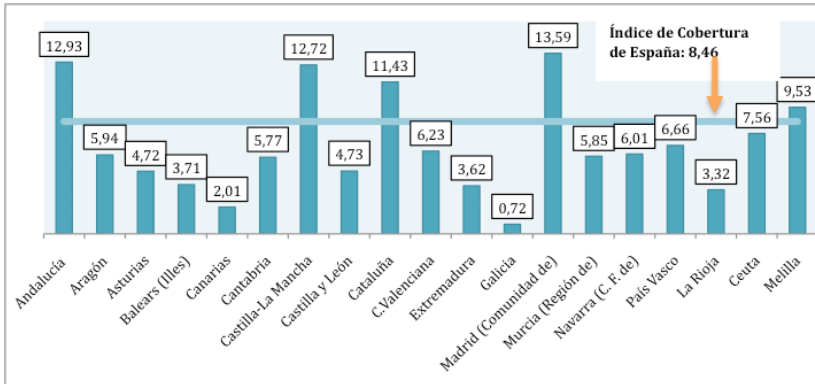
Imsero, a 31 de diciembre de 2013, se daría cobertura a un 1,02 de la población mayor. De las personas usuarias, el 66% serían mujeres.

Por último, los servicios de atención residencial ofrecen alojamiento y manutención a las personas mayores de manera permanente o temporal, mediante recursos como los centros residenciales o las viviendas para mayores. En España, la cobertura alcanzaría al 4,52% de las personas mayores. Hay una oferta de 6.610 centros con un total de 381.480 plazas y un índice de cobertura de 4,52.

### **Teleasistencia: el recurso más extendido pero con diferencias territoriales**

La cobertura media de los servicios de teleasistencia en España es de 8,46%, sin embargo, existen Comunidades Autónomas cuya extensión llega a alcanzar al 13,6% de la población mayor. Es el caso de la Comunidad de Madrid. Andalucía, Castilla la Mancha y Cataluña también muestran un gran desarrollo de este recurso. Por el contrario, en Galicia apenas llega a cubrirse el 0,72%, Canarias el 2% y la Rioja el 3,3%.

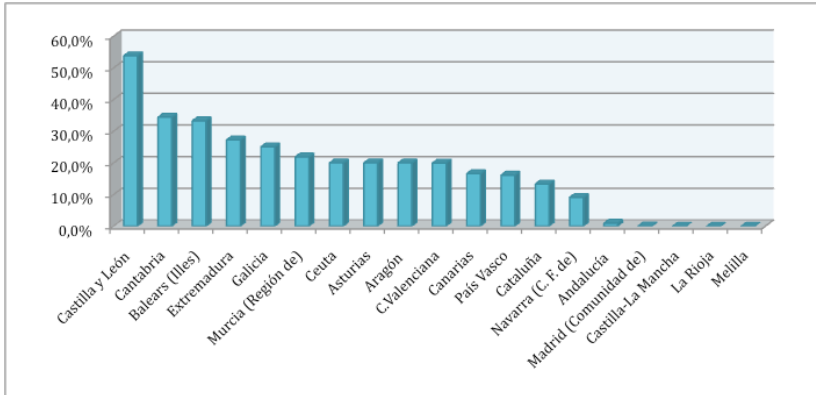
**Gráfico 31. Tasa de cobertura de los servicios de teleasistencia (A 31 de diciembre de 2012)**



Fuente: Imsero.

Merece la pena además, poner de relieve el grado de copago en estos servicios a la hora de hablar del nivel de cobertura. Las comunidades de Madrid, Andalucía y Castilla –La Mancha, además de ofrecer un elevado nivel de cobertura, apenas exigen participación económica de la personas usuaria. En el caso contrario se encuentra Castilla y León, cuyo nivel de cobertura es del 4,7% y exige que los usuarios aporten un 54% del coste del servicio.

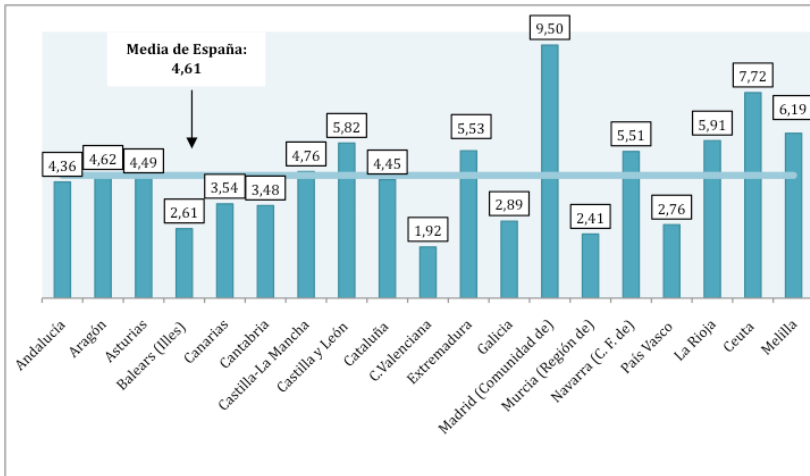
### Gráfico 32. Copago en los servicios de teleasistencia. % de aportación de la persona usuaria(a 31 de diciembre de 2012)



Fuente: Imsero.

**En Atención a Domicilio**, la media de cobertura está en 4,6%. La Comunidad de Madrid también destaca en este recurso, alcanzando al 9,50% de las personas mayores. Las ciudades autónomas, La Rioja y Castilla-La Mancha también tienen coberturas por encima de la media. Por el contrario, la Comunidad Valenciana apenas alcanza al 2%, seguida de Murcia y Baleares.

**Gráfico 33. Tasa de cobertura de Atención a domicilio. 2013.  
(a 31 de diciembre de 2012)**

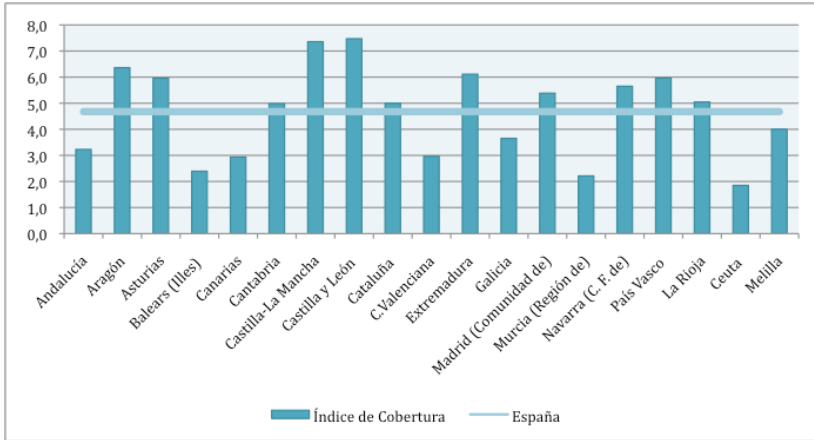


Fuente: Imsero.

En las comunidades de Andalucía, Madrid y Castilla y León, el porcentaje de copago es muy reducido, mientras que en Aragón las personas usuarias han de contribuir con más del 30% del precio del servicio.

**Los servicios de Atención Residencial** cubren al 4,7% de la población mayor. En este recurso sobresalen las comunidades de Castilla y León y Castilla-La Mancha, mientras que Ceuta, Murcia o Baleares quedan por debajo de la media.

### Gráfico 34. Servicios de Atención Residencial. Índice de cobertura en plazas residenciales. (A 31 de diciembre de 2012)



Fuente: Imsero.

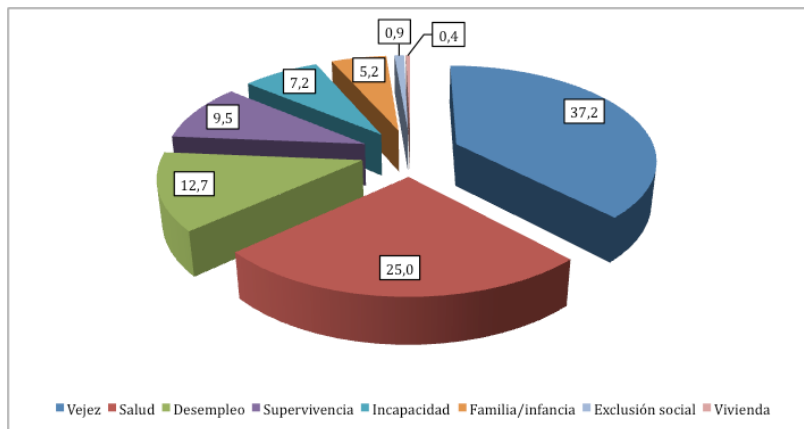
La residencia privadas cubren la mitad de las personas usuarias en España. Sin embargo, hay importantes diferencias entre comunidades autónomas. En Galicia, Asturias y Castilla y León la mayor parte de las plazas son gestionadas por empresas privadas (66%). En las ciudades autónomas, Cantabria y Extremadura, más del 70% de las plazas son de financiación pública.

## 6. El sistema público de pensiones

La Seguridad Social es el principal sistema de protección social en España que gestiona las prestaciones y se financia con las contribuciones de trabajadores y empresarios así como por el Estado. En principio, el sistema de Seguridad Social está concebido para ser profesional, dado que es un sistema que protege a las personas que han contribuido a través del empleo, aunque la extensión de las prestaciones no contributivas lo hacen tender hacia la universalidad. Su financiación es de carácter contributivo, ya que descansa principalmente sobre las cotizaciones a través de un sistema de reparto solidario, por el que las contribuciones presentes de trabajadores en activo financian las prestaciones actuales de personas jubiladas y paradas de todo el territorio español que hayan generado el derecho. Sin embargo, hay prestaciones de carácter universal, que se financian con cargo a la imposición general. Por último, este sistema se sustenta sobre un sistema de gestión pública.

Las políticas de vejez constituyen la principal partida de gasto de la protección social. El siguiente gráfico muestra la relevancia de las diferentes partidas de gasto. Tal como se puede observar, vejez y salud representan respectivamente el 37,2% y el 25% del gasto social, seguidas de desempleo (12,7%) y supervivencia (9,5%).

### Gráfico 35. Distribución del gasto social por la partida de gasto, 2013



Fuente: Eurostat.

Según los datos de la OCDE, España destinaba un 8,9% de su PIB a las políticas de vejez: el 8,2% del PIB eran prestaciones económicas, el 6,9% eran pensiones de jubilación, el 0,8% a pensiones de prejubilación o jubilaciones anticipadas y el 0,4% se destinaba a otro tipo de pensiones<sup>4</sup>.

### El futuro de las pensiones: más allá de reformas en el sistema de protección social

Las pensiones contributivas de jubilación constituyen por lo tanto la principal partida de gasto de la seguridad social, cuyo balance de cuentas entre cotizaciones y prestaciones lleva años en déficit. El

<sup>4</sup> Datos de 2011, últimos datos disponibles en el SOCX.

fondo de reserva, creado en el año 2000 para asegurar los recursos destinados a las pensiones, lleva cuatro años reduciéndose.

El informe de protección social de CCOO incide en la relevancia de considerar que la situación financiera de las cuentas de la Seguridad Social desde una doble perspectiva. Primero, considerando que actualmente existe un desfase coyuntural provocado ante todo por el intenso desempleo que ha provocado una reducción en las contribuciones. Pero, en segundo lugar, remarca que el sistema de pensiones se enfrenta a un importante reto estructural provocado por el envejecimiento de la población, por la sustitución de pensiones más bajas por las nuevas de cuantía media superior, por la pronta jubilación de las generaciones del *baby boom* y el alargamiento de la esperanza de vida. Así, se señala: “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” (CCOO, 2015).

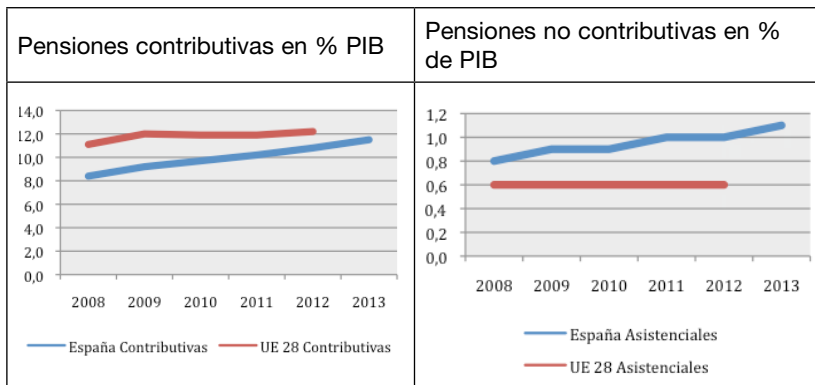
Son muchos los elementos a tener en cuenta para valorar la situación y el futuro de la situación financiera de la Seguridad Social. No sólo es importante la relación entre población potencialmente activa y las personas mayores, lo que se conoce como *ratio de dependencia*. Tal como señala el informe de protección social, la creación de empleo, el aumento de la tasa de actividad femenina, la mejora de la productividad y aumento de los salarios, o la inmigración representan oportunidades de futuro que impulsarían los ingresos en las cuentas de la Seguridad Social. Por el contrario, las políticas públicas que inciden en la inestabilidad laboral, la devaluación salarial o la falta de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres suponen amenazas para escenarios futuros.



## Pese a su amplia cobertura, el gasto en pensiones contributivas es menor que la media Europea

El gasto en pensiones contributivas sobre el PIB en España es inferior a la media europea, pero ha vivido un llamativo incremento en los últimos años. Más significativo es el aumento en el gasto de las pensiones no contributivas, siendo superior al de la media europea. En todo caso, es importante tomar en consideración varios elementos. En primer lugar, que la reducción del PIB, especialmente en los primeros años de la crisis incrementaba el peso del gasto social sobre el total. En segundo lugar, que el mayor gasto de otros países está condicionado tanto por las cuantías mayores de las pensiones como por un envejecimiento más acentuado que en España, ya que el fenómeno del *baby boom* en otros países europeos se produjo en torno a 10 años antes.

### Gráfico 36. Gasto en pensiones en UE28 y España



Fuente: Eurostat.

Garantizar la sostenibilidad en el largo plazo es crucial para asegurar la legitimación social que precisan los sistemas de reparto: las generaciones más jóvenes han de tener la certeza de estar participando en la financiación de un sistema de pensiones que les protegerá a ellos en términos equiparables, mientras que las generaciones de más edad han de percibir que el nivel de protección que reciben es suficiente, justo y proporcional al esfuerzo contributivo que ellos realizaron.

En los últimos 5 años se han llevado a cabo dos reformas relacionadas con las pensiones, en 2011 y en 2013, con objetivos y contenidos diferentes que llevaron a posiciones contrapuestas de los interlocutores sociales al respecto.

La reforma de 2011 fue resultado del diálogo social y el acuerdo con los interlocutores sociales con el Gobierno<sup>5</sup>. Con ella se perseguía garantizar una protección similar a la actual en los momentos de mayor tensión demográfica mediante la contención de la proyección de gasto hasta un umbral - situado en el entorno del 14 -15% del PIB para el año 2050-. De este modo se aseguraría “una tasa de reposición de las pensiones públicas en el entorno del 70-80% del último salario, un modelo de jubilación anticipada con carreras de cotización razonables, el acceso de una jubilación ordinaria con una edad de acceso igualmente razonable y flexible en función de la contribución realizada, y el mantenimiento de las garantías de solidaridad que caracteriza nuestro sistema público de reparto (complementos

---

5 Acuerdo Social y Económico para el crecimiento, el empleo y la garantía de las pensiones y Acuerdo para la reforma y el fortalecimiento del sistema público de pensiones firmado por el Gobierno y las organizaciones patronales y sindicales más representativas.

a mínimos, mecanismos de cobertura de lagunas, periodos reconocidos como cotizados en situaciones concretas como el cuidado de hijos, etc.)”<sup>6</sup>.

Esta reforma recoge fórmulas para alcanzar el objetivo de umbral de gasto que se dirigían a incidir en tres ejes igualmente importantes: los ingresos, los gastos, y los comportamientos sociales para evitar así las fórmulas de planificación individual e insolidarias. Mediante el Acuerdo Social y Económico que dio lugar a la Ley 27/2011 se buscaba asegurar un reparto equitativo y justo de los esfuerzos entre las distintas generaciones para garantizar la sostenibilidad futura del actual modelo de pensiones, sobre la idea de reforzar el principio de contributividad manteniendo el alcance del principio de solidaridad.

La reforma de 2013, sin embargo, fue diseñada e impuesta unilateralmente por el Gobierno de ese momento, y tiene como principal y único objetivo el recorte del gasto. Esta reforma pretende reducir la cuantía de gasto establecida en su día por la reforma de 2011 para los momentos de tensión demográfica, pese a que ello representase un empeoramiento de la protección a las futuras generaciones de pensionistas respecto de la situación actual. En este sentido, *el Informe de Protección Social 2016* remarca que las medidas puestas en marcha en la reforma del año 2013, aunque formalmente hayan podido mantener cierta relación de contributividad, en realidad tienen como objetivo asegurar la reducción del gasto por la vía de dificultar el acceso a la jubilación anticipada, reducir las cuantías iniciales de las nuevas pensiones (a través del el Factor de Sostenibilidad vinculado a la esperanza de vida) y mediante una

6 El sistema de protección social en España 2016. Cuadernos de información sindical. CCOO.

infra-revalorización de las ya reconocidas (por efecto de la nueva fórmula para la revalorización de las pensiones).

Para realizar una comparación internacional, recurrimos a la base de datos de la OCDE, que elaboró el informe “*Pensions at Glance 2015*”. Según este informe, la edad de jubilación para una persona que comenzó a trabajar a los 20 años es de 65 años en España, lo que representa 1,8 años más que la media de los países europeos para los hombres y 2,8 años más en el caso de las mujeres. Sin embargo, la edad efectiva media de jubilación se sitúa en los 62,2 años en los hombres y los 63,1 años para las mujeres.

Según los datos de la EPA, en 2015 el 98,1% de la población de 65 y más años está inactiva –una proporción ligeramente inferior en el caso de los hombres–. En el primer trimestre de 2016, el 97% de los hombres de estas edades percibía una prestación por jubilación. La realidad de las mujeres, sin embargo, es diferente, ya que un 41% estaba jubilada mientras que un 29% percibía una prestación diferente de la jubilación. En todo caso, tal como recoge la base de datos de la OCDE, la principal fuente de ingresos de las personas mayores son las transferencias sociales (68,1%), seguidas de los rendimientos del trabajo (19,5%) y por último, del capital (12,4%).

El sistema de pensiones en España constituye el más potente recurso público del sistema de bienestar y se ha convertido en un sólido resorte para favorecer la cohesión social. El principal recurso son las pensiones contributivas de jubilación y de viudedad. Las pensiones de jubilación cubren la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando pone fin a su vida laboral o reduce su jornada y salario al

llegar a una determinada edad. Se trata de prestaciones económicas y de duración indefinida, aunque no siempre, ya que generalmente se precisa acreditar un periodo mínimo de cotización. Su cuantía depende de las aportaciones que se hayan realizado por la persona trabajadora y el empresario a lo largo de la vida laboral. De esta manera, son las características de la vida laboral de las personas, en términos de acceso al empleo y salario, lo que determina la calidad de las pensiones en el momento de alcanzar la edad jubilación<sup>7</sup>. Aquí es donde residen las desigualdades, especialmente marcadas entre hombres y mujeres.

Las prestaciones no contributivas de jubilación son prestaciones económicas que se reconocen a aquellos aquellas personas que cumplidos los 65 años, no cuentan con recursos para su subsistencia dado que nunca cotizaron o no llegaron a hacerlo el tiempo suficientes para alcanzar las prestaciones contributivas.

Una muestra de la solidez del sistema es que las pensiones contributivas en España aseguraban de media un 89,5% del salario previo en 2015. Es lo que se conoce como *tasa neta de reemplazo* de las pensiones Esta tasa es muy superior a la media europea, que es del 59% respecto del salario medio en los países de la UE28. Según los datos de la OCDE, las pensiones contributivas en España mantienen una tasa de reemplazo similar en salarios por encima o por debajo del salario medio. Gracias a esta sustitución, los ingresos de la población de 65 y más años representan el 96% de los ingresos medios en España, siendo mayor entre aquellos de 66 a 75 años (el 101%) y

---

7 Existen diversos tipos de prestaciones de jubilación que determinan el acceso, la edad o la cuantía de las mismas. En el presente informe se aborda, siempre que la desagregación de los datos lo permita, información referida a la jubilación ordinaria.

menor en las personas mayores de 75 años (90,9%). En todo caso, debemos tener en cuenta que los niveles salariales son comparativamente más bajos a los de otros países de nuestro entorno europeo.

La tasa de reemplazo es similar en hombres y mujeres, algo que no se cumple en menor medida en otros países del entorno europeo. Sin embargo, esto no implica, ni mucho menos, que la cuantía de las pensiones sea igual, ya que los salarios y los periodos de cotización de ellas son menores. Además, no podemos obviar que las mujeres perciben pensiones contributivas de jubilación en menor medida que los hombres, por lo que las diferencias de género se observan al analizar con detenimiento los tipos de prestaciones y las cuantías que se reciben de ellas.

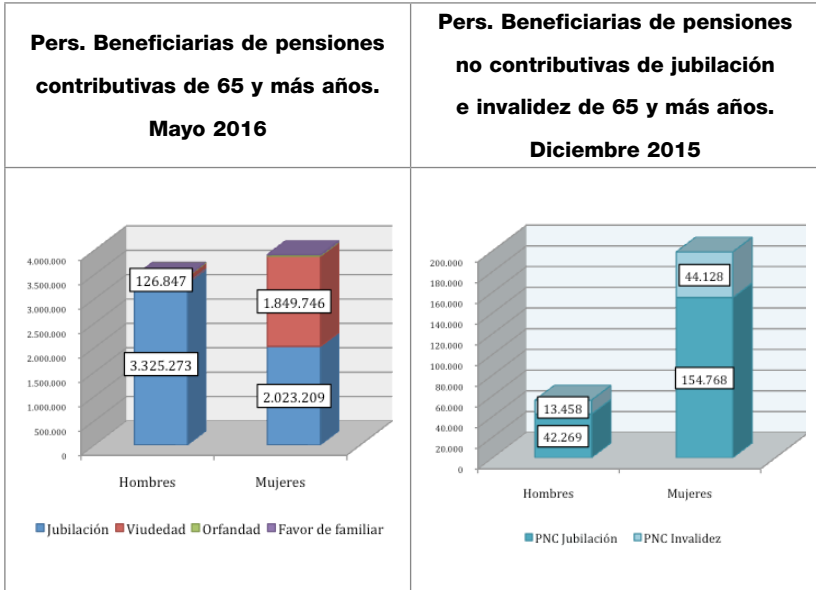
## **Una amplia cobertura pero desigual**

En mayo de 2016, había más de 3,3 millones y medio de hombres de 65 y más años perceptores de una pensión contributiva de jubilación, 1,3 millones más que de mujeres. Por su parte, existen más mujeres percibiendo una prestación contributiva por viudedad: el 47,4% de las mujeres con prestaciones contributivas percibe una pensión de viudedad, algo que contrasta enormemente con los hombres. En el siguiente gráfico puede apreciarse que frente a 1,8 millones de mujeres con esta prestación, ellos no llegan a ser 130 mil.

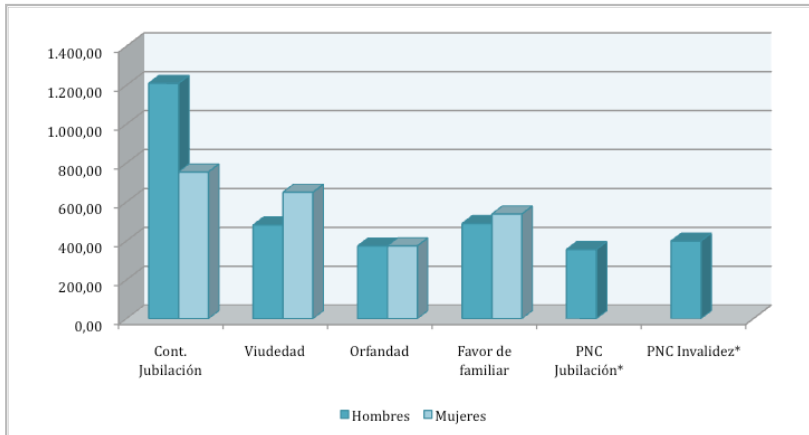
Lejos de los datos de pensiones contributivas, existen cerca de 200 mil personas de 65 y más años beneficiarias de prestaciones no contributivas de jubilación y 58 mil beneficiarias de prestaciones no

contributivas de invalidez-diciembre 2015-. La mayor parte de ellas son mujeres representando el 79% y el 77% respectivamente.

**Gráficos 37. Beneficiarios en pensiones y cuantías, 2016**



## Cuantías medias mensuales de las pensiones contributivas y no contributivas. Mayo 2016



\* Los datos de cuantías de PNC no están desagregados por sexo.

Fuente: Seguridad Social e IMSERSO.

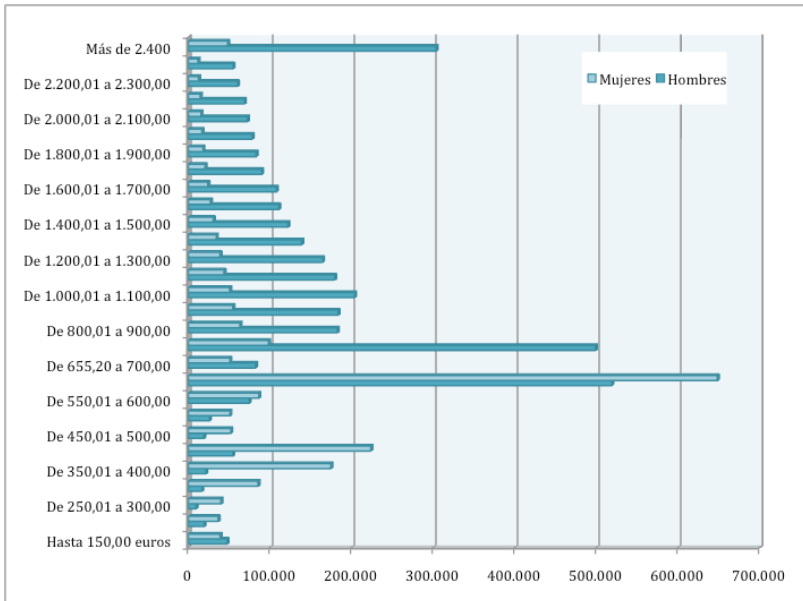
Estas diferencias no son baladíes, dado que tienen una clara traslación en la cuantía de las prestaciones. Tal como se observa en el gráfico, las prestaciones contributivas de jubilación son las más cuantiosas, y también las que muestran las mayores diferencias entre hombres y mujeres. La pensión contributiva de jubilación media de los hombres es 1.209€ y de las mujeres es de 754€ al mes, lo que representa un 62,4% de la pensión de los hombres.

Más allá del análisis de las pensiones medias, resulta muy relevante atender a la distribución de éstas. El siguiente gráfico ilustra la dispersión existente en términos de cuantías. Se puede observar que una buena parte de las mujeres –el 30,6%– percibe pensiones de



jubilación entre los 600 y los 655€ al mes y un 37,3% de ellas pensiones por debajo de los 600€. Buena parte de los hombres, por su parte, tienen pensiones entre los 600€ y los 655€ -14,4%- y entre los 700€ y los 800€ -13,9%-. También es llamativo el número de personas, especialmente los hombres, que tienen pensiones máximas o cercanas: es el caso de un 8,4% de los hombres y un 2,3% de las mujeres.

**Gráfico 38. Distribución por cuantías de las personas beneficiarias de pensiones contributivas de jubilación por sexo. Mayo, 2016**



Fuente: Seguridad Social.

La cuantía de las pensiones de viudedad es mayor entre las mujeres que entre los hombres, pero es de menor cuantía que las anteriores. La pensión media de viudedad de las mujeres es de 649€ y la de los hombres de 482€. La cuantía de la pensión de viudedad más común entre las mujeres entre los 600€ y 655€, cobradas por el 31,5%, mientras que un 19,8% de los hombres cobra entre 300 y 350€. La diferencia entre hombres y mujeres se da porque la cuantía es mayor cuando la pensión de viudedad es la única prestación percibida, una situación más común entre las mujeres.

Las prestaciones no contributivas de jubilación e invalidez, cuyas principales beneficiarias son mujeres, apenas representan 356€ y 400€ al mes respectivamente. También menores aún son las cuantías por orfandad y favor de familiar, aunque como hemos visto son relativamente poco comunes.

## **Una de cada cuatro pensiones contributivas de jubilación se complementa para alcanzar la pensión mínima**

Cada año, se establecen unas cuantías mínimas para garantizar el nivel mínimo de subsistencia de las personas mayores, para superar el umbral de riesgo de pobreza. Los complementos a mínimos compensan la cuantía de la pensión reconocida hasta alcanzar el importe establecido como pensión mínima –ver tabla 5–. El derecho a dicho complemento no se consolida, se revisa anualmente y es incompatible con otros ingresos –excluida la pensión a complementar– cuando exceden una cuantía fijada anualmente por la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

**Tabla 5. Cuantías mínimas de las pensiones 2016**

	<b>CUANTÍAS MENSUALES</b>	<b>CUANTÍAS ANUALES</b>
<b>JUBILACIÓN 65+</b>		
Con cónyuge a cargo	784,9	10.988,60
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	636,1	8.905,40
Con cónyuge NO a cargo	603,5	8.449,00
<b>VIUDEDAD</b>		
Con 65 años o discapacidad >65%	636,1	8.905,40

Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social, 2016.

Con la Ley 27/2011 de la Seguridad Social, se introducen determinados requisitos para acceder a estos complementos: la persona perceptora ha de residir en territorio español, la cuantía no podrá superar la cuantía establecida para las pensiones no contributivas de jubilación e invalidez y no tendrán derecho a ellos las personas con gran invalidez que perciban el complemento para remunerar a la persona que les atiende.

**Tabla 6. Número de pensionistas con complemento a mínimo.  
A Julio 2015**

	TOTAL	MUJERES	HOMBRES	% MUJERES
<b>JUBILACIÓN 65+</b>				
Con cónyuge	269.989	3.405	266.584	1,26
Sin cónyuge	672.400	416.543	255.857	61,95
Unipersonal	386.594	214.496	172.098	55,48
<b>VIUEDAD</b>				
Igual o más de 65 años o discapacidad >65%	632.953	624.588	8.365	98,68

Fuente: Presupuestos de la Seguridad Social, 2016.

En Julio de 2015<sup>8</sup> existen 1,4 millones de pensiones de jubilación y 768 mil pensiones de viudedad con complementos a mínimos, lo que representa un 25,2% y un 32,6% del total, respectivamente.

Las mujeres eran las principales receptoras de estos complementos. Aunque representan una minoría de las personas con cónyuge que reciben complementos a mínimos, eran mayoría en el resto de casos. La diferencia es especialmente llamativa en las pensiones de viudedad: 624.588 mujeres pensionistas de viudedad de 65 o más años o con discapacidad superior al 65% recibían un complemento para alcanzar la pensión mínima.

<sup>8</sup> Presupuestos de la Seguridad Social, ejercicio 2016.

La cuantía media de los complementos a mínimos eran mayores para las pensiones de viudedad (247,56€) que para las pensiones de jubilación (205,78€), lo que evidencia de nuevo que las pensiones de viudedad, percibidas mayoritariamente por mujeres, son de menor cuantía.

En ese mismo mes de 2015, el 15% de las nuevas altas de pensiones de jubilación precisan de complementos a mínimos, un porcentaje que se ha reducido levemente en los últimos cinco años. En el caso de las pensiones de viudedad, un 29% de las altas recibían estos complementos.

### **La revalorización de las pensiones no compensa la reducción del poder adquisitivo consecuencia de las congelaciones de los últimos años**

La revalorización de las pensiones ha sufrido importantes cambios en los últimos años. En el año 2013 (Ley 23/2013 ) se introduce un nuevo índice de revalorización de las pensiones que toma en consideración una agregación de variables como son los ingresos del sistema de la Seguridad social, el número de pensiones contributivas del sistema, una valoración de la evolución de la pensión media en ausencia de revalorización en un determinado año. En definitiva, el nuevo mecanismo valora que, en una situación de déficit de la cuentas de la Seguridad social, las pensiones se incrementan un 0,25%, mientras que en una situación de superávit se podría incrementar hasta un máximo del 0,5% más el IPC del años anterior.

El saldo deficitario de las cuentas ha llevado a que en sus dos primeros años de recorrido, 2014 y 2015, las pensiones se hayan revalorizado un 0,25%. La evolución del IPC en estos años ha sido muy bajo o incluso nulo, por lo que la capacidad de compra de las pensiones se ha visto incrementada. Sin embargo, ello no ha sido capaz de compensar la pérdida de poder adquisitivo derivado de la congelación de las pensiones producida en 2010 y 2012, por lo que, desde que comenzó la crisis, las pensiones públicas acumulan una pérdida de poder adquisitivo del 1,1%.

En el año 2016 se ha establecido de nuevo una revalorización de las pensiones contributivas y no contributivas del 0,25%, cifra en la que se ha revalorizado tanto las cuantías mínimas como máximas de las pensiones públicas. Las cuantías mínimas dependen del tipo del tipo de hogar, en el caso de jubilación contributiva para mayores de 65 años en una horquilla entre los 636,10 euros/mes para beneficiarios en hogares unipersonales y los 784,90 euros/mes en los casos en los que tengan con cónyuge a cargo; y la cuantía máxima ha quedado fijada en 2.567,23 euros/mes.

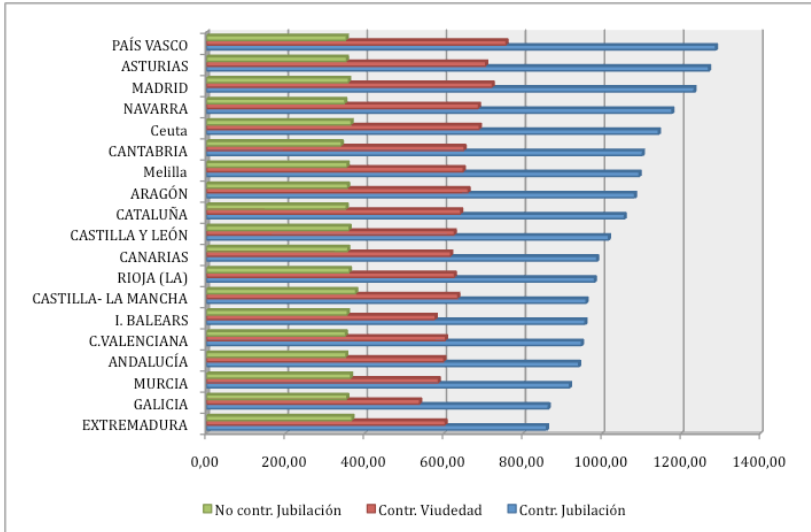
## **Las diferencias territoriales en las cuantías de las pensiones responden a los diversos modelos productivos**

Las cuantías de las pensiones medias son mayores o menores en función de la comunidad autónoma, especialmente en el caso de las pensiones contributivas de jubilación. Esto se debe a las diferen-

cias en la calidad del empleo previo de las personas beneficiarias. Así, la pensión contributiva por jubilación en el País Vasco se sitúa en 1.287€, la más alta del Estado. Por orden, también son altas en Asturias, Madrid y Navarra. Las provincias con las pensiones medias más altas son Álava y Vizcaya. En el extremo contrario está Extremadura, donde la pensión media es 860€. Otras comunidades, como Galicia y Murcia también se encuentran a la cola. Sin embargo, las pensiones medias de jubilación más bajas se registran en Ourense (719€) y Lugo (753€) (ver anexo 1).

En lo referente a la pensión media de viudedad también hay diferencias, aunque no tan marcadas. La mayor de las prestaciones contributivas por viudedad también se registra en País Vasco, siendo de 758€ al mes, y en concreto, Vizcaya. Las más bajas están en Galicia (540€) y Baleares (579€), destacando de nuevo las provincias de Lugo y Ourense (ver anexo 1).

### Gráfico 39. Cuantía media de las pensiones en las Comunidades Autónomas, mayo 2016



Fuente: Seguridad Social.

Fruto de las diversas realidades productivas, también los complementos a mínimos de las pensiones se distribuyen de manera desigual en las Comunidades Autónomas. Aquellas con una mayor proporción de pensiones complementadas con mínimos son aquellas con una relevante incidencia de regímenes especiales que cotizan por bases mínimas –como es el caso de Extremadura–, mientras que País Vasco, Madrid, Cataluña y Asturias se encuentran el extremo opuesto.



## 7. La desigualdad de género en las pensiones

El sistema español de pensiones, tal como se ha explicado en el capítulo anterior, está basado principalmente en un sistema contributivo, según el cual las aportaciones realizadas durante la vida laboral generan el derecho a ser perceptores de prestaciones al terminar ésta, y completado por un sistema de prestaciones no contributivas basado en el principio de solidaridad. En este sentido, la cuantía de estas contribuciones dependen de la trayectoria laboral de las personas y determinan la calidad de las prestaciones futuras. Por ello, las desigualdades existentes en las percepciones de las personas mayores son un reflejo de su situación previa en el mercado laboral y la calidad de su empleo anterior. Ya se ha señalado anteriormente que las mujeres acceden a prestaciones menos cuantiosas, y en mayor medida que ellos, a prestaciones derivadas del derecho generado por sus parejas en el caso de haber contraído matrimonio –pensiones de viudedad–.

El análisis de las condiciones de trabajo de las mujeres en sus últimos años de vida activa es determinante para conocer la base de la que partirán las futuras desigualdades en recursos a partir de los 65 años, siendo además quienes habrán de vivir más años con ingresos provenientes principalmente de las prestaciones sociales y con peores expectativas de salud. La trayectoria laboral y condiciones de empleo desde los 50 años son clave de cara a las pensiones, y por ello, a continuación analizaremos a situación actual de las mujeres entre los 50 y los 65 años.

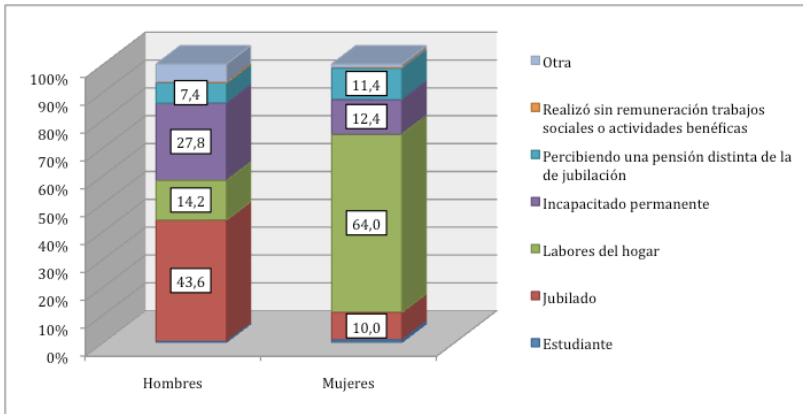
## La inactividad de las mujeres

En primer lugar, el primer elemento a tener en consideración es el nivel de participación en el mercado laboral. La inactividad de las mujeres es tradicionalmente superior en las mujeres que en los hombres. En 2015, el 41,5% de las mujeres entre los 50 y los 65 años estaba inactiva, frente al 24,8% de los hombres. Esto implica una falta de cotizaciones por parte de ellas para generar derechos futuros de prestación contributiva.

En los últimos años se observa sin embargo una tendencia a la baja de las tasas de inactividad de las mujeres en este rango de edad, acercándose progresivamente a las tasas de los hombres. Esto se debe, por un lado, a la tendencia generacional global de integración de las mujeres en el mercado laboral y también a la necesidad de búsqueda de empleo en los hogares para compensar las consecuencias de aumento del desempleo, especialmente masculino.

Sin embargo, las diferencias de género se plasman ilustrativamente al comparar las razones de la inactividad de las mujeres y los hombres. Una llamativa mayoría de mujeres entre los 50 y los 65 años están inactivas en el mercado laboral por realizar labores del hogar. El 64% de las mujeres consideradas inactivas están en esta situación. Mientras, la inactividad por jubilación está más presente entre los hombres. La segunda razón más común en ambos sexos es la incapacidad permanente, que representaría el 28% de los hombres inactivos frente al 12,4% de las mujeres inactivas.

### Gráfico 40. Distribución porcentual de clase de inactividad en hombres y mujeres, 2015

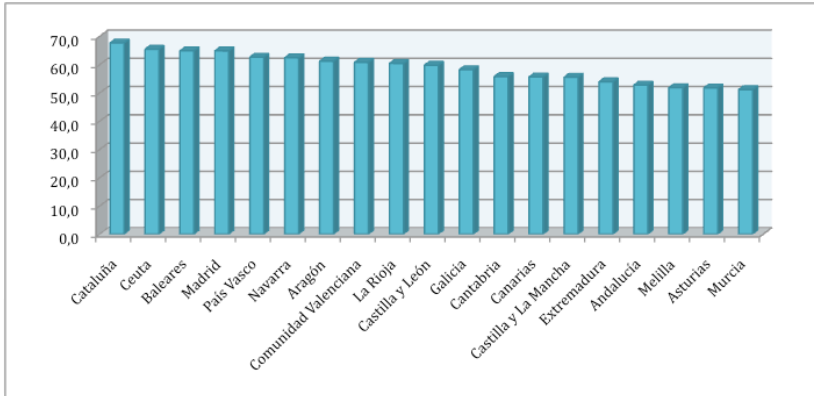


Fuente: Encuesta de Población Activa, medias anuales.

El 76,3% de las mujeres inactivas estaban casadas en 2015, lo que generaría un futuro el derecho a pensión derivada de viudedad en el caso de mantenimiento del matrimonio y fallecimiento del o de la cónyuge.

Las tasas de actividad difieren en las distintas comunidades autónomas. Según los últimos datos de la Encuesta de Población Activa (primer trimestre 2016), existe una diferencia de más de 16 puntos entre la tasa de actividad de las mujeres de 50 a 65 años en Cataluña respecto de las mujeres de esas edades en Murcia. Además de Cataluña, destacan las tasas de actividad de Ceuta, Baleares y Madrid, mientras que a la cola se encuentran Melilla, Asturias y Murcia.

**Gráfico 41. Tasas de actividad de mujeres de 50 a 65 años por Comunidad Autónoma, 1er trimestre 2016.**

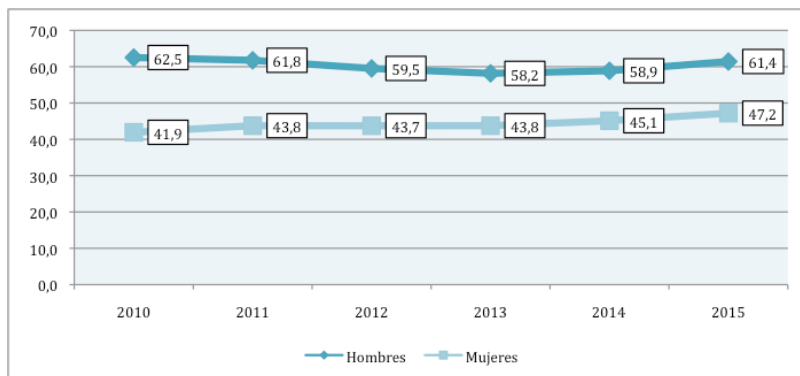


Fuente: microdatos EPA.

## **Las tasas de empleo de las mujeres aumentan en los años previos a la edad de jubilación**

Las tasas de paro vivieron un importante aumento hasta 2013, siendo muy similares en hombres y mujeres en la franja de edad que estamos analizando. Desde entonces, las tasas de paro se están reduciendo paulatinamente, pero más marcadamente entre los hombres. Sin embargo, el porcentaje de mujeres ocupadas no ha dejado de crecer desde 2010. En 2015, el 47,2% de las mujeres de 50 a 65 años estaban ocupadas.

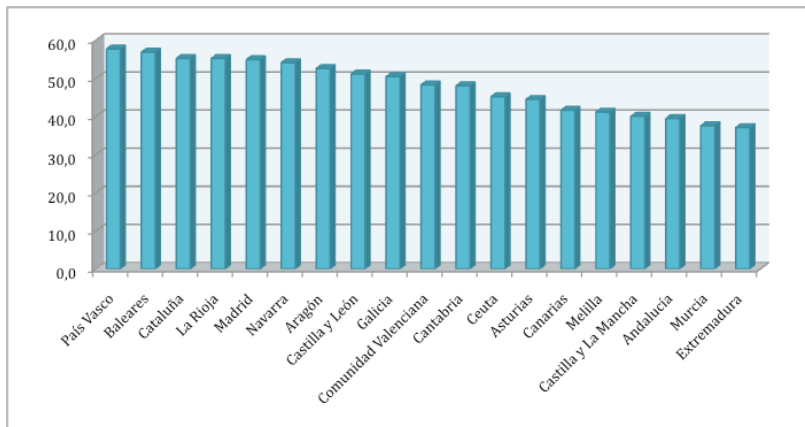
### Gráfico 42. Evolución de la tasa de empleo de 50 a 64 años. 2010-2015



Fuente: Encuesta de Población Activa. Medias anuales.

La proporción de mujeres trabajando remuneradamente en el territorio español muestra marcadas diferencias. Mientras que en País Vasco el 58% de las mujeres de 50 a 65 años están trabajando, en Extremadura apenas representan el 37%. Esta diversidad se verá reflejada en las futuras pensiones.

**Gráfico 43. Tasas de empleo de las mujeres de 50 a 65 años por Comunidad Autónoma. 1er trimestre 2016**



Fuente: microdatos EPA.

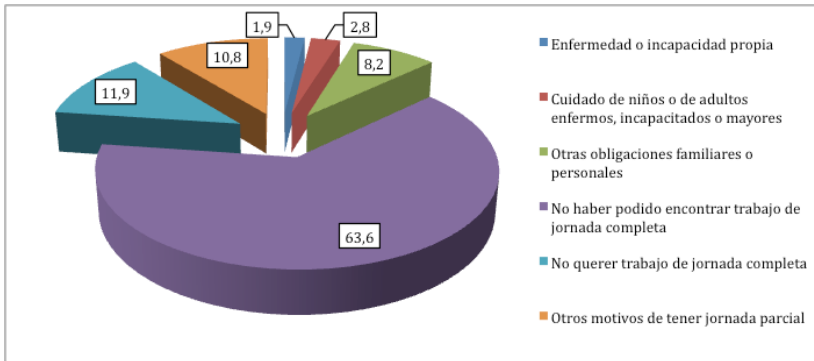
El derecho propio a las pensiones contributivas no sólo está determinado por la participación en el mercado laboral, sino también por la calidad de este, ya que los salarios condicionan el nivel de contribución y con ello, la futura cuantía de las pensiones.

### **La parcialidad involuntaria: una relevante característica del empleo de las mujeres**

Lo primero que hay que apuntar es el elevado porcentaje de mujeres con empleo a tiempo parcial en la franja de edad analizada. En 2015, el 21,6% de ellas estaba ocupada a tiempo parcial, frente al 4,6%

de ellos. La razón principal de la parcialidad de las mujeres –al igual que en el caso de los hombres– es la imposibilidad de encontrar un trabajo de tiempo completo. Un amplio porcentaje declara no querer jornada completa o alega razones no contempladas. En todo caso, la parcialidad es uno de los elementos que mayor peso tenía en el cálculo del periodo mínimo para generar derecho a prestación y para determinar la cuantía. Con las reformas aprobadas en 2014 y 2015, se establece un *Coefficiente de parcialidad* que facilita el acceso a las pensiones y compensa la menor cuantía de las mismas.

#### Gráfico 44. Motivos de la jornada parcial de las mujeres de 50 a 65 años. 1er trimestre 2016

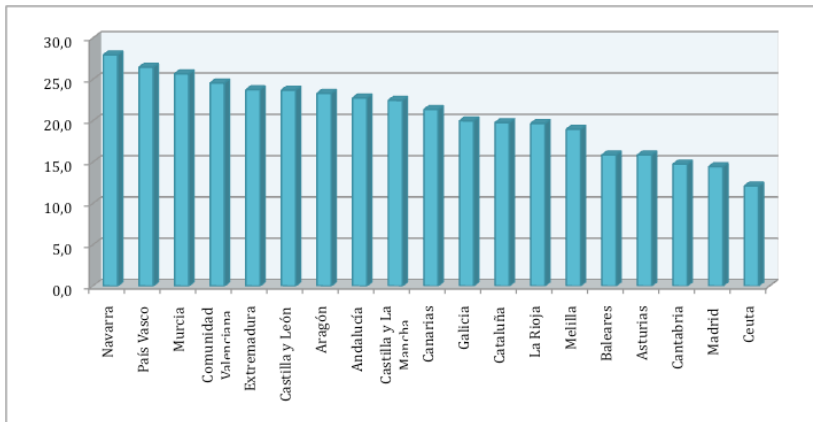


Fuente: Encuesta de Población Activa.

Las diferencias en la parcialidad de las mujeres en las diferentes comunidades autónomas son muy llamativas. En Navarra y País Vasco, comunidades con elevadas tasas de empleo de las mujeres de 50 a 65 años, presentan elevados porcentajes de tiempo parcial.

En Navarra, el 28% de las mujeres ocupadas tienen jornadas parciales. Por el contrario, Madrid, una de las comunidades con mayor tasa de empleo de estas mujeres, tiene muy baja parcialidad 14,4%. Muy llamativo es el caso de Murcia, que siendo la segunda comunidad con menor nivel de empleo en este grupo de mujeres, presenta la tercera posición en parcialidad

**Gráfico 45. Porcentaje de mujeres ocupadas a tiempo parcial de las mujeres de 50 a 65 años por Comunidad Autónoma. 1er trimestre 2016**



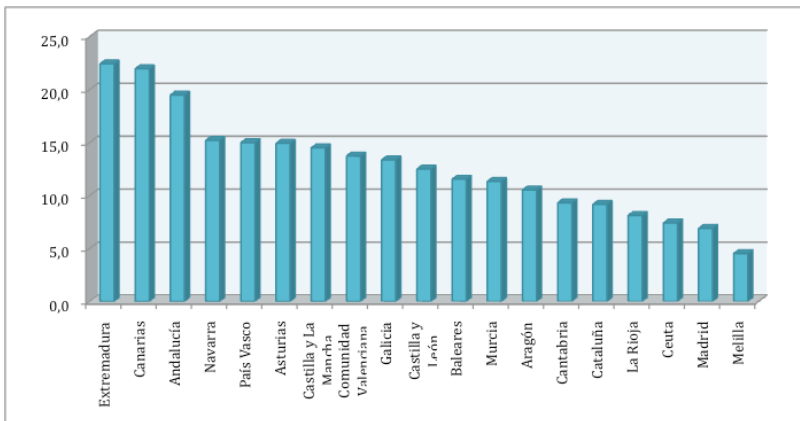
Fuente: microdatos EPA.



## Una temporalidad bastante contenida pero con diferencias regionales

Otro elemento importante de tener en cuenta es la temporalidad, ya que la permanencia en el empleo es otro de los puntos clave para asegurar el derecho a una pensión contributiva. Siendo la tasa de temporalidad bastante similar entre hombres y mujeres, en torno al 12,7%, merece la pena atender a las diferencias entre las comunidades autónomas donde se observan grandes disparidades. La tasa de temporalidad de mujeres de 50 a 65 años es del 22,4% en Extremadura, seguida de Canarias (22%) y de Andalucía (19,5%). Las tasas más bajas se observan en Melilla (4,5%), Madrid (6,9) y Ceuta (7,4%)

### Gráfico 46. Tasa de temporalidad de las mujeres de 50 a 65 años por Comunidades Autónomas, 1er trimestre 2016



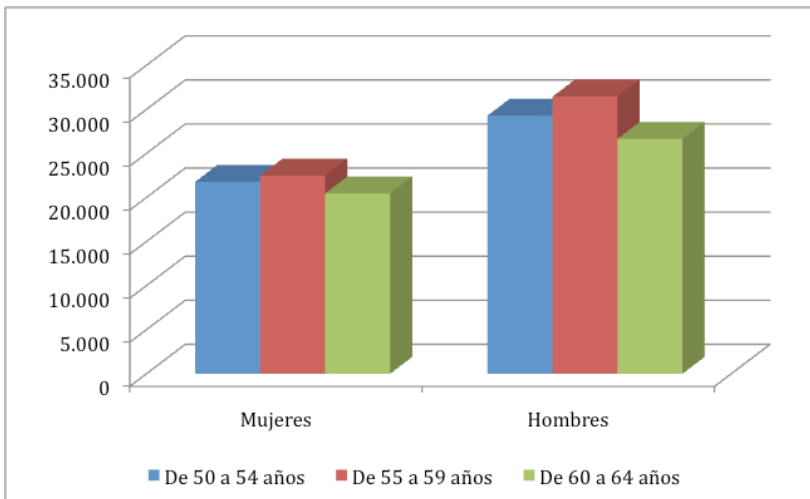
Fuente: microdatos EPA.

## El menor salario de las mujeres

Estas diferencias en condiciones laborales se saldan con salarios inferiores en las mujeres. Tal como se puede observar en el gráfico siguiente, con los últimos datos disponibles, el salario de las mujeres tiene que aumentar entre el 34 y 40% en el período de 50 a 59 años. En el grupo de 60 a 64 años la brecha salarial se sitúa en el 30%, coincidiendo con la nacional.

Esta situación se traduce en unas marcadas diferencias salariales que llegan a ser de 8.968 euros en el grupo de 55 a 59 años. Es en este tramo de edad donde la brecha salarial es más elevada (40%). Un factor que explica esta situación es el tipo de jornada.

**Gráfico 47. Salario medio anual, por sexo y grupos de edad 2014**



Fuente: Encuesta Anual de Estructura Salarial.

Habida cuenta de estos datos sobre las condiciones laborales de las mujeres en sus últimos 15 años de vida activa laboralmente pone sobre la mesa que un sistema de pensiones más igualitario ha de plantearse, por un lado, políticas de igualdad que aborden las discriminaciones laborales de las mujeres y por otro, sistemas que sigan compensando la discriminación laboral previa y aborden desigualdades en términos de recursos en la vejez.

## 8. La pobreza y las personas mayores

La pobreza no es un término unívoco, ya que las definiciones son múltiples como también lo son las formas de medirla. Lo más común es recurrir a los indicadores de pobreza monetaria relativa, que implica considerar los ingresos de los hogares de las personas en relación con la mediana de ingresos de los hogares del territorio español. Para determinar qué es pobreza, se establece un umbral, para el que se suele tomar el 60% de la mediana de ingresos de los hogares. Aquellas personas que habiten en hogares cuyos ingresos se coloquen por debajo de ese umbral, se valoran en riesgo de pobreza. Así se construye la Tasa de riesgo de Pobreza. A nivel europeo se utiliza otro indicador: *La tasa de riesgo pobreza o exclusión social*, que incorpora una serie de ítems relativos a carencias en recursos que complementan el indicador.

## Las tasas de riesgo de pobreza: una medida relativa

A la hora de entender estas fórmulas de medir la pobreza hay que tener en cuenta, por lo tanto, varios elementos. Primero, que se toma como referencia los recursos de los hogares y no los individuales. Por ello, el desempleo es uno de factores más determinantes, ya que los salarios constituyen la principal fuente de ingresos de los hogares y el número de personas del hogar integradas en el mercado laboral marca una diferencia considerable. Las prestaciones sociales cumplen un papel clave en la contención del riesgo de pobreza con lo que la cobertura y monto de las prestaciones y subsidios por desempleo, jubilación u otros riesgos sociales son determinantes. El tomar como referencia los recursos de los hogares, implica, al mismo tiempo, que estas fórmulas no tienen en consideración las situaciones en las que hogares de personas mayores están colaborando económicamente con hogares de personas jóvenes, una realidad en alza que esconde estadísticamente una menor disponibilidad de recursos.

En segundo lugar, hay que entender que se trata de medidas relativas. El umbral se establece en relación a la cantidad de ingresos de los hogares que divide al número de hogares en 2 partes iguales. El umbral de riesgo de pobreza suele calcularse como el 60% de esta cantidad. Por ello, el umbral es variable y el desempleo, la caída o aumento de la cobertura o cantidades de las prestaciones sociales, o las variaciones en los salarios llevan consigo cambios en esa barrera que determina qué es riesgo de pobreza y qué no lo es.

También hay que tener en cuenta que la tasa contempla diferentes composiciones de los hogares, con umbrales diferentes en función del número de componentes en los hogares. A esto se añade un elemento que tiene especial relevancia en España y más concretamente entre las personas mayores. Se trata de la posibilidad de contemplar las tasas y umbrales con el alquiler imputado. Esto supone aplicar a los hogares que no pagan un alquiler completo por ser propietarios o por ocupar una vivienda alquilada a un precio inferior al de mercado o a título gratuito. El valor equivalente al alquiler que se pagaría en el mercado por una vivienda similar a la ocupada –al que se resta el alquiler realmente abonado). El alto porcentaje de hogares que tiene la vivienda en propiedad hace que la tasa de riesgo de pobreza con alquiler imputado se vea considerablemente reducida. No se debe olvidar que el 90% de los hombres y cerca del 88% de las mujeres mayores tienen su vivienda en propiedad.

En todo caso, estas fórmulas no permiten saber si se está viviendo un enriquecimiento o empobrecimiento generalizado de la población, ya que el umbral se construye tomando en consideración los recursos de las capas medias de la población. De lado queda el análisis de lo que ocurre con las capas más empobrecidas y más enriquecidas de la sociedad. En definitiva, no mide el grado de desigualdad.

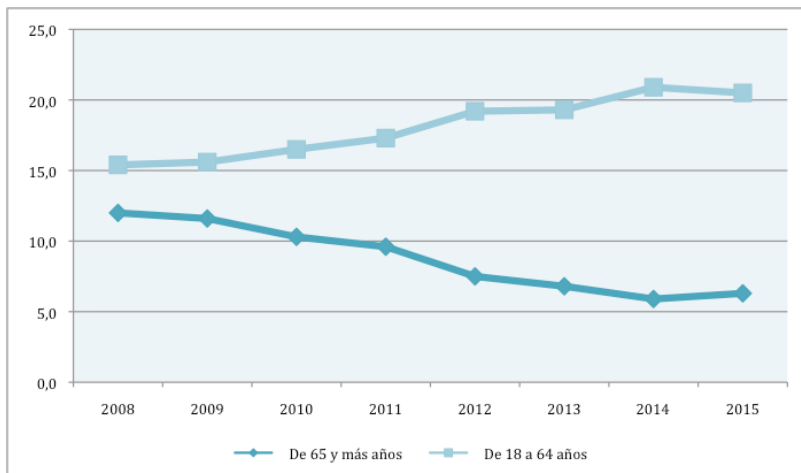
## **Lo que hay detrás de la reducción de la tasa riesgo de pobreza de las personas mayores**

En 2015, el 12,3% de las personas mayores se encontraban por debajo del umbral de riesgo de pobreza, una tasa que se reduce al

6,3% si se imputa un alquiler. Esta tasa se encuentra por debajo de la media europea (13,8%) y cada vez más alejada de la tasa española de menores de 65 años (24,6% y 20,5 si se imputa el alquiler).

En el siguiente gráfico se muestra la evolución inversa que han tenido las tasas de riesgo de pobreza de las personas menores y mayores de 65 años con alquiler imputado. Mientras crecía el riesgo de pobreza de los menores de 65 años casi un 33%, el riesgo de pobreza de las personas mayores decrecía cerca de un 48%.

**Gráfico 48. Evolución de la tasa de riesgo de pobreza de menores de 65 años y 65 años y más (con alquiler imputado). 2009-2014** Fuente: Eurostat

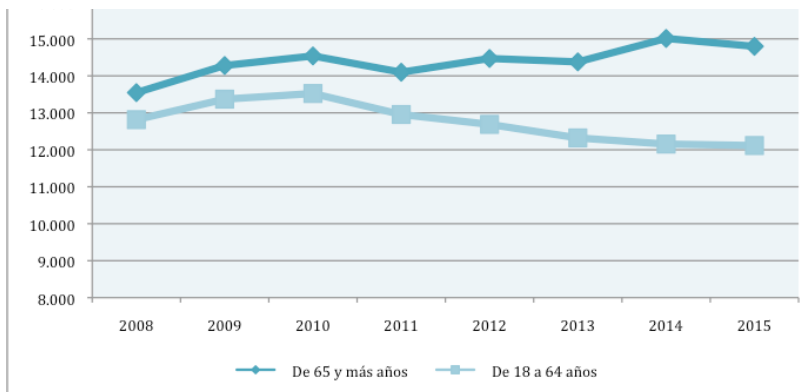


Fuente: Eurostat.

Para explicar esta evolución es necesario tener en cuenta varios elementos. El más relevante es la evolución negativa del umbral en estos años. Entre el 2009 y el 2014, el umbral de la pobreza se ha reducido un 10,3% (o un 3,4% con alquiler imputado) como consecuencia de la disminución de los ingresos medianos de los hogares españoles. Esto hace que sea cada vez más complicado encontrarse por debajo de tal umbral. Pese a ello, la población en edad laboral que no lo supera va en aumento.

Esto está relacionado con el aumento del desempleo, la reducción de la cobertura y las cuantías de las prestaciones, las reducciones salariales paralelas a un aumento del SMI en esos años que apenas alcanza el 3,5%. Al mismo tiempo, el sistema de pensiones mantiene una elevada tasa de cobertura, las pensiones contributivas de jubilación se han incrementado un 15,3% y cubren el 90% de los salarios previos.

### Gráfico 49. Evolución de la renta media anual por persona de 65 años o más (con alquiler imputado), 2008-2015



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INE.

La renta media por persona de 65 años y más es algo superior a la renta de los menores de 65 años. Durante los primeros años de la crisis, llevaron evoluciones similares, creciendo en los dos primeros años y reduciéndose en el 2011. Sin embargo, a partir de entonces las trayectorias se fueron separando debido a la caída progresiva de las renta de los menores de 65 años mientras crecía la de los mayores. En el último año, sin embargo, se puede observar un retroceso en la renta media por persona de los y las mayores. En 2015, la renta media por persona de los mayores era de 14.798€ anuales, más de 2.600€ por encima de los más jóvenes. Es relevante apuntar que la diferencia de renta media anual entre hombres y mujeres mayores es de casi un 4%.

Con estos datos, no sorprende que las personas mayores se vean afectadas en menor grado que otras por la exclusión social. Por ejemplo, tan sólo representan el 3,8% de las personas sin hogar –según la encuesta a las personas sin hogar de 2012–, y muestran mejor situación frente a las carencias materiales. Pese a ello, en 2015, el 40,8% de las personas mayores de 64 años afirman no poder permitirse al menos una semana de vacaciones al año y un 35,9% no tener capacidad para asumir gastos imprevistos. Hay que apuntar que el porcentaje de mujeres mayores con estas dificultades es entre 7 y 8 puntos mayor que el de los hombres mayores.

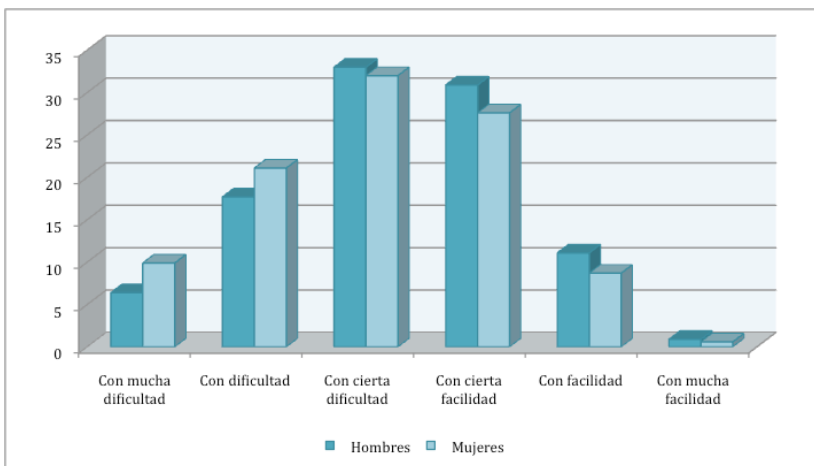
Pese a esto, es crucial tener en cuenta que, tal como se ha abordado previamente, cada vez existen más personas jóvenes sostenidas económicamente por las pensiones, algo que no queda reflejado en las estadísticas.



## Las mujeres tienen más dificultades económicas

La tasa de riesgo de pobreza de las mujeres mayores es superior a la de los hombres: un 13,2% frente al 11,1% de los hombres. Estas diferencias de género se evidencian al observar la distribución de las personas mayores en función del grado de dificultad o facilidad que tienen para llegar a fin de mes. La mayor parte de la población mayor afirma tener cierta dificultad para llegar a fin de mes. Es el caso del 33% de los hombres y del 32% de las mujeres. Algo menor es el porcentaje que llega con cierta facilidad, donde también hay más representación de hombres, como también lo hay en el resto de categorías que se muestran más holgadas económicamente. Por el contrario, los porcentajes de mujeres que alegan mayor dificultad son mayores que en los hombres. De hecho, más de un 30% de las mujeres mayores dicen llegar a fin de mes con dificultad o con mucha dificultad.

### Gráfico 50. Distribución de personas de 65 y más años por dificultades para llegar a fin de mes, por sexo, 2015



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida, INE.

## 9. Discriminación por edad, el maltrato de las personas mayores y la protección jurídica de las personas mayores

El debate sobre la discriminación a las personas mayores empieza a cobrar una mayor relevancia pública al reconocer las dramáticas consecuencias que tiene para las personas mayores, las familias y la sociedad en general. El Grupo de Trabajo sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (GTPDHMP) define «Discriminación por edad en la vejez»: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad, que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada»<sup>9</sup>

Las personas mayores, a través de la percepción estereotipada tanto social como familiar van perdiendo autonomía, sufren la discriminación a medida que envejecen y progresivamente van se ven despojadas de la posibilidad de decidir por sí mismas hasta convertirse en dependientes. Finalmente, renuncian en la toma de decisiones. Hay que tener en cuenta, en todo caso, que no se trata de un grupo homogéneo, ya que a menudo se experimenta una discriminación múltiple, sumándose a la edad otros factores como el nivel educativo, el género, el origen étnico, el lugar en el que viven, la discapacidad o la pobreza (Martínez Ques, 2015).

---

9 Martínez Ques, A.A, 2015. La protección jurídica de las personas mayores desde la perspectiva de los derechos humanos. Revista de Derecho de la UNED, num.17

Entre estas múltiples discriminaciones cruzadas que sufren las personas mayores, merece la pena mencionar aquella que sufren las personas gays, lesbianas, bisexuales y transexuales. Se trata de un tema relativamente nuevo en España, ya que es ahora cuando está llegando a la vejez la primera generación que, dado que en su juventud no pudo salir del armario dada la realidad política existente pero si lo hicieron en su madurez. La situación de discriminación social en la que se encuentran los gays específicamente puede hacerse extrema en la vejez, ya que está condicionada por una subcultura específica que no tan acentuada en las realidades lésbicas: la subcultura de la eterna juventud (Gimeno, 2004)<sup>10</sup>.

El maltrato de las personas mayores no es sino la materialización más trágica de estas discriminaciones. La Organización Mundial de la Salud define este maltrato como «un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza». La misma OMS reconoce que puede darse de múltiples formas: maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, así como el abuso de confianza en cuestiones económicas.

A pesar de la escasez de estudios que valoren la magnitud de la problemática, existen informes que permiten afirmar que la mayor parte de los agresores son las personas cuidadoras, cónyuges o parientes cercanos y que la mayor parte de las víctimas son mujeres y especialmente aquellas de mayor edad.<sup>11</sup>

---

10 Gimeno, B. 2004. Vejez y Orientación Sexual.

11 Corbacho Armas, K. 2013. El maltrato en el anciano. Trabajo fin de grado. Universidad de Cantabria.

Se trata de una problemática que ha permanecido invisibilizada ya que pasa casi inadvertida, siendo relegada al ámbito de lo privado. La OMS, sin embargo, llama a la necesidad de definir, detectar y resolver estas discriminaciones y potenciar el papel que cumplen los servicios de atención primaria de salud y los servicios sociales.

### Cuadro 1. Tipos de maltrato a las personas mayores

Maltrato físico	Actos en los que se utiliza la fuerza física y que resultan agresivos al cuerpo de la persona anciana, motivando daño corporal anatómico o funcional
Maltrato psicológico	Palabras o actuaciones de intimidación o humillación, así como de aislamiento familiar o social, desprecios personales, gritos, insultos etc. que busquen y desencadenen en la persona anciana sensación de malestar, estrés angustia, estado de irritación o dolor emocional
Maltrato sexual	Uso corporal sin consentimiento de la persona anciana, tocamientos y violaciones.
Maltrato económico	Utilizar ilegalmente los medios económicos de la persona anciana de forma indebida sin su consentimiento, mediante engaño, por la fuerza o mediante amenazas.
Negligencia	Deficiencia por parte del cuidador para prevenir, mantener o proporcionar el estado de salud o estabilidad psíquica que otorgue buena calidad de vida.
Abandono	Cuando la persona cuidadora deja desamparada y sola a la persona anciana comprometiendo su estado de salud.
Auto negligencia	La persona mayor decide abandonar su propio cuidado personal llegando en ocasiones hacia la autolisis.

Fuente: Elaboración propia a partir de Corbacho Armas, K., 2013.

Las personas mayores tienen jurídicamente los mismos derechos, libertades y deberes civiles y políticos constitucionales que los demás ciudadanos, de lo que solo pueden ser privados en los casos de incapacidad judicial. Sin embargo, en la práctica, las personas mayores se encuentran a menudo en situaciones de mayor vulnerabilidad en el ejercicio real de estos derechos, cuando sus realidades se ven afectadas por la pobreza, la discapacidad, la enfermedad o el aislamiento social.

*La protección jurídica abarca tres aspectos, todos ellos necesarios y complementarios: la formación en los derechos, la orientación ante un problema concreto y la tutela judicial.*<sup>12</sup> Potenciar la información y educación en la defensa de los propios derechos e intereses es un punto de partida, que no debe dirigirse únicamente a la población anciana, sino también a los profesionales jurídicos. La orientación implica atender a las dudas jurídicas que una persona mayor pueda tener en su cotidianidad en los diferentes ámbitos de su vida. Por último, el reto en el ámbito jurídico consiste en diseñar programas específicos para lograr una tutela jurídica real para las personas mayores, teniendo como objetivo preservar al máximo la capacidad jurídica del mayor y permitirle, siempre que sea posible, realizar actos jurídicos de la vida cotidiana (Reparáz Padrós, 2009).

En España se han venido introduciendo una serie de medidas y figuras jurídicas de protección para la protección de las personas mayores, que pese a no ser muy conocidas, van ganando relevancia como recurso. La Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad pretende una mayor protección a las personas mayo-

---

12 Reparaz Padrós, María. 2009. La protección jurídica como factor de calidad de vida en la vejez. Análisis de las necesidades de protección jurídica de las personas mayores en Navarra.

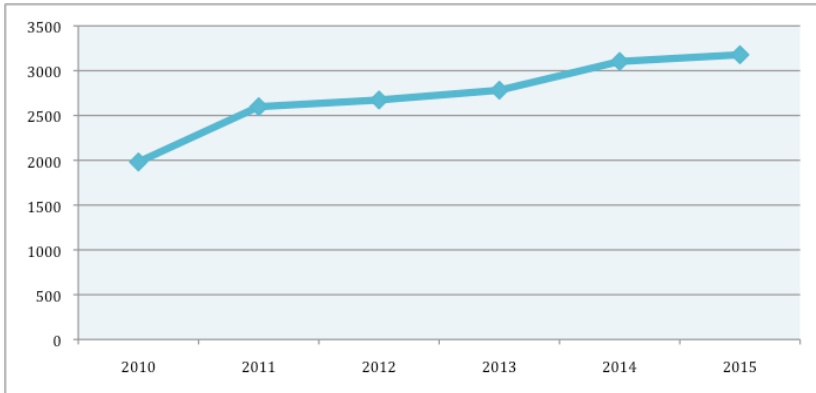
res o personas con discapacidad y su patrimonio a través de figuras como el patrimonio protegido y sus ventajas fiscales, autotutela y poderes en previsión de la propia discapacidad o demencia, novedades sucesorias, contrato de alimentos o el derecho de habitación.

En 2003, el código civil español introduce la figura de la autotutela, que implica que «cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor».<sup>13</sup> Esto implica que la misma persona, cuando aún es plenamente capaz y toma conciencia de una posible futura incapacidad, decida quién quiere que vele por sus intereses y pueda tomar medidas sobre su persona o bienes. Desde su creación el número actos de autotutela no ha dejado de aumentar, hasta situarse en 3178 en 2015.

---

13 la Ley 41/2003, de 18 de noviembre de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y de Modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria.

### Gráfico 51: Número de actos de autotutela anuales 2010-2015



Fuente: Estadísticas del Consejo General del Notariado.

El poder preventivo ofrece la posibilidad a una persona de designar a otra persona mediante documento notarial para que actúe representando sus intereses en el caso de no contar con la capacidad necesaria para manifestar su voluntad, sin necesidad de acudir al procedimiento de incapacitación judicial. Desde 2007, los poderes preventivos también se han incrementado significativamente. Esto refleja una creciente preocupación de las personas por asegurar la defensa de sus intereses en un futuro.

El envejecimiento representa un nuevo reto también para los servicios jurídicos que han de atender las especificidades de las personas mayores. El desarrollo de mejores sistemas de información, orientación y protección jurídica de la población anciana se hace cada vez más importante. Para ello, es necesario promover el trabajo tanto de

diagnóstico, como de desarrollo de recursos como el divulgativo y la colaboración entre profesionales de diversos ámbitos es esencial.

En términos generales, combatir la discriminación pasa por dotar a las personas mayores de medios que permitan y las animen a regir sus propias vidas el máximo tiempo posible. Estos medios pasan, en primer lugar, por la seguridad económica, pero también por impulsar actitudes que impulsen sus relaciones interpersonales, que potencien el autocuidado y prepararles para desenvolverse con la mayor autonomía posible. Se trata de dotar de herramientas a las personas mayores para su empoderamiento, considerándolos no sólo beneficiarios de asistencia social sino sujetos de derecho. Se trata, en definitiva, de romper con las barreras jurídicas, institucionales y físicas que representan un menoscabo en la igualdad y calidad de vida en la vejez.



## 10. Las mujeres mayores: una revisión de la desigualdad

A lo largo de todo el informe se han ido planteando las relevantes diferencias existentes entre hombres y mujeres mayores, desde una perspectiva transversal. El presente breve capítulo pretende recopilar, en primer lugar, de manera sucinta, la información recabada en este sentido resaltando los aspectos más relevantes que configuran las más frecuentes situaciones de vulnerabilidad a las que se enfrentan las mujeres en el envejecimiento, y en segundo lugar, cómo las situaciones de violencia machista permanecen invisibilizadas en este contexto.

Las mujeres mayores en España son un 33% más que los hombres, resultado de su mayor longevidad. De hecho, tienen una esperanza de vida al nacer de casi 6 años más que ellos. Esta realidad tiene implicaciones en la calidad de vida en su proceso de envejecimiento, dado que sus formas de vida, su estado de salud y cuidados y sus recursos económicos se condicionan unos a otros durante más años.

Pese a tener una esperanza de vida más larga que la de los hombres, las mujeres tienen una esperanza de vida en salud algo más corta que la de ellos. Esto implica que la expectativa de esos 6 años de más que ellas habría de vivir no son en las mejores condiciones de salud.

**Tabla 7: Batería de indicadores de las diferencias entre mujeres y hombres de 65 y más años**

	<b>Mujeres</b>	<b>Hombres</b>
Población de 65 y más años (2015)	4.938.586	3.716.525
Esperanza de vida (2014)	86,02	80,10
Esperanza de vida saludable (2014)	12,09	12,68
Hogares unipersonales (2015)	28,90	13,90
Valoración de buen estado de salud (2014)	39,30	50,50
% de solicitudes del SAAD sobre la pob. de 65 y más (2016)	18,29	9,52
Cobertura del SAAD (2016)	9,11	4,08
% de beneficiarias de teleasistencia (2013)	75,00	25,00
% de usuarias de Atención Residencial (2013)	69,00	31,00
Beneficiarias de prestación contributiva de jubilación (2016)	2.023.209	3.325.273
Cobertura de la prestación cont. de jubilación (2016)	41,0	89,5
Cuantía de la prestación contributiva de jubilación (2016)	754,40	1.209,89
Beneficiarias de la prestación contributiva de viudedad (2016)	1.849.746	126.847
Cobertura de la prestación contr. de viudedad (2016)	37,45	3,41
Cuantía de la prestación contr. de viudedad (2016)	645,95	481,95
Beneficiarias de prestaciones no contributivas de jubilación (2016)	154.768	42.269
Cobertura de prestaciones no contributivas de jubilación (2016)	3,13	1,14
Cuantía de las prestaciones no contributivas de jubilación (2016)	356,58	356,58
Tasa de empleo 50-65 (2015)	47,20	61,40
Porcentaje de parcialidad 50-65 (2015)	21,60	4,60
Salario 55-59 años (2014)	22.482,92	31.451,87
Tasa de riesgo de pobreza -sin alquiler imputado- (2015)	13,20	11,10
Renta media por persona -sin alquiler imputado- (2015)	11.833	12.689

Nota: las coberturas están calculadas sobre los datos de población del Padrón continuo 2016.

Fuente: elaboración propia a partir de diversas fuentes utilizadas en el presente informe

El porcentaje de mujeres viudas es por lo tanto, muy superior al de hombres viudos y muchas de ellas viven solas. Esta situación, sumada a la peor expectativa de vida saludable en sus años de vejez, hace del Sistema de la Atención a la Dependencia un recurso clave para asegurar buenas condiciones de vida de estas mujeres. Pese a que el SAAD parece haberse visto truncado nada más despegar por las políticas de ajuste presupuestario, actualmente el 18,3% de las mujeres mayores han solicitado algún tipo de prestación del SAAD (casi el doble que hombres).

A la hora de hablar de cobertura de prestaciones sociales, nos encontramos con que el 9,1% de las mujeres mayores reciben prestaciones del SAAD –frente al 4,1% de los hombres-. Efectivamente, las mujeres son las principales receptoras del SAAD, y representan el 75% de las personas usuarias de servicios de teleasistencia y el 69% de las usuarias de Atención residencial. Sin embargo, cabe afirmar que estas políticas de protección social tienen aún mucho camino por andar para cumplir la función social que deberían. Por ello, los recortes presupuestarios implican relevantes reducciones en recursos para la población mayor y con mayor incidencia en las mujeres.

El sistema público de protección social en la vejez en España está configurado principalmente sobre la base del empleo pasado para generar derecho a una prestación y a la cuantía de la misma. El hecho de que menos de la mitad de las mujeres se encuentre integrada en el mercado laboral y la calidad del empleo que ocupan tiene importantes consecuencias en sus futuros recursos económicos.

Las mujeres mayores de 50 años representan un colectivo cuya tasa de actividad ha ido en aumento desde que comenzó la crisis en 2008. Las razones que pueden dar lugar a esta incorporación al mercado laboral pueden ser, por una parte, las expectativas de encontrar empleo en actividades en las que predomina el empleo femenino, y por otra, la reducción de ingresos de los hogares. Este colectivo se caracteriza por tener niveles relativamente bajos de formación, representan el 27% de las mujeres ocupadas y se concentran, principalmente, en ocupaciones elementales y de restauración. Las contribuciones sociales de las mujeres se ven mermadas ante la elevada tasa de parcialidad, eminentemente involuntaria y salarios medios muy inferiores a los de los hombres.

Buena muestra de ello es la estimación de que tan solo un 41,0% de las mujeres de 65 y más años estaría cubierta por pensiones contributivas de jubilación, que son las más cuantiosas. Este porcentaje contrasta llamativamente con el de los hombres, que alcanzaría al 89,5%. Además, las cuantías medias de estas pensiones muestran una brecha significativa: la pensión contributiva media de jubilación de las mujeres es un 62,4% la de los hombres.

A esto se suma que las mujeres son las principales beneficiarias de las pensiones contributivas de viudedad, derivadas del derecho de sus parejas fallecidas, cuya cuantía media, pese a ser superior en el caso de ellas, se encuentra lejos de las pensiones de jubilación. Un 37,5% de las mujeres mayores serían beneficiarias de este tipo de prestación, cuya cuantía media no alcanza los 650€ al mes.

Las pensiones no contributivas, aquellas que tienen como objetivo asegurar ingresos a aquellas personas que no generaron derecho al sistema contributivo, tienen como destinatarias principales a las mujeres: cubrirían a un 3,13% de las mujeres mayores –frente al 1,14% en el caso de los hombres- y sus cuantías medias apenas son de 357€ al mes.

Esta diferencia se manifiesta de manera global en las dificultades económicas que manifiestan las mujeres mayores, cuya tasa de riesgo de pobreza es dos puntos superior a la de los hombres. Un 13,2% de las mujeres mayores viven en hogares por debajo del umbral de la pobreza.

Las mujeres mayores lesbianas suman una discriminación extra entre las discriminaciones múltiples. En tanto que mujeres, sufren las consecuencias de una vida marcada por las desigualdades, y a estas se suman aquellas derivadas de las discriminaciones por su orientación sexual, marcadas especialmente por una mayor “invisibilidad” que entre los gays. Sin embargo, apunta Gimeno (2004), en la población mayor lesbiana se da una paradoja, ya que por un lado, la subcultura de la juventud y la belleza no es tan fuerte como en la población gay o las mujeres heterosexuales, y por otro, sufren en menor grado las consecuencias del aislamiento tradicional de las mujeres heterosexuales en el seno de sus matrimonios, con lo que son muy frecuentes las fuertes redes de apoyo y convivencia entre ellas.

Las desigualdades y múltiples discriminaciones tienen serias implicaciones en las situaciones de mayor vulnerabilidad de las mujeres

mayores, y una de sus peores consecuencias son las situaciones de maltrato y violencia machista.

## **Un 15% de las mujeres asesinadas en 2015 por violencia machista eran mayores**

La violencia machista es aquella que se dirige sobre las mujeres, por el hecho mismo de serlo, Es esa violencia ejercida por agresores que consideran a las mujeres carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. Se expresa en lo cotidiano de las relaciones, y que, por lo tanto, permanece o ha permanecido invisible, como manifestación de la discriminación y desigualdad en relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. “La violencia de género, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad y es utilizada por el hombre para ejercer su poder y mantener la subordinación”<sup>14</sup>.

La violencia machista en la población mayor es una realidad poco estudiada y parece ser una realidad invisibilizada a la que se enfrentan las mujeres mayores. Los datos de la macroencuesta de 2015 sobre violencia contra las mujeres evidencian que las mujeres mayores consideran, en mayor porcentaje que el resto, sufrir violencia de género por parte de su pareja actual en forma de control –un 9,7% de las mujeres de 65 y más años-, violencia emocional –un 8,2% de ellas- y violencia económica –2,4%- . Además, se recoge que un 7,5% de las mujeres entre 65 y 74 años y un 4,3% de las mujeres de

14 Sánchez Moro, C, 2013. Programa DAPHNE STOP VI.E.W. contra la violencia hacia las mujeres mayores. Revista de Investigaciones en Intervención Social, 3 (5), 92-105.

más edad han sufrido violencia por parte de alguna de sus parejas a lo largo de la vida. En el año 2015, 9 mujeres fueron asesinadas a manos de sus parejas, y en lo que va de año (junio 2016) ya son 3 las víctimas mortales.

Las expertas apuntan que aún más que en el resto de población, estas situaciones son más invisibilizadas. El proyecto DAFNE VIEW (2013) identifica las particularidades de las mujeres mayores ante la violencia machista e incide en la relevancia de reconocer las características propias y necesidades de las mujeres mayores que sufren violencia. Se afirma que sólo de esta manera se podrá analizar su comportamiento y reacción frente al maltrato para poder desarrollar recursos para enfrentarla.

El uso de los recursos existentes son menos usados por las mujeres mayores. Según la encuesta, sólo un 22% de las mujeres que han sido víctimas de violencia física, sexual o miedo ha acudido a la policía y un 33,8% a algún servicio sanitario o social. También ellas son las que menos comunican sus experiencias, ya que sólo el 62,7% de ellas ha comentado los hechos con alguna persona conocida (amiga, pariente, etc.) –frente al 77,8% para el resto de mujeres–.

Las mayores dificultades que presentan las mujeres ancianas para defenderse, solicitar ayuda o conocer sus derechos las hacen un grupo especialmente vulnerable. El estudio pone de relieve que tienden a ocultar las situaciones de violencia, temen denunciar y enfrentar a rehacer sus vidas o romper con sus familias. Además, tienen más dificultad para reconocer las situaciones de maltrato, ya que las tienen incorporadas como modelo de relación o porque admitir el

abuso dentro del propio hogar les resulta muy doloroso. A esto se suma la falta de recursos específicos para abordar la problemática específica de las mujeres mayores y los servicios existentes pueden no ser apropiados para estas.

Continuar en el desarrollo de estudios y recopilación de datos, visibilizar las necesidades y demandas de mujeres mayores que sufren violencia, la adecuación a las realidades específicas de los servicios de apoyo a las víctimas, la formación y entrenamiento de profesionales y del personal en la detección, cuidado y rehabilitación así como la provisión de soporte y apoyo social para evitar los problemas de aislamiento de las mujeres, son algunas de las principales recomendaciones que se desprenden del estudio.

En definitiva, las desigualdades sociales y laborales entre hombres y mujeres se prolongan, pues, hasta la vejez, hasta su símbolo más cruel: la violencia machista. Por ello, las políticas de igualdad, de empleo y de protección social son especialmente relevantes para asegurar las condiciones para la cohesión y justicia social y un envejecimiento activo de calidad para ellos y, ante todo, para ellas.



## 11. Conclusiones

El proceso de envejecimiento de la población española se enfrenta en los últimos años a un nuevo repunte, resultado, por un lado, del mantenimiento en el aumento de la esperanza de vida y por otro, de la caída de la natalidad y de la marcha salida de población joven del país, tanto extranjera como española. Durante la última etapa de crecimiento económico entre 1995 y 2007, la llegada de inmigrantes a España contuvo el envejecimiento, un proceso que, desde el comienzo de la crisis, se ha revertido y se ha visto acompañado de una creciente emigración laboral de la población española.

La población mayor es por lo tanto cada vez más y vive más años, con lo que cubrir las necesidades de estas personas se convierte en una de las principales prioridades del modelo de bienestar.

Las personas mayores no son un colectivo homogéneo, ya que pese a una serie de circunstancias comunes, presentan situaciones y necesidades diferenciadas que han de ser atendidas. A la hora de analizar las realidades de las personas mayores, no podemos obviar que las mujeres viven más y como consecuencia, se ven afectadas en mayor grado que los hombres por determinadas necesidades.

En primer lugar, hay que tener en cuenta el estado de salud y grado de autonomía de las personas mayores y ancianas, que obliga a tener en perspectiva la necesidad de prolongar los años libres de enfermedad y de dependencia pero también de asegurar los recursos suficientes para que la calidad de vida de las personas aquejadas sea lo mejor posible. Los recortes en sanidad, la falta de desa-

rollo de la atención a la dependencia o el mayor o menor desarrollo de los servicios sociales, por lo tanto, afectan en gran medida a la población mayor.

En segundo lugar, la seguridad económica de las personas mayores está determinada por la cobertura del sistema público de pensiones, un modelo que se basa principalmente en un derecho generado a través de cotizaciones durante los años de empleo previo, que determina igualmente la cuantía de las prestaciones económicas. Pese a su amplia cobertura y el aumento progresivo de las pensiones medias, este modelo no deja de ser desigual, dado que refleja las desigualdades previas en el mercado de trabajo, y da lugar a cuantías económicas considerablemente dispares, especialmente entre hombres y mujeres. Las disparidades en el mercado laboral actual permiten avanzar que las diferencias se mantendrían en el futuro.

Las pensiones públicas se han convertido en uno de los principales recursos económicos de las familias españolas, hasta el punto que en los últimos años, cada vez hay más hogares sustentados por ellas y las personas mayores cada vez están más lejos del riesgo de pobreza del resto de la población. Sin embargo, las mujeres mayores, que perciben pensiones menos cuantiosas y durante más tiempo, tienen un mayor riesgo de pobreza que ellos.

El sistema de financiación de las pensiones se basa en la solidaridad intergeneracional, dado que las pensiones actuales se financian con las cotizaciones de los trabajadores actuales. Por ello, el aumento de la población mayor y el aumento de las cuantías de pensiones suponen un reto en el marco del envejecimiento de la población, la

disminución del empleo y la precarización del trabajo. De este modo, la financiación de las pensiones se convierte en uno de los principales retos de la relación entre los modelos productivo, de empleo, de Seguridad Social y fiscal existentes.

En los últimos años, está cobrando relevancia la visibilización de las situaciones de discriminación a las personas mayores, que condicionan su autonomía física y económica. Los malos tratos a las personas mayores representan la punta del iceberg aún está por salir a la luz en toda su dimensión. Pese a que se están desarrollando jurídicamente herramientas para prevenir parte de estas situaciones, aún queda mucho por hacer para dotar de recursos a las personas mayores para prolongar su autonomía y aumentar su seguridad. Esto es especialmente relevante en el caso de las mujeres, quienes sufren violencia machista en un grado aún muy poco visibilizado. El trabajo coordinado e integral por parte de las instituciones públicas es imprescindible para sacar a la luz estas situaciones y combatirlas.

El envejecimiento de la población representa un desafío global que hay que enfrentar con diversas políticas interrelacionadas entre sí. Revertir el proceso demográfico de la falta de natalidad precisa de un impulso real de *políticas de igualdad* efectiva entre hombres y mujeres. Estas políticas han de hacerse efectivas de manera global y transversal a la hora de pensar un nuevo modelo productivo, de empleo o de protección social.

Un sistema eminentemente contributivo de protección social debe tener como referentes los modelos de *pleno empleo de calidad*, por lo que hay que abordar la precarización de las condiciones laborales,

la devaluación salarial, la temporalidad, la parcialidad y la salud e higiene en el trabajo. Estas políticas han de tener como objetivo limitar la segregación en el mercado laboral, que provoca importantes diferencias que se prolongan y agudizan hasta la vejez, y la contención de la salida población joven a otros países en busca de mejores condiciones de trabajo.

Un modelo de protección social sustentado principalmente sobre el empleo no puede sustentarse sobre un *sistema productivo* que compite en determinados sectores mediante el abaratamiento de la mano de obra en un contexto de elevado desempleo estructural. La atención a la calidad de vida de la población mayor no puede quedar invisibilizada y recluida al terreno de lo privado, ni precarizada en el ámbito laboral. Asegurar las condiciones de trabajo dignas de las personas cuidadoras es una responsabilidad colectiva.

Asegurar buenas condiciones de salud implica abordar también el deterioro de los *entornos medioambientales*. El actual modelo de desarrollo tiene importantes consecuencias en la contaminación del aire, del agua y de la tierra. Las personas mayores son herederas de una vida cada vez más expuesta a contaminantes y a la vez, sufren en mayor grado las consecuencias en su salud.

El sostenimiento de un sistema de protección social con visos de una amplia cobertura precisa de una apuesta firme para fortalecer el *sistema fiscal*. El impuesto de sociedades, el IRPF y las cotizaciones a la Seguridad Social deberían configurar un modelo efectivamente progresivo y capaz de mantener un sistema de protección social suficiente para todos y todas.

En este sentido, asegurar un *sistema de protección social sólido* precisa una solución política decidida. El reciente documento de CCOO recoge una propuesta para afianzar la sostenibilidad de un sistema de pensiones suficientes, que además de considerar las políticas de empleo y fiscales, propone reorganizar la financiación de las distintas pensiones. Además, para asegurar un sistema de protección social de veras cohesionador hay que seguir avanzando en medidas que compensen las desigualdades actualmente existentes.

# ANEXOS

## Tabla de número de pensiones contributivas y cuantías medias. Junio 2016

COMUNIDAD AUTÓNOMA	INCAPACIDAD PERMANENTE		JUBILACIÓN		VIUEEDAD		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	204.432	858,52	832.397	942,04	387.834	601,06	70.167	354,35	9.157	500,08	1.503.987	812,65
Almería	8.635	828,37	58.497	839,13	27.752	548,13	5.109	326,12	400	487,07	100.393	730,25
Cádiz	37.703	960,98	104.309	1.080,46	55.074	662,36	10.522	376,06	2.086	503,06	209.694	908,08
Córdoba	15.169	784,26	100.548	854,55	43.954	557,18	7.343	353,27	1.037	496,53	168.051	746,31
Granada	22.615	840,11	105.244	869,59	45.595	552,62	8.115	338,35	1.045	490,27	182.614	761,02
Huelva	11.495	818,08	52.447	990,16	24.932	619,97	4.432	358,60	590	520,01	93.896	838,03
Jaén	21.122	785,25	73.696	852,25	37.159	590,11	6.072	340,46	659	457,98	138.708	747,54
Málaga	32.521	910,82	142.811	959,63	63.983	601,35	12.319	351,59	1.284	494,65	252.918	830,74
Sevilla	55.172	826,82	194.845	991,24	89.385	625,10	16.255	363,77	2.056	517,51	357.713	843,15
ARAGÓN	23.751	1.008,18	186.629	1.084,74	75.839	662,75	9.393	393,82	932	549,25	296.544	947,12
Huesca	5.392	897,86	30.838	981,89	13.589	630,68	1.672	373,60	111	515,14	51.602	859,91
Teruel	2.851	894,33	23.029	974,04	8.955	593,45	1.051	389,47	97	535,34	35.983	854,75
Zaragoza	15.508	1.067,47	132.762	1.127,84	53.295	682,58	6.670	399,57	724	556,34	208.959	984,57
ASTURIAS	31.252	1.089,04	174.638	1.271,17	83.960	706,87	9.028	447,34	1.590	691,16	300.468	1.066,72
I. BALEARS	17.792	846,28	114.847	958,19	44.100	579,17	6.390	328,76	135	496,92	183.264	833,84
CANARIAS	36.105	848,74	165.998	987,34	78.187	618,18	16.717	349,14	1.948	519,61	298.955	835,32
Palmas (Las)	21.039	867,87	85.499	1.003,04	40.110	619,93	9.329	351,06	1.180	512,08	157.157	844,78
S.C.Tenerife	15.066	822,03	80.499	970,66	38.077	616,33	7.388	346,72	768	531,18	141.798	824,83
CANTABRIA	13.529	972,15	82.530	1.104,04	35.567	652,17	4.607	404,27	1.165	571,46	137.398	946,10
CASTILLA Y LEÓN	45.084	928,59	379.250	1.017,83	157.437	627,61	19.822	405,58	3.685	534,69	605.278	886,69
Ávila	2.780	803,39	23.632	882,94	10.593	603,04	1.379	403,87	223	481,71	38.607	780,99
Burgos	4.634	1.024,48	58.420	1.084,28	21.615	633,79	2.978	405,63	349	614,87	87.996	945,65
León	13.271	980,63	86.719	1.006,65	36.989	607,21	4.344	417,33	956	577,10	142.279	879,50
Palencia	3.914	906,40	24.792	1.049,42	11.055	651,94	1.392	419,52	300	567,77	41.453	905,28
Salamanca	4.914	873,60	49.905	939,61	21.047	616,26	2.651	408,53	628	479,89	79.145	828,09
Segovia	2.133	839,19	20.339	963,03	9.038	619,57	1.128	385,57	140	503,03	32.778	838,43
Soria	1.197	850,80	14.816	944,01	5.614	598,17	668	410,19	102	536,92	22.397	834,56

Valladolid	9.403	942,72	69.397	1.177,57	27.679	692,39	3.563	396,42	618	533,09	110.660	1.007,50
Zamora	2.838	830,38	31.230	842,36	13.807	576,59	1.719	391,63	369	461,49	49.963	749,91
CASTILLA-LA MANCHA	42.137	854,19	207.436	961,09	96.685	636,27	15.263	368,60	2.372	481,76	363.893	834,43
Albacete	7.158	837,41	41.368	912,91	19.177	621,68	3.137	359,40	630	447,52	71.470	798,81
Ciudad Real	14.321	853,55	50.800	988,82	27.351	656,66	4.447	381,92	760	505,90	97.679	844,59
Cuenca	5.156	784,05	25.218	872,30	11.625	612,39	1.733	367,52	323	478,84	44.055	770,65
Guadalajara	5.444	961,84	22.834	1.104,39	9.280	669,76	1.521	395,07	131	515,38	39.210	952,25
Toledo	10.058	844,72	67.216	954,40	29.252	625,64	4.425	353,06	528	481,30	111.479	832,13
CATALUÑA	165.271	1.011,72	1.073.594	1.058,42	395.128	644,20	48.475	372,97	1.407	550,19	1.683.875	936,48
Barcelona	127.088	1.040,33	812.550	1.094,64	294.007	666,59	35.487	384,37	1.097	557,50	1.270.229	969,82
Girona	12.681	880,83	99.766	930,82	36.630	569,00	4.497	331,85	55	541,55	153.629	822,75
Lleida	10.210	888,55	58.783	892,88	25.176	555,07	3.161	348,79	72	509,79	97.402	787,17
Tarragona	15.292	964,69	102.495	990,40	39.315	603,89	5.330	346,12	183	524,89	162.615	872,89
C. VALENCIANA	95.084	882,21	581.224	949,84	241.645	605,32	37.245	352,33	2.515	503,08	957.713	831,79
Alicante	23.279	821,06	191.405	890,19	78.896	587,73	12.260	331,09	1.128	490,73	306.968	783,41
Castellón	12.007	903,37	80.207	894,47	30.073	571,78	4.377	356,54	238	469,56	126.902	799,49
Valencia	59.798	901,76	309.612	1.001,06	132.676	623,39	20.608	364,08	1.149	522,14	523.843	867,96
EXTREMADURA	25.387	769,14	122.023	861,30	61.693	603,74	10.174	363,57	1.780	471,25	221.057	752,79
Badajoz	15.090	764,47	68.468	879,67	36.673	618,51	6.560	358,96	1.244	466,08	128.035	760,59
Cáceres	10.297	776,00	53.555	837,83	25.020	582,09	3.614	371,96	536	483,26	93.022	742,06
GALICIA	69.001	825,45	468.052	865,74	187.013	540,15	24.153	368,48	6.085	475,31	754.304	762,26
Coruña (A)	25.919	832,80	179.851	920,05	73.747	577,01	9.808	378,13	2.242	485,29	291.567	803,95
Lugo	10.333	817,73	74.489	754,79	29.533	462,99	3.147	363,83	793	450,14	118.295	674,99
Ourense	10.094	811,60	68.797	719,99	26.121	474,69	2.855	365,92	1.198	450,97	109.065	657,50
Pontevedra	22.655	826,74	144.915	924,57	57.612	562,19	8.343	359,77	1.852	489,76	235.377	803,01
MADRID	76.728	1.023,96	722.288	1.234,67	265.828	723,77	35.454	404,76	2.898	565,23	1.103.196	1.068,48
MURCIA	31.997	825,11	135.687	919,41	61.300	587,21	11.211	347,63	1.078	497,98	241.273	794,05
NAVARRA	11.066	1.100,16	85.740	1.178,85	29.562	688,97	4.188	394,54	399	561,51	130.955	1.034,65
PAÍS VASCO	42.479	1.191,50	340.759	1.289,26	135.263	758,68	15.650	441,59	2.305	650,18	536.456	1.120,26
Araba/Álava	6.039	1.175,17	47.923	1.302,99	16.371	738,11	1.899	422,36	180	579,55	72.412	1.139,73
Gipuzkoa	13.825	1.207,67	119.007	1.240,71	43.566	747,94	4.960	432,84	637	636,21	181.995	1.096,10
Bizkaia	22.615	1.185,97	173.829	1.318,71	75.326	769,37	8.791	450,69	1.488	664,71	282.049	1.130,85
RIOJA (LA)	4.909	939,66	44.378	982,01	16.146	627,70	1.956	370,59	177	549,33	67.566	875,43
Ceuta	922	1.085,77	4.005	1.143,71	2.651	691,10	701	327,86	46	532,25	8.325	921,09
Melilla	1.169	952,05	3.289	1.097,07	2.341	650,21	809	299,34	33	530,27	7.641	851,07
TOTAL	938.095	929,82	5.724.764	1.042,21	2.358.179	637,81	341.403	374,56	39.707	525,23	9.402.148	903,14

Fuente: Estadísticas de la Seguridad Social.

## Tabla de número de pensiones y cuantías de pensiones no contributivas. Mayor 2016

CC.AA. Y/O PROVINCIAS	PNC DE JUBILACIÓN			PNC DE INVALIDEZ			TOTAL JUBILACIÓN E INVALIDEZ		
	Nº PENSIONES	IMPORTE BRUTO	PROMEDIO MENSUAL	NÚMERO DE PENSIONES	IMPORTE BRUTO	PROMEDIO MENSUAL	NÚMERO DE PENSIONES	IMPORTE BRUTO	PROMEDIO MENSUAL
ANDALUCÍA	56.008	19.823.308,06	353,94	46.103	18.308.400,50	397,12	102.111	38.131.708,56	373,43
ALMERÍA	3.649	1.281.530,34	351,20	3.175	1.264.291,36	398,20	6.824	2.545.821,70	373,07
CÁDIZ	9.885	3.529.880,78	357,09	9.056	3.590.053,67	396,43	18.941	7.119.934,45	375,90
CÓRDOBA	5.165	1.830.304,51	354,37	4.275	1.704.701,17	398,76	9.440	3.535.005,68	374,47
GRANADA	4.272	1.513.112,21	354,19	4.422	1.824.948,25	412,70	8.694	3.338.060,46	383,95
HUELVA	3.207	1.144.994,40	357,03	3.753	1.497.199,58	398,93	6.960	2.642.193,98	379,63
JAÉN	3.330	1.178.634,15	353,94	2.776	1.099.369,80	396,03	6.106	2.278.003,95	373,08
MÁLAGA	13.498	4.793.058,37	355,09	8.697	3.333.513,38	383,29	22.195	8.126.571,75	366,14
SEVILLA	13.002	4.551.793,30	350,08	9.949	3.994.323,29	401,48	22.951	8.546.116,59	372,36
ARAGÓN	4.677	1.672.324,25	357,56	2.842	1.116.303,91	392,79	7.519	2.788.628,16	370,88
HUESCA	1.017	366.470,20	360,34	624	249.229,05	399,41	1.641	615.699,25	375,20
TERUEL	497	181.465,47	365,12	216	86.024,94	398,26	713	267.490,41	375,16
ZARAGOZA	3.163	1.124.388,58	355,48	2.002	781.049,92	390,13	5.165	1.905.438,50	368,91
ASTURIAS	4.779	1.676.844,40	350,88	4.394	1.718.386,43	391,08	9.173	3.395.230,83	370,13
ILLES BALEARS	4.810	1.711.436,51	355,81	3.164	1.280.651,47	404,76	7.974	2.992.087,98	375,23
CANARIAS	23.834	8.504.065,11	356,80	19.958	7.941.587,87	397,92	43.792	16.445.652,98	375,54
LAS PALMAS	9.806	3.528.268,94	359,81	7.103	2.893.095,97	407,31	16.909	6.421.364,91	379,76
S.C. TENERIFE	14.028	4.975.796,17	354,70	12.855	5.048.491,90	392,73	26.883	10.024.288,07	372,89
CANTABRIA	3.376	1.182.996,41	350,41	3.441	1.377.771,83	400,40	6.817	2.560.768,24	375,64
CASTILLA Y LEÓN	12.293	4.439.163,54	361,11	9.771	3.915.894,05	400,77	22.064	8.355.057,59	378,67
ÁVILA	1.028	372.021,40	361,89	877	353.924,81	403,56	1.905	725.946,21	381,07
BURGOS	1.228	445.102,58	362,46	1.345	538.871,08	400,65	2.573	983.973,66	382,42
LEÓN	2.286	815.546,63	356,76	2.233	906.325,43	405,88	4.519	1.721.872,06	381,03
PALENCIA	986	356.194,41	361,25	746	290.626,02	389,58	1.732	646.820,43	373,45
SALAMANCA	2.469	895.897,18	362,86	1.493	612.116,13	409,99	3.962	1.508.013,31	380,62
SEGOVIA	434	161.951,29	373,16	419	164.572,40	392,77	853	326.523,69	382,79
SORIA	299	110.313,65	368,94	157	63.436,44	404,05	456	173.750,09	381,03
VALLADOLID	2.337	834.739,68	357,18	1.574	619.830,61	393,79	3.911	1.454.570,29	371,92
ZAMORA	1.226	447.396,72	364,92	927	366.191,13	395,03	2.153	813.587,85	377,89



CASTILLA-LA MANCHA	10.196	3.690.480,78	361,95	9.281	3.817.623,58	411,34	19.477	7.508.104,36	385,49
ALBACETE	2.041	742.603,16	363,84	2.273	929.881,48	409,10	4.314	1.672.484,64	387,69
CIUDAD REAL	2.735	979.644,50	358,19	2.500	1.001.151,92	400,46	5.235	1.980.796,42	378,38
CUENCA	1.263	454.938,22	360,20	1.355	528.825,84	390,28	2.618	983.764,06	375,77
GUADALAJARA	721	264.480,38	366,82	682	272.040,61	398,89	1.403	536.520,99	382,41
TOLEDO	3.436	1.248.814,52	363,45	2.471	1.085.723,73	439,39	5.907	2.334.538,25	395,22
CATALUNYA	31.813	11.279.588,91	354,56	26.526	10.541.088,73	397,39	58.339	21.820.677,64	374,03
BARCELONA	23.502	8.314.099,11	353,76	19.426	7.682.794,68	395,49	42.928	15.996.893,79	372,64
GIRONA	2.639	966.423,06	366,21	1.974	806.997,00	408,81	4.613	1.773.420,06	384,44
LLEIDA	2.038	705.671,87	346,26	1.379	561.403,45	407,11	3.417	1.267.075,32	370,82
TARRAGONA	3.634	1.293.394,87	355,91	3.747	1.489.893,60	397,62	7.381	2.783.288,47	377,09
COMUNIDAD VALENCIANA	28.933	10.172.915,51	351,60	19.287	7.579.181,18	392,97	48.220	17.752.096,69	368,15
ALICANTE	10.827	3.854.143,46	355,98	6.221	2.398.563,48	385,56	17.048	6.252.706,94	366,77
CASTELLÓN	1.799	657.165,77	365,30	2.282	901.098,15	394,87	4.081	1.558.263,92	381,83
VALENCIA	16.307	5.661.606,28	347,19	10.784	4.279.519,55	396,84	27.091	9.941.125,83	366,95
EXTREMADURA	8.158	2.999.096,92	367,63	5.833	2.303.932,29	394,98	13.991	5.303.029,21	379,03
BADAJOS	5.610	2.068.914,66	368,79	3.951	1.547.236,01	391,61	9.561	3.616.150,67	378,22
CÁCERES	2.548	930.182,26	365,06	1.882	756.696,28	402,07	4.430	1.686.878,54	380,79
GALICIA	25.753	9.148.113,35	355,23	15.633	6.272.641,94	401,24	41.386	15.420.755,29	372,61
A CORUÑA	10.492	3.699.876,36	352,64	5.855	2.288.065,57	390,79	16.347	5.987.941,93	366,30
LUGO	3.175	1.124.833,30	354,28	1.716	685.947,37	399,74	4.891	1.810.780,67	370,23
OURENSE	3.696	1.314.723,36	355,72	2.189	863.092,15	394,29	5.885	2.177.815,51	370,06
PONTEVEDRA	8.390	3.008.680,33	358,60	5.873	2.435.536,85	414,70	14.263	5.444.217,18	381,70
MADRID	22.964	8.281.626,91	360,64	15.037	6.033.149,27	401,22	38.001	14.314.776,18	376,69
MURCIA	7.100	2.619.180,98	368,90	7.841	3.358.760,25	428,36	14.941	5.977.941,23	400,10
NAVARRA(*)	1.719	619.096,07	360,15	986	397.937,70	403,59	2.705	1.017.033,77	375,98
PAÍS VASCO	4.967	1.756.356,93	353,61	6.142	2.422.630,39	394,44	11.109	4.178.987,32	376,18
ARABA/ÁLAVA	703	251.029,60	357,08	688	275.711,87	400,74	1.391	526.741,47	378,68
GIPUZKOA	1.377	504.079,29	366,07	1.651	705.163,01	427,11	3.028	1.209.242,30	399,35
BIZKAIA	2.887	1.001.248,04	346,81	3.803	1.441.755,51	379,11	6.690	2.443.003,55	365,17
LA RIOJA	1.086	395.210,29	363,91	785	313.772,12	399,71	1.871	708.982,41	378,93
CEUTA	896	321.096,23	358,37	1.050	414.700,38	394,95	1.946	735.796,61	378,11
MELILLA	1.247	447.226,90	358,64	1.498	596.569,75	398,24	2.745	1.043.796,65	380,25
TOTAL ESTADO	254.609	90.740.128,06	356,39	199.572	79.710.983,64	399,41	454.181	170.451.111,70	375,29

Fuente: IMSERSO.



**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](http://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

Subvencionado por:



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

